

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการปี พ.ศ. 2545-2549
2. ผลกระทบจากการสูญเสียแขนและ/หรือขา
3. คุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีของซูเมคเคอร์และเมลิส
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการปี พ.ศ. 2545-2549

การดำเนินงานด้านคนพิการที่ผ่านมาในอดีตนั้น นโยบายด้านคนพิการเริ่มต้นจากการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่คนพิการ ในรูปแบบให้การสงเคราะห์โดยสถาบันต่าง ๆ ได้พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้การศึกษาแก่คนพิการ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเหล่านี้ทำให้เกิดการผลักดันอย่างต่อเนื่องในนโยบาย และการดำเนินงานด้านคนพิการในหลายมิติในเวลาต่อมา

นับตั้งแต่ปีคนพิการสากล ในปี พ.ศ. 2524 ได้ให้ความสำคัญกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพิ่มมากขึ้นทั้งในหน่วยงานของรัฐและเอกชน ต่อมาองค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยเรื่องคนพิการ” เพื่อใช้เป็นคู่มือการปฏิบัติงานในทศวรรษคนพิการแห่งสหประชาชาติ พ.ศ. 2526-2534 ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานหลายประการในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2534 มีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยตรงคือ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กำหนดให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการรับผิดชอบการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการใน 4 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพการจ้างงานและด้านสังคม

การเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2540 มีผลทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงและต่อเนื่องในหลายด้าน ดังนั้นการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 จึงมีการกำหนดกรอบวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนาที่ยั่งยืน และทิศทางการพัฒนายังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพคนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นพื้นฐานไปสู่ สังคมแห่งคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ สังคมแห่งการ สมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน

ดังนั้นการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 จึงจัดทำให้ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 รวมถึงได้บูรณาการ หลักพื้นฐานแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานด้านคนพิการจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย พ.ศ. 2541 การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูป ระบบสุขภาพ ตลอดจนพันธกรณีในข้อตกลงระดับนานาชาติ เช่น แผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยเรื่อง คนพิการ กฎมาตรฐานว่าด้วยการสร้างความเสมอภาคทางโอกาสให้แก่คนพิการ ขององค์การ สหประชาชาติ พ.ศ. 2537 และปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ได้ปรับให้สอดคล้องกับ บริบทของสังคมไทย เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม ในการเสริมสร้างความก้าวหน้า สิทธิ ความยุติธรรมและความเสมอภาคสำหรับคนพิการในกระบวนการพัฒนาทุกด้าน ตลอดจนสร้าง ความชัดเจนของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนปฏิบัติการ ต่อไป

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การกำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ สภาพแวดล้อม และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกประเทศ เพื่อทราบถึง จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัด ของการพัฒนา ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

จุดแข็ง

1. การรวมกลุ่มเข้มแข็งเป็นองค์กรของคนพิการ เพื่อสิทธิประโยชน์ของตนเองและ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา ก่อให้เกิดกลไกในการสนับสนุนการดำเนินงาน การติดตาม การตรวจสอบและการตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการมากขึ้น

2. คนพิการมีองค์ความรู้มากพอในการแก้ไขปัญหาตนเอง มีศักยภาพจากการได้รับการ พัฒนา หากได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมจะเป็นแรงผลักดันให้คนพิการพัฒนาตนเองมากขึ้น

จุดอ่อน

1. ครอบครัวคนพิการยังไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคนพิการ
2. คนพิการไม่รู้ถึงสิทธิ และแหล่งการให้บริการที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง
3. คนพิการขาดการศึกษาและทักษะด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตในสังคม

โอกาส

1. รัฐธรรมนูญ นโยบายของรัฐ กฎหมาย ได้วางพื้นฐานการพัฒนาในทุกด้าน เพื่อสนับสนุนให้คนและสังคมมีการพัฒนา ก้าวหน้ามากกว่าที่ผ่านมา โดยเฉพาะในด้านสิทธิ ความเป็นธรรม ความเสมอภาค จึงมีการปฏิรูประบบต่าง ๆ ในสังคมให้คนพิการได้รับบริการ พื้นฐานทางสังคม การคุ้มครองทางสังคม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทุกฝ่ายใน สังคม มีผลต่อการขับเคลื่อนทางสังคม ทำให้คนพิการมีส่วนร่วมและโอกาสมากขึ้น
 2. การพัฒนาองค์ความรู้ด้านคนพิการ การประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ ทำให้เกิดความก้าวหน้าในนโยบาย แผนและการปฏิบัติการในด้านคนพิการ
 3. กระแสความเป็นประชาธิปไตยและการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนในระดับสากล ได้มีผล ต่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิของคนพิการ
 4. นโยบายและการพัฒนาคนและสังคมมีความเข้มข้นมากขึ้น ทำให้การดำเนินงาน ด้านคนพิการ มีทิศทางไปสู่การพัฒนาศักยภาพคนพิการมากยิ่งขึ้น ตลอดจนได้รับการยอมรับจาก พรรคการเมือง มีการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
 5. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเปิดโอกาสให้การศึกษา และการเรียนรู้พัฒนาไปอย่าง กว้างขวาง มีการพัฒนาสื่อและสิ่งอำนวยความสะดวกทางอิเล็กทรอนิกส์ที่จำเป็น ตลอดจน อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
 6. ความก้าวหน้าทางวิชาการสมัยใหม่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความพิการ ทำให้ คนพิการมีโอกาสการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น
 7. วัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย ที่มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะเป็นประ โยชน์ต่อการพัฒนาคนพิการโดยชุมชน ทำให้การพัฒนาคนพิการมีความเหมาะสม ตรงกับความต้องการจำเป็น
- ข้อจำกัด
1. ความเชื่อของคนในสังคมไทย ยังคงฝังแน่นกับความเชื่อในเรื่องเคราะห์กรรมกับ ความพิการ ซึ่งเจตคติทางสังคมด้านลบนี้จะเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาคนพิการ
 2. วิฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทางสังคมอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาใน การดำเนินชีวิตของคนพิการ คนพิการต้องถูกให้ดำเนินชีวิตทางสังคมตามลำพังถูกละเลย การทอดทิ้ง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาเพื่อ พึ่งตนเอง
 3. สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคนพิการ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมทาง ด้านกายภาพและสถาปัตยกรรมยังเป็นอุปสรรคต่อคนพิการในการมีส่วนร่วมทางสังคม

4. การดำเนินงานการพัฒนา การรวมตัวกันทั้งเอกชน ประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อ องค์กรรัฐ ยังขาดการผนึกกำลังในการทำงาน โดยมีการดำเนินงานแบบต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงานที่มีเครือข่ายและมีระบบ

5. กลไกและระบบของการพัฒนาคนพิการ ยังขาดประสิทธิภาพในการบริการ การเข้าถึงโอกาสอย่างเท่าเทียมในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

6. ขาดการวิจัยและพัฒนากลไก และระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทุกประเภท ทำให้บุคลากรที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญมีจำกัด

7. ขาดการตระหนักถึงความสำคัญของสถาบันครอบครัว องค์กรชุมชนท้องถิ่น ทำให้ครอบครัวมีความอ่อนแอในการแก้ไขและจัดการปัญหาสำหรับคนพิการ

8. ขาดการปรับปรุงหรือการพิจารณาการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ จึงเป็นข้ออ้างการละเลยการปฏิบัติที่จำเป็นต่อคนพิการ

9. ขาดการให้คำนิยามอย่างชัดเจนเกี่ยวกับคนพิการ ทำให้การตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภทไม่ครอบคลุมทั่วถึง

10. องค์กรของคนพิการ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ไม่เข้าใจและตระหนักในบทบาทของตนเองทำให้ขาดการปฏิบัติตามบทบาท และงานที่รับผิดชอบที่มีความจำเป็นสมควรดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2545-2549

ปรัชญา มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน สามารถพัฒนาศักยภาพ หากได้รับโอกาสอย่างเสมอภาค เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิสัยทัศน์ คนพิการมีศักยภาพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสร้างสรรค์มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ

แนวความคิดและทิศทาง แนวความคิดการดำเนินงานด้านคนพิการทั้งในประเทศและนานาชาติ ได้พัฒนาไปอย่างมากโดยให้ความสำคัญเน้นที่การพัฒนาคนพิการ เพราะเป็นทรัพยากรทางสังคม ที่ต้องได้รับการเสริมสร้างศักยภาพที่สูงสุดตามสภาพ มีความเสมอภาคที่จะได้รับผลจากการพัฒนาเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป จนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในครอบครัว ชุมชน สังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและมีความสามารถในการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้ทันต่อสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2545-2549 จึงได้วางแนวทางให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแผนและพันธะสัญญาที่ตกลงร่วมกันนานาประเทศดังนี้

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่กำหนดสิทธิที่พึงได้รับมี โอกาสรับบริการพื้นฐานทางสังคม และการคุ้มครองทางสังคมอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมรวมทั้ง ส่งเสริมให้ทุกฝ่ายในสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ที่เน้นการพัฒนา คุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคมให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม โดยให้คน เป็นศูนย์กลางของการพัฒนามนปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

3. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมให้คนพิการได้รับโอกาส สิทธิการสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ

4. ปณิธานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เป็นกฎบัตรถึงความเชื่อมั่นในสิทธิมนุษยชน ขึ้นพื้นฐานในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตัวบุคคล และในความเสมอภาคแห่งสิทธิของทั้งชายและหญิง ส่งเสริมความก้าวหน้าทางสังคมตลอดจนมาตรฐานแห่งชาติให้ดีขึ้นมีเสรีภาพมากขึ้น

5. แผนปฏิบัติการระดับโลกด้านคนพิการ วาระเพื่อการปฏิบัติและกฎมาตรฐานเกี่ยวกับ คนพิการ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาคนพิการ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดมาตรการอันจะเป็นผลดี แก่การป้องกันความพิการ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ด้วยการตระหนักถึง เป้าหมายของการมีโอกาส และส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของคนพิการในชีวิตสังคม ตลอดจนการพัฒนา ความเสมอภาคกับคนทั่วไปให้เป็นจริงจากแนวคิด และแนวทางดังกล่าวจึงกำหนดเป็นทิศทางการนี้

1. ส่งเสริมให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ ชุมชน และสังคม มีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ ต่อคนพิการ และมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

2. เร่งเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเฉพาะ การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องช่วยความพิการ สื่อ และความช่วยเหลือ ให้สอดคล้อง กับความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละบุคคล

3. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งสนับสนุนใช้ผลการวิจัยเป็นเครื่องมือกำหนด แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

4. เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรของคนพิการ และองค์กรเพื่อคนพิการ พร้อมทั้ง จัดระบบการสนับสนุน การประสานงานแบบเครือข่ายขององค์กร ภาครัฐ และภาคเอกชนที่ เกี่ยวข้องกับคนพิการทั้งในด้านการแพทย์ การศึกษา สังคมและการประกอบอาชีพ เพื่อให้เกิด การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบบูรณาการ

5. พัฒนากองทุนเพื่อสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในทุกด้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ ชุมชน และสังคมมีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการ และมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
2. เพื่อให้คนพิการ ครอบครัวคนพิการ ชุมชน และสังคม รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตระหนักวิถีชีวิตที่ และมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณให้เต็มศักยภาพของแต่ละบุคคล
4. เพื่อส่งเสริมการรวมตัวของคนพิการและครอบครัวของคนพิการเป็นเครือข่ายองค์กรช่วยเหลือตนเองของคนพิการให้มีความเข้มแข็ง มั่นคง ยั่งยืนและก้าวหน้า
5. เพื่อให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาศักยภาพแบบบูรณาการทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม อย่างทั่วถึง มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละบุคคล

เป้าหมาย

1. คนพิการ ครอบครัวของคนพิการ ชุมชนและสังคมทั้งในเมืองและชนบททั่วไปมีเจตคติเชิงสร้างสรรค์เกี่ยวกับคนพิการและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพิ่มขึ้น
2. คนพิการ ครอบครัวของคนพิการ ชุมชนและสังคม และผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทั้งภาครัฐและเอกชน ตระหนักวิถีชีวิตที่และมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศมากขึ้น
3. มีกลไกทางกฎหมายเพื่อพัฒนาและคุ้มครองคนพิการให้มีความเสมอภาคกับคนทั่วไป
4. คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาศักยภาพแบบบูรณาการทั้งทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคมอย่างเต็มศักยภาพแต่ละบุคคลอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของคนพิการแต่ละบุคคล
5. คนพิการและผู้ปกครองคนพิการในทุกท้องถิ่นรวมตัวเป็นองค์กรที่เข้มแข็งมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและพัฒนาประเทศเพิ่มขึ้น
6. องค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อคนพิการดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยประสานแบบเครือข่ายกับองค์กรคนพิการ
7. คนพิการได้รับการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 15 ต่อปี
8. คนพิการมีงานทำเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี
9. คนพิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะ ข้อมูล ข่าวสาร การสื่อสารและเทคโนโลยีได้อย่างน้อยร้อยละ 20 ของบริการที่มีอยู่

10. คนพิการทั้งในเมืองและชนบททั่วประเทศ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

11. คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ และประกอบกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะเพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมายชีวิตคนพิการ

แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการตระหนักรู้และการสร้างเสริมเจตคติเชิงสร้างสรรค์ มีแนวทางและมาตรการดังนี้

1.1 ให้การศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องคนพิการ เพื่อสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อคนพิการและเปิดโอกาสให้คนพิการมีความเสมอภาคกับคนทั่วไป

1.2 เผยแพร่ความรู้ เรื่องความสามารถในการพัฒนาตนเองของคนพิการและศักยภาพของคนพิการ

2. ยุทธศาสตร์ด้านสิทธิและหน้าที่ มีแนวทางและมาตรการดังนี้

2.1 สร้างความตระหนักรู้สิทธิและหน้าที่แก่คนพิการ ครอบครัว ชุมชน และสังคม สถานประกอบการ ตลอดจนบุคลากรของทั้งภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ

2.2 เร่งรัด ปรับปรุง แก้ไข และใช้กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของคนพิการ

3. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพคนพิการ มีแนวทางและมาตรการดังนี้

3.1 ส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

3.2 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพคนพิการ โดยการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบบูรณาการ สหวิชาชีพ และการแพทย์ทางเลือก

3.3 ขจัดความไม่รู้หนังสือของคนพิการ พร้อมกับการพัฒนาการจัดการศึกษาเพื่อคนพิการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

3.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรมทางด้านกีฬา นันทนาการสำหรับคนพิการ

3.5 สนับสนุนการฝึกอาชีพ และการประกอบอาชีพของคนพิการทั้งการประกอบอาชีพอิสระ การทำงานในหน่วยงานเอกชน สถานประกอบการ หน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ

3.6 จัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการ เพื่อสร้างหลักประกันพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

4. ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยและการพัฒนา มีแนวทางและมาตรการดังนี้

4.1 การส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนากฎหมายชีวิตคนพิการ การประเมินผลโครงการ และการดำเนินงานเกี่ยวกับคนพิการ

4.2 การส่งเสริมการนำผลงานวิจัยและพัฒนาไปปฏิบัติและสร้างผลผลิตอย่างเป็นรูปธรรม

5. ยุทธศาสตร์ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมมีแนวทางและมาตรการดังนี้

5.1 พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การบริการ เทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการแต่ละประเภท

5.2 การจัดบริการเพื่อคนพิการ เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การบริการ เทคโนโลยีและสภาพแวดล้อม

5.3 ส่งเสริมการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การบริการ เทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของคนพิการแต่ละประเภท

6. ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการมีแนวทางและมาตรการดังนี้

6.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรของคนพิการ องค์กรเพื่อคนพิการและองค์กรผู้ปกครองคนพิการ ในการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

7. ยุทธศาสตร์ด้านการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัว และชุมชนมีแนวทางและมาตรการดังนี้

7.1 การส่งเสริมคนพิการ และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจทั้งในระดับนโยบาย แผนงาน โครงการ กฎหมาย ตลอดจนการรับบริการที่มีผลกระทบต่อคนพิการ

7.2 ส่งเสริมบทบาทของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรด้านคนพิการ องค์กรภาครัฐ สถาบันทางศาสนา องค์กรภาคธุรกิจเอกชน เป็นกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

8. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการมีแนวทางและมาตรการโดยสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านคนพิการ

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 นั้นเป็นแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการทุกประเภท แต่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา นั้น ก็เป็นส่วนหนึ่งของผู้พิการทั้งหมดซึ่งต้องใช้แนวนโยบายตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตฉบับปัจจุบันนี้เช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 มาอธิบายโดยสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขาและการสูญเสียแขนและ/หรือขาย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยขออธิบายโดยสรุปเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูญเสียแขนและ/หรือขา เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต่อไป

ผลกระทบจากการสูญเสียแขนและ/หรือขา

การสูญเสียแขนและ/หรือขา เป็นการสูญเสียอวัยวะสำคัญของบุคคลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ที่สูญเสียในหลาย ๆ ด้านซึ่งผลกระทบที่เกิดต่อผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขานั้นเป็นผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน จากภาวะสุขภาพปกติสู่ความพิการที่ถาวร ดังนั้นผู้วิจัยจึงขออธิบายถึงผลกระทบดังกล่าวโดยแบ่งออกเป็น 6 ด้านดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Somatic Impact) ภายหลังจากตัดอวัยวะแขนและ/หรือขา ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะมีความรู้สึกเหมือนอวัยวะนั้นยังคงอยู่ (Phantom Limb Phenomenon) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากอวัยวะนั้นเป็นอวัยวะส่วนปลาย ได้แก่ นิ้วมือ นิ้วเท้า เนื่องจากอวัยวะส่วนนี้จะมีเส้นประสาทมากกว่าส่วนอื่น ความรู้สึกดังกล่าวจะเกิดขึ้นทันทีภายหลังจากผ่าตัดและคงอยู่ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 20 ปี (Frazier & Kobb, 1970 cited in Lambert & Lambert, 1985, p. 56) นอกจากนี้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจากการบาดเจ็บ ยังอาจมีความรู้สึกปวดลักษณะปวดหลอก (Phantom Pain) ความรู้สึกนี้อาจมีตั้งแต่รู้สึกเสียวแปลบเพียงเล็กน้อย จนกระทั่งรู้สึกปวดแสบร้อนซึ่งร้อยละ 80 ของผู้ถูกตัดแขนและ/หรือขาจะมีความรู้สึกปวดหลอกนี้ (Sherman & Associates, 1985 cited in Lambert & Lambert, 1985, p. 56)

นอกจากนี้ปัญหาอื่นที่พบได้ คือ มีแผลกดทับบริเวณคอขา ปวดข้อเข่า กล้ามเนื้อลีบ ปวดหลัง ปวดข้อสะโพก ข้อต่อที่ขายึดติด มีผื่นคันบริเวณคอขาที่ใส่ขาเทียม ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย ส่งผลกระทบต่อ ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (Emotional and Physical Well-Being) อันเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ อาการแทรกซ้อนเหล่านี้ยังมีผลต่อการเคลื่อนไหวเป็นอย่างมาก (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2532, หน้า 69)

ความพิการแขนขาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เห็นชัดเจนทำให้เสียบุคลิกลักษณะ ขาดความสวยงาม ความสมบูรณ์ ความสมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆ ที่ควรจะมี ทำให้มีลักษณะที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ข้อจำกัดทางร่างกายเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ การเคลื่อนไหว การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความไม่คล่องตัว ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ หรือมีความสามารถลดลง เกิดความเสียเปรียบในการทำงานส่งผลกระทบต่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้น ๆ ของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา รวมทั้งเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในสังคม (กิตติยา รัตนกร, 2531, หน้า 39-40) ภาพลักษณ์ยังเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ที่ถูกตัดแขนและ/หรือขา เนื่องจากภาพลักษณ์มีผลต่อการรับรู้ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย รวมถึงระดับการสูญเสียที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับวิถีที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่สูญเสียแขนขา (คณินิจ อนุโรจน์, 2535; สุธิดา กาญจนรังษี, 2528; น้ำค้าง ว่องเกษญา, 2541) ซึ่งโดยสรุปแล้ว ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ที่สูญเสียแขนและ/

หรือขาย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ระดับความรู้การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านและความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological Impact) เนื่องจากอวัยวะแขนขาที่มีความจำเป็นต่อการเคลื่อนไหว ต่อความสามารถในการทำงาน และต่อความสวยงาม (Lambert & Lambert, 1985, pp. 41-50) ดังนั้น การถูกตัดแขนและ/หรือขา จึงมีความหมายมากกว่าอวัยวะส่วนอื่นและจะเกิดลำดับขั้นของปฏิกิริยา ระยะเวลาในแต่ละขั้นของปฏิกิริยา หรือความรุนแรงแต่ละปฏิกิริยาแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น คุณค่าของสิ่งที่สูญเสีย ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลและระบบสนับสนุนในสังคม เป็นต้น

ลำดับขั้นของปฏิกิริยาดังกล่าว แบ่งได้เป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ไม่ยอมรับ (Repudiation) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทันที คือ ช็อค และไม่เชื่อว่าตนถูกตัดแขนหรือขา แม้ว่าจะทำการผ่าตัดไปแล้วก็ตาม เป็นช่วงของการปฏิเสธความสูญเสียทางร่างกาย และไม่ยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสูญเสียด้วย เป็นลักษณะของปฏิกิริยาป้องกันตัวเอง ปฏิเสธที่จะรับรู้ว่า ความพิการได้เกิดขึ้นหรือความพิการนั้นทำให้ขอบเขตความสามารถลดลง โดยไม่ยอมมองต่อแขนขาที่ถูกตัดไป พยายามช่วยเหลือตนเอง ทำกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนที่เคยเป็นตามปกติ และพยายามแสวงหาแหล่งรักษาใหม่ด้วยความหวังว่า จะไม่ได้รับคำวินิจฉัยเช่นเดิม

ปฏิกิริยาทางร่างกายและอารมณ์ที่แสดงให้เห็นได้แก่ เป็นลม หน้าซีด เหงื่อแตก หัวใจเต้นเร็วเร็ว คลื่นไส้ ท้องเสีย ร้องไห้ ตับสั่น กระสับกระส่าย ฯลฯ อย่างไรก็ตาม อาการแสดงออกดังกล่าวอาจมากหรือน้อยในแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขั้นนี้เป็นปฏิกิริยาที่มีความรุนแรงสูงแต่มักจะลดลงอย่างรวดเร็ว อาจใช้เวลา 1-2 นาที หลายชั่วโมง หลายวัน หรือแม้แต่เป็นเดือน แต่จะไม่ใช้เวลามากเป็นหลายเดือน

