ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์

FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PHYSICAL AND MOVEMENT DISABLED PATIENTS IN BURIRAM PROVINCE

อัครพิชญ์ หลอดทอง [1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์ จากจำนวนประชากร 394 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวและแบบประเมินโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Multiple Regression Analysis ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 24.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ร้อยละ 19.3 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 3.8 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 1.8 อยู่ในระดับรุนแรง และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ 1) ระยะเวลาความพิการ > 10 ปีซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว มากที่สุด รองลงมา 2) ไม่ได้ทำงาน และ 3) สัมพันธภาพในครอบครัว มีอำนาจในการทำนายผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Y) ได้ร้อยละ 12.30 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ S.Eest = 4.1757 และ สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ $Y = 9.471 + (-0.881) X_8 + 1.592X_9 + (-0.462) X_{18}$ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้ $Z = Z\text{-}0.097)Z_8 + 0.171 Z_9 + (-0.272) Z_{18}$

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว

[1] นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ABSTRACT

This studyis aimed to explore factorsrelatedto the level of depression and predict factors related to depression in Physical and movement disabled patients in BuriramProvince. Data collection was conducted by basing on 394 sampling population through questionnaires, in-depth interview and group-talking. Four effective tools were performed; personal questionnaires, daily-activity capability assessment, interfamily relation assessment and determining of depression level. Descriptive and multiple regression analysis were used as data statistical analysis with significant level at 0.05. The results showed that the percentage of 24.9 of respondents with depression by 19.3 percent with depression were mild 3.8 percent were moderate and 1.8 percent in the severity and associated factors that can predictthe depression of the Physical and movement in Buriram, including 1) the period of disability> 10 years, which is considered a factor affecting depression in the Physical Challenged and the most active, followed by 2). not working and 3) the family relationship. Has the power to predict the effect on depression in the Physical and movement. Was statistically significant (P <.05) prediction equation below

Factors related to depression in physical and movement disabled patients (Y) was 12.30 percent, with a standard deviation of forecasts $S.E_{est}$ = 4.1757 and equations can be written in raw scores and standard scores were as follows.

The forecast equations were as follows:

Equation of raw score Y = 9.471 + (- 0.462) X_{18} + 1.592X_9 + (-0.881) X_8

Equation of standard score : Z = (-0.272) Z_{18} + 0.171 Z_9 + Z-0.097) Z_8

Keywords : Depression , Factors Related , Physical and Movement Disabled Patients

บทนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ พัฒนาสังคมโลกให้มีความเจริญก้าวหน้า หากว่าทรัพยากรมนุษย์มีความบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ก็จะทำให้ประเทศชาติพัฒนาไปอย่างไม่มีคุณภาพและอาจเกิดปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ต่างๆ ตามมา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้คนพิการและทุพพลภาพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคน โดยคนไทยทุกคนที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา คุณธรรม จริยธรรม อารมณ์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะในการประกอบอาชีพ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข “ สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ” ภายใต้แนวปฏิบัติของ “ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ” (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2550 : 14) รัฐบาลไทยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่สำหรับดูแลผู้พิการ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้ส่งเสริมและสนับสนุนช่วยเหลือด้านสวัสดิการและผลประโยชน์ของคนพิการ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการภายใต้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทหน้าที่ในกิจกรรมและ

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการถูกโอนไปยังสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการซึ่งเป็นหน่วยงาน ในสังกัดของสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบด้านการศึกษาและการฝึกอาชีพสำหรับคนพิการ และกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2540 : 8) ต่อมาใน พ.ศ. 2552 ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลเกี่ยวกับประชาชนด้านนี้โดยเฉพาะ คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากการพัฒนาประเทศ ให้เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับสวัสดิการ ด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลตนเองอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ความเป็นอยู่ของประชากรส่วนใหญ่ดีขึ้น แต่สำหรับกลุ่มคนพิการกลับอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบทางสังคม ไม่ได้รับประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ จากรัฐบาลอย่างเต็มที่ การฟื้นฟูสมรรถภาพพิการและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการประสบปัญหา โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้พิการเอง ที่ต้องรับสภาพอันเกิดจากผลของความพิการ โดยที่ไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้นก็ตาม ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา และรุนแรงเพิ่มมากขึ้นถึงขั้นฆ่าตัวตาย

