

ประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้ปกครองทางการได้ยินของผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCE OF BEING OLDER PERSONS WITH HEARING IMPAIRMENT



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้ปกครองทางการได้ยินของ ผู้สูงอายุ
โดย	น.ส.อนัญญา โสภณนาค
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก (รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

อนัญญา โสภณนาค : ประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ. (LIVED EXPERIENCE OF BEING OLDER PERSONS WITH HEARING IMPAIRMENT) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl Phenomenology (Koch, 1995) ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน จำนวน 17 ราย ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ โคลิซซี่ (Colaizzi, 1978 cite in Hollway and Wheeler, 1996)

ผลการศึกษาวีจยพบว่าประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) การรับรู้การได้ยินบกพร่อง ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุในช่วงแรกจะยังไม่รู้ว่าตนเองมีการได้ยินลดลงหรือผิดปกติ ผ่านไปสักระยะรับรู้จากการสังเกตตนเองและคนรอบข้างชัก ซึ่งอาการไม่ได้ยินที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
- 2) ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุปกปิดไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนเองมีความบกพร่องทางการได้ยิน อีกทั้งไม่อยากพูดคุยกับใคร รู้สึกเป็นปมด้อย ทำให้สูญเสียความมั่นใจ และรู้สึกเครียดจากการไม่ได้ยิน นอกจากนี้ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นในการฟังข้อมูล
- 3) การแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง ได้แก่ ไม่พูดด้วย บางครั้งถูกดูว่า ตะคอก รวมทั้งถูกหัวเราะมองการไม่ได้ยินของผู้สูงอายุเป็นเรื่องตลก
- 4) ปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง และต้องปรับตัวในการสื่อสารกับผู้อื่น อีกทั้งยังต้องเพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุในการใช้ชีวิตมากกว่าบุคคลทั่วไป สุดท้ายแล้วผู้สูงอายุต้องยอมรับที่จะอยู่ร่วมกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุมากขึ้น ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน การแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง รวมไปถึงการปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน ผลการวิจัยนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077351736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: LIVED EXPERIENCES, PHENOMENOLOGY, OLDER PERSONS, HEARING IMPAIRMENTX

Anunya Soponnark : LIVED EXPERIENCE OF BEING OLDER PERSONS WITH HEARING IMPAIRMENT. Advisor: Assoc. Prof. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

This research aims to describe the lived experience of hearing impairments of older persons using qualitative methods following the concept of Husserl Phenomenology (Koch, 1995). The participants were 17 hearing-impaired older persons who attended a clinic at a hospital in Bangkok. Data gathered from an in-depth interview and taped recording, which were transcribed word-by-word and analyzed using the Colaizzi method (Colaizzi, 1978 as cited in Hollway and Wheeler, 1996).

The results suggested that the lived experience of hearing impairment of older persons could be concluded into four main themes as follows.

1) Hearing Being Impaired, which means at the beginning the elderly did not know that they had symptoms until other people told them. The symptoms then gradually worsened.

2) Lives has been Changed when being Hearing Impaired, which ascribed as the older persons did not want other people to know about their hearing impairments. Furthermore, they did not want to converse with anybody, felt vulnerable, experienced a loss of confidence, and felt stressed from not being able to hear. In addition, they needed to rely more on other people when listening for information.

3) Reaction of Other People to the Elderly with Hearing Impairment, means the older persons perceived that other people avoid talking, scolding, laughing, and acting like the hearing impairment was something funny.

4) Physical and Psychological Adaption regarding being Hearing Impairment, which means the elderly adapted to hearing impairment by wearing hearing aids, adjustment when communicating with others, more carefulness of accidents than normal people in everyday lives, and finally acceptance to live with a hearing impairment.

The findings helped promote understanding of lived experience of the elderly who had hearing impairments, Lives has been changed when being hearing impaired, reaction of other people to the elderly with hearing impairment, and physical and psychological adaption regarding being hearing impairment. These findings could be used as care guidelines for elderly people with hearing impairments

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่าชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ รวมถึงให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจ ความรัก ความเมตตา มอบโอกาสและประสบการณ์อันล้ำค่ามาโดยตลอด ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงกนกรัตน์ สุวรรณสิทธิ์ แพทย์ภาควิชาโสต ศอ นาสิกและลาริงซ์ (หู คอ จมูก) โรงพยาบาลศิริราช เจ้าหน้าที่ประจำแผนกคลินิกโรคหูและการได้ยิน (Neuro Otology Clinic) โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความอนุเคราะห์และเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนสามารถประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในเรื่องของเวลาเรียน และช่วยสนับสนุนปฏิบัติงานในเวลาที่ผู้วิจัยมีความจำเป็น จนสำเร็จการศึกษา และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย อันเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ขอกราบขอบพระคุณกำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีจากคุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว เพื่อนๆ กัลยาณมิตรที่ดีทุกท่าน รวมถึงคุณณฤมล ลีโคกกลาง ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา

ท้ายสุดนี้ประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง ตลอดไป

อนัญญา โสภณนาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 6	6
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 6	6
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำวิจัย..... 7	7
ขอบเขตการวิจัย..... 7	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 8	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 8	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 9	9
1. ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยกับนโยบายภาครัฐในปัจจุบัน..... 9	9
2. แนวคิดทฤษฎีและการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... 11	11
3. การพยาบาลผู้สูงอายุ..... 18	18
4. ความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ..... 19	19
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา..... 34	34
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 42	42

7. สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	52
1. การเตรียมความพร้อม.....	52
2. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ในการวิจัย.....	54
3. การเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัย.....	55
4. ผู้เข้าร่วมวิจัย (Research Participants).....	55
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
6. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness).....	62
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผล	99
ข้อเสนอแนะ	109
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	117
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน แนว คำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการถอดความและ ให้รหัสเบื้องต้นและการบันทึกภาคสนาม	118
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร	126
ภาคผนวก ค หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ง รายละเอียดผู้เข้าร่วมวิจัย 17 ราย.....	134
ประวัติผู้เขียน	154



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	56
--	----



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของหูในผู้สูงอายุ.....	20
ภาพที่ 2 รูปแบบและประโยชน์ของเครื่องช่วยฟัง.....	27



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันโลกได้เปลี่ยนมาเป็นสังคมสูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชากรทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน (ร้อยละ 17.5) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการคาดการณ์ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่าในปีพ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 และมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่สองของอาเซียน รองลงมาจากประเทศสิงคโปร์ โดยคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2562) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิต เกิดความเปลี่ยนแปลงจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆด้าน อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้

ความบกพร่องทางการได้ยิน (Hearing Impairment) เป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในปัญหาทางประสาทสัมผัสที่พบบ่อยในประชากรสูงอายุทั่วโลก ขณะที่องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าปีพ.ศ.2568 จะมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1.2 พันล้านคน ซึ่งในจำนวนนั้นมากกว่า 500 ล้านคนเป็นประสาทหูเสื่อมตามอายุ (Sprinzel GM, 2010) ในประเทศไทยพบว่ามีบุคคลที่มีปัญหาการได้ยินประมาณ 2.7 ล้านคน และจากข้อมูลการขึ้นทะเบียนคนพิการทางการได้ยินพบว่า ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการด้านการได้ยินมีจำนวน 273,975 คน (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2561) ซึ่งมีจำนวนมากเป็นลำดับที่สองรองลงมาจากปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเนื่องจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันและอนาคต (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2560) มีการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการได้ยินของมนุษย์จะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน และอาการบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุจะพบมากเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป (Folk, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปสูญเสียการได้ยินมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีถึง 5 เท่า (WHO, 2012) โดยเฉลี่ยแล้วระดับการได้ยินของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นประมาณ 1 เดซิเบล ต่อปี (Lee FS, Matthews LJ, Dubno JR, Mills JH,

2005) และยังมีการศึกษาพบว่า การสูญเสียการได้ยินเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยช่วงอายุ 44-54 ปี มีการสูญเสียการได้ยินร้อยละ 11 ช่วงอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 25 และในช่วงอายุ 65-84 ปี ร้อยละ 43 (Nash SD, 2011) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่าในอายุที่เพิ่มขึ้นทุกสิบปี

สำหรับในประเทศไทยได้มีการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ โดยภาครัฐให้ความสนใจกับผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น มีการวางแผนมาตรการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งกำหนดให้มีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลมีการเปิดคลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกัน กรมอนามัยมุ่งเน้นเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีพฤติกรรม (Active Ageing) เริ่มจากต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่มี ตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มอบให้กรมอนามัยมีหน้าที่ส่งเสริมและป้องกันโรค โดยกรมอนามัยได้จัดทำแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

แบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การคัดกรองสุขภาพช่องปาก สายตา การทดสอบสภาพสมอง การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ แบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 ได้เริ่มทำการคัดกรองเรื่องการได้ยิน แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้ความสำคัญกับเรื่องการได้ยินของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต อย่างไรก็ตามอาจยังไม่ได้นำมาใช้ประเมินคัดกรองเชิงรุกกับผู้สูงอายุจริงในปัจจุบัน เนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาด Covid-19 ทำให้การเข้าถึงผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพเชิงรุกมีความยากขึ้น ปัญหาทางการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นปัญหาแฝง ตัวผู้สูงอายุเองยังไม่ทราบว่า มีปัญหาการได้ยินเมื่อมีภาวะบกพร่องทางการได้ยินเพียงเล็กน้อย พยาบาลจึงควรที่จะมีความรวดเร็วในการคัดกรองเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบในหลายๆด้านจากการที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินมากขึ้น

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความเฉพาะทางหรือเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีการพัฒนาทางการศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุ จัดให้มีหลักสูตรเฉพาะทางผู้สูงอายุ และมีหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุตามมหาวิทยาลัยต่างๆ โดยบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุคือ เน้นการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูและสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งหาแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับภาวะของผู้สูงอายุ ตลอดจนคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ และควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) เป็นกระบวนการช่วยเหลือเยียวยาอย่างหนึ่งของ

พยาบาลโดยการผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (American Holistic Nurses Association, 2015)

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางเสื่อมสภาพของระบบการได้ยินตั้งแต่หูชั้นนอก หูชั้นกลาง ไปจนถึงหูชั้นใน (Harkin, Kelleher, 2011) อาการสำคัญของประสาทหูเสื่อมตามอายุคือ การได้ยินเสียงลดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปของหูทั้งสองข้างเท่าๆกัน อาจมีเสียงดังในหูร่วมด้วย (Gates GA, 2005) เมื่ออายุมากขึ้นทำให้มีการเสื่อมของอวัยวะทุกส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีการสูญเสียการได้ยินร้อยละ 66 และช่วงอายุ 80-92 ปี พบการสูญเสียการได้ยินมากถึงร้อยละ 90 (Helzner, Patel, Pratt, Sutton-Tyrrell, Cauley, Talboot, et al., 2011) ในปัจจุบันการรักษาประสาทหูเสื่อมตามอายุเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้บกพร่องทางการได้ยินสามารถฟัง สื่อสาร และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้เครื่องช่วยฟังยังสามารถช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินสามารถได้ยินมากขึ้นทั้งในสถานการณ์ที่เงียบสงบและมีเสียงดัง (NIDCD, 2015) อีกทั้งยังช่วยลดการที่ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้ง ซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Mulrow CD, 1992) การใช้เครื่องช่วยฟังเป็นแนวทางการรักษาหลักแต่ปริมาณการใช้ยังคงค่อนข้างน้อย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการใช้อุปกรณ์และเครื่องช่วยฟังเพียงร้อยละ 25 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ความบกพร่องหรือการสูญเสียการได้ยินยังส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ไม่สามารถตีความหมายจากเสียงพูดได้ ทำให้ความสามารถในการสื่อสารลดลง มีความแปลกแยกจากสังคม รู้สึกมีตราบาบ รู้สึกโดดเดี่ยว หงุดหงิดง่าย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (WHO, 2015) และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสียความมั่นใจ แยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้า (Lin FR, 2011) จากการศึกษาพบว่า ภาวะความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็น 4 เท่า และการสูญเสียการได้ยินเพียงเล็กน้อยก็มีผลต่อความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง อาจมีอาการเวียนศีรษะและเสียงการทรงตัว เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ โดยผู้สูงอายุมักรับรู้ว่าการสูญเสียการได้ยินที่เกิดขึ้นเป็นความพิการที่รุนแรงแม้ว่าการสูญเสียการได้ยินจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Li-Korotky, 2012; Lin, 2011; Rosdina, Leelavathi, Zaitun, Azimah, Majmin, et al., 2010) นอกจากปัญหาการได้ยินจากคำพูดแล้วยังรวมไปถึงการได้ยินเสียงต่างๆรอบตัวที่นำมาซึ่งความสุขและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการฟังเพลง ดูหนัง และในด้านความปลอดภัย ซึ่งเสียงสามารถช่วยเตือนภัยได้ เช่น สัญญาณไฟไหม้ หรือเสียงของ

ยานพาหนะเวลาเดินข้ามถนน จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินเสี่ยงต่ออันตรายมากกว่าคนปกติ (Helen Keller, 1995) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รวมถึงผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และอัตราการว่างงาน (WHO, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน (Marieke Pronk, Dorly, J.H.Deeg, Cas Smits, 2014), คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินและปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจใช้เครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุ (Yukihide Maeda, Akiko Sugaya, Rie Nagayasu, 2016), การสูญเสียการได้ยินและการปฏิเสธการรับรู้ในผู้สูงอายุ (Frank R. Lin, Kristine Yaffe, 2013), ความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียการได้ยินและการแยกตัวจากสังคมในผู้สูงอายุ (Paul Mick, MD, MPH, FRCSC, Ichiro Kawachi, 2014), ผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินต่อคู่สมรส (Nerina Scarinci, Linda Worrall and Louise Hickson, 2008), การใช้เครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุสังคมเมืองอุตสาหกรรมในประเทศฟินแลนด์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออยากทราบอัตราการใช้เครื่องช่วยฟังและเหตุผลของคนที่ไม่ใช้ พบว่าการใช้เครื่องช่วยฟังมีแนวโน้มที่จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุดสำหรับการใช้เครื่องช่วยฟังน้อย คือ มีเสียงรบกวน การขาดแรงจูงใจในการใช้เครื่องช่วยฟัง ค่าใช้จ่ายในการซื้อถ่าน (Salonen J, Johansson R, Karjalainen S, Vahlberg T, Jero JP, R. I., 2013)

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุส่วนมากเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับเครื่องช่วยฟัง มีการศึกษาเกี่ยวกับการใส่เครื่องช่วยฟังในโรงพยาบาลปทุมธานี จากการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ที่มารับบริการคือ 65 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับมากจนถึงรุนแรงและใส่เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังหูเกือบทุกราย งานวิจัยนี้พบว่าการเลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมต้องมีการประเมินทั้งวิธี subjective และ objective การปรับปรุงการคัดกรองของผู้สูญเสียการได้ยิน และวิธีการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟังมีความสำคัญ และควรมีวิธีประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการใช้เครื่องช่วยฟังในสถานการณ์การฟังในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์, 2556) และมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุใช้เครื่องช่วยฟังระยะเวลาการใช้งานต่อวันลดลงทุกสองเดือนอย่างมีนัยสำคัญ (พีรศักดิ์ เลิศตระการนนท์, เกษม อุตวิชัย, อภินันท์ อร่ามรัตน์, บุญญานุกูล ศ., 2541) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทควรจะเป็นชนิดคล้องเนื่องจากมีปุ่มปรับความดังของเสียงไม่ซับซ้อน มีขนาดเหมาะสมมือ สามารถหยิบจับได้สะดวก หาซื้อถ่านได้ง่าย และสามารถดูแลรักษาด้วยตนเองได้ (อัญชลี ศรีโสภา, 2546)

อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับอุปกรณ์ แต่ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะนั้นยังไม่พบการศึกษา ซึ่งการศึกษาดังกล่าวยังไม่สะท้อนถึงประสบการณ์การเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน รวมทั้งปัญหา ผลกระทบ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน เนื่องจากลักษณะงานวิจัยเชิงปริมาณจะบอกให้ทราบถึงสาเหตุ ปัจจัย ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ยังไม่ครอบคลุมประสบการณ์โดยตรงของผู้ที่อยู่ในภาวะนั้น ปัญหาการบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ อาจถือเป็นปัญหาของญาติ หรือคนรอบข้างด้วยเหมือนกัน กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแย่ง และเนื่องจากเป็นภาวะที่ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะในด้านของการสื่อสารกับบุคคลอื่น อีกทั้งการสื่อสารที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยมีคุณภาพ (Lubbers CA, Roy SJ., 1990) และเมื่อบุคคลมีการสื่อสารที่บกพร่องไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด ย่อมทำให้เกิดปัญหาตามมาอีกมากมาย เช่น เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคล เกิดความไม่เข้าใจกัน (รวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว

ดังนั้นในฐานะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้เห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ตระหนักได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัด พยาบาลและคนรอบข้างยังต้องเข้าใจ และทราบถึงปัญหาที่แท้จริง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลประกอบให้พยาบาลได้รับรู้ เกิดความเข้าใจถึงความรู้สึก ประสบการณ์ชีวิต ประกอบด้วย การรับรู้การบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ ผลกระทบต่อการเนินชีวิต และการปรับตัวรวมไปถึงความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ การที่จะเข้าใจผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยิน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงประสบการณ์ (Experiences) ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ (Being) นั้น ซึ่งปัจจุบันยังไม่พบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้บรรยายความหมายและประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของตน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ที่มีความเหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจถึงทัศนคติและความคิด ความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรง (Emic view) (Streubert and Carpenter, 2007) รวมทั้งเพื่อให้ทราบถึงความต้องการและปัญหา ทำให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน อันจะเป็นประโยชน์เชิงข้อมูลพื้นฐาน และเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้ดูแลในครอบครัว สามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปเป็นแนวทางในการดูแลได้ตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาปรับระบบบริการ

สุขภาพเชิงรุกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินให้มีความเหมาะสม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างแท้จริง

คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินมีประสบการณ์ชีวิตอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน



แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มาเป็นระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งตามแนวคิดของ Husserl เน้นการให้ความหมายจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Streubert and Carpenter, 2007) ทำให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินอย่างแท้จริง เป็นการศึกษาปรากฏการณ์และประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ โดยมุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก โดยผู้วิจัยจะไม่นำความคิดหรือการแปลความของผู้วิจัยมาตัดสินเนื้อหา แต่จะใช้สาระ ความจริงตามเนื้อหาที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายให้ประสบการณ์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้มีการทบทวนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ แนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุ บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งมีการนำแนวคิดของ Husserl มาใช้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การทบทวนวรรณกรรมมิได้เป็นการทบทวนเพื่อสร้างกรอบแนวคิด แต่จะเป็นการเตรียมสาระเนื้อหาสำหรับตัวผู้วิจัยเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guidelines) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และปรับเปลี่ยนข้อความคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย ทำให้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอย่างลึกซึ้ง และเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (participant) แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด มีความยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 17 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information) หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น พื้นที่ในการเก็บข้อมูลคือที่คลินิกโรคหูและการได้ยินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมิได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น การอ้างอิงจึงใช้ได้ในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ประสบการณ์ชีวิต** หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ประสบมาด้วยตนเอง ซึ่งครอบคลุมถึงความคิด การบอกเล่าความรู้สึก การรับรู้ การให้ความหมายต่อภาวะบกพร่องทางการได้ยินอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบกพร่องทางการได้ยินเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน
2. **ผู้สูงอายุบกพร่องทางการได้ยิน** หมายถึง บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพรวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน
3. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ ให้มีความตระหนักถึงความเสื่อมทางการได้ยินในวัยสูงอายุ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในเรื่องการสื่อสาร

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทำวิจัย และขอเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยกับนโยบายภาครัฐในปัจจุบัน
2. แนวคิดทฤษฎีและการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. การพยาบาลผู้สูงอายุ
4. ความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ
 - 4.1 กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของหูในผู้สูงอายุ
 - 4.2 พยาธิสภาพการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุ
 - 4.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการได้ยิน
 - 4.4 การตรวจและวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ
 - 4.5 การรักษาผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
 - 4.6 ผลกระทบจากความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ
 - 4.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยกับนโยบายภาครัฐในปัจจุบัน

ในปีพ.ศ. 2562 นับเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2562 มีจำนวนมากถึง 11.6 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมดจำนวน 69.3 ล้านคน แบ่งเป็น “ผู้สูงอายุวัยต้น” อายุ 60-69 ปี จำนวน 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยกลาง” อายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และ “ผู้สูงอายุวัยปลาย” อายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2562 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ระบุว่า 20 ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้ามาก กล่าวคือเพิ่มไม่ถึงร้อยละ 0.5 ต่อปี ซึ่งต่างกับในอดีตเมื่อครั้ง

ศตวรรษก่อน ประชากรไทยเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากคือเฉลี่ยกว่าร้อยละ 3 ต่อปี และในปีพ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือหมายถึงสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ก่อนที่ในปีพ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 28 (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2562)

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ สะท้อนถึงความจำเป็นอย่างมากที่ต้องมีการดูแลส่งเสริมด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยืนยาว เมื่อบุคคลย่างเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามอายุ ทางด้านจิตใจ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สังคมและครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพยามเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจปัญหาสุขภาพ และแนวทางการป้องกันและการดูแล (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนและนโยบายด้านผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติในปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2564 ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2552 วัตถุประสงค์ของแผน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง ขณะเดียวกันจะมุ่งส่งเสริมให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และเสริมสร้างคุณค่าของผู้สูงอายุให้ร่วมเป็นพลังในการพัฒนาสังคม ประกอบด้วยด้วยยุทธศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมในหลายๆด้าน รวมไปถึงมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

ตามนโยบายผู้สูงอายุจะมีการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้หลักประกันด้านบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยมีหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพดังกล่าวในทุกระดับ ครอบคลุมการป้องกัน การคัดกรองโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย จิตใจ อาทิ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน รวมทั้งการดูแลด้านสายตา บริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการช่วยเหลือตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความพิการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิตประจำวัน และยังมีบริการส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุไปรับการรักษาต่อเนื่องยังสถานพยาบาลอื่นในกรณีจำเป็น โดยผู้สูงอายุสามารถใช้บริการสุขภาพดังกล่าวได้ที่สถานพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และระดับจังหวัด อีกทั้งมีการจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุ (Elderly Clinic) เป็นการเฉพาะเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยสถานพยาบาลของรัฐทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ โดยบริการที่จัดขึ้นเป็นการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านสุขภาพ

กาย จิตใจ สังคม และตามสภาพความจำเป็นและปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะแต่ละราย รวมทั้งการให้บริการตรวจคัดกรองและผ่าตัดต่อกระดูกให้กับผู้สูงอายุโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายด้วย นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนกายอุปกรณ์ อาทิ ไม้เท้า รถเข็น หรือกายอุปกรณ์อื่น ๆ หากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าวเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน

สำหรับแบบคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันที่จัดทำขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่าการคัดกรองหลายด้านด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน คัดกรอง CVD risk ตรวจฟันผู้สูงอายุ คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ตรวจตา ประเมินข้อเข่า ประเมินการหกล้ม ประเมิน ADL ประเมินภาวะซึมเศร้า

อย่างไรก็ตามทางภาครัฐได้เห็นความสำคัญของปัญหาทางด้านบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ โดยได้มีการเพิ่มการคัดกรองการได้ยิน (Finger rub test) เข้ามาในคู่มือคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับล่าสุดในช่วงต้นปีพ.ศ. 2564 ซึ่งยังไม่เป็นที่แพร่หลายและยังไม่ได้นำไปใช้ประเมินกับผู้สูงอายุโดยตรงเนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ Covid-19 ในปัจจุบัน ซึ่งทำให้การเข้าถึงผู้สูงอายุค่อนข้างยากในสถานการณ์เช่นนี้

2. แนวคิดทฤษฎีและการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุ เป็นคำที่บ่งบอกตัวเลขว่ามีอายุมากโดยมีการนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ มีอายุมากหรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม สูงอายุ คือมีอายุมาก โดยองค์การสหประชาชาติได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปโดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด และสำหรับประเทศไทยได้นิยามคำว่า ผู้สูงอายุไว้ใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย บรรลุ ศิริพานิช (อ้างถึงในรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545:7) ได้ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุและได้แบ่งผู้สูงอายุและตามสภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุระดับต้น (the young old) คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยายังไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

2. ผู้สูงอายุระดับกลาง (the middle old) คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทาง กายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วโดยส่วนใหญ่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่างจากครอบครัว

3. ผู้สูงอายุระดับปลาย (the old old) คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางรายมีความพิการ บางรายช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีหลายทฤษฎี ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าพบว่าทฤษฎีความมียายุประกอบด้วย 2 หลัก (อรวรรณ แพนคง, 2552:11-15)

1) ทฤษฎีความมียายุ

1.1 ทฤษฎีความมียายุทางชีวภาพ

ทฤษฎีความมียายุที่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรม (Genetic theories) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยกลไกการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมภายในร่างกาย สามารถเกิดได้ในทุกช่วงวัย ได้แก่

1. ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory) เนื่องจากลักษณะทางเพศจะถูกกำหนดโดยโครโมโซม โครโมโซมเพศชายคือ XY และโครโมโซมเพศหญิงคือ xx การที่หญิงมีโครมาติน x มากกว่าชาย เพศหญิงจึงมีอายุยืนยาวมากกว่า และครอบครัวที่มีบรรพบุรุษอายุยืน มักพบว่าครอบครัวนั้นมักจะอายุยืนด้วยเช่นกัน

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theory) ยีนส์เป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม โดยควบคุมการสร้างเอนไซม์ ซึ่งเอนไซม์ทุกตัวนั้นจะมีองค์ประกอบที่สำคัญ ยีนส์หนึ่งยีนส์จะทำหน้าที่ในการควบคุมลักษณะเอนไซม์โปรตีนชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของรหัสพันธุกรรม ส่งผลให้ DNA ถูกทำลายไปและทำให้ยีนส์ผิดปกติ ทำให้ปฏิกิริยาของร่างกายมีการทำหน้าที่ของเซลล์เสียไป

3. ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) เกิดจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA และเร่งให้เกิดการแก่เร็วขึ้น รังสีทำให้เซลล์แบ่งตัวทำให้เกิดการผ่าเหล่าขึ้น และเมื่อมีการสะสมเป็นระยะเวลานานจนทำให้การทำหน้าที่ของยีนส์เสียไปร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ และตายในที่สุด

4. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) เกิดเนื่องจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีความผิดพลาด ซึ่งในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสะสมความผิดพลาด มีความบกพร่องของส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ทำให้การทำหน้าที่ที่มีการหยุดชะงัก เนื้อเยื่อมีการเสื่อมสภาพและตายไป ทำให้เกิดการเสียสมดุลเกิดขึ้น

5. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) การที่ความสูงอายุเกิดจากมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต จะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสภาพแวดล้อมที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้ากับชีวิตหนึ่งของการแพร่พันธุ์และการเจริญพันธุ์ของระยะเวลาของการมีชีวิตและจะสั้นลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่

6. ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory, programming theory) กล่าวว่าความสูงอายุเกิดจากการถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนส์ที่กำหนดให้เซลล์ต่างๆ แยก เมื่อถึงกำหนดเวลากระบวนการของการสูงอายุเริ่มด้วยการเจริญเติบโต การพัฒนาและการเสื่อมลงและตายในที่สุด ซึ่งเป็นวงจรที่เกิดช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

1.2 ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรม (Non-genetic cellular theories)

1. ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) โดยทฤษฎีนี้มีการเปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้ไปนานๆ จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น แต่มีข้อแตกต่างคือมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้ ซึ่งจะเกิดเซลล์ใหม่ทดแทนทดแทนเซลล์เก่าเพื่อให้สิ่งมีชีวิตมีความชรา น้อยที่สุด ส่วนเซลล์ที่แบ่งตัวไม่ได้ก็จะเสื่อมโทรมและตายลง

2. ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ความมีอายุเป็นผลมาจากการสะสมที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ เรียกว่า Lipofuscin หรือ Age pigments Lipofuscin ซึ่งเป็น Lipoprotein และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิซึม มีคุณสมบัติ คือ ไม่ละลายน้ำ ซึ่งจะถูกระดมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

3. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) สาเหตุที่เซลล์ตาย เกิดจากมีการสร้างอนุมูลอิสระ ซึ่งเซลล์ตัวนี้จะมีส่วนประกอบทางเคมี ในระยะที่มีการกระตุ้น (Activate state) กระบวนการนี้จะใช้ออกซิเจนเป็นส่วนประกอบในการที่มีการทำปฏิกิริยาเร็วมากกับโมเลกุลที่อยู่ข้างเคียง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ต่างๆ ของเอนไซม์และโปรตีน ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและตาย

4. ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross Linking theory) ความมีอายุเกิดจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน ซึ่งการเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกันหรือเกิดจากสารระหว่างโมเลกุล ส่งผลให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเชื่อมตามขวางจะพบมากที่สุด คือโปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ คือ Elastin และ Collagen ซึ่งเนื้อเยื่อเหล่านี้จะมีความเกี่ยวพัน และผลจากการเชื่อมตามขวางจะค่อยๆ เป็นไปตามอายุทำให้เนื้อเยื่อเกิดการขาดความยืดหยุ่นได้

1.3 ทฤษฎีความมีอายุเกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theories) โดยปกติร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอ และเมื่อมีอายุมากขึ้นการสร้างภูมิคุ้มกันจะมีระดับลดลงเรื่อยๆ คุณภาพก็จะลดลงด้วย จะมีการเสื่อมสมรรถภาพของการจำโครงสร้างของโมเลกุลที่อยู่ในร่างกาย ซึ่งทำให้ Antibody ทำปฏิกิริยากับเซลล์ปกติของร่างกาย ดังนั้นจึงมักพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับของ Autoimmune antibody ของเลือดสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันทำลายตนเองได้

2) ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม

ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคมจะเน้นไปที่ประเด็นของบทบาท (Role) และความสัมพันธ์ (Relationships) ที่มีความเกี่ยวข้องกันของแต่ละบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเมื่อมีการเข้าสู่ความสูงอายุก็น่าจะมีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งกันและกัน ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ทฤษฎีการถดถอยทางสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดย เอเลน คัมมิง (Elaine Comming) และ วิลเลียม เฮนรี (William Henry) ในปี 1961 เชื่อว่าความสูงอายุนั้นเป็นกระบวนการที่มีการเกิดขึ้นตลอดเวลา ความมีอายุเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจะมีการแยกตัว นั่นคือการถดถอยออกจากสังคม เนื่องจากสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างหรือสังคมค่อยๆห่างออกมาจากกันทีละเล็กละน้อย นอกจากนี้ถ้าพบว่าสิ่งแวดล้อมดี ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากสังคม มีโอกาสได้แสดงบทบาทจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ผู้สูงอายุจะมีการเข้าสังคมมากกว่าที่จะถดถอยออกมา การถดถอยออกจากสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน บุตรแยกครอบครัวออกไป การจากไปของคู่สมรส สถานะของการเป็นหัวหน้าครอบครัวลดลง เพราะฉะนั้นถ้าสิ่งแวดล้อมดี สังคมมีการยอมรับ เคารพและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก็จะมีความสุข

2. ทฤษฎีการมีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดยฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst) แมดดอก (Maddog) และพาลเมอร์ (Palmore) ในปี 1968 เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นมีการทำกิจกรรมต่างๆในช่วงวัยกลางคนเมื่อมีการเข้าวัยสูงอายุบุคคลนั้นก็ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข การมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ดี การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น ทั้งนี้การจัดกิจกรรมต้องมีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกตามความสนใจ รักษาระดับกิจกรรมไว้ มีการส่งเสริมสัมพันธภาพกับกลุ่มอื่น ส่งเสริมให้มีเพื่อน สามารถปรับตัวกับบุคคลอื่นได้ เป็นกิจกรรมที่เน้นการใช้สติปัญญา ความสามารถมากกว่าการใช้กำลัง

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เป็นการสรุปข้อขัดแย้งทฤษฎีถดถอยจากสังคมกับทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วม โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า การมีชีวิตอยู่อย่างกระตือรือร้น และการที่พยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกในวัยกลางคน ความปรารถนาที่จะแยกออกมาจากสังคมสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการที่มีชีวิตอย่างไรให้มีความสุข จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีการทำกิจกรรมร่วมกันนั้น สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล เช่นคนที่ชอบความสันโดษเมื่อสูงอายุก็ย่อมที่จะชอบแยกตัวออกมาจากสังคม หรือคนที่ชอบ

ทำกิจกรรมในสังคมเมื่อสูงอายุมากขึ้นก็จะทำกิจกรรมเหมือนเดิมในสังคม หรืออาจลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

จากแนวคิดต่างๆที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นจะมีการกล่าวถึงความสูงอายุในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความมีอายุทางชีวภาพมองความสูงอายุโดยมีการพิจารณาถึงระบบต่างๆของร่างกาย จะกล่าวถึงความชราโดยดูความสูงอายุ เกิดจากประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกายที่มีการลดลง ส่วนทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม จะพิจารณาจากการคบหาทบทวนของผู้สูงอายุความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมและสถานภาพทางสังคม ซึ่งที่กล่าวมาพบว่าไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับความสูงอายุได้ทั้งหมด กล่าวได้ว่ากระบวนการในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นกระบวนการที่มีความเสื่อมลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงและเมื่อสุขภาพกายไม่แข็งแรงย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมในผู้สูงอายุพบว่ามีทิศทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงทั้งสามด้านต่างก็มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านของผู้สูงอายุแต่ละคนต่างก็มีความแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละคนก็มีความเสื่อมถอยของร่างกาย การคบหาทบทวนของตนเองหรือความสัมพันธ์ต่างๆแตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายเริ่มลดน้อยลง มีความเสื่อมของเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามีการฝ่อของกล้ามเนื้อ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อจะลดลง กระดูกจะเปราะและหักง่ายเนื่องจากการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังสั้นลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อม ความสูงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆบางและเสื่อมลง น้ำไขข้อลดลงทำให้ได้ยินเสียงกรอบแกรบขณะที่มีการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก ข้อติดแข็ง ปวดตามข้อ ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย จำนวนมวลและเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งนาน กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลง ทำให้สูญเสียความแข็งแรงไว ผู้สูงอายุจึงมีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง

2. ระบบประสาท ความสามารถในการเรียนรู้และการจำลดลง เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติจะลดลงทำให้ความไวต่อความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลง คิดช้า การเคลื่อนไหวช้า ความจำในเรื่องใหม่ๆไม่ดีเท่าความจำในเรื่องอดีต และความสามารถในการคิดคำนวณวิเคราะห์ลดลง

3. การมองเห็น เมื่ออายุมากขึ้นเลนส์ตาเสื่อม กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมลงทำให้การปรับระยะภาพสายตาจะยาวเนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง ทำให้สายตายาวขึ้น ลานสายตาแคบลง

ความไวในการมองเห็นภาพลดลง ลูกตามีขนาดเล็กลง รูม่านตามีขนาดเล็กลง หนังตาตก ปฏิกริยาในการตอบสนองต่อแสงของม่านตาลดลง ทำให้มีการปรับตัวในที่มีความมืดไม่ตี ความไวในการมองเห็นภาพลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองของเยื่อบุตาได้ง่าย

4. การได้ยิน การได้ยินของผู้สูงอายุจะลดลง มีอาการบกพร่องทางการได้ยิน เนื่องจากการเสื่อมของหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทหู แก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น มักจะได้ยินเสียงโทนต่ำๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดาหรือเสียงพูดปกติ การผลิตซีลีลลดลง แต่จะมีการสะสมของซีลีลในช่องหูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง จึงมักพบว่าผู้สูงอายุมักมีอาการเวียนศีรษะได้ง่ายหรือบ่อยครั้ง

5. การรับรส การรับรสชาติเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสที่ลิ้นมีจำนวนลดลง และบางส่วนมีการฝ่อลีบลง ทำให้การรับรสชาติเสียไป ผู้สูงอายุจะสูญเสียการรับรสหวานก่อนรสเปรี้ยว รสขม และรสเค็ม ทำให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น

6. การรับกลิ่น ความสามารถในการจำแนกกลิ่นจะลดลง เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก จึงทำให้ความสามารถในการจำแนกกลิ่นลดลง ผู้สูงอายุจะไม่รับรู้กลิ่นของอาหารและไม่สามารถจำแนกกลิ่นได้

7. ผิวหนัง หลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนาขึ้น การซึมผ่านของออกซิเจนและอาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ปริมาณไขมันที่สะสมใต้ผิวหนังลดลง ผู้สูงอายุจึงมีผิวหนังเป็นรอยเหี่ยวย่น แดงง่าย ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ขับเหงื่อออกได้น้อย ผิวหนังขาดการตั้งตัว ทำให้ผิวหนังแห้ง กระจ่าง และทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิไม่ดี

8. ผมและขน ผู้สูงอายุจะมีอัตราการงอกของผมลดลง และเส้นผมมีขนาดเล็กลง

9. ระบบการไหลเวียนโลหิต เมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดฝอยในร่างกายส่วนใหญ่จะหนาขึ้น มีความยืดหยุ่นลดลง การซึมผ่านของออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง หัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบส่งนำคลื่นหัวใจเปลี่ยนแปลง เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากเส้นเลือดที่หนาขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงมีผลต่อการบีบและการคลายตัวของหัวใจ หลอดเลือดฝอยหนาขึ้นความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เปราะและแตกง่าย เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย

10. ระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดฝอยในหลอดลมจะมีลักษณะหนาและแข็งตัวขึ้นทำให้ขาดความยืดหยุ่น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง จำนวนถุงลมปอดลดลงและถุงลมปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นส่งผลให้ปริมาณอากาศมีการค้างในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้การระบายอากาศลดลง ผนังถุงลมและหลอดเลือด

ฝอยมีความหนาขึ้นส่งผลให้การแพร่ผ่านลดลง จากการลดปริมาณเลือดมาสู่ปอดทำให้การกำซาบของเลือด (perfusion) และก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้การซึมผ่านและและการแลกเปลี่ยนของออกซิเจนในถุงลมปอดไม่ดี

11. ระบบทางเดินอาหาร ปากและฟัน โดยทั่วไปฟันจะหลุด กล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรงลดลงและกล้ามเนื้อในการกลืนจะมีการเปลี่ยนแปลง และพบว่ากระเพาะอาหารมีการหลั่งกรดลดลง ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ท้องอืดง่าย ฟันสึกกร่อน ฟันเปราะ เคลือบฟันบางลง ทำให้เกิดฟันผุหลุดร่วงง่ายเกิดปัญหาการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลงและมีขนาดใหญ่ เนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง และกล้ามเนื้อหูรูดของปลายหลอดอาหารมีการหย่อนตัวและทำงานที่ช้าลง อาหารในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหาร การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนและโรคโลหิตจางได้ ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลงทำให้มีการสะสมและเกิดพิษของยาที่มากเกินไปได้ง่าย การสร้างน้ำดีลดลงทำให้ปริมาณของน้ำดีลดลง แต่มีความหนืดของน้ำดีมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี

12. ระบบขับถ่าย เกิดการเสื่อมหน้าที่ของไต ทำให้ไตขับของเสียได้น้อยลง ความจุและความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีกำลังอ่อนลง ทำให้อาจมีปัสสาวะคงค้างหลังการถ่ายปัสสาวะได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การย่อยอาหารและการดูดซึมการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ที่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารชั้นนอกมีการหย่อนตัวอาจทำให้ไม่อาจกลั้นอุจจาระได้ปกติ

13. ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะระบบสืบพันธุ์ เพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลงเยื่อภายในมดลูกบาง ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ในเพศชายลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็กลง

14. ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อที่มีการผลิตของฮอร์โมนต่อมไร้ท่อน้อยลง และตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินได้น้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว

ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจอาจเป็นผลเนื่องมาจากทางร่างกายและสังคม เพราะ ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และสภาพแวดล้อม ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา อาจมีผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น

1. การสูญเสียบุคคลที่รัก เนื่องจากคูชีวิต เพื่อน ญาติสนิทจากไป
2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องมีการออกจากงานทำให้ขาดรายได้ ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นต้น

3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีการแยกครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่โดดเดี่ยว เกิดความว้าเหวและทำให้เกิดความรู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่างๆมากขึ้น มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความสามารถในการเข้าร่วมและบทบาททางสังคมและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลายมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว จากที่เคยเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นที่เคารพจากบุคคลในครอบครัวกลายเป็นผู้ดูแลบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมทางตะวันตกได้เข้ามามีบทบาททางสังคมไทยมากขึ้น ส่งผลให้เกิดช่องว่างของความสัมพันธ์ที่มากขึ้น ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว อังว้าง ซึมเศร้าได้หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลายด้าน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

3. การพยาบาลผู้สูงอายุ

เนื่องด้วยวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการ การพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อช่วยในการตอบสนองความต้องการในการทำกิจกรรมต่างๆ เป้าหมายพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุคือเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีให้ยาวนานที่สุด ตลอดจนการดูแล ป้องกันผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การสนับสนุนการเข้าร่วมทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากที่สุด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจสภาพความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ การรับรู้ประสบการณ์ชีวิตโดยตรงจากผู้สูงอายุ นำมาวางแผนพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ คงไว้ซึ่งการให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง และโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการดูแลให้การพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพยามเจ็บป่วยให้กลับมาสู่สภาพเดิม หรือให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายที่สำคัญอีกอย่างคือการช่วยเหลือครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งภาวะบกพร่องทางการได้ยินส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมากโดยเฉพาะในด้านการสื่อสาร ในฐานะพยาบาลดูแลผู้สูงอายุจึงมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุในลำดับถัดไป เพื่อใช้เป็นความรู้เบื้องต้นก่อนทำการวิจัยศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ

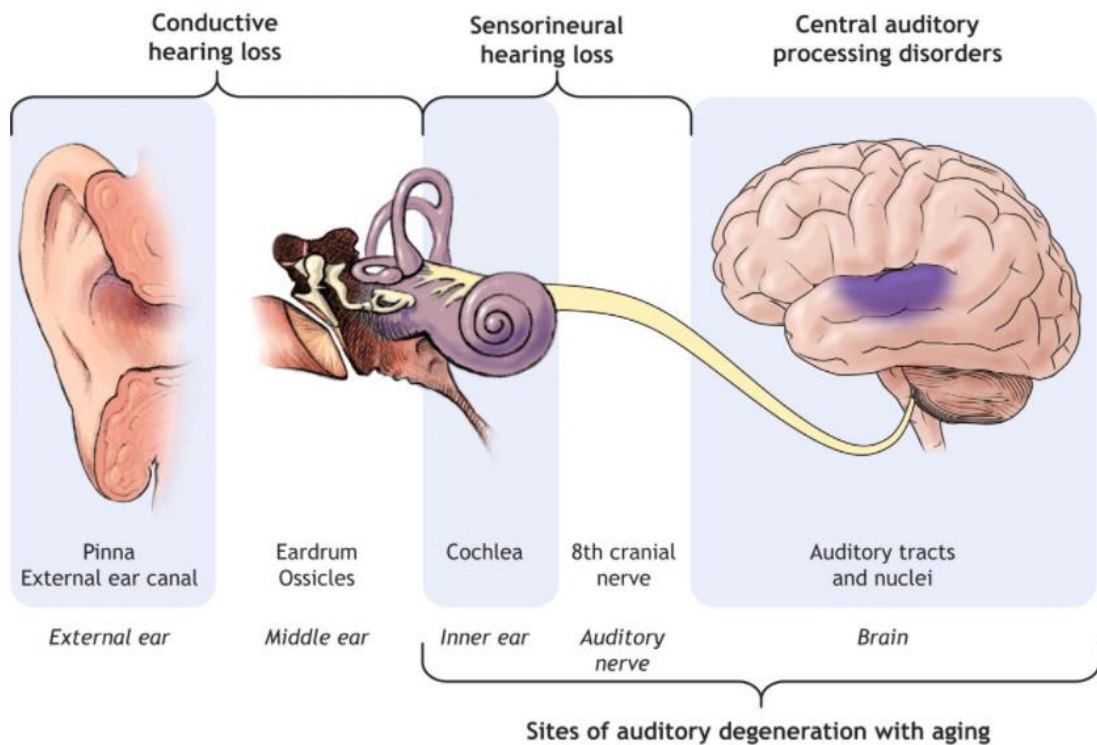
4. ความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ

ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแย่งลง มักมีอาการหูอื้อหรือหูตึงในอาการเริ่มแรก โดยปกติความสามารถในการได้ยินเสียงพูด มีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยิน มากกว่า 25 dB แต่ไม่เกิน 90 dB หากมีปัญหาการได้ยินเกิดขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวันรวมทั้งความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

4.1 กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของหูในผู้สูงอายุ

1) กายวิภาคและสรีรวิทยา

หู แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ หูชั้นนอก (the outer ear) ประกอบด้วยใบหู และช่องรูหู ซึ่งจะไปสิ้นสุดที่เยื่อแก้วหู (eardrum or tympanic membrane) หูชั้นกลาง (middle ear) ตั้งอยู่ในกระดูกเทมเพอราล (temporal bone) อยู่ถัดจากเยื่อแก้วหูเข้าไป ประกอบไปด้วยกระดูกหู 3 ชิ้น และหูชั้นใน (inner ear) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คอเคลีย (cochlear) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน และเวสติบิว (vestibule) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว หู คืออวัยวะซึ่งทำหน้าที่ในการรับฟังเสียง และการทรงตัวของมนุษย์ การรับฟังเสียงจะเป็นสื่อ ซึ่งช่วยมนุษย์ในการสื่อสาร การเขียน มนุษย์เรียนรู้ภาษาโดยการฟังคนอื่นพูด และฝึกพูดโดยการเคลื่อนไหวอวัยวะที่ใช้ในการพูดเลียนเสียงที่ได้ยิน รวมทั้งการได้ยินจะเป็นสื่อที่ช่วยสื่อสารของมนุษย์กับบุคคลอื่น สามารถอธิบายด้วยภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของหูในผู้สูงอายุ

(Lianne & Nicholas, 2007)

2) การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีผลต่อการได้ยินของผู้สูงอายุ (Harkin & Kelleher, 2011; Weinstein 2009; Ko, 2010)

การสูญเสียการได้ยินจากการสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางเสื่อมสภาพของระบบการได้ยินตั้งแต่ หูชั้นนอก หูชั้นกลาง ไปจนถึงหูชั้นใน ดังต่อไปนี้

1. หูชั้นนอก ใบหูของผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียความยืดหยุ่นและความแข็งแรง ต่อมสร้างขี้หูมีการทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะขี้หูอุดตันได้บ่อยขึ้น

2. หูชั้นกลาง แก้วหูของผู้สูงอายุจะมีความยืดหยุ่นลดลง และกระดูกเล็ก ๆ ที่อยู่ในหูชั้นกลาง จะมีการแข็งตัวมากขึ้น

3. หูชั้นใน เซลล์ขนบริเวณโคเคลีย (cochlea) ของผู้สูงอายุเป็นอวัยวะที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ดังนี้

3.1 เซลล์ขนที่ฐานในบริเวณโคเคลีย จะมีลักษณะเหี่ยวและฝ่อไป

3.2 เส้นประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากเซลล์ขนบริเวณโคเคลีย ส่งไปยังสมอง มีการเสื่อมลง

3.3 เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงโคเคลียมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงลดลง การเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบการได้ยินในวัยสูงอายุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการได้ยิน เสียงที่มีความถี่สูง และจะได้ยินเสียงที่มีความถี่ต่ำได้ดีกว่า ส่งผลให้เกิดภาวะประสาทหูเสื่อม ดังนั้น ผู้สูงอายุอาจได้ยินเสียงชัดในระดับความถี่ต่ำและไม่ได้ยินเมื่อมีการใช้เสียงในระดับความถี่สูง

4.2 พยาธิสภาพการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุ

การสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุแบ่งออก เป็น 3 ประเภท ดังนี้ (Harkin & Kelleher, 2011)

1. การสูญเสียการได้ยินจากการนำเสียงเสื่อม (conductive hearing loss) เกิดจากความผิดปกติของหูชั้นนอก หูชั้นกลาง และน้ำในหูชั้นกลาง เช่น แก้วหูทะลุ ช่องหูตีบแคบ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินแบบถาวรหรือชั่วคราวได้ หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง บางรายสามารถทำให้การได้ยินกลับคืนเข้าสู่ภาวะปกติได้ เช่น การผ่าตัดตกแต่งเยื่อแก้วหูในรายแก้วหูทะลุ

2. การสูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือประสาทหูเสื่อมจากวัยสูงอายุ (sensorineural hearing loss) เกิดจากการสูญเสียประสาทรับเสียงหรือเซลล์ขน บริเวณโคเคลียไปที่ลดน้อยตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น หรือได้รับความเสียหาย โดยมีสาเหตุจากการที่ได้รับเสียงดังเกินไปเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน หรือบางรายเกิดจากภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายเข้าไปในเซลล์ขนบริเวณโคเคลีย หรือการอักเสบของเส้นประสาทหูจึงทำให้สูญเสียการได้ยิน

3. การสูญเสียการได้ยินแบบผสม ทั้งการนำเสียงและประสาทหูเสื่อม (mix conductive and sensorineural hearing losses) เช่น ผู้ป่วยอาจจะมีแก้วหูทะลุจากโรคหูน้ำหนวก ร่วมกับมีภาวะประสาทหูเสื่อมตามวัย

4.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการได้ยิน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการได้ยินมีหลากหลาย สรุปได้ดังนี้

1. อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการเสื่อมของอวัยวะทุกส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน จากการวิจัย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 มีการสูญเสียการได้ยินร้อยละ 66 และยิ่งหากอายุมากถึง 80 - 92 ปี พบการสูญเสียการได้ยินมากถึงร้อยละ 90 (Helzner, Patel, Pratt, Sutton-Tyrrell, Cauley, Talboot, et al., 2011)

2. ได้รับเสียงที่ดังเกินไป หรือการสัมผัสเสียงดังซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินแบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากเซลล์ขนบริเวณหูชั้นในถูกทำลาย จากการวิจัยในประเทศ สหรัฐอเมริกา ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติสัมผัส เสียงดังมีการสูญเสียการได้ยินมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีประวัติสัมผัสเสียงดังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Raynor, Pankow, Miller, Huang, Dalton, Klein, et al., 2009)

3. เพศชาย จากการวิจัยพบอัตราความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบในผู้สูงอายุชายไทยในอัตรา ร้อยละ 8.0 ส่วนผู้สูงอายุหญิงไทยพบอัตราร้อยละ 6.9 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบัน วิจัยระบบสาธารณสุข, 2552) ทั้งนี้ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่พบว่าอาจเป็นเพราะเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงในการสัมผัสเสียงดังและสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง

4. เป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการ สูญเสียการได้ยินมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุมากหรือมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีจะมีการสูญเสียการได้ยินมากกว่าคนที่อายุน้อยหรือมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี (Lerman-Garber, Cuevas-Ramos, Valds, Enrquez, Lobato, Osornio, et al., 2012) เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาในระดับหลอดเลือดขนาดเล็กและประสาทรับความรู้สึก ทำให้มีผลต่อจอประสาทตา ไต และบริเวณปลายประสาท รวมทั้งหลอดเลือดฝอยและเซลล์ประสาทรับความรู้สึกของหูชั้นใน จากการศึกษาศพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เส้นเลือดฝอยสไตรอวาสคิวลาริส (stria vascularis) มีการหนาตัวของเยื่อหูชั้นใน รวมทั้งมีการทำลายบล็อกเยื่อหุ้มเส้นประสาทสมองที่แปด ที่ทำหน้าที่ส่งสัญญาณเสียงจากโคเคลียไปสู่สมอง (Fukushima, et al., 2006 อ้างตาม Lerman-Garber, et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อ การสูญเสียการได้ยินมากกว่าการเปลี่ยนแปลงตามวัย การได้รับเสียงดังเกินไป และปัจจัยอื่นๆอีกด้วย (LermanGarber, et al., 2012)