แม้ว่าการไม่ยอมรับจะเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นแล้วในขั้นแรกของการสูญเสีย แต่อาจเกิดขึ้นใหม่อีกเมื่อไรก็ได้ในช่วงของปฏิกิริยาขั้นต่อไป กล่าวโดยสรุปคือขั้นนี้ของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะปกป้องตนเองโดยไม่ยอมรับรู้ต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 2 ยอมรับ (Recognition) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธสภาพความเป็นจริงได้ ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะเกิดความสับสน และแสดงปฏิกิริยาออกมา 2 แบบ คือ อาการโกรธ และอาการซึมเศร้า

อาการโกรธ บางคนอาจจะแสดงความโกรธอย่างเปิดเผย เช่น ปฏิเสธการรับประทานยา ไม่ให้ความร่วมมือ บางทีมีการป้ายความผิดให้ผู้อื่น มีการกล่าวโทษบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสาเหตุของความพิการครั้งนี้ บางคนมีความรู้สึกโกรธแต่ในใจ ต้องการทำร้ายบุคคลที่เป็นสาเหตุ

หรืออาจมีการทำลายสิ่งของให้เสียหายเป็นการระบายความโกรธ ต่อมา ผู้สูญเสียแขนและ/หรือขา จะเกิดความรู้สึกผิดว่า เขาน่าจะได้กระทำบางสิ่งบางอย่างเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น ๆ เพื่อความสูญเสียดังกล่าวจะได้ไม่เกิดขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นจึงเสมือนเป็นการถูกลงโทษ ภายหลังจากแสดงอาการโกรธ และรู้สึกผิดแล้ว เขาจะแสดงอาการซึมเศร้าให้เห็นโดยการไม่พูดคุย แยกตัวเอง ไม่รับประทานอาหาร นอนไม่เป็นเวลา ไม่แสดงความโกรธ และมีอาการเหนื่อยล้า อาจใช้คำพูดว่า “อย่ามาเสียเวลากับฉันเลยคุณพยาบาล ฉันไม่มีทางหายหรอก” หรือ “ไม่ต้องบอกครอบครัวฉันนะ เพราะพวกเขาจะไม่สนใจฉันหรอก” ในบุคคลที่มีบุคลิกพึ่งพา จะต้องการการช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ปกติขั้นที่ 2 นี้ จะใช้เวลาภายในหลายนาทีก่อนหรือหลายชั่วโมง แต่บางคนอาจใช้เวลาหลายวันหรือหลายเดือน และต้องการการรักษาทางจิต ส่วนคนที่ปรับตัวได้พวกเขาจะเริ่มรับรู้ว่าการสูญเสียแขนและ/หรือขาเป็นความจริงที่เกิดขึ้นแล้ว และต้องเผชิญกับความเป็นจริงนั้น เกิดความรู้สึกว่าการโง่เขลาผู้อื่น และการปฏิเสธสภาพต่าง ๆ นั้น ไม่อาจช่วยให้มีสภาพที่ดีขึ้นได้ เป็นช่วงที่เริ่มเกิดความเข้าใจ ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นได้บ้างในระดับหนึ่ง มีความรู้สึกเป็นมิตร และสนใจที่จะสร้างความสัมพันธ์กับคนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตน เตรียมเข้าสู่ขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 ปรับระบบใหม่ (Reconciliation) หลังจากผ่านขั้นต่าง ๆ มาระยะหนึ่งแล้ว ในที่สุด ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะเข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จากนั้นจะเริ่มพยายามปรับตัว ปรับสภาพอารมณ์จิตใจให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตน อาจแสดงออกโดยสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ต้องการมีส่วนร่วมในสังคมองค์กรครอบครัว และระหว่างนี้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะค่อย ๆ ทดสอบปฏิกิริยาของความสัมพันธ์เหล่านี้ตลอดเวลา การได้ใส่อวัยวะเทียมจะช่วยให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาพึงพอใจ และมีภาพลักษณ์ต่อตนเองดีขึ้นต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต่อไป ถึงแม้ว่าจะไม่เหมือนกับเมื่อก่อนเกิดความพิการเลยทีเดียว แต่ก็มีความใกล้เคียง และมีความเหมาะสมตามสภาพความสามารถสูงสุดของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา (กิตติยา รัตนกร, 2531, หน้า 27) ในขั้นสุดท้ายนี้จะต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมาก ทั้งในด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาทุกคนอาจจะไม่ผ่านลำดับขั้นของปฏิกิริยาที่มีต่อความสูญเสียดังกล่าวก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นด้วย และบางกรณีขั้นสุดท้ายของปฏิกิริยาอาจลงเอยด้วยการฆ่าตัวตายก็เป็นได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบทางด้านจิตใจส่งผลต่อความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (Emotional and Physical Well-Being) ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้น ความเครียด ความกดดันทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกสับสน ขัดแย้ง ความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว ความกลัวที่จะล้มเหลวในบทบาทใหม่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะปรากฏในระหว่างที่บุคคลต้องเปลี่ยนผ่านจากสถานะเดิมเข้าสู่สถานะใหม่ (เรณู พุกบุญ, 2541)

3. ผลกระทบทางด้านเพศ (Sexual Impact) ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะมีอิทธิพลต่อความนึกคิดเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศ (Woods, 1979 cited in Lambert & Lambert, 1985, p. 58) ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาที่รู้สึกว่าคุณไม่สวย หรือคุณเก๋เกียด อาจไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ แขนขาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเสน่ห์และภาพลักษณ์ทางเพศ ดังนั้นผู้หญิงที่สูญเสียแขนขาจึงมักคิดว่าตนไม่น่าสนใจสำหรับผู้ชายอีกต่อไป ส่วนผู้ชายที่สูญเสียแขนขาจะรู้สึกว่าเป็นชายของคนถูกคุกคาม ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจึงมีการแสดงออกทางเพศ เพื่อทดสอบภาพลักษณ์ทางเพศ เช่น ในผู้หญิงจะสวมเสื้อผ้าที่สวยงามเป็นพิเศษ ส่วนผู้ชายอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น กระแทกประตูด้วยรถเข็น หรือใช้วาจาถ่มถุยยาบาลผู้หญิง

ปัญหาอื่นที่พบคือ เพิ่มความรู้สึกปวดแขนขาที่ถูกตัดไปแล้ว (Phantom Pain) หลังจากการร่วมเพศถึงจุดสุดยอดทั้งในหญิงและชาย (Lambert & Lambert, 1985, pp. 58-59) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูญเสียแขนขารู้สึกผิด และมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการร่วมเพศ ทำให้การร่วมเพศลดน้อยลง (Riding, 1976 cited in Lambert & Lambert, 1985, p. 59) ผลกระทบทางด้านเพศนั้นส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว อาจเป็นสาเหตุของการหย่าร้าง หรือการเกิดความเข้าใจที่ไม่ดีต่อกัน สังคมครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญซึ่งเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนผ่านไปอีกสถานะหนึ่งของบุคคลนั้น เป็นไปได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น (เรณู พุกบุญมี, 2541)

4. ผลกระทบทางด้านอาชีพ (Occupational Impact) ผลกระทบต่ออาชีพมากน้อยแตกต่างกัน ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาบางคน อาจปรับตัวเพียงเล็กน้อยในการประกอบอาชีพ เช่น ใช้มือซ้ายทำงานแทนมือขวาที่ถูกตัดขาด แต่บางคนอาจต้องปรับตัวมาก เช่น กรณีต้องเปลี่ยนงานที่ต้องอาศัยการฝึกหัดใหม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดมาก ขณะที่ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา กำลังปรับตัวต่อการประกอบอาชีพนั้น บทบาทที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวจะลดลง สมาชิกในครอบครัวคนอื่นต้องรับผิดชอบแทน รายได้ของครอบครัวลดลง ทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา รู้สึกสูญเสียบทบาทในครอบครัว และกลัวต่อปัญหาทางเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นหากไม่สามารถปรับตัวต่อการทำงานได้ การให้กำลังใจ และการยอมรับว่าผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ยังมีความสามารถที่จะทำงานได้ของสมาชิกในครอบครัว จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผลกระทบต้ออาชีพดังกล่าวมานั้นจะเห็นว่าการสูญเสียแขนและ/หรือขาส่งผลต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่ สูญเสียโอกาสในการพัฒนาทักษะหรือความรู้ทางอาชีพที่จำเป็น หรือแม้แต่ว่าส่งผลต่อความรู้สึกที่ไม่แน่นอน (Uncertainty) กับการปรับเปลี่ยนผ่านเนื่องจากความรู้สึกที่ไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความต้องการข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาทักษะจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งสู่อีกสถานะหนึ่ง (เรณู พุกบุญมี, 2541)

5. ผลกระทบทางสังคม (Social Impact) บุคคลมิได้อยู่คนเดียวแต่แวดล้อมไปด้วยสังคมซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ ดังนั้นภายหลังเมื่อบุคคลประสบอันตรายสูญเสียแขนและ/หรือจึงต้องพยายามปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมที่ปกป้องผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาอยู่คือ โรงพยาบาล ผู้โลกแห่งความเป็นจริงอีกครั้งจากสภาพความพิการที่ปรากฏ ย่อมก่อให้เกิดความสนใจใคร่รู้วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับแขนขาที่ขาด หรือถามด้วยคำถามต่าง ๆ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต้องสร้างสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ เพื่อสามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (Lambert & Lambert, 1985, pp. 60-62) ซึ่งผลกระทบทางสังคมส่งผลต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคมเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการเปลี่ยนผ่าน เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญต่อผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์อยู่ตลอดเวลา

6. ผลกระทบด้านบทบาทหน้าที่ (Role Impact) การถูกตัดแขนและ/หรือขาทำให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ที่สูญเสียแขนและหรือขาเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพทางกายลดลง ทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ดังนั้นผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลง เป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัวด้านสังคม และหน้าที่การงาน (Lambert & Lambert, 1987, p. 527) การที่ไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนได้ ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะเกิดความคับข้องใจและถือว่าเป็นการคุกคามต่อชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ทำให้มีอาการเศร้าโศกหรือเกิดความรู้สึกไม่พอใจในชีวิต (Blumberg & Drumonds, 1963, p. 5) นอกจากนี้ความคับข้องใจยังคงอยู่เมื่อความต้องการของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาไม่ได้รับการตอบสนองซึ่งจะพบได้ในผู้ที่มีความสามารถจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ (Pare, 1964, p. 289) เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ที่แตกต่างกันไปจากบทบาทของคนปกติซึ่งมีอิสระภาพ (Autonomy) มีความเป็นตัวของตัวเอง (Self Direction) แต่บทบาทของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา คือการได้รับการปกป้องดูแล (Protection) ไม่ต้องรับผิดชอบในเรื่องบางอย่างชั่วคราวต้องร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Dependence Role) ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเกิดความขัดแย้งในจิตใจขึ้นได้ และสิ่งที่ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากการเป็นพ่อแม่ ลูกหรือคู่สมรสมาอยู่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่สามารถดำรงบทบาทตามที่คาดหวังไว้ มีผลให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Brundage, 1980, p. 150) นอกจากนี้ผลกระทบต่อบทบาทในครอบครัวก็มีเช่นกัน สัมพันธภาพในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้ ต้องพึ่งพาอาศัยสมาชิกในครอบครัว

โดยสรุปผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ เพศสัมพันธ์ อาชีพสังคม และบทบาทหน้าที่ ผลกระทบดังกล่าวจะมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และความสามารถของบุคคลในการเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงของ สถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงภาวะสุขภาพของร่างกาย และผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อเงื่อนไขของการ เปลี่ยนผ่านในหลาย ๆ ปัจจัย เช่น ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะ หรือความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่าน หรือแม้กระทั่งสังคมสภาพแวดล้อมอันเป็นเงื่อนไขสำคัญ ของการเปลี่ยนผ่านของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา

การสูญเสียแขนและ/หรือขาจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพครั้งสำคัญของบุคคล จากผู้ที่มีร่างกายปกติสู่ความพิการที่ถาวรและการดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะการณใหม่ บทบาทใหม่ และส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ดังนั้นผู้วิจัยจึงขออธิบายถึงคุณภาพชีวิต ของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา เพราะคุณภาพชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของข้อบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านที่ สมบูรณ์ (Indicators of Healthy Transition)

คุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคล มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่วนทางด้านสุขภาพก็ได้้นำแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการ รักษาพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่เพียงปราศจากโรคหรือความ พิกการเท่านั้น (World Health Organization [WHO], 1996) การมีสุขภาพที่ดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลทั่วไป เมื่อบุคคลเจ็บป่วยโดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง เช่นในผู้ที่ สูญเสียแขนและ/หรือขาซึ่งไม่สามารถรักษาให้กลับคืนคืนดังเดิม การจะกลับมีสุขภาพดีตามปกติ เป็นไปได้ยาก ฉะนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยหรือพิการจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของ บุคคลในการเผชิญกับความพิการและการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

เริ่มมีการกล่าวถึงแนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นครั้งแรกในสมัยอดีตกาล โดยอริสโตเติล นักปรัชญาชาวตะวันตก มองคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสุข (Happiness) เป็นส่วนที่ดีของจิตวิญญาณ ทำให้คนมีชีวิตที่ดี (Mckeon, 1947 cited in Kleinpell, 1991) และปรากฏเป็นหลักฐานครั้งแรกใน ปี ค.ศ. 1947 เมื่อองค์การอนามัยโลกกำหนดให้ความผาสุก (Well Being) เป็นส่วนหนึ่งของภาวะ สุขภาพ (Healthy) ถือเป็นจุดหมายสูงสุดในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่ต้องการให้ชีวิตของ ตนเอง มีคุณค่ามากที่สุดกล่าวคือ มีความสมดุลของ กาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกและมีความ สัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมแม้ในยามเจ็บป่วย

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมมีมิติหลายรูปแบบแต่นำมากในเรื่องความสุขและความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสถานะของตนเอง ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ ส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (Orley & Kuyken, 1994) กล่าวคือเมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ หรือสิ่งที่มีอยู่ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใด ถือว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว เป็นการบอกถึงผลลัพธ์สุดท้ายของความคิดที่แต่ละคนเปรียบเทียบ หรือมีความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับการสถานการณ์ที่อยากให้เป็นอย่าง หรือคาดหวังผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ มีความสุขหรือไม่มีความสุขก็ได้ เพราะเป็นการคิดของแต่ละบุคคล (Cambell, 1976 cited in Graham & Longman, 1987)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้อย่างแท้จริงตามสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลนั้นได้สังเกต เกิดความรู้สึกและตระหนักในความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามกาลเวลา การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะทำให้รับรู้ความพึงพอใจในชีวิตได้มากขึ้นเพราะช่วยเน้นให้คุณค่าในตนเองยอมรับความเป็นมนุษย์ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความต้องการระหว่างบุคคล การรับรู้คุณภาพชีวิตจะเกี่ยวข้องกับเวลา สถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันและการเปลี่ยนแปลงตามโอกาสของชีวิต มีความหมายที่สอดคล้องกับความผาสุกหรือความสุขด้านจิตใจ (Peplau, 1994) คุณภาพชีวิตจึงเป็นปรากฏการณ์แบบองค์รวมที่ถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมของสังคม เป็นสัญลักษณ์และการแสดงออกที่ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม (Leininger, 1994) มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไปตามการให้คุณค่าและกาลเวลา

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม แตกต่างกันไป จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นนามธรรมอย่างชัดเจน มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

สำหรับพจนานุกรมของ Webster ค.ศ. 1993 ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคุณภาพและชีวิต โดยคำว่าคุณภาพหมายถึงระดับที่ยอดเยี่ยม ชีวิตหมายถึงระดับความเป็นอยู่และวิถีชีวิต หรือวัฒนธรรม ประเพณีการดำรงชีวิตของบุคคล ดังนั้นคุณภาพชีวิตหมายถึงระดับความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่ดีภายใต้วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีของบุคคลนั้นซึ่งเป็นที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิต ที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับ ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม และอายุเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์แตกต่างกัน

Ferrans & Powers (1992) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกละเอียดของบุคคล ที่พิจารณาความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในช่วงชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ เช่นเดียวกับ Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & Garcia (1998) ที่ได้สรุปความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นความละเอียดของบุคคล ประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ทุก ๆ มิติของคุณภาพชีวิตจึงเป็นการประเมินเพื่อการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care)

Dean (1985, p. 98) ได้รายงานว่าคำที่มีความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีหลายคำได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมายและภาระหน้าที่ของบุคคล

Padilla et al. (1983, p. 117) ได้กล่าวถึงความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพความพอใจในชีวิตและความรู้สึกกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532, หน้า 13) กล่าวว่าสรุปว่าคุณภาพชีวิตคือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิตและความสุข ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองภายในบุคคล

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่ได้กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ จากการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลคนนั้น ไม่เพียงแต่ความสุขสบายทางกาย แต่รวมถึงการยอมรับเรื่องความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในขั้นพื้นฐานและความรู้สึกกว่าตนเองมีค่า คุณภาพชีวิตของแต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม นั่นคือภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมนั่นเอง

คุณภาพชีวิตในความหมายที่กล่าวมามีความสอดคล้องกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา เพราะว่าผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาสามารถรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม และอายุ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างหลากหลายมากมายเช่นเดียวกับแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต ลักษณะสำคัญขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตคือ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้นักลมีชีวิตรอยู่ได้หรือมีสภาพที่พออยู่ได้สืบมาจากภายในและภายนอกร่างกาย Flanagan (1978) ด้านภายใน

ร่างกายได้แก่อารมณ์และความรู้สึก ด้านภายนอกร่างกายได้แก่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ทรัพย์สินที่เพียงพอสำหรับใช้จ่ายเพื่อความสะดวกสบาย หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย ความปลอดภัย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในสังคม การพักผ่อนและการแสดงบทบาทของตนเอง ในทางสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่กำหนดมาจากความต้องการพื้นฐานของบุคคล เพื่อให้ชีวิตมีความสุข

Flanagan (1978) ได้แยกไว้ 5 องค์ประกอบคือ

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและด้านวัตถุ ทางด้านวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก ทางด้านร่างกาย เช่น มีสุขภาพแข็งแรง
2. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ความสัมพันธ์ฉันท์คู่สมรส บิดา มารดาญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น ๆ การมีบุตร และเลี้ยงดูบุตร
3. กิจกรรมทางสังคมและชุมชน การช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
4. พัฒนาการทางบุคลิกภาพและความสำเร็จที่สมบูรณ์แบบตามพัฒนาการชีวิต เช่น มีพัฒนาการทางสติปัญญาเรียนรู้สนใจและเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับการตอบแทนที่คุ้มค่า มีการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. กิจกรรมสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ กีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรม นอกจากนี้ยังหมายถึงสถานที่ วัตถุประสงค์ของ กิจกรรม บุคคลและบทบาทที่บุคคลต้องกำหนดเพื่อให้สามารถตัดสินคุณภาพชีวิตของตนได้ (Andrews & Withey, 1976 cited in Oleson, 1990a)

สอดคล้องกับสุวรรณ มหันตรัตน์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2541) กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็นส่วนประกอบที่ทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่ได้ มี 5 ระดับคือ

1. ความต้องการการยกย่อง
2. ความปลอดภัยและความมั่นคง
3. ความต้องการทางสังคมและความรัก
4. ความต้องการทางด้านร่างกาย
5. ความต้องการพิสูจน์ความสามารถของตนเอง

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน ดังนี้

(WHOQOL Group, 1996)

1. ด้านร่างกายได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ความรู้สึกมีกำลัง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน
2. ด้านจิตใจได้แก่ ความรู้สึกด้านบวก หรือลบเกี่ยวกับความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายและลักษณะทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of Independence) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพา หรือการรักษาทางการแพทย์ความสามารถในการทำงาน

4. ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม การมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ

Padilla & Grant (1985) มีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 6 ด้านคือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย
2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ
3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์
4. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม
5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา
6. ภาวะโภชนาการ

Zhan (1992) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยการศึกษารวบรวมแนวคิดจากนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้ 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและครอบครัว

2. อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ประกอบด้วยลักษณะ รูปร่างหน้าตา บุคลิก ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and Functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกาย เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factors) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมทั่วไป รวมถึงอาชีพ และรายได้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่องตามที่องค์การยูเนสโก มีเบอร์ก และซาน (UNESCO, 1980, p. 312; Meeberg, 1993, pp. 36-37; Zhan, 1992, p. 796) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภทดังนี้

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรม ที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ อัตราการเป็นโรค ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective Indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลทั่วไป จะมุ่งเน้นในด้านความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ แต่ในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ การประเมินคุณภาพชีวิตจะต้องคำนึงถึงผลกระทบจากโรคและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากโรค โดยเฉพาะในผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา นอกจากการสูญเสียจะส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเหล่านั้นด้วย การประเมินจึงควรประเมินในหลายมิติ ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตของบุคคล ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด แต่อยู่บนพื้นฐานของสิ่งต่าง ๆ มากมายจะทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม และถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง มากกว่าการประเมินมิติเดียว Padilla & Grant (1985) ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาและการรักษาฟื้นฟูทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่าทำไมผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจึงพึงพอใจและไม่พึงพอใจกับอะไร Zhan (1992, pp. 795-799) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ว่า ควรประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมและให้ข้อเสนอแนะว่า ควรประเมินทั้งในเชิงจิตวิสัยและเชิงวัตถุวิสัย เพื่อจะได้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ

การรับรู้ต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต นับว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ferran & Power, 1985, p. 15; Orem, 1985, p. 193) จึงมีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างแพร่หลาย โดยมีแนวความคิดว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตสังคมที่สำคัญ เพราะเป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลนั้น เป็นการรับรู้และตัดสินใจเอง โดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่และสถานการณ์ที่เขาอยากจะเป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้ออกมาจะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Campbell, 1976 cited in Zhan, 1992, p. 796) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนประกอบทางอารมณ์ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตน อาจแสดงถึงผลสะท้อนของความรู้สึกของเขา เกี่ยวกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยจะสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวังแรกเริ่ม เป้าหมายและความสำเร็จของเขา (Chown, 1977 cited in Burckhardt, 1982, p. 25) นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตจะมีอิทธิพลมาจากภูมิหลังของแต่ละบุคคลลักษณะเฉพาะ สิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพ (Zhan, 1992, p. 797) ที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต

Maslow (1970, pp. 24-25) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลานั้น ๆ ทั้งนี้ก็เพราะธรรมชาติของมนุษย์ มีความต้องการอย่างหนึ่ง ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วก็จะมีต้องการอย่างอื่นเข้าแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือการทำการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปรากฏ ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลและเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs)
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety Needs)
3. ความต้องการความรักและรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging and Love Needs)
4. ความต้องการการยอมรับนับถือและควมมีคุณค่า (Esteem Needs)
5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs)

ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้น ในการประเมินความพึงพอใจของบุคคล จึงสามารถประเมินได้จาก สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการ ในระดับต่าง ๆ อย่างไร หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิต อันหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนั่นเอง

Powell (1983, pp. 17-18) ได้ให้ความหมายในการดำเนินชีวิต ตามทัศนะของมาสโลว์ หมายถึงความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิต อย่างมีความสุขสนุกสนานและปราศจากความรู้สึกเป็นทุกข์ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าบุคคลต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ สิ่งที่ต้องการ แต่ความพึงพอใจนั้นจะหมายถึงความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ได้เป็นอย่างดีและเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง หรืออาจสรุปว่า ความพึงพอใจนั้นเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนปราศจากความทุกข์ หรือความไม่สบายใจซึ่งในพัฒนาการของชีวิตนั้นมนุษย์จะมีการปรับตัวเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นความเป็นทุกข์ และความไม่พึงพอใจอยู่แล้วโดยธรรมชาติดังนั้น ถ้าเมื่อใดที่บุคคลปรับตัวต่อภาวะดังกล่าวได้ บุคคลก็จะรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิต จึงเป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาได้เป็นอย่างดี จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ต้องปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจึงเป็นการรับรู้และตัดสินใจของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเองต่อสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของเขา เป็นผลมาจากการประเมินระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับ

2. อัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขทางด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาพลักษณ์ของตน จึงมีอิทธิพลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Zhan, 1992, p. 798) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์รวมทั้งเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคลด้วย (Stuart & Sundeen, 1983, p. 243) ในระยะหลังได้มีนักจิตวิทยาหลายท่าน ให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่านอกจากจะเป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิดความเชื่อ เจตคติ ค่านิยมและการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ทั้งทางด้านรูปร่างคุณลักษณะและความสามารถด้านต่าง ๆ ของตนซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของบุคคลแล้วอัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาในชีวิต เช่น บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล

อัตมโนทัศน์แบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ (Driver, n.d. cited in Roy, 1976, pp. 174-176) ได้แก่

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตน ซึ่งรวมถึงลักษณะรูปร่าง หน้าที่ สมรรถภาพทางเพศ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

1.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

1.2 การรับรู้ถึงลักษณะรูปร่าง หน้าตา และอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2. อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self) เป็นความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง เจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงแห่งตน (Self Consistency) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ในลักษณะประจำตัวที่คงที่ หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ของบุคคล ทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน หรือความสม่ำเสมอของอัตมโนทัศน์ของตน และพยายามหลีกเลี่ยงภาวะที่ไม่สมดุล

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง (Self Idea, Self Expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง (Self Esteem) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับการยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral Ethical Self Concept) คือการกำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยา และสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้านศาสนา แล้วนำเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเองในด้านต่าง ๆ

พิตต์แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์โดยพิจารณาได้จาก 2 ด้านใหญ่ ๆ (Fitt, 1965 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531, หน้า 83) คือ

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ (Internal Frame of Reference) ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่า เป็นอย่างไร เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามที่ว่า “ฉันเป็นอะไร”

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวข้องกับคำถามที่ว่า “ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร”

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถามที่ว่า “ฉันประพฤติอย่างไร”

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ (External Frame of Reference) ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพความสามารถและทักษะ

2.2 อัครมโนทัศน์ด้าน ศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว ความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัครมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินค่าบุคลิกภาพของตนโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัครมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพึงพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัครมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

การสูญเสียแขนและ/หรือขา นอกจากทำให้บกพร่องด้านร่างกาย ความสามารถที่ลดลง ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความเป็นเอกลักษณ์และความเชื่อมั่น เนื่องจากการสูญเสียแขนและ/หรือขา เป็นเสมือนการสิ้นสุดความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จต่อสิ่งที่มุ่งหวัง การสูญเสียแขนและ/หรือขาเป็นการทำลายความสวยงาม ด้านร่างกายผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจำนวนมากพยายามปกปิดความพิการที่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย โดยเฉพาะสังคมที่ยึดถือคุณค่าความสวยงาม (Lambert & Lambert, 1985, p. 52) เป็นเหตุให้ผู้สูญเสียซึมเศร้าและอัครมโนทัศน์เป็นไปในทางลบ นอกจากนี้ยังรบกวนความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง มีความรู้สึกวิตกกังวลว่าจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง นอกจากนี้ยังพบความกลัวได้บ่อยในผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนและ/หรือขา คือกลัวว่าสามีหรือภรรยาไม่ยอมรับตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Bossert & Freeman, 1979 cited in Barry, 1989, p. 324) อาจทำให้มองโลกและผู้อื่นในแง่ร้าย จิตใจไม่เป็นสุข อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจ จากความรู้สึกต่อตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นั่นคือ คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปนั่นเอง

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความปกติสุขด้านร่างกาย การที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขนั้น จะต้องมียอดประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือสุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปสู่วิถีทางที่จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต อาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดีคือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง (สุชาติ โสมประยูร, ม.ป.ป. อ้างถึงใน ประภาพร จินันทุยา, 2536, หน้า 16) นอกจากนี้ Torrance (1987) อธิบายให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วยทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายและอารมณ์ผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิต

เสื่อมลง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตหรือซึมเศร้า การสูญเสียแขนและ/หรือขานี้เป็นการส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนฟื้นภาวะสุขภาพต่อชีวิตแล้ว ข้อจำกัดทางร่างกายยังเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งกาย การขับถ่าย โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ใช้แขนหรือขาเป็นหลัก เช่น การขึ้นลงบันได การเดินทางเป็นต้นเพราะการสูญเสียแขนและ/หรือขาช่วยหมายถึงการสูญเสียความสมดุลในการเคลื่อนไหว การทรงตัว และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลงผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต้องมีการปรับตัวในการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปอย่างปกติ เช่น ขาเทียม แขนเทียม ไม้ค้ำยัน รถเข็น ตลอดจนต้องปรับตัวในการใช้สิ่งต่าง ๆ ภายในบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ห้องสุขาเพื่อขับถ่าย ผู้ที่สูญเสียขาจะเป็นอุปสรรคลำบากมาก เพราะส่วนส่วนใหญ่จะเป็นแบบนั่งยอง

4. สังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียแขนและ/หรือขาทำให้รู้สึกว่าคุณแตกต่างจากบุคคลอื่นและการตอบสนองจากบุคคลอื่นจะทำให้เกิดความรู้สึกมีปมด้อย เนื่องจากคนส่วนใหญ่จะมอง ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาด้วยความประหลาดใจ บางคนยอมรับ บางคนสงสัยและเห็นใจ บางคนกลัวหรือมีคำถามมากมาย (Lambert & Lambert, 1985, p. 61) ทำให้ไม่ทราบว่าคุณเป็นอย่างไรในสายตาคนอื่น ไม่แน่ใจในการวางตัวในสังคม เกิดปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในบางครั้งไม่กล้าแสดงออก เกิดภาวะเก็บกดในระดับต่างกันบางครั้งทำให้ต้องแยกตัวเองออกตามลำพังไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม นอกจากนี้จากการที่ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการเป็นสมาชิกในสังคมเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่ผู้นำทั้งในครอบครัวและหน้าที่การงาน ทำให้เกิดความคับข้องใจซึ่งอาจคุกคามถึงชีวิตบางรายอาจมีความเศร้า โศกหรือเกิดความไม่พอใจในชีวิตและจากการที่สังคมมองผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ ทำให้มีการจ้างงานลดลง อาจมีการเปลี่ยนงาน หรือลาออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ประกอบกับการที่สังคมไทยมีทัศนคติต่อคนพิการว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือไม่ก็เป็นบุคคลที่สมควรได้รับความสงสาร เวทนา ยังไม่มีใครคิดพัฒนาแก้ไขข้อบกพร่องจากความพิการให้ผู้สูญเสียแขนและ/หรือขานำความสามารถหรือศักยภาพในส่วนที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา จึงขึ้นอยู่กับความสงสารของคนในสังคม ไม่ต้องเรียนหนังสือ ไม่ต้องฝึกอาชีพ ไม่ต้องทำงาน กล่าวคือ คนพิการต้องเป็นภาระแก่สังคม ปัจจุบันจำนวนผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นภาระต่อสังคมในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของประเทศในการดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการเหล่านั้น

ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาผู้วิจัยเลือกใช้โครงสร้างองค์ประกอบของชาน ซึ่งคิดว่าคุณนอกจากมีความเหมาะสมดังกล่าวแล้ว ยังพิจารณาจากคุณสมบัติ

ของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการดังนี้ (Spitzer et al., 1987, p. 34)

1. ข้อความสั้นเข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวางครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตในแต่ละด้าน เช่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือความพึงพอใจในชีวิต อุดมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น ในการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทย เนื้อหาควรสอดคล้อง กับค่านิยม วัฒนธรรมไทย
4. เน้นปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้รวบรวมสามารถให้คะแนนเป็นตัวเลข
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพและชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญการทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้วัด
9. แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ที่ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผล

ได้มีผู้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะต่าง ๆ กัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต แนวคิดกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตอาจประเมินในเชิงวัตถุวิสัย หรือเชิงจิตวิสัย หรือประเมินทั้งสองอย่างรวมกันก็ได้ และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตอาจมีโครงสร้างเพียงมิติเดียว หรือหลายมิติ ปัจจุบันการประเมินคุณภาพชีวิตจึงยังไม่มีเกณฑ์ที่เฉพาะเจาะจงหรือแน่นอน

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า โครงสร้างองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาน มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดในการเปลี่ยนผ่านของบุคคลจากสภาวะสุขภาพแบบปกติ สู่การเป็นบุคคลที่ต้องสูญเสียแขนและ/หรือขาอย่างถาวรซึ่งเมื่อพิจารณาเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านทั้ง 4 ปัจจัยคือการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขา จนถึงปัจจุบันเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขานั้น มีกรณีชีวิตการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ (เรณู พุกบุญมี, 2544, หน้า 167) ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุข (Subjective Well-Being) เป็นความสามารถจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี รู้สึกว่าเจริญเติบโตมากขึ้นหนึ่ง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Mastery of New

Behaviors) รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Well-Being of Interpersonal Relationship) ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของสุริดา กาญจนรังษี ซึ่งนำกรอบแนวคิดของชานมาประยุกต์เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียแขนและ/หรือขา เป็นการรับรู้ต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น .85 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียแขนและ/หรือขาที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดในการเปลี่ยนผ่านของบุคคลจากสภาวะสุขภาพแบบปกติสู่การเป็นบุคคลที่ต้องสูญเสียแขนและ/หรือขา สามารถสะท้อนถึงการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ แสดงให้เห็นได้ว่ากระบวนการนี้บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนผ่านที่เป็นไปได้อย่างสมบูรณ์นั้นจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขานั้นเอง