นายแพทย์ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (บทสัมภาษณ์, 2556) กล่าวว่า จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าทั่วประเทศมีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน โดยมีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการได้รับการช่วยเหลือแล้วกว่า 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 73 โดยเกือบครึ่งเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ทั้งนี้คาดการณ์ว่า จำนวนผู้พิการของไทยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ โดยความพิการมาจาก 3 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังที่คนไทยป่วยกันมาก 3 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต อุบัติเหตุจราจร ผู้พิการในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติคนพิการ ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553 จนถึง ปัจจุบัน 473,079 คน เพศชาย เพิ่มขึ้น 247,109 คน เพศหญิงเพิ่มขึ้น 225,970 จากผลงานวิจัยต่างชาติ เรื่อง Major Depression and Depressive Symyomatology of Sociology, University of Toronto, Ontario, Canada พบว่า ผู้พิการมีแนวโน้มในการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่พิการและโรคทางจิตเวช

ปัจจุบันประเทศไทย มีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 5 หรือ 3 ล้านคน แต่มาพบแพทย์ไม่ถึง 1 แสนคน การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยสถิติการฆ่าตัวตายในสังคมไทยนั้น พบ 1.30 ชั่วโมงต่อ 1 ราย คนไทยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักอยู่ในช่วงอายุ 30 – 39 ปี โดยผู้หญิงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายมากกว่ากว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่พบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะเมื่ออายุมากขึ้น จำนวนที่พบก็ยิ่งสูงตามไปด้วย ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายคาดว่ามีสาเหตุมาจาก การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในเพศหญิง ประกอบกับผู้หญิงในปัจจุบันมีหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น ต้องรับภาระทั้งทำงานนอกบ้านและภายในบ้าน จึงเกิดความเครียดได้ง่ายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้พิการอาศัยอยู่ทุกอำเภอ จำนวนไม่น้อยที่มายื่นเพื่อขอขึ้นทะเบียนผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมไปถึงจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอต่างๆ ที่มีผู้พิการมาขอยื่นจดทะเบียน พบว่า มีจำนวนผู้พิการในปี พ.ศ.2556 (สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ , 2556) ทั้งสิ้น 50,453 คน แยกเป็นทางการเห็น 6,406 คน ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 8,387 คน ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 25,128 คน ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 3,027 คน ทางสติปัญญา 2,666 คนทางการเรียนรู้ 122 คนทางออทิสติก 89 คน ทางพิการซ้อน 3,939 คน และไม่ระบุ 689 คน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่อง ปัจจัยที่

มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดบุรีรัมย์ คิดเป็นร้อยละ 49.80 ซึ่งถือว่าเป็นผู้พิการส่วนมากของจังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy) และ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาปัจจัยในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ระยะเวลาความพิการ จำนวนโรคร่วม ผู้ดูแลคนพิการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพกับครอบครัว ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ตลอดจนเป็นแนวทางในการดูแลผู้พิการในจังหวัดบุรีรัมย์ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระดับภาวะซึมเศร้าและเขียนสมการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มทฤษฎีการเผชิญปัญหาและปรับตัวของรอย และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคัดสรรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาความพิการ อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล โรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพกับครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ และขึ้นทะเบียนคนพิการปี พ.ศ.2557 ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยใช้อำเภอเป็นหน่วยในการสุ่ม หลังจากนั้นเลือกวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างขึ้นมาแห่งละ 2 คนตามจำนวนสถานบริการภายในจังหวัดบุรีรัมย์แต่ละอำเภอได้กลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษา

โดยสูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร (อ้างใน อรุณ จิรวัฒน์กุล. 2547.)

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\, p\,(1-p)}{\left[e^2\,(N-1)\right] + \left[Z^2_{\alpha/2} p\,(1-p)\right]}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 95 % = 0.05

p =สัดส่วนของลักษณะที่ สนใจในประชากร(ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 378 ราย เก็บได้จริง 394 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประเภทตอบเอง (Self-Administered Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบบสอบถามที่ใช้นี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาความพิการ ผู้ดูแล โรคประจำตัว จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Bathel Index) แบบประเมิน ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม เท่านั้นมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงจะแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพกับครอบครัวมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ สายพิณ ยอดกุล (2555) จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด โดยแต่ละคำถามมีให้เลือก 2 คำตอบคือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน คะแนนรวมสูงจะแสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าคะแนนรวมต่ำ