5. สูบบุหรี่ จากการศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในหูชั้นกลางและหูชั้นใน (Gaur, Kasliwal, & Gupta, 2012) ทั้งนี้เนื่องจากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ไปขัดขวางการจับออกซิเจนของฮีโมโกลบิน ส่งผลให้ร่างกายเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน (Matschke, 1991) และ สารนิโคตินในบุหรี่ยังทำให้หลอดเลือดหดตัว ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงโคเคลียจึงลดลงและยังทำให้หลอดเลือดแข็งตัว มีเกร็ดเลือดเกาะตัวรวมกัน ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงส่งผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดของหูชั้นในผู้สูงอายุโดยตรง (Itoh, Nakashima, Arao, Wakai, Tamakoshi, Kawamura, et al., 2001)

6. ขาดสารโฟเลทในร่างกาย เนื่องจาก สารโฟเลทมีความจำเป็นต่อการทำงานของเซลล์ โดยช่วยให้ระบบการเผาผลาญของสารโฮโมซิสเตอีน (homocysteine) ในร่างกายเป็นไปตามปกติ และไม่เกิดภาวะโฮโมซิสเตอีนในกระแสเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อเยื่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย และยังส่งผลให้โคเคลียถูกทำลายเนื่องจากได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Uchida, Sugiura, Ando, Nakashima, & Shimokata, 2011)

7. โรคหินปูนเกาะกระดูกหู (otosclerosis) เกิดจากหินปูนที่เจริญผิดปกติในหูชั้นกลางกับหูชั้นใน ทำให้กระดูกโกลนไม่สามารถสั่นสะเทือนเพื่อส่งผ่านเสียงจากหูชั้นกลางเข้าสู่หูชั้นในได้ตามปกติ นำไปสู่การสูญเสียการได้ยินชนิดการนำเสียงเสื่อมได้ (Harkin & Kelleher, 2011)

8. ภาวะซีหูอุดตัน เป็นภาวะที่พบได้ในผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 34 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีซีหูแห้ง และผิวหนังมีการผลัดเซลล์เพื่อขับสิ่งสกปรกออกจากช่องหูข้าง ในผู้สูงอายุเพศชายมักพบว่า ขนบริเวณช่องหูจะมีลักษณะหยาบมากขึ้นจนทำให้ช่องหูถูกปิดกั้น ซีหูจึงไม่สามารถถูกขับออกมาภายนอกได้ นอกจากนี้อาจเกิดร่วมกับการใส่เครื่องช่วยฟังหรือเกิดจากการใช้ไม้พันสำลีเช็ดหูทำให้ซีหูถูกดันเข้าไปภายในช่องหู จึงกระตุ้นให้เกิดภาวะซีหูอุดตัน (Weinstein, 2009)

9. เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง ทำให้สูญเสียการได้ยินได้เนื่องจากการอักเสบที่เกิดขึ้น ทำให้เซลล์ขนและเส้นเลือดฝอย สไตรอวาสคิวลาริส ที่ไปเลี้ยงเยื่อหูชั้นในมีจำนวนลดลง (Joglekar, Morita, Cureoglu, Schachern, Deroee, Tsuprun, et al., 2010)

10. ได้รับยาที่มีพิษต่อหู ทำให้เกิดความเสียหายต่อโคเคลีย ประสาทหู หรือระบบรับรู้การทรงตัว (vestibular system) ทำให้สูญเสียการได้ยินหรือสูญเสียการทรงตัว หรืออาจเกิดอาการทั้งสองอย่างร่วมกัน ในบางรายอาจมีอาการหูอื้อ หรือได้ยินเสียงในหูร่วมด้วย หลังหยุดยาแล้วอาการดังกล่าวอาจดีขึ้นและการได้ยินอาจกลับมาเป็นปกติได้ อย่างไรก็ตามยาบางชนิดอาจทำให้ประสาทหูเสื่อมอย่างถาวร เช่น ยาในกลุ่มอะมิโนกลัยโคไซด์ (aminoglycosides) และยาขับปัสสาวะในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนท่วงเฮนเล (Henle's loop) เช่น ยาฟูโรซีไมด์ (Weinstein, 2009) ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มที่มีพิษต่อหูควรใช้ความระมัดระวังและควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาทุกครั้ง

4.4 การตรวจและวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ

การตรวจและวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ มีหลายวิธี ได้แก่

- 1) สังเกตจากพฤติกรรมการได้ยิน
- 2) ใช้แบบคัดกรองผลกระทบของการสูญเสียการได้ยินสำหรับผู้สูงอายุ (The Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening Version: HHIES)
- 3) มีการตรวจหูผู้สูงอายุและคัดกรองปัญหาการได้ยินในการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การตรวจหูสามารถทำได้โดยพยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย การตรวจหูภายนอก การตรวจดูช่องหูด้วยเครื่องตรวจหู (Otoscope) การตรวจด้วยส้อมเสียง (Turning fork) หรือใช้วิธีเสียงกระซิบ (Whispered Voice Test) ซึ่งแต่ละวิธีสรุปได้ ดังนี้

3.1 การตรวจหูด้วยเครื่องตรวจหู (Otoscope)

โดยให้ผู้ใช้บริการเอียงศีรษะไปด้านตรงข้าม ผู้ตรวจดึงใบหู เพื่อปรับรูหูให้อยู่ในแนวตรงทำให้เห็นรูหูชัดเจน ซึ่งให้จับใบหูดึงเฉียงขึ้นด้านบนการดูแก้วหู เมื่อส่องไฟจะพบว่าแก้วหูจะมี

ลักษณะเหมือนกระจกฝ้า สีเทา สะท้อนแสงวาว ถ้าพบว่าแก้วหูบวม หรือโป่งออก และช่องหูชั้นนอกมีสีแดง มักเกิดจากการอักเสบของหูชั้นกลาง หรือถ้าเห็นรูโหว่ แสดงว่าแก้วหูทะลุ

3.2 การตรวจด้วยส้อมเสียง (Turning fork) เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยอาการในผู้ที่มีปัญหาการได้ยินแบบการนำเสียงบกพร่อง กับผู้ที่มีปัญหาการได้ยินแบบประสาทรับเสียงบกพร่องโดยผู้้นั้นต้องมีปัญหาเพียงหูข้างเดียว การทดสอบโดยส้อมเสียง มีวิธีทดสอบอยู่ 2 วิธี คือ

3.2.1 การทดสอบแบบเวเบอร์ (Weber test) ทดสอบโดยนำส้อมเสียงที่เคาะแล้วมาวางบนแนวตรงกลางของศีรษะ หน้าผาก แล้วสังเกตเสียงที่ได้ยินผ่านกระดูกไปยังหูทั้งสองข้าง ผลการตรวจมีดังนี้

1) ผู้ที่มีการได้ยินปกติทั้ง 2 ข้าง จะได้ยินเสียงจากส้อมเสียงดังพอๆ กันทั้ง 2 หู หรืออาจจะไม่สามารถบอกความแตกต่างได้

2) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินชนิดการนำเสียงบกพร่องข้างหนึ่ง และมีการได้ยินปกติอีกข้างหนึ่ง จะรายงานว่าได้ยินเสียงดังไปยังหูข้างที่มีการนำเสียงบกพร่อง

3) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินแบบประสาทรับเสียงบกพร่อง และมีการได้ยินปกติ อีกข้างหนึ่งจะรายงานว่าได้ยินเสียงดังไปยังหูข้างที่มีการได้ยินปกติ

3.2.2 การทดสอบแบบรินเน (Rinne test) เป็นวิธีการทดสอบการนำเสียงผ่านอากาศและการนำทางกระดูก วิธีการตรวจ เมื่อเคาะส้อมเสียงแล้วนำส้อมเสียงมาวางลงบนบริเวณกระดูกมาสตอยด์ ให้ผู้ป่วยฟังเสียงที่เกิดขึ้น แล้วนำส้อมเสียงมาวางไว้หน้าหูประมาณครึ่งนิ้ว แล้วเปรียบเทียบการได้ยินที่เกิดขึ้น ถ้าการได้ยินเท่ากันทั้งข้างหน้าและข้างหลัง แสดงว่ามีการสูญเสียทั้งการนำเสียงบกพร่องและแบบประสาทรับเสียงบกพร่อง แต่ถ้าได้ยินบริเวณหลังหูได้ดีกว่าแสดงว่าการนำเสียงบกพร่อง ผลการตรวจมีดังนี้

1) ผู้ที่มีการได้ยินปกติในหูข้างนั้น จะรายงานว่าได้ยินเสียงที่หน้าช่องหูดีกว่า เรียกว่าการทดสอบรินเนให้ผลบวก (positive Rinne test)

2) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินชนิดการนำเสียงบกพร่อง จะรายงานว่าได้ยินเสียงที่กระดูกมาสตอยด์ดีกว่า เรียกว่า การทดสอบรินเนให้ผลลบ (negative Rinne test)

3) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินแบบประสาทรับเสียงบกพร่อง จะรายงานว่าได้ยินเสียงที่หน้าช่องหูดีกว่า เรียกว่า การทดสอบ รินเนให้ผลบวก (positive Rinne test)

3.3 การทดสอบเสียงกระซิบ (Whispered Voice Test) มีขั้นตอน ดังนี้

3.3.1 ผู้สูงอายุนั่งหลับตาและหันข้างให้ผู้ตรวจซึ่งยืนห่างออกไปประมาณ 6 เมตร หรือ 3 วา แล้วให้ผู้สูงอายุใช้นิ้วอุดหูด้านที่อยู่ตรงข้ามกับผู้ตรวจเพื่อให้หูด้านที่อยู่ใกล้กับผู้ตรวจคอยฟังเสียงกระซิบ หูปกติจะฟังเสียงกระซิบได้ใน ระยะ 6 เมตร

3.3.2 ถ้าไม่ได้ยิน ให้ผู้ตรวจเดินใกล้เข้ามาครึ่งละ 1/2-1 เมตร แล้วดูว่าผู้สูงอายุจะได้ยินเมื่อใด เช่นถ้าได้ยินในระยะ 5 เมตร ก็เขียนว่าหูซ้าย 5/6 ถ้าคนไข้ฟังด้วยหูซ้าย

3.3.3 ในการตรวจแบบนี้ ต้องระลึกไว้เสมอว่าเสียงกระซิบของคนตรวจแต่ละคนดังไม่เท่ากัน ดังนั้นคุณต้องทดสอบโดยใช้คนที่หูปกติมาฟังดูด้วยว่า ฟังได้ยินในระยะนั้นหรือไม่

4.5 การรักษาผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

การรักษาภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุนั้นจะเป็นการรักษาตามสาเหตุ อย่างไรก็ตามปัญหาการได้ยินที่เกิดจากพยาธิสภาพของหูชั้นใน, เส้นประสาทหู, และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย มักจะเป็นสาเหตุที่รักษาไม่หายขาด นอกจากนั้นถ้าสาเหตุเกิดจากประสาทรับเสียงเสื่อม ควรหาสาเหตุ หรือปัจจัยที่จะทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมเร็วกว่าปกติเพื่อหาทางชะลอความเสื่อมนั้นด้วย ส่วนประสาทหูเสื่อมในบางรายอาจไม่ทราบสาเหตุ หรือทราบสาเหตุ แต่เป็นสาเหตุที่รักษาไม่ได้ อาจหายเองได้ หรืออาจจะเป็นถาวรก็ได้

การรักษาด้วยเครื่องช่วยฟัง

ปัจจุบันยังไม่มียารักษาภาวะบกพร่องทางการได้ยินให้หายขาด ทั้งนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูญเสียการได้ยินสามารถฟัง สื่อสาร และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เครื่องช่วยฟังเป็นอุปกรณ์ที่สำคัญในการรักษาภาวะนี้ เครื่องช่วยฟังเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กที่สวมใส่ในหูหรือบริเวณหลังใบหู เพื่อทำหน้าที่ขยายเสียงจากภายนอก ทำให้ผู้ฟังรับรู้เสียงได้ดี หรือได้ยินมากขึ้นทั้งในสถานการณ์ที่เงียบสงบและสถานการณ์ที่มีเสียงดัง โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียการได้ยินจะช่วยให้สามารถสื่อสารในชีวิตประจำวันได้ เครื่องช่วยฟัง (Hearing aids) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องช่วยฟังชนิดฟังเสียงทางอากาศ (Air conduction hearing aid) เป็นเครื่องที่ใส่ไว้เสียงผ่านเข้าทางช่องหู

2) เครื่องช่วยฟังชนิดฟังเสียงทางกระดูก (Bone conduction hearing aid) เป็นเครื่องที่ใส่ไว้ที่หู โดยให้เสียงผ่านเข้าที่บริเวณหลังใบหู (mastoid) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใส่เครื่องทางช่องหู เช่น รูหูตีบ ไม่มีรูหู ผู้ป่วยที่มีหนองไหลจากหูตลอดเวลา เป็นต้น เครื่องประเภทนี้ มีทั้งชนิดที่วางอยู่ภายนอก และชนิดที่แพทย์ต้องทำการผ่าตัดเพื่อฝังไว้ที่กะโหลกศีรษะโดยมีตัวรับเสียงอยู่ภายนอก (Bone-Anchor Hearing Aid)

ระบบเสียงของเครื่องช่วยฟังโดยทั่วไปมี 2 ระบบ ได้แก่ ระบบเสียงอนาล็อก (analog) และระบบเสียงแบบดิจิทัล (digital) โดยระบบดิจิทัลนี้มีข้อดีคือมีสัญญาณเสียงที่ชัดเจน บางรุ่นสามารถปรับสัญญาณเสียงและระดับของการขยายเสียงที่มีความถี่ต่างๆ ปัจจุบันมีเครื่องช่วยฟังหลายชนิดซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งขนาด กำลังขยาย ความดังสูงสุด และมีข้อบ่งชี้ในเครื่องช่วยฟังแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน ชนิดเครื่องช่วยฟังที่นิยมใช้กันในปัจจุบันส่วนใหญ่มี 3 ชนิด ได้แก่

1) เครื่องช่วยฟังชนิดแบบกล่อง (Body aid) มีความกว้างยาวประมาณ 2 เท่าของกล่องไม้ขีด ผู้ที่ใช้จะใส่กล่องนี้ในกระเป่าเสื้อแล้วมีสายไฟเล็ก ๆ ต่อมายังหูฟังที่เสียบในหู ข้อดีของเครื่องช่วยฟังชนิดนี้คือ จับเหมาะมือ ปรุบายง่าย จึงเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งมีราคาถูก และหากมีการสูญเสียการได้ยิน 2 ข้างเท่ากันสามารถใช้เครื่องเดียวได้โดยใช้วิธีการต่อสายแยกเข้าสองหู นอกจากนี้ยังมีกำลังขยายมาก จึงเหมาะสำหรับผู้ที่มีสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรง แต่ข้อเสียของเครื่องช่วยฟังชนิดนี้คือ มีสายที่รุงรัง ทำให้มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การฟังเสียงไม่เป็นธรรมชาติ เนื่องจากไมโครโฟนรับเสียงอยู่ที่บริเวณหน้าอก และทำให้เห็นว่าผู้ใช้มีความบกพร่องทางการได้ยินชัดเจน

2) เครื่องช่วยฟังชนิดแบบทัดหลังใบหู (Behind the ear, BTE) ลักษณะเป็นกล่องขนาดนิ้วหัวแม่มือ โด้งเข้ากับหลังใบหูแล้วมีท่อพลาสติกต่อเข้ากับหูฟังที่เสียบในหู เป็นเครื่องที่กะทัดรัด ไม่เกะกะรุงรังเพราะไม่มีสาย แต่มีราคาค่อนข้างสูง มีปุ่มกดปรับระดับเสียงมีขนาดเล็ก ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการปรับโดยเฉพาะผู้ที่ใช้ที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้สามารถใช้ได้กับผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินน้อย ไปจนถึงการสูญเสียการได้ยินระดับรุนแรง

3) เครื่องช่วยฟังชนิดสั่งทำขนาดเล็กใส่ในหู (Custom- made hearing aid) แบ่งเป็น แบบใส่ในหู (In the ear, ITE) และแบบสอดในช่องหู มีสองขนาดคือ (In the canal, ITC) และ A Completely-in-Canal (CIC) เครื่องช่วยฟังชนิดนี้ ต้องมีการสั่งทำเฉพาะรายเพราะต้องมีการพิมพ์แบบหูเพื่อให้เข้ากับลักษณะหูของผู้ใช้ ข้อดีคือมีการฟังเสียงที่เป็นธรรมชาติ และเห็นความพิการน้อยลงเนื่องจากตัวเครื่องมีขนาดเล็กจิ๋ว โดยเฉพาะ CIC แต่เครื่องช่วยฟังชนิดนี้ใช้ได้เฉพาะผู้ที่มีการสูญเสียการได้ยินไม่มาก คือต่ำกว่า 70 dB

ส่วนใหญ่การเลือกใช้เครื่องช่วยฟังแต่ละชนิดนั้น ผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินต้องได้รับคำแนะนำจากนักโสตสัมผัสวิทยา เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องช่วยฟังนั้นเหมาะกับผู้ใช้จริง รวมทั้งการเรียนรู้การใช้ การดูแลรักษาเครื่อง การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเครื่องขัดข้อง และการติดตามผลการใช้เครื่องเป็นระยะๆ เพราะในขณะที่ใช้เครื่องอาจเกิดโรคหูอย่างอื่นแทรกซ้อน ซึ่งอาจทำให้หูเสียมากขึ้น ความสามารถในการฟังเสียงลดลง อาจต้องพบแพทย์เพื่อพิจารณารักษาหรือทำการปรับเครื่องใหม่ให้เหมาะกับการสูญเสียการได้ยินที่เปลี่ยนไป สามารถอธิบายด้วยภาพที่ 2

รูปแบบเครื่องช่วยฟัง	ข้อดี	ข้อเสีย
<p>เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง</p> 	<ol style="list-style-type: none"> มีกำลังขยายสูง ตัวเครื่องและปุ่มควบคุมต่างๆมีขนาดใหญ่ หยิบจับง่าย ถ่านเครื่องช่วยฟังแบบกล่องสามารถหาซื้อได้ตามร้านสะดวกซื้อทั่วไป 	<ol style="list-style-type: none"> ต้องใช้ควบคุมกับสายหูฟังทำให้มีผลต่อการเคลื่อนไหวศีรษะ เสียงไม่เป็นธรรมชาติ มีเสียงรบกวนจากสายหูฟังที่เสียดสีกับเสื้อ ตัวเครื่องมีขนาดใหญ่ เกะกะ
<p>เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังหู</p> 	<ol style="list-style-type: none"> มีกำลังขยายที่หลากหลายเหมาะกับทุกะดับการได้ยิน ตัวเครื่องและปุ่มควบคุมต่างๆมีขนาดกะทัดรัด หยิบจับง่าย คุณภาพเสียงมีความเป็นธรรมชาติมากกว่าเครื่องช่วยฟังแบบกล่อง 	<ol style="list-style-type: none"> ถ่านเครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังหูต้องใช้ถ่านเฉพาะ ไม่สามารถใช้ถ่านนาฬิกาแทนได้
<p>เครื่องช่วยฟังแบบในช่องหู</p> 	<ol style="list-style-type: none"> คุณภาพเสียงมีความเป็นธรรมชาติมากที่สุด มีขนาดเล็กเมื่อใส่แล้วมองเห็นได้ยาก 	<ol style="list-style-type: none"> ถ่านเครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังหูต้องใช้ถ่านเฉพาะ ไม่สามารถใช้ถ่านนาฬิกาแทนได้ กำลังขยายมีจำกัดตามขนาดของตัวเครื่อง ตัวเครื่องและปุ่มควบคุมต่างๆมีขนาดเล็ก หยิบจับยาก

ภาพที่ 2 รูปแบบและประโยชน์ของเครื่องช่วยฟัง

(คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการดูแลการได้ยินครบวงจร, 2562)

นอกจากนี้เครื่องช่วยฟังทุกชนิดต้องอาศัยแบตเตอรี่หรือถ่านในการให้พลังงานแก่เครื่องช่วยฟัง โดยแบตเตอรี่ของเครื่องช่วยฟังแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1) ถ่านก้อน ถ่านชนิดนี้ใช้กับเครื่องช่วยฟังชนิดแบบกล่อง ซึ่งเป็นลักษณะถ่านทั่วไปทั้งแบบ AA และ AAA มีกำลังไฟขนาด 1.4-1.5 โวลต์ ข้อดีของถ่านชนิดนี้คือสามารถหาซื้อได้ง่าย และราคาถูก

2) แบตเตอรี่ชนิด Zink air แบตเตอรี่ชนิดนี้ใช้กับเครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังใบหู และชนิดสั่งทำขนาดเล็กใส่ในหู โดยใช้สารสังกะสีเป็นวัสดุขั้ว โดยสารสังกะสีเป็นสารที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ย่อยสลายได้ง่าย ให้กระแสไฟสูงอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการใช้งาน มีอายุการใช้งานที่ยาวนานกว่า และยังเก็บไว้ได้นานกว่า แบตเตอรี่ชนิดนี้ก่อนใช้งานจะถูกปิดด้วยสติ๊กเกอร์แผ่นกระดาษขวงกลมสีต่างๆ จากโรงงาน บริเวณด้านข้างขั้วบวกจุดตรงกลางซึ่งจะมีรูเล็กขนาดเท่าปลายเข็มเพื่อป้องกันไม่ให้ออกซิเจนในอากาศเข้าไปทำปฏิกิริยากับถ่านก่อนใช้งาน เมื่อถึงกระดาษออก ออกซิเจนในอากาศจะผ่านรูนี้เข้าไป กระตุ้นให้ถ่านอยู่ในภาวะพร้อมใช้งาน ถ้าหากเปิดทิ้งไว้โดยไม่ใช้งานนานไปถ่านจะเสื่อมหรือมีอายุใช้งานที่สั้นลง เมื่อแกะสติ๊กเกอร์ออกแล้ว แม้จะปะติดเข้าไป

ใหม่จะไม่ทำให้ถ่านมีอายุการใช้งานนานขึ้น แบตเตอรี่ชนิดนี้มีขนาดแตกต่างกันตามขนาดเครื่องช่วยฟังแต่ละรุ่น แต่ที่นิยมใช้กันทั่วไปมี 4 ขนาดคือ เบอร์ 13 xxx โดยแต่ละเบอร์จะมีสีที่เป็นมาตรฐาน ถ่านเครื่องช่วยฟัง นอกจากนี้ถ่าน Zink air จะให้กำลังไฟขนาด 1.4 -1.45 โวลต์ต่างจากถ่านนาฬิกาหรือ ถ่านไฟฉายทั่วไปที่ให้กำลังไฟ 1.5 โวลต์ ถ่านนำถ่านนาฬิกาไปใช้กับเครื่องช่วยฟังจะทำให้เครื่องช่วยฟังได้รับไฟแรงเกินไป แอมป์ลิไฟร์ซึ่งเป็นไมโครชิพจะเสียบง่าย ทำให้เครื่องชำรุดง่าย ถ่านเครื่องช่วยฟัง ถ่านชนิดนี้ไม่สามารถหาซื้อได้ตามร้านค้าทั่วไป แต่มีจำหน่ายตามร้านขายเครื่องช่วยฟังสถานพยาบาลที่มีการบริการเครื่องช่วยฟัง หรือตามเว็บไซต์ ปัจจุบันผู้ใช้เครื่องช่วยฟังทุกสิทธิไม่สามารถเบิกค่าถ่านเครื่องช่วยฟังได้

เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับคนบกพร่องทางการได้ยิน

สำหรับเกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง มีดังนี้

1) สูญเสียการได้ยินหูสองข้าง และมีการได้ยินที่ยังคงหลงเหลืออยู่ในหูข้างที่ได้ยินกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง คือ 1.1) ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด 1.2) สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 100 วัน 1.3) การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวันหรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 1.4) การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูดหรือมีความพิการซ้อน

2) ระดับการสูญเสียการได้ยินมีการสูญเสียการได้ยินหูทั้งสองข้าง โดยข้างที่ดีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์ (Hertz:Hz) เท่ากับหรือมากกว่า 40 เดซิเบล (dB) ทั้งนี้ต้องตรวจวัดโดยใช้วิธีการตรวจการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ

การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมายจะเป็นผู้เลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน ทั้งนี้ผู้สูญเสียการได้ยินมีสิทธิ์เลือกรับเครื่องช่วยฟังได้ ส่วนการใช้เครื่องช่วยฟัง 1 ข้างหรือ 2 ข้างขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงระดับการได้ยิน ความพิการซ้อน อาชีพ และการดำรงชีวิตของผู้สูญเสียการได้ยิน

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้งานเครื่องช่วยฟัง

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน เครื่องช่วยฟังจัดเป็นอุปกรณ์ชนิดหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยินสามารถเข้าใจสิ่งที่ฟัง และยังเพิ่มคุณภาพชีวิตจากการฟังได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง ในสหรัฐอเมริกาพบว่า 26% ของผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง ใช้เครื่องช่วยฟังน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ในอังกฤษ 22% ของผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง หยุดใช้

เครื่องช่วยฟัง ในออสเตรเลีย 24% ของผู้ที่เป็นเจ้าของเครื่องช่วยฟัง ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยฟัง มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้เครื่องช่วยฟัง พบว่าปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการใช้เครื่องช่วยฟังได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุมาก ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเบี่ยงเสียงเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับเบี่ยงเสียง ผู้ป่วยที่อาศัยร่วมกับผู้อื่นเทียบกับผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว ผู้ป่วยที่มองเห็นปกติเทียบกับผู้ป่วยที่การมองเห็นผิดปกติ ผู้ป่วยที่สุขภาพโรครัดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสุขภาพโรครัด ผู้ป่วยที่มีความจำดีเทียบกับผู้ป่วยที่มีความจำไม่ดี ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการฟังสูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการฟังต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้เครื่องช่วยฟัง ผู้ป่วยที่มี self-efficacy สูง การศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลมากที่สุดต่อการประสบความสำเร็จในการใช้เครื่องช่วยฟังคือทัศนคติที่ว่า การใช้เครื่องช่วยฟังทำให้เกิดประโยชน์ (Hickson, 2014) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เครื่องช่วยฟัง ได้แก่ ความพึงพอใจเมื่อใช้เครื่องช่วยฟังแล้วฟังเสียงได้ชัดเจนขึ้น ประสบการณ์ในการใช้เครื่องช่วยฟัง ความรุนแรงของความสามารถในการได้ยิน ความพึงพอใจเมื่อใส่หูฟังได้พอดี ความพึงพอใจเมื่อใส่หูฟังแล้วได้ยินเสียงดีขึ้น ความพึงพอใจในระยะห่างในการสนทนา (Hickson, 2010) นอกจากนี้ปัจจัยที่ช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการใช้เครื่องช่วยฟังแล้ว ยังมีปัจจัยที่รบกวนการใช้เครื่องช่วยฟัง มีการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยรบกวนการใช้เครื่องช่วยฟังพบว่า สิ่งที่ทำให้การใช้เครื่องช่วยฟังลดลงได้แก่ เสียงที่รบกวนจากเครื่องช่วยฟัง ปัญหาจากเสียงสะท้อนกลับ ราคาของแบตเตอรี่เครื่องช่วยฟัง และการขาดแรงจูงใจในการใช้เครื่องช่วยฟัง

4.6 ผลกระทบจากความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุที่ปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาบกพร่องทางการได้ยินเป็นจำนวนมาก เป็นลำดับที่สองรองลงมาจากปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันและอนาคต (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2560) กำลังเป็นปัญหาที่ท้าทายให้มนุษย์ต้องคิดค้นหาวิธีการประเมินคัดกรองที่รวดเร็ว การดูแล รักษา การป้องกัน การปรับปรุงพัฒนาเครื่องช่วยฟัง ให้มีความทันสมัย สะดวก และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และความบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ ไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาทางกายเท่านั้น ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจเนื่องจาก ไม่สามารถตีความหมายจากเสียงพูดได้ ทำให้ความสามารถในการสื่อสารลดลง มีความแปลกแยกจากสังคม รู้สึกมีตราบาบ รู้สึกโดดเดี่ยว หงุดหงิดง่าย (WHO, 2015) และยิ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสียความมั่นใจ แยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้า (Lin FR, 2011) การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผลกระทบสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

4.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน อาการทางกายคือ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่ได้ยินสิ่งที่คู่สนทนาสื่อสาร ความสามารถในการสื่อสารลดลง ทั้งนี้อาจร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในหูชั้นกลาง ส่งผลเกี่ยวข้องกับความสามารถในเรื่องการทรงตัวของร่างกาย ซึ่งเริ่มเสื่อมลงตามอายุ ผู้สูงอายุจึงอาจมีอาการเวียนศีรษะและเสียการทรงตัว เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย รวมถึงในปัจจุบันการรักษาภาวะนี้คือ การใช้เครื่องช่วยฟัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องใส่เครื่องช่วยฟัง มีอุปกรณ์ใส่หรือติดที่หู

4.6.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม

นอกจากผลกระทบทางกายข้างต้นแล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินยังต้องเผชิญกับผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่ตามมา คือ เมื่อไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ปกติ เกิดการสื่อสารไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก รู้สึกโดดเดี่ยว (Marieke, 2014) อีกทั้งผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินจะมีการแยกตัว ไม่กล้าเข้าสังคม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า (Paul Mick, 2014) และ Saito H (2010) พบว่าผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินมีอุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้า และการสูญเสียการได้ยินเพียงเล็กน้อยก็มีผลต่อความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังยังมีปัญหาเรื่องภาพลักษณ์ เนื่องจากต้องใส่เครื่องช่วยฟัง ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น

4.6.3 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุต้องมีการใช้เครื่องช่วยฟังในการรักษา จะต้องมีค่าใช้จ่ายของเครื่องช่วยฟัง ค่าถ่านหรือแบตเตอรี่ รวมไปถึงค่าเดินทาง เป็นการเพิ่มภาระทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมถึงอัตราการว่างงานในรายที่ยังทำงานอยู่ (WHO, 2015)

นอกจากนี้ในปัจจุบันกำลังเป็นที่สนใจและศึกษาต่อ ว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย พบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน ภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นเครื่องหมายสำหรับภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก (Lin FR, 2008)

4.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

เป้าหมายสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน ได้แก่ การส่งเสริมการได้ยินให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินสภาพให้คำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งปกติและผิดปกติ สามารถปรับตัว และเตรียมจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1) ควรมีการตรวจหูผู้สูงอายุ และคัดกรองปัญหาการได้ยินในการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การตรวจหูนี้สามารถทำได้โดยพยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย การตรวจหูภายนอก การตรวจดูช่องหูด้วยเครื่องตรวจหู (otoscope) การตรวจด้วยส้อมเสียง หรือใช้วิธีเสียงกระซิบ (Harkin & Kelleher, 2011) รวมทั้งการใช้แบบคัดกรองผลกระทบของการสูญเสียการได้ยินสำหรับผู้สูงอายุ (The Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version: HHIES) ที่สร้างโดย เว็นทรี และเวินสแตน (Ventry & Weinstein, 1982) เป็นแบบคัดกรอง ที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินปัญหาทางอารมณ์และสังคมที่เกี่ยวข้อง กับการสูญเสียการได้ยิน ทั้งนี้หากพบปัญหาสูญเสียการได้ยินควรดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลเพื่อรับการทดสอบเพิ่มเติมโดยการใช้เครื่องมือตรวจการได้ยิน (audiometer) (Harkin & Kelleher, 2011) เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2) ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะมีความยากลำบากในการสื่อสาร พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นการสนทนาด้วยการทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และพร้อมที่จะฟัง เลือกใช้สถานที่ที่มีความเหมาะสม ควรกำจัดเสียงรบกวนต่างๆ ที่อาจรบกวนการสนทนา หลีกเลี่ยงห้องขนาดใหญ่ที่มีเพดานสูงเพราะอาจ ทำให้มีเสียงก้องและรบกวนการสื่อสารได้ ผู้พูดควรอยู่ในตำแหน่งที่ห่างจากผู้สูงอายุประมาณ 1-2 เมตร มีแสงสว่างส่องให้เห็นใบหน้าของผู้พูดอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟังไปพร้อมกับอ่านปากของผู้พูดได้ ใช้คำพูดที่ชัดเจน ใช้ประโยคเรียบง่าย และมีความหมาย จังหวะการพูดช้าปานกลางและ พูดเน้นคำ ที่สำคัญใช้เสียงโทนต่ำ หลีกเลี่ยงการตะโกน เนื่องจากผู้สูงอายุจะไม่ได้ยินเสียงที่มีความถี่สูง นอกจากนี้ผู้พูดควรมีการแสดงออกทางสีหน้า ร่วมด้วยจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายได้ดีขึ้น และหากมีความจำเป็นต้องสื่อสารในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม พยาบาลควรพูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เน้นย้ำข้อความที่จำเป็นให้ชัดเจน รวมทั้งอาจให้ผู้สูงอายุช่วยทบทวนประเด็นสำคัญที่ต้องการสื่อสาร เพื่อที่จะสามารถมั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง (Ko, 2010; Spyridakou, 2012)

3) ในบุคคลที่ตรวจพบภาวะขี้หูอุดตัน ควรส่งต่อไปพบแพทย์หรือพยาบาลผู้ชำนาญการ ทั้งนี้แพทย์อาจให้สารที่ออกฤทธิ์ละลายขี้หู (cerumenolytics) เช่น โซเดียมโบคาร์บอเนต น้ำมันมะกอกหรือน้ำ ร่วมกับการใช้กระบอกฉีดยาดูดออก โดยใช้น้ำอุ่นฉีดล้างในรูหู หรืออาจใช้ที่แคะหู หรือใช้เครื่องดูดขนาดเล็กดูดขี้หูออกมา การกำจัดขี้หูอุดตันออกจะสามารถทำให้การได้ยินดีขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นด้วย (Harkin & Kelleher, 2011)

4) ควรแนะนำให้ผู้ที่เป็โรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต โดยเฉพาะผู้ที่เป็นเบาหวานก่อนอายุ 40 ปี ให้มีการควบคุมโรคให้ดี เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยิน (Lerman-Garber, et al., 2012)

5) ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีกรดโฟลิกสูง เช่น ผักใบเขียว เช่น ผักโขม ผักบุงผักกาด ผลไม้ประเภทส้ม มะเขือเทศ และประเภทถั่ว ทั้งนี้ผลการวิจัยยืนยันว่า การได้รับกรดโฟลิก อย่างเพียงพอประมาณ 800 ไมโครกรัมต่อวัน จะสามารถลดระดับของสารโฮโมซิสเตอีนได้ถึงร้อยละ 25 จึงสามารถชะลอการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุได้ (Homocysteine Lowering Trialists' Collaboration, 1998)

6) ควรแนะนำให้มีการดูแลสุขภาพอนามัยของหูอย่างถูกวิธี ประกอบด้วย หลีกเลี่ยงการแคะหู หรือใช้ไม้พันสำลีเช็ดเข้าไปในรูหู เนื่องจากอาจดันขี้หูอัดแน่นเข้าไปในช่องหูมากขึ้น การทำความสะอาดช่องหูควรใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำสะอาด เช็ดเพียงบริเวณปาก รูหูออกมา เมื่อน้ำเข้าหูควรเอียงศีรษะเอาหูข้างนั้นลงต่ำดึงใบหูให้กางออก เอียงไปทางด้านหลัง จะทำให้ช่องหูอยู่ในแนวตรง น้ำจะไหลออกมาได้ง่าย ไม่ควรใช้น้ำมูกแรงๆ เพราะ จะทำให้เชื้อโรคในช่องจมูกและไซนัสเข้าสู่หูชั้นกลาง ได้ ระวังระวังไม่ให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุกับหู หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณหูและบริเวณใกล้เคียงเพราะอาจทำให้เยื่อแก้วหูทะลุและฉีกขาด หรือทำให้กระดูกหูเคลื่อน ทำให้การนำเสียงผิดปกติไป ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมระบบการไหลเวียนโลหิต ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหูได้ดีขึ้น รวมทั้งควรรีบไปรับการรักษาจากแพทย์โดยเร็ว เมื่อมีการสูญเสียการได้ยินแบบเฉียบพลัน หูอื้อ ปวดหู มีเสียงดังในหู มีอาการเวียนศีรษะหรือบ้านหมุน มีน้ำ หรือหนอง ไหลออกจากรูหู จมูกอักเสบ โพรงไซนัสอักเสบ เป็นหวัด หรือมีอาการกำเริบของโรคภูมิแพ้ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหู เช่น หูชั้นกลาง และประสาทหูอักเสบ ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินได้ (ปารยะ, 2553)

7) ควรแนะนำให้ประชาชนทั่วไปลดปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง และใช้ยาอย่างถูกวิธี

8) ในรายที่มีการสูญเสียการได้ยินที่ไม่ใช่จากภาวะขี้หูอุดตัน ควรส่งต่อไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุและช่วยเหลือให้มีการได้ยินที่ดี โดยส่งเสริมให้ใช้เครื่องช่วยฟังที่เหมาะสม (Harkin & Kelleher, 2011) และควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการใช้ เครื่องช่วยฟังได้ประสบความสำเร็จ ดังนี้ (ธีรนุช, 2555)

8.1 การเริ่มใช้เครื่องช่วยฟังควรเริ่ม ใส่ในช่วงเวลาสั้นๆ วันละหลายครั้งและค่อยๆ เพิ่ม ระยะเวลาในการใส่ให้นานขึ้นจนสามารถใส่ได้ทั้งวัน ทั้งนี้ควรเริ่มจากฝึกการฟังเสียงที่เงียบในบ้านก่อน โดยเปิดความดังของหูฟังเบาๆ หรือคุยกับคนๆ เดียว ในที่เงียบแล้วจึงเริ่มฝึกฟังและพูดคุยกับคนหลายๆ คน ส่วนเสียงจากภายนอกบ้านควรเริ่มฝึกฟังจาก สถานที่เงียบๆ ก่อน แล้วจึงฝึกฟังใน

สถานที่ที่มีเสียงดังขึ้นโดยลดระดับความดังของหูฟังลง การใส่เครื่องช่วยฟังในระยะแรกๆ ผู้สูงอายุ อาจจะไม่อยากใส่หูฟังไม่ได้ดีนัก ต้องอาศัยระยะเวลาและความอดทน ในการฝึกฟังบ่อยๆ เพื่อให้เกิดการปรับตัวและความคุ้นเคยต่อเสียงที่ได้ยินผ่านเครื่องช่วยฟัง

8.2 เครื่องช่วยฟังมีอายุการใช้งาน โดยเฉลี่ยประมาณ 5 ปี (Holman et al., 2005 อ้างตาม Ko, 2010) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการใช้งานและการเก็บรักษาด้วย ดังนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเครื่องช่วยฟังอย่างถูกวิธีโดยใช้แบตเตอรี่สำหรับเครื่องช่วยฟัง โดยเฉพาะเท่านั้น ควรปิดเครื่องทุกครั้งหลังใช้งานพร้อมทั้งนำแบตเตอรี่ออกจากตัวเครื่อง และระวัง เครื่องช่วยฟังตกกระแทกพื้นโดยไม่ถือเครื่องสูงจากพื้น และเก็บเครื่องช่วยฟังให้พ้นมือเด็กหรือสัตว์เลี้ยง ไม่ควรวางเครื่องไว้ในที่อบอุ่นหรือเย็นเกินไป เช่น ในรถยนต์ที่จอดตากแดด หลังตู้เย็น ข้างเตาไฟ หรือบนเครื่องปรับอากาศ ระวังเครื่องช่วยฟังเปียกน้ำ เจล น้ำมัน สเปรย์ฉีดผม การทำความสะอาดเครื่องควรวางบนโต๊ะ แล้วใช้ผ้าแห้งเช็ด นอกจากนี้เพื่อเป็นการยืดอายุการใช้งานของ เครื่องช่วยฟังควรนำ เครื่องช่วยฟังเก็บใส่กล่องดูความชื้นสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ในกรณีที่เครื่องช่วย ฟังมีปัญหาควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่ โรงพยาบาลหรือบริษัทที่รับผิดชอบ ไม่ควรซ่อมเครื่องช่วยฟังเอง ในปัจจุบันเทคโนโลยีเครื่องช่วยฟังมีหลายรูปแบบ ได้แก่ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง แบบหัด หลังใบหู และแบบใส่ในช่องหู ซึ่งบางแบบสามารถกำหนดการทำงานให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่ หลากหลาย นอกจากนี้ยังมีวิวัฒนาการทางการแพทย์สมัยใหม่ด้วยการผ่าตัดใส่ประสาทหูเทียม (cochlear implants) เข้าไปทดแทน ส่วนของประสาทหูที่ถูกทำลายและช่วยกระตุ้น ประสาทรับ เสียง ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียง และเข้าใจเสียงที่ได้ยินได้มากขึ้น (Harkin & Kelleher, 2011) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการ สูญเสียการได้ยินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปลงจากการศึกษาพบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินส่งผล กระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นอย่างมาก ในฐานะพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสภาพ โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาการบกพร่องทางการได้ยิน และ ให้การพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิอย่างเหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมการได้ยินสำหรับ ผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของ ผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา จิตวิทยา และสังคมวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Streubert and carpenter, 2007) ซึ่งศาสตร์ทางการพยาบาลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วยและเผชิญกับสถานะที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย ที่มีความเกี่ยวข้องกับการประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลนั้นจึงเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลและทีมวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (กัญญรัฐตา ศรีภา, 2555) ทั้งนี้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตได้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อไป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้น เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพประเภทหนึ่ง ซึ่งเป็นการศึกษาตามแนวคิดของตะวันตก ซึ่งมาจากภาษากรีก 2 คำ คือคำว่า Phainomenon หมายถึง การปรากฏขึ้น และ Logos หมายถึง แนวคิด หรือการคิด ซึ่งหมายถึงการพิจารณาแบบมีเหตุผล เพื่อให้ปรากฏความเป็นจริง (Dermot, 2000)

ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (cites in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งต่างๆรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้นๆ

Merleau-Ponty (cited in Streubert and Carpenter, 2007) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญ (essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาความหมาย องค์ประกอบสำคัญตามการรับรู้ (Essence of perception) หรือองค์ประกอบสำคัญของการมีสติ (Consciousness) และเป็นปรัชญาที่ศึกษาองค์ประกอบที่เป็นอยู่ เพื่อจะเข้าใจมนุษย์และโลกตามความเป็นจริงของตัวเอง

Morse (1995) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การเลือกวิธีการค้นหาความเข้าใจ (meaning) ออกจากปรากฏการณ์

ชาย โพรสิตา (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การวิจัยที่เน้นทำความเข้าใจ หรือเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิตในแบบต่างๆ (Live experience) ในโลกของผู้ที่ได้รับประสบการณ์เหล่านั้นอย่างแท้จริง ผู้วิจัยต้องถือเอาความหมายและความรู้สึกของผู้ที่ได้ประสบกับเหตุการณ์เป็นสำคัญ โดยไม่ใช่ความหมายของนักวิจัย

โดยสรุปแล้วการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง วิธีการที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจากปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์ เพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่เป็น

ข้อเท็จจริง โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาความหมาย วิเคราะห์หาความเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ และอธิบายอย่างไม่มีอคติ หรือการคิดล่วงหน้าจากผู้วิจัย

5.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษามีรากฐานมาจากการศึกษาทางปรัชญา ต่อมาได้มีการนำมาใช้ในการศึกษาทางสังคมศาสตร์ โดยได้มีการพัฒนามา 3 ระยะดังต่อไปนี้ (Holloway and Wheeler, 1996)

ระยะเริ่มแรก (1838-1917) บุคคลที่มีความสำคัญในระยษะนี้คือ Franz Brentano โดยยุคนี้ จะมุ่งให้ความสนใจต่อการกระทำ และการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับคุณค่าและการรับรู้ ภายในตนเองของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะแนวคิดด้านจิตใจที่มีต่อการรับรู้ในเรื่องที่ผ่านมาจากบุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล นอกจากนี้ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญ อีกท่านหนึ่งคือ Carl Stumpf ได้ทำการศึกษาปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ โดยเน้นเรื่องระเบียบวิธี วิจัยทางวิทยาศาสตร์ ระยะนี้ถือเป็นรากฐานสำคัญของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา

ในยุคต่อมาระยะที่สอง บุคคลที่มีความสำคัญในระยษะนี้คือ Edmund Husserl (1859-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) โดยแนวคิดหลักที่สำคัญในยุคนี้คือ การค้นหาความจริงที่ ปรากฏโดยไม่มีอคติมาก่อนล่วงหน้า ผู้ที่ทำการศึกษามีความเป็นอิสระจากกรอบแนวคิด ทฤษฎีใดๆ โดยให้บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้อธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆที่ตนเองได้พบ เจอและสัมผัส

ระยะที่สาม เป็นระยะที่การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้เคลื่อนไหวจากประเทศเยอรมันมาสู่ ประเทศฝรั่งเศส บุคคลที่มีความสำคัญในระยษะนี้คือ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Saetre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) แนวคิดหลักในระยษะนี้คือการ กระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่มาจาก การรับรู้การมีชีวิตอยู่ในประสบการณ์ชีวิตจริง และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl มาเป็น แนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งเน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตจากผู้ที่อยู่ในภาวะนั้น ปราศจากการตีความ ของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ผู้วิจัยจึงเสนอแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นมีต้นกำเนิดมาจากการทำงานของ Husserl ซึ่งเป็นนัก คณิตศาสตร์ นักปรัชญาชาวเยอรมัน และบรรยายเชิงจิตวิทยาได้อย่างชัดเจน โดยใช้แนวคิดพื้นฐาน ทางคณิตศาสตร์ ในเวลาต่อมา Husserl พยายามสำรวจพื้นฐานเชิงลึกของธรรมชาติ และภาวะของ แนวคิดเชิงตรรกวิทยา (Logical concepts) และความคิดที่มาจากพื้นฐานความเป็นจริง (Ideal

objects) ซึ่งนำไปสู่กรอบการทำงานของพฤติกรรมเชิงความคิด (Cognitive acts) เช่น ความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนอิทธิพลของความคิดส่วนตัว (subjective side) ให้บรรลุผลสำเร็จหรือเกิดความสำเร็จของความรู้ ส่วนนี้เองได้นำไปสู่การศึกษาแบบญาณวิทยา (Epistemological inquiries) ในเชิงตรรกวิทยา (Moran, 2005) และเป็นผู้อธิบายถึงโครงสร้างพื้นฐานของโลกแห่งชีวิต (Life-world) โดยให้ความสำคัญของประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

ในความหมายประสบการณ์ Husserl ได้พิจารณาถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ปรากฏขึ้นในโลก เมื่อมีเรื่องราว (Things) ความจริง (Truths) และความมีคุณค่า (Values) ประกอบขึ้นมาชั่วระยะเวลาหนึ่ง (Morse and Field, 1995) ทั้งมุ่งทำความเข้าใจว่า คนเราตีความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบ เพื่อทำให้โลกของตนเองมีความหมายและสร้างโลกทัศน์ใหม่ขึ้นมาได้อย่างไร ในทางปฏิบัติแล้วข้อนี้หมายความว่าผู้ศึกษาต้อง “มองเลยจากสิ่งที่เห็นปรากฏไปยังธรรมชาติของสิ่งนั้น” (from what is to the nature of what is) (Schwandt, 2001) อ้างถึงใน ชาย โพลิตา, 2550) กล่าวได้ว่าแนวคิดนี้ให้ความสำคัญของการแสวงหาความหมายจากประสบการณ์ของมนุษย์ และมีการเปลี่ยนประสบการณ์ไปสู่การรับรู้ของบุคคล และการให้ความหมายร่วมกัน (Morse, 1995; Patton, 2002) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ด้วยการค้นหาและอธิบายความหมายของบุคคลจากประสบการณ์นั้น ท้ายที่สุดแล้วการค้นหา เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ศึกษา (Merleau-Ponty, 1996 cited in Munhall and Boyd, 1993) และให้ความหมายของประสบการณ์ว่า สิ่งที่มีความสำคัญภายในจิตใจ (Something psychical)

5.2 หลักสำคัญของขั้นตอน และวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1) อธิบายเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) เป็นการกระตุ้นการรับรู้ประสบการณ์ชีวิต โดยให้ความสำคัญถึงรายละเอียด ความกว้าง ความลึกของประสบการณ์เหล่านั้น ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือการหยั่งรู้ (Intuiting) การวิเคราะห์ (Analyzing) และการอธิบาย (Describing) การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นขั้นตอนแรก ต้องการให้ผู้วิจัยฝังตัวเองอยู่ในปรากฏการณ์ ซึ่งอยู่ภายใต้การแสวงหาอย่างเป็นกระบวนการจึงทำให้ผู้วิจัยเริ่มทราบเกี่ยวกับปรากฏการณ์ และมีผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้อธิบายถึงปรากฏการณ์นั้น ในช่วงนี้ผู้วิจัยควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ การประเมินหรือการใส่ความคิดเห็นของตนเอง และเอาใจใส่ต่อเหตุการณ์ที่ศึกษา ในขั้นตอนการหยั่งรู้ (Intuiting) ของปรากฏการณ์ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นเหตุให้ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการวิจัย (“Research as instrument”) ในกระบวนการสัมภาษณ์ เมื่อผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และฟังผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนอธิบายถึงคุณภาพชีวิตโดยผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยควรศึกษาถึงข้อมูลด้วยการถอดความ และทบทวนซ้ำว่ามีอะไรบ้างที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงความหมายของคุณภาพชีวิตของตน

การวิเคราะห์ (Analyzing) ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological analyzing) มีผลต่อการแยกแยะองค์ประกอบสำคัญ (Essence) ของปรากฏการณ์ ภายใต้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และข้อมูลที่ปรากฏ ผู้วิจัยควรรู้ข้อแตกต่างเกี่ยวกับองค์ประกอบหรือส่วนประกอบของปรากฏการณ์นั้น ด้วยการตรวจสอบความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่ใกล้เคียงกัน การอยู่กับข้อมูลนั้นว่ามีความสำคัญต่อการทำให้เกิดข้อมูลที่มีความเพียงพอในกระบวนการวิเคราะห์ หากผู้วิจัยต้องอยู่กับข้อมูลที่ศึกษาในระยะยาว สิ่งจำเป็นคือต้องแน่ใจว่าไม่มีการปนเปื้อนของข้อมูล และมีการบรรยายที่ถูกต้อง

การอธิบาย (Describing) ขั้นตอนที่ 3 การบรรยายเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายขั้นตอนการสื่อสารที่นำไปสู่การเขียนและการบรรยายถึงคำพูดที่โดดเด่น การตรวจสอบองค์ประกอบของปรากฏการณ์ โดยการบรรยายขึ้นอยู่กับการจัดหมวดหมู่หรือกลุ่มของปรากฏการณ์

2) สาระสำคัญของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology of essences) สาระสำคัญของประสบการณ์วิทยา (Phenomenology of essences) เกี่ยวข้องกับการล้วงข้อมูลเชิงลึกผ่าน (probing) โดยผ่านการค้นหาข้อมูลจากประเด็นทั่วไป หรือสาระสำคัญ หรือการสร้างรูปแบบให้มีความสัมพันธ์กันร่วมกันจากปรากฏการณ์เฉพาะ มีการเปลี่ยนแปลงจินตนาการทางความคิดอย่างอิสระ (Free imaginative variation) โดยใช้ส่วนประกอบสำคัญที่มีอยู่ให้มีความสัมพันธ์ระหว่างกันของสาระสำคัญนั้นๆ ทั้งนี้ในการศึกษาต้องมีความรอบคอบ ระมัดระวัง มีการจัดหาตัวอย่างจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Participants' experience) ที่มีความชัดเจน และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบ (Systematic variation) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจในโครงสร้างของสาระสำคัญที่ได้มาอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์

3) สิ่งปรากฏของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology of appearance) สิ่งปรากฏของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology of appearance) เกี่ยวข้องกับการให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ที่ปรากฏ เป็นการมองถึงแนวทาง หรือวิธีการแสดงออกถึงปรากฏการณ์ โดยผู้วิจัยให้ความสนใจเฉพาะความแตกต่างของวิธีการ หรือแนวทางที่ปรากฏออกมาจากเรื่องราว ดังนั้น ความสำคัญของสิ่งที่ปรากฏจากปรากฏการณ์วิทยา ควรให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ด้วยการทำข้อมูลเผยสิ่งที่มืออยู่ออกมา

4) การประกอบเรื่องราวของปรากฏการณ์วิทยา (Constitutive phenomenology) การประกอบเรื่องราวของปรากฏการณ์วิทยา (Constitutive phenomenology) หมายถึง เมื่อศึกษาปรากฏการณ์แล้วนำเรื่องราวจากปรากฏการณ์นั้นมาประกอบขึ้น (Constituted) ด้วยการใช้สติ (Consciousness) ของผู้วิจัย