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ควรประเมินในหลายมิติ Zhan (1992) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ว่า ควรประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม พร้อมทั้งข้อเสนอแนะว่าควรประเมินในเชิงจิตวิสัย เพื่อจะได้รับความถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมต่อองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพ การทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ดังนั้นจึงขอนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาอธิบายโดยสรุปในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการศึกษาต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีของซูเมคเคอร์และเมลิส

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านอธิบายถึงมนุษย์ทุกคนที่เกิดมา ต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งสู่อีกสภาวะหนึ่ง โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนผ่านอาจเป็นการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ (Developmental Transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transition) และการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health / Illness Transition) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เรียกว่าปัจจัยชักนำ (Antecedent Events) แต่ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านในเรื่องใดหรือชนิดใดก็ตาม การเปลี่ยนผ่านจะประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะคือ (เรณู พุกบุญมี, 2544)

ระยะที่ 1 ระยะสิ้นสุด (Ending Phase) เป็นระยะที่บุคคลพบว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว

ระยะที่ 2 ระยะกลาง (Neutral Phase) เป็นระยะที่บุคคลพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาพปกติเพื่อที่จะเผชิญหรือเข้าสู่ระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะที่เริ่มเข้าสู่สภาวะใหม่ (New Beginning Phase) เป็นระยะที่บุคคลพร้อมยอมรับและแสดงบทบาทใหม่

การสูญเสียแขนและ/หรือขา มีผลต่อร่างกายจิตใจ เพศสัมพันธ์ อาชีพและสังคมรวมถึงบทบาทหน้าที่ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา นอกจากนั้นการสูญเสียแขนและ/หรือขาอย่างถาวรเป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/ Illness Transition/ Quality of Life) เป็นการเปลี่ยนผ่านจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพปกติสู่การเจ็บป่วยวิกฤติ และการสูญเสียแขนและ/หรือขาที่ถาวร การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลสู่การกลับไปพักฟื้นที่บ้านหรือจากโรงพยาบาลไปสู่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล การเปลี่ยนผ่านอาจเกิดขึ้นได้พร้อม ๆ กันทั้งการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ (Development Transition) เช่นผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาบางคนกำลังเข้าสู่วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือบางคนกำลังเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดาบางคนเข้าสู่บทบาทหน้าที่การงาน ในขณะเดียวกัน อาจกำลังเกิดการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transition) เพราะผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาบางคน เปลี่ยนระดับการศึกษา หรือจบจากโปรแกรมการศึกษาต่าง ๆ การเรียนหนังสือจบและต้องเริ่มทำงาน การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การงานจากตำแหน่งผู้ปฏิบัติเข้าสู่ตำแหน่งอื่น ๆ ซึ่งอาจต้องใช้แขนและ/หรือขาน้อยลง เพราะสถานการณ์และสมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป หรือบางครั้งอาจต้องออกจากตำแหน่งงานที่เคยปฏิบัติมา

การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและบางครั้งเป็นการเปลี่ยนผ่านหลายชนิดที่เกิดขึ้นในบุคคลพร้อม ๆ กัน เกิดในเวลาเดียวกัน ซึ่งถ้าหากบุคคลทราบปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และมีการเตรียมตัวเผื่อระวัง หรือป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจเกิดตามมา จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลเป็นไปได้อย่างขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Conditions)

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นตัวทำนายได้ว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้น จะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือจะมีความยากลำบาก ประกอบด้วย (เรณู พุกบุญมี, 2544)

1. การให้ความหมาย (Meanings) หมายถึง การประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านและการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ว่า การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้

จะมีผลทางบวก ผลทางลบ หรือผลเป็นกลาง ๆ ต่อชีวิตของคน ซึ่งการประเมินผลการตัดสินใจ การเปลี่ยนผ่านนี้มักจะแปรผันตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นสถานการณ์เดียวกัน แต่ละบุคคลจึงประเมินและตัดสินใจแตกต่างกันไป

2. การคาดหวัง (Expectations) หมายถึง การคาดหวังถึงการเปลี่ยนผ่านที่กำลังเข้ามา หรือจะเข้ามา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความคิดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้น ๆ กล่าวคือ บุคคลที่เข้าสู่ภาวะการเปลี่ยนผ่านอาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าอะไรที่ตนควรจะคาดหวัง และการคาดหวัง อาจจะอยู่หรือไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อบุคคลทราบว่าตนควรคาดหวังอะไร ความคิดที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนผ่านนั้น ๆ ก็จะบรรเทาลง และถ้าการเปลี่ยนผ่านมีโอกา เป็นไปตามที่คาดหวังมาก ความคิดก็จะน้อยลงเช่นกัน ทั้งนี้ความคาดหวังของบุคคลจะต้อง สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมด้วย

3. ระดับความรู้และทักษะ (Level of Knowledge/ Skill) หมายถึง ระดับของความรู้และ การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้น ๆ ของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะต่าง ๆ ที่จะสามารถพัฒนาตนเองให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสถานะหนึ่งได้อย่าง สมบูรณ์ (Healthy Transition)

4. สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในบุคคลซึ่งเป็น แหล่งประ โยชนที่สำคัญระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยจะช่วยสนับสนุนให้การเปลี่ยน ผ่านไปอีกสถานะหนึ่งของบุคคลนั้นเป็นไปได้ง่ายหรือสะดวกขึ้นเช่น แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ทาง สังคม (Social Support) การสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) จากคู่สมรส (Spouse Support) ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วย (Group Support) ด้วยกันเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลด้วย

5. ระดับของการวางแผน (Level of Planning) หมายถึง การเตรียมตัว หรือการวางแผน เกี่ยวกับการแยกแยะประเด็นปัญหา และความต้องการต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในช่วงระหว่าง ที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของบุคคลซึ่งรวมไปถึงบุคคลสำคัญที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนผ่านครั้งนั้น ตลอดจนการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ ด้วย ถ้าบุคคลมี การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านในครั้งนั้นดี ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ของบุคคล ในครั้งนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (Healthy Transition) และง่ายขึ้น

6. ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (Emotional and Physical Well-Being) หมายถึง ถ้าบุคคลมีความผาสุกทางด้านอารมณ์และมีความสุขสบายทางด้านร่างกายในช่วงระหว่าง ที่มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้ ง่ายขึ้น

ดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (Indicators of Healthy Transition)

การเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่เพียงใดนั้นมีดัชนีชี้วัดซึ่งสามารถใช้ได้สำหรับการเปลี่ยนผ่านทุกชนิด (Schumacher & Meleis, 1994 อ้างถึงใน เรณู พุกบุญมี, 2544) ได้เสนอว่าประกอบด้วย 3 อย่างคือ

1. ความรู้สึกมีความสุข (Subjective Well-Being) ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้ หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่งสุขสบายและมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ (Mastery of New Behaviors) ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวได้ มีพฤติกรรมที่ไม่เกิดความคับข้องหรือขัดแย้งในสภาวะใหม่ของร่างกายต่อการดำรงอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างปกติ
3. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Well-Being of Interpersonal Relationship) ซึ่งควรประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัว การทำงานร่วมกันเป็นทีมตลอดจนการสื่อสารที่มีคุณภาพ

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายครอบคลุมปรากฏการณ์การเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งเข้าสู่อีกสภาวะหนึ่งของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยได้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านนั้น เป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ เกิดการรับรู้ถึงความสุข สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้ สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่งสุขสบาย มีพฤติกรรมที่เป็นปกติ รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ดังจะเห็นว่าสิ่งเหล่านี้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์นั่นเอง ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านเหล่านี้ได้แก่ การให้ความหมาย การคาดหวัง ระดับความรู้และทักษะ และความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย หรือปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกได้แก่ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะเป็นแหล่งประโยชน์ให้กับบุคคล ในการจัดการกับการเปลี่ยนผ่าน เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว สังคม กลุ่มผู้ช่วยด้วยตนเอง พยาบาลจึงสามารถใช้แนวทางต่าง ๆ ดังกล่าวในการวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาสามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านสู่ความสำเร็จของการพัฒนา สู่บทบาทใหม่ได้โดยเกิดภาวะสุขภาพที่ดีหรือสามารถอยู่กับความพิการได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา

คุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) มโนทัศน์

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านได้แก่ การให้ความหมาย การคาดหวัง ระดับความรู้/ทักษะ สิ่งแวดล้อม ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความรู้ ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจนถึงปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทางด้านสุขภาพ การปรับตัว และการเรียนรู้ และนอกจากนั้นปัจจัยดังกล่าวยังเกี่ยวเนื่องกับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านโดยแสดงได้ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ดังกล่าว โดยรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของบุคคลในสังคม เพื่อให้บรรลุความต้องการในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคมของบุคคล (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวเนื่องกับปัจจัย เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Schumacher & Meleis, 1994, p. 123) ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญระหว่างมีการเปลี่ยนผ่านไป อีกสถานะหนึ่งของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพของบุคคลใน 3 ลักษณะคือ 1) เป็นตัวควบคุมความคิดความรู้สึกรับต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ 2) ส่งเสริมให้บุคคลได้เล็งเห็นความหมายของชีวิต และ 3) สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Callaghan & Mosrissey, 1993) นอกเหนือจากแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล มีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ สามารถทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองได้ (เกษร พันธุ, 2543) นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะที่เจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีความผาสุกทางด้านจิตใจ มีความสุขสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Philip, 1991, p. 539) ดังนั้นจึงได้มีผู้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายดังนี้

Cobb (1976 cited in Hupcey, 1998) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลได้รับความสนใจ ความรัก การยกย่อง เห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในสังคมและได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Norbeck (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคล ที่มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในขณะที่มีสถานการณ์เครียดในชีวิต โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์และความคิด (Affection Support) เป็นการแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือการให้ความรัก

2. การยืนยันรับรองพฤติกรรม (Affirmation) เป็นการแสดงความเห็นด้วย ยอมรับต่อพฤติกรรมการรับรู้และมุมมองของแต่ละบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการให้การสนับสนุนในด้านวัตถุ สิ่งของ เวลา ข้อมูลข่าวสารหรือ เงิน

Schaefer, Coyne & Lazarus (1987) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (Coping Reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ มีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากการมีหน้าที่ให้การสนับสนุน 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่า ตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทองและบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

House (1981 cited in Tilden, 1987) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

1. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและการเรียนรู้ตนเอง ได้แก่การเห็นพ้อง การรับรองและการให้ข้อมูล

ป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcement)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรง ต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Weiss (1974) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบ ต่อความเจริญเติบโตและสุขภาพของผู้น้อยแล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย
4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนี้อาจเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
5. การได้รับการช่วยเหลือ เป็นการได้รับการช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

ทศนิษฐ์ เกริกกุลธร (2536) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกของบุคคล ต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมและลักษณะของการติดต่อระหว่างกัน หรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม สามารถสรุปได้เป็น 2 ลักษณะคือ

- 1) การแสดงออกเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และสังคม
- 2) การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบข้อมูลข่าวสาร สิ่งของหรือเงินทอง

การแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแม้ว่าจะมีการแบ่งที่แตกต่างหรือคล้ายกันวัตถุประสงค์ก็คือ ต้องการให้บุคคลได้รับการสนับสนุนให้มากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมตลอดจนด้านเศรษฐกิจ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของคอปป์ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจ ดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก เชื่อว่ามี

บุคคลที่ยกย่องและมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเซฟเฟอร์คอยน์ และลาซารัส ที่สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการ กับความเครียด (Coping Reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในด้านการได้รับความไว้วางใจ ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1987) ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคม โดยผสมผสานระหว่างแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอปป์ร่วมกับเซฟเฟอร์คอยน์ และลาซารัส เพื่อให้สอดคล้องกับผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขามากที่สุด เนื่องจากผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกด้านโดยมีรายละเอียดดังนี้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1987)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต้องเผชิญกับภาวะทุกข์ทางความรู้สึกที่ต้องสูญเสียและความพิการ มีการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิตของตนเอง วิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง (สุพร คนัยคุชฎีกุล, 2542) ดังนั้นผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจึงจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยได้รับความรัก ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหาแสดงความเห็นใจ และให้กำลังใจจากญาติพี่น้อง เพื่อน ตลอดจนจากทีมสุขภาพเพราะผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายจะมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากกว่าการสนับสนุนในด้านอื่น ๆ (Wortman & Conway, 1985) ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านนี้อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาไม่สนใจตนเอง ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เพียงพอและเหมาะสมจะทำให้เกิดการรับรู้ด้วยตนเองว่ามีคนรักและห่วงใยคอยดูแลเอาใจใส่และปลอบโยนให้กำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (Cobb, 1976) หรือถ้าผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาไม่ได้รับตอบสนองทางด้านอารมณ์อาจเกิดภาวะเครียด จนเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาที่ทุกข์ทรมานต่อคุณภาพชีวิตได้

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า จากการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขามีแนวโน้มที่จะรู้สึกต่อตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีค่า ไร้ประโยชน์และเป็นภาระต่อครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม (สุพร คนัยคุชฎีกุล, 2542) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูญเสียแขนและ/หรือขารู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม โดยการให้ความเคารพและนับถือ เชื้อฟัง ยอมรับความคิดเห็นคำแนะนำและยกย่องชมเชย จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจมีกำลังใจ

ที่จะดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนให้อยู่กับภาวะของความพิการได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้าขาดการสนับสนุนทางด้านนี้จะทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เมื่อเกิดขึ้นนาน ๆ จะมีผลทำให้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมซึ่งจะเป็นในทางลบ เช่น ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ไม่อยากรับประทานอาหาร อันจะมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่เสมอจะทำให้มีโอกาสดูแลเปลี่ยนแปลงข้อมูลและรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ ในการนำมาใช้แก้ปัญหา (ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2536) ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะมีสมรรถภาพ การทำงานของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ด้วยดังนั้นผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาควรได้รับการพูดคุยทักทาย มีโอกาสได้รับรู้ปัญหาและ ช่วยเหลือกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและสังคม ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านนี้ จะทำให้ต้อง ถูกแยกออกจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่เกิดการเรียนรู้หรือได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำ ที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติตน และทำให้มีผลทางด้านจิตใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หดหู่ วน เกิดภาวะซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งจากการศึกษาของสุพรรณรัตน์ นันทไพโรจน์ (2544) พบว่าทัศนคติของคนที่พิการต่อวิธีการสนับสนุนของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จะ เสริมสร้างให้เกิดความมั่นคงในชีวิตและจิตใจ พบว่าคนพิการต้องการรวมกลุ่มฝึกอาชีพอย่าง ต่อเนื่องเพื่อที่จะได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและต้องการจัดกิจกรรมที่จะเสริมสร้างให้เกิดการพัฒนา ฝีมือ

4. การสนับสนุนด้านการเงินสิ่งของ แรงงานและการให้บริการ นอกจากปัญหาด้าน ร่างกายแล้วยังมีผลถึงภาวะเศรษฐกิจของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาด้วย เนื่องจากผู้ที่สูญเสียแขน และ/หรือขามีรายได้ลดลง บางรายไม่มีรายได้บางรายต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ประกอบกับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีอัตราสูง ทำให้ผู้ที่ต้องสูญเสียแขนและ/หรือขา มีความจำเป็นต้องได้รับการ สนับสนุนด้านนี้เป็นอย่างมาก จากการศึกษาของจุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) พบว่าการมีผู้ที่ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการฟื้นฟูจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการ ดูแลตนเองได้ ถ้าไม่มีเงินค่ารักษาขาดคนช่วยเหลือ หรือขาดคนพาไปรับการรักษาฟื้นฟู ตลอดจน ขาดการได้รับบริการทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือ ขา ขาดการดูแลที่ดี ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพมากขึ้นได้

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสูญเสียแขนและ/หรือขาเป็นการสูญเสียที่ถาวร แขนและ/หรือขาที่เหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถใช้งานได้ดี ต้องได้รับการ ดูแลฟื้นฟูไปตลอด เพื่อชดเชยการเสื่อมสภาพ ไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากความพิการที่เหลืออยู่ สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องให้ผู้สูญเสียแขนและ/หรือขา

ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านการแพทย์ ด้านอาชีพ การจ้างงานและด้านสังคม

แนวคิดดังกล่าวมีองค์ประกอบที่ชัดเจน และสะดวกในการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาให้สามารถเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทใหม่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์

โดยทั่วไปผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเป็นผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมลดลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันตามธรรมชาติได้แก่ครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนขั้นปฐมภูมิที่มีผลต่อการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี (Pender, 1996) โดยเฉพาะในผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งภาวะที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย กล่าวคือในภาวะที่มีสุขภาพดีนั้นครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้สูญเสียแขนและ/หรือขามีการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคและในขณะที่ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขามีการเจ็บป่วยครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนในการให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา (Lorensen, 1992)

ครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง ได้รับการยอมรับ ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในสังคม และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจซึ่งกันและกัน รองลงมาจะเป็นกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคลเป็นสำคัญ เช่น ในระยะหลังคลอดการสนับสนุนจากคู่สมรสจะเป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพและรับผิดชอบ ส่วนบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารการแนะนำชี้แนะที่เป็นความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ดังนั้นการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาได้รับจากกลุ่มบุคคลดังนี้ คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มญาติและเพื่อน กลุ่มเจ้าหน้าที่ และกลุ่มนายจ้าง

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นเงื่อนไขสำคัญ ในการส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัว ได้อย่างเหมาะสม (Underwood, 2543, p. 37) จากการศึกษาของเสาวภา วิจิตวาทิ (2534) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการที่สูญเสียขา ซึ่งสามารถทำนายได้ถึง 47.13 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และจากการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์ (2536) พบว่า

เจ้าหน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแหล่งประ โยชน์ที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และแรงสนับสนุนสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้คนงานพิการแขนขาได้รับความรู้เกี่ยวกับความพิการที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การคัดเตือนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด แตกต่างจากการศึกษาของจันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งประ โยชน์ที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมต่อผู้ป่วยมากที่สุด และจากการศึกษาของสุรางค์รัตน์ กรมวังก้อน (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของวัยรุ่นพิการแขนและ/หรือขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แตกต่างจากการศึกษาของสุพร คณัฏฐฤทธิกุล (2542) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้พิการแขนและ/หรือขามีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ให้การฟื้นฟูมากที่สุด และจากการศึกษาของสุมาลี อมรินทร์แสงจันทร์ (2539) พบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคของศูนย์วัณโรคเขต 10 จ.เชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้จากการศึกษาของสุนันท์ สีนเชื้อสัจย์กุล (2537) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากการศึกษาของสุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538) พบว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดตัวหนึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากการศึกษาของมิลเลอร์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้พิการ ช่วยเป็นแรงเสริมให้ผู้พิการได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพและสามารถยอมรับ สภาพความพิการนั้นได้ (Miller, n.d. cited in Belgrave, 1991, p. 39) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ หากขาดการสนับสนุนทางสังคมแล้ว จะก่อให้เกิดความเครียด เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ (Cohen & Wills, 1995)

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพหลายอย่างและเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของภาวะสุขภาพได้ เช่นการปรับตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อันจะส่งผลให้เกิด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติบทบาทในหน้าที่การงานรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งจากการศึกษาส่วนมากพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต (พรนภา หอมสินธุ์, 2536; สุธิดา กาญจนรังษี, 2538; วิไล สีพยา และจุฑารัตน์ สติธิปัญญา, 2540; น้ำค้าง ว่องเกษญา, 2541; สายนาท พลไชโย, 2543; สุรางค์รัตน์ กรมวังก้อน, 2545; จิตติยา สมบัติบุรณ์, 2545) ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเลือกการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแนวคิดทาง

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และเป็นปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์ (Healthy Transition) ซึ่งการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์นั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่สูญเสียงานและ/หรือขาดโอกาสและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงจึงเลือกนำมาศึกษาในครั้งนี้

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างบนพื้นฐานหลาย ๆ มิติของคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม (Brant & Weinert, 1981) ตามแนวคิดที่นักวิจัยแต่ละท่านยึดถือ ดังนั้นจึงมีผู้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) ของ Norbeck, Linsey & Carrieri (1981) ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือโดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kahn (1979) ประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมินด้านขนาดของเครือข่ายทางสังคม จำนวน 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในด้านอารมณ์ การยอมรับ และเห็นคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันจำนวน 9 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .85 - .92

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม SSQ (Social Support Questionnaire) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างโดย Schaefer, Coyne & Lasarus (1987) ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของ และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ1 วัดการสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ2 วัดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข่าวสารรวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal Resources Questionnaire) ของ Brandt & Weinert (1981) ใช้แนวคิดของ Weiss ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นการวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านได้แก่ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้รับการมีโอกาสดูแล หรือการช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ

4. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lasarus (1987) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยนักวิจัยชาวไทยหลายท่านเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาและสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมไทย ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ได้ดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lasarus (1987) เพื่อใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขต

เทศบาลเมืองสระบุรี และเนตรนภา กุ์พันธุ์ (2534) ได้ดัดแปลงเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อน เขต 12 และวรรณวิมล เบญจกุล (2535) ได้ดัดแปลงเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา กุ์พันธุ์ (2534) เพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .88 - .91

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดเงื่อนไขทางด้านสิ่งแวดล้อม และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา โดยได้ดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา กุ์พันธุ์ (2534) ซึ่งเป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) และแนวคิดของ Schaefer, Coyne & Lasarus (1987) นอกจากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ระดับการศึกษา ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจนถึงปัจจุบันยังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาด้วย กล่าวคือ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการให้ความหมาย (Meaning) นอกจากนั้นยังมีผลต่อการคาดหวัง (Expectation) ของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาด้วย ซึ่งโรเจอร์ได้ให้แนวคิดไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อได้มีความรู้ในเรื่องใดก็จะมีความรู้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นหา หรือแสวงหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร (Rooger, 1967 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2536, หน้า 38) บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถประยุกต์ความรู้ สำหรับการดูแลตนเองมาใช้ได้ง่ายกว่า (Whetstone & Olow Hanson, 1989, p. 967) ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะทำให้การรับรู้ข่าวสารจากตำรา และเอกสารลดลง เป็นผลให้เกิดปัญหาในการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเกิดโรค วิธีการ ตลอดจนการปฏิบัติตน (Ruth, 1976 อ้างถึงใน รุ่งนภา บุญประดิษฐ์, 2536) การศึกษาสูงทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหามีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp & Saylee, 1986, p. 336) นอกจากนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง การแสวงหาข้อมูลและการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมถึงโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดีกว่า จึงมีผลต่อความคาดหวังที่ดีกว่าเมื่อสภาวะทางร่างกายเปลี่ยนไป การแสวงหาความรู้นั้นก็มิใช่อีกโอกาสที่จะกระทำได้ ทั้งโดยทางอ่านเอกสารและการได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ ซึ่งต่างกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ย่อมใช้เวลานานในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างล่องลอยถูก ทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอ่านให้ฟังซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ

น้อยมาก หรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้ การศึกษาเป็นส่วนที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลได้รู้จักใช้ความรู้ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ, 2535, หน้า 110) นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของอาชีพ ระดับรายได้ ค่านิยม อัตมโนทัศน์รวมทั้งการปรับตัวของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียมส์ ภูวราวุฒิปานิช (2533) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ที่สูญเสียมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่สูญเสียที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย (สุริดา กาญจนรังษี, 2538) และจากการศึกษาของน้ำค้าง ว่องเกษญา (2540) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่สูญเสียแขนขาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาของหลาย ๆ คนจะเห็นว่าโดยส่วนใหญ่แล้วระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนกล้าที่จะซักถามข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องมีความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเองให้มีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่ จากการศึกษาของจุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายความว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านได้ดี เหมาะสมกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการของโรค ตลอดจนสนใจการปฏิบัติงานในขณะที่เจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระดับการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์เงื่อนไข คือ การให้ความหมาย (Meaning) และการคาดหวัง (Expectation) ต่อการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์หรือต่อคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านในผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา

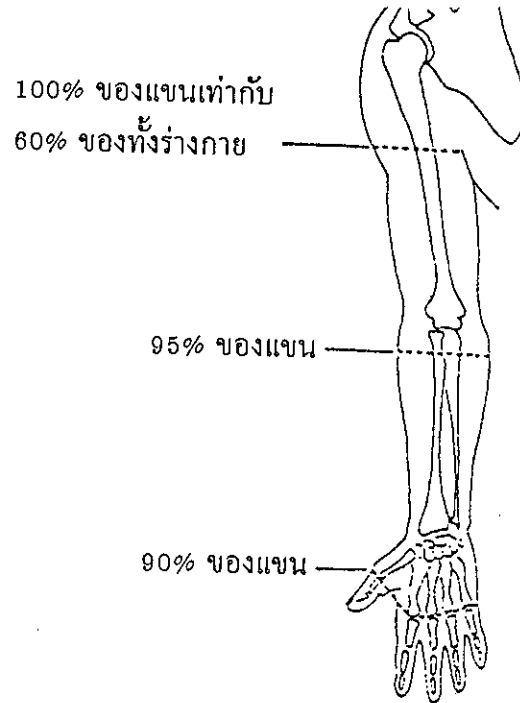
ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางด้านอารมณ์และทางด้านร่างกาย (Emotional and Physical Well-Being) ตามแนวคิดของ Schumacher & Meleis (1994) การสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกกังวล ซึมเศร้าและภาวะทางด้านร่างกายก็จะรู้สึกไม่สุขสบาย จึงมีผลทางด้านลบต่อการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายที่แตกต่างกัน อาจทำให้ความสามารถของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาในการปรับตัวแตกต่างกันการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการปฏิบัติบทบาทใหม่แตกต่างกัน ทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน กันยา กาญจนนุรานนท์

(2534, หน้า 25) กล่าวว่า ความพิการที่รุนแรงมาก ทำให้ไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย เมื่อผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก การปรับตัวด้านจิตใจจะเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้อื่นจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการทุกประการของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาได้ การสูญเสียก่อให้เกิดความเศร้าและความวิตกกังวล เมื่อเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะถูกจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งจะเห็นได้ว่า ระดับของการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายนั้นมีผลต่อการคาดหวัง (Expectation) ด้วย ยิ่งระดับการสูญเสียแขนและ/หรือขามากก็ยิ่งทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวังมาก การคาดการณ์ หรือความคาดหวังต่อแผนการดำเนินชีวิตไม่ดี เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ทำให้อนาคตของสังคมต่อผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเปลี่ยนแปลงไปด้วย ต้องสูญเสียบทบาทตำแหน่งฐานะในสังคม ผู้ที่มีความพิการส่วนมากจะมีความต้องการมากกว่าธรรมดา นอกจากนี้ความรุนแรงของการสูญเสียสมรรถภาพ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ป่วย จากการศึกษาของสวามิ (2545) พบว่าระดับความพิการหรือความรุนแรงของความพิการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของวัยรุ่นที่สูญเสียอวัยวะแขนและ/หรือขาและสอดคล้องกับการศึกษาของเรณู พุกบุญมี (2541) พบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การพัฒนาเข้าสู่บทบาททางสังคมในวัยรุ่นใหญ่ของวัยรุ่นป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวทางในการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพร่างกายของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน (2544) โดยมีรายละเอียดดังนี้

แขนที่ถูกตัดขาดที่ระดับต่างกันจะทำให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะนั้นต่างกัน แขนมีความสำคัญคิดเป็นร้อยละ 60 ของร่างกาย แขนที่ถูกตัดทั้งแขนจะสูญเสียสมรรถภาพร้อยละ 100 ของแขนหรือร้อยละ 60 ของร่างกาย แขนขาดระดับต่ำกว่าข้อศอก (ต่ำกว่าที่เกาะของ Biceps Tendon) จะสูญเสียสมรรถภาพ ร้อยละ 95 ของแขน หรือร้อยละ 57 ของทั้งร่างกาย (ภาพที่ 2) ถ้าขาดที่ระดับข้อ โคนนิ้วของทุกนิ้วทั้ง 5 นิ้วมือนั้นจะสูญเสียสมรรถภาพร้อยละ 100 ซึ่งเทียบเท่ากับร้อยละ 90 ของแขน หรือเท่ากับร้อยละ 54 ของทั้งร่างกาย (ตารางที่ 1)



ภาพที่ 2 ค่าร้อยละการสูญเสียสมรรถภาพของแขนเนื่องจากการถูกตัดขาดที่ระดับต่าง ๆ
(สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน, 2544)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าการสูญเสียสมรรถภาพของแขนกับค่าการสูญเสียสมรรถภาพของ
ทั้งร่างกาย (สำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงาน, 2544)

แขน		ร่างกาย
90	=	54
91	=	55
92	=	55
93	=	56
94	=	56
95	=	57
96	=	58
97	=	58
98	=	59
99	=	59

แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของขาและเท้าที่ถูกตัดขาด

ตารางที่ 2 ค่าการสูญเสียสมรรถภาพของทั้งร่างกายจากระดับขาและเท้าที่ถูกตัดขาด
(สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน, 2544)

ระดับที่ถูกตัดขาด	ร้อยละการสูญเสียสมรรถภาพของ ทั้งร่างกาย (ทั้งขา) [เท้า]
• ตัดขาเหนือเข่าที่ระดับ	
1. ใกล้ข้อสะโพก	40 (100)
2. กึ่งกลางต้นขา	36 (90)
3. ใกล้ข้อเข่า	32 (80)
• ตัดผ่านข้อเข่า	28 (70)
• ตัดต่ำกว่าข้อเข่า	
1. ห่างจากเข่าน้อยกว่า 7.5 ซม.	32 (80)
2. ห่างจากเข่ามากกว่า 7.5 ซม.	28 (70)
• ตัดผ่านข้อเท้า (Syme Amputation)	25 (62) [100]
• ตัดกลางเท้า	18 (45) [64]

ดังนั้นจะเห็นว่า ระดับของการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายนั้น มีความเกี่ยวข้องกับ โหมดทัศนเงื่อนไขสำคัญของการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์หรือคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ได้แก่ความผาสุกทางด้านอารมณ์ และสภาพร่างกาย (Emotional and Physical Well-Being) และการคาดหวัง (Expectation) ของการเปลี่ยนผ่านที่จะเข้ามาซึ่งเกี่ยวข้องกับความเครียดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้น ๆ ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาที่เข้าสู่ภาวะของการเปลี่ยนผ่าน อาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าอะไรที่ตนเองควรคาดหวัง ดังนั้นเมื่อผู้ที่สูญเสียทราบว่า ตนควรคาดหวังอะไร ความเครียดที่สัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนผ่านนั้น ๆ ก็จะบรรเทาลง (เรณู พุกบุญมี, 2544, หน้า 165) ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จและสมบูรณ์เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจนถึงปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโหมดทัศนเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาฯ นั้นมีผลต่อการรับรู้ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (Emotional and Physical Well-Being) นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับแนวคิดระดับของการวางแผน (Level of Planning) รวมถึงแนวคิด

เกี่ยวกับระดับความรู้และทักษะ (Level of Knowledge/Skill) เพราะเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น ย่อมเกิดการเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ เกิดการปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การที่ต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่ง จะทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเชื่อมั่นในการรักษาและการปฏิบัติตาม (อรรณพ จุลวงษ์, 2533) “ระยะเวลาเป็นยาวิเศษที่สุด” สำหรับผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา เพราะผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจะค่อย ๆ เรียนรู้ ได้ปรับตัวปรับใจ ทำให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้น (ดำรง กิจกุล, 2526, หน้า 152) ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเข้าไปมีกิจกรรมร่วมกับสังคมได้อย่างดียิ่ง Kottket (1982) ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการศึกษาของ Ryal et al. (1985) พบว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขาซึ่งอยู่โรงพยาบาลนานเกิน 6 เดือนสามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึ่งอยู่โรงพยาบาลนาน 1 เดือน เนื่องจากหลัง 6 เดือนไปแล้วเป็นช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกำลังใจมีส่วนช่วยให้การปรับตัวได้ดีขึ้น จากการศึกษาของเสาวภา วิจิตวาทิ (2534) พบว่า ระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจนถึงปัจจุบันสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 47.13

ด้วยเหตุที่ระยะเวลายังนานขึ้นจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไปได้ดีขึ้น จึงมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกทางด้านอารมณ์ และสภาพร่างกายดีขึ้น เกิดการยอมรับสภาพของตนเองที่เปลี่ยนไป มีการกำหนดแนวทางชีวิตที่เหมาะสมกับตนเองได้ดีขึ้น เกิดการพัฒนาทักษะและความชำนาญในการดูแลตนเอง หรือแม้แต่การประกอบอาชีพที่เหมาะสม จึงทำให้เกิดความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจนถึงปัจจุบันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว การดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในผู้ที่สูญเสียอวัยวะแขนและ/หรือขา ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาเหล่านี้ นอกจากนั้นปัจจัยดังกล่าว ยังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ มโนทัศน์เงื่อนไข ของการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ อันเป็นการสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา และเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายและระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/หรือขาจนถึงปัจจุบันว่า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขาได้หรือไม่ เพื่อให้ทีมผู้ให้

การดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริม หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ (Healthy Transition) ของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา เพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียแขนและ/หรือขาต่อไป