เนื่องจากผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้วิจัยท่านอื่นมาใช้ แต่ไม่ได้อ้างอิงความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย แล้วนำค่าที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธี หาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson-21) สำหรับการศึกษาครั้งนี้แบบ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.814 , 0.848และ 0.827 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 17 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรโดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 394 ราย ที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 221 ราย ร้อยละ 56.1 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 173 ราย ร้อยละ 43.9 มีอายุตั้งแต่ 20 – 97 ปี อายุเฉลี่ย 55.62 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.05 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป 175 ราย ร้อยละ 44.4 รองลงมา 40- 49 ปี จำนวน 75 รายร้อยละ 19 และ ช่วงอายุ 50 – 59 ปี จำนวน 66 ราย ร้อยละ 16.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 207 ราย ร้อยละ 52.5 รองลงมาสถานภาพสมรสโสด 107 ราย ร้อยละ 27.7 และ สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า แยก จำนวน 78 ราย ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ ระดับ ประถมศึกษา จำนวน 303 ราย ร้อยละ 76.9 รองลงมาระดับชั้นมัธยมศึกษาและสูงกว่า จำนวน 69 ราย ร้อยละ 17.5 และ ไม่ได้เรียน จำนวน 22 ราย ร้อยละ 5.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 256 ราย ร้อยละ 65.0 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม 68 ราย ราย ร้อยละ 17.3 รับจ้างทั่วไป 43 ราย ร้อยละ 10.9 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 8 ราย ร้อยละ 2.0 และ ค้าขาย/อื่นๆ จำนวน 19 ราย ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่เป็นรายได้จากรัฐบาลทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท จำนวน 304 ราย ร้อยละ 77.2 รองลงมา รายได้ระหว่าง 2,001 – 5,000 บาท จำนวน 58 ราย ร้อยละ 14.7 และ มากกว่า 5,000 บาท จำนวน 32 ราย ร้อยละ 8.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความเพียงพอของรายได้ อยู่ในระดับไม่พอใช้ จำนวน 316 ราย ร้อยละ 80.2 ส่วนมากพิการมากกว่า 10 ปี จำนวน 160 ราย ร้อยละ 40.6 รองลงมาระยะเวลาความพิการ 6-10 ปี จำนวน 129 ราย ร้อยละ 32.7 และระยะเวลาน้อยกว่า 6 ปี ลงมา จำนวน 105 ราย ร้อยละ 26.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 245 ราย ร้อยละ 63.8 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 143 ร้อยละ 36.2 ส่วนใหญ่มีผู้คอยดูแล จำนวน 366 ราย ร้อยละ 92.6 ไม่มีผู้ดูแล จำนวน 28 ราย

ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ กลุ่มผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์ สามารถพึ่งตนเองได้ มีจำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมาสามารถพึ่งตนเองได้ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 และ ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 ตามลำดับมีสัมพันธภาพที่ระดับสูงกับคนในครอบครัว จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 บุรีรัมย์ มีสัมพันธภาพที่ระดับปานกลางกับคนในครอบครัว จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 และ บุรีรัมย์ มีสัมพันธภาพที่ระดับต่ำกับคนในครอบครัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ตามลำดับและ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 รองลงมามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งเปรียบเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีในจังหวัดบุรีรัมย์ ภาวะซึมเศร้า จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาความพิการ > 10 ปีปี (X_8) ไม่ได้ทำงาน (X_9) และ สัมพันธภาพในครอบครัว (X_{18}) สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05แต่ปัจจัยด้านอื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรืออธิบายได้ว่าไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้

โดยตัวแปรทั้งสามร่วมกันพยากรณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Y) ได้ร้อยละ 12.30 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ $S.E_{est}$ = 4.1757 และ สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 9.471+(-0.881)\ X_8 + 1.592X_9 + (-0.462)\ X_{18}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

$$Z = (-0.097)Z_8 + 0.171\ Z_9 + (-0.272)\ Z_{18}$$

อภิปรายผลวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงรุนแรง อธิบายได้ว่า ผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ต้องเผชิญกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่เหมือนเดิม ความสามารถในการทำงานลดลง วิตกกังวลเรื่องรายได้ การมีภาวะความพิการที่นานย่อมส่งผลถึงสภาพจิตใจอย่างมากทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้าตามมาในที่สุดภาวะซึมเศร้าของผู้พิการ ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีใครสนใจ ต้องรับความกดดันต่างๆ แต่ผู้เดียว รู้สึกสิ้นหวัง ไม่อยากจะสู้ปัญหา เกิดความเครียด วิตกกังวล แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 3 ตัวแปร ดังนี้

ระยะเวลาความพิการการศึกษาครั้งนี้พบว่า จากการวิเคราะห์โดยการหาความสัมพันธ์และใช้สถิติถดถอยพหุคูณวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าระยะเวลาความพิการ > 10 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิไลรัตน์ ทองอุไร (2542) ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พบว่า การเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยเพิ่มได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานมากขึ้น และการที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงมีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ถึงอย่างไร วิธีการเผชิญกับปัญหา ที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถยอมรับกับสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือพิการที่ต้องรับสภาพนานๆนั้น สามารถส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้การเจ็บป่วยหรือการมีภาวะซึมเศร้าที่นานมากกว่า 10 ปี ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้พิการ เพราะจากที่เคยทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว มาใช้จ่ายส่วนตัวในชีวิตประจำวัน ยิ่งคิดยิ่งตอกย้ำความรู้สึก อยากจะมีรายได้เพิ่มมากกว่าจะทำอย่างไร เพราะสภาพร่างกายเป็นอุปสรรค และถ้าหากต้องนอนติดเตียงด้วยแล้วคงปฏิเสธเรื่องของสภาพจิตใจที่ย่ำแย่อย่างหลีกไม่ได้แน่นอน

อาชีพ ที่ไม่ได้ทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกสร พันธุ (2543 : 51-64) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อการพึ่งตนเองของคนพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชายพลอยเลื่อมแสง (2543 : 87 - 98) ได้ศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10 ผลการศึกษาพบว่าทั้งสามจังหวัดมีระดับความเครียดและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ($p < 0.05$) โดยรวมแล้วมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรงคิดเป็น 42.1% ปัจจัยทางประชาการที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดมีเพียงอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกรมีแนวโน้มที่จะเครียดสูงกว่าคนที่ทำธุรกิจส่วนตัวข้าราชการพ่อบ้านแม่บ้านกรรมกรลูกจ้าง/พนักงานและคนที่อยู่บ้านเฉยๆไม่ต้องทำอะไรตามลำดับในส่วนของภาวะซึมเศร้าพบว่า 29.7% ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ปัจจัยทางด้านเพศอายุระดับการศึกษาอาชีพจำนวนบุตรที่มีรายได้และสถานภาพสมรสไม่ได้มีความสัมพันธ์กับระดับของอาการซึมเศร้าเลยยกเว้นความเครียดเท่านั้นโดยคนที่มีความเครียดในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าในระดับสูงตามไปด้วย

ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในการดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อมีภาวะความพิการเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเช่น เช่น ความพิการที่เกิดจากการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางด้านอารมณ์ต่อตัวคนพิการเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย คนพิการอาจรู้สึกว่าตนเองเป็นเหตุของความยุ่งยาก นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระของครอบครัว คนใกล้ชิด หรือผู้ดูแล เกิดความเครียดและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคลครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสมตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกาย มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกมั่นคง อบอุ่นมีการปรับตัวให้เหมาะสม นำไปสู่ การมีสุขภาพจิตดี ในทางกลับกันถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวมักจะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังมักเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะเครียดและปัญหาต่างๆ ในครอบครัว สิ่งต่างๆเหล่านี้อาจนำมาซึ่งความขัดแย้งและความไม่เข้าใจกันในครอบครัว อาจมีผลทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้คนในชุมชน หมู่บ้าน ร่วมกันดูแล ให้ผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกันกับคนปกติได้ เพื่อเสริมสร้างความรัก ความสามัคคี และสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างคนในครอบครัว และ คนในชุมชนรอบบ้านคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
2. หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องควรรีบเข้าไปให้คำปรึกษาแก่คนพิการ ญาติ ผู้ดูแลคนพิการ และคนในชุมชนรอบบ้าน โดยเร็ว เพื่อเตรียมความพร้อม รับกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งทางสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตและอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

เกสร พันธุ. (2543). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพึ่งตนเองคนพิการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สาขาการบริหารและนโยบาย สวัสดิการสังคม.

จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล.** สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พิไรรัตน์ ทองอุไร.(2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง.**วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.** 19(2) : 38-46.

วาสนา แก้วหล้า และ วิโรจน์ ไววานิชกิจ. (2557). **การใช้ข้อมูลและสถิติประยุกต์เพื่อการวิจัยทางสาธารณสุข.** สุรินทร์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2540). **รายงานการวิจัยระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ.** กรุงเทพฯ : สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2547).**ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2551). **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2554). **คู่มือสิทธิคนพิการ.** พิมพ์ครั้ง 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีและสารเสนทศและการสื่อสาร. (2558). **“ความพิการ....ปัญหาใหญ่ในอนาคต?.”** [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news_disability.jsp สืบค้น 28 เมษายน 2558.

สมชายพลอยเลื่อมแสง.(2543). **ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10** เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุงกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

สายพิณ ยอดกุล. (2555). **ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Andrews, H.A. & Roy, C. (1991).**The Roy adaptation model : The definitive satatement.** Connecticut : Appleton & Lange.

American Psychiatric Association.**Diagnosis and statistical manual of mental disorder.4**th ed.Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association;2000.

Orem. D. Nursing : **Concept of Practice.** 4 nd ed. St. louis :Mosky Year Book, 1991.

_____. E. Dorothea Nursing : **Concept of Practice.** 5th ed. St. louis :Mosky Year Book, 1995.

Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). Health promotion in nursing practice. (2 ed.) Norwalk : Appleton & Lange.

Roy, C. & Andrews, H. A. (1999).**The Roy’s Adaptation Model.** (2nded.), Stamford: Appleton & Lange.