5) การทอนปรากฏการณ์วิทยา (Reductive phenomenology) โดย Husserl ใช้คำว่า

epoche' ซึ่งมาจากภาษาเยอรมัน หมายถึง การพักความเชื่อของผู้วิจัยไว้ก่อน (suspension of belief) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือการทอนจินตภาพ (Eidetic reduction) และการทอนปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology reduction) (Holloway and Wheeler, 1996) อธิบายจินตภาพ (Eidetic) ว่า การทอนเฉพาะความจริงจากองค์ประกอบสำคัญทั่วไป ('reduction from particular facts to general essences') ซึ่งเป็นกระบวนการพักความเชื่อ (Suspending belief) ส่วนการลดทอนปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology reduction) เป็นขั้นตอนที่ 2 เป็นวิธีการให้ผู้ศึกษาตรวจสอบทัศนคติ ความเชื่อ และอคติ โดยการเก็บความรู้สึกเหล่านี้ไว้ก่อน เพื่อขจัดไม่ให้มีอิทธิพลต่อการศึกษา ซึ่งเป็นการจัดเก็บความรู้ของผู้วิจัยไว้ก่อน (Bracketing)

สรุปลักษณะสำคัญของวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา Ray (1987) cited in Morse and Field (1995) ได้สรุปว่า 1) การเน้นธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต 2) ควรระงับการคาดคะเนตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ของเรื่องราวที่ศึกษาจากปรากฏการณ์นั้นไว้ชั่วคราว 3) สามารถควบคุมบทบาทการสนทนาของบุคคลผู้ให้ความหมายประสบการณ์ได้อย่างเข้มข้นตรงประเด็น 4) การพัฒนาสาระสำคัญจากบทสนทนาที่การสนทนา 5) สะท้อนความหมายจากประสบการณ์ทั้งหมดได้อย่างลึกซึ้ง

การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ โดยการสร้างเรื่องราวและความหมายร่วมกัน ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ สำหรับเรื่องราวและความหมายแท้จริงนั้นมียอยู่แล้ว แต่ในการสัมภาษณ์จะถูกสร้างขึ้นใหม่ และถูกถ่ายทอดในระหว่างการสัมภาษณ์ (Rice and Ezzy, 1999) และโดยทั่วไปแล้วการสัมภาษณ์มักถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ หรือกึ่งทางการ (Formal or Semi-formal Interview) การสัมภาษณ์อีกประเภทหนึ่งคือ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548; นิตา ชูโต, 2549) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพมีการแบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ประเภท (Taylor and Bogan, 1998) ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 การสัมภาษณ์ชีวประวัติ หรืออัตชีวประวัติทางสังคม (Life history or sociological autobiography) ในประวัติชีวิตของบุคคล เพื่อให้เป็นไปตามความหมาย และมุมมองชีวิตของบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์นั่นเอง

ประเภทที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นแนวทางการนำไปสู่การเรียนรู้จากเหตุการณ์และกิจกรรม วิธีการนี้บุคคลที่ให้การสัมภาษณ์เรียกว่า ผู้ให้ข้อมูล (Informants) มิใช่เรื่องง่ายนักที่จะทำให้บุคคลเหล่านี้ได้เปิดเผยมุมมองของตนเองออกมา แต่สามารถอธิบายได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างและมีมุมมองกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร ตัวอย่างเช่น การสัมภาษณ์ผู้ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Natural disaster)

ประเภทที่ 3 การสัมภาษณ์แบบมีจุดมุ่งหมายต่อภาพรวมในระดับพื้นที่ สถานการณ์หรือกลุ่มคน การสัมภาษณ์ประเภทนี้มีประโยชน์สำหรับการศึกษาในกลุ่มคนจำนวนมาก ซึ่งนำมาเพื่อเปรียบเทียบกันในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ว่ามีอะไรบ้าง เป็นความต้องการการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การเตรียมก่อนสัมภาษณ์

ก่อนการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องมีการเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก โดยใช้หลักการ 3 ด้าน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540) ดังนี้

1) การเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์

1.1 ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้สัมภาษณ์ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อมีแนวทางในการสัมภาษณ์เบื้องต้น ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้ความคิดเห็น หรือเล่าถึงอารมณ์ ความรู้สึก และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ

1.2 ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้สัมภาษณ์ศึกษา วิเคราะห์ ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และทดลองฝึกปฏิบัติก่อนลงมือเก็บข้อมูลจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

1.3 ด้านการปรับตัวและพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สัมภาษณ์ โดยมีการกำหนดบทบาทสถานภาพของตนเอง แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับ และ ได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล การเตรียมความพร้อมของตนเองในการสัมภาษณ์ การเรียนรู้ และฝึกฝนการสนทนาอย่างมีเทคนิคและศิลปะ

2) การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ ก่อนลงมือสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์สร้างแนวทางการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน ในประเด็นที่สนใจ ส่วนการสร้างแนวคำถาม ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ และผู้สัมภาษณ์ไม่มีอคติ หรือกำหนดคำตอบไว้ก่อนล่วงหน้า คำถามเหล่านี้ ผู้สัมภาษณ์นำแนวคำถามไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริงเพื่อดูความเป็นไปได้ของภาษาและวิธีการถามเพื่อให้ผู้สัมภาษณ์สามารถกำหนดเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา (Patton, 2002)

ขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการใช้คำถามนำไปสู่การสนทนา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทในการกำหนดทิศทางการสนทนาย่วมกับผู้สัมภาษณ์ เพื่อบรรลุเป้าหมายในการทำความเข้าใจถึงประเด็นคำถามร่วมกัน (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548) และได้อธิบายถึงขั้นตอนรายละเอียด ดังนี้

1.การสร้างบรรยากาศการสนทนาที่สบายๆ เป็นธรรมชาติ ด้วยการเริ่มต้นบทสนทนาแบบสร้างสัมพันธภาพ (Small talk) พูดคุยกันถึงประสบการณ์ทั่วไป แล้วจึงเริ่มพูดคุยถึงเหตุการณ์ สถานการณ์ ประสบการณ์ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายของการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพูดคุยถึงประสบการณ์ของผู้เก็บข้อมูล เป็นวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และความรู้สึกร่วมที่จะนำไปสู่การเป็นคู่สนทนาในประเด็นที่ต้องการจะศึกษา

2. การชี้แจง เมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี และมีภาวะการเป็นคู่สนทนาเกิดขึ้นแล้ว มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการชี้แจงถึงการวิจัยก่อนการสนทนาเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องมีการแนะนำตัวอย่างชัดเจน และอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน สิ่งที่ผู้วิจัยต้องการจากผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญอย่างไร รวมไปถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล เช่น สิทธิในการไม่ให้ข้อมูล การยุติการสนทนา การได้รับความคุ้มครองผลกระทบจากการให้ข้อมูล การให้ความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

3. การดำเนินการสนทนาตามประเด็นวิจัย นักวิจัยต้องใช้ทักษะการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพตลอดการสนทนา เพื่อให้การสนทนาในประเด็นต่างๆ เกิดความราบรื่น เพียงพอ (Conversational competence) เพื่อให้ได้ข้อมูลจริงในช่วงแรกๆ ผู้ให้ข้อมูลมักตกลงใจในการให้ความร่วมมือ แต่ยังมีความรู้สึกไม่มั่นคง (Insecure) ผู้สัมภาษณ์ต้องทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกว่าความเห็นและประสบการณ์ของเขามีความสำคัญ และเป็นประโยชน์มากกับการวิจัย โดยเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ ไม่คุกคามทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้เกิดความมั่นใจในการเล่าเรื่อง

4. การแสดงความเข้าใจเรื่องของผู้ให้ข้อมูล เมื่อการสนทนาดำเนินต่อไป ผู้วิจัยควรแสดงความเข้าใจความเป็นมาของเรื่องราวที่กำลังเล่า เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยเรื่องราวความคิดเห็นที่ลึกกว่าในช่วงแรกโดยไม่รู้สึกกลัว หรืออึดอัดที่จะเล่าเรื่อง การใช้น้ำเสียง ท่าทาง สีหน้าให้สอดคล้องกับอารมณ์ของเรื่องราวผู้ให้ข้อมูล เป็นการสื่อสารให้รู้ว่าผู้วิจัยเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นอยู่

5. การสนทนาให้ได้ความจริง จากมุมมอง ประสบการณ์ ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สนทนาเป็นไปได้ดีแล้ว ผู้วิจัยจะสามารถใช้คำถามนำเข้าสู่หัวใจของการสนทนาตามประเด็นวิจัย ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะสามารถกระตุ้นให้เกิดการเล่าเรื่องยาวๆ อย่างออกมาได้ ผู้วิจัยที่ชำนาญจะรู้ว่าเมื่อใดผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะเล่าเรื่องที่ลึกซึ้งหรืออ่อนไหว (Sensitive) มากขึ้น

6. การตั้งคำถามที่ผู้ตอบจะไม่ตอบในภาวะปกติ (Difficult question) ผู้วิจัยควรถามคำตอบที่ยากต่อการตอบในภาวะปกติ เช่น คำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ หรือคำถามคุกคามทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความกลัว ความอาย ความเกรงถูกตัดสินเชิงคุณค่าความเป็นมนุษย์ ก็ต่อเมื่อเห็นว่าสภาวะการเป็นคู่สนทนามีความผ่อนคลายและความเชื่อใจได้ รวมทั้งความรู้สึกของผู้วิจัยเองด้วยที่รู้สึกผ่อนคลายจากสัมพันธภาพที่พัฒนาขึ้นจากการสนทนา

7. การลดระดับอารมณ์ ความรู้สึก การสนทนาเจาะลึกด้วยคำถามที่ตอบยาก อาจทำให้ผู้ถูกถามเกิดความรู้สึกอึดอัด หรือกระตุ้นให้เกิดความรู้สึก อารมณ์แบบต่างๆ เช่น อารมณ์หดหู่ ความโกรธ ความรู้สึกตื่นเต้น เมื่อได้ข้อมูลเชิงลึกตามต้องการแล้ว ก่อนทำการปิดการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้

เก็บข้อมูลควรสนทนาในประเด็นที่ไม่ลึก สามารถตอบได้ง่าย ซึ่งจะให้อารมณ์ ความรู้สึก กลับเป็นปกติ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถามผู้สัมภาษณ์บ้าง หรือให้โอกาสเขาในการทบทวน หรือเพิ่มเติมข้อมูล

8. การปิดการสนทนา บางครั้งอาจยุติได้ยาก เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต้องการสนทนาต่อก่อน ยุติการสนทนาผู้เก็บข้อมูลควรมอบของที่ระลึกประกอบการกล่าวขอบคุณ และย้ำถึงระบบการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ ควรขออนุญาตเพื่อติดต่อกลับมาอีกในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

นอกจากนี้ Taylor and Bogdan (1998) ได้กล่าวถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ดีและเหมาะสม ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของ 1. การวิจัยที่มีความน่าสนใจ ประกอบด้วยเรื่องที่ศึกษานั้นค่อนข้างมีความชัดเจน และอธิบายหรือกำหนดขอบเขตได้ 2. พื้นที่และประชากรเข้าถึงได้ไม่ยาก 3. ผู้วิจัยสามารถควบคุมเวลาได้ 4. ผู้วิจัยต้องมีความสนใจต่อประชากรและพื้นที่ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อมูลในระดับกว้างขึ้น

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพตามปรัชญาของ Husserl

การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) นักวิจัยที่ยึดแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) มาเป็นแนวทางการศึกษาและนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ โคลไลซี (Colaizzi) จีออจี (Giorgi) และ แวน คัม (Van Koam) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซี (Colaizzi's method) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซี (Colaizzi P, 1978) มีรูปแบบการศึกษา Duquesne school ตามแนวคิดโครงสร้างตามความเป็นจริงของ Husserl (Husserlian Phenomenology) มี 7 ขั้นตอน ได้แก่

1. อ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง (Read all protocols to acquire a feeling for them)
2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อค้นย่นัยสำคัญของเนื้อเรื่อง (Review each protocol and extract significant statements)
3. ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหา (Spell out meaning of each significant statements) และกำหนดความหมาย (Formulate meanings)
4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก (Organization the formulated meanings into clusters of themes)
5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน (Integrate results into an exhaustive description of the phenomenon under study)

6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ (Formulate an exhaustive description of the phenomenon under study in as unequivocal a statement identification as possible)

7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Ask participants about the findings thus far as a find validating step)

การวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi's method) มักถูกนำมาใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ หลักที่สำคัญของการวิเคราะห์ของโคไลซี คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษากลับไปยังผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้นั้นกับประสบการณ์ที่เป็นจริงของตน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hallberg LR (1993) ศึกษาประสบการณ์การใช้ชีวิตใกล้ชิดกับชายที่มีการสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรงเพื่ออธิบายจากมุมมองของคู่สมรส จุดมุ่งหมายเพิ่มเติมคือการสร้างขั้นตอนแรกของทฤษฎีว่าคู่สมรสเหล่านี้จัดการชีวิตประจำวันของพวกเขาได้อย่างไร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้หญิงที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 10 คน ซึ่งมีอายุแตกต่างกัน สถานภาพทางการศึกษา จำนวนบุตร และปีที่สมรสมีความสัมพันธ์กัน การสัมภาษณ์แบบถอดคำต่อคำถูกนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการที่ได้รับอิทธิพลจากวิธีการเปรียบเทียบแบบคงที่ โดยใช้ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) แนวคิดหลัก 2 ประการ ระบุว่าผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินจะไม่เต็มใจยอมรับถึงความยากลำบากในการได้ยิน และผลกระทบของการสูญเสียการได้ยินต่อความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่าปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ 4 กลยุทธ์ที่คู่สมรสใช้คือการใช้ท่าทางสื่อสารสื่อสารลดลง การไกล่เกลี่ยเมื่อมีการขัดแย้ง และรักษาระยะห่าง มีข้อเสนอแนะว่าประเภทของกลยุทธ์ที่คู่สมรสเลือกมีผลต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเสียง

Nerina Scarinci, Linda Worrall and Louise Hickson (2008) ทำการศึกษาพบว่าการสูญเสียทางการได้ยิน (Hearing Impairment) เป็นอันตรายและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความผาสุกซึ่งเป็นที่ทราบกันดี การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคู่สมรสของผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง 5 ราย เพศชาย 5 ราย จุดมุ่งหมายคือเพื่ออธิบายประสบการณ์ของคู่สมรสที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน อธิบายผลกระทบของการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสกับผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน และกลยุทธ์เพื่อรับมือกับปัญหานี้ของคู่สมรส นำมาวิเคราะห์เชิงตีความ แสดงให้เห็น 4 ประเด็นที่อธิบายถึงประสบการณ์ของคู่สมรสของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ 1) คู่สมรสได้รับผลกระทบที่หลากหลายในชีวิตประจำวันเนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินของอีกฝ่าย 2) คู่สมรสจำเป็นต้องปรับตัวให้

เข้ากับภาวะบกพร่องทางการได้ยินของอีกฝ่ายอยู่เสมอ 3) ผลของการยอมรับภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่มีของคู่สมรส และ 4) ผลกระทบของการสูงวัยและการเกษียณอายุเปิดเผยจัดอันดับผลกระทบซึ่งคู่สมรสในการศึกษานี้ได้รับผลกระทบที่หลากหลายอันเป็นผลมาจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินของคู่สมรส

Lin FR และคณะ (2008) ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบว่าการสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมแบบชนิดอัลไซเมอร์หรือไม่ เป็นการศึกษาในอนาคตของบุคคล จำนวน 639 คนที่ผ่านการทดสอบการได้ยินและไม่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ.2533 ถึง พ.ศ. 2537 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการจำลองภาวะสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน และมีการปรับเปลี่ยนตามอายุเพศ เชื้อชาติ การศึกษา การรักษา โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน โดยสรุปแล้วการสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากเหตุการณ์ การสูญเสียการได้ยินเป็นเครื่องหมายสำหรับภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก หรือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้จริงสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

Saito H และคณะ (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง กับภาวะซึมเศร้าในชุมชนในประเทศญี่ปุ่น ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 580 คน ประกอบด้วยเพศชาย 261 คน เพศหญิง 319 คน โดยไม่มีอาการซึมเศร้า โดยตอบแบบคัดกรองแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มี ความบกพร่องทางการได้ยิน และกลุ่มที่บกพร่องทางการได้ยิน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในการระบุนาอาการซึมเศร้า และสัมภาษณ์เยี่ยมบ้านแบบตัวต่อตัวที่ดำเนินการในปี พ.ศ. 2551 ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการได้ยินกับผู้บกพร่องทางการได้ยิน และอาการซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในกลุ่มที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ร้อยละ 19.6 และในกลุ่มที่ไม่มี ความบกพร่องทางการได้ยินร้อยละ 8.0 ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินสามารถทำนายอาการซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

A Ciorba, C Bianchini, S Pelucchi and Antonio Pastore (2011) ได้ทำการศึกษาพบว่า การสูญเสียการได้ยิน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ส่งผลกระทบต่อชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผลของประสาทหูเสื่อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ผลกระทบทางด้านอารมณ์ เช่น ความเหงา การแยกตัว การพึ่งพา ความหดหู่ ความซึมเศร้า กังวล ลำบากใจ และความรู้สึกผิด ผลกระทบต่อพฤติกรรม เช่น การโทษตัวเอง และการเรียกร้อง และผลกระทบด้านการเรียนรู้ เช่น ความสับสน ความยากในการจับใจความ ความคิดวอกแวก ความคิดด้อยคุณค่าในตนเอง และ ปัญหาด้านการสื่อสาร นอกจากนี้ยังพบว่าการสูญเสียการได้ยินทำให้ลดความสัมพันธ์ด้านการสื่อสาร เช่น ลดปฏิสัมพันธ์ ในด้านสังคมและจิตสังคม พบว่าการสูญเสียการได้ยินเป็นสาเหตุของความเหงา การแยกตัว และลดกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการสื่อสาร และเกิดความไม่พอใจของ

คนในครอบครัว และยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน มีความกลัวที่จะเข้าพบแพทย์ทำให้เกิดอาการที่แย่ง และตามมาด้วยความพิการ ดังนั้นจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ถ้าแพทย์ทั่วไปมีการประเมินการได้ยิน สม่ำเสมอ เป็นประจำ หากพบอาการผิดปกติ ก็ส่งต่อหน่วยเฉพาะทางต่อไปโดยเร็ว

Andrea Ciorba ,Chiara Bianchini, Stefano Pelucchi and Antonio Pastore (2012) ได้ทำการศึกษาพบว่า การสูญเสียการได้ยินเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และกำลังจะกลายเป็นปัญหาทางสังคมและสุขภาพที่รุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการได้ยิน จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิผลลดลง ผลการศึกษาพบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะ เหงา โดดเดี่ยว แยกตัว การพึ่งพาอาศัยกัน และความหงุดหงิด รวมถึงความผิดปกติในการสื่อสาร เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในโลกปัจจุบันที่พัฒนาแล้ว ภาวะการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ได้รับการรายงานที่พบมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่แย่ง ซึ่งภาวะสูญเสียการได้ยินเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการจัดการที่ดีที่สุดไม่เพียงแต่ต้องแก้ไขในระยะแรกเท่านั้น ยังต้องคำนึงถึงการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุเหล่านั้น ภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญมากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งในอนาคตอันใกล้จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ของทีมสุขภาพเพื่อพยายามแก้ไขปัญหานี้ นอกจากนี้มีความสำคัญที่จะต้องระบุตัวบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ปรับปรุงบริการในการจัดหาเครื่องช่วยฟัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางหู รวมถึงการสอนผู้สูงอายุในเรื่องของการปรับตัวและเผชิญภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้เพื่ออาจส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Echalier Melissa (2012) ศึกษาพบว่า การสูญเสียการได้ยินมีผลต่อ 1 ใน 7 ของประชากรใน

สหราชอาณาจักรที่เป็นผู้ใหญ่ และร้อยละ 55 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีงานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาเป็น 15 ปี ระหว่างเริ่มมีอาการสูญเสียการได้ยินจนเข้ารับการรักษา ความล่าช้านี้เป็นปัญหาเนื่องจากผู้สูงอายุควรเริ่มใส่เครื่องช่วยฟังให้เร็วที่สุด การศึกษาครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพในผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง 24 คน เป็นผู้สูงอายุ 11 คน โดยมีจุดมุ่งหมายคือเพื่อให้เข้าใจการตัดสินใจของบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบกพร่องทางการได้ยิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ใช้เครื่องช่วยฟังที่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากเครื่องช่วยฟังรวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิตเต็มรูปแบบ ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินมีผลกระทบต่อ ความสัมพันธ์ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม และการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์

M. Radic sestic and S. Milicevic (2013) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจต่อเครื่องช่วยฟังและปัญหาทางสังคมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้ที่มี

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินจะมารับการรักษาเมื่อมีอาการโดยเฉลี่ย 4 ถึง 8 ปี แม้ว่าจะมีหลักฐานชัดเจนทางวิทยาศาสตร์ ว่าการใช้เครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน มีผลต่อ ปัญหาทางสังคมและอารมณ์ แต่จากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างก็ยังไม่ค่อยมีใครใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยังไม่พึงพอใจกับเครื่องช่วยฟัง แม้ว่าการใช้เครื่องช่วยฟังจะช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ ผู้สูงอายุมีความกลัว ที่จะได้รับ การถูกรังเกียจจากสังคม พวกเขา รู้สึก กระทบกระวาย ผิดหวัง ละอายใจ และซึมเศร้า ทำให้แยกตัวจากสังคม ส่งผลให้สังคมและอารมณ์ของผู้สูงอายุไม่ดี รวมถึงพวกเขาต้องกลายเป็นคนที่พึ่งพาสมาชิกในครอบครัวและสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังไม่มีความรู้ ในเรื่องปัญหาการได้ยิน จึงมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย จากงานวิจัยยังพบอีกว่า ในกลุ่มตัวอย่างมีไม่กี่คนที่ใช้เครื่องช่วยฟังมากกว่าครึ่งของผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน เนื่องจากใช้ลำบาก ไม่สุขสบาย และมีราคาแพง อีกทั้งยังส่งผลต่อภาพลักษณ์ด้วย ดังนั้นการพัฒนาความสามารถด้านจิตใจและร่างกายของผู้สูงอายุควรมีเรื่องของการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยฟัง และการรักษา

Olivia Nirmalasari และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษาพบว่า การสูญเสียการได้ยินอาจส่งผลต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ดูแลและบุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการรับรู้ อย่างไรก็ตาม การสูญเสียการได้ยินมักไม่ได้วัดหรือระบุไว้ในแผนการดูแลสำหรับบุคคลเหล่านี้ จุดมุ่งหมายของการศึกษานี้คือศึกษาภาวะบกพร่องการได้ยินและการใช้เครื่องช่วยฟังในกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในคลินิกหน่วยความจำระดับอุดมศึกษา เป็นการศึกษาย้อนกลับของบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 133 ราย ในช่วง 12 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องการได้ยิน พบว่า ปัญหาเรื่องการได้ยินในผู้สูงอายุมีความชุกมาก 60 % ของกลุ่มตัวอย่างมีการสูญเสียการได้ยินเล็กน้อย และพบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความบกพร่องทางการได้ยิน การใช้เครื่องช่วยฟังเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินจาก 9% เป็น 54% ของบุคคลที่สูญเสียการได้ยินแต่ละระดับ ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการได้ยินจำนวนมากส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งความสามารถของผู้สูงอายุในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม สับสน อาการซึมเศร้า ความสามารถทางร่างกายและการรับรู้ทางสติปัญญาลดลง รวมทั้งอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ และอีกปัญหาที่พบคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีปัญหาการได้ยินจะไม่เห็นความสำคัญของการใส่อุปกรณ์ช่วยฟัง และในปัจจุบันอุปกรณ์ช่วยฟัง จะมีปัญหาในการใช้งานคือ ไม่สะดวกสบายสำหรับผู้สูงวัย และมีปัญหาราคาค่าใช้จ่ายทั้งเรื่องถ่าน และตัวอุปกรณ์ การได้ยินคลื่นเสียงรบกวน ฯลฯ การศึกษานี้เน้นถึงความสำคัญของการประเมินการได้ยิน และการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการดูแลในประชากรกลุ่มนี้

Salonen และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษาการใช้เครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุสังคมเมือง อุตสาหกรรมในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 4,067 ราย ในกลุ่มประชากรอายุ 70 , 75 , 80 และ 85 ปี โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ เพื่อประเมินอัตราการใช้เครื่องช่วยฟัง และสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยฟังน้อย หรือไม่ใช้เครื่องช่วยฟังเลย ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง 249 ราย 55.4% ใช้เครื่องช่วยฟังทุกวัน และ 27.3% ใช้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน และ 10.7% คือบุคคลที่ไม่ใช้เครื่องช่วยฟังเลย การใช้เครื่องช่วยฟังมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการไม่ใช้เครื่องช่วยฟังคือ มีเสียงรบกวน การขาดแรงจูงใจในการใช้เครื่องช่วยฟัง ค่าใช้จ่ายในการซื้อถ่าน ทั้งนี้การใช้เครื่องช่วยฟังของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ระยะเวลาในการใช้เครื่องยังใช้ เป็นครั้งคราวหรือไม่ใช้เลย การศึกษานี้เน้นในเรื่องควรมีการให้คำปรึกษาซึ่งอาจเพิ่มระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยฟัง เพื่อจะนำไปสู่ประโยชน์ที่มากขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยฟัง

Marieke Pronk,Dorly, J.H.Deeg, Cas Smits (2014) ได้ทำการศึกษาอัตราการลดลงของภาวะบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของของสุขภาพจิต สังคมหรือไม่ และภาวะบกพร่องทางการได้ยินกับพื้นฐานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพและสังคม โดยสำรวจในผู้สูงอายุ 1,178 รายจาก Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) ซึ่งครอบคลุมการติดตามผล 3 – 7 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินลดลงที่เร็วจะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของอารมณ์เหงา รู้สึกโดดเดี่ยว และในบางรายอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในหญิงหม้าย การเฝ้าติดตามการได้ยินเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันความรู้สึกเหงาดังกล่าว

Paul Mick,MD,MPH,FRCSC, Ichiro Kawachi (2014) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการแยกตัวจากสังคม กับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน รวมไปถึงปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ รายได้ เชื้อชาติ และการใช้เครื่องช่วยฟัง โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 60 – 84 ปี ตั้งแต่ ค.ศ. 1999 - 2006 ซึ่งตัวแปรตามคือการแยกตัวจากสังคม กำหนดโดยใช้คะแนนการแยกทางสังคม (social isolation score) ผลการศึกษาพบว่า การสูญเสียการได้ยินที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการแยกทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ในเพศหญิงอายุ 60 – 69 ปี การสูญเสียการได้ยินไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการแยกทางสังคมในกลุ่มอายุและเพศอื่นๆ สรุปได้ว่าการสูญเสียการได้ยินที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการถูกแยกทางสังคมที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้หญิงอายุ 60 – 69 ปี

Abu-Ghanem และคณะ (2016) ได้ทำการศึกษาการตรวจคัดกรองการสูญเสียการได้ยิน ผ่านแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์มือถือ สามารถจัดการได้ที่บ้านจึงมีความสะดวกในการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เป็นอย่างมาก การศึกษานี้ประเมินการใช้แอปพลิเคชันทางโทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือคัดกรองการสูญเสียการได้ยินภาวะการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ซึ่งงานวิจัย

นี้ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย พบว่าแอปพลิเคชันมีความสำคัญของการใช้แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทางมารับการตรวจในโรงพยาบาลสามารถตรวจเบื้องต้นได้ที่บ้าน การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบระดับการได้ยินผ่านการนำอากาศของ audiometer และศึกษาการใช้แอปพลิเคชัน uHear ที่บ้านสำหรับคัดกรองการสูญเสียการได้ยิน และสุดท้ายศึกษาแบบสอบถามที่ใช้ในแอปพลิเคชัน uHear ผลการวิจัยพบว่า ระดับเสียงต่ำต่อความถี่ ซึ่งวัดโดยการใช้แอปพลิเคชัน uHear และ audiometer แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของระดับเสียงที่ได้ยินต่อความถี่ การใช้แอปพลิเคชัน uHear สามารถใช้ในผู้มีปัญหาการได้ยินรุนแรงกว่า สำหรับแบบสอบถามที่ใช้ใน แอปพลิเคชัน uHear พบว่าการตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนสูงด้วยคำถามระดับเสียงต่ำ หมายถึงการได้ยินยังคงทำงานได้ดี แม้ว่าแอปพลิเคชันอาจไม่สามารถระบุระดับความบกพร่องทางการได้ยินได้อย่างถูกต้อง แต่เป็นประโยชน์เนื่องจากเป็นเครื่องวัดระดับการได้ยินแบบพกพาสามารถใช้แทนเครื่องตรวจได้

Yukihide Maeda, Akiko Sugaya and Rie Nagayasu (2016) เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินและปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจใช้เครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุว่าคุณภาพชีวิตเป็นตัวกำหนดว่าผู้สูงอายุจะสวมเครื่องช่วยฟังหรือไม่ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 157 ราย มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีที่เข้ารับบริการเครื่องช่วยฟังในแผนกโสตศอนาสิก และมีการศึกษาแบบย้อนกลับจากตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยฟัง ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง และไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง พบว่าคะแนนการจับใจความคำพูดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง และไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง ความแตกต่างของเกณฑ์การได้ยินโดยเฉลี่ยมีนัยสำคัญเล็กน้อย อัตราการตอบสนองต่อภาวะบกพร่องทางการได้ยินและอารมณ์รวมสูงกว่าในผู้ที่ไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง

Share D. Morgana and Sarah Hargus Fergusona (2017) ได้ทำการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ประกอบด้วยเพศหญิง 2 ราย เพศชาย 2 รายในแต่ละกลุ่ม โดยมีผู้ฟังช่วงวัยหนุ่มสาว และ ผู้ฟังที่สูงอายุและมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ใช้ประโยชน์สนทนา 14 ประโยค ผลการศึกษาพบว่าบุคคลทั่วไปที่กำลังพูดกับบุคคลที่สูญเสียการได้ยิน ผู้พูดจะปรับเปลี่ยนการพูดของตนจากรูปแบบการสนทนาปกติในชีวิตประจำวันเป็นรูปแบบการพูดที่ชัดเจน นักโสตสัมผัสวิทยาได้สังเกตเห็นการปฏิบัติว่าบางครั้งบุคคลที่สูญเสียการได้ยินมักบ่นว่าคู่สนทนาของพวกเขาจะสื่อสารคล้ายการตะโกนใส่พวกเขา ในขณะที่คู่สนทนายืนยันว่าพวกเขาแค่พยายามพูดให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าบุคคลที่มีการได้ยินปกติรับรู้ถึงความสามารถทางอารมณ์ในการพูดที่ชัดเจนและเป็นบทสนทนาได้อย่างไร และพบว่าการพูดที่ชัดเจนขึ้นทำให้ผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินฟังดูโกรธน้อยกว่าการพูดปกติ ความโกรธที่รับรู้ได้ส่วนหนึ่งมาจากระดับความบกพร่องทางการได้ยินที่เกี่ยวข้องกับอายุนั้นรุนแรงที่สุด นอกจากนี้ยังพบการแสดงออกรับรู้อารมณ์ทางสายตา โดยสรุปแล้วเมื่อคู่สนทนาสนทนาด้วยคำพูดที่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินที่เป็นผู้ฟังจะรู้สึกถูกรัง

ถึงแม้ว่าความเข้าใจในการสื่อสารจะดีขึ้นเมื่อคู่สนทนาพูดชัดเจนบ่อยครั้ง แต่คำพูดของพวกเขาอาจฟังดูโกรธ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางจิตสังคมเชิงลบได้

พิธีศักดิ์ เลิศตระการนันท และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกจากเจ้าหน้าที่อนามัย และ อสม. ว่ามีความบกพร่องทางการได้ยิน เมื่อได้ผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังแล้วจะติดตามการใช้เป็นระยะเวลา 8 เดือน การที่จะบอกว่าผู้สูงอายุใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอ คือผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน และประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ด้านความจำ ภาวะซึมเศร้า กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม การประเมินจะทำก่อนและหลังการใช้เครื่องช่วยฟังทุก 2 เดือน เป็นเวลา 8 เดือน ผลการวิจัยพบว่าหลังจากได้ลองให้ใช้เครื่องช่วยฟังแล้วได้ใช้ 26 ราย หลังจากใช้ไป 1 เดือนมีผู้คืนเครื่อง 3 ราย เนื่องจากรู้สึกใช้แล้วเหมือนเดิมไม่มีความเปลี่ยนแปลง และพบว่าผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินทุกคนใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอคือมากกว่า 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มากกว่า 4 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยฟังลดลงทุก 2 เดือน แต่ต่างกันอย่างน้อยสำคัญ ยกเว้นเดือนที่ 6 กับ 8 ไม่มีความแตกต่างกัน การประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ด้านความจำ ภาวะซึมเศร้า กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม พบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างน้อยสำคัญก่อนและหลังใช้ทุก 2 เดือน ยกเว้นกิจกรรมทางสังคมที่พบว่าเดือนที่ 4 มีกิจกรรมมากกว่าเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญอาจจะเนื่องจากประเพณี งานต่างๆ ในชุมชนนั้นในเดือนที่ 4 มีมาก โดยสรุปแล้วการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน และให้เครื่องช่วยฟังช่วยรักษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ โดยต้องลองให้ผู้สูงอายุได้ใช้เครื่องช่วยฟังก่อน และควรมีแหล่งทุนที่สนับสนุนให้เครื่องช่วยฟัง และหากเครื่องเสียหายสามารถหาที่ซ่อมแซมได้

อัญชลี ศรีโกศา (2546) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องช่วยฟังพบว่าในผู้ป่วยรายใหม่ที่ใช้ใส่เครื่องช่วยฟังจำนวน 33 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยฟัง 1-4 ชั่วโมงต่อวันมีเพียงร้อยละ 18.2 ที่ใช้เครื่องช่วยฟังมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ป่วย 18 คนมีปัญหาในการใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการหยิบจับส่วนต่าง ๆ ของเครื่องช่วยฟัง ดังนั้นเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชนบท จึงน่าจะเป็นชนิดกล่อง ซึ่งมีปุ่มปรับความดังของเสียงที่ไม่ซับซ้อน มีขนาดเหมาะสมมือสามารถหยิบจับได้สะดวก หาซื้อถ่านได้ง่าย และสามารถดูแลรักษาด้วยตนเองได้

ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์ และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาการใส่เครื่องช่วยฟังในโรงพยาบาลปทุมธานี เป็นการศึกษาแบบ prospective cohort descriptive study ในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินที่มาใช้บริการใส่เครื่องช่วยฟัง ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 เพื่อให้ข้อมูลของการใส่เครื่องช่วยฟังในผู้ที่สูญเสียการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการเก็บ

ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ช่วงอายุที่สูญเสียการได้ยิน ที่อยู่อาศัย ระดับ และประเภทของการสูญเสียการได้ยิน สาเหตุของการสูญเสียการได้ยิน ประเภทเครื่องช่วยฟังที่ใช้ และปัญหาที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยฟัง จากการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้มารับบริการคือ 65 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบกพร่องทางการได้ยินระดับมากจนถึงรุนแรง และใส่เครื่องช่วยฟังแบบทัดหลังหูเกือบทุกราย ทั้งนี้ในช่วงที่ผู้รับบริการมาทำการติดตามการใส่เครื่องช่วยฟังพบว่าในช่วง 1 – 3 เดือนแรกจะค่อนข้างพบปัญหามากที่สุด โดยลักษณะของปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ฟิมพ์หู เจ็บ คัน แน่น หลวม รongลงมาคือ ถ่าน คือ ใส่ไม่เป็น ใส่ผิดขั้ว ใช้ถ่านผิดประเภท และคุณภาพของเสียง คือ เสียงดังมาก เสียงหวีด เสียงซ่า เสียงรบกวน ส่วนในช่วง 6 -8 เดือน และ 12-18 เดือนปัญหายังเป็นกลุ่มเดิมแต่มีจำนวนลดลง จากข้อสรุปงานวิจัยนี้เสนอว่าการเลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมต้องมีการประเมินทั้งวิธี subjective และ objective การปรับปรุงการคัดกรองของผู้สูญเสียการได้ยินและวิธีการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟังมีความสำคัญและควรมีวิธีประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการใช้เครื่องช่วยฟังในสถานการณ์การฟังในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

7. สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การศึกษาภาวะสูงอายุ ได้มีนักทฤษฎีเสนอแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุ ในลักษณะของสภาวะเกี่ยวกับ ปัจจัยและกระบวนการเกิดความสูงอายุที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องอาศัยทฤษฎีหลายๆทฤษฎีมาประกอบกันซึ่งทฤษฎีใหญ่ๆและสำคัญได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพและทฤษฎีสูงอายุเชิงจิตสังคม สำหรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคม เพราะความสัมพันธ์ในวัยสูงอายส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจรวมถึงการปรับตัว

แนวคิดเกี่ยวกับความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ ภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแยลง เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางเสื่อมสภาพของระบบการได้ยินตั้งแต่หูชั้นนอก หูชั้นกลาง ไปจนถึงหูชั้นใน (Harkin, 2011) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการได้ยิน เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น การได้รับเสียงที่ดังเกินไปหรือการสัมผัสเสียงที่ดังซ้ำๆเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินแบบค่อยเป็นค่อยไป เพศชายมีการศึกษาพบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจเป็นเพราะเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงในการสัมผัสเสียงดังและสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ฯลฯ การตรวจและวินิจฉัยความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสังเกตจากพฤติกรรมที่ได้

ยีน การใช้แบบคัดกรอง การตรวจหุ อากาารสำคัญของประสาทหูเสื่อมตามอายุคือ การได้ยินเสียงลดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปของหูทั้งสองข้าง อาจมีเสียงดังในหูร่วมด้วย (Gates GA, 2005) เมื่อผู้สูงอายุบกพร่องทางการได้ยิน ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย คือหูไม่ได้ยิน มีข้อจำกัดในการสื่อสาร นอกจากทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตสังคม คือ เมื่อไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ปกติ เกิดการสื่อสารไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก รู้สึกโดดเดี่ยว (Marieke, 2014) อีกทั้งผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินจะมีการแยกตัว ไม่กล้าเข้าสังคม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า (Paul Mick, 2014) และ Saito H (2010) พบว่าผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินมีอุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้า และการสูญเสียการได้ยินเพียงเล็กน้อยก็มีผลต่อความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังยังมีปัญหาเรื่องภาพลักษณ์ เนื่องจากต้องใส่เครื่องช่วยฟัง ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ และเสียการทรงตัว เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ โดยผู้สูงอายุมักรับรู้ว่าการสูญเสียการได้ยินที่เกิดขึ้นเป็นความพิการที่รุนแรงแม้ว่าการสูญเสียการได้ยินจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Li-Korotky, 2012; Lin, 2011; Rosdina, Leelavathi, Zaitun, Azimah, Majmin, et al., 2010) และ ยังส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ ในเรื่องของค่าใช้จ่ายเครื่องช่วยฟัง ค่าถ่านหรือแบตเตอรี่ ค่าเดินทาง อีกด้วย

สำหรับการรักษาส่วนใหญ่ในปัจจุบันคือการใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาโดยแพทย์และนักโสตวิทยา จะเห็นได้ว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจให้การพยาบาล และส่งเสริมการได้ยินสำหรับผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ มีทั้งการศึกษาในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น Hallberg LR (1993) ได้ศึกษาประสบการณ์การใช้ชีวิตใกล้ชิดกับชายที่มีการสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรงซึ่งอธิบายจากมุมมองของคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้หญิงที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 10 คน การสัมภาษณ์แบบถอดคำต่อคำถูกนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการที่ได้รับอิทธิพลจากวิธีการเปรียบเทียบแบบคงที่ โดยใช้ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) แนวคิดหลัก 2 ประการ ระบุว่าผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินจะไม่เต็มใจยอมรับถึงความยากลำบากในการได้ยิน และผลกระทบของการสูญเสียการได้ยินต่อความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ 4 กลยุทธ์ที่คู่สมรสใช้คือการใช้ท่าทางสื่อสาร สื่อสารลดลง การไกล่เกลี่ยเมื่อมีการขัดแย้ง และรักษาระยะห่าง

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะนั้นเอง ยังไม่พบว่ามีการศึกษา

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ตามแนวคิดของนักปรัชญาแต่ละคน และใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ให้เหมาะสมตามความคิดและความเชื่อนั้นๆ ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัย จำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของปรัชญาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ก่อนดำเนินการวิจัย จากแนวคิดและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งเน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย เพื่อค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995) ที่มีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน สามารถให้เนื้อหาที่มีความลุ่มลึก ทำให้เข้าใจถึงทัศนคติและความคิดความรู้สึกของผู้สูงอายุไทยกลุ่มนี้ได้โดยตรง (Emic view) (Streubert and carpenter, 2007) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978) ซึ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้การสังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าวิธีการนี้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของผู้วิจัยมากที่สุด และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของ Husserl (Koch, 1995) เป็นการสืบค้นเพื่อจะอธิบาย และให้ความหมายกับชีวิต ความเป็นอยู่ของมนุษย์ เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในภาวะนั้นๆ เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจในประสบการณ์ดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงได้เลือกดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีของการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงบรรยายปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive Phenomenology)

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ (Setting) ที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งมีคลินิกเฉพาะทางโรคหูและการได้ยิน ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นคลินิกที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินมารักษาจากทั่วประเทศ และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินมารับการรักษาจำนวนมาก โดยผู้วิจัยได้ไปสังเกตผู้สูงอายุกลุ่มนี้ตั้งแต่ช่วงก่อนที่จะดำเนินการทำวิจัย ทำให้เห็นปัญหาของผู้สูงอายุ และมีความสนใจที่จะทำวิจัยในเรื่องนี้ จึงได้ทำเรื่องประสานขออนุญาต แพทย์หัวหน้าคลินิกโรคหูและการได้ยินในการขอเข้าพื้นที่ และสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ผู้รักษา และผู้ป่วยในเบื้องต้น รวมทั้งผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยและรับฟังเรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นโอกาสอันดีที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจากการได้พูดคุยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยได้สะดวกยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม

เนื่องจากในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคือเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการวิจัย กล่าวคือผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์ สังเกต และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยต้องเตรียมความรู้พื้นฐาน ความเข้าใจแนวคิดทฤษฎี และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระเบียบวิธีการวิจัยให้พร้อมก่อนลงมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมตนเองในหลายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนาม และการเตรียมความพร้อมเพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนรับรองโครงการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (QUALITATIVE RESEARCH IN NURSING) รหัสวิชา 3600626 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ

มีโอกาสฝึกหัดทดลองทำวิจัยเชิงคุณภาพด้วยตนเองเป็นลักษณะโครงการนำร่อง เริ่มตั้งแต่การเขียนโครงร่าง การสร้างชุดคำถาม การสัมภาษณ์ ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ระเบียบวิธีการวิจัยอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังสามารถนำข้อแนะนำต่างๆมาพัฒนาปรับปรุงในการทำวิจัยในครั้งนี้อย่างดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพหลายเล่ม รวมทั้งบทความทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.2 การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุจากงานวิจัย แนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น กายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของหูในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ผลกระทบจากความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุ ความหมายและความสำคัญของการสื่อสารทางการพยาบาล พื้นฐานความรู้เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจ และเห็นปัญหาบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งภาวะบกพร่องทางการได้ยินส่งผลกระทบต่ออย่างมากกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะนี้ งานวิจัยนี้จึงออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน เพื่อเป็นพื้นฐานให้เกิดการพัฒนาการให้การพยาบาลและช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ได้อย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ

1.3 การเตรียมความพร้อมในการสัมภาษณ์

แม้การทบทวนวรรณกรรมจะช่วยให้ผู้วิจัยได้มีความรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะทำให้ผู้วิจัยยึดติดในมุมมองที่ได้พบพบมา เพื่อป้องกันและควบคุมอคติจากตัวผู้วิจัยที่อาจเกิดขึ้นได้ และเพื่อให้ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยได้มีการเตรียมการก่อนการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การเตรียมความพร้อมก่อนการสัมภาษณ์ คือ เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัย การถามคำถามสัมภาษณ์ การขจัดอคติ และอุปสรรค ดังนี้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยการสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการพูดคุยทำความรู้จัก แล้วจึงนัดหมายเตรียมความพร้อมเรื่องเวลา สถานที่ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกและเอื้ออำนวยให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปได้อย่างเป็นธรรมชาติ ราบรื่นและไม่ติดขัด ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 17 ราย สะดวกนัดหมายสัมภาษณ์หลังจากตรวจหูหรือลองเครื่องเสร็จภายในวันเดียวกัน และสถานที่เป็นห้องตรวจในคลินิกโรคหู ซึ่งมีความสงบและเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการใช้คำถามสัมภาษณ์ด้วยการทบทวนวัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย และแนวคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ โดยทบทวนสิ่งที่จะต้องปฏิบัติจนแน่ใจว่าเข้าใจอย่างถ่องแท้ในประเด็นที่จะต้องครอบคลุมแล้ว นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้เตรียมความพร้อมในด้านการจัดเตรียมเอกสาร อุปกรณ์ที่ต้องใช้ให้ครบถ้วนเรียบร้อยก่อนลงสัมภาษณ์ เช่น เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องบันทึกเสียง ปากกา และสมุดจดเป็นต้น

1.4 การเข้ารับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (Siriraj Institutional Review Board : SIRB) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยได้ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 3 เดือน โดยมีจดหมายรับรองการทำวิจัยอย่างเป็นทางการ พร้อมข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ เหตุผล ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ กระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ในการวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยยังต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการดำเนินการ และรักษาจรรยาบรรณในการทำวิจัยเชิงคุณภาพตามหลักสากลซึ่งงานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (Siriraj Institutional Review Board : SIRB) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2563 รหัสโครงการ 375/2563 โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์
2. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
3. แจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และอิสระในการถอนตัวจากการวิจัย ก่อนการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอมให้สัมภาษณ์และอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้
4. ขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนที่จะจดบันทึกหรือทำการบันทึกเสียงทุกครั้ง
5. อธิบายเรื่องวิธีเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยและการนำข้อมูลไปใช้โดยไม่เปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในการรายงานผลการวิจัย

ก่อนทำการสัมภาษณ์ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Rapport) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลา และสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้ ชื่อที่ใช้ในการถอดเทปจะเป็นรหัส นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และญาติถามข้อสงสัย ก่อนลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. การเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัย

หลังจากผู้วิจัยได้รับการรับรองโครงการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเข้าพื้นที่ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหูและการได้ยิน โดยระบุวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และแนบเอกสารรับรองโครงการที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ไปยังหัวหน้าแผนกเพื่ออนุมัติให้ผู้วิจัยสามารถเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลได้ เวลาในการดำเนินการรออนุมัติ 3 วันทำการ เมื่อเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้มาเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหูและการได้ยิน (Neuro Otology Clinic) โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปลายเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ในช่วงวันจันทร์ อังคาร และวันศุกร์ ซึ่งเป็นวันที่มีห้องว่างสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ และตรงกับวันหยุดของผู้วิจัย ผู้วิจัยมาบริเวณแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหูและการได้ยิน (Neuro Otology Clinic) ห้อง 32 หากพบว่าผู้สูงอายุที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจึงเริ่มแนะนำตัว พูดคุย และนัดหมายการสัมภาษณ์ในขั้นตอนต่อไป มีผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายที่เจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้วิจัยจำนวน 3 – 4 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 17 ราย

4. ผู้เข้าร่วมวิจัย (Research Participants)

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 17 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุเพศชาย 8 ราย และเพศหญิง 9 ราย โดยใช้วิธีการเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ศึกษา (Informative Case) ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุไม่จำกัดเพศที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน เป็นประสาทหูเสื่อมตามอายุ ไม่ได้เกิดจากโรคอื่นและเป็นมาแต่กำเนิด

2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป

3) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

4) ไม่มีปัญหาทางสมองหรือระบบประสาท

5) บกพร่องทางการได้ยินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

6) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการแก้ไขโดยใช้เครื่องช่วยฟังแล้ว

7) มีความสมัครใจและยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ

ดังแสดงรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ	เพศ	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สิทธิ์การรักษา	สมาชิกในครอบครัว	ระยะเวลาที่มีปัญหาเรื่อง การได้ยิน	ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยฟัง
ID 1	88	หญิง	โสด	ปริญญาโท	อดีตอาจารย์พยาบาล	กรมบัญชีกลาง	น้องสาว, หลาน	2 ปี	1 ปี
ID 2	85	ชาย	สมรส	ปริญญาตรี	อดีตอาจารย์แพทย์	เบิกจ่ายตรง	ภรรยา,บุตร, ลูกสะใภ้,หลาน	2 ปี	2 ปี
ID 3	81	ชาย	สมรส	ม.8	อดีตทหาร, พนักงานบริษัท	ข้าราชการบำนาญ (ภรรยา)	ภรรยา,บุตร, หลาน	4 ปี	4 ปี
ID 4	93	หญิง	หม้าย	ป.4	ทำสวน	กรมบัญชีกลาง	บุตร,ลูกสะใภ้, หลาน	10 ปี	3 ปี
ID 5	80	ชาย	สมรส	ม.8	ครู	กรมบัญชีกลาง	ภรรยา,บุตร, ลูกสะใภ้,หลาน	6 ปี	4 ปี
ID 6	82	ชาย	สมรส	ม.8	อดีตพนักงานกระทรวงศึกษาธิการ	กรมบัญชีกลาง	ภรรยา,บุตร, หลาน	20 ปี	7 ปี
ID 7	65	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	อดีตอาจารย์แพทย์	กรมบัญชีกลาง	น้องสาว	30 ปี	5 ปี
ID 8	65	หญิง	โสด	ป.4	รับจ้าง	จ่ายเอง	มารดา,พี่สาว,น้องสาว	9 ปี	8 ปี
ID 9	66	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	อดีตครูนักวิชาการ	ข้าราชการ	สามี,บุตร, หลาน	10 ปี	3 ปี
ID 10	76	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	ครู	ข้าราชการ	สามี,บุตร, หลาน	4 ปี	4 ปี
ID 11	66	หญิง	หม้าย	ป.4	รับจ้าง ทำสวน	บัตรผู้พิการ	อาศัยอยู่คนเดียว	10 ปี	9 ปี
ID 12	86	ชาย	สมรส	ป.4	รับจ้างทำงานโรงงานเลื่อย	ข้าราชการ	ภรรยา,บุตร, คนดูแล	6 ปี	5 ปี

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ	เพศ	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สิทธิ์การรักษา	สมาชิกในครอบครัว	ระยะเวลาที่มีปัญหาเรื่อง การได้ยิน	ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง
ID 13	82	ชาย	สมรส	ป.4	ครูสอน ไทเก๊ก	ข้าราชการ (บุตร)	ภรรยา,บุตร	4 ปี	3 ปี
ID 14	86	ชาย	สมรส	ปริญญาโท	ทำงานใน สำนัก พระราชวัง	ข้าราชการ	ภรรยา,บุตร	10 ปี	3 ปี
ID 15	80	ชาย	สมรส	ปริญญาตรี	ครู	ข้าราชการ	ภรรยา,บุตร	2 ปี	1 ปี
ID 16	74	หญิง	สมรส	ปริญญาตรี	ข้าราชการ บ้านาญ กระทรวง ศึกษา	ข้าราชการ	สามี,บุตร	10 ปี	1 ปี
ID 17	80	หญิง	หม้าย	ป.4	แม่บ้าน	ข้าราชการ (บุตร)	บุตร	2 ปี	2 ปี

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 แนวทางในการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการสัมภาษณ์ให้มีลักษณะไม่เป็นทางการ คือ เป็นการพบปะส่วนตัว ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งผู้วิจัยพบว่าสิ่งนี้ทำให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย มีสัมพันธภาพที่ดี นำมาซึ่งความสบายใจที่จะแบ่งปันประสบการณ์จากส่วนลึกของจิตใจ โดยผู้วิจัยใช้ลักษณะของคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) กล่าวคือ ผู้วิจัยไม่ได้ร่างคำถามที่แน่นอนตายตัวในแต่ละประเด็น แต่มีการเตรียมหัวข้อคำถามอย่างหลวมๆ มีความยืดหยุ่นพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนไปตามสภาพการณ์หรือลักษณะบุคคล เพราะผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายมาถึงก็เล่าเรื่องราวเลย บางรายก็ไม่ค่อยพูด บางรายก็เล่าเรื่องราวข้ามไปข้ามมาหลากหลายประเด็น ซึ่งผู้วิจัยพบว่า การสัมภาษณ์ประเภทนี้เหมาะกับงานวิจัยที่ต้องการความลึกซึ้งในโลกและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ที่มีลักษณะเฉพาะตัวไม่เหมือนกัน โดยคำถามที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open-ended questions) คือเปิดกว้างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยค้นหาประสบการณ์ชีวิตภายในจิตใจซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความลึกซึ้ง ละเอียดย่อย และมีรายละเอียดมาก โดยผู้วิจัยเริ่มจากคำถามในมุมกว้างๆ จากนั้นจึงค่อยๆ แคบลง และถามลงลึกในบางประเด็น (Probe) ที่เห็นสมควร

5.2 ข้อคำถามในการสัมภาษณ์

ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ใช้ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พัฒนาชุดคำถามในครั้งแรกแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจและได้แก้ไขจนเห็นสมควรแล้ว จึงนำคำถามที่แก้ไขแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงส่งให้กับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ซึ่งได้รับการเสนอแนะให้ปรับปรุงอีกเล็กน้อย 2 คำถามเพื่อความเหมาะสม หลังจากนั้นจึงนำไปทดลองใช้อย่างไม่เป็นทางการกับผู้สูงอายุรายหนึ่ง ข้อคำถามทั้งหมดได้รับการปรับปรุงและเห็นชอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นครั้งสุดท้าย เสร็จสิ้นแล้วจึงนำไปใช้ปฏิบัติจริง

ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1) ช่วงเกริ่นนำ

1. สวัสดีค่ะ (ผู้วิจัย) เป็นพยาบาลผู้สูงอายุที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วันนี้จึงมาขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณ (ผู้สูงอายุ) นะคะ
2. ผู้วิจัยเกริ่นเรื่องที่จะมาสัมภาษณ์ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ซึ่งบางครั้งทำให้การได้ยินของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป
3. ในที่นี้ขอเรียนรู้จากประสบการณ์ของคุณ (ผู้สูงอายุ) ว่าเป็นอย่างไร
4. พอจะเล่าว่าตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติเรื่องการได้ยินเกิดเมื่อไร อย่างไรคะ

2) คำถามหลักในการสัมภาษณ์

- 2.1 ช่วยเล่าเกี่ยวกับชีวิตของคุณ (ผู้สูงอายุ) ตั้งแต่เริ่มมีปัญหาเรื่องการได้ยิน ชีวิตเป็นอย่างไร
- 2.2 สิ่งที่คุณต้องประสบเมื่อมีความบกพร่องทางการได้ยิน
 - 2.2.1 การใช้ชีวิตที่มีข้อจำกัดในการได้ยินเป็นอย่างไรบ้าง
 - 2.2.2 ความรู้สึกของตัวเองเมื่อทราบว่ามีปัญหาการได้ยินเป็นอย่างไร
 - 2.2.3 คนรอบข้างเป็นอย่างไร
- 2.3 อยากให้เล่าถึงการใช้ชีวิต การเป็นผู้ที่มีความบกพร่องเรื่องการได้ยิน ว่าทำให้ชีวิตท่านเป็นอย่างไร
 - 2.3.1 พอเริ่มไม่ได้ยิน ตอนช่วงแรกๆ ตอนนั้นทำอะไรบ้างคะ
 - 2.3.2 เพราะอะไรจึงตัดสินใจมารับการรักษาเรื่องนี้คะ ใช้เวลาเท่าไรกว่าจะตัดสินใจมารับการรักษา
 - 2.3.3 ตอนทำงานจัดการกับปัญหาเรื่องการได้ยินอย่างไรบ้าง มีใครช่วยเหลือเรื่องนี้บ้างคะ
- 2.4 คนรอบข้างพูดและปฏิบัติอย่างไรต่อเราบ้างคะ
 - 2.4.1 ปัญหาเรื่องการได้ยินส่งผลอย่างไรต่อครอบครัวบ้างคะ คนในครอบครัวช่วยเหลือ

อย่างไร

2.4.2 คนใกล้ชิดรู้สึกอย่างไรกับเรา และปฏิบัติต่อเราอย่างไรบ้างคะ

2.4.3 จากการปฏิบัติของคนรอบข้าง ตัวเรารู้สึกอย่างไร

2.5 จัดการกับอารมณ์ของตัวเองอย่างไร

2.6 พฤติกรรมตนเองเป็นอย่างไรบ้างเมื่อมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

2.7 เมื่อใช้เครื่องช่วยฟังแล้วมีข้อดี ข้อเสียอย่างไรบ้าง

2.8 อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้อยู่ร่วมกับภาวะนี้ได้

2.9 เมื่อเข้ารับการรักษาเรื่องหูคุณได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรของโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรคะ

2.10 อยากให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรของโรงพยาบาลปฏิบัติอย่างไรต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการได้ยินคะ

3) คำถามอื่นๆ

3.1 ในฐานะที่เป็นบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินอยากบอกอะไรกับสังคมบ้าง

3.2 มีคำถามอะไรเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่อยากถามเพิ่มเติมไหมคะ

แนวคำถามรอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตเพิ่มมากขึ้นเช่น

1) เพราะเหตุใดถึงคิดอย่างนั้นคะ

2) ที่เล่ามา..... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... ได้ไหมคะ หมายความว่าอย่างไรคะ

3) มีอย่างอื่นที่อยากเล่าให้ฟังอีกไหมคะ

ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยหลายคนจะเป็นฝ่ายเริ่มบทสนทาก่อนอย่างรวดเร็วผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีการปรับการถามที่เตรียมมาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายได้เล่าถึงประสบการณ์ชีวิตค่อนข้างมาก โดยยังไม่ถึงคำถามข้อท้ายๆที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจึงรับฟังในสิ่งที่เขาพูด แล้วจึงถามคำถามข้ออื่นๆที่ยังไม่ได้คำตอบ ทั้งนี้ทุกครั้งที่ในการสัมภาษณ์ไม่ว่าเรื่องใดจะถูกพูดถึงขึ้นมาก่อน ผู้วิจัยจะต้องแน่ใจว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้มานั้นครอบคลุมประเด็นที่กำลังศึกษาและสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

อีกทั้งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Husserl ในเรื่องของการ “ใส่วงเล็บ” (bracketing) พื้นฐานเดิมต่างๆ ของตัวผู้วิจัย หรือบรรดาสิ่งที่ผู้วิจัยคุ้นเคย เคยชินและยอมรับ (presuppositions) ก่อนที่จะทำการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยเป็นอิสระจากอคติ ความลำเอียงต่างๆ และเพื่อต้องการให้ผู้วิจัยตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ การใส่วงเล็บ (bracketing) นี้ ตัวผู้วิจัยใช้เป็นวิธีการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน โดยไม่ติดยึดกับสิ่งใดทั้งสิ้น (presuppositionlessness) นอกจากนี้วิธีการใส่วงเล็บ (bracketing) ดังกล่าว ยังสามารถช่วยให้ผู้วิจัยได้ค้นพบสิ่งที่ศึกษาอยู่ได้ในระดับของ “แก่น” หรือในระดับของจิตสำนึกในเรื่องนั้นๆ เมื่อผู้วิจัยใส่วงเล็บ (bracketing) ให้กับพื้นฐานเดิมต่างๆ ของผู้วิจัยแล้ว สิ่งที่เหลือหลังจากนั้นคือ ตัวตนผู้วิจัยที่เป็นอิสระจากการรับรู้ใดๆ ที่

มีมาก่อนหน้า และพร้อมจะมองปรากฏการณ์ต่างๆ จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นๆ

5.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2563 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน รวมเวลาที่เข้าไปเก็บข้อมูลภาคสนามทั้งสิ้น 12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 1 – 3 ราย โดยสัมภาษณ์ทีละคน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายสามารถพูดคุยความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยใช้เวลาสัมภาษณ์โดยเฉลี่ยคนละประมาณ 30-45 นาที โดยมีรายละเอียดวัน เวลา ที่ใช้ในการสัมภาษณ์อยู่ในส่วนภาคผนวก และสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายคือห้องตรวจในแผนกคลินิกโรคหู ซึ่งมีลักษณะเป็นห้องเงียบและเป็นส่วนตัว โดยมีแค่ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยภายในห้องเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และมีโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น โรคประจำตัว สิทธิการรักษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รหัสเป็น ID1-ID17 ทั้งหมด แล้วจึงนำกลับไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 6 ราย ตรวจสอบความถูกต้องตามความเป็นจริงอีกครั้ง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้มีดังต่อไปนี้

1. เริ่มจากการที่ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทีละคนอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้พร้อมกับการฟังเทปบันทึกการสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง แล้วจึงนำบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรนั้นไปขอคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2. นำบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรมาให้รหัส (Coding) โดยการนำบทสนทนาที่ถอดความแบบคำต่อคำนั้นมาพิจารณาอย่างละเอียด ทุกคำ ทุกวลี และทุกประโยค โดยคำนึงถึงว่า คำ วลี หรือประโยคนั้นตอบวัตถุประสงค์และคำถามวิจัยอย่างไร โดยรหัสที่ให้นั้นต้องสั้น กระชับ และได้ใจความเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยหมายความว่า แล้วจึงปรึกษาผู้มีประสบการณ์ด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวิจัยและไม่มีผลประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ (มหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ 1 ราย และมหาบัณฑิตคณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข 1 ราย) ตรวจสอบความถูกต้องและความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นได้และให้ความคิดเห็น แล้วจึงปรับปรุงการให้รหัสใหม่

3. นำเนื้อหาข้อมูลที่ถอดรหัสและแก้ไขแล้วไปให้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแล้วจึงนำมาแก้ไขให้รหัสใหม่ (Recoding) ให้ถูกต้องซ้ำเช่นนี้หลายครั้ง

4. ผู้วิจัยนำรหัสเหล่านั้นมาเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างเพื่อสร้าง "หมวดหมู่ย่อย (Subcategories)" โดยการนำรหัสที่มีโน้ตศัณช์คล้ายกันมารวมกัน

5. ผู้วิจัยสร้าง "หมวดหมู่ (Categories)" โดยผู้วิจัยได้นำหมวดหมู่ย่อยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมารวมกันอยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน เพื่อเป็นการพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลไปสู่ความคิดรวบยอด (Theme) ที่มีระดับความเป็นนามธรรมที่สูงกว่าหมวดหมู่นั้นและครอบคลุมใจความในทุกหมวดหมู่

6. นำหมวดหมู่ หมวดหมู่ย่อย และ ความคิดรวบยอด นั้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ เมื่อมีข้อขัดแย้งไม่ลงตัวใดๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยกลับไปตรวจสอบการให้รหัสใหม่อีกครั้ง (Recoding) และแก้ไขปรับปรุงหมวดหมู่ย่อยและหมวดหมู่ ที่นำไปสู่ความคิดรวบยอดใหม่หลายครั้งจนกระทั่งอาจารย์เห็นว่าเหมาะสมแล้ว

7. ผู้วิจัยเขียนผลการวิจัยที่ได้โดยใช้หลัก “ใส่วงเล็บ” (bracketing) ของ Husserl โดยผู้วิจัยไม่ยึดติดกับสิ่งใดทั้งสิ้น รวมทั้งสิ่งที่ผู้วิจัยคุ้นเคย เคยชินและยอมรับ เพื่อให้ผู้วิจัยเป็นอิสระจากอคติ ความลำเอียงต่างๆ และทำให้ผู้วิจัยได้ค้นพบสิ่งที่ศึกษาอยู่ได้ในระดับของ "แก่น" ทำตัวตนผู้วิจัยให้เป็นอิสระจากการรับรู้ใดๆ ที่มีมาก่อนหน้า พร้อมจะมองปรากฏการณ์ต่างๆ จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยินซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างแท้จริง จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษารวมทั้งมหาบัณฑิตภาควิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวิจัยและไม่มีผลประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ช่วยสะท้อนความคิดเห็น ตรวจสอบความถูกต้อง ของผู้วิจัยซึ่งอยู่กับข้อมูลมาเป็นระยะเวลายาวนานและลดความลำเอียงของผู้วิจัยที่อาจเกิดขึ้นได้ (Peer debriefing) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยมีการตรวจสอบแบบสามเส้ากับบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรและการให้รหัสร่วมไปด้วยเพื่อให้แน่ใจว่ามีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

8. ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยช่วยตรวจสอบความถูกต้องและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้ (Member check) เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง มีผู้เข้าร่วมวิจัย 6 รายที่ทำการตรวจสอบในขั้นตอนนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงผลการวิจัยเล็กน้อยให้ตรงตามความเป็นจริง

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness)

การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการดำเนินการวิจัยในแต่ละขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการอุปนัย ติความ และสรุปผลการวิจัยนั้น อาจมีผลทำให้ผลการวิจัยนั้นมีความลำเอียงไปตามประสบการณ์ มุมมอง และความเข้าใจของผู้วิจัยได้ จึงต้องมีวิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย เพื่อให้ผลสรุปของงานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับได้และใช้ประโยชน์ได้จริง

7.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

ความน่าเชื่อถือเปรียบได้กับความตรงภายใน (Internal validity) ในงานวิจัยเชิงปริมาณเป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปนั้นมีการอธิบายอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง เทคนิคกลวิธีในการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีหลายวิธี ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือในการวิจัยครั้งนี้ 2 วิธี คือ

1) การสนทนากับเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) หลังจากได้วิเคราะห์และสรุปผลแล้ว ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และสรุปไปให้มหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ 1 ราย และมหาบัณฑิตคณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข 1 ราย ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และไม่เคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้มาก่อน ช่วยพิจารณาและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในมุมมองที่ขาดหายไปให้แก่ผู้วิจัย โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยลดอคติความลำเอียงของผู้วิจัยเอง ขณะเดียวกันผู้วิจัยได้นำการวิเคราะห์ข้อมูลและผลสรุปส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขั้นตอนดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นถึงการมีความน่าเชื่อถือตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในผลการวิจัยที่ได้

2) การตรวจสอบโดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Member checking) เป็นการตรวจสอบ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ได้นั้นมาจากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยจริง ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 6 ราย ที่ได้ร่วมตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการถ่ายโอนนี้เปรียบได้กับการอ้างอิงผลสรุปที่ได้สู่ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ (External validity) ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ผลสรุปจะใช้อ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยได้แสดงข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะ และรายละเอียดเชิงพรรณนาเรื่องราวเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน รวมทั้งรายละเอียดในการเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัยสถานที่ และเวลาในการสัมภาษณ์ เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้มีความสามารถในการถ่ายโอนไปสู่กลุ่มประชากรที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ความสามารถในการพึ่งพา เปรียบได้กับความเที่ยงในงานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้เพื่อการยืนยันความคงเส้นคงวา (Consistency) ในการดำเนินงานวิจัยและความสม่ำเสมอของข้อมูล เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้มีความสามารถในการพึ่งพาได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยอย่างคงเส้นคงวาและเป็นระบบ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่ชัดเจน การเข้าถึงผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นระบบเดียวกันดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนด้วยใจที่เป็นกลางและมีความเข้มข้นในการสัมภาษณ์ที่สม่ำเสมอ การเลือกสถานที่ที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว ใกล้เคียงกันและรูปแบบการสัมภาษณ์ที่เชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งนำไปสู่ประเด็นหลักอย่างมีหลักการเป็นขั้นเป็นตอนตามที่วางไว้อย่างสมอบต้นเสมอปลาย และการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติโดยไม่ใช้คำถามตายตัว เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสามารถในการพึ่งพาได้

7.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ความสามารถในการยืนยันในงานวิจัยเชิงคุณภาพเปรียบได้กับวัตถุวิสัยในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินงานวิจัยด้วยความเป็นกลางและอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง ผู้วิจัยได้รายงานถึงการควบคุมและป้องกันอคติความลำเอียงของผู้วิจัย ตั้งแต่ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์และระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลไว้โดยละเอียด รวมทั้งได้รายงานเส้นทางการทำงานที่สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) เช่น ระเบียบวิธีในการดำเนินงานวิจัย ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้มีความสามารถในการยืนยันได้

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ของ Husserl เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Colaizzi (1978) ซึ่งมีความสอดคล้องกับปรัชญาการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2007) และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information) จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 17 ราย ผลการวิจัย เสนอตามลำดับได้ดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุสามารถแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้อาการได้ยินบกพร่อง

- 1.1 ช่วงแรกยังไม่รู้ว่าการได้ยินลดลงหรือผิดปกติ
- 1.2 รับรู้จากคนรอบข้างทัก
- 1.3 อาการไม่ได้ยินที่เกิดขึ้นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

- 2.1 ปกติไม่ต้องการให้ใครรู้
- 2.2 ไม่อยากพูดคุยกับใคร
- 2.3 รู้สึกเป็นปมด้อย
- 2.4 เศรียดจากการไม่ได้ยิน
- 2.5 พึ่งพาคนอื่นมากขึ้นในการฟังข้อมูล

ประเด็นที่ 3 การแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง

- 3.1 ไม่พูดด้วย
- 3.2 ดูว่า ตะคอก
- 3.3 หัวเราะ มองเป็นเรื่องตลก

ประเด็นที่ 4 ปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

- 4.1 ปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง
- 4.2 ปรับตัวในการสื่อสารกับผู้อื่น
- 4.3 เพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุ
- 4.4 ยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

ประเด็นที่ 1 การรับรู้อาการได้ยินบกพร่อง

ผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่ภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ทำให้มีการได้ยินที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีจุดเริ่มต้นจากการรับรู้อาการได้ยินบกพร่องของตนเอง สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 ช่วงแรกยังไม่รู้ว่าการได้ยินลดลงหรือผิดปกติ

ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ระยะแรกที่เริ่มมีอาการหูไม่ได้ยิน จะไม่รู้ตัวว่าตนเองไม่ได้ยิน รู้สึกตนเองไม่มีปัญหาอะไร สามารถได้ยินพูดคุยได้ปกติ และไม่รู้ว่าการรอบข้างมีปฏิกริยาอย่างไร เนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินจะไม่แสดงอาการที่ชัดเจนอย่างโรคอื่นๆ นอกจากอาการไม่ได้ยิน หรือได้ยินเสียงลดลง หูเมื่อมองภายนอกมีลักษณะปกติ มีเพียงลักษณะเหนื่อยหรือห่อนคล้อยตามวัยเท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกษียณแล้ว จึงอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมทางสังคมลดลง จะยังไม่รู้ว่าตนเองเริ่มมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

“ ก็ยังไม่รู้ อยู่ระหว่างการรักษา ถ้าเมื่อตอนแรกๆ ยังไม่รู้ ไม่มีปฏิกริยาเกี่ยวข้อง ด้านจิตใจเราก็กังยังไม่รู้ ” (ID1)

“ ก็ปกติไม่มีปัญหาอะไร ก็ได้ยิน พูดคุยปกติ ” (ID3)

“ ช่วงแรกๆก็ยังไม่รู้หรือกว่าเราไม่ได้ยิน ” (ID8)

แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ ผู้สูงอายุจะเริ่มรู้ตัวเมื่ออยู่กับบุคคลอื่น จากการสังเกตตนเอง เวลาพูดคุยกับคนรอบข้าง หรือเวลาทำงานว่าทำไมตนเองถึงไม่ได้ยิน ฟังเสียงไม่ชัด ต้องให้คู่สนทนาพูดดังๆ โดยมีอาการเริ่มแรกคือ ฟังเสียงไม่ชัด เสียงที่เบาจะไม่ค่อยได้ยิน

“ แต่พอสักระยะหลังๆนี่ก็...พูดค่อยๆไม่ค่อยได้ยิน ต้องพูดดัง ” (ID3)

“ แต่ถึงเวลาอยู่กับเพื่อนอย่างนี้ ทำไมเค้าได้ยิน เราไม่ได้ยินใช้ไหม เรายังสังเกตตัวเองอยู่ เรายังถามเพื่อนเค้าพูดอะไรกัน ทีนี้เค้ารู้ เรายถามว่าเค้าพูดอะไรเค้าคุยอะไรกัน เค้าก็เล่าให้ฟัง ” (ID8)

1.2 รับรู้จากคนรอบข้างทัก

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งในระยะแรกมักจะไม่รู้ตัว ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในเรื่องของการได้ยิน หรือการฟังเสียงต้องใช้เสียงที่ดังมาก เช่น เปิดโทรทัศน์เสียงดังขึ้นกว่าปกติ คนในครอบครัวจึงทักว่าน่าจะมีปัญหาเรื่องหู หรือเวลาสื่อสารกับคนในครอบครัวแล้วไม่รู้เรื่องจนคนในครอบครัวสังเกตได้ จึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้

“ แฟนผมทักเวลาคุยกันที่บ้าน เขาจะคุยแบบเสียงเบา ไม่ค่อยดัง เสียงค่อยๆ ไม่...ไม่ดังมาก แต่ผมเนี่ยไม่ค่อยได้ยิน แฟนก็เลยทัก...อ้อๆ หูเธอไม่ดีแล้วนะ เอาไปให้หมอเช็คสิ ก็เลยเช็ค หมอก็บอกประสาทของการได้ยินเสื่อม ” (ID3)

“ แรกๆจะยังไม่เยอะมากถึงจะไม่ได้ใส่หูฟัง (เครื่องช่วยฟัง) นะคะ ทีนี้ที่ช่วงเพื่อนเตือน เขาบอกว่าไปใส่หูฟัง (เครื่องช่วยฟัง) ได้แล้วละ อะไรอย่างนี้ใช้ไหม ” (ID5)

“ มันค่อยๆเป็น มันนานแล้ว 10 กว่าปีที่แล้ว ที่แรกไม่รู้หรอก อยู่บ้านคนเดียวเราก็เปิด โทรทัศน์ฟัง ตอนนั้นอยู่กับลูกชายและลูกสะใภ้ เขาไปไหนมาเขาจอดรถหน้าบ้าน เขาก็บอกแม่ ได้ยิน ไปจนถึงถนนนะ แม่หูไม่ได้ยินหรือ ...เอ๊ะ ก็ไม่รู้ แม่ก็เปิดให้พอฟังได้ ไม่ได้ดังเกินไปหรอก แต่เขา บอกว่าดังมาก เขาก็สงสัย เราก็ไม่รู้...เราก็ไม่รู้ ” (ID4)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมยามว่างคือชอบดูโทรทัศน์ จึงต้องเปิดโทรทัศน์เสียงดังมากขึ้น เพราะไม่ได้ยิน ยิ่งเล่าอีกว่าต้องแยกเครื่องดูกับคนในครอบครัว เพราะหากดูด้วยกันคนในครอบครัว จะเปิดเสียงปกติ ซึ่งตนเองจะไม่ค่อยได้ยิน

“หรือแม้แต่การเปิดโทรทัศน์จะดูเฉยๆ เราต้องตั้ง...ต้องเปิดตั้ง,...แล้วก็ดูโทรทัศน์อย่างที่บ้าน โทรทัศน์นี้ต้องเพิ่มเสียงดัง เพิ่มเสียงดัง แต่ก่อนเราเคยดูว่าเสียงอยู่ระดับนี้เราได้ยิน แต่พอเกิดปัญหา นี้ระดับนี้ไม่ได้ยินแล้ว...ก็จะดูทีวีก็มาแยกดูต่างหาก จะเปิดเสียงดังใช้ไหมล่ะ ...ดูด้วยกันแต่ก่อนคะ ก็ แยกมา” (ID10)

“แล้วดูหนังนะ ไอ้ ดูทีวีนะ เราเปิดได้ยิน แม่บ้านเขาบอกเสียงดังไป ก็เลยมีหลายเครื่อง... แยกกันดู ของผมก็ทำเป็นเหมือนโรงหนังเลย ใช้โปรเจกเตอร์ฉาย เป็นเครื่องฉาย เราก็ใช้แอมป์ยามา ชำ เสร็จแล้วเราดูคนเดียว แล้วเราสามารถเปิดดังได้ ถ้าเขามาดูด้วย เราต้องหรี เราไม่รู้บ้าง ไม่รู้บ้าง ” (ID12)

“ทีวีคนละเครื่อง เราก็เปิดอยู่ในห้องก็สบายใจ” (ID15)

1.3 อาการไม่ได้ยินเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป

เนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุส่วนใหญ่สาเหตุมาจากความเสื่อมสภาพ อาการบกพร่องทางการได้ยินจึงค่อยๆเปลี่ยนแปลงทีละน้อย ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าการหูไม่ได้ยินของตนจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังคำสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุรายที่ 2 ที่ก่อนเกษียณมีอาชีพเป็น แพทย์สาขาอายุรกรรมโรคข้อ (Rheumatologist) จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินว่าเป็นลักษณะการเสื่อมสภาพของระบบประสาท

“ มันก็เริ่มเปลี่ยนแปลงมาทีละน้อยละน้อย จนกระทั่งถึงจุดหนึ่ง ไอ้ข้างนี้เวลาเทสโอเอนเทส เซสมันก็เปลี่ยนแปลงไปแยะ แล้วก็ เป็นเนฟไทป์นะ มันคือเป็นลักษณะการเสื่อมสภาพของระบบ ประสาท” (ID2)

ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุอีกรายที่เล่าว่า

“ มันก็จะค่อยๆ ค่อยๆไม่ได้ยิน ไม่มีปัญหาอะไรครับ ก็อยู่ๆมันจะค่อยๆไม่ได้ยิน จริงๆ ตอนแรกๆตัวเองก็ไม่ได้ตัดสินใจใส่เครื่องนะ แต่ว่าลูกๆแต่ละคนบอกว่า ได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง เขาพูด อะไรเราก็ไม่ได้ยิน ก็ไปหาหมอใส่เครื่อง” (ID13)

ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการสื่อสารเวลา พูดคุยกับบุคคลรอบข้าง ดังนี้

พูดคุยคนละเรื่อง

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเวลาพูดคุยกับบุคคลอื่น ตนเองจะได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง เพราะได้ยินไม่ชัด บางครั้งได้ยินไปอีกแบบที่ไม่ใช่สิ่งที่คู่สนทนาพูด ทำให้การพูดคุยเป็นคนละเรื่องหรือคนละทิศคนละทางในบางครั้ง ผู้สูงอายุจะพูดในสิ่งที่ตนเองได้ยิน

“มันก็ถึงบอกว่าคุยกันไปก็คนละทิศคนละทาง” (ID11)

“เราฟังไม่ชัดเวลาเขาพูด เขาถามอะไรเรา เราตอบ ทีนี้ คือตอบแล้วมันแบบไปคนละเรื่องกันเลย” (ID5)

มีผู้สูงอายุบางรายได้เล่าเพิ่มเติมในส่วนของการพูดคุยคนละเรื่อง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า

“พูดง่ายๆ มีบางคนเขาฝากชื่อของเนี่ย อย่างเช่นว่าแกงส้ม ได้ยินว่าไข่ต้ม...ได้ยินไปคนละอย่าง เราก็ฟังตั้งนานได้ยินว่าไข่ต้ม รุ่นเดียวกันอะนะ ไข่ต้มก็กินไม่เป็น เขาก็ต้องพูดซ้ำอีก (หัวเราะ) เขาก็ต้องพูดซ้ำ เราก็ร้องอ้อ...ได้ยินว่าไข่ต้ม มันคนละเรื่องกัน...คือนางหนูเรียนมาทางนี้ ต้องทำใจกับเขา (ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน) เราพูดอีกอย่างหนึ่ง เขาจะตอบไปอีกอย่างหนึ่ง เพราะว่าบางทีเขาไม่ได้ยิน คุณต้องเข้าใจด้วยนะ เพราะบางทีเขาก็ไม่ได้ยิน เขาได้ยินไม่ชัด เขาจะพูดมาแบบที่เขาได้ยิน ” (ID11)

จับใจความไม่ได้

อีกทั้งยังพบว่าบางครั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินจะได้ยินเสียงผู้พูด แต่ปัญหาคือไม่สามารถจับใจความประโยคที่ผู้พูดพูดออกมา หรือสามารถจับใจความได้แต่ไม่ครบทั้งหมด และในช่วงท้ายๆของประโยคจะไม่ค่อยได้ยิน ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ที่ให้ข้อมูลสอดคล้องกันดังนี้

“บางทีเขาสั่งให้เราไปทำอะไรสักอย่าง ในชีวิตประจำวัน บังเอิญเราไม่ได้ทำ เราได้ยินไม่ชัด เขาพูดเพื่อให้เราทำงาน หรือพูดเพื่อเล่าเรื่อง เราจับใจความไม่ได้ เราฟังไม่ชัด กลับมาปรากฏว่าเราไม่ได้ทำ ...เออเราก็นึกคือคล้ายเราฟังไม่ชัด จับประเด็นไม่ได้ว่าเขาสั่งอะไรเรา” (ID9)

“สมมติว่านั่งรถไปเนี่ย...แล้วคนที่นั่งข้างหน้าพูดอะไรมาเนี่ย เราจะจับใจความไม่ได้ว่าเขาพูดอะไร แต่เสียงจะได้ยิน” (ID10)

“ก็เลยบอกพยายายามพูดให้ดังหน่อยแล้วกัน พูดแล้วพูดอีก ...ได้ยินเสียงแต่จับใจความไม่ได้” (ID3)

“ถ้าเสียงพูดก็ได้ยิน แต่ถ้าพูดเป็นประโยคเนี่ย บางทีมันจับประโยคไม่ได้ ถ้าพูด ฮู้ๆ เนี่ย...ได้ยิน” (ID6)

“คือเราฟังไม่ได้จับประโยค ประโยคช่วงท้ายๆอย่างนี้ไม่ได้ยิน” (ID5)

ฟังดนตรีง่ายกว่าฟังเสียงพูด

นอกจากนี้มีผู้สูงอายุรายหนึ่งประกอบอาชีพเป็นครูสอนไทเก๊ก และปัจจุบันก็ยังทำอาชีพนี้อยู่ ทั้งชีวิตอยู่กับเสียงเพลง เสียงดนตรีมาตลอด ได้เล่าว่าการฟังเสียงดนตรีมีความแตกต่างจากเสียงพูด ซึ่งฟังดนตรีจะง่ายกว่าฟังเสียงพูด แต่ดนตรีที่มีเนื้อร้องก็จะฟังไม่ออก

“ออกกำลังกาย (ไทเก๊ก) ส่วนใหญ่ก็ใช้เสียงเพลงใช้ใหม่ ก็ฟังเพลงฟังดนตรีมัน ไม่เหมือนกับฟังภาษาพูดใช้ใหม่ กับเราได้ยินมันดี ก็สามารทำ...ดนตรีฟังแค่เสียง...ถ้าสมมติร้องเพลง จะฟังไม่ออก แต่ฟังดนตรีได้ยินดนตรีก็เลยฟังได้...เพราะเราฟังดนตรีไป แต่พอเล่นเป็นเพลง เขาพูดอะไร ร้องอะไรเราก็จะฟังไม่ออก” (ID13)

ตะแคงหู เวลาฟัง ใช้คำว่า “หือ” ถามซ้ำๆ

เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีอาการไม่ได้ยินเสียงผู้พูดดังที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว มักจะแสดงท่าทีเวลาคุย ต้องตะแคงหู เอียงหูเข้าไปฟัง รวมไปถึงเสียงจากโทรทัศน์ หรือเวลาฟังต้องเอามือมาไว้ข้างๆหู รู้สึกถูกมองว่าน่าเกลียดจากคนรอบข้าง อีกหนึ่งเวลาไม่ได้ยินจะพูดคำว่า “หือ” จนเคยชิน บางที่ได้ยินแต่ก็พูดคำว่า “หือ” ออกไปแล้ว ผู้สูงอายู้สึกว่าเป็นบุคลิกภาพที่เสียไป

“ปัญหาก็คือเวลาไปเข้าห้องประชุม อย่างนี้ฟังไม่รู้เรื่อง ก็เวลาจะคุยเนี่ย ผมก็ต้องตะแคงหู เข้าไปฟัง...บอกว่าจะให้ผมไปคุยไปอะไร ผมบอกไม่เอา แกก็บอกไม่เป็นไร...มันเสียบุคลิก คือเวลาเข้าพูดเราต้องฟัง ตะแคงหูเข้าไปฟัง มันเสียบุคลิก แล้วก็ดูแล้วมันก็ไม่มีใคร ใครเขาก็เห็น แต่ว่าไอ้คนที่เรารู้จักกัน เข้าคงไม่คิดอะไร ไอ้คนรอบๆข้าง เขาคงคิดว่าน่าเกลียด ทำไม่ถึงจะต้อง เหมือนกับเอียงหู เข้าไปกระซิบ มันเสียบุคลิก” (ID6)

“บุคลิกอาจจะเปลี่ยนในเรื่องของเวลาฟัง อันนี้ไม่เจอจะไม่รู้ นอกจากคนที่อยู่ข้างนอก อาจจะติดเอียงหูมากขึ้น อะไรอย่างนี้” (ID7)

“หรือไม่ก็ต้อง หือ หือ อยู่อย่างนี้ ก็ตะแคงหูไป ก็พูดอยู่ใกล้ๆอย่างนี้ ถ้าไม่ใส่หูก็อะไรนะ หือ หือ อะไรนะ...ต้องพูดดังๆนะ เดี่ยวตะแคงหู พูดดังๆเพราะที่ไม่ได้ยิน...ข่าวก็ดูไม่ได้ ดูได้แต่ต้องไปเกาะ เกาะทีวี ก็ไปจับทีวีข้างขอบ แล้วก็ตะแคงหูฟัง...อย่างไปงานเลี้ยงเสียงก็ดัง แล้วเราหูไม่ค่อยได้ยิน ใครพูดถามอะไรมาเราก็ หือ หือ เหมือนเสียบุคลิก” (ID16)

“เราก็จะไปถามเขา หือ ไม่ได้ยิน เราก็เลยจะต้อง หือ แต่บางที่เราได้ยิน แต่คำ หือ นี้เราไปแล้ว มันเคยใจ” (ID11)

“วิธีทำก็คือเวลาพูดกับใคร ก็เอามือป้องข้างนึงที่หูถ้ามันไม่ได้ยิน ก็พอได้ยินบ้างอะไรอีกข้างนึงมันก็ยังดี ” (ID15)

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

ผู้สูงอายุจากเดิมที่ยังไม่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน สามารถพูดคุยกับคนรอบข้างได้ปกติ แต่เมื่อมาถึงจุดหนึ่งที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้สูงอายุในเรื่องของการสื่อสาร อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นชีวิตที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุเมื่อต้องอยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ดังนี้

2.1 ปกปิดไม่ต้องการให้ใครรู้

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้ยิน หรือได้ยินแต่ไม่สามารถรู้เรื่องได้ทั้งหมด ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมเพื่อปกปิดอาการไม่ได้ยินของตนเอง โดยทำเหมือนได้ยิน ใช้การฟังอย่างเดียว จะพูดเมื่อมีประเด็นหรือเรื่องที่สำคัญ อีกทั้งผู้สูงอายุจะเอออไปกับผู้พูดต่างๆที่รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง และบางทีจะใช้วิธียิ้มหรือพยักหน้าไปอย่างนั้นแต่จริงๆแล้วไม่รู้เรื่อง

“แล้วก็คือ...เวลานี้ก็รับฟังไปอย่างนั้น คือฟังได้แหละ 75% เออแล้วก็นั้นแหละ คือแบบเออรู้ๆ ทำเหมือนรู้อย่างนี้...แต่เราได้ยินประมาณ 75% ถ้านั่งใส่หูอยู่เนี่ยนะก็เลยรับฟังลูกเดียว นานๆถ้ามีไรสำคัญจริงๆถึงจะพูดขึ้นมา” (ID5)

“ได้ยินบ้าง หายไปบ้าง แล้วก็เอออไปแบบนั้น รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง” (ID14)

“จะได้ยินเสียง เขาจะว่าอะไรก็ไม่รู้เรื่องนะ บางทีก็เอออห่อหมกไปอย่างนั้นแหละ...ก็ใช้วิธียิ้มหรือพยักหน้าไป” (ID10)

“บางที่เขาเล่าอะไรเนี่ย เขาเล่าอะไรมารู้บ้าง ไม่รู้บ้าง ก็พยักหน้า จริงๆไม่รู้เรื่อง มันไม่ค่อยได้ยิน...คนอื่นคุยอะไรก็ไม่รู้เรื่อง บางทีก็นั่งพยักหน้า เขาคุยกัน พยักหน้า แต่ไม่รู้เรื่องหรอก” (ID16)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไม่ยอมให้ใครรู้ว่าไม่ได้ยิน ไม่อยากถูกถามถึงเรื่องหู ไม่อยากตอบ ไม่อยากให้ใครเห็นว่าตนเองใส่เครื่องช่วยฟัง แม้กระทั่งเพื่อนสนิท ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศหญิงสองรายที่ยังทำงานอยู่และอยู่ในตำแหน่งที่ต้องสั่งงานลูกน้อง บางครั้งไม่ได้ยินแต่อ้างว่าเป็นหวัด

“ถือว่าเราก็จะไม่ให้มัน (ลูกน้อง) รู้ว่าเราไม่ได้ยิน ...เราก็อย่าให้เค้ารู้เดี๋ยวเค้าจะไปพูดกันเยอะขึ้น นี่ขนาดทุกวันนี้เพื่อนสนิทเราคอนนี่ที่รู้แหละ แต่ก็ไม่รู้ที่เราต้องใช้เครื่องช่วย...เรื่องภาพลักษณ์ก็คือถ้าไม่บอกก็ไม่มีใครรู้ เราก็ไม่อยากให้คนรู้ด้วย...ตอนเค้าพูดเราก็ไม่ได้ยิน เค้าบอกไม่ได้ยินเลยเหรอ...อ้อไม่ได้ยินกูปอดตัวนี้เป็นหวัด...เค้าคุยกับเราไม่ได้ยิน” (ID8)

“แต่ว่าจะมีปัญหาเรื่องไม่อยากให้เขาเห็นว่าเราใส่เครื่องช่วยฟัง...ก็ปกติเราไม่เคยใส่เครื่องช่วยฟัง ตั้งแต่ทำงานมาไม่เคยใส่เลย หลังเกษียณอยู่ๆเราก็มานใส่ คือก็ไม่อยากให้ใครมาซักถาม...ก็ไม่จำเป็นต้องซ้ก็เป็นอย่างนั้น อย่างนี้ เราก็ไม่อยากเล่าเรื่อง เราก็คือไม่ได้อายนะ แต่หมายถึงว่า

เรื่องมันจะยาว มันจะต้องสื่อสาร ต้องมาเล่าเรื่องอะไรให้เขาฟัง ความเป็นมาอย่างนี้ ก็เลยว่าก็ไม่รู้ ไม่อยากให้เห็นดีกว่า” (ID9)

เมื่อไม่อยากให้ใครรู้ว่าตนเองมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมปกปิดว่าตนเองใส่เครื่องช่วยฟัง พยายามใส่เครื่องช่วยฟังแบบไม่ให้ใครเห็น โดยเลี้ยงไม่ให้คนอื่นมานั่งข้างๆ เพราะกลัวเครื่องช่วยฟังหลุดออกมา และเอาผมมาปิดไม่ให้คนรอบข้างเห็นเครื่องช่วยฟัง ผู้สูงอายุบางรายอยากได้เครื่องช่วยฟังที่ใส่เข้าไปในรูหูเลย เพื่อที่จะไม่ต้องเห็นอุปกรณ์ที่อยู่หลังใบหู

“บางที่เราปิดหูเมื่อก่อนนี้จะมองไม่เห็นเลย ตอนนี้เรายังอยากจะได้แบบใส่เข้าไปในรูหูเลยไม่เห็นข้างหลัง เราพยายามเลี้ยงไม่ให้คนมานั่งข้างๆเราใช้ไหม เค้าจะสังเกต...ใช้ไม่อยากให้คนเห็น...เราก็มารู้ใจคนเป็นยังงี้ถูกไหม...แต่ในขณะที่คนอื่นมากกว่าเราทำให้เรากังวลใจใช้ไหม เดี่ยวเกิดมัน (เครื่องช่วยฟัง) หลุดออกมาหรืออะไรใช้ไหม ทุกวันนี้เพื่อนสนิทเราก็มารู้ว่าเราใช้” (ID8)

“ไม่อยากให้เขาเห็นก็พยายามที่จะเอาผมมาปิด” (ID9)

2.2 ไม่อยากพูดคุยกับใคร

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมากในเรื่องของการสื่อสาร จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมคือ ไม่อยากพูดคุยกับใคร ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากโทรศัพท์ ไม่อยากไปไหน เพราะใครพูดอะไรก็ไม่ได้ยิน ไม่อยากติดต่อหรือพบเจอใคร เพราะเจอแล้วต้องพูด อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุเมื่อไม่ได้ยิน จะไม่ค่อยสนใจเวลาใครพูดอะไร หรือตอนมีกิจกรรมดูโทรทัศน์ร่วมกันกับคนในครอบครัว คนอื่นดูรู้เรื่อง ตนเองดูแล้วขัดบ้างไม่ขัดบ้างจึงเลือกที่จะไม่สนใจ หรือไม่ดูเลย ผู้ให้ข้อมูลบางรายไปหากิจกรรมอื่นทำแทน เช่น อ่านหนังสือ

“ไม่อยากพูดกับใคร...ไม่อยากคุยกับใคร โทรศัพท์ก็ไม่อยากโทร ไปไหนก็ไม่อยากไป .เพราะใครเขาพูดอะไรเราไม่ได้ยิน” (ID1)

“แล้วก็ไม่อยากติดต่อเขาด้วย คือไม่อยากไปเจอ คือเจอแล้วต้องพูด แล้วเราพูดไม่ออก,...ทำให้ไม่อยากพูด ที่ไม่พูดเพราะไม่อยากพูด” (ID5)

“ถ้ารู้เรื่องก็คุย ไม่รู้เรื่องก็ไม่ออกความเห็นกับคนอื่น...บางทีมันฟังไม่ชัดเจน ก็ไม่รู้จะพูดอะไร บางทีก็ตอบผิดมั่ง,...เปลี่ยนไปก็คือ เฉยๆ ก็เลยอยากพูดอะไร ทำอะไร ก็ไม่ได้สนใจเขา เพราะว่าเราจะฟังได้ยินมั่งไม่ได้ยินมั่ง ดีไม่ดีเดี๋ยวเขาคุยกับเรา เราก็มไม่ได้ยิน ตอนหลังเฉยๆ,...ก็คือไม่อยากคุยกับใคร ไม่ค่อยอยากคุย เพราะว่าเขาพูดอะไรไป เราก็มไม่ได้ยิน ก็จะตอบมั่งไม่ตอบมั่ง เดี่ยวจะหาว่ามีปัญหาอะไรกับเขา” (ID13)

“เรื่องอารมณ์สำหรับผมค่อนข้างจะเป็นแบบเพื่อนฝูงเรียกผมว่าไอชาเย็น คือใครจะว่าไงอะไร ผมไม่ค่อยสนใจ” (ID2)

“เวลาเขาคุยทีวีปกติเนี่ยพ่อแม่ แม่ลูกเขาคุยกันรู้เรื่อง แต่ผมดูบางคำชัด บางคำไม่ชัดบ้าง ผมก็ไม่ดู แล้วผมก็ไม่สนใจเลย...คือผมไม่สนใจ เวลาเขาเปิดทีวี คือผมไม่ค่อยได้ยิน ก็ไม่ค่อยได้ดู ผมก็ไป

หาหนังสืออ่าน หรือไปทำอะไร ดูกันไม่ค่อยได้ยืนหรือได้ยืนแต่ไม่รู้เรื่อง ก็เลยไม่ค่อยดีกว่าหมดเรื่องหมดราว” (ID3)

เช่นเดียวกับผู้สูงอายุรายหนึ่งที่อยู่ตัวคนเดียว มีเพียงสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อน

“ก็ไม่คุยกับใคร ไปๆก็เลี้ยงหมา...ไม่ค่อยอยากคุยกับใคร เพราะคุยกับใครมันไม่รู้เรื่อง (น้ำตาคลอ)...เขาพูดมาเราไม่ได้ยิน บางทีปากก็ไม่พูด เขาพูดคนเดียว ก็ฟังอย่างเดียวไม่ต้องพูด ” (ID11)

แยกตัวจากสังคม

เมื่อผู้สูงอายุไม่อยากพูดคุย ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปคือ แยกตัวจากสังคมหรือบุคคลรอบข้าง มีทั้งลดน้อยลงและงดไปเลย เนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินของตน

“เปลี่ยน เปลี่ยนไปเยอะเลย ไม่ได้ไปเลย ไม่กล้าไป...คือเดี๋ยวนี้งดไปเลย ไม่ไปเที่ยวกับเพื่อน...เราก็เลยไม่เที่ยวเลยดีกว่า เพราะเที่ยวไปเดี๋ยวมีปัญหา ก็เป็นซี่ก้างวล ” (ID8)

“ก็เวลาคู่กันเขาคงเข้าใจ เราก็ไม่ได้ร่วมเท่าไร เพราะเราไม่ค่อยได้ยิน นอกจากฟังใช้ไหมครับ แล้วเราก็ให้ความเห็นบ้างที่เรารู้อะไร...เขาว่าอะไรเรา เราก็ไม่ค่อยรู้อะไร...เลยไม่ค่อยอยากเข้าสังคมอะไรเท่าไรหรอก ” (ID14)

“ออกข้างนอกน้อยลงมากๆ แล้วที่ออกไปประจำเนี่ย ก็ไม่ค่อยจะออกเท่าไร เพราะว่ารักษาตัวอยู่ด้วยอะไรด้วย พอไปถึงก็กินอะไรกับเพื่อนก็ไม่อร่อย...แต่ถ้าถ้าไปข้างนอกก็ไม่ค่อยอยากออกไป...ก็ไม่อยากออกเพราะว่าเราสื่อสารกันไม่ค่อยจะสะดวก...เราก็ไม่รู้เรื่อง ก็เลยช่วงนั้นไม่ค่อยจะไปงาน นอกจากว่าแบบญาติสนิทจริงๆ...ที่ว่าการไปไหนมาไหนก็ไม่ไป จะไม่ออกไป เพื่อนที่ในนี้ก็เหมือนกัน รวมกลุ่มในหมู่บ้าน เข้าเย็นก็ไปนั่งรวมกลุ่มกันคะ ไปไหนกัน ก็ไม่ค่อยจะออก จนเพื่อนโทรมา บอกมาออกมาแบบเดียว มาทานข้าวต้มกันมา ก็เลยต้องออกไป ถ้าเขาไม่โทรมาเนี่ย ก็ไม่อยากจะออก ” (ID16)

“มันรำคาญนะ คือไม่กล้าจะไปสังคมกับใคร (จากเดิมผู้สูงอายุรายนี้เป็นคนมีเพื่อนเยอะเที่ยวเก่ง)

“ไม่อยากไปสังคมกับเพื่อน...ก็หุมนั้นไม่ดี หุมนั้นไม่ดีเราก็ไม่อยากไปสังสรรค์กับใคร” (ID17)

สำหรับด้านอารมณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมแยกตัวจากบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่า เมื่อต้องเข้าสังคม หรืออยู่ร่วมกับคนรอบข้างจะเกิดความรู้สึกที่หลากหลาย ดังนี้

เบื่อ ไม่สนุก

หนึ่งในสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมแยกตัวจากบุคคลรอบข้างหรือสังคมคือรู้สึกเบื่อ เมื่อไปพบเจอผู้คนที่เบื่อ เนื่องจากไปแล้วไม่ได้พูด

“ ไขมัน...เลยบางทีจำเป็นต้องไป ไปแล้วก็เบื่อ เพราะไปแล้วก็ไม่ได้พูด ” (ID5)

“ไม่อยากรับรู้อะไรแล้ว ใช้ไหม เบื่อ ” (ID11)

“ก็ๆเบื่อๆหน่ายๆเหมือนกัน ” (ID15)

นอกจากนี้ยังมีคำสัมภาษณ์บางส่วนของผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 10 ในครอบครัวมีหลานอายุประมาณ 6 ปี กำลังอยู่ในวัยที่ช่างพูดช่างคุย เวลาหลานมาพูดคุยด้วยขณะที่ผู้สูงอายุยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง ทำให้ไม่ได้ยินในสิ่งที่หลานพูด ดังนั้นผู้สูงอายุจึงบอกว่าเมื่อไม่ได้ยิน ทำให้ไม่มีความสุขสนุกสนาน

“ เพราะอะไร (ทำท่าคิด)...มันจะพูดอะไรกันมันไม่สนุกสนานซะแล้วใช้ไหมละ เพราะไม่รู้เรื่อง , ...แต่เวลาเราไม่ใส่เครื่องช่วยฟังนี่เราจะไปพูดไปคุยกับเขาเนี่ยเราก็ไม่สนุกลีใช้ไหม , ...ก็นี้แหละชีวิตประจำวันมันก็ไม่สนุกสนานแล้วหนู จะพูดจะคุยกับใครเนี่ยนะ ถ้าไม่ใส่หูฟังไอ้หลานตัวเล็กๆ บางทีมาพูดหยอกล้อ 5 ขวบ 6 ขวบ ช่างพูดเนี่ย ย่าใหญ่อย่างนู้นอย่างนี้ ย่าก็ไม่รู้ ฟังไม่รู้ว่าจะไรน่องไอ้พูดใหม่ลี เอออย่างนี้ไม่ใส่หูฟัง ต้องบางทีก็เข้าใจยังไม่ได้ใส่หูฟังไป เขาก็ตื่นมาแต่งตัวเสร็จจะไปโรงเรียนไงก็ชวนคุยอะไรละดูทีวีดูไรของเขา ดูไดโนเสาร์ไดโนเสาร์เขาเรียกชื่อยาวๆ...โอ้ยอย่าไม่รู้เรื่องหรือ...จะมันก็คือมันไม่สนุก” (ID10)

หงุดหงิด รำคาญใจ

ผู้สูงอายุจะมีอารมณ์หงุดหงิดเมื่อไม่ได้ยินในสิ่งที่คู่สนทนาพูด ซึ่งส่วนใหญ่จะหงุดหงิดตนเอง บางครั้งปัญหาการได้ยินทำให้เกิดความขัดแย้งทะเลาะกับคนใกล้ชิดตอนสื่อสารไม่เข้าใจกัน โดยเฉพาะกับคนในครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิด ที่ผู้สูงอายุมีการสื่อสารด้วยมากที่สุด

“...บางทีกับพี่น้องฟังอย่างเดียวไม่ต้องพูด พูดมากก็รู้เรื่อง แล้วก็เถียงกันไปมา,...หงุดหงิดๆ เข้าใจไหม หงุดหงิด ถ้าใครพูดไม่ส่างหูเนี่ย คือปากมันจะไปเลย มันก็จะฟังไปเลย...ใครมาจุกจิกก็จะหงุดหงิด” (ID11)

“อารมณ์ก็หงุดหงิด ก็ฟังไม่ได้ยิน เอ้อ มันก็ได้ยินชัด,...มันก็รู้สึกมันก็มีหงุดหงิดนิดหน่อย,...แต่ก็คือปัญหาอยู่ที่การไม่ได้ยิน มันแบบส่งผลไปที่ใจด้วย ที่ใจด้วย มันทำให้ใจหงุดหงิด มันไม่ถึงอารมณ์เสียนะ,...อารมณ์หงุดหงิด ไม่ค่อยพอใจบางที บางเรื่องเราอยากรู้ อยากได้ยิน ไม่ได้ยินก็อารมณ์หงุดหงิด” (ID15)

“ก็บางทีอยากรู้ แต่มันไม่รู้ อยากได้ยินแล้วมันไม่ได้ยิน,...อารมณ์หงุดหงิด ไม่ค่อยพอใจบางที บางเรื่องเราอยากรู้ อยากได้ยิน ไม่ได้ยินก็อารมณ์หงุดหงิด...มันกระทบเยอะ แค่ว่าไปเดินออกข้างนอกบ้าน จะไปไหนเนี่ย หรือจะซื้อของ บางทีเราอยากซื้อของเฉยๆ พูดไปบางทีเขาพูดมา ไอ้เราจะซักถามด้วยความรำคาญ” (ID15)

“พอเริ่มมีปัญหา รู้สึกว่าไม่ มันไม่ ใช้ชีวิตมันแบบว่า มันรำคาญหน่อยๆ ว่าเออทำไมมันเป็นแบบนี้คือบางทีเราคุยแต่กับคนในบ้านเนี่ย ไม่เป็นไร แต่ถ้าเราออกไปข้างนอกเนี่ย เดี่ยวคนก็เพื่อนฝูงอะไรเนี่ย เขาคุยอะไรกันมาเราก็คุย ก็คุยไม่รู้เรื่องกับเขาเนี่ย,...มันเป็นแบบนี้ รู้สึกรำคาญ รำคาญตัวเองเนี่ย” (ID16)

เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งที่มีความรู้สึกอึดอัดร่วมด้วยเมื่อไม่ได้ยิน และภาวะบกพร่องทางการได้ยินยังทำให้ทะเลาะกับบุตร

“รู้สึกอึดอัดค่ะ...คือใครพูดอะไรก็ไม่ได้ยิน ก็รำคาญ ลูกก็ทะเลาะกันเรื่อย เขาพูดจี้ เราก็ไม่ได้ยิน เขาก็ตะโกนใส่อย่างนี้...มันรำคาญนะ คือไม่กล้าจะไปสังคมกับใคร” (ID17)

อีกทั้งยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่าด้วยบุคลิกลักษณะของตนเองเป็นคนพูดน้อยอยู่แล้ว บางที่ได้ยิน แต่บุคคลใกล้ชิดคิดว่าไม่ได้ยิน ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร รู้สึกรำคาญตนเองว่าทำไม่ได้ยินน้อย หรือ ได้ยินไม่ชัด

“พี่ชายเขาก็จะว่าเรื่อย พูดตั้งหลายรอบละว่าไม่ได้ยินเลย บางที่เราชอบ ห้า ห่าอะไรเนี่ยแหละ บางทีก็ทำให้เรารำคาญ...รำคาญตัวเอง แล้วบังเอิญว่าแบบเราอาจเป็นคนที่ไม่ค่อยพูดด้วย บ้า เป็นคนที่พูดน้อย บางที่เราได้ยิน เขาก็คิดว่าเราไม่ได้ยิน หรือเราได้ยิน เขาก็คิดว่าไม่ได้ยินเป็นอย่างนี้ที่มีปัญหา...บางที่รำคาญตัวเองเนี่ย อารมณ์ความรู้สึกนะ รำคาญตัวเองว่าทำไมเรา ที่เขาพูดทำไม่ได้ยินน้อย ได้ยินไม่ชัด” (ID9)

อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางรายบอกว่าจะหงุดหงิดมากตอนที่ยังไม่มีเครื่องช่วยฟัง ดังคำสัมภาษณ์บางส่วนเล่าว่า

“ยังไม่มีเครื่องช่วยฟัง ช่วงนั้น หงุดหงิดมาก...รู้สึกมันก็หงุดหงิด หงุดหงิด...ยังไม่ใส่เครื่องจะหงุดหงิดมาก” (ID16)

ใช้ APPLICATION LINE แทนการโทรศัพท์และพบเจอ

จากพฤติกรรมไม่อยากพูดคุย และการแยกตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสิ่งที่สามารถเข้ามาช่วยในการเลี่ยงการพบปะพูดคุยแบบเจอหน้ากัน คือ APPLICATION LINE ผู้สูงอายุบางรายไม่ยอมรับโทรศัพท์ เพราะบางครั้งสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์จะมีปัญหาไม่รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง หรือการเลี่ยงเจอผู้คนตอนที่สภาพหูหรือเครื่องช่วยฟังตนเองยังไม่พร้อม ผู้สูงอายุจึงใช้การสื่อสารผ่านตัวหนังสือทาง APPLICATION LINE แทน

“บางที่เพื่อนโทรศัพท์มา ก็บอกเขาเลย เธอเขียนไลน์มาเถอะ อย่าโทรศัพท์ ไม่อยากรับโทรศัพท์ เพราะว่าฟังแล้วมันรู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง” (ID10)

“เขาก็โทรมาถามเพื่อนฝูงเล่นไลน์ ได้แต่ไลน์กันอย่างเดียว ไม่ได้เจอกัน ก็แบบรักษาตัวให้ดีกว่าก่อนแล้วค่อยมาเจอกัน ถ้าได้หูฟังแล้วค่อยมาเจอกัน” (ID16)

2.3 รู้สึกเป็นปมด้อย

ผู้สูงอายุมองว่าปัญหาภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้เป็นปมด้อยของตนเอง โดยเฉพาะผู้ให้สัมภาษณ์เพศหญิงทั้งสองราย ที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินในช่วงที่ยังสามารถทำงานได้ และยังคงอยู่ในตำแหน่งที่มีลูกน้องที่ต้องสั่งงาน เล่าว่าที่ไม่อยากให้ใครรู้ว่าไม่ได้ยินเนื่องจากการนับถือจากลูกน้องจะลดลง และอาจไม่ได้รับความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา ไม่อยากให้ลูกน้องรู้จักอ่อน

เรื่องหูไม่ได้ยิน เนื่องจากกลัวบางคนจะเอาปมด้อยเรื่องหูของตนมาพูด และกลัวไม่อยากถูกเรียกว่าหูตึง เพราะรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แยกลงถึงขนาดนั้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีความเศร้า อารมณ์ทุกข์ภายในใจเกี่ยวกับอาการหูไม่ได้ยิน ว่าเป็นความบกพร่องทางร่างกายของตนเองที่คนปกติทั่วไปไม่ได้ประสบกับตัวไม่มีทางรู้

“เพราะฉะนั้นเราก็ต้องทำตัวปกติ อย่าให้เค้ารู้ว่าเรามีปมด้อยตรงนี้ แต่ในใจตัวเราเอง เราต้องรู้ตัวเราเองว่าเราจะไปเทียบเท่ากับคนปกติไม่ได้...เจอปัญหาการคุยไม่ได้ยินใจ คือเราสั่งงานได้ เราอยู่ในแผนกที่สั่งงานได้ แต่เราจะไม่ได้ยินเสียงลูกน้องไปบ่น เวลาพูดอะไรกัน เค้าพูดหรือหัวเราะอะไรกัน เราไม่ได้ยิน...การนับถือมันจะลดลง การที่เราจะคุมเค้า เราก็ไม่อยากให้เค้ารู้ จุดอ่อนเรา จุดด้อยเรา เป็นยังไงใช่ไหม บางทีเราปิดหูเมื่อก่อนนี่จะมองไม่เห็นเลย ตอนนี่เรายังอยากจะได้แบบใส่เข้าไปในรูหูเลยไม่เห็นข้างหลัง...อ้อ...ไม่นับถือหมายถึงว่า เฮ้ยไอ้มันหูตึง บางคนมันก็จะเอาปมด้อยมาพูดถูกไหม เพราะฉะนั้นคือเราฟังจากคนอื่นเค้ามาบางทีเค้าเรียก ไอ้โบ๋ ไอ้ตึง ไอ้ไร ไอ้หูตึง ไอ้ขาเป๋ คือเราไม่ชอบนิยามคำนี้ เราไม่ชอบให้ไปเรียกปมด้อยของเค้า” (ID8)

“อะไรก็กลัว เขาจะบอกว่าเราเป็นคนหูตึง หรืออะไรอย่างนี้ เพราะว่าเราไม่ถึงขั้นขนาดนั้น...ถ้าเราอยู่ในช่วงทำงานเนี่ย ถ้าเกิดมีปัญหาหนักเนี่ย แน่นนอนเพื่อนรอบข้าง ลูกน้อง ผู้บังคับบัญชาเนี่ย เขาก็จะคิดว่าเรามีปัญหาเรื่องหู อาจจะไม่ไว้วางใจ หรือว่าอาจจะไม่เชื่อมั่นเรา” (ID9)

“เราก็เกิดความคิดว่า เออพอเขาไปแล้วนี่นะทุกอย่างไม่มีดีเลย ไอ้หูเราไม่ได้ยิน,...จะไปถามเขา เออ แกไม่ได้ยินแล้วไป เป็นอย่างนั้น เขาคือมันไม่ได้ประสบกับตัวเขา แต่ตัวเราคิดอยู่ตลอดเวลาว่าเราไม่เหมือนคนปกติ ว่าเพราะฉะนั้นเราก็นั่งสงบเสงี่ยมอะไรอย่างนี้ มันก็เหมือน มันมีอะไรแบบนี้ เหมือนกับมีปมด้อยในตัวใช่ไหม ” (ID1)

ขาดความมั่นใจ

เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพการได้ยินที่เกิดขึ้นเป็นปมด้อยตั้งที่กล่าวข้างต้นแล้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจอย่างมากในการพูดคุยสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง บางครั้งกลัวตอบไม่ตรงกับคำถามที่คู่สนทนาถาม เกิดความกังวลตามมา และมีความเกรงใจคู่สนทนา โดยเฉพาะคู่สนทนาที่มีอายุมากกว่า จะลำบากใจไม่กล้าถามซ้ำ

“บุคลิกลักษณะ ถ้าสมมติว่าเราออกไป ไปข้างนอกเราก็จะไม่มีคามมั่นใจ ก็ขาดความมั่นใจมาก ๆ...บางทีห่าแล้ว เราก็ไม่รู้เรื่อง ก็เลยช่วงนั้นไม่ค่อยจะไปงาน นอกจากว่าแบบญาติสนิทจริงๆ ก็ไปงานเลี้ยงปกติ ถ้าธรรมดาจะให้แฟนเขาไปเนี่ยๆทำให้เราขาดความมั่นใจใจ” (ID16)

“เพราะว่าอ่า กลัว กลัว เกรงใจลูกกับแฟนก็ต้องพูดเสียงดังขึ้น ก็เลยเกรงใจเขา” (ID3)

“เออ ก็เพราะว่าเราจะมีกรไปประชุมร่วมกับเขาเนี่ยพอเราฟังอะไรไม่ชัดเนี่ย เราจะไปพูดพอเขาพูดจบแล้ว เราจะไปพูด ไปตั้งข้อปัญหาอะไรต่างๆเนี่ย ก็กลัว กลัวว่ามันจะผิด พอไม่กล้า ทีเนี่ย

มันเป็นปัญหาตรงเนี่ย,...เพราะว่าบางคนเวลาสื่อสารเขาพูดมาว่ากลัวเราโต้ตอบกลัวเราจะผิด ก็เป็นกังวลนิดๆ” (ID6)

“ก็จะทำให้มีความรู้สึกว่ามันไม่...ไม่ได้ยินในสิ่งที่เขาพูด ก็จะทำให้รู้สึกเหมือนกับว่าสื่อสารมันยาก บอกไม่ถูกว่า เอ๊ะ เขาต้องการอะไร ไม่มั่นใจค่ะ...อืม บุคลิกเปลี่ยน ในแง่ของความไม่มั่นใจ...จะมีอยู่ครั้งนึงตอนช่วงที่ จะมีคนบางคนทีพูดเบาอันนั้นจะลำบาก แล้วถ้าเป็นผู้ใหญ่เราก็จะลำบากใจว่าจะถามซ้ำไม่ได้ แต่ถ้าในระดับเพื่อนๆหรือคนที่อยู่คุยกันเนี่ย ไม่มีปัญหาค่ะ” (ID7)

“จะตอบอะไร บางทีเราตอบไปก็ไม่มั่นใจว่าที่เราตอบไปเนี่ยมันตรงกับที่เขาต้องการรู้ ต้องการทราบหรือเปล่า...เพราะว่าไม่เชื่อมั่นตัวเองที่ว่าเราพูดไปนี่ตรงไหมที่เขาพูดกับเรา หรือถามหรือทักทายกับเราหรือเปล่า...อ่า ไขมันกังวลว่าเอ๊ะแล้วก็ (คิด) ตัดปัญหาตอนนั้นก็คือใช้วิธียิ้มหรือพยักหน้าไปแล้ว เอ๊ะเป็นอย่างนี้บ่อยๆมันก็ไม่เข้าท่านะ เอาจริงไหมหนู,...กลัวตอบแล้วไม่ตรงกับที่เขาถาม...เอ้ออใช่เพราะเราไม่รู้เขาถามอะไร เขาพูดอะไร,...อ้อ มันๆไม่เข้าใจ แล้วกลัวว่าพูดไปแล้วมันคนละเรื่อง คนละเรื่อง” (ID10)

อยู่กับคนละโลก

ผู้สูงอายุจะสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อยลง อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งรู้สึกว่าโลกนี้มันเงียบไปหมด ตนเองมีโลกเป็นของตนเอง ซึ่งอยู่กับคนละโลกกับคนหูตึงที่ไม่อาจเข้าใจ ผู้สูงอายุรายนี้อาศัยอยู่คนเดียว มีสถานะหม้าย บุตรมาหาบ้างนานๆครั้ง และยังทำงานรับจ้างทั่วไปหาเงินเลี้ยงดูตนเอง มีเศรษฐกิจฐานะยากจน โดยผู้สูงอายุรายนี้พูดด้วยประโยคเดิมซ้ำๆว่า ตนเองมีโลกเป็นของตนเอง โลกของคนหูตึง เหมือนอยู่กับคนละโลกกับคนหูตึง ซึ่งพูดไปมีท่าทีคล้ายหัวเราะกลบเกลื่อนความทุกข์บ่อยครั้ง รวมถึงมีอาการน้ำตาคลอเป็นระยะแต่ยังไม่ถึงกับไหลออกมา

“คือไม่ได้ยินไปอีกโลกนึง เข้าใจใหม่ โลกเราเนี่ย อยู่โลกของคนหูตึง (หัวเราะ),...เพราะว่าพบปะกับใครแล้ว เขาพูดมาก็ไม่ค่อยได้ยิน คือยังไงละ เราก็มีเรื่องอะไรก็คุยกับคนหูตึงเขาก็ไม่ ก็เขาก็พยักหน้า คุยกันเรื่องที่ไม่เสียหายใช้ใหม่ แล้วเขาก็พยักหน้าเขาคุยมา เราไม่ได้ยิน แต่คนหูตึงได้เปรียบนะ ใช้ใหม่ (หัวเราะ)เขาปล่อยตามเรื่องยังไงละ มันก็เข้าไปอีกโลกนึงพูดง่ายๆ,...หนูต้องเข้าใจด้วยว่าหูเราตึง หูตึงมันลำบากนะ มันหูตึงก็ไปอีกโลกนึง,...คือสังเกตดูคนที่หู (เครื่องช่วยฟัง) ทุกคนจะไม่ค่อยคุยกับใคร เพราะคุยก็ไม่รู้เรื่อง ก็อยู่ของเขาอีกโลกนึง,...เพราะว่าป่าอยู่อีกโลกนึง พูดง่ายๆ ตัวป่าเองนะ แต่คนอื่นป่าไม่รับรู้ นะ คือว่าหูตึงคนอื่นป่าไม่รู้นะว่าจะเหมือนกันป่าไหม,...ก็ดีนะบางทีคนหูตึงก็ตีอย่าง ไปอีกโลกนึง ความรู้สึกของป่า ป่าไม่อยากคุยกับคนหูตึง ป่าพูดเลยป่าไม่อยากคุย,...มันก็เป็นอีกโลกนึงพูดง่ายๆ อีกโลกนึงคนหูตึงก็อีกโลกนึง คนหูตึงก็อีกโลกนึง,...แล้วก็บอกก็อยู่กับคนละโลก คือพูดง่ายๆ ตามความรู้สึกอะนะ ก็อยู่กับคนละโลกกัน (หัวเราะ),...มันก็คนละโลกใช้ใหม่ คนละโลก ป่าก็เข้าใจ,...คนละโลกกัน ถึงได้บอกว่าอยู่กับคนละโลกกัน,...คุณต้องเข้าใจด้วยนะ เพราะบางที

เขาก็ไม่ได้ยิน เขาได้ยินไม่ชัด เขาจะพูดมาแบบที่เขาได้ยิน แต่มันไปคนละโลกกันเลย นี่บางทีไปคนละโลกกันเลย (หัวเราะ) คุณเรียนมาทางนี้คุณจะเข้าใจ” (ID11)

อีกทั้งยังสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งที่บอกว่าโลกนี้มันเงียบไปหมด ใครพูดอะไรก็ไม่ได้ยิน เหมือนกับว่าโลกนี้เงียบไม่มีใคร

“โลกนี้มันก็เงียบไปหมด ใครพูดอะไรก็ไม่ได้ยิน...คือได้ยิน แล้วมันไม่ได้ยินอะไรเลย (หัวเราะ) เดินไปเนี่ย เหมือนกับโลกนี้มันเงียบไม่มีใคร ไม่มีได้ยินเสียงใครจะคุยกันบ้างเลย...ผมก็บอกว่าหูตอนนี่ไม่ค่อยดี รู้สึกไม่ค่อยดี ” (ID6)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งมองว่าการที่ตนเองต้องอยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นสิ่งที่ดีเหมือนกัน เพราะไม่ต้องรับรู้อะไร ไม่ได้ยินอะไร อยู่กับอีกโลกที่ไม่ต้องยุ่งกับใคร

“มันไม่ต้องรับรู้อะไร เอ๊ะ ...มันก็ดีเหมือนกันนะ ไม่ได้ยินไม่ได้อะไรนะ แม้แต่เสียงรถ เรือ หรือใครเค้าจะอะไรที่ไหน เราเกิดความคิดว่าดี ดีเหมือนกัน อยู่กับอีกโลกหนึ่งไม่ต้องยุ่งกับใคร ไม่รู้ว่าคิดผิดหรือถูก” (ID1)

2.4 เครียดจากการไม่ได้ยิน

ผู้สูงอายุยังเล่าอีกว่าจะรู้สึกเครียด อึดอัด กังวล กลุ้มใจหรือหนักใจเมื่อไม่ได้ยิน ไปๆมาๆผู้ที่อยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นเวลานานจะเกิดความเครียดจากอาการไม่ได้ยินได้ อีกทั้งกลัวพลาดข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตนเอง จะเกิดความยุ่งยากตามมา โดยเฉพาะเมื่อมาโรงพยาบาล

“ ทุกวันนี้คล้ายๆป่า เกี่ยวกับโรคเครียด ไปๆมาๆคนหูตึงจะกลายเป็นโรคเครียด ถ้าคนหูดีไม่เข้าใจเขา,...แต่จะเกี่ยวกับเครียดด้วย มันผสมผสานกัน ลึกๆก็เครียดมากเครียด,...คือคนอื่น คือยังงั้นละ บางทีมันเครียดกับคนอื่นแล้วมาเก็บไว้ในสมอง เก็บไว้ในสมอง คือยังงั้นละ...ก็หลายด้าน พุดง่ายๆที่ป่าทำงานบางคนก็ คือเราก้ยืนบ่นคนเดียว ง่าย บางคนก็ (หัวเราะ) อึ้งหลายรูปแบบไหนก็ทางนั้นทางนี้ เราก้ถ้าเราบ่นไปเราก้จะโล่งถ้าเราไม่บ่นมันก็จะอึ้งอยู่ในสมอง บางทีก็บ่นพิมพ์ๆ รปภ.ถามป่าคุยกับใครเรื่องของกู (หัวเราะ)” (ID11)

“คือมันรู้สึกเครียดนะ ก็เครียดนะ...ก็มัน กังวลใจ กังวล...มันๆเป็นมาเอง โดยอัตโนมัติ กลัวจะต้องเป็นนั่นเป็นนี่อะไรอย่างนี้ ” (ID12)

“เขาก็พูดกับคนข้างๆเนี่ย อธิบายหมดเราก้กลับมาหรือออกมาจากห้องหมอดูต้องมาถาม หมอเขาวាយังไงบ้างนะ ไหนบอกให้พี่ฟัง บอกให้ป่าฟังบอกให้น้าฟังสิ เพราะกลัวเดียวจะลืม ให้รายละเอียดให้หมด นั่น สมมติว่ามาหาเขา อธิบายเรื่องอาการ เรื่องยา อะไรอย่างเงี้ย ไข้ไหมที่เป็นประโยชน์กับตัวเรา.....นี่มันก็เครียด เครียดนะจริงๆ พี่อ่า และกลางคืนเราอยู่ เราก้นอน เราก้กังวล ไม่ได้ยินเสียงอะไร” (ID1)

“อย่างมาโรงพยาบาลนี่นะ ผมถืออย่างถ้าเรียกผ่านไป รื้ออะไรผ่านไปแล้วเนี่ย มันจะยุ่งยากนะ ไปตามทีหลังลำบาก ยากมาก...บางทีเราก้ก็ลุ่มใจอยู่เรื่อยเหมือนกันนะ,... บางทีเราไปติดต่อที่

เคาทเตอร์ เขาพูดมา เราฟังไม่ชัด ไม่รู้ว่าเขาให้ไปไหน เราก็ก้มไปหน่อย แล้วชี้ว่าเนี่ย หูผมไม่ได้เนะ พูดดังหน่อย พยาบาลก็พูดดังหน่อย” (ID5)

“เพราะว่าเรื่อง บางเรื่องที่มีมันเป็นเรื่องสำคัญอย่างนี้ แล้วจับไม่ได้ว่ามันสำคัญหรือไม่สำคัญ มันมีผลมาก ถ้าเป็นเรื่องสำคัญเนี่ยถ้าเรา เราไม่รู้ไม่ได้ปฏิบัติตามมันก็เกิดผลกระทบ” (ID9)

“เออนั้นแหละอี๊ดอัด ว่าเอ๊ะเขาพูดอะไรเป็นปีนะ ที่ป่า....เป็นอย่างนี้เวลานั่งรถไปสมัยก่อน จะไปนครสวรรค์บ่อย เวลานั่งรถไปเนี่ย เขาจะถามว่าป่าจะลงตรงไหนอะไรยังไงแล้วบางที่ไม่ใช่แค่นั้นนะเขาจะพูดอย่างอื่นมากกว่าไอที่จะลงตรงไหนเราก้ไม่รู้เรื่อง...ก็อยากรู้ว่าไอที่เขาพูดเนี่ยเขาพูดอะไรกับเรา” (ID10)

2.5 ฟังพาดคนอื่นมากขึ้นในการฟังข้อมูล

เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้ยินจะเกิดความเครียด อี๊ดอัด กังวลใจจากการไม่ได้ยินที่กล่าวข้างต้นแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุต้องฟังพาดคนอื่นมากขึ้นในเรื่องของการฟังเสียงหรือการสื่อสาร ต้องอาศัยคนรอบข้างช่วยฟัง โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุ และพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ต้องมากับบุตรหรือคนใกล้ชิด ไม่สามารถมาคนเดียวได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระ ต้องลำบากคนในครอบครัว

“เวลาฟังนั้นต้องอาศัยคนอื่นเขา เขาว่าไงนะ อะไรอย่างนี้...มันอี๊ดอัด หรือก็ต้องอาศัยคนใกล้เคียง” (ID1)

“แล้วบางเรื่องก็จะบอกน้องบอกว่าให้ช่วยฟังนะ ว่าเผื่อบางทีตกหล่นไป...เหมือนกับเอ๊ะคืออะไร มันอาจจะกังวลมากขึ้น ว่าเขาพูดว่าอะไรแล้วเราไม่ได้ยินอะไรอย่างนี้รีเปล่า เพราะอย่างกับนักศึกษาอย่างนี้ เขาถามเรื่องเดียวๆตอบไม่ตรงคำถาม หรือสิ่งที่เขาถามเราไม่เก็ท (ไม่เข้าใจ) อะไรอย่างนี้ก็จะรู้สึก ไม่ได้ๆ อาจจะต้องมีสมาธิเยอะขึ้น” (ID7)

“ได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้างเราก้ถามเพื่อนสนิทเราว่าเขาพูดอะไร...แต่ตอนนั้นคือยังไม่ได้เรียนว่ายน้ำ เอ่ออันนั้นก็ยังปกติ แต่ตอนนั้นก็หุเสี้ยนแล้วแต่เรายังไม่รู้ตัวว่าต้องใช้ ก็ยังคือไปว่ายน้ำอะไรได้ ครูปุดไม่ได้ยินก็ถามคนข้างๆ...มันก็หมุนบางทีก็เอ๊ะทำไมเราต้องมาคอยรับอารมณ์ความกดดันตัวเอง ถูกไหมบางที...เขาพูดอะไรเราไม่ได้ยินเราก้ต้องขอโทษนะ” (ID8)

“แล้วตอนมาโรงพยาบาล หมอจะพูดอะไร มาที่รู้เรื่องมั่ง ไม่รู้เรื่องมั่ง ก็จะทำให้ลูกช่วย ว่าพูดอะไร เดี่ยวต่อไปเขาจะพูดอะไรนะ...ก็เลยทำให้ เรื่องคนเดียวต้องมาทั้งบ้านใช้ไหม ต้องลำบากลูกๆอีก...ถ้าทำได้อะไรได้ ก็ไม่ได้มาเสียเวลา เพราะเขาต้องทำงานอีก อะไรอีก...ใช้ๆครับ จะเข้าโรงบาลจะทำอะไร หมอจะพูดอะไรไม่รู้ พูดไม่ได้ยิน แล้วหมอก้จะลองบอกบางอย่างมา...ลูกพามา แต่ก็มาคนเดียวไม่ได้แหละ ก็จะมีบางที่ว่างก็ไป บางที่ไม่ว่างก็ไม่ไป” (ID13)

“ถ้าฟังไม่รู้ก็ต้องเอาคนมาช่วย ถ้าหมอหู เขาก็พูดรู้เรื่องดี เพราะเขาเข้าใจเรื่องหู ถ้าไปหาหมออื่นก็ต้องเอาลูกไปด้วย ให้ลูกถ่ายทอด...ลูกต้องมาโรงพยาบาลด้วย...ก็ถ้าเขาไม่ใช่หมอที่เกี่ยวข้องกับหูนะ ที่อื่นเขาพูดค่อย ก็ต้องค่อยๆฟัง” (ID15)

“(เจียบ)..เพราะว่าเราต้องฟังพาทิ้งกันละกัน,...ป้า สมัยก่อนเนี่ยตอนยังไม่มีเครื่องช่วยฟัง ป้าต้องยื่นให้คนอื่นคุย ทุกเรื่องแหละเขาโทรมานะ จะต้องยื่นโทรศัพท์ ให้คนที่อยู่ใกล้ ทีนี้บางคนนะเขาไม่รู้แบคกราวด์ว่าไอเรื่องเหล่านี้มันคืออะไร มันเกิดปัญหาอะไร ไอทั้งนี้ทั้งเรื่องทุกอย่างแหละที่ใครโทรศัพท์มาบางทีเอาจากนครสวรรค์นี่ เอ่อเขาโทรศัพท์มานะไอสภกรณ์ไอนั้น เช่นเขาจะเลือก เขาจะย่ำว่าเราต้องไปใช้สิทธิ์เลือกกรรมการสหกรณ์ เขาจะคุยอะไรกับเรานี้ เราไม่รู้เรื่อง...คุยไม่ได้ไม่ใช่ว่าไม่รู้เรื่อง มันเอ่อจับใจความไม่ได้ก็ต้องยื่นโทรศัพท์ให้อีกคนหนึ่งพูด...ไอคนที่บางคนที่เรายื่นโทรศัพท์ให้ก็ไม่อยากคุย ไม่ใช่เรื่องของเขา...ภาระเขาเน(เจียบ)...เนี่ยข้อนี้สำคัญเลยนะ” (ID10)

หมดคุณค่า

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุทราบดีว่าตนเองจำเป็นต้องมีคนรอบข้างช่วยฟังข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ ถึงแม้จะมีความเกรงใจ หรือรู้สึกเป็นภาระบุคคลในครอบครัว แต่มีผู้ให้สัมภาษณ์บางรายซึ่งอดีตเป็นอาจารย์พยาบาล เวลาที่โรงพยาบาลจะมากับผู้ดูแล มองว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้เป็นความเจ็บป่วยภายในใจ เวลาที่โรงพยาบาลจะไปพูดหรือถามใคร เจ้าหน้าที่ก็เลือกที่จะไปพูดหรือให้ข้อมูลกับคนอื่น ทั้งๆที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นพยาบาล แทนที่จะมาพูดกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกหมดคุณค่าถูกมองข้ามไม่ให้ความสำคัญ ดังคำสัมภาษณ์บางช่วงของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ดังนี้

“เขาไม่ได้เห็นอกเห็นใจเรา แต่เราคล้ายมัน มัน sick (ความเจ็บป่วย) มันมีความเจ็บป่วยอยู่ในใจเรา...เราก็เหมือน ใครๆเขาเหมือนไม่ชอบ จะเข้าไปพูดอะไรถามเขา ใครเขาก็ไปพูดกับคนอื่น เหมือนกับเราเนี่ย มันก็หมดคุณค่า แทนที่เราจะรู้เรื่องมาร.พ. แทนที่จะอธิบายเรา เขาก็เออ ไปอธิบายกับคนอื่น คือการที่หมอ แพทย์เทรนชั้น (ให้ความสนใจ) เราแล้ว ไอนี้ก็พูดไม่ได้ยิน,...ก็เหมือนกับเราไม่มีคุณค่า เราเป็นอะไรซักคน ซึ่งเราเป็นพยาบาล เขาก็ไปบอกกับญาติให้ใหม่ละ” (ID1)

ประเด็นที่ 3 การแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง

ผู้สูงอายุรู้สึกและสัมผัสได้ถึงพฤติกรรมของคนรอบข้างที่ตอบสนองต่ออาการไม่ได้ยินของตนเองหลายรูปแบบ สาเหตุเนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่ทำให้มีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่นเกิดความยากลำบากทั้งตัวผู้สูงอายุเอง และคู่สนทนาเวลาสื่อสาร ทำให้บุคคลรอบข้างมีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างกัน

3.1 ไม่พูดด้วย

ผู้สูงอายุเล่าว่าการกระทำของบุคคลรอบข้างคล้ายๆว่าไม่อยากพูดด้วย บางคนบอกตรงๆว่าไม่อยากพูดด้วย รู้สึกเหมือนใครๆก็ไม่ชอบคนที่หูไม่ได้ยิน จะไปพูดกับใคร เขาก็ไปพูดกับคนอื่นแทน และคนรอบข้างบอกกับตนเองว่าคุยด้วยแล้วเหนื่อย ที่ต้องพูดซ้ำๆ อีกทั้งยังบอกว่ารำคาญ ไม่อยากตะโกนเวลาสื่อสาร อยากให้ใส่เครื่องช่วยฟังไว้ รวมไปถึงพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลตอนไปรับการรักษา มีผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณเองถูกมองข้าม ไม่ได้ได้รับการสนใจ รู้สึกว่าเจ้าหน้าที่จะไม่ค่อยพูดด้วย

“ว่าคล้ายๆเหมือนเขาไม่อยากพูดกับเรา คิดไปอย่างนั้น...ก็บางทีบอกว่า ไม่อยากพูด ฉันทันบอกเธอไปแล้ว แล้วเธอก็ไม่ได้ยินอะไรอย่างนี้ เขาพูดตรงๆมา,...หมอมูเอง หมอจะคอยแตกตายแล้วเนี่ย ต้องตะเบ็งเนี่ย ว่าอย่างนั้น บอกว่าไม่ได้ยินเลยเนี่ย คุณตะโกนไว้อย่างนั้น หมอไม่มีเสียงแล้วนะเราก็เหมือนใครๆเขาเหมือนไม่ชอบ จะเข้าไปพูดอะไรถามเขา ใครเขาก็มองกับคนอื่น...พยาบาลไม่มีใครสนใจหรอก เราก็ไปกับหมอ...จะให้ จะให้เขาปฏิบัติยังไงหรือ บอกตรงๆเขาไม่มีเวลาดูคำดูดี เขาเหมือนกับมองแล้วก็ผ่านไป เร่งเวลาที่จะตรวจ ตอนเช้าอะไรอย่างนี้ ไม่ได้ดู ไม่ได้ยิน หรืออะไร...น้อยคนนักที่จะเห็นออกเห็นใจ หรือพูดกับเราเนี่ย เดี่ยวมาพูดใกล้ๆ หรืออะไรเนี่ย ไม่มี อืม เราก็มารู้ ไม่บอก อืม เรารู้ตัวเราเนี่ย” (ID1)

“ไปช่วยทำงานเป็นอาสาสมัครที่นี่ที่เราจะคุยกันเนี่ย ผอ.ก็บอกว่าคุยกัน คุยกับลุงที่ไรเหนื่อยทุกที,...เพราะว่าเขาก็บอก แม่บ้านก็บอก โอ้ย...คุยกับตาแล้วเหนื่อยซิบหาย,...เขาก็พูดตั้งหน่อย เขาบอกคุยกับตานี้เหนื่อย ก็มันจำเป็นจะทำยังไงได้ พอหลานเขาคุย เขาก็ต้องเข้าไปใกล้ๆเขาก็พูดเสียงดัง รู้ว่าก็ต้องใช้เสียงหน่อย ก็ไม่เป็นไร,...ก็บางคน บางคนเขาก็อย่างที่ว่าแหละ บางคนที่เขาถือการ เขาเรียกว่า คนรักเท่าผืนหนัง คนชังเท่าผืนเสื่อ ที่นี้ไอ้คนที่เขาชัง เขาก็ไม่อยากมาคุยมาอะไรด้วย” (ID6)

“คนที่คุยกับเราเขาจะได้ไม่เครียด (ถอนหายใจเฮ้อ) ฉันทันพูดกับเธอเหนื่อยจัง,...เราต้องพยายามเสียงไม่ให้เขานั่นแฮ้ย...ฉันเหนื่อยกับเธอจริงๆเลย” (ID8)

“เขาก็ไม่อยากคุยกับเราดี...เขาก็บอกว่าเขาเหนื่อยคุยกับเรา” (ID11)

“ก็บางทีก็มีนะที่ไม่ได้ยิน เขาจะไม่พูด เพราะยังไงเราก็ไม่ได้ยิน...เหมือนเขาจะไม่ค่อยพูดกับเรา ส่วนใหญ่ก็เราเองก็ไม่อยากพูดด้วย” (ID13)

“ก็เป็นคนชอบคุยเหมือนกันนะครับ แต่เวลาเราคุยกับใครมันก็ เขาก็ไม่ค่อยอยากคุยกับเรา เพราะว่าเรา เขาต้องพูดซ้ำๆ เออ เขาก็ต้องถามเขาด้วย” (ID15)

“เขาก็บอกว่า หู (เครื่องช่วยฟัง) ใส่ไว้ อย่าเอาออก เขาบอกรำคาญ ขี้เกียจตะโกน” (ID4)

เช่นเดียวกับกรณีของผู้ให้สัมภาษณ์อีกราย เวลาดูโทรทัศน์จะเปิดโทรทัศน์ด้วยเสียงที่ตั้ง รู้ตนเองว่าทำให้คนรอบข้างเกิดความรำคาญ แม้ว่าคนรอบข้างจะไม่ได้พูดความรู้สึกออกมา แต่ตนเองทราบดี เพราะเขาเดินหนี ไม่อยากนั่งด้วย

“แม้แต่การเปิดโทรทัศน์จะดูเนี่ย เราต้องตั้ง ต้องเปิดตั้ง ทำให้คนอื่นเขาก็เกิดความรำคาญ เขาก็ไม่บอกหรอกนะ แต่ว่าเรารู้แหละ บางทีเขาก็ต้องเดินหนีสิ ก็รู้แล้วเขาไม่อยากนั่งด้วย แล้วเขารำคาญนะ ละ แล้วก็บางทีหลานตัวเล็กๆเขาจะบอกว่า “อย่าทำไมตั้งจิงเลย”อะไรอย่างนี้”...เขาก็บอกเออ ย่าใหญ่หูตึงแล้ว (ID10)

3.2 ดูว่า ตะคอก

นอกจากคนรอบข้างจะไม่พูดด้วยแล้ว ผู้สูงอายุยังถูกดูว่า ตะคอก ตะโกน หงุดหงิด จากคนรอบข้าง เวลาสื่อสารไม่รู้เรื่อง บางคนบอกพูดไม่รู้เรื่องก็ไม่ต้องพูด บางรายถูกคนในครอบครัวโมโห ตวาดด้วยน้ำเสียงที่ตั้ง ผู้สูงอายุรู้สึกที่ไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้าง อีกทั้งยังถูกโกรธ เพราะไม่ได้ยิน ซึ่งจริงๆแล้วคนรอบข้างอาจไม่ได้ตั้งใจ แต่พฤติกรรมที่แสดงออกทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไปอย่างนั้น บางครั้งถูกพูดจาแรงๆใส่ๆ ถูกเรียกว่าหูตึง

“คนหูตึงนะ คนหูตึงก็จะว่าเขา แต่นี่หารู้ไม่ว่า คือเขาไม่รู้เรื่อง” (ID11)

“ส่วนมากมันจะมีเรื่องเล็กๆน้อยๆ มันไม่ถึงกับเป็นเรื่องใหญ่ การคลาดเคลื่อนไม่มีหรอก แต่ที่ว่าพูดไม่ได้ยิน เขาก็ตะโกนให้มันดัง ดุ้มึง เขาก็พูด” (ID15)

“เขาก็พูดเสียงดังเหมือนตะคอกอะไรแบบนี้ พูดเสียงดัง” (ID16)

“พอเขาพูดมาเนี่ย เราไม่ได้ยิน เขาก็ว่าเรา ก็หุ้มมึงไม่ดี หูไม่ได้ยิน...แล้วแม่บ้านเขาก็รำคาญก็พูดซ้ำพูดซ้ำอะไรอย่างนี้” (ID12)

มีผู้สูงอายุบางรายเล่าเพิ่มเติมอีกว่า คนในครอบครัวก็มีการพูดกระทบกระเทือนจิตใจบ้าง และยังถ้าเป็นบุคคลในครอบครัว ตนเองจะยิ่งเกิดความรำลึกมากกว่าบุคคลทั่วไป เพราะเป็นบุคคลใกล้ชิดมีความสนิทสนมกัน แม้ว่าจะทราบว่าเป็นการกระทำที่ไม่ได้เจตนา แต่ก็อดรู้สึกไม่ได้

“บางทีก็พูดอะไร กระทบกระเทือนจิตใจ...เขาไม่ได้เห็นอกเห็นใจเรา แต่เรากล้ายมัน sick (ความเจ็บป่วย) มันมีความเจ็บป่วย (เอามือแตะที่หน้าอก) อยู่ในใจเรา,...ก็มีเวลาหลาน หลาน มา มันก็ต้องพูดตะโกนเสียงดังๆ บางทีตะโกนเสียงดัง ดุอีกแล้ว เราก็บอกดุอีกแล้วนะ เขาบอกว่าไม่ได้ดุ เพราะว่าหูไม่ได้ยิน หนูก็ต้องพูดดังกับปากกับน้ำอะไรอย่างนี้...มีเหมือนกันบางทีมันก็คล้ายเขา มา เออ ดุฉันอีกแล้ว มาตวาดฉันแล้วพูดดีๆไม่ได้ จริงๆเขาไม่มีเจตนา แต่เราฟังแล้วเสียงเป็นอย่างนั้น แต่ที่จริงเขาไม่มีเจตนาจริงๆ ทำให้เราคิด คิดไป...เขาหงุดหงิดแหละคนทำงานซึ่งมาเจอเรา...ที่เราต้องอธิบายมาก เพราะหูเราไม่ดี,...แล้วใครๆเค้าก็รำคาญเรา...กลางคืนแม้แต่ฝนตกก็ไม่ได้ยิน แล้วก็เสียงใครกตกริ่งหน้าบ้านก็ไม่ได้ยิน บางทีเขาก็โกรธ เขาบอกกด 3 ที แล้วนะว่างั้น เราก็ตอบว่าไม่ได้ยินจริงๆ ขอโทษนะว่าอย่างนั้น” (ID1)

“ก็จะโดนเสียงดังใส่ ลูกชาย เพราะว่ามันมีปัญหาเป็นผู้ชาย เขาก็จะคุยกับแฟน ปกติเขาก็เป็นคนเสียงดังอยู่แล้ว จะดังขึ้น บางทีเรานึกว่าเขาดู ก็ทำให้เราโมโหด้วยใจ,...รู้สึกที่ทำไมมาขึ้นเสียงกับเราด้วยเนี่ย รู้สึกแบบนี้” (ID9)

“ลูกก็ทะเลาะกันเรื่อย เขาพูดเราก็ไม่ได้ยิน เขาก็ตะโกนใส่อย่างนี้...ก็พูดกันไม่รู้เรื่องก็ไม่ต้องพูด เขาวางอย่างนี้...ลูกก็ซีไม่โห เขาก็ตวาดเอาบ้าง...ได้ยินรีเปล่า เขาจะตะโกนดังๆ” (ID17)

นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่โรงพยาบาลเรื่อเหตุ เคยมีประสบการณ์ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ที่อื่นคือ พูดตะคอก พูดแรง ไม่ถนอมน้ำใจ หรือถูกดุจากเจ้าหน้าที่

“อันนี้โอ้ยชื่อเลย ไม่ดีเลยเรื่องหูกคือ เราไปพูด เคื่ก็ตะคอกใส่เรื่อย...อะไรคือพูดแรงพูดไม่ถนอมน้ำใจ...นานๆจะเจอทีหนึ่งตอนนี้ไม่ค่อยเห็นหน้าแล้ว เคื่จะแบประเปิดอารมณ์ทำไมไม่ได้ยิน มันไม่ใช่ คุณต้องเข้าใจถึงสภาวะร่างกายเคื่เป็นยังงี้ คุณกระแทกเคื่อย่างนั้นได้ยังงี้...ก็เกิดอารมณ์ เราก็สวนกลับทันทีบอกก็เพราะไม่ได้ยินถึงต้องถามดังๆ ทำไมคุณต้องพูดแรง” (ID8)

จากการแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินที่กล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกน้อยใจกับพฤติกรรมของคนรอบตัวที่คล้ายไม่อยากคุยด้วย หรือเมื่อรู้สึกถูกดุ ตวาด จะเกิดความน้อยใจ บางรายน้อยใจที่ภรรยาไม่เข้าใจ อาการนี้มักเกิดกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด

“ เวลาพูดกับใครเคื่ บางทีเขาบอก เขาพูดแล้วเราก็บอกว่าหูเราไม่ดีอ่า ไม่ได้ยิน เรารู้สึกน้อยใจอ่า ว่าคล้ายๆเหมือนว่าเขาไม่ยอมพูดกับเราคิดไปอย่างนั้น อืม,...เราก็น้อยใจ ไม่ถาม ไม่อยากจะถาม ไม่อยากจะพูด,...แต่ด้วยความที่น้อยใจของตัวเอง ปัญหาอันนี้...อารมณ์เกิดขึ้นบางที พูดเขา หลากๆที่เนี่ยเขาไม่รู้เรื่อง เราก็น้อยใจมากกว่าไอ้ที่จะเกิดโมโหโหโโส” (ID1)

“ป่าจะไปซื้อของ ก็ซื้อนะคะ ก็พูดใกล้ๆบอกแม่ค้าพูดดังๆหน่อย แต่ป่าหูไม่ดี พูดดังๆหน่อย ยายไม่ได้ยิน ลูกก็ซีไม่โห เขาก็ตวาดเอาบ้าง เราก็น้อยใจ” (ID17)

ดังกรณีของผู้สูงอายุอีกรายหนึ่งที่ขณะให้สัมภาษณ์ถึงประเด็นนี้มีแววดาตุเศร้า อาศัยอยู่กับภรรยา รู้สึกว่าตนเองอายุ 80 ปีแล้ว มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน รู้สึกว่าเหตุใดภรรยาถึงไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าตนหูไม่ดี

“ผมก็คิดอยู่เสมอ เมื่อยอะไรไม่รู้ที่เราหูตึง เวลานี้อายุ 80 แล้ว” (ID5)

3.3 หัวเราะ มองเป็นเรื่องตลก

ประเด็นสุดท้ายของการแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินคือ คนรอบข้างมักจะหัวเราะ และมองปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุเป็นเรื่องตลก กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาบกพร่องทางการได้ยิน เวลาไม่ค่อยได้ยิน มักจะแสดงท่าทีพยายามทำให้ตนเองได้ยิน เช่น ไปยืนเกาะข้างๆโทรทัศน์และตะแคงหูฟังเพื่อให้ตนเองได้ยินเสียง หรือบางครั้งพูดกันคนละเรื่อง ทำให้คนรอบข้างหัวเราะ มองเป็นเรื่องตลก กลายเป็นเรื่องตลกภายในครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุบอกว่าตนเองไม่โกรธหรือถือสาแต่อย่างใด

“หรือกับลูกหลานเนี่ยบางที คุยไปคุยมาเขาหัวเราะ บอกว่าเฮ้ย เขาพูดอย่างนี้นะแต่เรานี้ เข้าใจว่าเขาพูดอีกอย่าง...อืมมม (ทำท่าคิด) บางทีสมัยก่อนนะที่ไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง ก็บางทีก็หัวเราะกัน แล้วก็เพื่อนนะเขาพูดมาอย่าง เราก็อึ้งไปอีกอย่าง บางทีก็เป็นเรื่องขบขันไปเลย,...ก็ส่วนมาก ลูกหลานก็รู้ว่าพูดไม่ดีเขาก็ฟัง แล้วก็หัวเราะไปอะไรไป...เขาก็ฟังหัวเราะไปอะไรไปเขาว่าเราเพี้ยนไป อะไรอย่างนี้...แต่จะไม่โกรธอะไรกันหรอก เขาก็มองเป็นเรื่องขำขันไปอะไรเนี่ย...แล้วบางทีนะเคยมี พูดอย่างหนึ่งแล้วเป็นอย่างหนึ่งมันเป็นเรื่องขบขันไป ไปคนละเรื่องกัน คนละเรื่องคนละราวกันเลยนะ ก็ว่าอัยย่าใหญ่ไปไหนนะเข้าป่าเข้าพงแล้วก็พูดอีกอย่างหนึ่ง” (ID10)

“คุยแบบนี้เหนื่อย ฉันทเหนื่อย (หัวเราะ) ก็เสียงกันนะฉันทเหนื่อย เสียงกันก็หัวเราะ ไม่ถือสา...เขาก็ขำ แล้วไอ้คนหูดีได้ยินเข้า เขาก็ขำ,...เขาก็ขำ เราก็อึ้งไปใหม่ ไอ้คนหูดีก็ขำ เราก็อึ้งของเรา... ก็เฉยๆ ก็ขำๆ ก็เสียงกันกับพี่น้อง ก็บอกถ้าหูตึงแล้วจะพูดทำไม (หัวเราะ)...เขาก็หัวเราะ ไอ้เราก็อึ้ง หัวเราะก็หัวเราะไป เพราะเราไม่ได้ยินเข้าใจปะ...บางทีก็บ่นพึมพำๆ ปรก.ถามบ่คุยกับใคร ...เรื่องของกู (หัวเราะ) บางทีมันก็หัวเราะ มันก็ว่าก็ไม่ค่อยได้คุยกันสักทีเนอะ” (ID11)

“ได้ยินไม่ชัด ได้ยินเสียงเขาพูดได้ยิน แต่ถ้าอยู่ไกลๆอย่างห้องนี้ในครัว ไม่ไกลกันมากก็ไม่ได้ยิน สื่อสารคนละเรื่อง คนที่บ้านก็ขำกัน...เฉยๆเพราะเรารู้อาการอยู่แล้ว เด็กมันก็ขำ,...ก็เข้าใจผิดเขาก็ขำๆ ก็หัวเราะกัน เขาก็บอกไม่ใช่ ไม่ใช่เลยก็แบบนั้นแบบนี้ก็พูดอย่างงี้ เขาถามมากก็ตอบอีกแบบหนึ่ง เขาก็หัวเราะกัน...หรือไม่ต้อง หึ หึ อยู่อย่างนี้ อย่างนี้ถ้าไม่ใส่หู ก็อะไรนะ หึ หึ ขำอยู่อย่างนี้... ขวาก็ดูไม่ได้ ดูได้แต่ต้องไปเกาะ เกาะทีวี ก็ไปจับทีวีข้างขอบ แล้วก็ตะแคงหูฟัง แล้วลูกก็ขำกัน ก็ถ่ายรูป...ไปยืนฟังข่าวไปยืนข้างทีวีแล้วก็จับอยู่ เขาก็ถ่ายรูปไปให้ลูกชายที่หัวหินดู ว่าดูรูปแม่ ...ดูทีวี ยืนต้องติดกับทีวี ไม่งั้นไม่ได้ยิน...เขาก็ขำ เขาก็หัวเราะกัน เขาก็ขำลูกๆหลานๆเขาก็ขำกัน...เออก็ดี กลายเป็นเรื่องตลกภายในบ้านไปอีกละ ” (ID16)

ประเด็นที่ 4 ปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

ผู้สูงอายุเมื่ออยู่กับภาวะบกพร่องทางการได้ยินมาสักระยะ จะมีการปรับตัวหลายๆด้านในการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ท้ายที่สุดแล้วผู้สูงอายุจะเข้าใจและยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน และสามารถปรับความคิด ทักษะคิดของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง

ผู้สูงอายุเมื่อต้องอยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยิน และต้องเผชิญกับความทุกข์ยากลำบาก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่กล่าวไว้ในประเด็นก่อนหน้านี้อันแล้ว ทำให้ตัดสินใจรับการรักษาเพื่อแก้ปัญหาอาการไม่ได้ยินของตนเอง โดยมีแพทย์และคนในครอบครัวสนับสนุนให้ใช้เครื่องช่วยฟัง เพื่อแก้ปัญหาภาวะการไม่ได้ยินนี้ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยฟังซึ่งเป็น

อุปกรณ์ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่อยู่คู่กับร่างกาย จนกลายเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของช่วงชีวิตถึงแม้จะมีประโยชน์ แต่ก็ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ที่อยู่ร่วมกับเครื่องช่วยฟัง ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวกับเครื่องช่วยฟังที่ยังไม่เป็นที่พึงพอใจ

เปรียบเทียบลำโพง มีเสียงรบกวน

ผู้สูงอายุพบว่าเครื่องช่วยฟังไม่ได้ทำให้การได้ยินกลับมาปกติเหมือนเดิม 100% ใส่แล้วได้ยินแต่ไม่ชัด ยังมีทั้งได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง บางครั้งใส่แล้วยังไม่สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ เป็นไปไม่ได้ที่ใส่เครื่องช่วยฟังแล้วจะได้ยินเหมือนเดิมตอนหูปกติ เมื่อใส่เครื่องช่วยฟังคูโทรทัศน์จะไม่ได้ยินเสียงคนพูด และบางรายบอกว่าเครื่องช่วยฟังเปรียบเสมือนลำโพงที่มีเสียงรบกวน คือจะได้ยินเสียงดังมาก เสียงที่ดังกว่าจะได้ยิน เสียงที่เบากว่าจะไม่ได้ยิน บางรายบอกว่าเสียงรบกวนมีลักษณะคล้ายเสียงแอร์ ใส่ไปๆมาๆมีเสียงก้องจนบางครั้งปวดหู อีกทั้งเมื่อใส่เครื่องช่วยฟังตอนโทรศัพท์จะมีเสียงรบกวน

“เออภรรยาคูโทรทัศน์แล้วก็ผมอยู่หลังโทรทัศน์เค้าอยู่ข้างหน้า ผมก็อยู่ใกล้เครื่องใช้มะ ไร้อเสียงจากโทรทัศน์เนี่ยก็เข้ามาทั้งสอง แล้วหูรรรยาพูดไรไม่รู้เรื่องนะ ผมก็หรีงหนอยแล้วผมก็ต้องไปยืนใกล้ๆแล้วพูดชัด เนี่ยชะคือปัญหาเป็นอย่างนี้...ว่ามันก็เป็นลำโพง...อาชะ คือทำให้มันเสียงดังขึ้น...แต่สิ่งที่เออไม่ตีก็คือนี่มันดังกันใหญ่ ดังมากขึ้นเพราะว่า 2 ข้างรับมาขยายเสียงทั้ง 2 ข้าง,...อะไรที่ดังกว่าเนี่ยมันจะเข้ามาหมด ไร้อเสียงที่เบาว่าก็เลยไม่ได้ยิน...แล้วก็ไม่ยอมใช้อันนี้ (ซึ่งที่เครื่องช่วยฟัง) เพราะว่าเค้าบอกว่าใช้แล้วมันยิ่งยุ่ง เสียงอะไรต่ออะไรต่างๆมันเข้ามาเยอะเยอะ น่ารำคาญก็เลยไม่ใช้...นั่นแหละผมถึงบอกว่าไร้อเครื่องนี้มันมันก็คือลำโพงเป็นเครื่องขยายเสียงนะ” (ID2)

“ใส่ แต่มัน มันไม่ค่อยสบาย ไม่เหมือนไม่ใส่... มันข้างนี้มันเป็นบางพัก บางพักมันก็หายปลิดทิ้งเลย ไม่ได้ยินเลย บางครั้งมันก็ดัง ดังก็ดังเหมือนคล้ายๆเสียงแอร์ ตอนนี่เมื่อกี้เนี่ยประมาณชั่วโมงที่ผ่านมานะเนี่ย เจียบฉี่เลยนะ แต่ตอนนี่มันต้องเริ่มแล้ว พอมันเริ่มสัก 2-3 ชั่วโมง แล้ว มันก็จะเจียบเจียบแล้วมันก็ดังใหม่ มันก็ดังใหม่ เสร็จแล้วพอ เราก็ดูต้องทนนะ ง่วงนอนไม่ได้นะ เสียงมันก็จะมา ถ้า ง่วงนอนเสียงจะมาเลย ง่วงนอนจะได้ยินเสียงเหมือนดังแอร์เนี่ย,...มันก็ดังเหมือนอย่างที่ว่า ดังๆเสียงแอร์ มันดังคล้ายๆเสียงแอร์ แต่มันไม่ได้ดังตลอดนะ มันเป็นบางครั้งบางคราว บางครั้งก็เจียบฉี่ บางครั้งมันก็เป็น,...แต่มันจะดัง บางครั้งก็หายเจียบ ไม่ได้ยินอะไรเลยนะ บางครั้งมันก็เป็น เป็นแล้วมันก็หาย,...อาหุมันเสื่อม แต่ผมมันไม่ได้ดังทั้งวัน มันคือ ดังเป็นพักๆ ดังมันดังคล้ายๆเสียงแอร์” (ID12)

“แรงๆนี่มัน มันก็อึกกเข้ามา ก็อาจจะแรงดังไป ต้องแรงพอดีๆ บางทีมันก็เข้า...ชะ ถ้าแรงมากไปมันก็เลยซ่า หรือวีตมัน เสียงอะไรมันเข้า เข้ามา แต่ถ้าเราแรงนิดนึง พอมันเข้าๆ พอดีๆหนอยมันก็ใช้ได้,...ฟังไม่ค่อยรู้เรื่องเลย เอาหูออก ก็ไม่รู้แล้ว ต้องพูดดังๆ,...พอใส่มันก็ดังชัดดี พอถอดมาก็เจียบไปเลย พอถอดมาก็ไม่ค่อยได้ยิน ก็เลยใส่” (ID14)

“แล้วเดี๋ยวนี้โทรศัพท์มันจ่อหูมันก็จะหอนแล้วเอาออกเราก็จะไม่ค่อยได้ยินทางต้นสายเค้าพูดมา มันมีปัญหาตรงนี้ไม่ค่อยอยากจะทำโทรศัพท์เพราะเวลาของมันต้องถอดหูออกเราก็ไม่ได้ยิน ...พอใส่ พอใส่มันก็อื้ออึงกันแบบมัน เหมือนกับว่าเราเป็นอะไรนะเราหูอื้อ พอใส่แล้วหูอื้อแล้วก็เอ๊ะทำไมมันก้องแบบก้องหู เราปวดหู เราก็ถอดถอดก็ไม่ได้ยิน...แต่พอเราใส่มันก็มีเสียงเอี้ยยยยย...แต่ถ้าเราไม่ใส่กระทบแน่นอน คือไม่รู้เรื่องเลย คือพอถอดหูก็เหมือนกับหูดับเลย ไม่ได้ยิน แล้วยิ่งถอดใหม่ๆยิ่งไม่ได้ยินเลย” (ID8)

ส่วนเกินและไม่สุขสบาย

ส่วนเกินและไม่สุขสบายในที่นี้หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการช่วยฟังเป็นอุปกรณ์ส่วนเกินบนใบหน้าหรือร่างกาย เมื่อใส่แล้วเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ ใส่แล้วก็ไม่ได้ยินเหมือนเดิมตอนปกติ ใส่ไม่ถนัด ใส่ไม่ค่อยเป็น เลยใส่บ้างไม่ใส่บ้าง ใส่แล้วรำคาญ บางครั้งรู้สึกแน่นต้องดึงออกให้หลวม ทำให้ไม่อยากใส่ ใส่แล้วเจ็บ/ปวดบริเวณที่เครื่องดันเข้าไปในหู ไม่สะดวกเวลาไปไหนต้องเตรียมอุปกรณ์ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีอุปกรณ์เข้ามาช่วยแทนอวัยวะที่เสื่อมสภาพไป เช่น แว่นตา ฟันปลอม ยังมีเครื่องช่วยฟังเพิ่มมาอีก เวลาจะไปไหนจึงไม่สะดวกต้องเตรียมอุปกรณ์ และเสียเวลา หากลืมต้องกลับมาเอา รู้สึกเหมือนไม่สะดวกเพราะต้องใส่ตลอด กลัวเครื่องเสียจากความชื้น ทำให้หลังอาบน้ำต้องรอให้หูแห้งก่อนจึงใส่เครื่อง

“ผมก็คิดว่าอะไรก็ช่างถ้าเป็นส่วนเกินของร่างกายเนี่ย มันจะเอาให้เป็นเหมือนเดิมของเดิมเรา มันเป็นไปได้” (ID6)

“เอามาให้ใส่ ก็กะยั้งกะยอมเอามาให้ใส่ ไรเราก็ไม่ค่อยถนัด ใส่ก็ใส่ไม่ค่อยเป็น...มันจะทำให้รำคาญนิดๆ แต่พอนานๆก็จะรู้สึกมันจะแน่น เราก็จะต้อง ค่อยดึงออกมาให้มันหลวมๆหน่อย บางทีก็ดึงแล้วก็เอาออก...ทีนี้ก็จะให้ใส่ ก็เราก็ไม่อยากใส่อีก...ตอนแรกๆที่มีเครื่องใหม่ๆ พอใส่เข้า ก็ไม่เป็นไร พอนานๆเข้าเหมือนกับว่าเข้าไปดันหู เราแบบมันจะปวด ตรงๆช่องข้างๆหูเนี่ย ที่เครื่องมันไปแน่นอยู่ มันจะปวดๆหน่อยๆ” (ID16)

“ใส่ แต่มันก็ได้ถนัด ก็ใส่บ้างไม่ใส่บ้างอะไรอย่างนี้...มันเจ็บนะ ใส่มันมันก็เข้าไปในหู ถ้าอยู่บ้าน ถ้าไม่ดูหูปุ๊บอะไร ปากก็ไม่ใส่...เจ็บ บางทีเจ็บค่ะ,...ใส่นานๆมันก็รู้สึกเจ็บ ปากก็ถอดมั้ง...มันๆเจ็บเองที่เครื่อง มันดันเข้าไปในหู” (ID17)

“ใหม่ๆก็มีการรำคาญเหมือนกัน...พอมันชินๆเข้าก็เป็นปกติ...ตอนนี้มันก็เบื่อบ่อยอย่างนี้ กว่าจะออกจากบ้านได้ก็ต้องเตรียม ตาก็มีปัญหา หูก็มีปัญหา ปากก็มีปัญหาไปอีก เดี่ยวลืมใส่ฟันก็ต้องกลับมาใส่อีก อ้าวเดินไป แว่นตาไปไหนอ้าว อ้าวหูไปไหนอีกแล้ว ก็เคยบ่อยๆ ลืมหูฟัง ก็ต้องกลับมา” (ID15)

“อ้อ เพราะว่าเวลาที่เรใส่หูฟังอยู่ตลอด มันจะมีความรู้สึกเหมือนไม่สะดวก มันจะเหมือนน้ำลายน้ำอะไรอย่างนี้ค่ะ” (ID7)

“เพราะบางที่เราอาบน้ำออกมา ไขมันยังเย็นเปียกอยู่เราก็ไม่ได้ใส่ แล้วเค้าก็ต้องพุดตั้งขึ้น กลายเป็นว่าต้องตะเบ็ง ทำไมเธอไม่ใส่เครื่อง ก็บอกหุยังขึ้นอยู่ ถ้าหุขึ้นใส่แล้วเครื่องจะเสีย เราก็ต้องรอให้หุมันหายขึ้นก่อนเพราะอาบน้ำออกมาใหม่ๆเลยขึ้น เราก็เออเกรงใจเค้า คราวนี้เราก็ต้องพยายามอาบน้ำเสร็จแล้วก็พยายามเช็ดหุให้แห้งแล้วใส่” (ID8)

เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป บางที่ทำสวน เป็นคนเห็้อออกเยอะ บางครั้งตอนทำงานจะไม่ใส่เพราะกลัวเครื่องจะเสีย ใส่เฉพาะตอนไม่มีเห็้อ เช่นดูโทรทัศน์ในบ้าน

“ป่าก็ใส่ช่วงดูโทรทัศน์ อยู่ในบ้านถึงจะใส่ อยู่ข้างนอกป่าใส่ไม่ได้ เพราะว่าป่าเป็นคนเห็้อเยอะ เห็้อออกเยอะทำสวนอะนะ เดี่ยวตานี้เครื่องมันจะเสีย พอถอยมาไม่ถึงปีเสียแล้ว ไร่ 2-3 เดือนที่ถอยไปอะนะ มันเสียก็กลับมา ก็เขาขายประกันเผื่อมันไม่เข้าป่าก็เลยไม่ใส่ ใส่เฉพาะดูโทรทัศน์ แค่นั้น...ถ้าเราเข้าทำงานเราไม่ใส่ เพราะว่าเดี๋ยวมันเสีย...กลัวมันเสียเพราะว่าเห็้อมันเยอะไง เพราะว่าป่าใส่ไปทำงานด้วย แป็บเดียวมันดับเลย...กลัวมันจะเสีย ก็เลยไม่ใส่และอีกอย่างนึง ใส่เฉพาะดูโทรทัศน์ อยู่ในบ้าน เปิดพัดลม เห็้อไม่มี ดูโทรทัศน์เราก็คว่ามาใส่ก่อน” (ID11)

ภาระที่เพิ่มขึ้นจากการมีเครื่องช่วยฟัง

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุใช้เครื่องช่วยฟังแล้วมีผลกระทบตามมาคือ มีภาระเพิ่มขึ้น ต้องมาปรับเครื่องช่วยฟัง หากเครื่องชำรุดต้องส่งซ่อม อีกทั้งยังมีผลกระทบด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่เบิกค่าเครื่องช่วยฟังได้แต่ไม่ครบจำนวนราคาเต็ม ต้องจ่ายเพิ่มเติมเอง และเครื่องช่วยฟังที่มีประสิทธิภาพดีจะมีราคาสูง บางรายพบว่าแบตเตอรี่หมดเร็ว ต้องซื้อแบตเตอรี่บ่อยขึ้นเนื่องจากใส่เครื่องช่วยฟังในแต่ละวันระยะเวลายาวขึ้นตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีส่วนของค่าเดินทาง และรู้สึกเสียเวลา

“แต่มาหลังๆเนี่ยๆ เครื่องนี้ที่มาให้ดูเนี่ยมันเสีย แล้วข้างนี้ก็โง่อีก เครื่องนี้อยู่บางวันเนี่ยมันไม่ทำงานเฉยๆ พอมันไม่ทำงานก็สำหรับผม โลกนี้มันก็เจ็บไปหมด ใครพูดอะไรก็ไม่ได้ยิน (หัวเราะ)...อันนี้ อันนี้ใช้ไม่ได้เลย ผมไปบริษัทมา บริษัทก็ออกไปรับรองมาว่า ซ่อมไม่ได้ ซ่อมไม่ได้ ก็เลยก็มานัดหมอ นัดตั้งแต่ปีที่แล้ว เขาบอกว่านัดวันนี้วันที่ 11 เนี่ยเข้าเนี่ยพบอาจารย์...(เคาะโต๊ะ) ป้ายเนี่ยพบอาจารย์... ก็เลยตะกี้จะไปหาแล้ว แถวๆลงป้ายมานั่งคอยแถวนี้ละกัน ก็ ก็ก็ต้องคอยวันนี้เพราะมาทั้งวันแล้ว...แต่ว่าพอเวลาเนี่ยๆพอเวลาเขา (เครื่องช่วยฟัง) โง่ (เสีย) บางที่เขาก็ไม่ทำงานอยู่ๆเขาก็ทำขึ้นมาเฉยๆ ก็เลยต้องมาเช็คใจ เพราะว่าเขาก็บอก...ผมก็ออกครึ่ง ก็คือหมื่นห้าผมต้องจ่ายเพราะว่าเครื่องมันสามหมื่น เขาวางั้น เขาก็เลยเขาก็ต้องจ่ายหมื่นห้าของเขา เพราะผมจะจ่ายเองอีกเท่าไรก็ ผมก็ยอม เพราะผมอยากได้อันดี...ถ้าจะเอาอย่างดีๆ ราคาแพงๆก็ต้องเกินที่เราเบิกได้ก็ต้องเสียเอง ผมก็เลยบอกไม่ต้องเอา เอาที่หมอเขาบอกว่าใช้ได้ก็เอาก็เลยเอามาใส่มาทดลอง” (ID6)

“ถ้าเราใส่หุ ก็ยังพอได้ยินบ้าง,...แล้วหมอกก็ให้ใส่ 2 ช้าง ก็ปวดหุ ,...ก็หงุดหงิด เพราะเห็้อป่ามันเยอะ แล้วเราก็ต้อง อย่างนี้มันเสีย มาเข้าซ่อมก็ต้องเสียตั้ง,...พุดง่ายๆ ก็ว่าถ้าใส่ก็ยังไม่ได้ยิน ถ้าไม่ใส่

ไม่ได้ยินเลยนะ ไม่ได้ยิน...แล้วเราก็ต้อง อย่างตอนมันเสีย มาเข้าซ่อมก็ต้องเสียตั้ง อืม มันแพง บ้าก็มี ตั้งหลายตัวไปซ่อมบางทีแปดพัน ทางนั้นเขาโทรมา พอบอกแปดพันปั๊บ ไปซื้อใหม่หมื่นสาม พอเข้าร้าน เครื่องก็ดีๆได้ยิน แต่นี่เขาบอกว่าเสีย เราก็สงสัยเนี่ยตัวเราส่งไปยังไง คือมันสลับกันในส่วนมาก แต่ก็ต้องใส่ถนอม...เดี๋ยวตานี้เครื่องมันจะเสีย พอถนอมไม่ถึงปีเสียแล้วไอ้ 2-3 เดือนที่ถนอมไปอะนะ มันเสียก็กลับมา...แบบนี้ไปๆก็จะดับเร็ว” (ID11)

“แล้วบางครั้งก็ไม่ได้ยิน วิ่งมาหาหมอ ค่าใช้จ่าย หรือเวลา มันก็ต้อง เพิ่มขึ้นใช้ใหม่ อย่างมา เนี่ยตรวจที่ก็เช็คเครื่องเขาที 250 เบิกไม่ได้ใช้ใหม่ เออเราก็เอาเหอะว่าอย่างนั้น เพราะบางทีเครื่องมีปัญหาแต่ตอนนั้นยังอยู่ใน อ่า ประกันปีหนึ่งเขาก็ไม่ได้คิดค่าเครื่องนะประกัน 1 ปี พอหลังจาก 1 ปี ก็ไม่ต้องคิด แต่เวลานั้นก็ต้องมาส่ง นัดมารับ อะไร มันเป็นการเพิ่มขึ้น อืม การเพิ่มขึ้น” (ID1)

“เดือตรงตรงที่ว่าข้างนี้เอ่อต้องเกินราคาที่หลวงจะออกให้อะนะ แล้วก็ไอ้ข้างนี้ก็ 12,500 พอมาอีกข้างหนึ่งก็แพงขึ้นกลายเป็น 20,000 หรืออะไรเนี่ยนะ แล้วก็เครื่องก็เล็กลง แบตเตอรี่ก็เล็กลง เอ่อ อายุการใช้งานแบตเตอรี่ได้แค่ 9 วันนะ เครื่องเก่านี้มันได้ถึง 15-16 วันอะไรนะอะ มันเหมือนกะเท่าตัว แต่ราคาแบตเตอรี่มันเท่ากันนะ เพราะนั้นความสิ้นเปลืองเรามีมากกว่านะ...มันทำให้ผม บางครั้งคิดเหมือนอกุศลว่า เนี่ยบริษัทพวกเนี่ยทำเครื่องอะไรขึ้นมาเนี่ยเพื่ออะไรกันแน่นะ เพราะไปเอาเครื่องใหม่มันจะราคาสูงขึ้น แต่ว่าสมรรถนะของแบตเตอรี่มันจะลดลงและเราก็ใช้จ่ายมากขึ้น เปรียบเทียบกันแล้วเนี่ย” (ID2)

“เราก็ต้องเสีย ก็ไม่ได้เสียเยอะค่าใช้จ่ายนิดหน่อย ส่วนตัว แล้วก็ค่ารถก็จ่ายครึ่งหนึ่งจาก 8 บาท เหลือ 4 บาทช่วยได้ตรงนี้ นั่งเรือไม่ต้องเสียตั้งเราก็พยายามจะไม่เบียดเบียน...เราก็เอาเครื่องช่วยไปให้เค้าปรับคือระดับมันจะลดลงทุกวัน จะไม่คงที่ ก็เราเอาเครื่องช่วยไปปรับให้มันได้ยินกับตัวเอง ไม้ใช้วันนี้มาแล้วหมอมจะว่างปรับให้ ก็เลยต้องนัดมาวันนี้... “ใส่ช่วงเช้าถึงเย็นพักบ้างอะไร กลายเป็นว่าใส่จนนอน จะนอนแล้วค่อยถอดออก แล้วเวลานอนของเราว่าจะได้นอนดี 2-3 นะ พอจะนอนถอดออกถอดเครื่องได้แค่ชั่วโมงสองชั่วโมงเองกลายเป็นว่าเราใส่เครื่องเยอะขึ้น แล้วก็แบตมันก็เลยหมดเร็วไง แบตมันถึงแค่ 6 ลูกใช้ใหม่ 160 บาทเราก็ต้องคอยซื้อบ่อยๆ คอยซื้อแบตมาใส่ เพราะว่าเมื่อก่อนจะใช้ได้เดือนนึง เดี่ยวนี้ 10 วัน 8 วันก็หมดแล้ว เพราะว่าการใช้งานมันยาวขึ้นใช้ใหม่มันก็เลยต้องใช้เยอะขึ้น” (ID8)

4.2 ปรับตัวในการสื่อสารกับผู้อื่น

ถึงแม้จะมีเครื่องช่วยฟังมาเป็นอุปกรณ์ในการช่วยผู้สูงอายุในเรื่องการสื่อสารกับบุคคลอื่น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินจำเป็นต้องปรับตัวในเรื่องของการสื่อสารกับผู้อื่น ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในด้านของการสื่อสาร ดังนี้

ตั้งใจฟัง ใช้สมาธิมากขึ้น

ผู้สูงอายุเมื่อรู้ว่าสิ่งที่ผู้พูดกำลังพูดเป็นเรื่องสำคัญ หรือเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ของตนเองโดยตรงจะตั้งใจฟังให้ดี และมีสมาธิมากขึ้นในการฟัง

“เขากถามเรื่องเดียวเราตอบไม่ตรงคำถาม หรือสิ่งที่เขากถามเราไม่เก็ท (ไม่เข้าใจ) อะไอย่างนี้ก็จะรู้สึก ไม่ได้ๆ อาจจะต้องมีสมาธิเยอะขึ้น” (ID7)

“เรื่องทีสาระสำคัญอะไรนึก็ มันก็ต้องถามให้ชัดเจน...อะไรทีว่าเราจะเสียประโยชน์จากเราไป เรากัฟังให้ดี” (ID15)

อยู่ใกล้เสียง จ้องดูปากผู้พูด

อยู่ใกล้เสียง จ้องดูปากผู้พูด ในที่นี้หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล และอยู่ในชั้นตอนที่ต้องรอเรียกชื่อในลำดับต่อไปของการเข้ารับบริการ เช่น การเงิน รับยา ผู้สูงอายุจะนำตนเองไปอยู่ใกล้ต้นเสียง และต้องจ้องดูปากของผู้พูด นอกจากนี้ยังพบว่ามีความรู้สึกกลัวไม่ได้ยิน กลัวเรียกชื่อตนเองผ่านไปแล้ว

“บ่อยครั้งนะ อย่างไมโครโฟนทีออกเรียกชื่อมา ผมต้องไป เวลานั้น ผมต้องไปนั่งใกล้ๆลำโพงเนี่ย แล้วก็คอย คอยสังเกต นามสกุลเราเรื่อย ไซ้มะ พอดคนเรียกชื่อมันจะซ้ำกัน แต่ถ้านามสกุลนี้มันแน่นอน ก็...มันก็หนักใจเหมือนกันบางที นั่งกลุ่มใจว่าเรียกไปรียังว่า อะไอย่างนี้,... กลัวไม่ได้ยิน กลัวเรียกผ่านไปแล้ว...มีส่วนกังวลเหมือนกัน หนักใจเหมือนกัน เรียกผ่านไปแล้วสบาย,...เนี่ยมัน บางทีเรื่องพวกนี้กลุ่มใจ อย่างทำผ่านมาแล้ว เรากัสบายใจ อย่างนี้ผ่านไปแล้ว หมายความว่าเราทำงานนี้สำเร็จ” (ID5)

“รอเขาเรียกเวลาเขาเรียกชื่อ เขาเรียกชื่อแล้วให้ลุก ลุกขึ้นไปทำไร เรากัใส่ตอนนั้น แล้วก็พยายามยืนอยู่ใกล้ๆหน้าประตู และใกล้ๆคนที่เขาเรียก ต้องหาทางตรงแบบนั้น มีเก้าอ้นั่งป่ากัไม่นั่ง เพราะว้า่านั่งไกลมันก็ไม่ได้ยิน เดียวจะเลย เรียกเข้าห้องพบหมอ ถ้าเลยก็ไม่ได้ยิน ก็เลยต้องมายืนใกล้ๆคนเรียก พยาบาลทีเรียก...เหมือนเราแบบจะกังวลว้าเราไม่ได้ยิน เพราะบางทีถ้าไกลๆ ก็ขนาดเสียงคนเขาพูดบ้างอะไรบ้าง เรากัไม่ได้ยิน นั่งใกล้ๆก็ไม่นั่ง ต้องมายืนอยู่ใกล้ๆคนที่เรียก แล้วก็ตาก็จ้องปากเขาอยู่นั้น บางทีอาจจะไม่ได้ยินเรากัต้องจ้องดูปากเขา” (ID16)

ลดบทบาทหน้าที่

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินในตอนช่วงที่ยังสามารถทำงานได้ และงานทีทำเป็นงานทีต้องใช้การพูดคุยสื่อสารเป็นสำคัญ ดักรณิของผู้ให้สัมภาษณ์รายที 6 ทีเคยประกอบอาชีพเป็นพนักงานกระทรวงศึกษาธิการ งานหลักของผู้ให้ข้อมูลรายนี้จึงต้องใช้การพูด นำประชุม หรือบรรยายต่อหน้าบุคคลจำนวนมาก เมื่อผู้สูงอายุรายนี้รับรู้ถึงภาวะบกพร่องทางการได้ยินของตน จึงขอลดบทบาทหน้าที่การงาน โดยบางครั้งถอนตัวจากงานสำคัญทีได้รับมอบหมาย เหตุเพราะปัญหาการบกพร่องทางการได้ยิน เนื่องจากรู้ตนเองว้าไปแล้วคงไม่รู้เรื่อง ไม่ได้อะไรกลับมา

“แต่ว่ามีงานสำคัญที่จะไปประชุมเนี่ย ผมขอถอนตัว ถ้าตอนปกติ ผอ. ท่านแกเรียกไปประชุม แทนที่ไหนๆก็ไปตลอด ผมก็ว่าผมขอหยุดก่อน เพราะว่าผมไปแล้ว ผมก็ไม่ได้อะไรกลับมา ก็ไม่รู้เรื่องก็เลยไม่ไป” (ID6)

4.3 เพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุ

เมื่อมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ผู้สูงอายุจึงมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันคือเพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุจากการเดินทางมากกว่าคนทั่วไป เช่น ตอนขับรถ และตอนข้ามถนน อีกทั้งคนใกล้ตัวแนะนำให้ระมัดระวัง เนื่องจากบางครั้งเสียงแตร เสียงรถก็ไม่ได้ยิน รวมไปถึงเสียงเตือนภัยต่างๆ คนในครอบครัวจึงแนะนำผู้สูงอายุให้ใส่เครื่องช่วยฟังเวลาที่ต้องเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง ทั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายยังสามารถขับรถเองได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล 8 ราย จากทั้งหมด 17 ราย ที่พูดถึงประเด็นนี้ว่า

“แต่เวลาเราขับรถอยู่ ต้องขับแบบระวัง” (ID5)

“ผมขับรถเนี่ย ช่างนี้มันไม่ได้ยินช่างซ้าย คนที่นั่งอยู่ข้างซ้ายเวลาจะคุยเนี่ยลำบากหน่อย ผมก็ต้องเอียงหูไปฟัง อะไรวางนี้ อันตราย ก็เลยใส่ดีกว่า ใส่หูฟัง” (ID6)

“มีแต่คนเตือนว่าต้องระวังนะ ...ปัญหาของหูที่เกิดขึ้นเนี่ยก็คือเราไม่รู้จะพาไปทางไหน ก็จะเหมือนกับการขับรถเหมือนกันก็อาจจะมีความอย่างนั้น อย่างสมมติว่าเราไม่รู้ว่าจะเสียงอะไรมาทางไหน มันก็ต้องช่วยตัวเองว่ามันเกิดอะไรขึ้นคะ อย่างคนทำเสียงตกเป๊ะ เราอาจจะไม่รู้ว่าจะอยู่ข้างนี้ เราต้องมองไปว่าใช่ตรงนี้ไหม ใช่หรือไม่ใช่อะไรอย่างนี้” (ID7)

“เค้าคุยอะไรกัน เกิดเราขึ้นรถมามีปัญหา เราก็จะไม่รู้ตัวเลย เพราะฉะนั้นเราจะต้องระวังตัวเองตลอด...ต้องระวังตัวเองบางทีจะออกจากบ้าน ใส่เครื่องรียจะคอยเตือน เราบอกว่าใส่แล้ว เค้าบอกระวังตัวนะเพราะว่าถ้าไม่ใส่ ก่อนนี้ไม่ใส่จะออกมาข้างนอกถึงจุดหมายก่อนแล้วค่อยใส่ปรากฏเค้าบอกอย่าไปข้างนอกนะ เดี่ยวเกิดเหตุเธอหนีไม่ทันนะ เพราะเมื่อก่อนนักเรียนตีกันบนรถบ่อยถูกไหม เดี่ยวเกิดปัญหาเธอหนีไม่ทันนะอะไรแบบนี้ เพราะว่าการที่หูเราเสียไปข้างนึง การพูดของเค้าเราอาจจะไม่ได้ยิน หรือว่าเสียงแตรรถเบาๆเราก็ไม่ได้ยิน บางทีเราเดินอยู่ ปัดดด...มันก็มาปาดหน้าเรา แล้วมันก็มาเฉียดเรา แล้วทำให้เราตกใจ เราก็ต้องใส่เครื่องออกมาจากบ้าน” (ID8)

“รถมันเยอะก็เดินไปเรื่อย เขาบอกว่าปีบแตรแล้วเราก็เดินไปอยู่กลางถนนนะ มองดูแล้วนะ ไม่มีรถ แต่รถไอ้ (ทำท่าคิด) รถแท็กซี่มันมาไว เราก็ลานสายตาไม่ค่อยดี หูก็ไม่ค่อยดี ...น้องที่เดินด้วยกันก็อาจจะเรียกหยุดก่อน แต่เราก็ไปเรื่อยบวกกับความที่เราใจลอย ...อย่างนี้อันตราย...ตื่นะแท็กซี่มันคงค่าแหละ แต่เราไม่ได้ยินนะ ...เนี่ยอันตราย อันตรายหนู อันตราย” (ID10)

“เสียงรถได้ยินอยู่ แต่ว่าจะให้เก็บหมด กระชับหมดก็ไม่ได้ ถ้าแบบ ปัดดด...นี้ได้ยิน...ก็มีเสียงอันตรายนะ โดยเฉพาะเดินทางต้องคอยระวัง...ก็มีรถเครื่อง รถมอเตอร์ไซด์ เราก็ต้องคอยระวัง ต้องดูหน้าดูหลังด้วย...ต้องระวังด้วย ระวังมากขึ้น เพราะหูเราได้ยินไม่ดี” (ID15)

“ปกติก็ไม่ข้าม (ถนน) แล้วข้ามก็ต้องมันใจจริงๆ ให้เขาจูงมือไปก็ไม่ข้าม... พี่ขึ้นมาที่นี้จะเสียค่าแท็กซี่เท่าไรก็เอา” (ID1)

“บางทีเนี่ยรถมาตามถนนรถเล็กไม่ใช้รถใหญ่ ไปถนนเราก็เดินข้างๆ... เนี่ยหุติง เออไอ้เนี่ยบ๊อบ แตร ไอ้เนี่ยมาหุไม่ได้ยิน... แตรรถมา บางทีถ้าเขาบีบมาทึดๆเนี่ยนะ เรากก็ได้ยิน ถ้าไกลๆก็ไม่ได้ยิน เรากก็ได้เดินข้างๆ ไม่เดินกลางๆ... มันอันตรายนะคุณหมอกายภาพเขาก็บอก ป้าก็เดินบนฟุตบาท... เรากก็ได้เดินตามทางเราไม่ได้ไปเดินกลางถนนหรืออะไร” (ID11)

4.4 ยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

สุดท้ายแล้วเมื่อผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจตนเองว่าไม่สามารถหายขาดจากภาวะบกพร่องทางการได้ยิน มีเพียงเครื่องช่วยฟังที่เป็นอุปกรณ์ตัวช่วยในการทำให้ได้ยินมากขึ้นเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน โดยปรับความคิด ทักษะคติของตนเองในการอยู่ร่วมกับภาวะนี้ให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังนี้

เป็นเรื่องของกรรม เข้าใจความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ

ผู้สูงอายุเริ่มมองว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้เกิดจากเวรกรรม ถึงแม้แพทย์จะบอกว่าเกิดจากประสาทหูไม่ดี อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุสามารถยอมรับและเข้าใจว่าอาการบกพร่องทางการได้ยินเป็นความเสื่อมตามธรรมชาติ หรือความเสื่อมตามวัย ไม่ต้องการปรับอะไรแล้ว เพราะตนเองอายุมากแล้ว จึงปล่อยไปตามธรรมชาติ มองว่าอายุยืนคือกำไรจากสวรรค์ ต้องเข้าใจสภาพ เป็นธรรมดาของคนเราที่จะมีโรคร้ายไข้เจ็บที่แตกต่างกันออกไป ถ้าสุขภาพจิตไม่ดีจะยิ่งบั่นทอนร่างกาย

“ก็คือตอนนี้ไม่ได้รู้สึกอะไรแล้วเพราะว่ามันเป็นธรรมชาติของมันแล้ว มันเป็นกรรมของเราสิ่งที่ทำให้เราประสาทหูไม่ดี เส้นประสาทหูไม่ดี คุณหมอบอกไม่ใช่หรอก” (ID8)

“เหนื่อย คิดว่าเป็นเวรกรรมมากกว่า” (ID11)

“รู้สึกไม่ต้องการปรับอะไรแล้ว เรากก็อายุมากแล้วอะนะ ไม่ต้องการปรับอะไรแล้ว ปล่อยตามธรรมชาติไป ตามชีวิตประจำวัน... เป็นตามสภาพร่างกายนะ พออายุมากแล้ว บางทีก็ยุ่งใจ ก็ตามมั่ง หุ มั่ง,... คือบางครั้งเรากก็รู้ตัวของเราก ก็บางทีก็อายุมากแล้ว บางทีโรคร้ายไข้เจ็บมันก็เป็นตามร่างกายไปไม่แข็งแรงเหมือนหนุ่มๆ” (ID14)

“บางทีคิดว่าที่อยู่ยาวๆ คือความกำไรที่สวรรค์ให้มา ให้เรา” (ID5)

“มันจะเอาให้เป็นเหมือนเดิมของเดิมเรา มันเป็นไปได้ ก็ทำใจตรงนี้ไง มีคนหลายๆคนบอกทำสุขภาพจิตให้ดี ก็บอกว่าถ้าเราสุขภาพจิตไม่ดี มันก็บั่นทอนร่างกายเรา คือเหมือนกับคนเรากถ้าจิตใจเราไม่สู้ ทำอะไรมันก็ไม่ได้ดี ก็เท่านั้นไม่มีอะไร” (ID6)

“มีความรู้สึกว่ามันก็เป็นธรรมดาของคน บางคนก็ป่วยเป็นโรค คนนั้นคนนี้ก็ป่วยเป็นโรค เรื่องหุมันก็เกิดเป็นปัญหาของเราขึ้นมาแค่นั้นเอง” (ID7)

“เพราะอย่างน้อยเราก็เคยศึกษาเรื่องเหล่านี้บ้างนะว่าเอ่อ เราถึงจุดหนึ่งแล้วที่มันเสื่อมเกิดจาก ที่มันเสื่อมอะไร” (ID10)

“ก็...ร่างกายเราก็อายุมากแล้ว ต้องเป็นอย่างนี้ สภาพต้องเป็นแบบนี้...ก็รับสภาพเอา” (ID15)

เช่นเดียวกับผู้ให้สัมภาษณ์รายที่ 2 ซึ่งเป็นอดีตแพทย์ จะเข้าใจการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นนี้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น หูที่ใช้งานมานานก็เสื่อมสภาพตามธรรมชาติ ทราบอยู่แล้วว่าเมื่อแก่ตัวลงจะต้องมีปัญหาการได้ยิน เกิดจากความไม่สมดุลของการสร้างและทำลาย และเน้นว่าหากรู้และเข้าใจสภาพจะสามารถปรับตัวได้

“มันคือเป็นลักษณะการเสื่อมสภาพของระบบประสาท,...ก็เรื่องทุกอย่างที่ผมว่าเราเกิดแก่เจ็บตาย เราแก่ขึ้นอันนี้ใช้ทำงานนานๆมันก็เสื่อมสภาพ...มันก็เป็นเหมือนดีเจเนอเรชั่น การแก่ การไม่สมดุลของการสร้างและทำลาย,...เซลล์ทุกเซลล์มีอายุการใช้งานหมดอายุก็ถูกทำลายไป,...เวลาทำรายงานเน้นไว้เลยนะ ว่ารู้และเข้าใจว่ามันต้องเป็นอย่างนี้มันไม่ยากมันปรับตัวได้” (ID2)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากความเสื่อมสภาพตามวัย บางสาเหตุไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าเกิดจากอะไร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีโรคประจำตัวเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุ 3 รายที่ยังเกิดคำถามว่าทำไมเราถึงต้องเป็นแบบนี้ (มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน) ถึงแม้ว่าจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือคำอธิบายจากแพทย์แล้ว แต่ก็อดคิด หรือรู้สึกไม่ได้ ยังพยายามหาคำตอบ และในบางรายรู้สึกเสียใจว่าทำไมภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้ถึงเกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งๆที่ตนเองเป็นคนทำบุญเยอะ

“ก็รู้สึกนะ แต่พูดไม่ถูก ทำไมเราถึงเป็นแบบนี้ (หัวเราะ)...มันเป็นไปแบบนี้แล้ว แต่มีความคิดความรู้สึกทำไมเราต้องมาเป็นแบบนี้...ถ้าเราได้ยินอะไร ทุกอย่างเราก็สบาย ตัวเองจะทำอะไร พูดอะไรก็ไม่ต้องอาศัยใคร ลำบากใคร,...คิดว่าเขาพูดอะไร ถ้ามองอะไรต่อเนืองก็ฟังไม่รู้เรื่อง ว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้ อะไรไม่ได้ยิน ก็ไม่ฟัง เพราะว่ายังไงเราก็ไม่ได้ยินหรอก” (ID13)

“ว่าเออทำไมมันเป็นอย่างนี้...ว่าเอ๊ะทำไมมันเป็นอย่างนี้ ก็พยายามหา ” (ID16)

“รู้สึกเสียใจ ทำไมหูเราเป็นอย่างนี้ได้ เราก็พูดเราทำบุญเยอะ...ก็ทำบุญ ไปกุศลผ้าป่าเรื่อย” (ID17)

สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมองปัญหาการไม่ได้ยินว่าเป็นเรื่องเล็ก สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ไม่เป็นปัญหา ไม่ค่อยได้รับผลกระทบเพราะเกษียณแล้วไม่ได้ทำงาน ทำใจสบายๆ อยู่ที่ตัวเรา มีความสุขปกติ

“อืม... ก็เฉยๆไม่รู้สึกระไร ก็มีความสุขของผมโดยปกติ” (ID3)

“ชีวิตก็ไม่เปลี่ยนเท่าไร เพราะหลังจากๆ คือลูกก็ไม่ได้ให้ทำอะไร เวลาที่อยู่บ้านก็ไม่ต้องทำอะไรเลย...แต่สำหรับรายผมแล้ว เรื่องชีวิตประจำวันไม่มีอะไร เพราะว่าเป็นเรื่องเศรษฐกิจ เรื่องอยู่ที่กิน อยู่นอน ทุกอย่างเราสมบูรณ์ สมบูรณ์” (ID5)

“อาจจะมีส่วน แต่ป้าก็ทำงานได้ปกติ หมายถึงว่า ถ้าสำนักงานให้ช่วยเหลือเป็นกรรมการ ป้าก็ไปได้ทำงานในหน้าที่ได้,...หมายถึงว่าป้ามีปัญหาเรื่องการได้ยินช่วงหลังเกษียณแล้ว มันก็จะไม่ค่อยกระทบเท่าไร” (ID9)

“ก็ไม่มีเลย อารมณ์กับสภาพแวดล้อมก็อีกอย่างหนึ่ง อยู่ที่ตัวเรา แล้วก็คนรอบข้างเรา ก็อย่าไปโทษคนอื่นมาก ก็ขอร้องให้พุดตังๆ ถ้าเขาพุดแล้วเราไม่ได้ยินก็เรามาอายุมาก เราก็ทำใจสบายๆ” (ID15)

ต้องการกำลังใจและการพูดให้ได้ยิน

ผู้สูงอายุเมื่อต้องอยู่กับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการสื่อสาร ประกอบกับตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่เมื่อมารับบริการ ถึงแม้ว่าตนเองจะรับรู้ถึงภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นภาวะที่รักษาไม่หาย แต่ก็ยังมีความหวังว่าจะมียามารักษาให้หายได้โดยไม่ต้องพึ่งอุปกรณ์ช่วยฟัง

“ที่ว่าไปหาหมอ เพื่อเขามียา ตอนที่ยังไม่ได้ใส่เครื่องก็ไปหาหมอจะได้รักษาให้มันหาย คือไม่อยากจะแบบนั้น,...ไปหาหมอ ตัวเองคิดว่าไปหาหมอเพราะว่ามียาอะไรรักษา ไปหาหมอเขาไม่ได้มีให้ยา ต้องไปลอง ลองอะไรแต่ก็ทำนะ หลังๆก็ถามหมอมว่าไม่มียาอะไรรักษาหรือ หมอเขาบอกว่าไม่มีหรืออะไรก็ไม่รู้ จำไม่ได้แล้วเพราะมันหลายปีแล้ว จริงๆก็อยากให้มียารักษา,...ใส่เครื่องช่วยฟังมันไม่สะดวก อยากให้มันเป็นธรรมชาติ อยากจะให้เขามียาแก้รักษาให้หาย” (ID13)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ช่วงสัมภาษณ์ถึงประเด็นนี้ยังมีคำถามถามผู้วิจัยด้วยสายตาที่ดูมีความหวังปนเศร้าตั้งคำถามให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

“แต่ถามจริงๆมียารักษาให้หายขาดไหมครับ” (ID13)

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต่างอยากได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างหรือเจ้าหน้าที่ เมื่อมารับการรักษาเรื่องหูในโรงพยาบาล เคยได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการบริการและวิธีการสื่อสาร นอกจากนี้ยังเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่ควรมีความเข้าใจ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีบทบาทสำคัญก่อนพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ควรพูดช้าๆ ใก้ๆ เพราะผู้สูงอายุบกพร่องเรื่องการได้ยิน มองว่าบางคนหูปกติ แต่ถ้าพูดเร็วก็ทำให้เกิดความไม่เข้าใจได้ ควรใช้เสียงดังหน่อยแต่ไม่ต้องถึงกับตะโกน อีกทั้งต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่

“พยาบาลสำคัญ มันก็มีบทบาทก่อนที่จะพาคนไข้ เข้าไปหาหมอใช้ไหม ก็พุดจาปลอบโยนพวกฉันทนหน่อย ว่าเดี๋ยวจะคะหมอมจะดูให้หรืออะไร หรือจะพุดกับหมอด้วยก็ได้ว่าคนนี่ไม่ได้ยิน บางที

อย่างยิ่งอายุอย่างเราบางทีเห็นแล้ว อายุ หน้าตาใช้ใหม่ แล้วถ้าเกิดคนวัยที่มันอ่อนๆเนี่ย ก็ต้องถามมัน need need (ความต้องการ) ด้านจิตใจซอฟต์แวร์ใช้ใหม่” (ID1)

“ก็ควรเป็นว่า พูดเสียงให้ดังขึ้น เพราะแน่นอนมีบุคลากรบางคนมีความเคยชินของตัวเองแหละว่าเป็นคนพูดเสียงไม่ดัง เพราะฉะนั้นหนึ่งอย่างเนี่ย สมมติว่าจะเทรน (การอบรม) ของคุณพยาบาล เนี่ยแบบฝึกหัดแรกอาจจะพูดว่า หนึ่งพูดให้ช้า อันที่สองพูดให้ดัง คิดว่ามันจริงๆ มันต้องคนหูฟัง หูดี หรือไม่ดีเนี่ย โนมอล (normal หมายถึง โดยปกติ) ก็ควรจะปฏิบัติอย่างนั้น หูมันจะเป็นส่วนที่ทำให้การสื่อสาร มันดีขึ้นในความรู้สึกนะ คือบางคนนี่หูดีก็จริงนะ เราเป็นคนใช้เนี่ย ถ้าพูดเร็วเนี่ยบางทีก็งบบางทีก็งบบางเหมือนกัน แน่แน่นอนคนพูดรู้อยู่แล้วทุกอย่าง ถูกไหม ว่าต้องไปตรงนี้ๆ อะไรอย่างนี้นะ คนมาใหม่ไม่ว่าจะหูดีไม่ ดี ฟังก็จะต้องงงๆอยู่ใหม่ อืมมันแหละค่ะ” (ID7)

“ก็บางทีหมอบอกกับเราไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจ หมอบอกคนก็พูดช้า เสียงน้อย,...ก็พยายามพูดซ้ำ พูดดังหน่อยแค่นี้เท่านั้นแหละ เออ พูดช้าๆหน่อย พูดดังๆ ถ้าพูดเร็วตามปกติบางทีก็ฟังไม่รู้เรื่อง มันได้ยิน แต่มันไม่รู้เรื่อง” (ID15)

“แต่บางทีพูดก็ไม่ได้ยิน,...ใช่ๆ อยากให้พูดดัง ก็พูดกันอย่างนี้ได้ไม่ถึงกับตะโกน ใช้ใหม่คะ...ก็เนี่ยพูดใกล้ๆอย่างนี้นั้นก็ได้ยิน” (ID17)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ เริ่มจากการรับรู้อาการได้ยินบกพร่องของตัวเอง โดยช่วงแรกจะยังไม่รู้ว่าตนเองได้ยินลดลงหรือผิดปกติ ผ่านไปสักระยะ เริ่มรับรู้ได้จากคนรอบข้างทัก และจากการสังเกตตนเองเมื่ออยู่กับบุคคลอื่น ซึ่งภาวะบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุเป็นการเสื่อมสภาพ จะมีการดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสื่อสารพูดคุย ผู้สูงอายุจะพูดคุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง มักพูดในสิ่งที่ตนเองได้ยิน บางครั้งได้ยินเสียงแต่ไม่สามารถจับใจความได้ ปัญหาด้านการสื่อสารนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป คือปกปิดไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนเองไม่ได้ยิน ผู้สูงอายุจะแสดงออกว่าพูดคุยรู้เรื่องเหมือนคนปกติทั่วไป ทำเสมือนได้ยินโดยใช้การยิ้มหรือพยักหน้า และในผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะปกปิดว่าตนเองใส่เครื่องช่วยฟังโดยการเอาผมมาปิด อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าการได้ยินเป็นปมด้อย เหมือนตนเองอยู่คนละโลกกับคนที่หูได้ยินปกติ ทำให้ขาดความมั่นใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่อยากพูด ไม่อยากคุย ไม่อยากไปไหน ไม่อยากเจอใคร เกิดพฤติกรรมแยกตัวจากคนรอบข้าง พูดน้อยลง เก็บตัว ไม่เข้าสังคมหรือเข้าสังคมน้อยลง ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหลากหลายอารมณ์เมื่อตนเองตกอยู่ในภาวะที่บกพร่องทางการได้ยิน ไม่ว่าจะเป็นรู้สึกเครียด กังวล บางรายรู้สึกเป็นความผิดของตนเองเวลาไม่ได้ยิน อึดอัด คับข้องใจเวลาสื่อสารกับใครก็ไม่รู้เรื่อง กลัวพลาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์

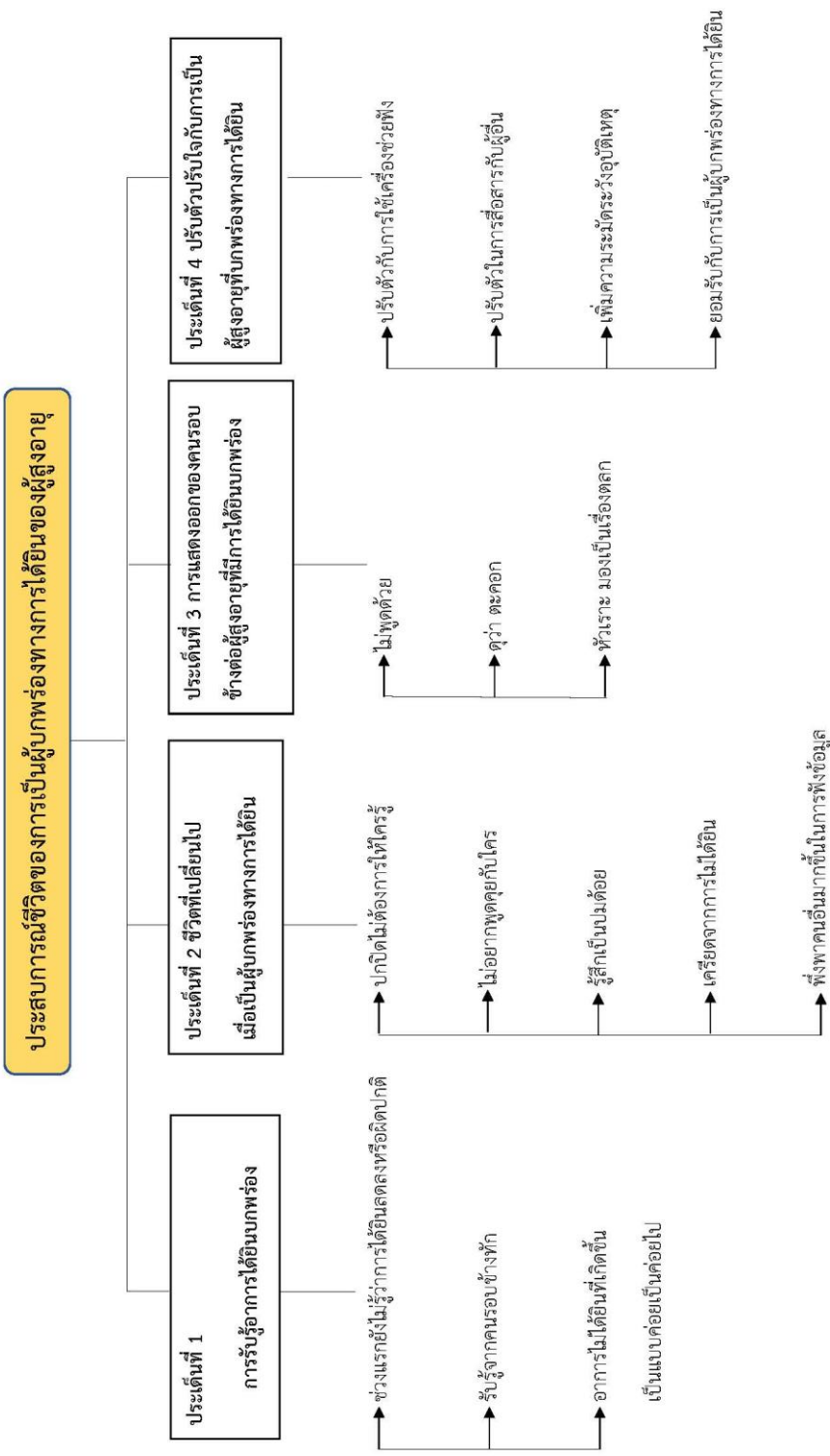
กับตนเอง รู้สึกตนเองเป็นภาระต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องการอาศัยผู้อื่นฟังข้อมูล ทำให้รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง และจะมีความกังวลมากขึ้นเมื่อมาโรงพยาบาลกลัวพลาดข้อมูลที่สำคัญจะเกิดปัญหายุ่งยากตามมาภายหลัง

เมื่ออยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยินมาสักระยะ ผู้สูงอายุจะรู้สึกและสัมผัสได้ถึงพฤติกรรม การแสดงออกของคนรอบข้างที่มีต่ออาการไม่ได้ยินของตนเองหลายรูปแบบ สาเหตุเนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่น เกิดความยากลำบากทั้งตัวผู้สูงอายุเอง และคู่สนทนาเวลาสื่อสาร ทำให้บุคคลรอบข้างไม่พูดคุยด้วย อีกทั้งยังพูดกระทบใจ (ดูว่าตะคอก) นอกจากนี้คนรอบข้างจะหัวเราะ มองเป็นเรื่องตลก เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้ยิน สื่อสารคนละเรื่อง หรือเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่จะพยายามทำให้ตนเองได้ยิน เช่น เอาหูไปแนบข้างโทรศัพท์ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกน้อยใจ โดยเฉพาะหากเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวปรับใจกับการอยู่ร่วมกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ไม่ว่าจะเป็นปรับตัวกับเครื่องช่วยฟังที่เปรียบเสมือนยารักษาที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินมากขึ้น ต้องใส่ใจติดกับหูผู้สูงอายุไปตลอดในการดำเนินชีวิต อุปกรณ์ช่วยฟังนี้ยังไม่เป็นที่พึงพอใจเท่าไรนัก ยังพบว่าเครื่องช่วยฟังเปรียบเหมือนลำโพง มีเสียงรบกวน รู้สึกว่าเป็นส่วนเกิน เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ อีกทั้งเมื่อเครื่องชาร์จหรือมีปัญหาต้องส่งซ่อม เกิดภาระอื่นๆตามมา เช่น ค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องปรับตัวในการสื่อสารกับผู้อื่น ต้องตั้งใจฟัง ใช้สมาธิมากขึ้น นำตัวเองไปอยู่ใกล้เสียง จ้องดูปากผู้พูดเพื่อให้ได้ยินเสียงหรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับตน อีกทั้งยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงาน ภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ลดบทบาทหน้าที่ที่การงานลง ผู้สูงอายุต้องปรับตัวในชีวิตประจำวัน เพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากเสียงรถ เสียงแตรก็ไม่ได้ยิน

ท้ายที่สุดผู้สูงอายุจึงต้องยอมรับที่จะอยู่กับภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่เกิดขึ้นกับตน ต้องปรับมุมมองทัศนคติ เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับภาวะนี้ได้โดยปกติสุข โดยมองว่าเป็นเรื่องของกรรม เข้าใจความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ภาวะบกพร่องทางการได้ยินไม่เป็นปัญหา ยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุวัยเดียวกันที่ต้องเผชิญกับโรคร้ายไข้เจ็บอื่นๆ สำหรับความต้องการเกี่ยวกับการดูแลหรือการปรับวิธีการสื่อสาร ผู้สูงอายุใจจริงแล้วต้องการอยากหายจากภาวะนี้ และสิ่งที่ต้องการจากคนรอบข้างคือกำลังใจและการช่วยปรับวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับตนเอง สิ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุที่ต้องประสบพบเจอและก้าวผ่านให้ได้ ดังแผนภูมิสรุปประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ ดังนี้



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในบทนี้จะนำเสนอเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ส่วนต่อมาเป็นการอภิปรายผลการวิจัย และส่วนสุดท้ายเป็นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแนวคำถามเชิงลึก (Interview Guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิต ในขณะที่ใช้ชีวิตร่วมกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้อธิบาย และสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์ชีวิต โดยใช้ลักษณะคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล สามารถแสดงอิสระทางความคิด ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในช่วงชีวิตที่ได้ประสบพบเจอได้อย่างเต็มที่ สำหรับในการได้มาของข้อมูล ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ สามารถบอกเล่าประสบการณ์ชีวิต ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 17 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทป การบันทึกภาคสนาม และการสังเกต แล้วนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปชนิดคำต่อคำ (Verbatim analysis) จากนั้นทำการวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) การรับรู้อาการได้ยินบกพร่อง 2) ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน 3) การแสดงออกของครอบครัวต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง 4) ปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

โดยมีสรุปผลการวิจัย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้อาการได้ยินบกพร่อง

ในระยะแรกที่เริ่มมีอาการบกพร่องทางการได้ยิน ผู้สูงอายุจะ 모르ตัวว่าตนเองไม่ได้ยิน เนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินจะไม่แสดงอาการที่ชัดเจนอย่างโรคอื่นๆ มีเพียงอาการไม่ได้ยิน หรือได้ยินเสียงลดลงเท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกษียณและใช้ชีวิตอยู่กับบ้าน ทำให้มีกิจกรรมทางสังคมลดลงจะยังไม่รู้ตนเองว่าเริ่มมีการได้ยินที่บกพร่องแล้ว และหุเมื่อมองภายนอกก็มีลักษณะปกติ มีเพียงลักษณะเหี่ยวแห้งหรืออ่อนคล้อยตามวัยเท่านั้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ จะ

เริ่มรู้ตนเองเมื่ออยู่กับบุคคลอื่น จากการสังเกตตนเองตอนพูดคุยกับคนรอบข้าง หรือตอนทำงานว่าทำไมตนเองถึงไม่ได้ยิน ฟังไม่ชัด ต้องให้คู่สนทนาพูดดังๆ โดยมีอาการเริ่มแรกที่สังเกตหรือรับรู้ได้ คือ ฟังเสียงไม่ชัด เสียงที่เบาจะไม่ค่อยได้ยิน นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในเรื่องของการได้ยิน หรือการฟังเสียงต้องใช้เสียงที่ดังมากขึ้น เช่น เปิดโทรทัศน์เสียงดังขึ้นกว่าปกติ อีกทั้งเวลาสื่อสารกับคนรอบข้างแล้วไม่รู้เรื่อง พูดคุยคนละเรื่อง ต้องถามซ้ำๆ ผู้สูงอายุมักจะต้องใช้คำว่าทำ เพื่อถามซ้ำ และตะแคงหูให้ตนเองได้ยิน ทำให้คนในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดสังเกตเห็นจึงทักว่าผู้สูงอายุน่าจะมีปัญหาบกพร่องทางการได้ยิน จึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้ อย่างไรก็ตามภาวะบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุส่วนใหญ่สาเหตุมาจากความเสื่อมสภาพ อาการบกพร่องทางการได้ยินจึงค่อยๆเปลี่ยนแปลงทีละน้อย ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าการหูไม่ได้ยินของตนจะค่อยเป็นค่อยไป

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

ผู้สูงอายุเมื่อเผชิญกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน เป็นความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตและส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิมโดยเฉพาะในเรื่องของการสื่อสาร ผู้สูงอายุจะมีปัญหาการสื่อสารกับบุคคลรอบข้างมากมาย เนื่องจากหูไม่สามารถได้ยินเป็นปกติเหมือนเดิม เวลาสื่อสารกับบุคคลอื่นจะได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง เพราะได้ยินไม่ชัด บางครั้งได้ยินไปอีกแบบที่ไม่ใช่สิ่งที่คู่สนทนาพูด ทำให้การพูดคุยไปคนละเรื่องหรือคนละทิศคนละทางในบางครั้ง โดยประเด็นนี้สามารถแบ่งได้เป็น

2.1 ปกปิดไม่ต้องการให้ใครรู้

แม้ว่าจะไม่ได้ยิน หรือได้ยินแต่ไม่สามารถรู้เรื่องได้ทั้งหมด ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมว่าตนเองได้ยินปกติ ทำเสมือนรู้เรื่องโดยใช้การยิ้มหรือพยักหน้ารับฟัง เอออไปตามผู้พูด เพื่อให้การสนทนาผ่านไป จะพูดเมื่อมีเรื่องสำคัญจริงๆ เพื่อปกปิดไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าการบกพร่องทางการได้ยินของตน ผู้สูงอายุบางราย ไม่อยากถูกถามถึงเรื่องหู ไม่อยากตอบ ไม่อยากให้ใครเห็นว่าตนเองใส่เครื่องช่วยฟัง เพราะมองว่าความเคอะพ

นับถือจากลูกน้องจะน้อยลงหากรู้ว่าตนเองมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งเป็นเหมือนจุดอ่อนของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้ใครมานั่งใกล้ๆ กลัวจะถูกสังเกตเห็นเครื่องช่วยฟังที่ใส่ ไม่ต้องการให้บุคคลอื่นมาทักทายปัญหาเรื่องหูของตน กลัวคนรอบข้างเมื่อรู้ว่าหูไม่ดีจะไม่ให้ความเคารพนับถือ ไม่ไวใจ กลัวโดนนิทา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พูดถึงประเด็นนี้เป็นเพศหญิง

2.2 ไม่อยากพูดคุยกับใคร

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมากในเรื่องของการสื่อสาร พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมคือ ไม่อยากพูดคุยกับใคร ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากโทรศัพท์ ไม่

อยากไปไหน เพราะใครพูดอะไรก็ได้ยิน ไม่อยากติดต่อหรือพบเจอใคร เพราะเจอแล้วต้องพูด อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุเมื่อไม่ได้ยิน จะไม่ค่อยสนใจเวลาใครพูดอะไร หรือตอนมีกิจกรรมดูโทรทัศน์ ร่วมกันกับคนในครอบครัว คนอื่นดูรู้เรื่อง ตนเองดูแล้วขัดบ้างไม่ขัดบ้างจึงเลือกที่จะไม่สนใจ ไม่ดูเลย ผู้ให้ข้อมูลบางรายไปหากิจกรรมอื่นทำแทน เช่น อ่านหนังสือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคมหรือ บุคคลรอบข้าง เนื่องจากเบื่อ ไม่สนุก หงุดหงิดเวลาไม่ได้ยิน และใช้ Application Line สื่อสารแทน การพูดคุยโทรศัพท์หรือพบเจอ

2.3 รู้สึกเป็นปมด้อย

ผู้สูงอายุมองว่าปัญหาภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่เกิดขึ้นนี้เป็นปมด้อยของตนเอง โดยเฉพาะ ผู้ให้สัมภาษณ์เพศหญิงที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินในช่วงที่ยังสามารถทำงานได้ และยังคงอยู่ใน ตำแหน่งที่มีลูกน้องที่ต้องสั่งงาน จะไม่ยอมให้ใครรู้ว่าไม่ได้ยินเนื่องจากการนับถือจากลูกน้องจะ ลดลง และอาจไม่ได้รับความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา ไม่ยอมให้ลูกน้องรู้จุดอ่อนเรื่องหู ไม่ได้ยิน เนื่องจากกลัวบางคนจะเอาปมด้อยเรื่องหูของตนมาพูด และกลัวไม่ยอมถูกเรียกว่าหูตึง เพราะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้แยกลงถึงขนาดนั้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีความเศร้า อารมณ์ทุกข์ ภายในใจเกี่ยวกับอาการหูไม่ได้ยิน ว่าเป็นความบกพร่องทางร่างกายของตนเองที่คนปกติทั่วไปไม่ได้ ประสบกับตัวไม่มีทางรู้ อีกทั้งยังรู้สึกว่าตนเองอยู่ในโลกที่เงียบไปหมดซึ่งอยู่กันคนละโลกกับคนหูปกติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ อย่างมากในการพูดคุยสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง บางครั้งกลัวตอบไม่ ตรงกับคำถามที่คู่สนทนาถาม เกิดความกังวลตามมา และมีความเกรงใจคู่สนทนา โดยเฉพาะคู่ สนทนาที่มีอายุมากกว่า จะลำบากใจไม่กล้าถามซ้ำ

2.4 เครียดจากการไม่ได้ยิน

ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกเครียด อึดอัด กังวล กลุ้มใจหรือหนักใจเมื่อไม่ได้ยิน อีกทั้งกลัว พลาดข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตนเอง จะเกิดความยุ่งยากตามมา โดยเฉพาะเมื่อมาโรงพยาบาล

2.5 ฟังพาดคนอื่นมากขึ้นในการฟังข้อมูล

ผู้สูงอายุต้องฟังพาดคนอื่นมากขึ้นในเรื่องของการฟังเสียงหรือการสื่อสาร ต้องอาศัยคนรอบ ข้างช่วยฟัง โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุ และพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมา โรงพยาบาลต้องมากับบุตรหรือคนใกล้ชิด ไม่สามารถมาคนเดียวได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระ ต้อง ลำบากคนในครอบครัว อีกทั้งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดคุณค่า ถูกมองข้ามความสำคัญ

ประเด็นที่ 3 การแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง

ผู้สูงอายุรู้สึกและสัมผัสได้ถึงพฤติกรรมของคนรอบข้างที่ตอบสนองต่ออาการไม่ได้ยินของตน หลายรูปแบบ สาเหตุเนื่องจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่ทำให้มีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่น เกิดความยากลำบากทั้งตัวผู้สูงอายุเอง และคู่สนทนาเวลาสื่อสาร ทำให้บุคคลรอบข้างมีพฤติกรรม แสดงออกที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1 ไม่พูดด้วย

บุคคลรอบข้างจะไม่พูดคุยด้วย บางคนบอกตรงๆว่าไม่อยากพูดด้วย รู้สึกเหมือนใครๆก็ไม่ จะไปพูดกับใครเขาก็ไปพูดกับคนอื่นแทน และคนรอบข้างบอกกับตนเองว่าคุยด้วยแล้วเหนื่อย ที่ต้องพูดซ้ำๆ อีกทั้งยังบอกว่ารำคาญ ไม่อยากตะโกนเวลาสื่อสาร อยากให้ใส่เครื่องช่วยฟังไว้ รวมไปถึงพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลตอนไปรับการรักษา มีผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณเองถูกมองข้าม ไม่ได้รับการสนใจ

3.2 ดูว่า ตะคอก

ผู้สูงอายุยังถูกดูว่า ตะคอก ตะโกน หงุดหงิด จากคนรอบข้าง เวลาสื่อสารไม่รู้เรื่อง บางคนบอกพูดไม่รู้เรื่องก็ไม่ต้องพูด รวมไปถึงคนในครอบครัวบางครั้งโมโห ตวาดด้วยน้ำเสียงที่ดัง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้าง อีกทั้งยังถูกโกรธเพราะไม่ได้ยิน ซึ่งจริงๆแล้วคนรอบข้างอาจไม่ได้ตั้งใจ แต่พฤติกรรมที่แสดงออกทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไปอย่างนั้น บางครั้งถูกพูดจาแรงๆ ใส่ๆ ถูกเรียกว่าหูตึง

3.3 หัวเราะ มองเป็นเรื่องตลก

คนรอบข้างมักจะหัวเราะ และมองปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุเป็นเรื่องตลก เมื่อผู้สูงอายุเวลาไม่ค่อยได้ยิน มักจะแสดงท่าทีพยายามทำให้ตนเองได้ยิน เช่น ไปยื่นเกาะข้างๆ โทรทัศน์และตะแคงหูฟังเพื่อให้ตนเองได้ยินเสียง หรือบางครั้งพูดกันคนละเรื่อง ทำให้คนรอบข้างหัวเราะ มองเป็นเรื่องตลก กลายเป็นเรื่องตลกภายในครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุบอกว่าตนเองไม่โกรธหรือถือสาแต่อย่างใด

ประเด็นที่ 4 ปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

ผู้สูงอายุเมื่ออยู่กับภาวะบกพร่องทางการได้ยินมาสักระยะยะ จะมีการปรับตัวหลายๆด้านในการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ท้ายที่สุดแล้วผู้สูงอายุจะเข้าใจและยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน และสามารถปรับความคิด ทักษะคติของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง

เมื่อผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีประโยชน์ แต่ก็ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ที่อยู่ร่วมกับเครื่องช่วยฟัง ทำให้ต้องปรับตัวกับเครื่องช่วยฟังที่ยังไม่เป็นที่พึงพอใจเท่าไรนัก เนื่องจาก เครื่องช่วยฟังเปรียบเสมือนลำโพง มีเสียงรบกวน อีกทั้งยังรู้สึกว่าเป็นส่วนเกิน ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ และหากชำรุดต้องส่งซ่อม เกิดภาระอื่น ๆ เพิ่มขึ้นตามมา เช่น ค่าใช้จ่าย

4.2 ปรับตัวในการสื่อสารกับผู้อื่น

ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินจำเป็นต้องปรับตัวในเรื่องของการสื่อสารกับผู้อื่น ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในด้านของการสื่อสาร ดังนี้ ตั้งใจฟัง ใช้สมาธิมากขึ้น เมื่อรู้ว่าสิ่งที่ผู้พูดกำลังพูด เป็นเรื่องสำคัญ หรือเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ของตนเอง นำตนเองไปอยู่ใกล้เสียง จ้องดูปากผู้พูด เพื่อให้ได้ยินหรือรู้เรื่องในสิ่งที่คู่สนทนาสื่อสาร

4.3 เพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันคือ เพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุจากการเดินทางมากกว่าคนทั่วไป เช่น ตอนขับรถ และตอนข้ามถนน อีกทั้งคนใกล้ตัวแนะนำ ให้ระมัดระวัง เนื่องจากบางครั้งเสียงแตร เสียงรถก็ไม่ได้ยิน รวมไปถึงเสียงเตือนภัยต่างๆ คนในครอบครัวจึงแนะนำผู้สูงอายุให้ใส่เครื่องช่วยฟังเวลาที่ต้องเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง

4.4 ยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจตนเองว่าไม่สามารถหายขาดจากภาวะบกพร่องทางการได้ยิน มีเพียงเครื่องช่วยฟังที่เป็นอุปกรณ์ตัวช่วยในการทำให้ได้ยินมากขึ้นเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงปรับความคิด ทัศนคติของตนเองในการอยู่ร่วมกับภาวะนี้ให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ไม่ว่าจะ เป็น มองว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้เกิดจากเวรกรรม เข้าใจความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ถึงแม้จะอยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยินแต่ตนเองยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สิ่งที่คุณสูงอายุต้องการจากคนรอบข้างคือกำลังใจ และการพูดให้ได้ยิน

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 การรับรู้อาการได้ยินบกพร่อง

จากการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ เริ่มต้นจากการรับรู้อาการได้ยินบกพร่องของตนเอง พบว่าในช่วงแรกที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะ 모르ตัวว่าตนเองไม่ได้ยิน สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ คือ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยจะเกิดการเสื่อมถอยของอวัยวะและระบบต่างๆในร่างกาย ในส่วนของระบบประสาทและระบบประสาทสัมผัสที่กล่าวไว้ว่า เมื่ออายุมากขึ้นการได้ยินลดลง เกิดอาการหูตึง (Presbycusis) จากการเสื่อมของเส้นประสาทคู่ที่ 8 และ Organ of Corti และ Basilar membrane เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการได้ยินระดับเสียงสูง (Saxon, Perkins and Etten, 2015; วิลาวรรณ ทองเจริญ, 2554) เมื่อผ่านไปสักพักคนรอบข้างก็เกี่ยวกับเรื่องหู และผู้สูงอายุเริ่มรับรู้อาการได้ยินบกพร่องของตนเอง จากการสังเกตตนเองตอนพูดคุยกับคนรอบข้าง โดยมีอาการเริ่มแรกคือ ฟัง

เสียงไม่ชัด เสียงที่เบาจะไม่ค่อยได้ยิน เปิดโทรทัศน์เสียงดังมากขึ้นกว่าปกติ อาการจะเริ่มเปลี่ยนแปลงทีละน้อยๆ ค่อยๆเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gates GA (2005) พบว่า อาการสำคัญของประสาทหูเสื่อมตามอายุคือ การได้ยินเสียงลดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปของหูทั้งสองข้าง อาจมีเสียงดังในหูร่วมด้วย ช่วงแรกที่มีอาการเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุยังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่เมื่ออาการแยกลง กระทั่งการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงตัดสินใจรักษา

ในส่วนของอาการค่อยเป็นค่อยไปของภาวะบกพร่องทางการได้ยิน พบว่าผู้สูงอายุเมื่อไม่ได้ยินเสียงผู้พูด มักจะแสดงท่าทีเวลาสื่อสารต้องตะแคงหู เอียงหูเข้าไปฟัง รวมไปถึงเสียงจากโทรทัศน์หรือเวลาฟังต้องเอามือมาไว้ข้างๆหูเพื่อให้ได้ยิน นอกจากนี้เวลาไม่ได้ยินจะพูดคำว่า “หือ” เพื่อเป็นการถามให้คู่สนทนาพูดใหม่อีกครั้ง บางที่ได้ยิน แต่พูดคำว่า “หือ” ไปแล้วด้วยความเคยชิน และเวลาพูดจะเป็นคนที่พูดเสียงดังกว่าคนทั่วไป พฤติกรรมข้างต้นผู้สูงอายุรู้สึกถูกมองว่าน่าเกลียดจากคนรอบข้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hilgard and Atkinson (1979) ได้ให้ความหมายไว้ว่า บุคลิกภาพ หมายถึง รูปแบบต่างๆของการกระทำรวมทั้งวิถีคิด โดยจะทำหน้าที่กำหนดแนวทางในการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม และ Plotnik (1989) ได้ให้ความหมายไว้ว่า บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลในรูปแบบความคิด ความรู้สึก การแสดงพฤติกรรมในการตอบสนองต่อบุคคล สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทางสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีบุคลิกที่เสียไปเนื่องจากการปรับตัวให้เข้ากับภาวะบกพร่องทางการได้ยินของตน ต้องแสดงออกพฤติกรรมที่ให้อภัยตนเองเข้าไปใกล้เสียงมากที่สุดเพื่อจะได้ให้ตนเองได้ยิน

ดังนั้นในประเด็นนี้ พยาบาลผู้สูงอายุจึงควรแนะนำผู้สูงอายุและญาติ ในการสังเกตอาการบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ ควรมีการตรวจประเมินสุขภาพทางหู เนื่องจากหากผู้สูงอายุไม่รู้ตนเองว่ามีการบกพร่องทางการได้ยิน และปล่อยไว้เป็นเวลานานจะทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งลงของผู้สูงอายุได้ การประเมินและป้องกันจึงสำคัญ ภาวะสูญเสียการได้ยินเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการจัดการที่ดีที่สุดไม่เพียงแต่ต้องแก้ไขในระยะแรกเท่านั้น ยังต้องคำนึงถึงการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุเหล่านั้น ภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่กำลังเล็งเห็นความสำคัญมากขึ้น ซึ่งในอนาคตอันใกล้จำเป็นต้องพัฒนาระบบการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน พัฒนาความรู้ของทีมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหา การตรวจประเมินคัดกรองความเสื่อมของหูตั้งแต่ในระยะแรกเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต้องปฏิบัติ ในอดีตแบบประเมินคัดกรองเชิงรุกผู้สูงอายุไม่พบการคัดกรองเรื่องการได้ยิน ปัจจุบันระบบบริการนโยบายภาครัฐเริ่มเห็นถึงความสำคัญของเรื่องนี้จึงเพิ่มการคัดกรองการเสื่อมของหูในผู้สูงอายุ ในคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 เมื่อต้นปีที่ผ่านมาซึ่งยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ควรมีการรณรงค์ให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุนี้ โดยเร็ว เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีการคาดการณ์ว่าในอนาคตอันใกล้จะ

เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยของความเสื่อมถอย อีกทั้งภาวะบกพร่องทางการได้ยินยังส่งผลกระทบต่ออย่างมากในเรื่องการสื่อสาร และในหลายๆด้านที่กล่าวไว้แล้วในส่วนของบทที่ 2

ประเด็นที่ 2 ชีวิตที่เปลี่ยนไปเมื่อเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอย่างมากโดยเฉพาะในเรื่องของการสื่อสาร จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมปกปิดไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนเองมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน โดยจะแสดงพฤติกรรมว่าได้ยินปกติ อาจใช้การยิ้ม หรือการพยักหน้ารับฟัง เออออไปตามผู้พูด เนื่องจาก ไม่อยากถูกถามถึงเรื่องหู กลัวโดนนินทา ขาดความเคารพนับถือ ไม่ไว้วางใจจากผู้ที่พบเห็น ซึ่งบางรายมองว่าอาการหูไม่ดีเป็นปมด้อยที่ต้องปกปิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ M. Radic sestec and S. Milicevic (2013) พบว่าเครื่องช่วยฟังส่งผลต่อภาพลักษณ์ Price B (2009) กล่าวว่าภาพลักษณ์เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อร่างกายตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา การเคลื่อนไหว และการทำหน้าที่ของอวัยวะ ภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์ซึ่งเกิดจากการตอบสนองการรับรู้ความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ทางสังคม ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในร่างกายของตนเอง (Quick V, 2013) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะกังวลเรื่องภาพลักษณ์มากกว่าเพศชาย มีพฤติกรรมเอาหมามาบังที่หูเพื่อปกปิดว่าตนเองใส่เครื่องช่วยฟังอยู่

อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร จะไม่ยอมพูดกับใคร ทำให้เกิดพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมเสี่ยงการพบปะพูดคุยติดต่อกับบุคคลอื่นซึ่งปกติแล้วตอนที่การได้ยินปกติไม่เป็นแบบนั้น ความสนุกสนานในชีวิตลดลง เลือกว่าจะสนใจแต่เรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ใช้วิธีการสื่อสารผ่านตัวหนังสือแทนการพูดคุย เพราะหากผู้สูงอายุไม่ได้มีปัญหาเรื่องสายตา หรือมีแต่ได้รับการแก้ไขโดยการใส่แว่นตาแล้วทำให้การสื่อสารผ่านตัวหนังสือเป็นเรื่องที่ง่ายกว่าการพูดคุย ในการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ APPLICATION LINE ในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับ WHO (2013) ที่ระบุว่าความบกพร่องทางการได้ยินส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแปลกแยกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสียความมั่นใจ แยกตัว (Lin FR, 2011) และงานวิจัยของ A Ciorba, C Bianchini, S Pelucchi and Antonio Pastore (2011) พบว่า การสูญเสียการได้ยินส่งผลกระทบต่อชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เกิดความเหงา การแยกตัว นอกจากนี้ยังพบว่า การสูญเสียการได้ยินทำให้ลดความสัมพันธ์ด้านการสื่อสาร เช่น ลดปฏิสัมพันธ์ ในด้านสังคม และจิตสังคม พบว่าการสูญเสียการได้ยินเป็นสาเหตุของความเหงา การแยกตัว และลดกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาของ Andrea Ciorba ,Chiara Bianchini, Stefano Pelucchi and Antonio Pastore (2012) พบว่าการสูญเสียการได้ยินทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะ เหงา โดดเดี่ยว แยกตัว

ประเด็นดังกล่าวข้างต้นยังสอดคล้องกับทฤษฎีความสูงอายุด้านสังคมวิทยา ในส่วนของทฤษฎีการถดถอยและทฤษฎีกิจกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะค่อยๆลดบทบาททางสังคมลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสื่อมลง ความสามารถที่ลดลง ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมที่ลดลง แต่ยังคงมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกันกับบุคคลวัยกลางคน เชื่อว่าผู้สูงอายุยังต้องการการมีกิจกรรมกับเพื่อนในสังคม ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งการมีกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในวัยเกษียณมีบทบาททางสังคมลดลง ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บ้านกับคนในครอบครัว บวกกับปัญหาเรื่องการได้ยินยังทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมเข้าสังคม เพราะไปก็ไม่สนุก พูดคุยกับใครก็ไม่รู้เรื่องหรือไม่เข้าใจ แต่ลึกๆแล้วผู้สูงอายุแต่ละรายบอกว่าบุคลิกเดิมไม่ใช่แบบนั้น ยังมีความอยากไปเที่ยว พบปะเพื่อนฝูง เข้าสังคม หรือบางรายที่มีปัญหาการได้ยินช่วงที่ยังทำงานสังคมอยู่ทำให้ต้องถอนตัวออกจากงานสำคัญเพราะข้อจำกัดเรื่องหูของตนเอง

ดังนั้นหากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวหรือ การแยกจากสังคมบ่อยครั้งหรือนานๆเข้า อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือสมองเสื่อมได้ เนื่องจากขาดการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin FR (2008) พบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินเป็นเครื่องหมายสำหรับภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Olivia Nirmalasari และคณะ (2013) ที่พบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยิน นำไปสู่ปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม สับสน อาการซึมเศร้า ความสามารถทางร่างกายและการรับรู้ทางสติปัญญาลดลง รวมทั้งอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ พบว่าการศึกษาของ Marieke Pronk, Dorly, J.H. Deeg, Cas Smits (2014) สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในหญิงหม้ายจะรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุรายหนึ่งที่อยู่ในสถานะหม้าย และอยู่ตัวคนเดียว ขณะให้สัมภาษณ์มีน้ำตาคลอบ่อยครั้ง และร้องไห้เล็กน้อย ดูคล้ายมีความทุกข์ใจมากกว่าผู้สูงอายุรายอื่นๆ ซึ่งหากปล่อยไว้นานๆอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังรู้สึกหมดคุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการฟังข้อมูล จากการถูกมองข้ามความสำคัญ อี๊ดอ๊ด รู้สึกเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่เหมือนคนปกติ ซึ่งตรงกับแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย Twaddle (1994) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่า หมายถึง สถานะทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งการรับรู้ที่เกิดขึ้นของบุคคลประกอบไปด้วย ความรู้สึกของบุคคล เช่น ความเจ็บปวด ความรู้สึกอ่อนแรง และการรับรู้ถึงสมรรถภาพ และความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งความเจ็บป่วยนั้นอาจส่งผลให้อาการของโรค (Disease) เพิ่มมากขึ้น หรือความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับโรค และในบางครั้งการเจ็บป่วยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนเป็นโรคหรือเป็นความผิดปกติทางจิตใจก็ได้ (Cassell, 1976) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกมีปมด้อย ไม่อยากอยู่ในภาวะนี้ อยากหาย

มีความคิดเกิดขึ้นว่าคนหูไม่มีโลกเป็นของตนเองซึ่งอยู่คนละโลกกับคนหูดีที่ไม่มีวันเข้าใจ อาการหูไม่มีเกิดจากเวรกรรม เมื่อหูไม่มีอะไรก็ไม่ดีตามๆไปด้วย และยังคงมีคำถามว่าทำไมเราถึงต้องเป็นแบบนี้

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการสูญเสียการได้ยินกับจิตประสาทและอารมณ์ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการสูญเสียการได้ยินกับภาวะสมองเสื่อมและการเรียนรู้ที่ลดลง และหากปล่อยไปเรื่อยๆ โดยไม่แก้ไขก็จะทำให้สมองทำงานหนักขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ อย่างเช่นการศึกษาของ Saito H และคณะ (2010) พบว่า อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินมีจำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุที่การได้ยินปกติ อีกทั้งมีการศึกษาพบว่า ภาวะความบกพร่องทางการได้ยินในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็น 4 เท่า และการสูญเสียการได้ยินเพียงเล็กน้อยก็ส่งผลต่อความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะและเสียงการทรงตัว เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ (Li-Korotky,2012; Lin,2011; Rosdina,Leelavathi, Zaitun, Azimah, Majmin, et al., 2010) จากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุเพียง 1 รายที่มีประวัติพลัดตกหกล้ม จากพื้นลื่นและมีการทรงตัวไม่ดี และปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุหากมีความทุกข์เป็นระยะเวลานานไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในอนาคต

ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะนี้ถึงประสบการณ์ชีวิต ปัญหาทางการสื่อสาร ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ควรที่จะส่งเสริมการเข้าถึงคนให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง รวมถึงการแนะนำญาติหรือผู้ดูแลให้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 3 การแสดงออกของคนรอบข้างต่อผู้สูงอายุที่มีการได้ยินบกพร่อง

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายู้สึกว่าคนรอบข้างแสดงพฤติกรรมที่บอกว่าเหนื่อย ไม่ชอบ ไม่อยากคุยด้วย เช่น บอกตรงๆว่าเหนื่อยที่ต้องคุยด้วย บางคนจะไม่ปฏิสัมพันธ์โดยเฉพาะคนที่รีบแข่งกับเวลา บางครั้งถูกดูว่าตะคอก ตะโกน ด้วยน้ำเสียงที่ดัง หรือไม่พอใจ เวลาสื่อสารไม่รู้เรื่อง ถูกโกรธเพราะไม่ได้ยิน ได้รับคำพูดกระทบกระเทือนจิตใจ เช่นคำว่า หูตึง นอกจากนี้ยังถูกหัวเราะเวลาผู้สูงอายุมีท่าทีตอนพยายามทำให้ตนเองได้ยิน ดังเหตุการณ์ที่บอกว่า ต้องเอาหูไปใกล้โทรทัศน์เพราะไม่ได้ยิน คนในครอบครัวเห็นจึงหัวเราะและถ่ายรูปส่งให้สมาชิกคนอื่นในบ้านดู และบางครั้งสื่อสารไปคนละเรื่อง ทำให้ถูกมองเป็นเรื่องขำขัน แต่ผู้สูงอายุมองว่าเป็นเรื่องตลกภายในบ้านไป บางครั้งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิต เงามาม (2541) พบว่า คนทั่วไปสามารถใช้ช่องทางในการสื่อสารผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า แต่ถ้าผู้รับสารหรือผู้ส่งสารมีความบกพร่องของประสาทสัมผัสด้านใดด้านหนึ่งย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสารถูกจำกัดไปด้วย

ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน จึงไม่สามารถได้ยินเสียงหรือรับสื่อที่ต้องใช้เสียงเป็นองค์ประกอบได้อย่างเข้าใจ ทำให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสาร บุคคลรอบข้างที่สื่อสารด้วยจึงเกิดความ เบื่อหน่าย หรือท้อแท้ในการสนทนา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hallberg LR (1993) อธิบายจากมุมมองของคู่สมรส ประสบการณ์การใช้ชีวิตใกล้ชิดกับชายที่มีการสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรง พบว่าส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ใกล้ชิด ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ Echaliel Melissa (2012) พบว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม และการศึกษาของ Shae D. Morgana and Sarah Hargus Ferguson (2017) พบว่า เมื่อบุคคลต้องสื่อสารกับผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินจะเกิดอารมณ์โกรธ ไม่พอใจ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการพูดที่ชัดเจนขึ้นทำให้ผู้สูงอายุฟังถูกใจมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะเกิดความเข้าใจในการสื่อสารมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุทางจิตสังคมเชิงลบได้ ดังนั้นคู่สนทนาควรมีความระมัดระวังในเรื่องนี้

ประเด็นที่ 4 ปรับตัวปรับใจกับการเป็นผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวปรับใจให้สามารถอยู่ร่วมกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้ต่อไปได้ ไม่ว่าจะเป็น ปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ทำให้ตัดสินใจรับการรักษาเรื่องอาการไม่ได้ยินของตนเอง เนื่องจากปัจจุบันไม่มียารักษาภาวะเสื่อมตามวัยของระบบประสาทหู แพทย์จึงพิจารณาให้ใส่เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) ซึ่งช่วยทำหน้าที่เสมือนเครื่องขยายเสียงให้ดังขึ้น โดยใส่ไว้ในช่องหู สามารถถอดเก็บได้ ซึ่งผู้สูงอายุต้องยินยอมใช้เครื่องช่วยฟังด้วยเหตุผลที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น จำใจใส่ เพราะเครื่องช่วยฟังเปรียบเหมือนยารักษาตามคำแนะนำของแพทย์ว่าจำเป็นต้องใช้ ถ้าไม่ใช้สมองจะแย่ลง และต้องใช้อย่างสม่ำเสมอ ตัดปัญหาคนใกล้ชิดพูดด้วยน้ำเสียงที่ดัง ใส่เครื่องเพราะอยากคุย อยากได้ยิน อยากเฮฮา มีความหวังว่าเครื่องช่วยฟังจะทำให้ได้ยินมากขึ้น และอยากเข้าสังคมกับคนรอบตัว บางรายใส่เครื่องเพราะกลัวจะไม่ได้ยินเหตุร้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ NIDCD (2015) พบว่า การรักษาประสาทหูเสื่อมตามอายุเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้บกพร่องทางการได้ยินสามารถฟัง สื่อสาร และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งเครื่องช่วยฟังสามารถช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินสามารถได้ยินมากขึ้นทั้งในสถานการณ์ที่เงียบสงบและมีเสียงดัง อย่างไรก็ตาม เครื่องช่วยฟังได้มีวิวัฒนาการมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน แต่จากการศึกษาพบว่า เครื่องช่วยฟังยังไม่เป็นที่พึงพอใจสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยนักทำให้เกิดการปรับตัวต่างๆในการอยู่ร่วมกับอุปกรณ์นี้ได้

เมื่อผู้สูงอายุได้ใช้เครื่องช่วยฟัง เกิดปัญหาต่างๆตามมาอีก คือ ยังไม่สามารถได้ยินเสียงชัด 100% ยังมีทั้งได้ยินบ้างไม่ได้ยินบ้าง บางครั้งยังไม่สามารถสื่อสารพูดคุยกับบุคคลอื่นได้ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ วิพรร ญฐรังสี (2563) พบว่าผู้ใช้เครื่องช่วยฟังร้อยละ 58.2 ระบุว่าเครื่องช่วยฟังช่วยให้ได้ยินชัดขึ้นระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงรู้สึกเป็นไปไม่ได้ที่ใส่เครื่องช่วยฟังแล้วจะเหมือนเดิมตอนหูปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า เครื่องช่วยฟังเปรียบเสมือนเหมือนลำโพงที่มีเสียงรบกวน คือจะได้ยินเสียงดังมาก เสียงที่ดังกว่าจะได้ยิน เสียงที่เบากว่าจะไม่ได้ยิน บางรายบอกว่าเสียงรบกวนคล้ายเสียงแอร์ ใส่ไปๆมาๆมีเสียงก้องจนบางครั้งปวดหู เมื่อใส่เครื่องช่วยฟังตอนโทรศัพท์จะมีเสียงรบกวน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์ (2556) ที่พบว่าคุณภาพของเสียงจากเครื่องช่วยฟังจะเสียงดังมาก เสียงหวีด เสียงซ่า เสียงรบกวน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Salonen (2012) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุเลิกใช้เครื่องช่วยฟังคือการมีเสียงรบกวนในการใช้งานเป็นเหตุให้เกิดความรำคาญและเลิกใช้เครื่องช่วยฟังในที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าเครื่องช่วยฟังเป็นอุปกรณ์ส่วนเกินบนใบหน้าหรือร่างกาย เจ็บปวดเวลาใส่เนื่องจากมีอะไรมาเสียบในหู มาดันหู มีความยุ่งยาก นำรำคาญ ใส่แล้วรู้สึกหงุดหงิด หากเครื่องเสียก็ต้องมาซ่อม มาพบแพทย์ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่ชอบ ไม่อยากใส่เครื่องช่วยฟัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์ (2556) ที่พบว่าลักษณะของปัญหาที่พบมากที่สุดเมื่อใส่เครื่องช่วยฟังคือ เจ็บ คัน แน่น หลวม นอกจากนี้มีผู้สูงอายุบางรายมีความทุกข์ที่เกิดจากการใส่เครื่องช่วยฟังคือเครื่องช่วยฟังทำให้ต้องเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่เดิม คือ จากกิจกรรมเดิมว่ายน้ำเลยเปลี่ยนเป็นแอโรบิก จากแอโรบิก จึงเปลี่ยนเป็นการเดินแทน และกลัวคนรอบตัวรู้ว่าใส่เครื่องช่วยฟังจึงต้องปกปิด ทั้งนี้จากการศึกษาของ Solheim (2011) พบว่าผู้ที่คิดว่าการใส่เครื่องช่วยฟังแสดงให้เห็นถึงความพิการของตน จะมีแนวโน้มไม่ใช้เครื่องช่วยฟังมากกว่าคนอื่นๆ

การศึกษานี้ยังพบอีกว่ามีผู้สูงอายุที่รับทราบคำแนะนำของแพทย์ว่าต้องใส่เครื่องสม่ำเสมอ ยังมีพฤติกรรมใส่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของความกังวลเกี่ยวกับความสะดวกสบาย ความชื้นจะทำให้เครื่องเสีย เช่น ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวน ไม่ค่อยใส่เนื่องจากเหงื่อออกเยอะ กลัวเครื่องสกปรก เสียหาย และบางรายหลังอาบน้ำจะยังไม่ใส่เครื่อง ต้องรอให้หูแห้งสนิทก่อนกลัวใส่แล้วเครื่องจะขึ้น หากเสียต้องส่งซ่อม และเครื่องช่วยฟังเป็นอุปกรณ์ที่เพิ่มมาในชีวิตและยังเกิดความไม่สุขสบายในการใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตตินันท์ (2019) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการใช้งาน เครื่องช่วยฟัง คือ การดูแลตัวเครื่องช่วยฟังและแบบพิมพ์หูพบว่า มีขี้หูติดหรืออุดตันช่องทางผ่านของเสียง เครื่องสกปรก ต้องเปลี่ยนที่ป้องกันไมโครโฟน (Microphone cover) และปั๊มปรับความดังเสียงหลุดหาย

นอกจากนี้เครื่องช่วยฟังส่งผลกระทบต่อที่เพิ่มขึ้นในเรื่องของค่าใช้จ่ายจากการศึกษานี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เบิกค่าเครื่องช่วยฟังได้แต่ไม่เต็มจำนวน ต้องจ่ายเพิ่มเติมเอง และบางรายพบว่าแบตเตอรี่หมดเร็ว ต้องซื้อแบตเตอรี่บ่อยขึ้น เนื่องจากใส่ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และหากเครื่องช่วยฟังมีปัญหาต้องส่งซ่อม เสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง เสียเวลา หากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ

ประกอบอาชีพได้ และมีฐานะยากจน (Joradon, 2013) ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้เครื่องช่วยฟังในอนาคต

ดังนั้นผู้สูงอายุเมื่อต้องเผชิญปัญหา หรือข้อเสียของเครื่องช่วยฟังที่มากมาย อาจมีแนวโน้มที่จะใส่เครื่องช่วยฟังลดน้อยลงได้ แต่หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวปรับใจกับภาวะที่เป็นอยู่ และในอนาคตหากมีวิวัฒนาการใหม่ๆหรือเครื่องช่วยฟังที่สะดวก สบาย ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง หรือมีการรักษาโดยใช้ยาแทนผู้สูงอายุอาจจะมีคุณภาพฟังที่ดีมากขึ้น

ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟัง แต่ยังคงต้องมีการปรับตัวในการสื่อสารกับผู้อื่น ต้องตั้งใจฟัง ใช้สมาธิมากขึ้น และนำตนเองไปอยู่ใกล้เสียง จ้องดูปากผู้พูด ดังนั้นพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรมีความเข้าใจ จะได้ให้การพยาบาลในด้านการสื่อสารที่เหมาะสม

จากการศึกษานี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุต้องเพิ่มความระมัดระวังอุบัติเหตุมากกว่าคนปกติ บางครั้งเสียงแตรหรือเสียงรถก็ไม่ได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเสี่ยงการข้ามถนน ขับรถแบบระมัดระวังมากขึ้น ระมัดระวังตัวเวลาเดินทางรถสาธารณะกลัวเกิดเหตุร้ายจะไม่ได้ยิน เนื่องจากเสียงสามารถช่วยเตือนภัยได้ เช่น สัญญาณไฟไหม้ หรือเสียงของยานพาหนะเวลาเดินข้ามถนน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินเสี่ยงต่ออันตรายมากกว่าคนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Helen Keller (1995) พบว่าผู้สูงอายุไม่อาจรับรู้ถึงภัยเหล่านี้ได้เลยถ้าไม่ได้ยินเสียง นอกจากนี้ การได้ยินที่สมดุลงของหูซ้ายและขวายังช่วยบอกแหล่งกำเนิดเสียงได้ว่ามาจากทิศทางไหน ใกล้ไกลมากน้อยเพียงใด ผู้ที่บกพร่องทางการได้ยินจะจับทิศทางของเสียงไม่ได้ บางครั้งอาจเสี่ยงต่อความปลอดภัยมากกว่าคนทั่วไป

ดังนั้นในด้านการคมนาคมควรมีการปรับปรุงแบบการเดินทาง หรือยานพาหนะที่เหมาะสมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ และในอนาคตควรมีอุปกรณ์ เทคโนโลยี หรือสัญลักษณ์ เข้ามาช่วยผู้สูงอายุในเรื่องของการระมัดระวังอุบัติเหตุที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ประเด็นสุดท้ายของเรื่องนี้คือผู้สูงอายุต้องยอมรับกับการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยิน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสุดท้ายแล้วผู้สูงอายุรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถหายขาดจากอาการหูไม่ได้ยิน มีเครื่องช่วยฟังเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้ได้ยินมากขึ้นเท่านั้น จึงต้องปรับความคิด ทศนคติของตนเองในการอยู่ร่วมกับภาวะบกพร่องทางการได้ยิน มองว่าภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้เป็นเรื่องของกรรม ปัญหาการได้ยินเป็นเพียงเรื่องเล็ก สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานแล้วไม่ได้รับผลกระทบมากนัก มีกำลังใจจากคนใกล้ตัว คนในครอบครัวที่เข้าใจ และช่วยเหลือ ต้องยอมรับว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญที่ใช้งานมานานจะเสื่อมตามวัย เมื่อเข้าใจสภาพสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป และจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุสามารถรับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามกระบวนการสูงอายุ ความเข้าใจในตนเอง สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี (Ann Marie White, 2009)

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายมองว่าเป็นเรื่องที่ดีเหมือนกันที่ไม่ได้ยิน ไม่ต้องการรับรู้อะไร ไม่ต้องยุ่งกับใคร ซึ่งเป็นการใช้กลไกการป้องกันตนเอง (Defense mechanism) เป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นในบุคคลโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่นำมาใช้โดยไม่รู้ตัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับตัว แก้ปัญหาที่มีอยู่ และรักษาความสมดุลหรือความปกติของจิตใจไว้ กลไกป้องกันตนเองเป็นวิธีการของจิตใจที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มักเกิดขึ้นหรือแสดงออกทันทีโดยบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ที่จะต้องป้องกันหรือต่อสู้และปรับตัวเอง เพื่อให้ชีวิตอยู่รอด ปลอดภัย มีความสุข เพื่อสามารถรักษาสภาพเดิมของจิตใจไว้ได้ (ชูทิศย์ ปานปรีชา , 2551)

จากการศึกษานี้ยังพบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการเกี่ยวกับการดูแล หรือวิธีการปรับการสื่อสารคืออยากให้มียารักษาให้หายจากภาวะบกพร่องทางการได้ยินนี้ ผู้สูงอายุอาจมองว่าโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ยังมียารักษาที่สามารถรักษาได้โดยการรับประทาน หรือฉีด แต่ในภavnะนี้ยาที่ใช้รักษาเหมือนจะเป็นเครื่องช่วยฟัง ซึ่งในปัจจุบันยารักษาภavnะนี้ยังไม่มี อีกทั้งสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการคือการปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสม อยากให้สนทนาด้วยเสียงที่ดัง ช้าๆ และพูดด้วยความกระจำ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในส่วนของบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินบางส่วนดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการได้ยินจะมีความยากลำบากในการสื่อสาร พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นการสนทนาด้วยการทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และพร้อมที่จะฟัง เลือกใช้สถานที่ที่มีความเหมาะสม ควรกำจัดเสียงรบกวนต่างๆ ที่อาจรบกวนการสนทนา หลีกเลี่ยงห้องขนาดใหญ่ที่มีเพดานสูงเพราะอาจ ทำให้มีเสียงก้องและรบกวนการสื่อสารได้ ผู้พูดควรอยู่ในตำแหน่งที่ห่างจากผู้สูงอายุประมาณ 1-2 เมตร มีแสงสว่างส่องให้เห็นใบหน้าของผู้พูดอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟังไปพร้อมกับอ่านปากของผู้พูดได้ ใช้คำพูดที่ชัดเจน ใช้ประโยคเรียบง่าย และมีความหมาย จังหวะการพูดช้าปานกลางและ พูดเน้นคำ ที่สำคัญใช้เสียงโทนต่ำ หลีกเลี่ยงการตะโกน เนื่องจากผู้สูงอายุจะไม่ได้ยินเสียงที่มีความถี่สูง นอกจากนี้ผู้พูดควรมีการแสดงออกทางสีหน้า ร่วมด้วยจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายได้ดีขึ้น และหากมีความจำเป็นต้องสื่อสารในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม พยาบาลควรพูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เน้นย้ำข้อความที่จำเป็นให้ชัดเจน รวมทั้งอาจให้

ผู้สูงอายุช่วยทบทวนประเด็นสำคัญที่ต้องการสื่อสาร เพื่อที่จะสามารถมั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง (Ko, 2010; Spyridakou, 2012)

ดังนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่าจริงๆ แล้วสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการในส่วนที่เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรรอบข้างสามารถปฏิบัติให้ได้คือการให้กำลังใจ และการปรับวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินเพียงเท่านั้นเอง

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สรุปได้ว่าผู้สูงอายุเมื่อต้องอยู่ในภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยเฉพาะการมีข้อจำกัดในการสื่อสารกับบุคคลอื่น การที่ต้องเผชิญกับความเงียบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ยอมพูดคุย มีพฤติกรรมแยกตัว บุคลิกภาพเสียไป ต้องประสบกับพฤติกรรมของคนรอบข้างที่ไม่อยากสื่อสารด้วย ดูว่า ตะคอก ตะโกน เวลาสื่อสารไม่เข้าใจกัน ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์ทางลบ และความทุกข์มากมาย เช่น รู้สึกเบื่อ ไม่สนุก เวลาเข้าสังคม เครียด กังวล เมื่อไม่ได้ยินข้อมูลที่สำคัญหรือเป็นประโยชน์กับตนเอง ขาดความมั่นใจ น้อยใจ ขัดแย้งตอนสื่อสาร แต่สิ่งที่เข้ามาช่วยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะนี้ได้ดีที่สุดในปัจจุบันคือเครื่องช่วยฟัง ซึ่งหลังใช้เครื่องช่วยฟังผู้สูงอายุพบว่า มีทั้งข้อดีคือช่วยให้ได้ยินเสียงมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น รู้สึกปลอดภัยเรื่องหูตึง สามารถสื่อสาร เข้าสังคมได้มากขึ้น แต่ก็มีข้อเสียคือ มีเสียงรบกวน รู้สึกเสียภาพลักษณ์เมื่อต้องใส่เครื่องช่วยฟัง และยังมีรู้สึกเจ็บรำคาญ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใส่แว่นตา ฟันปลอม จึงรู้สึกว่าเครื่องช่วยฟังเปรียบเหมือนส่วนเกินบนใบหน้า หรืออวัยวะอีกส่วนหนึ่งของร่างกาย นอกจากนี้มีเครื่องช่วยฟังยังทำให้มีผลกระทบอื่นๆตามมา คือค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากที่เบิกได้ ค่าแบตเตอรี่ ค่าเดินทาง เสียเวลา เวลาไปส่งเครื่องซ่อมเมื่อชำรุดสุดท้ายแล้วเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถหายจากภาวะนี้ได้ จึงต้องปรับทัศนคติ เข้าใจ และยอมรับความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ โดยมีคนใกล้ชิด และคนในครอบครัวเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะนี้ต่อไปได้

ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์จากเจ้าหน้าที่เมื่อมารับบริการในฐานะผู้ป่วยที่บกพร่องทางการได้ยิน มีทั้งประสบการณ์ที่ดีคือ เจ้าหน้าที่เข้าใจ สื่อสารด้วยเสียงที่ดังฟังชัด หากเป็นข้อมูลที่สำคัญจะให้ญาติมาช่วยฟัง ประสบการณ์ที่ไม่ดีคือ เจ้าหน้าที่บางคนไม่คุยด้วย ทำงานด้วยความเร่งรีบ รู้สึกถูกมองข้าม เคยถูกดู ว่าจากเจ้าหน้าที่ที่อื่นเมื่อสื่อสารไม่รู้เรื่อง ผู้สูงอายุมีความต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ และมองว่าพยาบาลมีความสำคัญก่อนจะเข้าไปพบแพทย์ ควรพูดช้าๆ ใล้ๆ เสียงดังหน่อยไม่ต้องถึงกับตะโกน และยิ่งในสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ในปัจจุบัน จากเดิมผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน จะไม่ค่อยได้ยินอยู่แล้ว บางรายอาจต้องอ่านปากคู่สนทนา ทำให้มีความยากลำบากในการสื่อสารมากขึ้นเนื่องจากทุกคนสวมหน้ากากอนามัย เจ้าหน้าที่บางคนสวม face

shield ทำให้ไม่สามารถเห็นปากคู่สนทนา และเสียงที่คู่สนทนาสื่อสารผ่านหน้ากากอนามัย และ face shield ยิ่งฟังไม่ชัดเจน

ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือ เข้าใจ และปรับ การสื่อสารให้ผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน ให้มีความเข้าใจในข้อมูลและมีประสิทธิภาพในการ สื่อสารกันให้ได้มากที่สุด เนื่องจากการสื่อสารที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้ป่วยมีคุณภาพ อีกทั้งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและญาติเป็นหัวใจ สำคัญของการสื่อสาร นำมาซึ่งความสบายใจและความไว้วางใจที่ผู้รับบริการมีต่อบุคลากร ซึ่งใน อนาคตมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินเพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยินมากขึ้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนา วิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะการแสดงพฤติกรรมที่ เหมาะสมต่อผู้สูงอายุกลุ่มนี้
- 2) สอนและแนะนำครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มีความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตและการ ดูแลที่มีความเฉพาะ รวมไปถึงการแนะนำการปรับวิธีการสื่อสาร
- 3) สามารถให้ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสังเกตอาการได้ยินบกพร่อง เพื่อจะได้เข้ารับ การรักษาได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก ป้องกันการเกิดผลกระทบอื่นๆจากภาวะบกพร่องทางการได้ยิน
- 4) ส่งเสริม สนับสนุนการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินให้สามารถอยู่ ร่วมกับภาวะนี้ได้โดยปกติสุข
- 5) ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นสิ่งที่ช่วยลดการบกพร่องทางการได้ ยินในชีวิตประจำวัน และช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างได้ เกิดความมั่นใจในการใช้ชีวิต และลด การพึ่งพาคูคณอื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด
- 6) ควรมีการปรับระบบบริการสุขภาพเชิงรุกกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เช่นมีการคัดกรองภาวะ บกพร่องทางการได้ยินตั้งแต่ระยะแรกๆ และปรับระบบการบริการทางการแพทย์บาลให้มีความ เหมาะสมตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ว่ามีผลต่อการดำเนินชีวิต และการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างไร หรือศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุกลุ่มนี้
- 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2555). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 1-18.

ขวัญชนก ยิ้มแต่, พนิดา ธนาวิรัตน์ากิจ, พรเทพ เกษมศิริ, พิภพ สิริเพาประดิษฐ์, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, สุภวรรณ เลหาสิงห์, et al. ประสิทธิภาพของเครื่องช่วยฟังระบบดิจิทัลแบบกล่องที่พัฒนาต้นแบบโดยเนคเทคและต้นทุนของการคัดกรองการได้ยินและบริการเครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุ. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*: 2557.

คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). *ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพฯ: วุฒิสภา.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ความผิดปกติของการได้ยินกับการใช้เครื่องช่วยฟัง [cited 2015 June,9]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/ent/Articles/ear002.html>.

ชาย โปธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ธีรนุช อิงคิศา. (2555). *วิธีใช้และการดูแลรักษาเครื่องช่วยฟัง*. วันที่ค้นข้อมูล 10 ตุลาคม 2562, เข้าถึงได้จาก http://www.eartone.co.th/instrument_maintenance_th.html.

ปารยะ อาศนะเสน. (2553). *การดูแลรักษาหูของนามัยของหู*. วันที่ค้นข้อมูล 10 ตุลาคม 2562, เข้าถึงได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=792>

พีรศักดิ์ เลิศตระการนนท์, เกษม อุตวิชัย, อภินันท์ อร่ามรัตน์, บุญญานุกูล ศ. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ 2541.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ภรดี นานาศิลป์. (2558). *แกนความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุ หรือ ปัจจัยใดช่วยกำหนด*. *พยาบาลสาร*, 42, 156-162.

ราชวิทยาลัยโสต คอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย. เครื่องช่วยฟัง [cited 2015 March,11].

Available from: http://www.rcot.org/data_detail.php?op=knowledge&id=81.

สรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. นครปฐม:

พรีนซ์เทอร์รี่.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ทฤษฎีความสูงอายุ ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 55-70). กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ภาวะความเจ็บป่วยและมโนทัศน์การพยาบาลผู้สูงอายุ ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ.(บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 24-42). กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย. โลกของคนหูหนวก 2016 [cited 2016 January 20].

Available from: <http://www.oocities.org/nadtthai/deafnessth.html#causes>.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*.

กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*.

กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุภางค์ จันทวานิช. (2559). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น. สมาคมพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

กรมอนามัย (2563) .สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ยุค 4.0. [Online] Available :

http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/210204161243

013931.pdf. [2564, เมษายน 11].

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ:

บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2560). การสำรวจประชากร

สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ภาษาอังกฤษ

Arlinger S. (2003) *Negative consequences of uncorrected hearing loss—a review*. Int J Audiol , 42 Suppl 2:2S17-20.

Chien W, Lin FR. (2012) Prevalence of hearing aid use among older adults in the United States. Arch Intern Med ,172:292-3.

Colaizzi P. Psychological research as the Phenomenologist views it. In Existential –

- Phenomenological Alternatives for Psychology (Valle R. & King M. eds), Oxford University Press, London 1978: 48-71
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing* 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Folk Doctor. *Changes in the body and mind of the elderly*. [blog on the Internet]. [cited 2016 Sep 30]. Available from: <https://www.doctor.or.th/article/detail/4930>
- Ford, A. H. et al. Hearing loss and the risk of dementia in later life. *Maturitas* 112, 1–11, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.004> (2018).
- Grue, E. V., Ranhoff, A. H., Noro, A., Finne-Soveri, H., Jensdottir, A. B., Ljunggren, G., et al. (2009). Vision and hearing impairments and their associations with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 635–643.
- Gaur, K., Kasliwal, N., & Gupta, R. (2012). Association of smoking or tobacco use with ear diseases among men: a retrospective study. *Tobacco Induced Disease*, 10(4), 1-9.
- Gates GA, Anderson ML, McCurry SM, Feeney MP, Larson EB. (2011) Central auditory dysfunction as a harbinger of Alzheimer dementia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 137: 390-5.
- Gates GA, Couropmitree NN, Myers RH. (1999) Genetic associations in age-related hearing thresholds. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 125:654-9.
- Hallberg, L. R. M., & Barrenäs, M.-L. (1993). Living with a male with noise-induced hearing loss: Experiences from the perspective of spouses. *British Journal of Audiology*, 27(4), 255-261.
- Harkin, H., & Kelleher, C. (2011). Caring for older adults with hearing loss. *Nursing Older People*, 23(9), 22 - 28.
- Helzner, E. P., Patel, A. S., Pratt, S., Sutton-Tyrrell, K., Cauley, J. A. Talbott, E., et al. (2011). Hearing sensitivity in older adults: associations with cardiovascular risk factors in the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 972 - 979.
- Hickson L, Clutterbuck S, A. K. Factors associated with hearing aid fitting outcomes on the IOI-HA. *International Journal of Audiology*. 2010;49(8):586-95.

- Hickson L, Meyer C, Lovelock K, Lampert M, A. K. Factors associated with success with hearing aids in older adults. *International Journal of Audiology*. 2014;53(S1):S18-S27.
- Itoh, A., Nakashima, T., Arao, H., Wakai, K., Tamakoshi, A., Kawamura, T., et al. (2001). Smoking and drinking habits as risk factors for hearing loss in the elderly: epidemiological study of subjects undergoing routine health checks in Aichi, Japan. *Public Health*, 115, 192-196.
- Jaemtim N, Yuenyong S, & Srisodsuluk P. Effects of Preparation to Care for Elderly Program at Sanamchai Subdistrict Mueng District Supanburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2015; 25(3): 108-19. (in Thai)
- Joglekar, S., Morita, O., Cureoglu, S., Schachern, P. A., Deroee, A. F., Tsuprun, V., et al. (2010). Cochlear pathology in human temporal bones with otitis media. *Acta Oto-Laryngologica*, 130, 472 - 476.
- Ko, J. (2010). Presbycusis and its management. *British Journal of Nursing*, 19(3), 160-165.
- Lee FS, Matthews LJ, Dubno JR, Mills JH. (2005) *Longitudinal study of pure tone thresholds in older patients*. *Ear Hear*.26:1-11.
- Lerman-Garber, I., Cuevas-Ramos, D., Valds, S., Enrquez, L., Lobato, M., Osornio, M., et al. (2012). Sensorineural hearing loss is a common finding in early onset type 2 diabetes. *Endocrine Practice*, 22, 1 - 25.
- Li-Korotky, H. (2012). Age-Related Hearing Loss: Quality of Care for Quality of Life. *The Gerontologist*, 52(2), 265 - 271.
- Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol*. 2011;68(2):214-220.
doi:10.1001/archneurol.2010.362
- Liu, C. M., & Lee, C. T. (2019). Association of Hearing Loss With Dementia. *JAMA Netw Open*, 2(7), e198112. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8112
- Lubbers CA, Roy SJ. *Communication skills for continuing education in nursing*. *Journal of Continuing Education in Nursing* 1990; 21(3): 109-12.
- Mathers C, Smith A, Concha M. Global burden of hearing loss in the year 2000. *Global*

- Burden of Disease. 2000;18(4):1-30.
- Matschke, R. G. (1991). Smoking habits in patients with sudden hearing loss: Preliminary results. *Acta Otolaryngol* 111(476s), 69-73.
- Mulrow CD, Tuley MR, Aguilar C. (1992) *Sustained benefits of hearing aids*. *J Speech Hear Res*, 35:1402-5.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Hearing aids [cited 2015 March,11]. Available from: <http://www.nidcd.nih.gov/staticresources/health/healthyhearing/tools/pdf/hearingaids.pdf>
- Nash SD, Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BE, Nieto FJ, Huang GH, et al. (2011) *The prevalence of hearing impairment and associated risk factors: the Beaver Dam Off spring Study*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* ;137:432-9.
- Pancharoen C. Philosophy of communication skills. In: Pancharoen C, Saksan P, Ngampaiboon C, Editor. *Communication skills handbook for chronic patients*. Bangkok: Thana Press; 2552.
- Penteado SP, Bento RF. Performance analysis of ten brands of batteries for hearing aids. *International archives of otorhinolaryngology*. 2013;17(03):291-304.
- Raynor, L. A., Pankow, J. S., Miller, M.B., Huang, G., Dalton, D., Klein, R., et al. (2009) Familial aggregation of age-related hearing loss in an epidemiological study of older adults. *American Journal of Audiology*, 18, 114 - 118.
- Salonen J, Johansson R, Karjalainen S, Vahlberg T, Jero JP, R. I. Hearing aid compliance in the elderly. *B-ENT*. 2013;9(1):23-8.
- Saxon, S. V., Perkins, E. A., & Etten, M. J. (2015). *Physical Change and Aging, Sixth Edition : A Guide for the Helping Professions* 6th ed. New York: Springer Publishing Company.
- Saxon, S. V., Perkins, E. A., & Etten, M. J. (2015). *Physical Change and Aging, Sixth Edition : A Guide for the Helping Professions* (Vol. 6th ed). New York, NY: Springer Publishing Company
- Sprinzel GM, Riechelmann H. (2010) *Current trends in treating hearing loss in elderly people: a review of the technology and treatment options - a mini-review*. *Gerontology*, 56:351-8.

- Stark P, Hickson L. (2004) *Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others*. Int J Audiol ,43:390-8.
- Uchida Y, Nakashima T, Ando F et al. Prevalence of self-perceived auditory problems and their relation to audiometric thresholds in middle-aged to elderly population. Acta Otolaryngol 2003; 123: 618– 626.
- Uchida Y, Sugiura S, Ando F, Nakashima T, Shimokata H. (2011) *Molecular genetic epidemiology of age-related hearing impairment*. Auris Nasus Larynx, 38:657-65.
- University of Exeter. (2019, July 15). Wearing hearing aid may help protect brain in later life. ScienceDaily. Retrieved November 23, 2019 from www.sciencedaily.com/releases/2019/07/190715094910.htm
- Weinstein, B. E. (2009). Hearing loss in the elderly: A new look at an old problem. in Katz, J., Medwetsky, L., Burkard, R., & Hood, L. Eds. *Handbook of Clinical Audiology* (6th, pp.712-725). Baltimore: Williams & Wilkins.
- World Health Organization. *Situation review and update on deafness, hearing loss and intervention programmes*. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2007.
- World Health Organization. *Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented*. Geneva: WHO; 2013. 17 p.
- National institute on deafness and other communication disorders. Hearing aid [cited 2015 March,9]. Available from: <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/pages/hearingaid.aspx>.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72

Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 552/2020

Protocol Title(English) : Lived experience of being older persons with hearing impairment
 Protocol Title(Thai) : ประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ
 SIRB Protocol No. : 375/2563(IRB1)
 Principal Investigator/Affiliation: Miss Anunya Soponark / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
 Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
 Duration of research : 1 year
 Approval date : July 3, 2020
 Expired date : July 2, 2021

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(Assoc. Prof. Siriporn Pitimana-aree, M.D.)
Chairperson

-8 JUL 2020

date

(Prof. Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

-9 JUL 2020

date

Approval includes :

1. SIRB submission form, date June 29, 2020
2. Proposal
3. Participant information sheet, date June 29, 2020
4. Informed consent form, date February 10, 2020
5. Interview script
6. Curriculum vitae

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. ขั้นก่อนการสัมภาษณ์

เริ่มด้วยผู้วิจัยแนะนำตัว บอกรายละเอียดของการศึกษาวิจัย สอบถามถึงความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ แจ้งสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยในการยินยอมให้สัมภาษณ์

2. ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เช่น อายุ ข้อมูลเบื้องต้นทั่วไป การประกอบอาชีพก่อนอายุ 60 ปี กิจวัตรประจำวัน ข้อมูลสุขภาพทั่วไป โรคประจำตัว จากนั้นจึงเริ่มนำเข้าสู่ประเด็น ขณะนี้มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน ในที่นี้จะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้ยิน โดยใช้คำถามเปิดประเด็นกว้างๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูลเช่น

- 1) สวัสดีค่ะ วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ
- 2) บ้านอยู่ไกลไหมคะ มาโรงพยาบาลตั้งแต่กี่โมง
- 3) ปกติมาหาหมอบ่อยไหมคะ ... วันนี้คุณหมอว่าอย่างไรบ้างคะ
- 4) วันนี้เราจะมาพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตเรื่องการได้ยินของคุณนะคะ พร้อมไหมคะ

3. ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

ลักษณะคำถามจะไม่กำหนดตายตัว จะมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

1) ช่วงเกริ่นนำ

1. สวัสดีค่ะ (ผู้วิจัย) เป็นพยาบาลผู้สูงอายุที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วันนี้จึงมาขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณ (ผู้สูงอายุ) นะคะ
2. ผู้วิจัยเกริ่นเรื่องที่จะมาสัมภาษณ์ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ซึ่งบางครั้งทำให้การได้ยินของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป
3. ในที่นี้ขอเรียนรู้จากประสบการณ์ของคุณ (ผู้สูงอายุ) ว่าเป็นอย่างไร
4. พอจะเล่าว่าตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติเรื่องการได้ยินเกิดเมื่อไร อย่งไรคะ

2) คำถามหลักในการสัมภาษณ์

- 2.1 ช่วยเล่าเกี่ยวกับชีวิตของคุณ (ผู้สูงอายุ) ตั้งแต่เริ่มมีปัญหาเรื่องการได้ยิน ชีวิตเป็นอย่างไร
- 2.2 สิ่งที่คุณต้องประสบเมื่อมีความบกพร่องทางการได้ยิน
 - 2.2.1 การใช้ชีวิตที่มีข้อจำกัดในการได้ยินเป็นอย่างไรบ้าง
 - 2.2.2 ความรู้สึกของตัวเองท่านเองเมื่อทราบว่ามี ความบกพร่องทางการได้ยินเป็นอย่างไร
 - 2.2.3 คนรอบข้างเป็นอย่างไร

2.3 อยากให้เล่าถึงการใช้ชีวิต การเป็นผู้ที่มีความบกพร่องเรื่องการได้ยิน ว่าทำให้ชีวิตท่านเป็นอย่างไร

2.3.1 พอเริ่มไม่ได้ยิน ตอนช่วงแรกๆ ตอนนั้นทำอะไรบ้างคะ

2.3.2 เพราะอะไรจึงตัดสินใจมารับการรักษาเรื่องนี้คะ ใช้เวลาเท่าไรกว่าจะตัดสินใจมารับการรักษา

2.3.3 ตอนทำงานจัดการกับปัญหาเรื่องการได้ยินอย่างไรบ้าง มีใครช่วยเหลือเรื่องนี้บ้างคะ

2.4 คนรอบข้างพูดและปฏิบัติอย่างไรต่อเราบ้างคะ

2.4.1 ปัญหาเรื่องการได้ยินส่งผลอย่างไรต่อครอบครัวบ้างคะ คนในครอบครัวช่วยเหลืออย่างไร

2.4.2 คนใกล้ชิดรู้สึกอย่างไรกับเรา และปฏิบัติต่อเราอย่างไรบ้างคะ

2.4.3 จากการปฏิบัติของคนรอบข้าง ตัวเรารู้สึกอย่างไร

2.5 จัดการกับอารมณ์ของตัวเองอย่างไร

2.6 พฤติกรรมตนเองเป็นอย่างไรบ้างเมื่อมีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

2.7 เมื่อใช้เครื่องช่วยฟังแล้วมีข้อดี ข้อเสียอย่างไรบ้าง

2.8 อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้อยู่ร่วมกับภาวะนี้ได้

2.9 เมื่อเข้ารับการรักษาเรื่องหูคุณได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรของโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรคะ

2.10 อยากให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรของโรงพยาบาลปฏิบัติอย่างไรต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการได้ยินคะ

3) คำถามอื่นๆ

3.1 ในฐานะที่เป็นบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยินอยากบอกอะไรกับสังคมบ้าง

3.2 มีคำถามอะไรเกี่ยวกับภาวะบกพร่องทางการได้ยินที่อยากถามเพิ่มเติมไหมคะ

แนวคำถามรอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตเพิ่มมากขึ้นเช่น

1) เพราะเหตุใดถึงคิดอย่างนั้นคะ

2) ที่เล่ามา..... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... ได้ไหมคะ หมายความว่าอย่างไรคะ

3) มีอย่างอื่นที่อยากเล่าให้ฟังอีกไหมคะ

4. ขั้นตอนการสนทนา

เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงกันไว้ ผู้วิจัยจะเปลี่ยนการสนทนาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกผ่อนคลายขึ้น เช่น

1) มีอะไรที่อยากเล่าให้ฟังเพิ่มเติมไหมคะ

2) มีข้อซักถาม หรือมีประเด็นไหนสงสัยไหมคะ

แล้วจึงกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลขั้นต้นกับ
ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากนั้นจึงกล่าวขอบคุณ และทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่มีข้อมูล
ที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังไม่ครบถ้วน รวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติ
ตัวแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อซักถามหรือข้อสงสัย และจึงปิดการสนทนา



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุลผู้ให้ข้อมูล.....นามสมมติ/รหัส.....

อายุ.....ปี ศาสนา.....อาชีพ.....ระดับการศึกษา

.....

วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....เวลา.....

ครั้งที่ 2.....เวลา.....

ครั้งที่ 3.....เวลา.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยฟัง.....

การเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

การเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

การรักษาที่ได้รับ.....

.....

โรคประจำตัว.....

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

สวัสดิการในการรักษาพยาบาล.....

คะแนน ADL.....

สภาพความเป็นอยู่อาศัยในครอบครัว.....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบบันทึกการถอดความและให้รหัสเบื้องต้น

รหัส.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลาเริ่ม.....เวลาสิ้นสุด.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

การบันทึกภาคสนาม

รหัส.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลาเริ่ม.....เวลาสิ้นสุด.....

สิ่งที่ได้จากการสังเกต (อาทิ ปกิริยา ท่าทาง สีหน้า สภาพแวดล้อม).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้บันทึกข้อมูล.....

วันที่.....เวลา.....



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
(Participant Information Sheet)

เอกสารหมายเลข 3ก

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวอนัญญา โสภณนาค

สถานที่วิจัย ตึกผู้ป่วยนอกแผนกโสต ศอ นาสิก และลาริงซ์ (หู คอ จมูก) โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์
หมายเลขโทรศัพท์ 098-9971654

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ไม่มี มีระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 3 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย

ความบกพร่องทางการได้ยินเป็นปัญหาทางประสาทสัมผัสที่พบบ่อยในประชากรทั่วโลก ขณะที่องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าปีพ.ศ.2568 จะมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1.2 พันล้านคน ความบกพร่องหรือการสูญเสียการได้ยินส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ไม่สามารถตีความหมายจากเสียงพูดได้ ทำให้ความสามารถในการสื่อสารลดลง ดังนั้นในฐานะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุได้เห็นถึงความสำคัญของบุคคลในภาวะนั้น และมองว่าการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยสูงอายุว่าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการสื่อสารที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยมีคุณภาพ และเมื่อการสื่อสารมีความบกพร่องไม่อาจจะด้วยสาเหตุใด ย่อมทำให้เกิดปัญหาตามมาอีกมากมาย เช่น เกิดความขัดแย้ง

เอกสารหมายเลข 3ก, version November 11, 2019

รับรองโดย	คณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัยในคน	ฉบับวันที่ 29 มิถุนายน 2563
รหัสโครงการ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	375/2563 (JRB)
COA No. SI		552/2020
วันที่รับรอง		03 ก.ค. 2563



ระหว่างบุคคล เกิดความไม่เข้าใจกัน ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างทีมการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติเป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสาร นำมาซึ่งความสบายใจและความไว้วางใจที่ผู้รับบริการมีต่อแพทย์ และทีมรักษาพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เนื่องจาก ท่านเป็นบุคคลที่สนใจและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน เป็นประสาทหูเสื่อมตามอายุ ไม่ได้เกิดจากโรคอื่นและเป็นมาแต่กำเนิด สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี บกพร่องทางการได้ยินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการแก้ไขโดยใช้เครื่องช่วยฟังแล้ว และมีความสมัครใจและยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครทั้งสิ้นประมาณ 12 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ โดยมีคำถามประมาณ 12 คำถาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช หรือสถานที่ที่นัดหมาย โดยผู้ร่วมการวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมการวิจัย

อาจมีผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายได้รับการนัดให้มาอีก 1 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม และ/หรือ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้วิจัยสรุป โดยนัดหมายวันที่ เวลา สถานที่ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกไว้ตั้งแต่ครั้งแรกที่สัมภาษณ์ หากยังไม่ได้ความชัดเจนในการนัดหมาย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถโทรศัพท์ติดต่อแก่ผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 098-9971654 และผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าเดินทางของผู้ร่วมวิจัยรวมถึงญาติที่ติดตามมาดูแลเป็นจำนวนเงิน 300 บาท

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

4. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย ได้แก่ เสียงบันทึกจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการ



ระหว่างบุคคล เกิดความไม่เข้าใจกัน ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างทีมการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติเป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสาร นำมาซึ่งความสบายใจและความไว้วางใจที่ผู้รับบริการมีต่อแพทย์ และทีมรักษาพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการได้ยิน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เนื่องจาก ท่านเป็นบุคคลที่สนใจและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน เป็นประสาทหูเสื่อมตามอายุ ไม่ได้เกิดจากโรคอื่นและเป็นมาแต่กำเนิด สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี บกพร่องทางการได้ยินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการแก้ไขโดยใช้เครื่องช่วยฟังแล้ว และมีความสมัครใจและยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครทั้งสิ้นประมาณ 12 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ โดยมีคำถามประมาณ 12 คำถาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช หรือสถานที่ที่นัดหมาย โดยผู้ร่วมการวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมการวิจัย

อาจมีผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายได้รับการนัดให้มาอีก 1 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม และ/หรือ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้วิจัยสรุป โดยนัดหมายวันที่ เวลา สถานที่ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกไว้ตั้งแต่ครั้งแรกที่สัมภาษณ์ หากยังไม่ได้ความชัดเจนในการนัดหมาย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถโทรศัพท์ติดต่อแก่ผู้วิจัยโดยตรงได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 098-9971654 และผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าเดินทางของผู้ร่วมวิจัยรวมถึงญาติที่ติดตามมาดูแลเป็นจำนวนเงิน 300 บาท

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

4. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย ได้แก่ เสียงบันทึกจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการ

บุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจหาความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จากเว็บไซต์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน <http://www.si.mahidol.ac.th/sirb> ทั้งนี้ หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว หรือที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72, 06 3903 4255 โทรสาร 0 2411 0162 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....





เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้
บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น
ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการ
เสียเวลา แต่ข้าพเจ้าจะได้รับของที่ระลึกในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้อง
รับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด
 อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวอนัญญา โสภณนาค ที่อยู่ คลินิก
อายุรกรรมผู้ป่วยนอก ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
24 ชั่วโมง คือ 098-9971654

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการ
ปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการ
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือลดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุ
เหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็น
รายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

เอกสารหมายเลข 3ข, version November 11, 2019



ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)





ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 17 ราย ผู้วิจัยจะใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยเริ่มตั้งแต่ ID1 – ID17 โดยมีข้อมูลส่วนบุคคลโดยสรุป ดังนี้

CASE ID1

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2563

เวลา 14.00 น. – 14.30 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 30 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 88 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพก่อนเกษียณเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ลักษณะทั่วไปมีรูปร่างสมส่วน สูงปานกลาง สีผิวคล้ำ ใสแวนตา แต่งกายด้วยเสื้อสีส้มลายดอกไม้ มีท่าทีสุขุมลุ่มลึก สุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย นั่งรถเข็นเนื่องจากเดินนานๆไม่ไหว ปกติอยู่บ้านเดินได้เอง มากับน้องสาวเพศหญิงอายุประมาณ 78 ปี ผู้ให้ข้อมูลเป็นที่รู้จักและคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในแผนกเนื่องจากบุคลิกเป็นคนคุยเก่งและมารักษาเป็นประจำ มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคโลหิตใจตีบ ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตายาวต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา กรมบัญชีกลางและจ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับน้องสาวซึ่งมีสถานะโสดเช่นเดียวกัน น้องสาวมีความผิดปกติมีความพิการทางสมอง (mental retardation) และตัวน้องสาวผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการหูไม่ค่อยได้ยินเล็กน้อยแต่ยังไม่ได้รักษา สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ดูแลซึ่งกันและกัน บางครั้งจะให้หลานชายซึ่งเป็นลูกของน้องสาวอีกคนที่อยู่คนละบ้านพามาโรงพยาบาล ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลเกษียณอายุ ส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน กิจกรรมที่ทำแต่ละวันคือทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดพื้น อ่านหนังสือ ทำเอกสารส่วนตัว เช่น เอกสารสำคัญทางราชการ ยังมีติดต่อกับคนงาน และคนข้างนอกตามสถานที่ต่างๆอยู่บ้าง เช่น โรงพยาบาล ร้านค้า

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 1 ปี ปัจจุบันใส่เครื่องช่วยฟังเครื่องนี้เป็นเครื่องที่สองเป็นระยะเวลา 9 เดือนที่ได้ใหม่มา เนื่องจากเครื่องแรกทำหายบนที่นอนแล้วหาไม่เจอเนื่องจากเครื่องช่วยฟังเป็นสีเนื้อ และมีขนาดเล็กมาก เครื่องแรกใช้สิทธิกรมบัญชีกลาง เครื่องที่สองจ่ายเองเต็มราคา ใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ ยกเว้นตอนนอนช่วงกลางคืน ตอนอาบน้ำ และตอนคุยโทรศัพท์ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลยังมีไปเที่ยวกับน้องสาวอยู่บ้างเพราะเป็นการพักผ่อนและอายุมากแล้วยังพอไปไหว แต่เนื่องด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อ Covid-19 เลยทำให้ช่วงนี้ไม่ได้ไป

ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องสถานการณ์ Covid-19 ที่ส่งผลต่อการได้ยิน คือ สถานการณ์ Covid-19 ส่งผลกระทบมากเนื่องจากปกติแล้วเวลาสื่อสารจะมองปากผู้พูด ซึ่งในปัจจุบันทุกคนสวมหน้ากากอนามัยทำให้เวลาสื่อสารไม่สามารถมองปากผู้พูดได้ บางครั้งแทบไม่ได้ยิน และปัญหาอีกอย่างคือ สายหน้ากากอนามัยที่ต้องเกี่ยวกับหูเวลาใส่รู้สึกรำคาญเพราะตนมีเครื่องช่วยฟังที่ต้องใส่ด้วย

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางเรียบร้อย สุขุม มีบุคลิกลักษณะรอบคอบอ่านเอกสารชี้แจงจริยธรรม และ เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียด ตอบคำถามยาว เปิดเผยความรู้สึก ไม่มีร้องไห้ หรือเลี่ยงตอบคำถามใส่เครื่องช่วยฟังตลอดขณะทำการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ราบรื่นดี ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดี



CASE ID2

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 25 สิงหาคม 2563

เวลา 09.30 น. -10.10 น.ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 40 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 85 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาปริญญาตรี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาชีพก่อนเกษียณเป็นอาจารย์แพทย์สาขาอายุรกรรมโรคข้อ (Rheumatologist) ลักษณะทั่วไปมีรูปร่างท้วม สีผิวขาว ผมสั้นสีขาวปนน้ำตาล ใส่แว่นตา แต่งกายเสื้อสีครีม กางเกงสีเทาขายาว มีท่าทียากให้ความร่วมมือ ชอบพูดคุย ชอบเล่า สุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย เดินมาเองคนเดียว บอกว่าบุตรชายเป็นแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราชมาส่ง และเมื่อตรวจเสร็จจะมีคนรู้จักมารับกลับบ้าน มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติพลัดตกหกล้ม 1 ครั้งเมื่อ 4 ปีที่แล้ว สาเหตุเกิดจากการก้าวพลาดในบริเวณบ้าน เคยสูบบุหรี่ประมาณ 20 -25 ปี เลิกบุหรี่เมื่ออายุ 60 ปี การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต้อเนื้อหรือต้อกระจก มีปัญหาสายตาวัดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะร่ำรวย สิทธิการรักษา เบิกจ่ายตรงและจ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว สมาชิกในบ้านมีทั้งหมด 5 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล ภรรยา บุตรชาย (ประกอบอาชีพแพทย์) ลูกสะใภ้ (ประกอบอาชีพแพทย์) และหลานชาย 1 คน ไม่มีลูกจ้าง หรือคนงานในบ้าน รายได้มาจากบุตรและเงินของตนเองที่เก็บออม ปัจจุบันอยู่แต่บ้าน กิจกรรมคือดูโทรทัศน์ รับส่งหลานไปโรงเรียน บางครั้ง ยังสามารถขับรถเองได้ ช่วงสถานการณ์ Covid-19 ไม่ได้ขับรถไปส่งเนื่องจากหลานเรียนทางระบบ online

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 2 ปี ใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ ยกเว้นตอนนอนและตอนอาบน้ำ โดยเริ่มจากใส่เครื่องช่วยฟังข้างขวา ก่อน ตอนนั้นใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรงมีส่วนเกินประมาณ 10,000 บาท จากนั้นจึงตัดสินใจใส่อีกข้าง ซึ่งมีส่วนเกินประมาณ 20,000 บาท เครื่องช่วยฟังทั้งสองข้างเป็นคนละรุ่นเนื่องจากเริ่มใส่ไม่พร้อมกัน ขณะนี้ยังใช้เป็นเครื่องแรกทั้งสองข้าง ให้ข้อมูลว่าเครื่องใหม่ (ข้างซ้าย) กระจับขึ้น ขนาดเล็กลง แต่อายุการใช้งานสั้นกว่าเครื่องแรกอยู่ได้เพียง 7-8 วัน และคุณภาพของเสียงชอบเครื่องเก่า (ข้างขวา) มากกว่า ปัจจุบันทางแผนกนัดห่างแล้วเพื่อตรวจเครื่องปีละครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องสถานการณ์ Covid-19 ที่ส่งผลต่อการได้ยินคือ สามารถได้ยิน และสื่อสารได้ปกติเพราะใส่เครื่องช่วยฟัง และสวมหน้ากากอนามัยจนเคยชิน เนื่องจากเป็นแพทย์เคยผ่าตัด ซึ่งต้องสวมหน้ากากอนามัยบ่อยอยู่แล้ว แต่จะมีปัญหาคือรู้สึกว่าจะกะกะหูกมากขึ้น เนื่องจากมีทั้งเครื่องช่วยฟังสองข้าง และสายหน้ากากอนามัยอีก

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีท่าทางกระตือรือร้น ชอบเล่า ชอบคุย
สายตาดูมีความสุข หัวเราะบางครั้ง ชอบเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ไม่มีร้องไห้ หรือ
เลียงตอบคำถาม



CASE ID3

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 25 สิงหาคม 2563

เวลา 9.00-09.20 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 81 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาม.8 อาชีพก่อนเกษียณรับราชการทหาร 7-8 ปี หลังจากนั้นเป็นพนักงานบริษัทธุรกิจเครื่องอุปโภคบริโภคเกษียณ ลักษณะทั่วไปมีรูปร่างท้วม สูงปานกลาง สีผิวคล้ำ ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อลายสก๊อตสีน้ำเงิน กางเกงขายาวสีดำใส่เข็มขัด มีทำที่ยัมแย้มเป็นมิตร มาโรงพยาบาลคนเดียว สามารถเดินได้เองโดยไม่มีอุปกรณ์ช่วย สุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคไขมันในเลือดสูง ไม่มีประวัติหลอดเลือดหัวใจ ปฏิกิริยาประวัติการสูบบุหรี่ เคยดื่มสุราสมัยหนุ่มๆ ปัจจุบันเลิกแล้ว ประมาณ 10 ปี การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต้อเนื้อหรือต้อกระจก มีปัญหาสายตายาวต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา ข้าราชการบำนาญ (ของภรรยา) บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับภรรยา ลูก หลาน รวม 4 คน ปัจจุบันอยู่แต่บ้าน ไม่ได้ทำงาน ยังขับรถได้ งานอดิเรกชอบรดน้ำต้นไม้ ชอบอยู่กับธรรมชาติ

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 4 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 4 ปี ข้างซ้าย 4 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สอง ข้างขวา 3 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สอง เปลี่ยนตามครบ กำหนดระยะเวลาการใช้งาน ใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ ยกเว้นตอนนอนช่วงกลางคืน ตอนอาบน้ำ

ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องสถานการณ์ Covid-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการคือสถานการณ์ Covid-19 ส่งผลกระทบมากเนื่องจากปกติแล้วเวลาสื่อสารเล็กน้อย สามารถได้ยินปกติหลังใส่เครื่อง

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี ให้ความร่วมมือดีตอบทุกคำถาม สิ้นสุดการสัมภาษณ์

CASE ID4

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 25 สิงหาคม 2564

เวลา 10.00-10.30 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 30 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 93 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพหม้าย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับป.4 อาชีพทำสวนที่บางกรวย (ถึงอายุ70) ลักษณะทั่วไปมีรูปร่างอ้วน สูงปานกลาง สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อสีครีมลายดอกไม้ กางเกง 5 ส่วนสีดำ เรียบร้อยสะอาด มีท่าทีสุขุมลุ่มลึก สุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย ท่าที่เป็นมิตรยิ้มแย้มแจ่มใส นั่งรถเข็น เดินได้เล็กน้อย อยู่บ้านบางที่ต้องใช้ไม้เท้ามากับลูกชายอายุประมาณ 55 ปี เป็นที่รู้จักและคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในแผนก เจ้าหน้าที่ในแผนกแนะนำให้เนื่องจากเห็นว่าตรงเกณฑ์การคัดเข้า มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวัดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา กรมบัญชีกลาง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับลูกชาย ลูกสะใภ้ และหลาน แต่มีลูกบ้านใกล้ๆไปมาหาสู่กันบ่อย สัมพันธภาพในครอบครัวดี ลูกๆคอยพามาหาหมอบ ปัจจุบันอยู่บ้านกิจกรรมในบ้านคือ ทำอะไรเล็กๆน้อยๆ เช่นเดินเล่น เช็ดทำความสะอาดของ

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 3 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สามทั้งสองข้าง เปลี่ยนเพราะถึงเวลาไม่ได้ยิน ใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ ยกเว้นตอนนอนช่วงกลางคืน ตอนอาบน้ำ ตอนโทรศัพท์ใส่บ้างไม่ใส่บ้าง

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางเป็นมิตร มีไม่ได้ยินบางครั้งแต่ผู้วิจัยพูดซ้ำให้ได้ยิน จึงทำให้การสัมภาษณ์ราบรื่นดี ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ดี

CASE ID5

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 8 กันยายน 2563

เวลา 09.10-09.50น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 40 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 80 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดนครปฐม สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับม.8 อาชีพก่อนเกษียณเป็นครู ลักษณะทั่วไปมีรูปร่างสมส่วน สูงปานกลาง สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อโปโลสีโอรส กางเกงขายาว ทำที่สุขุม สุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย เดินได้เองปกติ ขับรถมาเองคนเดียว มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาฟ้ามัว ไม่มีต้อเนื้อหรือต้อกระจก มีปัญหาสายตายาวต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา กรมบัญชีกลาง + จ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับภรรยา ลูกชาย ลูกสะใภ้ หลาน กิจกรรมที่ทำแต่ละวันคือออกกำลังกาย ไม่ได้มีติดต่อดสื่อสารกับใคร อยู่แต่บ้าน ยังขับรถได้

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 6 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 4 ปี ใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ ยกเว้นตอนนอนช่วงกลางคืน ตอนอาบน้ำ ตอนโทรศัพท์ใส่บ้างไม่ใส่บ้าง ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางเรียบร้อย สายตาคปกติ ไม่มีร้องไห้หรือเสียงตอบคำถาม

CASE ID6

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 11 กันยายน 2563

เวลา 09.00-09.55น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 55 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 82 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับม.8 อาชีพก่อนเกษียณเป็นพนักงานกระทรวงศึกษาธิการ ลักษณะทั่วไปรูปร่างสูง สีผิวแทน ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อยืดลายสก๊อตสี เขียวเข้ม กางเกงขายาว ใส่เข็มขัด ทำที่สุ่ม ยิ้มแย้ม สุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย เดินได้เองปกติ ขับรถมาเองคนเดียว มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้องอกหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวัดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา กรมบัญชีกลาง และจ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับภรรยา ลูก หลาน 2 คน ปัจจุบันอยู่บ้าน มีสื่อสารแค่กับคนในครอบครัว เริ่มมีอาการหูไม่ได้ยินตั้งแต่ตอนยังทำงาน ยังสามารถขับรถได้

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 20 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 7 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สองทั้งสองข้าง เปลี่ยนเพราะถึงเวลาไม่ได้ยิน ใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ เว้นตอนนอนช่วงกลางคืน ตอนอาบน้ำ

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางเรียบร้อย พูดชัดเจน สายตาทกติ ไม่มีร้องไห้ หรือเสียงตอบคำถาม

CASE ID7

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 11 กันยายน 2563

เวลา 10.00-10.20 น.ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 65 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาปริญญาตรีแพทยศาสตร์ อาชีพก่อนเกษียณเป็นอดีตอาจารย์แพทย์ ลักษณะทั่วไปรูปร่างสมส่วน สูงปานกลาง สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อสีขาว กระโปรงยาวถึงเข่าสีดำ ทำที่เรียบร้อยสุขุมลุ่มลึกสุขอนามัยสะอาดเรียบร้อย มากับน้องสาวเพศหญิง อายุประมาณ 60 ปี ผู้สัมภาษณ์สร้างสัมพันธภาพกับน้องสาวซึ่งนั่งรออยู่หน้าห้อง น้องสาวจึงแนะนำให้สัมภาษณ์พี่สาวหลังตรวจเสร็จ เมื่อเจอมีสีหน้ายินยอมให้ความร่วมมือ บุคลิกพูดน้อย มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต้อเนื้อหรือต้อกระจก มีปัญหาสายตาวัดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะร่ำรวย สิทธิการรักษา กรมบัญชีกลาง และ จ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับน้องสาวซึ่งมีสถานะโสดเหมือนกัน ปัจจุบันเกษียณอายุ ส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน กิจกรรมที่ทำแต่ละวันคือยังมีติดตอสื่อสารเรื่องให้คำปรึกษาอยู่บ้าง น้องสาวให้ข้อมูลว่าพี่สาวไม่ชอบใส่เครื่องใส่ไม่สม่ำเสมอ

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 30 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 5 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สองทั้งสองข้าง เปลี่ยนเพราะถึงเวลาไม่ได้ยิน ไม่ค่อยใส่เครื่องช่วยฟัง ใส่บ้างไม่ใส่บ้าง

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีท่าทางเรียบร้อย สายตาทปกติ ไม่มีร้องไห้หรือ
หรือ
เสียงตอบคำถาม

CASE ID8

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 18 กันยายน 2563

เวลา 09.30-10.15 น.ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 45 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 65 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาป.4 อาชีพรับจ้าง ลักษณะทั่วไปรูปร่างเตี้ย สีผิวขาวเหลือง ใส แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อยืด กางเกงขาสั้น มาคนเดียว คุณ K8 เห็นผู้สัมภาษณ์กำลังสร้างสัมพันธภาพกับอีกเคส และมีความสนใจที่จะให้ข้อมูล ขอเอกสารชี้แจงรายละเอียดไปอ่าน และขอถูกสัมภาษณ์ โดยนัดหมายกันหลังตรวจสอบเสร็จก่อน สีนหน้าท่าทางดูกระตือรือร้นอยากให้ข้อมูลมาก เป็นคนพูดเก่ง สายตาเหมือนมีเรื่องทุกซอกในใจอยากระบาย มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคหอบหืด ภูมิแพ้ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวัยต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา จ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับพี่สาว น้องสาว และแม่ซึ่งเป็น ผู้ป่วยติดเตียง กิจกรรมทุกวันนี้คือดูแลแม่ อดีตทำงานกับเครื่องจักรอยู่ในที่เสียงดังปัจจุบันและลดงานที่ทำกับเครื่องจักรลง เคยมาพบแพทย์ช่วงแรกก่อนใส่เครื่อง แพทย์แนะนำให้ใส่ที่ครอบหูเพราะทำงานที่โรงงาน คุณ ID8 ชื่อที่ครอบไปแต่ไม่ได้ใส่ ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายเครื่องช่วยฟังจ่ายเองเบิกไม่ได้ เพิ่งใส่เครื่องจริงๆจังๆได้สองปี ในบ้านพอคุยกันรู้เรื่องบ้าง มีโรคประจำตัวเป็นภูมิแพ้ให้ข้อมูลว่าอาการเรื่องหูจะยิ่งแยกว่าคนอื่นๆ และยิ่งหน้าฝนอาการหูไม่ดีจะมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 9 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 8 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สอง เปลี่ยนตามครบกําหนดระยะเวลาการใช้งาน แรกๆไม่ค่อยใส่เครื่อง หลังๆพยายามใส่เครื่องช่วยฟังสม่ำเสมอ ยกเว้นตอนนอนช่วงกลางคืน ตอนอาบน้ำ

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางกระตือรือร้นในการให้ข้อมูล พูดเก่ง มีน้ำตากลอกเล็กน้อยบางช่วง แต่ไม่มีน้ำตาไหลออกมา พูดเสียงดังชัดเจน

CASE ID9

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 18 กันยายน 2563

เวลา 10.45-11.15 น.ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 30 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 66 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาปริญญาตรี อดีตรุ่นนักวิชาการ ลักษณะทั่วไปรูปร่างสูงผอมผมสั้น สีผิวคล้ำ ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อเชิ้ตสีน้ำเงิน กางเกงขายาวสีดำ มาคนเดียวโดยรถเมล์ ให้ข้อมูลว่า ออกมาตั้งแต่ช่วงเช้ามีด สีหน้าท่าทางเรียบร้อยดูใจดี ผู้สัมภาษณ์ไปสร้างสัมพันธ์ภาพชวนคุย ให้ความสนมครใจเต็มใจเข้าร่วมในครั้งนี โดยนัดหมายหลังตรวจสอบเสร็จก่อน มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตายาวต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจปานกลาง สิทธิการรักษาข้าราชการ บ้านที่อาศัยอยู่เป็นทาวน์เฮาส์ อยู่กับสามี ลูก และหลาน แต่ก่อนแรกๆเคยมาพบแพทย์และ loss F/U ไป มารักษาจริงจ้งตอนใกล้ๆ เกษียณเนื่องจากเจอปัญหาการได้ยินเยอะ

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟังข้างซ้าย 3 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สอง ข้างขวา 2 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่หนึ่ง

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางเรียบร้อย ยิ้มแย้ม ไม่มีร้องไห้ตอบคำถามทุกคำถามจนจบ

CASE ID10

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 25 กันยายน 2563

เวลา 10.00-10.45 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 45 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 76 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดนนทบุรี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาปริญญาตรี อดีตรัฐ ลักษณะทั่วไปรูปร่างท้วม สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อยืด กางเกงขา 5 ส่วน เดินได้เองไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย วันนี้มาคนเดียว มาแท็กซี่ บางครั้งหลานชายมาด้วย นั่งรถตรวจ หลังพูดคุยได้นัดหมายขอสัมภาษณ์ เต็มใจยินยอมให้สัมภาษณ์ มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง มีประวัติพลัดตกหล่นวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2564 (จากการโทรศัพท์สอบถามหลัง สัมภาษณ์) เนื่องจากทรงตัวไม่ดี พื้นเปียก ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว มีประวัติเป็นต่อหิน มีปัญหาสายตาวาดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา ข้าราชการ และ จ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่ เป็น

บ้านแฝด อยู่กับลูก หลาน สามี หลังเกษียณไม่ได้ทำงาน อยู่บ้าน กิจกรรมคือ ทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า มีพูดคุยกับเพื่อนบ้านบ้าง

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 4 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง ข้างซ้าย 4 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่สอง (เครื่องแรกชำรุด) ข้างขวา 4 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่หนึ่งยี่ห้อเดียวกัน

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางสดชื่นแจ่มใส ให้ข้อมูลว่าช่วง Covid-19 การได้ยินพอเดิมไม่มีปัญหาเพิ่มจากการที่คนอื่นสวมใส่ mask

CASE ID11

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 6 ตุลาคม 2563

เวลา 11.20-11.40 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 40 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 66 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพหม้าย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาป.4 อาชีพรับจ้าง ทำสวน ลักษณะทั่วไปรูปร่างอ้วน ผมหงอก สีผิวขาวเหลือง มีเหงื่อออกเยอะตามร่างกาย แต่งกายด้วยเสื้อยืด กางเกงขาสั้น เดินได้เอง มาคนเดียว ขณะรอตรวจผู้สัมภาษณ์ชวนคุยเรื่องต่างๆไป และแนะนำตัว แจ้งรายละเอียด ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือนัดหมายกันหลังตรวจเสร็จ มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวาดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะยากจน สิทธิการรักษา บัตรคนพิการ บ้านที่อาศัยอยู่เป็นห้องแถว ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว ลูกหลานๆที่จะมา จากการพูดคุยมีอารมณ์น้อยใจลูก ตัดพ้อ สิ้นหน้ำมีความทุกข์ใจ ปัจจุบันยังรับจ้างทำเล็กๆน้อยๆอยู่ ทำเท่าที่ไหว ใช้จักรยานเป็นพาหนะในการเดินทาง ใส่เครื่องไม่สม่ำเสมอ ใส่แค่ตอนดูโทรทัศน์กลัวเครื่องพัง เพราะบอกตนเองเป็นคนเหงื่อออกเยอะ และงานที่ทำกลางแจ้ง

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 9 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่ 5-6 เปลี่ยนตามครบกำหนดระยะเวลาการใช้งาน และชำรุดบ้าง

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางเศร้าเป็นบางครั้ง มีน้ำตาคลอและไหลบางช่วง ในช่วงที่พูดถึงลูก และคล้ายหัวเราะกลบเกลื่อนความเศร้าไปเล่าไป

CASE ID12

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 9 ตุลาคม 2563

เวลา 09.30-10.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 30 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 86 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดนครปฐม สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาป.4 อาชีพรับจ้างทำงานโรงงานเลื่อย ลักษณะทั่วไปรูปร่างสูงขา ใ้ แ้วนตา แต่งกายด้วยเสื้อเชิ้ต กางเกงขายาวสีดำ ใ้เข็มขัด มากับคนดูแล 1 คน ลูกชาย 1 คน และลูกสาว 1 คน ถือไม้เท้า การแต่งกายสะอาด เรียบร้อย ท่าทางใจดี ผู้สัมภาษณ์พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ดูแลระหว่างคุณ ID12 ลองเครื่อง ทุกคนให้ความยินดีและสะดวกต่อการสัมภาษณ์ มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เคยสูบบุหรี่ช่วงหนุ่มๆปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวัดต้องใ้แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะร่ำรวย สิทธิการรักษา ข้าราชการและจ่ายเอง บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับลูกชาย ลูกสาว ภรรยา คนดูแล ลูกเป็นหมอมารักษา กิจกรรมในบ้านไม่ค่อยได้ทำอะไร ส่วนใหญ่เดินเล่น ดูโทรทัศน์

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 5 ปี ระยะเวลาที่ใ้เครื่องช่วยฟัง 5 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่2 เปลี่ยนตามครบกําหนดระยะเวลาการใช้งาน

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ใ้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มตลอดการสัมภาษณ์ ใ้เครื่องช่วยฟังใ้การสัมภาษณ์ราบรื่นดี ญาติอ่านเอกสารชี้แจงใ้ก่อนสัมภาษณ์

CASE ID13

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 9 ตุลาคม 2563

เวลา 10.30-11.02 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 32 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 82 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาป.4 อาชีพครูสอนไทเก๊ก ลักษณะทั่วไปรูปร่างสมส่วน สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อโปโล กางเกงขายาว สีหน้าเรียบเฉย มากับลูกสาว สีหน้าท่าทางเคร่งขรึม พูดน้อย ผู้สัมภาษณ์สร้างสัมพันธภาพกับบุตรสาวก่อน และค่อยคุยกับคุณ ID13 โดยให้ความร่วมมือในการยินยอมสัมภาษณ์ เริ่มสัมภาษณ์หลังตรวจเสร็จช่วงรอลูกไปการเงิน มีการรับรู้ปกติ ไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้องอกหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตายาวต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง สิทธิการรักษาข้าราชการลูก บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับลูกและภรรยา อดีตเป็นครูสอนไทเก๊ก ปัจจุบันก็ยังสอนอยู่ แต่น้อยลงเนื่องจากสถานการณ์ covid-19 ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่บ้าน ชอบไทเก๊ก ชอบออกกำลังกาย บอกอยากให้มียามารักษาให้หาย

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 4 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 3 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่ 2 เปลี่ยนตามครบกําหนดระยะเวลาการใช้งาน

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางสุขุม ไม่มีร้องไห้ สายตาเรียบเฉย

CASE ID14

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 16 ตุลาคม 2563

เวลา 10.30-11.02 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 32 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 86 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดนนทบุรี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาปริญญาโท อาชีพทำงานในพระราชวัง ลักษณะทั่วไปรูปร่างสมส่วน สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อผ้าไหมสีชมพู กางเกงขายาวสีดำ เดินได้เอง สีหน้าสุขุม ท่าทางสุภาพ มากับภรรยาแต่งกายชุดผ้าไหมสีเหลือง เจ้าหน้าที่แผนกเป็นคนแนะนำให้สัมภาษณ์และได้พูดคุยไว้ให้คร่าวๆ เมื่อตรวจเสร็จจึงพูดคุยขอสัมภาษณ์ และภรรยาขอเข้าห้องสัมภาษณ์ด้วย มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นมีตาพร่ามัวเล็กน้อย เคยผ่าตัดตามีปัญหาสายตาวัดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะร่ำรวย สิทธิการรักษา ข้าราชการ บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับลูกและภรรยา อดีตทำงานในสำนักพระราชวัง และต้องเข้าสังคมบ่อยกับเพื่อนฝูง ยังมีไปเที่ยว เข้าสังคมตามงานอยู่บ้างเล็กน้อย ภรรยาทำหน้าที่ช่วยตอบบางส่วน

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 3 ปี ปัจจุบันเป็นเครื่องที่ 2 เปลี่ยนตามครบกำหนดระยะเวลาการใช้งาน และชำรุดบ้าง

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางสุขุม ภรรยาค่อนข้างรับมีฤทธิ์ต่อ

CASE ID15

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 9 ตุลาคม 2563

เวลา 12.00-12.25 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 25 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 80 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาป.4 อาชีพครูสอนไทเก๊ก ลักษณะทั่วไปรูปร่างสมส่วน ผมสั้น ใส่แว่นตา สิวขาวเหลือง แต่งกายด้วยเสื้อสีฟ้าลายสก๊อต กำลังนั่งดู youtube ในโทรศัพท์มือถือ มา กับลูกสาว เดินได้เองปกติ มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวัดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐฐานะปานกลาง สิทธิการรักษา ข้าราชการ บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับภรรยาและลูก กิจกรรมอยู่บ้านเฉยๆ ไม่ค่อยได้ทำอะไรแล้ว ตอนสัมภาษณ์มีสนใจในเรื่องสุขภาพร่างกายโรคต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 1 ปี ข้างซ้าย 1 เดือน ข้างขวา

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้ายิ้มแย้ม พูดจาตั้งฟังชัด

CASE ID16

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 27 ตุลาคม 2563

เวลา 10.10-10.52 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 42 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 74 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพฯ สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาปริญญาตรี อดีตข้าราชการบำนาญกระทรวงศึกษา ลักษณะทั่วไปรูปร่างสมส่วนเตี้ย สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อเชิ้ตสีชมพูกางเกงขาวาวสีดำ มาคนเดียว โดยแท็กซี่ ยังใส่ข้างเดียวอยู่ อีกข้างเจ้าหน้าที่แนะนำค่อยใส่อีกทีภายหลัง มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมอง สามารถถามตอบได้ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูก มีปัญหาสายตาวาดต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจปานกลาง สิทธิการรักษา ข้าราชการ บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับบุตรและสามี กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่แต่บ้าน มีทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ ทำกับข้าว ล้างจาน กวาดบ้าน ถูบ้าน ยังมีออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านสมาคมผู้สูงอายุแถวๆใกล้บ้าน พูดคุยทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 1 ปี ข้างขวาข้างเดียว

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางกระตือรือร้นในการให้ข้อมูล พูดชัดเจน

CASE ID17

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 ตุลาคม 2563

เวลา 09.30-09.50 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20 นาที

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 80 ปี อาศัยอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพฯ สถานภาพหม้าย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาป.4 อาชีพแม่บ้าน ลักษณะทั่วไปรูปร่างผอมสูง สีผิวขาวเหลือง ใส่แว่นตา แต่งกายด้วยเสื้อเชิ้ต กางเกง 5 ส่วน เดินได้เองปกติ มากับลูกสาว สีหน้าเรียบเฉย ลักษณะค่อนข้างโอบอ้อม ผู้สัมภาษณ์ได้ไปพูดคุยกับ ID17 และบุตร โดยนัดหมายสัมภาษณ์หลังตรวจเสร็จ ทั้งสองท่านยินยอมและเต็มใจไม่รีบกลับบ้าน มีการรับรู้ปกติไม่มีอาการหลงลืม ไม่มีโรคทางระบบสมองสามารถถามตอบได้ โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติพลัดตกหกล้ม ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่ การมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีต้อเนื้อหรือต้อกระจก มีปัญหาสายตายาวต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ

ผู้ให้ข้อมูลมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง สิทธิการรักษาข้าราชการบุตร บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเดี่ยว อยู่กับลูกสองคน กลางวันอยู่บ้านคนเดียว กลางคืนอยู่กับลูก สามีเสียชีวิตประมาณ 10 ปีก่อน กิจกรรมอยู่บ้านเฉยๆ ดูโทรทัศน์ ดู youtube

ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางการได้ยินเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยฟัง 2 ปี ข้างขวาข้างเดียว เป็นเครื่องแรก

ตลอดระยะเวลาสัมภาษณ์ให้ความร่วมมือดี มีสีหน้าท่าทางใจดี ไอเอเยอะ พูดเสียงดังปานกลาง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	อนัญญา โสภณนาค
วัน เดือน ปี เกิด	17 ตุลาคม 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2557



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY