

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน
จังหวัดสมุทรปราการ

รณิดา สารวรางค์กูร

TH 0018059

26 มี.ค. 2555

301274

เริ่มบริการ

28 พ.ค. 2555

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

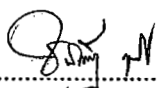
มิถุนายน 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

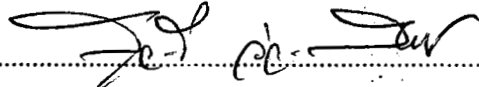
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ รณิดา สารวรจักษ์กูร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

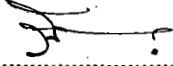
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

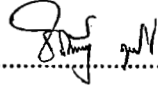

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ)

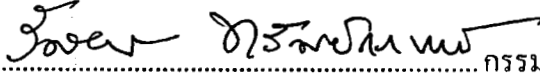

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

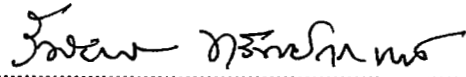

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา
จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคต้น ปีการศึกษา 2552

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสะดวก ความกรุณาอย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและ
นอกเวลาราชการคอยให้ความช่วยเหลือ ช่วยสอนแนะนำ ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางที่เป็น
ประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ สนับสนุนและให้กำลังใจ
แก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานกรรมการสอบ
วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณฤดี ทูลศิริ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแนว
ทางแก้ไขที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบคุณ
คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ด้วยความเต็มใจตลอด
ระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
แบบสอบถาม รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณรัตน์ ลาวัณ และคุณประกอบพร ทิมทอง ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

ขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้ง
ทุกท่านที่ให้ความสนับสนุนเอื้ออำนวยความสะดวก และขอขอบคุณญาติผู้ดูแลที่บ้านตลอดจนคน
พิการทางกายและการเคลื่อนไหวทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนการ
วิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณสำหรับกำลังใจจากเพื่อนร่วมรุ่น และครอบครัวที่เข้าใจถึงการแบ่งเวลาจากการ
ดูแลมาเพื่อใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์กับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานและ
เพื่อสังคมโดยรวม

รณิดา สารวรางค์กูร

49910263: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: การปฏิบัติกรดูแล/ ญาติผู้ดูแล/ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

รณิดา สารวรรังสรรค์: ปัจจัยทำนายการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ (PREDICTIVE FACTORS OF CAREGIVING PRACTICE OF FAMILY CAREGIVER WITH PHYSICALLY DISABLED PEOPLE AT HOME: SAMUTPRAKAN PROVINCE) (อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์: รัชณี สรรเสริญ, Ph.D., ชาญชิตาคุษฎิ ทูลศิริ, ปร.ด. 192 หน้า. ปี พ.ศ. 2554.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จำนวน 200 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเที่ยงจากการคำนวณหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88, .86, .95, .95, .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ห้า ร้อยละ ความถี่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล ได้คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยทำนายได้ร้อยละ 63 ($R^2 = .631, p < .001$) ซึ่งเขียนสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

$$\text{การปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล} = .772(\text{ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล}) + .199(\text{ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว})$$

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถพัฒนาการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวให้มีคุณภาพดีได้ด้วยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลให้กับญาติผู้ดูแล และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการต่อไป

49910263: MAJOR: COMMUNITY NURSING; M.N.S. (COMMUNITR NURSING)

KEYWORDS: CAREGIVING PRACTICE/ CAREGIVERS/ PHYSICALLY DISICALLY
PEOPLE

RANIDA SARAWARANGKUNE: PREDICTIVE FACTORS OF CAREGIVING PRACTICE
OF FAMILY CAREGIVER WITH PHYSICALLY DISABLED PEOPLE AT HOME: SAMUTPRAKARN
PROVINCE. THESIS ADVISORS: RACHANEE SUNSERN, Ph.D. CHANANDCHIDADUSSADEE
TOONSIRI: Ph.D. 192 P. 2011.

The purpose of this correlation of descriptive research was to study predictive factors of caregiving practices of family caregivers with physically disabled people at home in the Samutprakan province. A multi-stage random sampling method was used to recruit 200 samples of primary caregivers who were selected by multistage random sampling in the Samutprakarn province. Research instruments were demographic questions, care giving practice of family caregivers, knowledge in caring, health status, relationships between caregivers and physically disabled people and social support with dementia questionnaires which were tested for content validities and reliabilities. The reliabilities were .88, .86, .95, .95, .97 respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were employed to analyze the data.

The results of the research revealed that: caregiving practice of family caregivers with physically disabled people at home was at moderate level. Knowledge in caring was positively associated with care giving practice of family caregivers at high levels, relationships between caregivers and physically disabled people was positively associated with care giving practices of family caregivers at moderate levels, social support and health status that were significantly correlated with care giving practices of family caregivers with physically disabled people at a mild level. Knowledge in caring and relationships between caregivers and physically disabled people were the joint factor in care giving practices of family caregivers with physically disabled people at home, approximately 63% ($R^2 = .631$, $p < .05$)

Care giving practice of family caregivers with physically disabled people
= .772 (knowledge in caring +.199 (relationships between caregivers and physically disabled
people)

Therefore, from the results of this study recommended that community nurses and other health personnel should develop care giving practices of family caregivers such as Knowledge in caring and Relationships between caregivers and physically disabled people. Using the significant factors to develop practices of home care.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
คนพิการ.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน.....	35
การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเริ่ม.....	54
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหว.....	61
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	83
เครื่องมือในการวิจัย.....	87
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	98
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	103

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	104
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
5 สรุป และอภิปรายผล.....	120
สรุปผลการวิจัย.....	120
อภิปรายผลการวิจัย.....	122
ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้.....	126
บรรณานุกรม.....	128
ภาคผนวก.....	145
ภาคผนวก ก.....	146
ภาคผนวก ข.....	158
ภาคผนวก ค.....	160
ภาคผนวก ง.....	165
ภาคผนวก จ.....	188
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	192

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ผลการดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จำแนกตาม ภูมิภาคและจำนวนคนพิการ.....	22
2-2 สถิติการจดทะเบียนคนพิการที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสมุทรปราการ จำแนก ตามประเภทความพิการและเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2550.....	22
3-1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม.....	87
3-2 ระดับคะแนนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน.....	89
3-3 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน.....	91
3-4 ระดับคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลรายด้าน.....	93
3-5 ระดับคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว รายด้าน.....	95
3-6 ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลรายด้าน.....	97
4-1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัด สมุทรปราการ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n=200$).....	107
4-2 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำแนกตามลักษณะ ข้อมูลทั่วไป ($n=200$).....	111
4-3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n=200$).....	112
4-4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติ ผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n=200$).....	113
4-5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล จำแนก เป็นรายด้านและโดยรวม ($n=200$).....	114
4-6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n=200$).....	115
4-7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n=200$).....	116

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-8	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ	
ของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทาง	
กายและการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล กับการปฏิบัติการดูแล	
ของญาติผู้ดูแล($n=200$).....	117
4-9	
ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ($n=200$).....	118

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	16
3-1 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนพิการเป็นประชากรด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งในสังคมของทุกประเทศทั่วโลก อุบัติการณ์ในปัจจุบันพบว่ามีคนพิการประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2006) และจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สืบเนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภายหลังได้รับการดูแลรักษาให้พ้นภาวะวิกฤตแล้วมักจะมีคามพิการหลงเหลืออยู่ (Caplan, 2000; Leahy, 1999) รวมถึงจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมีโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการด้านต่าง ๆ (Easton, 1999) สำหรับในประเทศไทย พบว่าคนพิการมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) สังเกตได้จากในปี พ.ศ. 2545 มีคนพิการร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งหมด 63.3 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) และในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีคนพิการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) สำหรับเขตภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า สมุทรปราการเป็นจังหวัดที่มีคนพิการสะสมมากที่สุด นับจากปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2550 มีคนพิการสะสมจำนวน 9,140 คน เมื่อแบ่งประเภทของความพิการที่พบมากที่สุดคือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวคิดเป็นร้อยละ 61 ของคนพิการทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติการจดทะเบียนคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวรายปีที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 เป็นจำนวน 642 และ 819 คนตามลำดับ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550) จากภาวะความพิการของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นผู้ที่สูญเสียอวัยวะบางส่วน มีความทุพพลภาพ และมีภาวะพึ่งพาสูง จึงส่งผลกระทบต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของคนพิการ ครอบครัว และสังคม (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540; Enterlante & Kern, 1995)พ

ผลกระทบโดยตรงที่มีต่อคนพิการมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ คนพิการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.9) มีปัญหาด้านสุขภาพ และเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าคนทั่วไปถึง 10 เท่าตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เล็กลีบ (วินิตา ชูช่วย, 2547) มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทรงตัวทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนปกติ (อภิรักษ์ พิสุทธิอารมณ์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ภาวะความพิการที่มีสภาพพร้อมในการช่วยเหลือตนเองเป็นเวลานาน ๆ ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่พบได้บ่อยคือ การเกิดแผลกดทับ การ

ยึดติดของข้อศอก ข้อไหล่ และข้อสะโพกหลุดเป็นต้น (จุฬาริ ถิ่นทิพย์, 2549) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมนั้นพบว่าคนพิการมีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า (ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546; Teel, Duncan & Lai, 2001) ซึ่งภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมด้านการรับรู้ (Forsberg-Warlebey, Moller & Blomstrand, 2002) มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้น้อยลงจนต้องแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาชีวิตตนเอง (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา และคณะ, 2549) ขาดรายได้จากการหยุดงานหรือลาออกจากงาน แต่อาจต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตลอดชีวิต จนก่อให้เกิดภาระหนี้สินได้ (พัชริน วิจิตรลงกรณ์และคณะ, 2550; Brown, 1991) เมื่อพิจารณาผลกระทบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีความจำกัดทางร่างกายไม่สามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีการสื่อสารที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก เหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) โดยมีได้รับค่าจ้างตอบแทน ซึ่งการเจ็บป่วยจนเกิดความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวของสมาชิกในครอบครัวนั้นทำให้เกิดความไม่สมดุล ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานมากขึ้นนอกเหนือจากงานประจำที่ต้องทำอยู่ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ต้องมีหน้าที่และบทบาทที่เกี่ยวกับการดูแล ด้านร่างกาย ให้การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ศศิมาศ จันทร์งาม, 2550; Leske, 2002) ป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน พาไปพบแพทย์ตามนัด ให้การฟื้นฟูสภาพ (Folden, 1993) รวมทั้งดูแลระดับประคองด้านจิตใจให้การยอมรับและเข้าใจอารมณ์ ส่งเสริมความมั่นใจ ให้กำลังใจ (ยุวดี รอดจากภัย และคณะ, 2547; Periard & Ames, 1993) ตลอดจนการดูแลทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ได้โดยอิสระตามขอบเขตความสามารถ (Scholte et al., 1998) แต่ภาระการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั้น เป็นกิจกรรมที่หนัก มีความซับซ้อนและมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน จนบางครั้งก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาสุขภาพกับญาติผู้ดูแลเอง คือ มีอาการปวดหลัง อ่อนเพลีย ภาวะสุขภาพเปราะบาง ทрудโทรมลง (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข - เซอร์เรอร์, 2549; สุพัฒสิริ บุญยะวัตร, 2546; Change et al., 2004) เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล (กัทรียา รัตนวิมล, 2545; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; อุษา จารุสวัสดิ์, 2548) ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย ขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพ (Melnik et al., 2001; Sisk, 2000; Teel & Press, 1999; พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2548) ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนจากสังคมก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นเครียดยิ่งขึ้น (Group, 2001; อธิษฐาน ชินสุวรรณ, 2549) รวมทั้งมีปัญหาทางเศรษฐกิจ (อาทร รวีไพบุลย์, 2550) อันจะนำไปสู่ปัญหาทางด้านการดูแล

และปัญหาส่วนตัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลจะสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ในบทบาทญาติผู้ดูแลได้ดีและมีประสิทธิภาพ จึงควรได้รับการพัฒนาให้มีระดับการปฏิบัติการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านมีความสำคัญเนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและทำหน้าที่หลักในการดูแล โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า โดยธรรมชาติของมนุษย์ต้องมีการดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเอง จึงต้องมีการริเริ่มและทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการรักษาชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของตนเอง หากไม่สามารถดูแลตนเองได้ด้วยข้อจำกัด หรือปัจจัยต่าง ๆ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่มีสภาพพร้อมทางความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามข้อจำกัดของสภาพความพิการ จึงมีความต้องการพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนทดแทนในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

โอเร็ม (Orem, 2001) ระบุว่าหน้าที่บุคคลจะสามารถดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพาได้อย่างมีคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับโครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 มิติ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capability for Dependent Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้น 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components of Care) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ให้การดูแลโดยเฉพาะเจาะจง กับบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งความสามารถจะแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานของบุคคลนั้น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ประสพการณ์ชีวิต สังคมและวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (Foundational Capabilities and Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิยัประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

จากแนวคิดของโอเร็ม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การที่ญาติผู้ดูแลจะปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้อย่างมีคุณภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาใน

การดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานอกจากจะใช้การคิดพิจารณาตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลอีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของญาติผู้ดูแล (กนิษฐา ถนัคกิจ, 2545; จันทพร ชีรทองดี, 2548; เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548) และความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแล (นันทพร ศรีนัม, 2545) ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลเฉพาะเจาะจงกับความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้พึ่งพาได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) แต่อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพของการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล คือ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลขณะดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ เป็นโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งโรคเหล่านี้อาจแสดงอาการได้บ่อย ถ้าขาดการดูแลตนเองที่ดี และอาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ จากการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่าภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ถ้าญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติการดูแล อาจกล่าวได้ว่าในการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และต้องให้การดูแลเพียงลำพังโดยไม่มีผู้ช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ เกิดความท้อแท้ เหนื่อยล้าจากการดูแล (พรชัย จุลเมตต์, 2540; นันทวรรณ พุทธาวรรณ, 2545; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545; ธัญญาภรณ์ คาวนพเก้า, 2547; พัทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลลดลง (วราภรณ์ จิธานนท์, 2547; วนิตา ชูช่วย, 2547) ประกอบกับจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 39-60 ปี (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; อาทร รั้วไพบูลย์, 2550) ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงระยะเวลาที่พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลได้ไม่ดี และเนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมใน

การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ระยะเวลาในการดูแล คือระยะเวลาในการทำกิจกรรม เป็นข้อบ่งชี้ถึงประสบการณ์ ทักษะและความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมนั้น การดูแลผู้พึ่งพาเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติ ซึ่งการมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทที่ได้รับมากขึ้น เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนาน จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ตามที่โอเร็ม (Orem, 2001) ได้กล่าวถึงระยะเวลาในการดูแลไว้ในปัจจัยด้านอายุ กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะผู้พึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามอายุ และจะพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์ การดูแลช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแล กล่าวคือระยะเวลาที่ยาวนานนั้นญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ทำให้มีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น (ศศิธร ช่วงสุวรรณ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) และเตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าระยะเวลาในการดูแลส่งผลทางลบต่อความสามารถในการดูแลได้เช่นกัน (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; วินิตา ชูช่วย, 2547) เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานและมีกิจกรรมการดูแลที่ต่อเนื่องหลากหลาย ซับซ้อน ทำให้การปฏิบัติการดูแลลดลง นอกจากนี้จากการศึกษาของไรท์ และคณะ (Wright et al., 1999) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลด้วย จะเห็นได้ว่ายังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่า ระยะเวลามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลในลักษณะใด จึงควรศึกษาตัวแปรดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการดูแล อาจมีคุณภาพเพิ่มขึ้นถ้าญาติผู้ดูแลมีความยินดีและพึงพอใจในการดูแลอันเนื่องมาจากความรัก ความผูกพัน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เป็นความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้พึ่งพา ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในครอบครัว โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้พึ่งพาไว้ในปัจจัยด้านระบบครอบครัวว่า เป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีผู้พึ่งพาเกิดขึ้นในครอบครัว ผู้ให้การดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้พึ่งพาจึงเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแล และระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงเป็นปัจจัย ที่คาด

ว่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ญาติผู้ดูแลจะปฏิบัติการดูแลผู้พึ่งพาได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างกัน ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ดี จะส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลที่ดี มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลในเชิงบวก เกิดความเข้าใจ เห็นใจ และความสงสารต่อผู้พึ่งพา ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจต่อการดูแล (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) ส่งผลให้การปรับตัวของญาติผู้ดูแลดีขึ้น (กรรณิกา กองหอม, 2546) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของญาติผู้ดูแล (กนิษฐา ถนัคกิจ, 2545; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548)

การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรัก และความห่วงใย ความไว้วางใจและการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมไว้ในปัจจัยแหล่งประโยชน์ว่า ความพอเพียงของแหล่งประโยชน์และการใช้แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน โดยแหล่งประโยชน์นั้น ได้แก่ วัตถุ สิ่งของ หรือ แหล่งข้อมูล การที่บุคคลมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้ จะช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปอย่างครบถ้วน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคล ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรัก และความห่วงใย ความไว้วางใจและการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จาก การค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปรับตัวในการดูแลของญาติผู้ดูแล (กรรณิกา กองหอม, 2546; เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548)

จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 55.9 (สำนักทะเบียนราษฎร์, 2549) เพราะมีสถานประกอบการอุตสาหกรรมจำนวนมากถึง 6,346 แห่ง (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2547) จากสภาพเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจราจรชนส่งมากเป็นอันดับแรก โรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับรองลงมา ตามลำดับ (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2549) จึงส่งผลให้กลายเป็นจังหวัดที่มีคน

พิการสะสมมากที่สุด ในเขตภาคกลางและภาคตะวันออก โดยเฉพาะคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องในญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับพึ่งพาผู้ดูแล ที่มารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมุทรปราการด้วยภาวะแทรกซ้อนจากที่บ้านจำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง 10 ตุลาคม พ.ศ. 2551 พบว่า คนพิการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับ และกระดูกและข้อยึดติด นอกจากนี้ยังพบว่า คนพิการกลุ่มนี้มีญาติผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 66 ในจำนวนนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ร้อยละ 50 ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว โดยเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.66 โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.66 และต้องรับภาระในการดูแลเฉลี่ยวันละ 5 ถึง 12 ชั่วโมงต่อวัน จึงมีความเครียดและพักผ่อนได้น้อย มีระดับการปฏิบัติการดูแลได้ไม่ดี แต่ก็เต็มใจที่จะให้การดูแล มีความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับปานกลาง ร้อยละ 93 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 77 ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน และต้องการเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเข้าไปช่วยดูแลถึงบ้าน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้มีอาการป่วย และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาพร ขจรฤทธิ์ (2547) ที่พบว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 75 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีความพิการ จะมีความยากลำบากต่อการเคลื่อนย้าย ญาติจึงไม่สะดวกที่จะนำผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ ดังนั้น การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญและจำเป็น ซึ่งญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษา ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านในเขตจังหวัดสมุทรปราการ โดยคัดเลือกปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ตามแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของคนพิการได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องได้ ซึ่งจะช่วยให้คนพิการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดภาระการพึ่งพา ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ส่งผลต่อการลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและประเทศ

3. ระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล
 คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวก
 ที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

5. การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการ
 ดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

6. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการ
 ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวก และการสนับสนุนทาง
 สังคมของญาติผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนวยการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและ
 การเคลื่อนไหวกที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทาง
 กายและการเคลื่อนไหวกที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ โดยเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการ
 เคลื่อนไหวกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นคนที่มีลักษณะความพิการ มีความผิดปกติหรือ
 ความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจน และคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวก ทำให้ไม่
 สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ โดยมีระดับความผิดปกติ 3 ถึง 5 (พระราชบัญญัติ
 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ประกาศราชกิจจานุเบกษา วันที่ 27 กันยายน
 2550) และมีระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย
 1 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล
- 1.2 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
- 1.3 ระยะเวลาในการดูแล
- 1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวก
- 1.5 การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล

2. ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพได้ข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน และมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือ ลำตัว อันเนื่องมาจากแขน หรือขาขาด/ลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต มีความลำบากในการเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ มีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง (Moderate Severe Dependence) ถึงการพึ่งพาระดับมากที่สุด (Severe Dependence) ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ถึง 5 ซึ่งประเมินจากการวัดระดับความสามารถ/สมรรถภาพ ของคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537)
2. ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน สะใภ้ ที่พักอยู่ในครอบครัวและมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลที่บ้านให้กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นเป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือนโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในรูปค่าจ้าง และเป็นผู้ที่พา คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ
3. การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลกระทำการช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกและสร้างความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการให้กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และคงไว้ซึ่งความมีชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สำหรับด้านร่างกาย ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป การดูแลการหายใจ การดูแลทำความสะอาด

สะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การดูแลการให้อาหาร การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลจิตใจสิ่งแวดล้อมให้สะดวก สะอาดและปลอดภัย ส่วนการปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การดูแล การยอมรับและเข้าใจสภาพจิตใจ อารมณ์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจ รวมทั้งส่งเสริมให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม โดยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว 4 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 (ไม่เคยปฏิบัติ - ปฏิบัติเป็นประจำ) การแปลผลคะแนน มี 3 ระดับคือมีการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลระดับไม่ดี ปานกลาง และดี

4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล หมายถึง ความเข้าใจของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลได้รับการเรียนรู้ในกิจกรรมที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ของความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว วิธีการปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว การดูแลเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ตามนัด การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง ต่ำ

5. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการแสดงที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกาย จิตสังคมในภาพรวมและความยากลำบากในการทำกิจกรรมด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง ความเจ็บปวด การมีสมาธิ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมองเห็น การนอนหลับ ความมีชีวิตชีวา และอารมณ์ของญาติผู้ดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ ของ วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ที่พัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพบุคคลมาจาก Health State Description ซึ่งมีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรการประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มีปัญหามากที่สุด จนถึงไม่มีปัญหา กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5

6. ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนเวลาเป็นเดือนที่ญาติผู้ดูแลเริ่มดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล

7. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างญาติผู้ดูแลกับ

คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การสั่งสอน การดูแลให้ความไว้วางใจระหว่างกัน รวมถึงการรับรู้ถึงความรู้สึก ช่วยแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระของตนเองกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยประเมินจากแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านของ วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ซึ่งแปลจากแบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามแนวคิดของของซิดิแวน (Sullivan, 1993) มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เคยเลย ถึงตลอดเวลา กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5

8. การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ และองค์กรในสังคม ตามกรอบแนวคิดของเฮาส์ (House, 1985, pp. 83 - 108) ดังนี้

8.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา และยกย่องชมเชย

8.2 การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับการเห็นพ้อง การรับรอง และข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

8.3 การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ ที่จะช่วยให้ความเข้าใจและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดีขึ้น

8.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือการบริการ การให้เวลา และการช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ที่สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการจากทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) เฉพาะส่วนความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาร่วมกับแนวคิดการสนับสนุน

ทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบในการวิจัย โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self – care Demand) คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นผู้มีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self – care Deficit) อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถของคนอื่น ซึ่งโอเร็ม เรียกว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care Agency) เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง กับความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น (Taylor, 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ดังนั้น องค์ประกอบภายในของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในที่นี้คือการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั้น มีโครงสร้าง เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการและความสามารถในการปฏิบัติ (Orem, 1995) ซึ่งความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป กล่าวคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย (Gest et al., 1989) ดังนั้นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการจึงเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบของความสามารถดังกล่าวจึงถือได้ว่าเป็นศักยภาพของบุคคลที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความสามารถในการดูแลดังกล่าวสามารถวัดได้จากองค์ประกอบ 4 ด้าน (Geden & Taylor, 1991) คือ 1) การเข้าถึงคุณค่าของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3) ความตั้งใจและความตระหนักในความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และ 4) ทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ระดับการปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแลดังกล่าวยังมีปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง ซึ่งโอเร็มกล่าวว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ด้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติดูแลของบุคคลตามแนวความคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ตัวแปรที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลของบุคคลตามแนวความคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย อายุ (Age) เพศ (Gender) ระยะพัฒนาการ

(Development State) ภาวะสุขภาพ (Health) สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Orientation) ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System Factors) ระบบครอบครัว (Family System Factors) แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of Living) สิ่งแวดล้อม (Environmental Factors) และแหล่งประโยชน์ (Resource Availability and Adequacy)

ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัย บางประการที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล โอเรม (Orem, 2001) กล่าวว่า การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยที่การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา การศึกษาทำให้มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยของตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากนี้ โอเรม ยังกล่าวไว้ว่า การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากจะใช้ในการพิจารณาตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ หลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ จิตใจ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลที่เฉพาะเจาะจง

2. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพตามแนวความคิดของ โอเรม (Orem, 2001) กล่าวคือ ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษา เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic State) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแล (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน จะทำให้การปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่วนสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของญาติผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลได้ไม่ดี ญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีโรคประจำตัว วิตกกังวล หรือต้องดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวด้วยความจำเป็นเพราะเป็นหน้าที่ จะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความสุขในการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียด เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องทำกิจวัตรประจำวันแทนคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาดังกล่าว มีผลต่อภาวะสุขภาพของ

ญาติผู้ดูแล ส่งผลให้ความเอาใจใส่ และความตั้งใจในการดูแลลดลง ดังนั้นภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

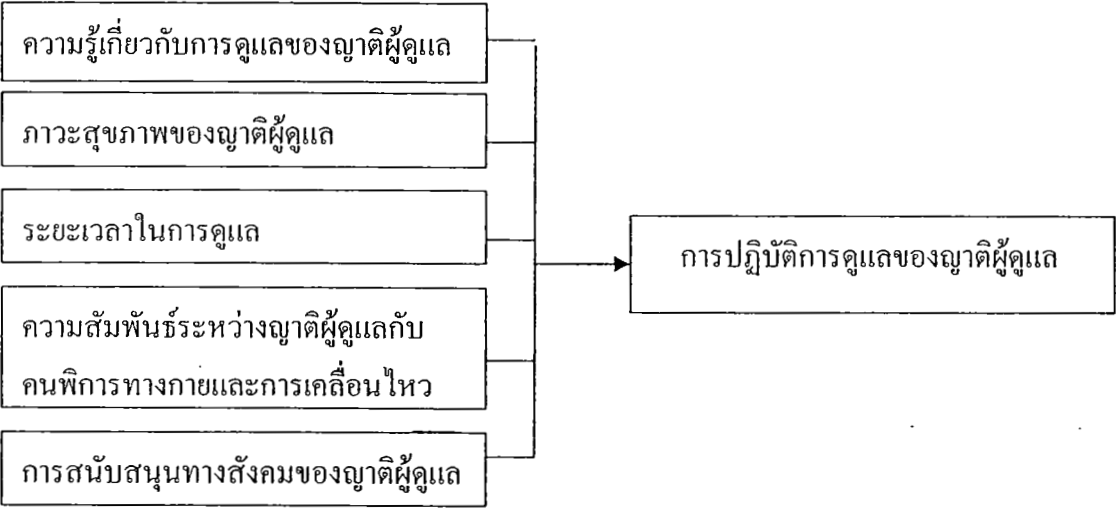
3. ระยะเวลาในการดูแล โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจะพัฒนาตามระยะเวลาและประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนในช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มี ระยะเวลาในการดูแลที่มากกว่าจะมีประสบการณ์ มีศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลและช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการดูแลที่น้อยกว่า

4. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึงความสัมพันธ์ หรือสัมพันธ์ภาพ ไว้ในปัจจัยด้านระบบครอบครัว ญาติผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว และยังกล่าวว่าระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลทั้งหมดของบุคคล ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแล และระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สำหรับในการวิจัยครั้งนี้หากความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวดี น่าจะส่งผลถึงการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลดีด้วย

5. การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งตามแนวความคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยเป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำการกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้หรือเพิ่มความพยายามในการดูแล ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) มาเป็นแนวทางการศึกษา ซึ่งระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ และการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการบริการ (Instrumental Support) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงเป็นการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ประกอบด้วย การให้ความรัก ความห่วงใย

ความไว้วางใจ ให้การยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ปฏิบัติการดูแลได้ง่ายและสะดวกสบายมากขึ้น สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบต่อร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณได้อย่างเข้มแข็ง ในทางกลับกันหากได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย จะส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผ่องบรรหาร (2540) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น

อาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาครอบคลุมแนวคิดดังกล่าว ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดในภาพรวม ได้ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรียบเรียงได้ ดังนี้

1. คนพิการ

1.1 สถานการณ์เกี่ยวกับคนพิการ

1.2 อุบัติการณ์ของคนพิการ

1.3 ความหมายของคนพิการ

1.4 ประเภทของคนพิการ

1.5 สาเหตุของความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

1.6 ผลกระทบจากความพิการต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน

2.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.2 ญาติผู้ดูแล

3. การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

3.1 การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

3.2 ผลกระทบจากการปฏิบัติการดูแล

3.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล

4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม

4.1 ความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแล

4.2 ความต้องการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

คนพิการ

สถานการณ์เกี่ยวกับคนพิการ

คนพิการมีประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลกและจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของคนพิการมาจากโรคหลอดเลือด

สมอง (อาทรร วิฑูรย์ และคณะ, 2550) สภาพแวดล้อม พันธุกรรม อุบัติเหตุจากการจราจรและโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ได้แก่โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง (ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546) ปรากฏการณ์ธรรมชาติ ภาวะด้านจิตใจหลังคลอด ภาวะขาดสารอาหาร และภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดความพิการด้านต่าง ๆ ซึ่งคนพิการเหล่านี้ต้องใช้ชีวิตด้วยความยากลำบากเป็นเวลายาวนาน อย่างไรก็ตามองค์การสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ปี ค.ศ. 1948 (The Universal Declaration of Human Right, 1948 อ้างถึงใน เทพินทร์ ชิมเจริญ, 2546) เล็งเห็นความสำคัญของคนพิการว่า คนพิการก็เป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของสังคมแม้ว่าจะแตกต่างจากคนปกติ แต่ก็มีสิทธิและหน้าที่ มีศักยภาพในการพัฒนาทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมตามหลักของสิทธิมนุษยชน (Human Right) ซึ่งสอดคล้องกับ กฎหมายคนพิการของสหรัฐอเมริกา (Americans With Disabilities Act - ADA) ในสมัยของประธานาธิบดี จอร์จ บุช ปี ค.ศ. 1990 โดยรัฐบาลกลางจะมีบทบาทสำคัญโดยตรงและให้ความสำคัญกับคนพิการ ส่วนองค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ โดยชุมชนว่า หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีความสามารถดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสติปัญญาช่วยเหลือตัวเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยวิธีการทางแพทย์ การศึกษา ทางสังคม การฝึกอาชีพ และความร่วมมือของคนพิการ ครอบครัว ชุมชน ให้ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรของรัฐและเอกชน จึงมีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้หลักของกระบวนการฟื้นฟูสภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation) ที่กล่าวว่าคนพิการมีศักยภาพและพัฒนาได้โดยใช้ทรัพยากรท้องถิ่นบูรณาการฟื้นฟูคนพิการ ร่วมกับการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย

จากแนวคิดดังกล่าวองค์การ Christoffel-Blindenmission (CBM) ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งที่ได้นำมาปฏิบัติอย่างจริงจังและได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก และจากแนวคิดในระดับสากล ที่ได้ประกาศรับรองแผนปฏิบัติการโลกว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับคนพิการ (World Program of Action Concerning Disabled Persons) มีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และโอกาสที่เสมอภาคของคนพิการ รวมทั้งประกาศเป็นทศวรรษคนพิการเอเชียแปซิฟิก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 ต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2555 สำหรับประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หรือการพัฒนาคน มาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ อันได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และคนพิการ มีการพัฒนาในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งที่ดำเนินการโดย ภาครัฐบาล เอกชน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสพัฒนาเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ (พิทักษ์ ทองสุข, 2548)

อุบัติการณ์ของคนพิการ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นใหม่แทนพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ที่ประกาศใช้มาเป็นเวลานานและเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน รัฐบาลจึงได้ประกาศ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งถือเป็นกฎหมายฉบับที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ มีการกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสม อีกทั้งยังกำหนดให้มีสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานใหม่ระดับกรมในกระทรวงฯ เพื่อเป็นหน่วยประสานงาน การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการระดับชาติ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด โดยได้รับการเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถให้มีสภาพที่ดีขึ้นหรือดำรงสมรรถภาพความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ ด้วยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไปภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

สำหรับอุบัติการณ์ของคนพิการในประเทศไทย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับคนพิการพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากร โดยในปี พ.ศ. 2517 มีคนพิการประมาณ 2 แสนคน หรือร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด ร้อยละของคนพิการในช่วงปี พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2529 ก่อนข้างคงที่ แต่จะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2545 ซึ่งมีคนพิการ 65,000 รายใน พ.ศ. 2545 มีคนพิการเพิ่มขึ้นเป็น 1.1 ล้านคนหรือร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งหมด 63.3 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) แต่จากการสำรวจความพิการพร้อมกันทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีจำนวนคนพิการ 1,871,860 คนคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. 2550 พบสิบสถานการณ์เด่นทางสุขภาพของคนไทยว่าคนไทยส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับท้องถนนจน

มองเห็นแต่ความสะอึกสยดที่ได้รับ ทำให้อันตรายจากการใช้รถใช้ถนนถูกมองข้าม ส่งผลให้ความพยายามที่จะลดทอนความเสียหายที่จะเกิดขึ้นมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ตัวเลขมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของไทยจากอุบัติเหตุจราจรปีละกว่า 1 แสนล้านบาทโดยวัยรุ่นและหนุ่มสาวจะตกเป็นเหยื่อของอุบัติเหตุจากการจราจรมากที่สุด นอกจากความเสียหายทางเศรษฐกิจแล้ว ยังพบว่าผู้พิการสะสมเป็นจำนวนมาก (ไพฑูริย์ วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546)

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เพศหญิงมีความพิการมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.0 และร้อยละ 2.7 ตามลำดับ) โดยนอกเขตเทศบาลมีคนพิการ มากกว่าประมาณ 2 เท่าของในเขตเทศบาล คนพิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้นกล่าวคือ คนพิการในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีน้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชากรในกลุ่มอายุเดียวกันและคนพิการจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงกลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปซึ่งมีคนพิการมากที่สุดคือ ร้อยละ 31 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2550) พบประเภทของความพิการ ดังนี้

1. พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ร้อยละ 48.38
2. พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 13.70
3. พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 12.89
4. พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 10.45
5. พิการซ้ำซ้อน (มากกว่า 1 ประเภท) ร้อยละ 9.36
6. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ร้อยละ 4.47
7. ไม่ระบุความพิการ ร้อยละ 0.75

จากสถิติความพิการโดยการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 พบคนพิการประเภท ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่จดทะเบียนคนพิการทั้งหมด ซึ่งคนพิการเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความลำบากและมีปัญหาสุขภาพประมาณ 1.8 ล้านคนหรือ คิดเป็นร้อยละ 97.9 ของคนพิการทั้งหมด มีความยากลำบากในการดูแลตนเองประมาณ 0.4 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21 และมีลักษณะความบกพร่องประมาณ 1.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 70.5 สำหรับความช่วยเหลือที่คนพิการต้องการจากรัฐบาลส่วนใหญ่ต้องการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2550 ของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ พบว่า ในกรุงเทพมหานครและภูมิภาคของประเทศ มีจำนวนคนพิการที่มาจดทะเบียน คนพิการทั้งสิ้น 660,251 คน ในจำนวนนี้เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 319,021 คน และ

รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยิน และความพิการทางสติปัญญา จำนวน 90,743 คน และ 85,476 คน ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550) จะเห็นได้ว่าคนพิการในประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากร

สมุทรปราการเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล มีประชากรทั้งหมด 1,057,988 คน (www.dopa.go.th) ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดในภาคกลาง รองจากกรุงเทพมหานคร มีความหนาแน่นประชากรเฉลี่ย 1,089.36 คนต่อตารางกิโลเมตร เป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพมหานครในด้านอุตสาหกรรม มีสถานประกอบการอุตสาหกรรมที่ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการจำนวน 6,346 แห่ง (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2547) ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ภาคอุตสาหกรรม) ร้อยละ 55.9 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ, 2544) และมีแรงงานย้ายถิ่นเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก ลักษณะครอบครัวจึงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย สาเหตุการเจ็บป่วยได้แก่การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง พบเป็นอันดับแรกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ 5,134 ราย (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2549) อันดับรองลงมาก็คือโรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับซึ่ง เป็นสาเหตุที่ทำให้จังหวัดสมุทรปราการ มีสถิติการจดทะเบียนและมีจำนวนคนพิการสะสมมากที่สุดในเขตภาคกลางและภาคตะวันออก นับตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2550 มีคนพิการสะสม 9,140 คน เป็นชาย 5,572 คน เป็นหญิง 3,568 คน แบ่งตามประเภทพบว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีมากที่สุด 5,737 คนคิดเป็นร้อยละ 61 ของคนพิการทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากข้อมูลของผู้มาจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ในปี พ.ศ. 2549 รวม 1,130 คน เป็นผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวสูงสุดคือ 642 คน และในปี พ.ศ. 2550 มีผู้มาจดทะเบียนคนพิการรายใหม่ 1,392 คน ประเภทคนพิการที่พบมากที่สุดคือผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวพบ 819 คนคิดเป็นร้อยละ 58.83 ของคนพิการรายใหม่ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสมุทรปราการ)

ตารางที่ 2-1 ผลการดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จำแนกตาม
ภูมิภาค และจำนวนคนพิการ

ภูมิภาค	จำนวนคนพิการ (คน)
ภาคเหนือ	150,711
ภาคกลางและภาคตะวันออก (รวมกรุงเทพมหานคร)	183,590
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	248,470
ภาคใต้	77,480
ยอดรวม (คน)	660,251

ตารางที่ 2-2 สถิติการจดทะเบียนคนพิการที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสมุทรปราการ
จำแนกตามประเภทความพิการและเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง
30 กันยายน พ.ศ. 2550

ประเภทความพิการ	จำนวน (ราย)		รวม
	ชาย	หญิง	
ทางการมองเห็น	264	237	501
ทางการได้ยินและสื่อความหมาย	462	403	865
ทางกายและการเคลื่อนไหว	3,612	2,125	5,737
ทางจิตใจ	246	119	365
ทางสติปัญญา	499	352	851
ความพิการซ้อน	486	331	817
ไม่ระบุความพิการ	3	1	4
รวม	5,572	3,568	9,140

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็น ว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ก่อให้เกิดการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความพิการ (อาทร ธีวไพบูลย์ และคณะ, 2550) เกิดภาวะแทรกซ้อน เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ คนพิการที่ด้อยความสามารถ จะมีความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี จากจำนวนคนพิการประมาณ 1.9

ด้านคน พบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) ของคนพิการมีปัญหาสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ สูงกว่าคนปกติประมาณ 10 เท่าตัว เนื่องจากข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ดังเช่นรายงานสรุปโครงการนำร่องสำรวจข้อมูลผู้ประสบปัญหา(ด้อยโอกาส) ทางสังคม 11 จังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการสำรวจข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2548 พบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีผู้ประสบปัญหา(ด้อยโอกาส) ทางสังคมรวม 1,651 คน ในจำนวนนี้มีคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหา(ด้อยโอกาส) ทางสังคมรวม 491คน โดยส่วนใหญ่พบในอำเภอพระประแดง รองลงมาพบใน อำเภอเมือง อำเภอบางบ่อ อำเภอบางพลี กิ่งอำเภอบางเสาธงตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบคนพิการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ แต่จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามียารักษาการวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลคนพิการที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้นในคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ป่วยเป็นอัมพาตหรือมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับ3 ขึ้นไป ตั้งแต่ 3 เดือนถึง 6 ปีที่มารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการจำนวน 30 คน ณ วันที่ 6-10 ตุลาคม พ.ศ. 2551 พบว่า คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีอาการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน ด้วยโรคไข้หวัดและปอดบวม (ร้อยละ 86.36) แผลกดทับและแผลติดเชื้อ (ร้อยละ 72.72) และโรคกระดูกและข้อยึดติด (ร้อยละ 54.54) ส่วนญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลที่บ้านจากการสำรวจพบว่าไม่เคยมีความรู้ด้านการดูแลมาก่อน (ร้อยละ 50) มีความรู้เรื่องการดูแลเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 33.33) นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.66) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.66) แต่ญาติผู้ดูแลหลักก็เต็มใจที่จะรับภาระนี้ (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่ต้องรับภาระในการดูแลเฉลี่ยนาน 5 ถึง 12 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกพักผ่อนได้น้อยลง ส่วนหนึ่งตอบว่าที่ดูแลเพราะเป็นหน้าที่ (ร้อยละ 30) แต่ต้องการให้มีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล และต้องการการสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะเรื่องเงินช่วยเหลือ

จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันประเทศไทยมีคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวสะสมเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการมีคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุดในเขตปริมณฑล ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นผู้ประสบปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเองและมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการดูแลที่ขาดประสิทธิภาพจากญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ความหมายของคนพิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้ความหมายของคนพิการ (Disability) ไว้ว่า เป็นข้อจำกัดหรือการขาดซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ โดย

วิธีการหรือโดยวิธีของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดจากความชำรุดหรือความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญาหรือจิตใจ เป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือทำอะไรที่สอดคล้องตามวัย เพศ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

องค์การสหประชาชาติ (Declaration on the rights of Disabled persons) ได้ให้ความหมายของ คนพิการว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ในด้านสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในบั้นปลายของบุคคลหรือในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็มาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization หรือ ILO) ได้ให้ความหมายของ คนพิการ ว่าหมายถึง บุคคลที่มีหนทางในการสร้างความมั่นคง หรือการรักษาไว้ หรือการแสวงหาความก้าวหน้าในอาชีพ การงานที่เหมาะสมของตนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากมีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ปรากฏอย่างชัดเจน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4 ให้ความหมายคนพิการ ว่าหมายถึง คนที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง (พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2534)

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 ให้ความหมาย คนพิการ ว่าเป็นบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ความหมาย คนพิการ ว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความสามารถถูกจำกัดให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

กระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ พ.ศ.2543 ถึงปัจจุบัน (คำนิยามของคณะกรรมการคัดเลือก และจำแนกความพิการเพื่อการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ) ได้ให้ความหมายของคนพิการ ว่า คนพิการ หมายถึง คนที่ได้จดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการหรือบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน สติปัญญา ร่างกาย หรือสุขภาพ การเรียนรู้การพูดและภาษา พฤติกรรมหรืออารมณ์ บุคคลออทิสติก (Autistic) และบุคคลพิการซ้ำซ้อน ที่สถานศึกษารับรองว่าเป็นบุคคลที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านการศึกษา ซึ่งได้ลงทะเบียนในสถานศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา เป็นผลต่อการจำกัดการทำหน้าที่ หรือการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

นอกจากความหมายของคำว่า “คนพิการ” แล้ว องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) และ องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1983) ยังได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องกับความพิการ ไว้ อีกดังนี้

ภาวะบกพร่อง (Impairment) หมายถึง ความสูญเสีย ความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสูญเสียความสามารถในการควบคุมหรือมีข้อจำกัดในการทำงานของอวัยวะและสติปัญญา ซึ่งรวมถึงการมีโครงสร้างของอวัยวะร่างกายไม่ครบ หรือมากกว่าคนทั่วไป ดังนั้นความบกพร่องจึงเป็นเรื่องเฉพาะของบุคคล ไม่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียหรือการขาดหายของแขน ขา มือ นิ้ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการ ประกอบกิจกรรมต่างๆ ซึ่งคนทั่วไปกระทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพ หรือความบกพร่องของอวัยวะ เช่น การสูญเสียแขน ขา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้มีข้อจำกัดในการเดินทาง ทำงาน เป็นต้น

ภาวะด้อยโอกาส (Handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบที่เกิดขึ้น กับบุคคลที่มีความบกพร่องของอวัยวะหรือมีภาวะทุพพลภาพ ที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตเยี่ยงบุคคลทั่วไป อุปสรรคต่าง ๆ มักเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนพิการกับสิ่งแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรม และสิ่งสำคัญที่สุดคือสิ่งกีดขวาง (Barrier) ทางกายภาพและสังคมในสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น (Build Environment) ระดับของความได้เปรียบเสียเปรียบจึงค่อนข้างจะมีความสัมพันธ์โดยตรง หรือแปรตามระดับของปัญหาจากสภาพแวดล้อม

จากความหมายของ “คนพิการ” ที่ได้กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา เป็นผลต่อการจำกัดการทำหน้าที่ หรือการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป

ประเภทของคนพิการ

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 2 (2537) ได้แบ่งคนพิการตามลักษณะความพิการเป็น 5 ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คนพิการทางการมองเห็น หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติ หรือมีความลำบากในการมองเห็นด้วยอักษรรนาคนปกติ ถึงแม้ว่าจะใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์แล้วก็ยังไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น คนตาบอด คนสายตาสั้นคนที่มีลานสายตาแคบกว่าปกติ บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น แว่นขยายเพื่ออ่านอักษรตัวพิมพ์ที่ขยายใหญ่ (คนสายตาสั้นคน) หรือต้องใช้ อักษรเบรลล์แทนอักษรปกติ (คนตาบอด) ได้แก่ คนที่มีสายตาสั้นที่ต่ำกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมชาติ แล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป จนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือคนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย คือ คนที่สูญเสียการได้ยิน ตั้งแต่ระดับรุนแรงจนถึงระดับน้อย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ คนหูหนวก หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยินมากจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน ไม่ว่าจะใส่หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟังก็ตาม โดยทั่วไปหากตรวจการได้ยินจะสูญเสียการได้ยินประมาณ 90 เดซิเบลขึ้นไป (เดซิเบล เป็นหน่วยวัดความดังของเสียง หมายถึง เมื่อเปรียบเทียบระดับเริ่มได้ยินเสียงของเด็กปกติ เมื่อเสียงดังไม่เกิน 25 เดซิเบล คนหูหนวกจะเริ่มได้ยินเสียงดังมากกว่า 90 เดซิเบล และคนหูตึง หมายถึง คนที่มีการได้ยินเหลืออยู่พอเพียงที่จะรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน โดยทั่วไปจะใส่เครื่องช่วยฟังและหากตรวจการได้ยินจะพบว่ามี การสูญเสีย การได้ยินน้อยกว่า 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 26 เดซิเบล คือ เมื่อเปรียบเทียบระดับเริ่มได้ยินเสียงของเด็กปกติ เมื่อเสียงดังไม่เกิน 25 เดซิเบล เด็กหูตึงจะเริ่มได้ยินเสียงที่ดังมากกว่า 26 เดซิเบล ขึ้นไปจนถึง 90 เดซิเบล

3. คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักประจำวันได้ หรือคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนขาหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคระบบเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ และความคิดจนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

5. คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการแต่ละประเภทไว้โดยระบุว่า ผู้วินิจฉัยความพิการจะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม คือเป็นแพทย์ที่สังกัดโรงพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด พร้อมทั้งให้ออกเอกสารรับรองความพิการ ตามแบบที่แนบท้ายกฎกระทรวง

การประเมินความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวด้วยเกณฑ์การวินิจฉัย

การแบ่งระดับของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้กำหนดลักษณะความพิการไว้สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจน และคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ คือมีระดับความผิดปกติ 3 ถึง 5 หลังสิ้นสุดการรักษาแล้วยังมีความผิดปกติอยู่ หรือเป็นอัมพาตหลังอาการเกิดแล้ว 6 เดือนจึงถือว่าเป็นคนพิการ โดยระดับความพิการตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 มีดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขนขา น้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

กิจกรรมการวัดระดับความสามารถ/ สมรรถภาพ ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) กำหนดไว้ว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับ 3 ถึงระดับ 5 จะทำกิจวัตรประจำวันหลักไม่ได้ ดังนี้

1. กิจกรรมรับประทานอาหาร
 - 1.1 การใช้มือจับช้อนและส้อมตักอาหารเข้าปาก
 - 1.2 การใช้มือยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม (ประเมนแต่ละข้าง)
2. กิจกรรมการแต่งตัว
 - 2.1 การใช้มือข้างหนึ่งหวีผม และอีกข้างหนึ่งช่วยจัดแต่งผม
 - 2.2 การใช้มือ 2 ข้าง คัดกระดุม
 - 2.3 สวมเสื้อ ผ่าถุง กระโปรง หรือกางเกง
3. กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (ใช้ลำดับเป็นหลัก)
 - 3.1 การพลิกตัวบนเตียง
 - 3.2 การลุกจากนอนเป็นนั่ง
 - 3.3 การลุกจากนั่งเป็นยืน
4. กิจกรรมการเคลื่อนที่
 - 4.1 การเดินบนพื้นราบ ไม่น้อยกว่า 10 ก้าว (ประเมนทีละข้าง)
 - 4.2 การก้าวขึ้นลงบันได สลับขา ๆ ไม่น้อยกว่า 4 ขั้น โดยไม่ต้องจับราวบันได

สรุปได้ว่า คนพิการมี 5 ประเภท มีนิยามต่างกันตามลักษณะของความพิการ ซึ่งแต่ละประเภทจะมีการแบ่งระดับมากน้อยแตกต่างกันออกไปตามความรุนแรง หรือขอบเขตของการช่วยเหลือตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีระดับของความพิการ ตั้งแต่ระดับที่ 3 ถึงระดับที่ 5 ตามเกณฑ์การประเมินความพิการของพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 2 (2537) เพราะเป็นผู้ที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและมีภาวะพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก ส่วนคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวระดับที่ 1 และระดับที่ 2 มีเพียงความผิดปกติทางกายแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ด้วยตนเอง

สาเหตุของความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีจำนวนมากในกลุ่มคนพิการ หากพิจารณาสาเหตุของความพิการ สามารถแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดความพิการได้เป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (WHO, 2005)

1. ความพิการที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด (Congenital Disability) เช่น อวัยวะผิดปกติแต่กำเนิด แขนขาดแต่กำเนิด เตี้ย แคระ ซึ่งมีสาเหตุ ดังนี้

- 1.1 พันธุกรรม คือ มีความผิดปกติของยีนส์ และโครโมโซม ทำให้สมองเจริญช้า ปัญญาอ่อน มีรูปร่างไม่สมประกอบ ระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ เป็นต้น

1.2 การติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์มารดาเช่น การติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ทำให้เด็กปัญญาอ่อน

2. ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired Disability) ซึ่งมีปัจจัยและสาเหตุ ดังนี้

2.1 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร การทำงาน ภัยสงคราม ภัยธรรมชาติ ทำให้อวัยวะถูกตัดขาด กระดูกสันหลังถูกกระแทก หรือไขสันหลังถูกตัดขาด

2.2 โรคหรือพยาธิสภาพในกลุ่มโรคติดต่อและไม่ติดต่อดังนี้ เช่น HIV/AIDS โรคเรื้อรัง ภาวะขาดสารอาหาร การใช้สารเสพติด เนื้องอก ความเสื่อมของกล้ามเนื้อหรือกระดูก โรคระบบประสาท (อัมพาต) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการสูญเสียประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย รวมทั้งระบบเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว และอัมพาตแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง โรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่เกิดอาการกับเส้นประสาท และผิวหนังส่วนใหญ่นี้ ซึ่งอาจมีผลทำให้พิการได้

3. สาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากร ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ส่งผลให้ชีวิตผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น แต่อาจอยู่ในสภาพที่ร่างกายยังมีปัญหาระยะยาวตามมา โดยผลของการเกิดโรคจะนำไปสู่ภาวะบกพร่อง ซึ่งผลของภาวะบกพร่องอาจส่งผลต่อเนื่องให้เกิดภาวะทุพพลภาพและกลายเป็นคนพิการได้

ผลกระทบจากความพิการต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่องของการทำงานของร่างกายอย่างรุนแรงและถาวรของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อดำรงชีวิตประจำวันตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดหลากหลาย และมากมายที่มีผลคุกคามต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ความบกพร่องของร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คืออาการอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) พบร้อยละ 90 (มยุรี เพชรอักษร, 2535) เนื่องจากการที่ต้องอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานจะเกิดการหดรั้งหรือหดสั้นของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ จึงทำให้เคลื่อนไหวข้อได้ไม่เต็มที่ตามมุมการเคลื่อนไหวปกติของข้อ และยังส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำให้สูญเสียความแข็งแรง เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงและมีขนาดลดลงตามมาด้วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; Buschbacher & Porter, 2000) เมื่อแขนขามีอาการหดเกร็ง (Spasticities) หรือเหยียดลำบาก จะทำให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ จน

สูญเสียการทรงตัวในการเคลื่อนไหว หรือบางรายอาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย (Black & Matassarini, 1993; วินิตา ชูช่วย, 2547) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ที่เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ๆ อวัยวะต่าง ๆ อาจถูกทำลายหรือสูญเสียหน้าที่ไป เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังตามมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่การเกิดแผลกดทับ การบีบติดของข้อศอก ข้อไหล ข้อสะโพก หลอด และกล้ามเนื้อหดสั้นเป็นต้น (จุฬาริ อินทิพย์, 2549)

1.2 ความผิดปกติของระบบการหายใจ เนื่องจากการนอนบนเตียงนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหวร่างกายจะมีผลกระทบต่อระบบการหายใจ คือ ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ความลึกและอัตราการหายใจลดลง ทำให้ถุงลมในปอดแฟบ (Atelectasis) การแลกเปลี่ยนระหว่างก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้ไม่ดี เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง จนส่งผลกระทบต่อภาวะความสมดุลของกรดและด่างภายในร่างกาย นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการไอขับเสมหะลดลงจะทำให้มีเสมหะกักมากขึ้นก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ หรือติดเชื้อภายในปอด เป็นปอดอักเสบ (Hypostatic Pneumonia) ดังนั้นการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ โดยเฉพาะคนพิการที่เป็นอัมพาต ควรได้รับการกระตุ้นให้ออก หายใจลึก ๆ และหมั่นพลิกตัวบ่อย ๆ

1.3 ความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด เนื่องจากการนอนบนเตียงนาน ๆ และไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หัวใจจะทำงานมากกว่าอยู่ในท่านั่ง เนื่องจากร่างกายในท่านอนหงายเลือดดำไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น จำนวนเลือดจากบริเวณอื่นโดยเฉพาะที่ขาจะไหลไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ปริมาณเลือดที่หัวใจจึงมีมาก ดังนั้นในการบีบตัวแต่ละครั้งหัวใจจะทำงานหนักมากขึ้นนอกจากนี้ในขณะที่นอนแรงโน้มถ่วงของโลกต่อร่างกายโดยทั่วไปลดลงจะส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนคือหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถเป็นท่านยืน (Orthostatic Hypotension) พลังสำรองของหัวใจ (Cardiac Reserved) ลดลง เมื่อลุกนั่งหรือยืนจึงมีอาการวิงเวียน เป็นลม ความดันเลือดต่ำ ผิวหนังจะเย็นขึ้นและซีด อีกประการหนึ่ง ขณะที่กลืนหายใจ ทรวงอกจะหยุดนิ่ง ทำให้แรงดันภายในทรวงอกเพิ่มขึ้น เมื่อเริ่มหายใจใหม่จะทำให้การไหลกลับของเลือดดำไปที่หัวใจมากขึ้นทันที ทำให้หัวใจเต้นเร็ว (Tachcardia) นอกจากนี้ การไม่เคลื่อนไหวร่างกายนาน ๆ มีแนวโน้มที่จะส่งเสริมให้ลิ่มเลือดเกาะติดที่ผนังหลอดเลือด (Thrombus Formation) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดลิ่มเลือดในเส้นเลือดดำ โดยเฉพาะบริเวณที่มีการไหลเวียนเลือดไม่ดี เช่นบริเวณขา เลือดไหลเวียนได้ช้าตกตะกอนได้ง่ายผนังหลอดเลือดไม่เรียบ หรือเส้นเลือดอักเสบ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการนอนบนเตียงเป็นเวลานานจะช่วยให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ดี เช่น ช่วยจัดทำนอนคนพิการให้อยู่ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวให้บ่อย ๆ สอนให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวพลิกตัวบ่อย ๆ ให้ออกกำลังกายบนเตียง ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับ

การดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้เคลื่อนไหวตนเองไปด้วย หรือแนะนำให้ลูกนั่งช้า ๆ นั่งแกว่งขาที่ข้างเตียงก่อนที่จะลุกขึ้นยืน เป็นต้น

1.4 ความผิดปกติของระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานประมาณ 2 สัปดาห์จะมีส่วนโน้มนำทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ที่ เป็นโรคกระดูกหรือเป็นอัมพาต จะพบว่าความเข้มข้นของแคลเซียมในปัสสาวะจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่กรดซิตริก (Citric acid) ยังคงเดิม ผลก็คือ แคลเซียมถูกละลายด้วยกรดไม่หมด ทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมาก เป็นสาเหตุให้เกิดนิ่วได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีอุจจาระผูก ร่วมกับการควบคุมด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ซึ่งความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายพบว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว บางคนไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือปัสสาวะเองไม่ได้ การดื่มน้ำน้อยไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ปัญหาที่ตามมาคือการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ จากการที่ปัสสาวะกั่งค้างเป็นเวลานาน หรือการทำความสะอาดยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้ใส่สายสวนคาไว้ ส่วนปัญหาเรื่องการถ่ายอุจจาระนั้น มักพบอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Smith, 2002) บางรายไม่สามารถบอกได้ว่าต้องการจะถ่ายอุจจาระ (Lewis & Collier, 1987)

1.5 ความผิดปกติของระบบผิวหนัง จากการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน (Braden & Bergstrom, 2000) ทำให้เกิดแผลกดทับ เนื่องจากเลือดไหลเวียนไปสู่หลอดเลือดฝอยส่วนปลายได้ลดลงและทำให้เนื้อเยื่อของผิวหนังเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน (Lindgren et al., 2004) การลดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงต่อแรงกดที่สูงและระยะเวลาของการกดที่นานของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หรือเป็นอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งต้องนอนอยู่บนเตียงหรืออาจนั่งอยู่บนรถเข็นเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับแรงกดเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายและเกิดแผลกดทับตามมาได้ (จิตตาภรณ์ จิตธีเชื้อ, 2547) บริเวณที่มักเกิดแผลกดทับได้บ่อยมักเกิดในบริเวณที่สัมผัสกับปุ่มกระดูกที่ยื่นออกมาในทุกส่วนของร่างกาย ได้แก่ บริเวณก้นกบและส้นเท้า (Paige, 2002)

1.6 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร จากความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว และกลืนอาหาร ทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นผิดปกติ ริมฝีปากปิดไม่สนิท กล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก และคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารลงสู่หลอดอาหารได้ ส่งผลให้มีอาการกลืนลำบาก (Jacobson et al., 2000) นำไปสู่การสำลักได้ถึงร้อยละ 40-70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน

ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Daniels et al., 2000) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่นอนไม่เคลื่อนไหว มักมีความรู้สึกหิวลดลง เบื่ออาหาร การย่อยและการดูดซึมไม่ดี มีผลกระทบต่อการเผาผลาญอาหารในร่างกายตามมา

1.7 ความผิดปกติของด้านสติปัญญา การรับรู้ สูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ทั้งหมด (Hikey, 1986) จึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ ความพิการที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อด้านความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด ความร้อน ความเย็น ไม่สามารถบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสได้ การรับรู้เวลา บุคคล และ สถานที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้ผิดจากความเป็นจริง ทำให้ตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ อีกทั้งการรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ปัญหาที่พบบ่อย คือ การมองไม่เห็นภาพครึ่งซีกด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) เป็นเหตุให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวละเลยไม่สนใจตนเอง ในบางรายมีความบกพร่องเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้เกิดการมองเห็นภาพซ้อน จากการที่กล้ามเนื้อตาทั้งสองข้างไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันตามปกติ ส่งผลให้เสียความสมดุลในการเดิน นั่ง หรือยืน จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.8 ความผิดปกติของเพศสัมพันธ์ ที่พบบ่อยคือความต้องการทางเพศลดลง ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกับคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของโคพิลันเนนและนีมินเนน (Korpelainen & Nieminen, 1999) เกี่ยวกับปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง และคู่สมรส พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องมาจากความต้องการทางเพศลดลง ปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศชาย การไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง เป็นผลให้ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากความพิการเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่หายขาด คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงคิดว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่นและสังคม (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา และคณะ, 2549; พัทธรีน วิจิตรอลงกรณ์ และคณะ, 2550) ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบ อาจเกิดจาก สภาพจิตใจของคนพิการที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว (Pre-Psychological Profile) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความบกพร่องทางร่างกาย (Psychological Response to Deficit) และเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง (Presence of Organic Behavior Change) นอกจากนี้การนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานๆของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อาจจะทำให้มีอาการทางจิตชั่วคราว ความคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง

การสูญเสียบทบาทและกิจกรรมเดิมของคน ต้องปรับกิจกรรมในการดำรงชีวิตหลายอย่าง ต้องแยกจากสิ่งแวดล้อมเดิม ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม มีเวลามากที่จะครุ่นคิดในเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนตลอดเวลา ทำให้ภาวะด้านจิตใจเสื่อมถอย เพิ่มความเครียดทางจิตใจ ผลกระทบด้านอารมณ์ที่พบบ่อยในคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) อาการที่แสดงให้เห็น คืออารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตัวเอง แยกตัวเอง ไม่ให้ความร่วมมือ นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร แซนตัส และคณะ (Santus et al., 1990) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม การศึกษาของ แอสโตรม และคณะ (Astrom et al., 1992) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 29 ในระยะเวลา 3 ปีหลังการป่วย นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบอีกคือ ความกลัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการถูกทอดทิ้งและกลัวเสียชีวิต ความรู้สึกกังวล ความคับข้องใจ ความเครียด ในการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายถูกจำกัด (Hickey, 1986) และผลจากความพิการทางร่างกายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ คนพิการจะเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเอง สูญเสียความเชื่อมั่น และความมีคุณค่าในตนเอง (ไพบุรณ์ วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546)

3. ผลกระทบทางสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม 2 ประการ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้ที่ต้องการพึ่งพา การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย ทำให้ต้องการการพึ่งพา ผู้ป่วยที่เคยมีความเชื่อมั่นในตนเองและเป็นตัวของตัวเองเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จะเกิดความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับการพึ่งพาสูง ซึ่งวิลเลียม (Williams, 1987) ได้อธิบายความสัมพันธ์เชิงพึ่งพาที่คนพิการมีต่อสมาชิกในครอบครัวของคนพิการว่า “เป็นภาระ” ของผู้อื่น “เป็นตัวถ่วง” และไม่ยอมรับกวนชีวิตผู้อื่น แต่ในค่านิยมของสังคมไทยยอมรับการพึ่งพาของผู้ป่วยและผู้พิการ (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543)

3.2 การเปลี่ยนแปลงของบทบาทในครอบครัวและสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยถึงขั้นทำให้สูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย บทบาทในครอบครัวจึงเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยเนื่องจากความพิการ เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวต้องปรับกิจกรรมในการดำรงชีวิตหลายอย่าง มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย (Robinson & Mahoney, 1995) เพราะความจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายและเพื่อต้องการที่จะควบคุมภาวะแทรกซ้อน ทำให้แยกตัวจากสังคม (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา และคณะ, 2549) สูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง สูญเสียความ

เป็นอยู่โดยทั่วไป มีข้อจำกัดด้านความสามารถ ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมลดลง ทำให้มีความรู้สึกถูกแยกจากสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และรู้สึกไร้ค่า (Farzan, 1991)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของคนพิการตลอดจนมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ประกอบด้วย การให้คุณค่า (Value) ความหมาย (Meaning) และเป้าหมาย (Purpose) ของชีวิต (Dossey et al, 1995) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ดังนี้

4.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low Self Esteem) หรือรู้สึกไร้ค่า เกิดจากการรับรู้ต่อสมรรถภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไป ทำให้ยอมรับตนเองในระดับต่ำ และความภาคภูมิใจในตนเองลดต่ำลงด้วย ระดับความมีคุณค่าในตนเองนี้ นอกจากจะสัมพันธ์กับการรับรู้และความรู้สึกด้านร่างกายที่เปลี่ยนไปแล้วยังสัมพันธ์กับด้านจิตใจที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ความมั่นคงภายในตนเอง อุดมคติหรือความคาดหวังในตนเองและศีลธรรม จรรยา ญาณในตนเองหรือความมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างความคาดหวังภายในกับสิ่งที่ตนเองได้รับ (อัจฉรา สุคนธทรัพย์ และคณะ, 2545) การรับรู้ว่าตนเองไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ถูกสังคมรังเกียจ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ตนเองว่าเป็นคนพิการ จากความรู้สึกต่อตนเองดังกล่าวทำให้รับรู้ความแตกต่างของตนเองกับผู้อื่นในสังคม ทั้งยังรับรู้ทัศนคติ ค่านิยมที่ผู้อื่นมีต่อตนเองขณะมีปฏิสัมพันธ์กัน เสริมความรู้สึกแปลกแยกระหว่างตนเองกับผู้อื่นจนรับรู้ว่าเป็นคนพิการ และมองย้อนกลับมารับรู้ว่าคุณค่า ไม่มีค่า ฟรีดแมน และไดเมเททโท (Friedman & Dimatteo, 1989) พบว่าปัจจัยที่รบกวนชีวิตของบุคคลที่ใช้ล้อเข็นเนื่องจากความพิการ มี 3 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ทัศนคติด้านลบที่สังคมมีต่อพวกเขาที่มองว่าเขาเปลี่ยนไปและมีสถานะไม่ทัดเทียม 2) การรับรู้ตนเองด้านลบทำให้พวกเขาไม่กล้าออกสู่สายตาสาธารณชนและ 3) สภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเคลื่อนย้ายตนเอง

4.2 การให้ความหมาย (Meaning) บุคคลจะค้นพบว่าชีวิตมีความหมายก็ต่อเมื่อชีวิตมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตลอดจนให้ความหมายบางอย่างในทางที่ดี แต่หากบุคคลปราศจากความหมายที่สำคัญ เมื่อนั้นชีวิตก็จะไม่มีคุณค่า เนื่องจากความเป็นคนเป็นองค์รวม การให้ความหมายจึงเชื่อมโยงโดยตรงกับระบบในร่างกายทั้งหมดและมีอิทธิพลต่อภาวะการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ความหมายจึงเป็นตัวกำหนดวิถีทางของการดำเนินชีวิต (Reed, 1987; Ross, 1997) จากการศึกษาของ (Kim & Kang, 2003) พบว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางกายในประเทศไทยหาที่มีประสบการณ์ของความหมายในการดำรงชีวิตเมื่อสังคมยอมรับเกี่ยวกับปัญหาในการดำรงชีวิตและการยอมให้พวกเขาใช้ชีวิตอย่างปกติ ซึ่งความผิดปกติประกอบด้วย การช่วยเหลือต่าง ๆ (จากเพื่อนหรืออาสาสมัคร) และโอกาสในการประสบความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิต

สรุปได้ว่า ผลกระทบที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ปรากฏมากมายหลายด้าน โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย พบว่า นอกจากจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมามากมาย เนื่องจากมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่าตัว เพราะความจำกัดในการดูแลตนเอง ส่งผลคุกคามต่อสถานะสมดุลของจิตใจและอารมณ์ ซึ่งคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะกลายเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาผู้หนึ่งผู้ใดมาช่วยดูแล ซึ่งจากรายงานการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมักเป็นบุคคลในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เรียกว่าเป็น ญาติผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นบริการที่ให้แกบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนัก ภายใต้วงแวดล้อมที่เขาเป็นอยู่ เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานหรือตายอย่างสงบ เป็นบริการที่ครอบคลุมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล เป็นการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยเน้นความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (ประนอม โอทกานนท์, 2536)

วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้ (Stewart, 1979)

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention) เป็นการดูแลรักษาเพื่อป้องกันความพิการตั้งแต่ปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยส่งเสริมความผาสุก ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ (Health Restoration) เพื่อให้ผู้รับบริการกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีเท่าที่เป็นไปได้ และช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้การเจ็บป่วยนั้น ๆ
3. เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ (Health Maintenance) ทั้งในขณะปกติ หรือขณะเจ็บป่วยได้อย่างสูงสุด แม้จะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการให้สามารถรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพระดับวิชาชีพติดตามดูแล

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการจัดอย่างเป็นระบบในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้บริการแก่บุคคลที่เจ็บป่วย หรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้รับบริการกลับสู่ภาวะสุขภาพที่ปกติ สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ (พรทิพย์ เกยุรานนท์, 2539) รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านมี 3 รูปแบบดังนี้

1. การให้การดูแลที่บ้าน โดยนำศาสตร์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวคิดในการบริการสุขภาพ
2. การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บริการที่บ้านครอบคลุมบริการพื้นฐาน 4 อย่าง คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ
3. การใช้กรอบหรือรูปแบบทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล โดยถือว่า Host คือ ครอบครัว Environment คือ บ้าน Agent คือ Stressor ทางร่างกาย จิตใจ และ/หรือ ธรรมชาติทางสังคม

สาเหตุของการให้การดูแล

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Caregiving Demands) หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำกับผู้ป่วยมีสาเหตุ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (Haley, Brown, & Levine, 1987; Davis, 1992)

1. ข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or Functional Impairment) ซึ่งเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะ โดยมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Activities of Daily Living) หรือกิจกรรมในการดำรงชีวิตที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย (Instrumental Activities of Daily Living) ก็ตาม นอกจากนี้แล้ว การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรคเช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านต้องรับผิดชอบกระทำกับผู้ป่วย
2. ปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา (Cognitive Impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น
3. การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้มักเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่

จะเห็นว่าจากพยาธิสภาพของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่มีความบกพร่องทั้งทางร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก จึงต้องได้รับการดูแลทดแทนในบางส่วนหรือเกือบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความพิการ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล

ความหมาย ญาติผู้ดูแลในกรอบกว้างจากภาษาอังกฤษที่ใช้ในการเขียนบทความหรือรายงานการวิจัยต่างประเทศอยู่หลายคำเช่น Family Caregiver, Informal Caregiver หรือ Carer ซึ่งมีความหมายไว้ ดังนี้

ญาติผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกาย หรือมีจิตใจอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Fact Sheet: National Family Caregivers Association [NFCA], 2000)

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา (Dependent Agent) โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแลอาจได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ เนื่องจากโรคที่มีความพิการหรือความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

เดวิส (Davis, 1992) ให้ความหมาย ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ว่าหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

จอร์จ (George, 1996) กล่าวว่า ญาติผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคล เพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง ณ ที่บ้าน

สรุป ญาติผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือผู้พึ่งพาที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง

นอกจากนี้การให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในกรอบกว้างมีการจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภท (Horowitz, 1985) ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Major/ Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบปฏิบัติการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Give Direct Care) มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุข

วิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว การป้อนอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Indirect Care) อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น ให้การดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นธุระในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

การจำแนกผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (อาทร รวีไพบูลย์, 2550)

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลและไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนก็ได้ตามข้อตกลง

การศึกษากครั้งนี้ ให้ความหมาย ญาติผู้ดูแลว่า หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่นสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่ในครอบครัวของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คอยให้ความช่วยเหลือ จัดเตรียมและให้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในลักษณะที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ

เมื่อสมาชิกของครอบครัวและสังคมต้องเผชิญกับความพิการ และไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ปล่อยให้คนพิการต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มีการจำกัดการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายระบบ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลจึงต้องตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น ดังนั้นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลควรปฏิบัติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงมีความสำคัญ

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ การที่ญาติผู้ดูแลหลักกระทำกิจกรรมช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก และสร้างความสามารถให้กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพื่อคงไว้ซึ่งความมีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การดูแลโดยตรง (Direct Activities) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยส่วนบุคคล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักให้การดูแลโดยตรง เช่น การช่วยเรื่องการอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การเตรียมอาหาร การจัดยาให้ เป็นต้น ส่วนการดูแลอีกประเภทเป็นการดูแลโดยอ้อม (Indirect Activities) คือการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องกระทำโดยใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น การพาไปเที่ยวเป็นครั้งคราว การพาไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Archbold, 1990; Schoenfelder et al., 2000)

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป 2) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ 3) ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งการดูแลช่วยเหลือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั้น ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลหลายประการ ทั้งในด้านการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป การดูแลระดับประครองในด้านจิตใจ อารมณ์ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลเรื่องความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพาไปพบแพทย์เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Horowitz, 1982; Subgranon & Lund, 2000) สามารถแบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้

1. การปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปัญหาของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวคือ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนในตอนเช้าจนกระทั่งเข้านอนในตอนกลางคืนโดยญาติผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและพยายามกระตุ้นให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทำไม่ได้ หรือกระทำไม่ได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมกับกระตุ้นให้กำลังใจและส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง อันจะส่งผลให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว ควรจะให้เขามีเวลาพักเป็นระยะ การปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมี ดังนี้

1.1 คุณดูแลให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหาร อย่างเพียงพอ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และโครงสร้างภายในร่างกาย อากาศ น้ำ และอาหารเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเผาผลาญ และสร้างพลังงานให้กับร่างกาย คนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะผู้ที่ เป็นอัมพาตอาจมีปัญหาเรื่องการหายใจ การมีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน อาจได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ โดยจัดให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดลม หรือให้น้ำลายลงปอด ถอดฟิโนปลอมออกเพื่อป้องกันการหลุดไปอุดทางเดินหายใจ เฝ้าระวังสังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติ คุณดูแลให้มีการบริหารการหายใจกิจกรรมการดูแลประกอบด้วย การช่วยขจัดเสมหะเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ได้รับการเจาะคอ และใส่ท่อทางเดินหายใจขณะกลับไปอยู่บ้าน การดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งจะช่วยให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซโดยญาติผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะ ภาชนะใส่สายยางภายหลังดูดเสมหะแล้ว และภาชนะสำหรับใส่เหล็กดัม (Inner Tube) จะต้องจัดสถานที่และวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะดวกต่อการใช้นอกจากนี้ต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น หายใจเร็ว หอบ เสมหะมีสีเขียว และมีไข้ เป็นต้น (Scherer, 1991)

คุณดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด โดยจัดอุปกรณ์ให้สะดวกแก่การดื่มน้ำ วางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบดื่มได้สะดวก หรือคุณดูแลให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้รับเครื่องดื่มน้ำที่มีประโยชน์ พร้อมทั้งสังเกต บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน (อจจรา หล่อวิจิตร, 2544)

คุณดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ มีสารอาหารครบถ้วน และพลังงานอย่างน้อยวันละ 2,000 กิโลแคลอรีโดยให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมและได้พลังงานประมาณ 20 - 30 กิโลแคลอรี/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ วัน (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2543) เลือกชนิดของอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย โดยคำนึงถึงรสชาติอาหารและความชอบ จัดเตรียมอาหารไว้ให้สามารถรับประทานได้สะดวก รวมถึงดูแลความสะอาดปาก และฟันทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร ในรายที่มีปัญหาการกลืน จะเกิดปัญหาการไอ การขย้อน สำลัก (Lugger, 1994) จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหาร หรือกลืนอาหารได้ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหารทางสายยาง ให้อาหารโดยจัดเตรียมอาหารผสม หรืออาหารเหลวที่มีสารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วน มีความเข้มข้นของพลังงาน 1-1.2 แคลอรีต่อมิลลิลิตร เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม

และให้อาหารอย่างถูกวิธี ตลอดจนติดตามประเมินภาวะโภชนาการ และภาวะสมดุลอิเล็กโทรลัยต์ (Electrolytes) อย่างสม่ำเสมอ (Wojner, 1996) และควรให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอยู่ในท่านั่งหลังจากให้อาหารแต่ละครั้งประมาณครึ่งชั่วโมง

1.2 การดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยช่วยเหลือ อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลปาก ฟัน ผม หน้าศีรษะ เล็บมือเล็บเท้า ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า หรือช่วยเปลี่ยนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่นเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว สำหรับคนที่อาบน้ำเองได้บ้างแต่จำเป็นต้องเช็ดตัว ญาติผู้ดูแลควรช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเช็ดไม่ถึงเท่านั้น ในการแต่งกาย ญาติผู้ดูแลต้องจัดหาเสื้อผ้าที่มีขนาดพอเหมาะ สามารถใส่และถอดเองได้สะดวก นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม และตัดเล็บ

1.3 การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Toilet Use) และการคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอาจเกิดปัญหาการขับถ่าย เช่น กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะและอุจจาระไม่ออก หรือเกิดอาการท้องผูก จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากความพิการ ในรายที่มีปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือมีปัสสาวะเล็ด ควรใช้ผ้าอ้อมรองซับ และฝึกการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ญาติผู้ดูแลต้องดูแลสายต่อปัสสาวะให้เป็นระบบปิดที่ปลอดภัย ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งต่อทางเดินปัสสาวะหรือเลื่อนเข้าออก และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกต บันทึกลักษณะ และปริมาณปัสสาวะรวมทั้งต้องดูแลให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยอยู่เสมอ (ประพิศ จันทร์พุกญา, 2543) ส่วนการดูแลเรื่องการถ่ายอุจจาระ ญาติผู้ดูแล ต้องประเมินอาการท้องผูกของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยดูแลให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั่งกระโถน หรือนั่งเก้าอี้ถ่ายอุจจาระหลังจากรับประทานอาหาร 30 - 60 นาที จะช่วยให้รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายจะสะดวกขึ้น (กนกวรรณ ถัมทองดี, 2544) ดูแลให้ได้รับน้ำ อาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยการขับถ่ายอย่างเพียงพอ รวมทั้งการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อทำงานปกติ จัดสิ่งแวดล้อมให้ขับถ่ายบนเตียง หรือข้างเตียง โดยใช้หมอนอน (bed pan) หรือเก้าอี้ถ่าย (Commode Chair) หรือการมีผู้ช่วยคอยช่วยเหลือให้ขับถ่ายในห้องส้วม และช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

1.4 ดูแลและกระตุ้นการเคลื่อนไหว เคลื่อนที่ และเคลื่อนย้ายร่างกาย (Movement Mobility and Transfer) ด้วยตนเอง คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม ผลกระทบจากการ

เจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลต่อการทำกิจกรรม มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากภาวะอ่อนแรงของแขนขาจากพยาธิสภาพของโรค เช่น แขนขาซีโกติกหนึ่งอ่อนแรง คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ข้อต่อต่าง ๆ ฝึกความคงทนของกล้ามเนื้อเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ญาติผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้น หรือให้ความช่วยเหลือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะ กล้ามเนื้อลีบ หรือข้อติดแข็ง ส่งเสริมให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยิบคมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงโดยการขยับพลิกตะแคงตัว ฝึกนั่งจากท่านอน และเดินโดยช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องคาน ไม้เท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินิพนธ์, 2538) การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดไป หรือจนกระทั่งคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตามสภาพความจำเป็นของแต่ละบุคคล สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ใช้รถเข็นนั่งคนพิการ สามารถช่วยเข็นได้ในกรณีที่คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ไม่มีมือหรือมือไม่มีกำลัง ที่ต้องระวังคือ เวลาขึ้นลงบันได หรือทางลาด ผู้ดูแลต้องอยู่ในส่วนต่ำกว่า เวลาขึ้นก็ใช้คันขึ้น เวลาลงค่อย ๆ ผ่อนลง โดยให้คนพิการหันหน้าไปทางที่สูงกว่าเสมอเพื่อป้องกันการตกจากรถ

1.5 ดูแลเรื่องการนอน และการพักผ่อน (Sleeping) คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอาจมีแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดบริเวณมือ หัวไหล่ ปวดศีรษะ หรืออาจเกิดจากภาวะทางจิตใจเนื่องจากไม่สามารถเผชิญและปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งอาการเหล่านี้จะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงต้องการการดูแลเพื่อให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องดูแลให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้ได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา ช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน และ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน มีการกระตุ้นให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมช่วงกลางวันเพื่อให้สามารถนอนหลับได้นานในเวลากลางคืน และหาสาเหตุของการนอนไม่หลับเพื่อการแก้ไขต่อไป (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลควรเพิ่มกิจกรรมการนวดหลังให้ด้วยเนื่องจากการนวดหลังเป็นการช่วยให้ร่างกายมีการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อหย่อนตัว และคลายความตึงเครียด (อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544) ช่วยให้มีการพักผ่อนได้มากขึ้น

2. การปฏิบัติการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอาจมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากญาติผู้ดูแลไม่สนใจผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจทวีความรุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องหาวิธีป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ มี ดังนี้

2.1 ฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ที่พบบ่อยที่สุด คือภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การป้องกันการติดเชื้อกระทำได้โดยการป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ ดังนั้นการดูแลอาจทำได้โดย การจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและการกลืน อาจจัดให้อยู่ในท่านั่งขณะรับประทานอาหาร ควรดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ โดยจัดให้นอนตะแคงหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะ น้ำลายลงปอด ถอดฟันปลอมเพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปอุดทางเดินหายใจ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ ดูแลให้มีการบริหารการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ดี ช่วยขจัดเสมหะและป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ในรายที่ไม่สามารถทำเองได้ต้องช่วยในการจัดทำเพื่อระบายเสมหะ เคาะปอด และดูดน้ำลายหรือเสมหะออกอย่างระมัดระวัง รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขจัดออกง่าย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

2.2 ดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ญาติผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งเสมอ ฝึกให้ถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา ในรายที่ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ

2.3 การดูแลป้องกันแผลกดทับ และโรคผิวหนัง เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดจากการมีแรงกดทับ แรงเสียดสี หรือแรงดึงผิวเฉพาะที่ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อจนเกิดเป็นแผล โดยมีสาเหตุส่งเสริมหลายประการ ได้แก่ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การรับรู้ประสาทสัมผัสต่อผิวหนังลดลง มีความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง มีการระคายเคืองจากปัสสาวะ หรืออุจจาระ ภาวะทุพโภชนาการ (Braden & Bergstrom, 1987) ซึ่งมีวิธีป้องกันแผลกดทับโดย การประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ กระตุ้นให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัว อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ใช้วัสดุที่นุ่มรองรับน้ำหนักบริเวณปุ่มกระดูกที่รับน้ำหนักมากโดยเฉพาะก้นกบ สะโพก และส้นเท้า ดูแลไม่ให้ผิวหนังแห้ง ไม่อับชื้น ที่นอนต้องเรียบตึง เพื่อลดแรงเสียดสี ในรายที่เกิดแผลกดทับแล้วญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแล และส่งเสริมการหายของแผล และต้องดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (Hegner & Needhan, 2002) และญาติ

ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณที่มีพยาธิสภาพจะเกิดการอักเสบและหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและเท้า

2.4 การดูแลป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง ซึ่งมักเกิดกับร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ญาติผู้ดูแลควรกระตุ้นให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวบริหารข้อต่าง ๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อศอก ข้อมือ แขนและขาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการป้องกันอาการปวดไหล่ให้ใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะยืนหรือเดิน หากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีอาการปวดไหล่มากควรประคบ นวดหรือทายาแก้ปวด

2.5 การป้องกันภาวะกระดูกเปราะบาง ส่วนใหญ่เกิดกับคนที่มีการจำกัดในการเคลื่อนไหว ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักง่าย ญาติผู้ดูแลสามารถช่วยโดยกระตุ้นให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวขึ้นและเดิน โดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน รวมถึงจัดอาหารที่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์และครบถ้วน

2.6 การดูแลป้องกันการเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อแขนและขา โดยเฉพาะข้างที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งสามารถดูแลป้องกันได้โดยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ หรือจับสิ่งของ การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อแขนขาทั้งสองข้าง โดยเฉพาะข้างที่มีพยาธิสภาพต้องทำบ่อย ๆ

2.7 การดูแลป้องกันปลายมือ หรือปลายเท้าบวม จะพบได้บ่อยในกรณีที่มีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ญาติผู้ดูแลควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองบริเวณปลายมือและปลายเท้าของผู้ป่วยให้สูงขึ้น นอกจากนี้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่ควรให้นั่งหรือนอนในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนของโลหิตกลับสู่หัวใจ

2.8 การดูแลป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ คนพิการต้องการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองเรื่องการเคลื่อนไหว ในขณะที่คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว พยายามที่จะเคลื่อนไหวตนเองโดยการนั่งขึ้น หรือเดิน ทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่พบบ่อยคือ การหกล้ม เนื่องจาก มีความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว การรับรู้สัมผัส การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก หรือเป็นผลจากยาบางชนิด ทำให้การทรงตัวผิดปกติทั้งในท่านั่งและยืน ไม่สามารถลงน้ำหนักเท้า กระเพาะผิดปกติ หรือมีอาการวิงเวียนเนื่องจาก ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือกระดูกหัก นอกจากนี้ อาจได้รับอุบัติเหตุจากความร้อน หรือความเย็น เนื่องจากประสาทรับรู้สัมผัสผิดปกติ ญาติผู้ดูแลต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย

คอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย หรือเปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เหมาะสม และมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ ติดตั้งราวสำหรับยึดเกาะ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

3. การปฏิบัติการดูแลด้านการรักษา เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีภาวะเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้ สนใจ และ ต้องให้การดูแลเอาใจใส่ รับรู้ถึงผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่อาจกระทบต่อพัฒนาการของคนพิการ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคเป็นมากขึ้น ดังนั้น ญาติผู้ดูแลต้องรู้จักวิธีการฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนญาติผู้ดูแลต้องรับรู้ สนใจที่จะปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีภาวะแทรกซ้อนหรือป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลต้องให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพื่อตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาดังนี้

3.1 เรียนรู้ และพัฒนาทักษะ ในการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ตลอดจนแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในชุมชน

3.2 ดูแลให้ได้รับการบำบัดรักษาจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักการบำบัด บำบัด หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

3.3 ดูแลให้ได้รับยา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ญาติผู้ดูแลต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทานยา การเก็บรักษายา การออกฤทธิ์ของยา การสังเกต และการจัดการเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา

4. การปฏิบัติการดูแลสนับสนุนและให้กำลังใจคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากความพิการที่เหลือยู่ คนพิการมักมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ ญาติผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้คนพิการยอมรับความเป็นจริง การดูแลด้านจิตใจ สรุปได้ดังนี้

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียด และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค และความพิการที่เหลือยู่ ตลอดจนปรับพฤติกรรมของคนพิการให้เหมาะสมในการติดต่อเข้าสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

4.2 ยอมรับพฤติกรรมที่คนพิการแสดงออก และส่งเสริมให้คนพิการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรให้กำลังใจปลอบโยน รวมทั้งกระตุ้นให้คนพิการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และกล่าวคำชมเชยเมื่อคนพิการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสำเร็จ

4.3 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้รับรู้เกี่ยวกับความเป็นจริงอย่างถูกต้อง เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ หรือรูปภาพไว้ข้างเตียงคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ควรค้นหาสาเหตุเพื่อลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อารมณ์ของคนพิการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดภาวะเครียด นอกจากนี้ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้มีระเบียบ และเก็บสิ่งของที่อันตราย เช่น ของมีคม การดูแลไม่ให้พื้นเปียกชื้น รวมทั้งการจัดทำราวที่มีความมั่นคงให้เกาะเพื่อป้องกันการหกล้ม

4.4 ดูแลกระตุ้นประสาทสัมผัสการได้ยิน เป็นการช่วยให้ฟังหายได้เร็ว การกระตุ้นการมองเห็น โดยจัดวางเครื่องใช้ต่าง ๆ หรือเข้าหาผู้ป่วยด้านที่ตามองเห็น ให้ได้รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองโดยจัดทำให้เห็นแขนขาข้างที่อ่อนแรง นอกจากนี้ควรกระตุ้นประสาทการรับรส และกลิ่นโดยให้ฝึกรับประทานอาหารทางปาก

4.5 หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้คนพิการเพื่อให้จิตใจสงบ และคอยสังเกตลักษณะสีหน้า และอาการของคนพิการและกำจัดสาเหตุที่ทำให้มีความเครียด นอกจากนี้ควรประทับประคองจิตใจให้คนพิการรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีความสำคัญ เนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้นจะรบกวนต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Black & Matassarin- Jacobs, 1993)

4.6 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับผู้อื่น (Communication and Participation) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอาจมีปัญหากับการสื่อสาร เช่น ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก เป็นต้น จึงต้องการการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยปรับวิธีการ และส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกตามความเหมาะสม (วินิตา ชูช่วย, 2547)

การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการคนพิการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง เพื่อให้คนพิการสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถพึ่งพาตนเองได้ หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตสังคม โดยการป้องกันอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อน คงสภาพความพิการไม่ให้เลวลง และฟื้นฟูสภาพให้เข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ คือ คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของคนพิการ (Wojner, 1996) ซึ่งกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำคือ การส่งเสริมให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามขีดความสามารถและ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) ดูแลปาก ฟัน ผมหงอก สีรษะ เล็บมือ และเล็บเท้า (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ทั้งในรายที่เฉียบพลันหรือผู้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาว

ความปลอดภัยและการระวังอันตรายเป็นศาสตร์และศิลป์ที่นักวิชาชีพในหลายสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาและทุกคนควรตระหนักในการให้ความรู้และถ่ายทอดให้แก่ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (Home Program) ทุกรายเพราะคนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนรัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและการพึ่งพาตนเองได้ คนพิการควรได้รับการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และความเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550) แต่ยังมีคนพิการที่ขาดโอกาสและไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวแบบองค์รวม ซึ่งเป็นผู้กระทำการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการช่วยเหลือปรับระดับกระดูกสันหลัง และจิตใจ และการจัดการให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้รับสวัสดิการทางสังคม แต่การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ย่อมจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลได้

ผลกระทบจากการปฏิบัติการณ์ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั้นทำให้เกิดผลทั้งทางบวกและทางลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังต่อไปนี้

ผลกระทบทางบวก ที่ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแล มีดังนี้

1. การได้ทดแทนบุญคุณ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลเนื่องจากความต้องการที่จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้ความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์ (Karmer, 1997) นอกจากนี้บริบทสังคมไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเหตุผลเพื่อทดแทนพระคุณที่เคยได้รับและมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป

2. การได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ ภรรยา หรือเป็นลูกหลาน เป็นการตอบแทนคุณความดี ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลดีขึ้น (ศิริพันธุ์ สารัตย์, 2546)

ผลกระทบทางลบ จากความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลระยะยาว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเพิ่มภาระในการดูแลมากขึ้น หากญาติผู้ดูแลในครอบครัวมีข้อจำกัดด้านร่างกายไม่สามารถให้การช่วยเหลือคนพิการ ได้อย่างเพียงพอ หรือญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุหรือเป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข - เซอร์เรอร์, 2549) การดูแลคนที่มีภาวะพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่จะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและสติปัญญาจากญาติผู้ดูแล

จึงส่งกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมกับญาติผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สารัตถ์, 2546; Adelman & Daly, 2001) ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกายของญาติผู้ดูแล (Physiological Problem) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว ทำให้เกิดการอ่อนเพลียไม่มีแรงและบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง หรือสูงอายุ เมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่มีร่างกายใหญ่โต อาจทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกายดังนี้

1.1 ปวดหลัง (Back Pain) ญาติผู้ดูแลปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยร่างกาย น้ำหนักลด (Mc Lean et al., 1991) อันเนื่องมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลัง

1.2 การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย (Brown, 1991) ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอลงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย นอกจากนี้ยังทำให้ญาติผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลได้เช่นกัน

1.3 มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ในรายที่มีโรคประจำตัว ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแล (Psychological Problem) ประกอบด้วยกลุ่มอาการ ดังนี้

2.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรัก ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆที่มีชีวิตอยู่ เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งญาติผู้ดูแลอาจโกรธ หรือทะเลาะกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

2.3 ความโกรธ (Anger) ญาติผู้ดูแลอาจโกรธคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่ไม่สามารถรักษาคคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หรือดูแลให้ดีขึ้นได้

2.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) จากภาพลักษณ์ หรือพฤติกรรมของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความอับอาย

2.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง และเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม

สรุปได้ว่าปัญหาที่ญาติผู้ดูแลประสบบ่อย ๆ มีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลได้ เนื่องจากภาระงานที่ต้องทำให้กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นภาระงานที่หนักและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีภาวะแทรกซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะมากขึ้นเช่น การดูแลแผล การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ ประกอบกับการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแล จนบางรายรู้สึกว่าการดูแลแยกจากสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเอง

ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ การขาดความเชื่อถือในแหล่งข้อมูลที่ได้รับ บางครอบครัวรู้สึกว่าแพทย์ไม่ได้บอกตนเองทุกอย่าง หรือการไม่กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว รวมทั้งทัศนคติของผู้ที่ให้ข้อมูลต่อครอบครัว บางคนไม่เข้าใจคำศัพท์ที่ใช้ซึ่งเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเกินกว่าที่จะเข้าใจและที่สำคัญสำหรับครอบครัวไทยคือลักษณะพื้นฐานอุปนิสัยของคนไทยซึ่งมีความเกรงใจ ไม่กล้าซักถามแพทย์ในสิ่งที่ตนเองอยากรู้เกรงว่าเป็นการรบกวนเวลาของแพทย์ ทำให้ขาดข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ในบางครอบครัวญาติผู้ดูแลเกิดความอาย รู้สึกผิด จนไม่กล้าพาคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวไปรับบริการตรวจสุขภาพตามสมควร ทำให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หหมดโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูสภาพและศักยภาพตามความเหมาะสม

3. ผลกระทบทางสังคมของญาติผู้ดูแล พบว่า โอกาสที่จะออกไปสังคมกับโลกภายนอกและติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง สูญเสียบทบาททางสังคม เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้การดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Brown, 1991; Robinson, Smith, & Mahoney, 1995) ผลกระทบต่อสังคมที่เกิดขึ้น เป็นภาระของสังคมเนื่องจากความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทำให้ขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว จำเป็นต้องมีคนคอยดูแล ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองคนอย่างน้อย 1 คนเพื่อดูแล จึงเป็นภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิมเช่น ญาติผู้ดูแลคนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกี่ยวข้องกับคนพิการคือ เป็นบุตรธิดาหรือคู่ครอง ภรรยาต้องทำหน้าที่ในการดูแลสามีพิการ ภาระในการดูแลคนพิการตลอดจนหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี ดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว (อาทร รวีไพบูลย์, 2550) ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น จึงอาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการทำบทบาทเฉพาะ ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือในการดูแล ทำให้ขาดศักยภาพ ขาดความมั่นใจก่อให้เกิดความสับสน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง

เมื่อไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งจะรู้สึกว่าคุณถูกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541)

4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของญาติผู้ดูแล เนื่องจากความพิการเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่หายขาด คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และสมาชิกในครอบครัวที่รับหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล อาจเสียรายได้จากการหยุดงานหรือลาออกจากงาน ขาดโอกาสในการพัฒนาชีวิตตนเอง แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นที่ต้องจ่ายตลอดชีวิต ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และค่าเดินทาง ต้องสิ้นเปลืองเงินจำนวนมากจึงอาจก่อให้เกิดภาระหนี้สิน (พัชริน วิจิตรอลงกรณ์ และคณะ, 2550) ครอบครัวที่มีฐานะปานกลางพอช่วยเหลือตนเองได้ก็อาจไม่ค่อยมีผลกระทบมาก แต่ถ้าหากเป็นครอบครัวที่ยากจนซึ่งทุกคนต้องหาเลี้ยงชีพแต่ละวัน เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อยู่ในบ้านซึ่งต้องมีคนคอยดูแล ไม่สามารถหารายได้ให้กับครอบครัว ทำให้ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงชีพของครอบครัว นอกจากกระทบโดยตรงต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและครอบครัวแล้ว ยังกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศโดยรวมอีกด้วย ซึ่งจากการวิจัยของ อาทร รวีไพบูลย์ (2550) พบว่าการดูแลคนพิการโดยครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการและไม่มีการจ่ายเงินโดยตรงแต่ก็ก่อให้เกิดต้นทุนเสียโอกาสทางเศรษฐศาสตร์จากเวลาทำงานของญาติผู้ดูแล ซึ่งในปี พ.ศ. 2548 พบว่าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวตามที่จดทะเบียนในประเทศไทย สูญเสียต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากเวลาทำงานของญาติผู้ดูแลถึงสองหมื่นสี่พันล้านบาท

5. ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ใกล้ชิดบุคคลอย่างยิ่ง เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเจริญเติบโตและพัฒนาตลอดช่วงของการดำเนินชีวิต สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ความพิการเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือบุคคลในครอบครัวทุกคนต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (Lubkin, 1987) คนพิการมีค่ารักษาที่ไม่สามารถทำงานหารายได้ และเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลจะต้องช่วยเสียค่ารักษาพยาบาลแทน โครงการวิจัยเรื่องต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของคนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ผู้ดูแลใช้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคือ 94.55 ชั่วโมงต่อเดือน (อาทร รวีไพบูลย์, 2550) ซึ่งส่งผลกระทบกับครอบครัว สรุปได้ดังนี้

5.1 มีภาระในการรับผิดชอบต่อคนพิการเนื่องจากคนพิการช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล ต้องเสียกำลังสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือ

คนพิการ ครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางด้านชีวภาพโดย จัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอเช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า เป็นต้น รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ตลอดจนหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์โดยการให้ความรักและความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้คนพิการมีบุคลิกภาพมั่นคง เนื่องจากได้รับความรัก ความอบอุ่นและได้รับการ สนองตอบความต้องการทางอารมณ์และจิตใจอย่างเหมาะสม (รุจา ภูไพบูลย์, 2514) นอกจากนี้ ครอบครัวยังทำหน้าที่เป็นเสมือนกันชนระหว่างสมาชิกแต่ละคนกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง สมาชิกคนนั้นมักนำเหตุการณ์ เข้าไปสู่ครอบครัวเพื่อขอความช่วยเหลือและจัดการตามความเหมาะสม จึงเปรียบเสมือนกันชนช่วยลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหาแก่สมาชิกคนนั้น (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

5.2 กระบวนการตอบสนองต่อความสำคัญของครอบครัว เนื่องจากความพิการมีผลทำให้ ความสัมพันธ์ส่วนตัวลดลง สมาชิกครอบครัวขาดความเชื่อมั่นในตัวคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหว บางครั้งจากการที่ต้องมาเอาใจใส่ดูแลนาน ๆ ทำให้เกิดความรำคาญ แสดงอารมณ์ไม่ เหมาะสม นอกจากนั้นยังมีผลต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในช่วงแรกจะ ทำด้วยความรักและตั้งใจ แต่เนื่องจากมีภาระกิจส่วนตัวที่ต้องรับผิดชอบด้วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วย ด้วยความรักและเอาใจใส่ก็จะลดลง จนในที่สุดกลายเป็นทำไปตามหน้าที่และเกิดความเบื่อหน่าย ต่อภาระที่ตนต้องทำตลอดไป ซึ่งจะเป็นปัญหาและแสดงอารมณ์กับคนพิการได้ ในอดีตรูปแบบ ครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันจากรุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย จนถึงรุ่นหลาน แต่ปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นกว่าสมัยก่อน อำนาจในการปกครอง ของครอบครัวไทยขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ส่วนใหญ่สามีและภรรยา มี ส่วนร่วมตัดสินใจภายในครอบครัว และต้องช่วยกันแบ่งเบาภาระรับผิดชอบภายในบ้าน นอกจากนี้ ครอบครัวมีปัญหาการหย่าร้างมากขึ้น ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้รับภาระเลี้ยงดูบุตรในขณะที่ต้อง ทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ภาระการดูแลบุตรจึงตกอยู่ที่ตากับยายที่เป็นผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ญาติ ผู้ดูแลและครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการดูแลเช่นกัน ซึ่งการดูแลของแต่ละครอบครัวมี ทั้งความเหมือนและความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวนั้น ๆ ถ้าญาติผู้ดูแลมี ความสามารถในการปฏิบัติการให้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านได้ดีจะ ก่อให้เกิดประโยชน์จากการดูแล

ประโยชน์จากการดูแลคนพิการที่บ้านได้ดีจะส่งผลดีทั้งคนพิการ ญาติผู้ดูแล และ เศรษฐกิจ สังคมของประเทศชาติ ดังนี้

1. ช่วยให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หายปวดหรือหายจากความพิการหรือลดความพิการให้น้อยลง ทำให้สามารถกลับไปประกอบอาชีพอันเป็นประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม

2. เป็นผลดีต่อจิตใจทั้งคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และ ญาติผู้ดูแล

3. แก้ปัญหาการขาดแคลนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

4. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนั้นต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก ซึ่งถ้าคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้กลับบ้านและสามารถช่วยตัวเอง หรือไปอยู่กับครอบครัว จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายลงได้มาก

5. ลดภาระของครอบครัวและญาติพี่น้องที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ผ่านการฝึกจนพอช่วยตัวเองได้ ก็จะไม่เป็นภาระของญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ต้องวิตกกังวล หรือต้องดูแลโดยตลอด มีความคล่องตัวในการทำมาหาเลี้ยงชีพ

6. ช่วยให้เศรษฐกิจครอบครัวดีขึ้น เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้รับการฝึกอย่างดี อาจประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับตนเองได้

7. แก้ปัญหาสังคม ผู้ทุพพลภาพหรือ คนพิการ ซึ่งครั้งหนึ่งต้องเป็นบุคคลเปรียบเสมือนไร้สมรรถภาพ ไร้ประโยชน์ และต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และการฟื้นฟูสภาพที่ดีและถูกต้องแล้วก็จะกลับเป็นประโยชน์ของชาติ กล่าวคือสามารถประกอบอาชีพหรือประกอบกิจวัตรประจำวัน ช่วยตนเองครอบครัวและสังคมได้ ในขณะเดียวกันเมื่อบุคคลเหล่านี้สามารถประกอบอาชีพ มีรายได้ ก็สามารถเสียภาษีให้แก่รัฐได้ นอกจากนั้น บุคคลในครอบครัวก็ปราศจากความวิตกกังวลและไม่ต้องแบกภาระหนักอีกต่อไป ทำให้ครอบครัวมีความสุขด้วย

อย่างไรก็ตามแม้ว่าญาติผู้ดูแลจะรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้จากการดูแล แต่จากการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า ปัญหาและผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล คือ มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ มีความผิดเคืองเรื่องการเงินและมีหนี้สิน มีความขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว และ ความขัดแย้งระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สุขภาพญาติผู้ดูแลทรุดโทรมลง ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและการที่ไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล

เนื่องจากบุคคลที่มีภาวะพึ่งพาเป็นเวลานาน ๆ ภาวะต่าง ๆ จะถูกทำลายหรือสูญเสีย หน้าที่ไปและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเพิ่มภาระในการดูแลและมีความเครียดมากขึ้น (กัทธิยา รัตนวิมล, 2545; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; อุษา จารุสวัสดิ์, 2548) ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ทำให้มีความไม่สบายกายเกิดขึ้น ซึ่งถ้าญาติผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านร่างกาย มีสุขภาพไม่ดี ที่ทำให้ไม่สามารถให้การช่วยเหลือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุ การดูแลคนที่มีภาวะพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ต้องอาศัยทั้งกำลังกายและสติปัญญา จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลได้ จึงสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ประคับประคองด้านอารมณ์ และจิตใจ ช่วยติดต่อให้ได้รับการดูแลบำบัดจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ หรือสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ การช่วยเหลือด้านการเงิน ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน และช่วยเป็นภาระในการติดต่อกับชุมชน ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จะปฏิบัติกรดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ดี มีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและบุคคลผู้ให้การดูแล

ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล

การให้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน อาจทำให้ผู้ดูแลประสบกับปัญหาจากการดูแลซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ญาติผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็นและมีความต้องการความรู้เรื่องแนวทางในการดูแลรักษา การดูแลอย่างต่อเนื่องที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการในการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลรักษา รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Rosenthal, 1993)

2. ปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จะต้องใช้เวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น (Marchi-Jone, Murphy, & Rousseau, 1996) และทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาระมากขึ้น จากการศึกษา พบว่าระดับความเจ็บป่วยหรือระดับของความพิการ มีความสัมพันธ์กับ ADL ของผู้ป่วยและความเครียดของญาติผู้ดูแล กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยหรือความพิการมาก ยิ่งต้องให้การดูแลช่วยเหลือมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น และ

การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้นเท่าไร จะทำให้ญาติผู้ดูแล รู้สึกมีภาระและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Kotila, Numminen, Waltimo, & Van Den Bos, 1998)

3. ปัญหาด้านการเงิน คนพิการต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ๆ ในแต่ละวัน และเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติผู้ดูแลขาดรายได้จากการทำงานเนื่องจากต้องออกจากงานมาเพื่อให้การดูแล ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน (ศิริพันธุ์ สารัตถ์, 2546)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม

แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เกิดจากการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง ต้องใช้ความสามารถในการดูแลของบุคคลอื่นมาเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลในส่วนที่พร่องนั้น โอเร็ม (Orem, 2001) อธิบายว่าบุคคลที่ต้องพึ่งพามุขอื่น จะต้องได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งการปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้อื่นนั้น ผู้ให้การดูแล (Dependent Care Agent) จะต้องใช้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agency) เพื่อส่งเสริมพัฒนาการส่งเสริมปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ และส่งเสริมให้แต่ละบุคคลสามารถผ่านพ้นระยะของการพึ่งพาไปได้

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

โอเร็ม (Orem, 1991, p. 254) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแล เป็นพลังของแต่ละบุคคล ในการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด โดยเริ่มจากการประเมินระบบการดูแลตนเองของบุคคลและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และออกแบบการพยาบาลที่ถูกต้องเพื่อบรรลุเป้าหมายคือ การมีสุขภาพที่ดีและมีความสุข

จากทฤษฎีการดูแลผู้พึ่งพา (The Theory of Dependent - care) ซึ่งเป็นทฤษฎีย่อยในทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem's Theory of Self - care) โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent - care Agency) เป็นความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้พึ่งพา (Dependents' Therapeutic Self - care Demand) เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง กับความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ความสามารถของญาติผู้ดูแล คือ ศักยภาพของญาติผู้ดูแล หรือผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจใน ตัวผู้รับการดูแลหรือเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการ ดูแลผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งการดูแลบุคคลที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพานั้น ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และเป็น การกระทำอันซับซ้อนของบุคคลที่มีวุฒิภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลนั้นมีความ สามารถในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดแก่ผู้ที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ หรือมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ การพัฒนาความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแล บุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 1995) นั้น ต้องพัฒนาความสามารถตั้งแต่ ขั้นของการประเมิน ปรับเปลี่ยน จนถึงขั้นลงมือกระทำกิจกรรมการดูแล ซึ่ง เทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) ได้เสนอไว้ในทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาว่าพยาบาลสามารถ ส่งเสริมการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในภาวะการพึ่งพา
2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
3. ประเมินความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
4. ลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของ บุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
5. พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
6. พัฒนาความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

เมื่อพิจารณาความหมายของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สำหรับญาติ ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวแล้ว สรุปได้ว่า ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลใน การที่จะเข้าใจและตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหว โดยการดูแลตนเองโดยทั่วไปจะช่วยให้กระบวนการดำเนินชีวิตดำเนินไปได้ การดูแล ตนเองตามพัฒนาการจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหวตลอดจนการดูแลเมื่อมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนอันเนื่องมาจากความพิการทางกายและ การเคลื่อนไหว

ดังนั้น ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจะได้รับ การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพหรือเหมาะสมเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการ ปฏิบัติการดูแลของผู้ให้การดูแล (Dependent Care Agency)

องค์ประกอบภายในของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จึงมีโครงสร้าง เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

มี 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและดูแลผู้พึ่งพา (Orem, 1995) ดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) ของผู้ดูแล เป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) โดยทั่ว ๆ ไปแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (Doing) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ดังต่อไปนี้

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

1.2 การทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรู้

1.3 การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตนเองในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

1.5 นิสัยประจำตัว

1.6 ความตั้งใจ

1.7 ความเข้าใจตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

1.8 ความห่วงใยตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

1.9 การยอมรับตนเองและบุคคลที่พึ่งพา

1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักการแบ่งเวลาการทำกิจกรรมต่าง ๆ

1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเองและบุคคลผู้พึ่งพาที่ต้องรับผิดชอบ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Ten Power Component of Dependent Care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมโยงการรับรู้และการกระทำอย่างจงใจของผู้ดูแลเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป เป็นความสามารถที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนี้

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการเคลื่อนไหวที่จำเป็น เพื่อการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.5 แรงจูงใจในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เช่น มีเป้าหมายในการดูแลที่สอดคล้องกับคุณสมบัติ และความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และสามารถปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ

2.7 ความสามารถในการหาแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่พึ่งพาจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 ทักษะในการใช้กระบวนการของความคิด สติปัญญา การรับรู้ การกระทำ ติดต่อกับและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.9 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2.10 ความสามารถที่จะดูแลบุคคลที่พึ่งพาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดำเนินชีวิต และกระทำการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for Dependent Care Operations) มีดังนี้

3.1 การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม (Estimative Operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองของบุคคลที่ต้องให้การดูแล และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ และพัฒนาความสามารถที่จำเป็น สำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลต้องทราบความหมาย และวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.2 ปรับเปลี่ยน (Transitional Operation) เป็นกระบวนการวางแผน และตัดสินใจเลือกกว่าควรปฏิบัติกิจกรรมใด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา รวมทั้งการตัดสินใจกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป หรือเลิกกระทำ

ความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไปคือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการและพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย (Gast et al., 1989) ดังนั้นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการจึงเป็นความสามารถที่เกื้อหนุน สำหรับการดูแลคนพิการทางกายด้านการเคลื่อนไหว องค์ประกอบ

ของความสามารถดังกล่าวจึงถือได้ว่าเป็นความสามารถของบุคคลซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วย ซึ่งศักยภาพในการดูแลดังกล่าวสามารถวัดได้จากองค์ประกอบ 4 ด้าน (Geden & Taylor, 1991) คือ 1) การเข้าใจถึงคุณค่าของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3) ความตั้งใจและความตระหนักในความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และ 4) ต้องมีทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors [BCF]) ทั้งของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และความสามารถของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาหรือ ผู้ป่วย (Dependent Care Agency [DCA]) ซึ่งเป็นไปตามปัจจัยพื้นฐานของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้อธิบายถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ทั้งของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนี้

1. อายุ (Age) เป็นตัวบ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา รวมถึงความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ การสะท้อนความคิด และการตัดสินใจ โดยจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการ

2. เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีรภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งอาจส่งผลถึงความต้องการการดูแลทั้งหมดได้

3. ระยะพัฒนาการ (Development State) หมายถึง ระดับพัฒนาการทางร่างกายในระยะต่าง ๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอด พัฒนาเข้าสู่วัยทารก เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และระดับพัฒนาการทางด้านจิตสังคม บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ

4. ภาวะสุขภาพ (Health State) หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

5. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่า การศึกษา และอาชีพ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้คนพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติ ของบุคคลในการคิดอย่างมีเหตุผลและแสวงหาข้อมูลมาประกอบการพิจารณา ตัดสินใจ และกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

6. ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System Factors) หมายถึง ระบบการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล จนครบกระบวนการรักษาในระบบบริการ สุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากรในการให้บริการ ของสถานบริการหรือโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร และความรู้ของบุคลากรในการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการให้ข้อมูลในการป้องกันโรค การคงความสมดุลของการส่งเสริมพัฒนาการและการ ทำหน้าที่ของร่างกาย

7. ระบบครอบครัว (Family System Factors) ปัจจัยทางครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแล ตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และความสามารถของครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะ พึ่งพาโดยความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดนั้นจะแตกต่างกัน ไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับจำนวน สมาชิกในครอบครัว ลำดับที่ภายในครอบครัว และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เมื่อมีผู้ที่ เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด และผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ จึง จะทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวอาจเป็นแหล่ง ขัดขวางการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและขัดขวางการพัฒนาความสามารถ ของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เนื่องจากความรัก ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความไม่ สนใจ หรือความไม่พร้อมทางด้านจิตใจ

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of Living) เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล รวมถึงกิจกรรมการดูแลตนเองที่กระทำ อยู่เป็นประจำ เช่น กิจกรรมการดูแลสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน โดยอยู่เพียงลำพังหรืออยู่ร่วมกับ บุคคลอื่น งานอดิเรก เป็นต้น

9. สิ่งแวดล้อม (Environmental Factors) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลกระทบทั้ง ทางด้านบวกและด้านลบต่อการมีชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่ ที่อยู่อาศัย สัตว์เลี้ยง ชุมชน สภาพอากาศและน้ำ ภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบตัวบุคคล และแหล่งให้บริการทางสุขภาพ ซึ่ง

บุคคลมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อม และบุคคลจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่เพียงลำพังได้โดยแยกจากสิ่งแวดล้อม

10. แหล่งประโยชน์ (Resource Availability and Adequacy) ความพอเพียงของแหล่งประโยชน์และการใช้แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน โดยแหล่งประโยชน์นั้น ได้แก่ วัตถุ สิ่งของ หรือแหล่งข้อมูล การที่บุคคลมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้ จะช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปอย่างครบถ้วน

ความต้องการดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยหรือคนพิการของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลนั้น จำเป็นต้องทราบถึงความต้องการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย เพื่อที่ญาติผู้ดูแลจะสามารถสนองตอบได้ดี โอเร็ม (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537, หน้า 27-31) กล่าวถึง ความต้องการดูแลทั้งหมดของบุคคล (Therapeutic Self-care Demand) ว่าหมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) ในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถทำนายได้ทั้งหมด เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากขึ้นการคำนวณหรือการประเมินความต้องการการดูแลทั้งหมดเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการวางแผนกิจกรรมในระยะเวลา 24 ชั่วโมง หากผู้ดูแลสามารถใช้เวลาและความพยายามในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมกับกิจกรรมในการดูแลแล้วจะไม่ก่อให้เกิดภาวะการดูแล (Orem, 1995, p. 208) ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ มีดังนี้

1. แสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้
2. รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ดำเนินผลดีที่สุด มีการแสวงหาความรู้ พิจารณาประสิทธิผลความถูกต้องเหมาะสมและกำหนดเวลาให้กับตนเอง

4. ติดตามตรวจสอบตนเอง ตรวจสอบแผนการรักษา เช่น เมื่อการเปลี่ยนแปลงยาหรือวิธีการรักษาพยาบาลใหม่

5. ปรับความไม่สบาย ความเจ็บปวด การเหนื่อยล้าจากความเจ็บปวดและการรักษา

6. รักษาสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารที่ดีกับนักวิชาชีพสุขภาพ ครอบครัวและญาติ เพื่อพัฒนาการดูแลตนเอง

7. จัดปัญหาและผลกระทบของความเจ็บปวดต่อพัฒนาการ เช่น การศึกษา อาชีพ โดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผลกำลังและศักยภาพที่มีอยู่

8. คัดแปลงอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ในการยอมรับการมีข้อจำกัด และผลของภาวะสุขภาพ

9. ยอมรับการพึ่งพาบุคคลอื่นเมื่อจำเป็น

10. หาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาภาวะเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล

11. ปรับกิจกรรมประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

12. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ปรับการดูแลตนเองและส่งเสริมพัฒนาการ โดยตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและเป็นไปได้

13. แสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งระบบบริการสุขภาพและอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

จากการทบทวนวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบว่า ความสามารถของ ญาติผู้ดูแล คือ ศักยภาพในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า การพัฒนาศักยภาพในการดูแลของบุคคลแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ 1) ยังไม่พัฒนา 2) กำลังพัฒนา 3) พัฒนาแล้วแต่ไม่ยั่งยืน 4) พัฒนาแล้วและยั่งยืน และ 5) พัฒนาแล้วแต่กำลังถดถอย ซึ่งจะแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้โอเร็ม ยังกล่าวถึงความสามารถของผู้ดูแลว่ามี องค์ประกอบภายในด้วยกัน 3 ระดับคือ ความสามารถของผู้ให้การดูแลระดับที่ 1 เป็นความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย เป็นพื้นฐาน ของความสามารถของผู้ให้การดูแลระดับที่ 2 คือพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลบุคคลที่ต้อง พึ่งพา เป็นความสามารถที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระดับที่ 3 คือความสามารถใน การปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1995) อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถ ขั้นพื้นฐานและมีพลังความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการ ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดียิ่งขึ้น สำหรับการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีความ บกพร่องในการดูแลตนเองนั้น ญาติผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถถึงขั้นปฏิบัติการดี มีประสิทธิภาพ จึงจะช่วยฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นอย่างดีอย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะ เกิดขึ้น (ประกอบพร ทิมทอง, 2550)

จากการศึกษา เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบบเป็นหุ้นส่วนในญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านของ รัชณี สรรเสริฐ และคณะ (2548) พบว่ามีความจำเป็นต้องหาวิธีการ ช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถแก้ปัญหาและจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพโดยผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึคว่าตนเองมีความสามารถ

และมีความมั่นใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยได้ซึ่งจะส่งผลทางด้านบวกต่อการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Marsh, Kersek, Havill, & Sieigh, 1998 อ้างถึงใน รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ, 2548) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนจำหน่าย การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ตลอดจนการพัฒนา รูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบบเป็นหุ้นส่วนในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน(รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ, 2548) จึงมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากผลการศึกษาของ จอม สุวรรณ โณ (2541) จะพบว่าความสามารถของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่ภายหลังจากที่ผู้ดูแลต้องกลับไปดูแลคนพิการที่บ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาในการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนานและความแตกต่างของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของญาติผู้ดูแล อาจทำให้ ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลที่ไม่พอเพียง และขาดประสิทธิภาพดังการศึกษาถึงระดับความสามารถของผู้ดูแลที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ประกอบพร ทิมทอง, 2550; วนิตา ชูช่วย, 2547) และระดับต่ำ (วันทนา วัฒนศิริปรี และคณะ, 2544) ส่งผลให้เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่มีการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และรายได้ ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล โรคอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการที่เป็นส่วนหนึ่งของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ ได้กล่าวว่าการความสามารถหรือศักยภาพในการปฏิบัติการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของญาติผู้ดูแล

ปัจจัยพื้นฐาน ไม่ได้มีอิทธิพลต่อเฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของบุคคลในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อพยาบาลในการที่จะใช้ปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งที่ช่วยให้ค้นพบความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลและสามารถที่จะดูแลและพัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. อายุ ญาติผู้ดูแลที่อายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ร่วมกับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลที่อายุมาก สุขภาพจะเสื่อมตามวัย ย่อมทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ด้นักในเรื่องการใช้แรงงาน ถ้าญาติผู้ดูแลมีอายุมาก มีโรคเรื้อรังประจำตัว จะทำให้เกิดความเหนื่อยยาก

ลำบากในการดูแลได้มากกว่าวัยอื่น ส่วนญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีความพร้อมทางสังคม สามารถพัฒนาเป็นญาติผู้ดูแลที่ดีได้มากกว่าวัยอื่น ญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีความเครียดในบทบาทมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (นันทพร ศรีนัม, 2545) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยกลางคนที่ให้การดูแลบิดา มารดาที่เจ็บป่วยซึ่งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านวุฒิภาวะ มีประสบการณ์ และการตัดสินใจที่ดี ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงอายุ โอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่าบุคคลจะมีความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่

2. เพศ มีความแตกต่างระหว่างเพศในการดูแลผู้ป่วย เพศที่ต่างกันอาจมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ความคาดหวังทางสังคมมักมองว่า เพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะสมจะรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลเนื่องจาก เพศหญิงมีลักษณะของพยาบาลประจำบ้าน คอยดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย ในขณะที่เพศชายมักถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2534; อาทร รวีไพบูลย์, 2550) หากต้องรับบทบาทของญาติผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ที่ได้รับการดูแลมักโดยเป็นบุตร เพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือวัยกลางคน เนื่องจากการปลูกฝังค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรมที่หล่อหลอมให้เพศหญิงต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลมากกว่าเพศชาย (อาทร รวีไพบูลย์, 2550; Regsdal et al., 1993; Walker et al., 1995)

3. ระดับการศึกษา ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาคิดจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาที่ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และต้องมีทักษะที่เฉพาะเจาะจง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้ถึงการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแล จะทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแล เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือและร่วมแก้ปัญหากับผู้ดูแล (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) ได้ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

จารึก ธารีรัตน์ (2545) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รายละเอียดการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของฮิวซี และคณะ Hucy, et al.,(1986) พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถดีกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามปกติ และในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนนี้มีความสามารถสูงกว่าก่อนการได้รับการวางแผนจำหน่าย

นันทพร ศรีนัม (2545) ได้ศึกษาประสบการณ์ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 10 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว เก็บข้อมูลโดยวิธีการเชิงคุณภาพพบว่าวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธีคือ 1) การทำใจ 2) การผสมผสานการรักษา 3) การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง 4) การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ในเรื่องของความรู้ ทักษะในการดูแล 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ในเรื่องภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ความเต็มใจในการรับรู้/ สติปัญญา และการถดถอยทางด้านอารมณ์ 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ในเรื่องการทดแทนบุญคุณ ความช่วยเหลือเอื้ออาทร และการชดใช้กรรม 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 5) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และยังมีในเรื่องของความต้องการของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน ได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือจากพี่ ๆ น้องๆ ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์ของความพิการ การรักษา และต้องการให้ช่วยเหลือด้านอาชีพผู้ป่วย

หินวิสุทธ์ ศรีละมัย (2548) ได้ศึกษาผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน เรียงตามลำดับดังนี้ 1) ด้านการป้องกันท้องผูก 2) ด้านการป้องกันข้อติด 3) ด้านการป้องกันแผลกดทับ 4) ด้านการป้องกันอารมณ์ซึมเศร้า 5) ด้านการป้องกันปอดอักเสบ

สุวรรณา จังหวะกลาง (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลสามารถลดความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำความสัมพันธ์ของการดูแลระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว ประกอบไปด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้ และการ

ปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ การดูแลที่ดี (Duffy & Hoskins, 2003) จากโปรแกรมนี้ทำให้ทราบว่าผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การไปเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สมลักษณ์ สุวรรณมาลี และคณะ (2549) ได้ศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ 6 หมวด ตามลำดับความต้องการคือ ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หรือความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

4. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล คือ ภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน พยาบาลต้องทำการรวบรวมทั้งข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาและแผนการรักษาที่ได้รับ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงระดับของความเจ็บป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภาวะทางด้านอารมณ์จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุศกร กลิ่นอวล (2549) ที่ศึกษาผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาศูนย์การพยาบาลประสาท กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติกรดูแลและมีความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

5. สถานภาพสมรส มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ไม่ใช่คู่สมรสของตัวเอง ต้องรับภาระหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ถ้าญาติผู้ดูแลเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยเองจะมีความรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทรต่อกันและปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรส

6. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ถ้าญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนเกิดความพิการ ด้วยความรักและความผูกพัน ญาติผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแล แต่ถ้ามีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน ญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่าเนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวนั้น ประการหนึ่งขึ้นอยู่กับ การสื่อสารในครอบครัว ครอบครัวที่มีการสื่อสารภายในครอบครัวดีจะช่วยทำให้การผูกพันและการปรับตัวของครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล ได้แก่ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน มีการใช้คำพูดเพื่อสนับสนุน ประคับประคอง เห็นอกเห็นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ กำไล สมรักษ์ (2545) ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการทุกอย่างคนเดียวเหมือนการเลี้ยงดูลูกอ่อน มีคุณลักษณะเป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ต้องการการเสริมสร้างอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลสามารถจัดการให้เกิดสมดุลได้ด้วยตนเอง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องช่วยเหลือชี้แนะแก่ครอบครัว ส่วน ประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล

เพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวและพาผู้ป่วยมารับการตรวจและติดตามผลการรักษาจำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางสูงมีค่า 60.51 คะแนน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า พยาบาลควรนำการประเมินภาระการดูแลและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมาเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ทิติยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวร่อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับสูงและมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูง ผู้วิจัยแนะนำให้มีการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เช่นการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อค้นหาความรู้สึกและความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วย หลังจากนั้นช่วยประสานความต้องการและความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้สอดคล้องกัน อันจะนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

เนตรนภา กิจขันธ์ (2544) ได้ศึกษาการจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หัวหน้าครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกได้ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีการจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ค่านิยมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการ

เจ็บป่วย สัดส่วนวัยพึ่งพิงต่อวัยแรงงาน และตัวแปรทั้งหมดร่วมกันทำนายการจัดการในครอบครัว
ชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกได้ร้อยละ 29.2

วิไล สุรสาคร (2549) ได้ศึกษาการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดจาก
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่
คลินิกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพ
ในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีปานกลางและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียดจาก
การดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมทำนายความผันแปร
ของระดับความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลได้ร้อยละ 62.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วรรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2549) ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และ
พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่
ในระดับปานกลางค่อนข้างดี มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง
ความรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองระดับพอใช้ และ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และ
การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ใหญ่ผู้ป่วย
เรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกได้ร้อยละ 44.7

7. ระยะเวลาในการดูแล การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระการดูแลด้วยระยะเวลานาน ส่งผล
ให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและเศร้า (Hughes & Caliendo, 1996: 347-358) ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย
ในระยะเวลาอันนานจะมีประสบการณ์ในการดูแลมาก แต่ในขณะเดียวกันระยะเวลาในการดูแลก็
อาจจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษา ต่อไปนี้

นิภา นิยมไทย (2545) ได้ศึกษาระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็ง
ของครอบครัวและความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัย
เชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของระยะเวลา ในการดูแลเหตุการณ์ชีวิต
ครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกของสมาชิก ครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบ เจาะจงจำนวน 120 ราย เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแล
หลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับ
ตัวแปรใดๆ

8. แหล่งสนับสนุนทางสังคม มี 2 ประเภท คือ แหล่งสนับสนุนปฐมภูมิได้แก่ ครอบครัว
ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้านที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และแหล่งสนับสนุน
ทุติยภูมิ เป็นผู้ให้บริการสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ

(สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ วัฒนศิริ, 2540) ญาติผู้ดูแลต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่นการศึกษา ดังต่อไปนี้

จินตนา สมนึก (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 50 ราย พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลกับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ทำการทดลองเรื่องผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาวิธีการนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลเป็นกลุ่มที่พาผู้ป่วยมารักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาททางผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย มีแผนการสนับสนุนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งแบ่งเป็นภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัย พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์มีภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เนตรนภา กิจขยัน (2544) ได้ศึกษาการจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ก็สามารถทำนายการจัดการในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกได้

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ได้ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่าความต้องการของญาติโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านคือ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงิน และวัสดุสิ่งของและด้านข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2549) ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 44.7

อาภรณ์ สุวรรณเกษร (2547) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อลดความเครียดในผู้ดูแล

ผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผลของรูปแบบการให้
 สุขศึกษาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและแนวคิด
 เกี่ยวกับวิธีการทางสุศึกษา กิจกรรมสุศึกษาตามรูปแบบนี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ข้อมูล
 ข่าวสาร และมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีระดับความเครียด
 ลดลง สามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลเปรียบเหมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือญาติ
 ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และสภาพอารมณ์
 ในทางลบที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแล ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีในการดูแลคนพิการ
 ทางกายและการเคลื่อนไหวได้

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์
 กับความสามารถในการปฏิบัติการของญาติผู้ดูแล ซึ่ง ญาติผู้ดูแลเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญและจำเป็นมาก
 สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่กลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติตาม
 แผนการรักษาดูแล และฟื้นฟูสภาพกายได้บริบทสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพราะคนพิการทางกายและการ
 เคลื่อนไหวดังกล่าวมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเอง
 ไม่ได้ ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแล ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่อาจยาวนานและซ้ำซ้อน ภาระดังกล่าว
 จะส่งผลกระทบต่อ ญาติผู้ดูแลหลายด้านจนทำให้ความสามารถในการดูแลอาจจะลดลง ซึ่งเกิดจาก
 ปัจจัยหลายประการที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยพื้นฐานบางประการและ
 คุณสมบัติขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแล

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม
 (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวขึ้นอยู่กับ
 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึงความรู้ไว้ในปัจจัยพื้นฐานทาง สังคมวัฒนธรรม
 (Sociocultural Orientation) โดยกล่าวว่า การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานอกจากจะใช้
 ในการคิดตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย
 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับจากประสบการณ์การ
 ค้นคว้า การสังเกต และสะสมไว้ สามารถจำได้โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญา นำมา
 เชื่อมโยงจัดระบบทางความคิดของตนใหม่ได้ (Bloom, 1971 อ้างถึงใน ปานจิตร เอี่ยมสำอาด, 2546)

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริง หลักการและข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาของมนุษย์ที่สะสมไว้ โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือการค้นคว้า และบางส่วนได้มาจากผลของการประมวลข้อมูลของสมอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ความรู้ หมายถึง ข้อมูลที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับการคิดโดยเกิดจากการที่บุคคลรู้เรื่องราวต่างๆ จากการศึกษาหรือประสบการณ์ แล้วผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงและเก็บบันทึกไว้ที่สมองเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา (กันยา สุวรรณแสง, 2538) โดยขั้นตอนดังกล่าวก่อให้เกิดความสามารถทางสมอง 6 ขั้นด้วยกันคือ 1) ความจำ เป็นการระลึกถึงเรื่องราวต่างๆที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว 2) ความเข้าใจเป็นความสามารถในการนำสิ่งที่เคยประสบมาแล้วดัดแปลงได้ 3) การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำหลักเกณฑ์ หลักการและวิธีการที่ได้เรียนรู้มาแล้วไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ใหม่ได้ 4) การวิเคราะห์ เป็นความสามารถที่จะจำแนกเรื่องต่างๆ ให้กระจายออกไปเป็นหน่วยย่อยๆ เพื่อให้ได้ความคิดหรือความสัมพันธ์ 5) การสังเคราะห์ เป็นการผสมผสานส่วนย่อยๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกันหรือนำมาจัดเรียงขึ้นใหม่ในโครงสร้างหรือรูปแบบที่ไม่เหมือนเดิม และ 6) การประเมิน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของเนื้อหา วิธีการตามกฎเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธ์, 2535) โดยความสามารถทางสมองตั้งแต่การนำไปใช้ถึงการประเมินถือเป็นความสามารถทางสมองขั้นสูงที่มนุษย์มีความจำเป็นต้องมีไว้ เพื่อจะได้เข้าใจสิ่งต่างๆ ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและช่วยทำให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ (พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม, 2537)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หมายถึง สิ่งที่เราได้ จำได้ เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อมูล วิธีการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้และกระบวนการต่างๆ ของสมองของญาติผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในด้านต่าง ๆ ให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (Souder, 2004; Logsdon et al., 2005) ผู้วิจัยศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาทำให้เกิดการเรียนรู้ประกอบกับนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับ กนิษฐา ถนัดกิจ (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ นันทพร ศรีน้อม (2545) และ จันทพร ชีรทองดี (2548) ที่พบว่า ความรู้

และทักษะที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแล ดังนั้นความรู้ของผู้ดูแลความีอิทธิพล ต่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล คนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวให้มีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจดีขึ้น นอกจากความรู้แล้วผู้ดูแลเองจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีจึงจะมีความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จารึก ธานีรัตน์ (2544) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการสอนตามกิจวัตร กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถสูงกว่า ก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย แสดงว่าการวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

นิภาภัทร ภักธพงษ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นอกจากนี้ยัง พบว่า การวางแผนจำหน่าย การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้และทักษะในการดูแล (วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชนิสร เสรีชัย, และยุวดี รอดจากภัย, 2547; Rosenthal et al., 1993) รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีผลในการเพิ่มความสามารถของญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น แต่คนพิการมีการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ความแตกต่างของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล อาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลคนพิการ ไม่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น ผลกดทับ อาจมีเหตุผลมาจากญาติผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับคนพิการ นอกจากความรู้แล้วผู้ดูแลเองจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีจึงจะมีความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงความสามารถของผู้ดูแลตามแนวความคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ที่ผ่านมาในอดีต กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันและ อนาคตที่จะเป็นหรือเกิดขึ้นในอนาคต

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพ (Health State) ว่าเป็น โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการพิจารณาเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยศึกษาถึงภาวะสุขภาพของ ญาติผู้ดูแล

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1947 องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ว่าเป็น สภาวะของการสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิได้ หมายถึงแต่เพียงความปราศจากโรคหรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น (WHO, 1998) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ ไว้ว่า สุขภาพเป็นคุณลักษณะ (Attribute) ของปัจเจกบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับมิติด้านร่างกายและจิตใจ โดยภาพรวมแนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ 1) สุขภาพเป็นองค์รวม (Holistic Concept) สุขภาพมีความซับซ้อน (Complex) เป็นพหุมิติ (A Multi - dimensional Concept) การวัดสุขภาพของ ประชากรมีตัวชี้วัดมากมายซึ่งครอบคลุมทั้งอันตราย การวัดทางกายภาพ โรค และความบกพร่อง (WHO, 2002; Mathers et al., 2003) โดยมีมิติหลักที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพน่าจะมียู่ 3 มิติ ได้แก่ มิติแกน (Core Domains) มิติเสริม (Additional Domains) และมิติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Health Related Domains) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ศึกษาและทำการคัดกรองมิติและองค์ประกอบย่อยที่จะนำมาใช้วัดสุขภาพ ของบุคคลไว้ 8 มิติย่อย (Chatterji, 2002) คือ การมองเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ความเจ็บปวดหรือ ความไม่สุขสบาย การเคลื่อนไหว สติปัญญา การนอนหลับ การดูแลตนเอง และกิจกรรมระหว่าง บุคคล

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้ ดังเช่น คลินเพล (Kleinpell, 1997 อ้างถึงใน สุชาดา ทวีสินธุ์ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2546) ให้คำนิยามของภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นภาพรวมของสภาวะสุขภาพ (Health) ความผาสุก (Well-being) และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การรับรู้สุขภาพ อาทิ ความปวด (Pain) ความไม่สบาย (Discomfort) และการเจ็บป่วย (Illness) ส่วนคายเชอร์ (Dwyer, 1993 อ้างถึงใน สุชาดา ทวีสินธุ์ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2546) นิยามสภาวะ สุขภาพว่าเป็นการรวมทั้งมิติทางกายและมิติทางจิตใจ มิติทางกายประกอบด้วยภาวะทางกาย

(Physiologic Status) ระดับความแข็งแรง (Fitness) และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activity of Daily Living) สำหรับมิติทางจิตใจได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา (Cognitive Ability) และอารมณ์ ความรู้สึก (Affect) กล่าวโดยสรุป ภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องประกอบด้วยสุขภาพดีและความเจ็บป่วย ตลอดชีวิตของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพตลอดเวลา การจะมีภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนานั้นบุคคลจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้อง และเป็นระบบในเรื่องสุขภาพเป็นพื้นฐาน เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

กล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน จึงจะทำให้สามารถดูแลคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของญาติผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีโรคประจำตัว วิตกกังวล หรือต้องดูแลคนพิการด้วยความจำเป็นเพราะเป็นหน้าที่ทำให้ ญาติผู้ดูแลไม่มีความสุขในการดูแลส่งผลให้เกิดความเครียด เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลต้องทำกิจวัตรประจำวันแทนคนพิการ ทำกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาดังกล่าว จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) ดังนั้นในการดูแลคนพิการที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองนั้น ถ้าญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลลดลง (วนิดา ชูช่วย, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร ทิมทอง (2550) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของ ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่าผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย จะมีความอดทนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่รู้สึกเครียด ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีปัญหาทางภาวะสุขภาพจะรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธบ่อย ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผูกติดอยู่กับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก ท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีผลต่อการดูแล ทำให้

ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ และความตั้งใจในการดูแล ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก (Brien, 1993)

ดี และคณะ (De et al., 2005) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่อายุนมากจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลอาจจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงทำให้ ผู้ดูแลได้รับความทุกข์ทรมานจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะส่งผลให้คุณภาพการดูแล ลดลงและการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรซัง (2545) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของความเครียดในบทบาท ผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านการดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นระหว่างที่เข้ารับบทบาทการเป็น ผู้ดูแล ภาวะที่พบได้แก่ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดแขนปวดข้อมือ ปวดเข่า ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่อ อาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับซึ่งภาวะเหล่านี้จะส่งผลต่อความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วย

ถึงอย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงอาจไม่มีทางเลือกบุคคลที่มีสุขภาพดีมาเป็นญาติ ผู้ดูแล เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสภาพในครอบครัวของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแล และจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพของ ญาติผู้ดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

3. ระยะเวลาในการดูแล คือระยะเวลาในการทำกิจกรรม เป็นข้อบ่งชี้ถึงประสบการณ์ ทักษะและความเชื่อมั่น ในการทำกิจกรรมนั้น การดูแลผู้พึ่งพาเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติ ซึ่งการมี ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทที่ได้รับมากขึ้น เนื่องจากระยะเวลา ยืนนาน จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้กล่าวถึงระยะเวลาในการดูแลไว้ในปัจจัยด้านอายุ กล่าวคือ บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะพัฒนาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนา ไปตาม สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ผู้พึ่งพาของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแล ทั้งนี้โอเร็ม เน้นว่าในภาวะปกติแล้วบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่จะเข้าถึงความต้องการการ ดูแลจากประสบการณ์ที่สะสมในแต่ละวัน

ระยะเวลา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งระยะเวลาใน การดูแลผู้พึ่งพา เป็นสิ่งที่บ่งชี้ประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลที่มีผลต่อความสามารถในการ ดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย ผู้ดูแลย่อมจะมี ความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติม ต้องการการปรับตัว และต้องการความช่วยเหลือ

อย่างมาก โดยเฉพาะระยะเวลาที่เริ่มดูแล เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น มีการปรับตัวดีขึ้น จะสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ความต้องการความช่วยเหลืออื่น ๆ ลดน้อยลง (ศศิธร ช่วยสุวรรณ, 2548) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลาในการดูแลส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อความสามารถในการดูแล กล่าวคือการดูแลในระยะเวลาอนานนั้นผู้ดูแลสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; ศศิธร ช่วยสุวรรณ, 2548) แต่ในกรณีการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลายาวนานอาจมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและส่งผลต่อการดำเนินบทบาทอื่น ๆ ในครอบครัวได้ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังเป็นเวลานานของคนพิการอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวลและเกิดความเครียด ซึ่งอาจมีผลกระทบทางลบต่อความสามารถได้เช่นกัน

ดังเช่นงานวิจัยของ กาวเลอร์ และคณะ (Gawgler et al., 2005) ที่ศึกษาผลกระทบของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้น้อยลง แต่การศึกษาของ ซาริท (Zarit & Todd, 1986) เกี่ยวกับภาระการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า การดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้นตลอดจนสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม

ธัญญาภรณ์ คาวนพแก้ว (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดชลบุรี พบว่าความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานและมีกิจกรรมการดูแลที่หลากหลาย การที่ต้องดูแลผู้ป่วยแต่เพียงลำพังโดยไม่มีผู้ช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้

พิทยาภรณ์ นวลสีทอง (2547) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยล้าจากการดูแล ดังนั้นคนพิการที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังเป็นเวลานาน จะมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลได้

วินิตา ชูช่วย (2547) ศึกษาถึงศักยภาพในการดูแลและอำนาจการตัดสินใจของปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งอาจจะหมายถึงระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกลดลง

เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแล

ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สรุปได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อการปฏิบัติการในการดูแล กล่าวคือ เมื่อให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน ญาติผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ มีความเชื่อมั่น และมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการดูแลจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการในการดูแล แต่ขณะเดียวกันเมื่อให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน ญาติผู้ดูแลจะเกิดความเบื่อหน่าย ความอ่อนล้า ท้อแท้จากการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ระยะเวลาจึงอาจเกิดความสัมพันธ์ทางลบต่อการปฏิบัติการในการดูแลได้ ผู้วิจัยเห็นว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงต้องการศึกษาเพิ่มเติม และคาดว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ ความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้พึ่งพา ซึ่งราชบัณฑิตยสถาน (2530) ให้ความหมายว่า หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้พึ่งพา ไว้ในปัจจัยด้านระบบครอบครัว (Family System Factors) ว่าเป็นแหล่งประโยชน์และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และความสามารถของครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับที่ภายในครอบครัว และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวอาจเป็นแหล่งขัดขวางการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและขัดขวางการพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เนื่องจากความรัก ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความไม่สนใจ หรือความไม่พร้อมทางด้านจิตใจ เป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีผู้พึ่งพาเกิดขึ้นในครอบครัว ผู้ให้การดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถใน

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้พึ่งพาจึงเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแล และระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงเป็นปัจจัย ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

เกย์ (Gay, 1961) กล่าวว่า สัมพันธภาพ เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลโดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยอย่างต่อเนื่องแล้วรวมกันเข้าเป็นองค์ประกอบของกระบวนการของความรู้สึกร่วมกันและบุคคลที่เกี่ยวข้องจะอยู่ในฐานะบุคคลอันเป็นที่รักของกันและกัน

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแล

ฟรายด์แมน (Friedman, 1986) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือความสัมพันธ์ระหว่างคู่อื่น ๆ ไว้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่เสริมกัน (Complementary Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่บุคคลทั้งสองมีพฤติกรรมเป็นผู้นำ อีกบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ตาม บุคคลทั้งสองจะยอมรับและมีความสุขในความแตกต่างของกันและกันสัมพันธภาพนี้จะเกิดผลบวกเมื่อบุคคลหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกผู้หนึ่งเป็นผู้รับ แต่มีข้อเสียคืออาจทำให้เพิ่มความเคร่งครัด มีระเบียบ และความเข้มงวดมาก ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องแสดงบทบาทให้เหมาะสม

2. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่สมดุลกัน (Symmetrical Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากสมดุลระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสาร พฤติกรรม และร่วมกันในการตัดสินใจ ความสัมพันธ์แบบนี้ทำให้เกิดการยอมรับนับถือ เกิดอิสระในการตัดสินใจ แต่อาจเกิดการแข่งขัน และเกิดความขัดแย้งขึ้นได้ ดังนั้นบุคคลทั้งสองต้องพยายามเพิ่มความใกล้ชิดและความรักใคร่ให้แก่กันและกัน

3. ความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่ขนานกัน (Parallel Relationships) เป็นสัมพันธภาพที่ผสมผสานทั้ง 2 แบบด้วยกัน เป็นความสัมพันธ์ที่มีความยืดหยุ่น ปรับให้เข้ากับการสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล

วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) กล่าวว่า การที่ญาติผู้ดูแลจะปฏิบัติการดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างกัน ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดี จะส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลที่ดี และมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลในเชิงบวก และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความเข้าใจ

ความเห็นใจ ความสงสารที่ญาติผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวยังจะเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย

จากแนวคิดข้างต้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจึงเป็นความใกล้ชิดสนิทสนม การให้และการรับ รวมถึงการรับฟัง ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และความไว้วางใจต่อกันของญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งจะดำเนินและปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่ระยะที่มีการวินิจฉัย จนกระทั่งการติดตามดูแล เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นคนพิการ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการดูแลอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลาเนื่องจากการดำเนินของโรคบางครั้งไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างการดูแลคนพิการอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมประจำวันของครอบครัวจะถูกปรับเปลี่ยนไปจากเดิมผู้ดูแลต้องปรับปรุงให้สมดุลระหว่างเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับเวลาสำหรับการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งที่เหนื่อยยากลำบาก ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยหน่ายต่อการดูแลความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพที่เสริมกัน (Sisk, 2000; Melnyk et al., 2001) อีกทั้งการดูแลคนพิการนั้น ต้องขึ้นกับปัจจัยหลายๆอย่างภายในครอบครัว เช่น ความเสียสละของผู้ดูแล การจัดสรรเวลา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

อย่างไรก็ตามคนพิการยังคงต้องการมีพัฒนาการตามวัยเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป แต่ภาวะเจ็บป่วยจากความพิการนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจที่เห็นว่าคนพิการไม่สามารถมีพัฒนาการได้ตามวัยหรือแสดงพันธกิจตามวัยเหมือนคนอื่นได้ ซึ่งจะรบกวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว แต่บางครั้งพบว่าผู้ดูแลจะแสดงความหงุดหงิดหรือเสียใจ นำมาซึ่งความสามารถในการดูแลที่ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ จิตรไพรวงศ์ (2540) ที่ศึกษาถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของครอบครัว แสดงว่าหากญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลง กนิษฐา ถนัคกิจ (2545) พบว่าสัมพันธภาพแบบสนิทสนมของผู้ดูแลกับผู้ถูกวิจัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล นอกจากนี้ การศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ดังนั้นสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในการดูแล การมีกำลังใจและความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วอลเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1992) ซึ่งศึกษา

ถึงผลลัพธ์จากการดูแลของบุตรสาวที่ดูแลมารดาผู้สูงอายุ จำนวน 141 คู่ พบว่าสิ่งสำคัญในการที่บุตรสาวรับบทบาทการดูแล คือ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา และภาวะสุขภาพของมารดาเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลจากบุตร โดยมารดาที่ได้รับการดูแลและได้รับความรักมากจะมีสุขภาพดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลและความรักน้อย

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในการดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาการปฏิบัติการดูแล รวมถึงมีคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นด้วย สำหรับการสนับสนุนทางสังคมคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการในการดูแลของญาติผู้ดูแลเช่นกัน

5. การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรัก และความห่วงใย ความไว้วางใจและการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมไว้ในปัจจัยแหล่งประโยชน์ (Resource Availability and Adequacy) ว่าแหล่งประโยชน์ทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลลงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้งนี้ Orem, 2001 กล่าวว่า แหล่งประโยชน์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความรู้สึกมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์และการใช้แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน โดยแหล่งประโยชน์นั้น ได้แก่ วัตถุ สิ่งของ หรือแหล่งข้อมูล การที่บุคคลมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้ จะช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปอย่างครบถ้วน การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคง อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ประภาศรี พุ่มมีผล, 2548) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่พึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้านสรีระวิทยา จิตสังคมและจิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วยก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Weiss, 1974) การช่วยเหลือต่าง ๆ ทำให้มีความมั่นใจในการที่จะเผชิญปัญหา จัดการกับปัญหา การปรับตัว และการดูแลตนเอง (Miller, 1992) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดนำไปสู่การปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมตนเองและ

แก้ปัญหาได้ตรงจุดรวมทั้งทำให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งต้องการการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ การยอมรับ การเห็นคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มพลังความสามารถในการปฏิบัติการให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาอุปสรรคได้ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ของคนพิการ การเข้าถึงบริการและการประชาสัมพันธ์ (เกรียงศิริ วิเจริญ, 2547) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

นอร์เบค (Norbeck, 1982) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ว่าหมายถึงการให้การช่วยเหลือและการป้องกันแก่บุคคล อาจเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เช่นการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือการช่วยเหลือที่ไม่ใช่วัตถุสิ่งของ เช่นการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีช่วยลดความเครียดเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่ได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขา นอกจากนี้ตัวเขาเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน คอบบ์ได้กล่าวถึงชนิดการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการให้ความรัก และการดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านการให้ความยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support)
3. การสนับสนุนด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ คอน และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1987) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (Coping Reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรัก และความห่วงใย ความไว้วางใจ และความให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความเห็นใจ ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ แสดงความรัก ความผูกพัน และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ที่ตนเองสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำให้ทราบว่าการกระทำของตนเองนั้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมนั้นกำหนดหรือไม่ เช่น การได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง และการยอมรับพฤติกรรมผู้อื่นเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น การคัดเตือน การให้คำปรึกษา การแนะนำ การให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นต้น

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการบริการ (Instrumental Support) หมายถึง พฤติกรรม การช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาของบุคคล

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ประกอบด้วยการให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ให้การยอมรับ เป็นการกระทำที่ครอบคลุมส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เวลา การทำให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลได้ง่ายและสะดวกสบายมากขึ้น (Haley et al., 1987) เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจะควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติได้ง่ายขึ้น และทำให้ภาวะวิกฤตินั้นลด ความรุนแรงลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ในทางกลับกันหากได้รับการสนับสนุนในระดับน้อยจะส่งผลต่อการเผชิญในภาวะวิกฤติของผู้ดูแลที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บไตเรื้อรัง ในระยะพักฟื้น การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดต่าง ๆ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญณรงค์ คาวนพแก้ว (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นผู้ดูแลยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการเผชิญกับความเครียด

จากการที่กล่าวมาข้างต้น การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการช่วยเหลือ และการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากบุคคลรอบข้างน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างให้ญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติการในการดูแลที่ดีเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ความพิการไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามเมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมส่งผลให้คนพิการเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นคนพิการจึงกลายเป็นผู้พึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัวในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ให้คงอยู่ตามศักยภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยพื้นฐานต่างๆที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงมีความสำคัญและคาดว่าจะปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนุของการปฏิบัติการของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวยังมีการศึกษาน้อย จึงเป็นความจำเป็นที่จะศึกษาปัจจัยบางประการที่น่าจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลโดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ที่รับผิดชอบในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และให้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มาจดทะเบียนคนพิการจำนวน 5,737 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 - 2550 (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสมุทรปราการ, 2551)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ทั้งเพศหญิงหรือเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

2. อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. ให้การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งเดือน ซึ่งคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคุณสมบัติ ดังนี้

3.1 เพศหญิงหรือเพศชาย มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

3.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวแล้ว

3.3 มีความพิการในระดับ 3 ขึ้นไป หรือมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง (Moderate Severe Dependence) ถึงการพึ่งพาระดับมากที่สุด (Severe Dependence) โดยประเมินจากระดับของความพิการของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) เป็นเวลานานกว่า 6 เดือน

4. อ่านออก เขียนได้ เข้าใจภาษาไทย สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เมื่อผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้ว ได้ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเลือกตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ได้คำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1

(Type I Error) และชนิดที่ 2 (Type II Error) จึงใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ (Power Analysis) เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตามแนวทางของ โคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 และค่าอิทธิพลหรือขนาดของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (Effect Size) โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ขนาด คือขนาดเล็ก $R^2 = .02$, ขนาดกลาง $R^2 = .13$, ขนาดใหญ่ $R^2 = .30$ (Polit, 1996, pp. 285-286) เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและเกิดความคลาดเคลื่อนน้อยในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งวิจัยทางการพยาบาลได้กำหนดว่าควรใช้ Effect Size จากค่าเฉลี่ยของ Effect Size ขนาดกลางและขนาดเล็ก (Polit & Sherman, 1990) กำหนดได้ค่าขนาดของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (Effect Size) เท่ากับ .075 หรือ $R^2 = .075$ และนำไปคำนวณพร้อมเปิดตารางตามสูตรของ โคเฮน (Cohen, 1988)

$$\frac{y = R^2}{1 - R^2}$$

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ โพลิต (Polit & Sherman, 1996, pp. 284-286) ดังนี้

$$N = \left[\frac{L}{y} \right] + k + 1$$

เมื่อ N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L คือ ค่าตารางสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามจำนวนตัวแปรของค่าแอลฟาที่ระดับ .05 และ power .80

y คือ ค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size)

k คือ จำนวนของตัวแปรทำนาย

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 164 คน สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น 40 เท่าของจำนวนตัวแปรต้น (Tabachnick & Fidell, 1989, p. 117) ซึ่งการวิจัยนี้มีตัวแปรต้น 5 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ควรมีอย่างน้อย 200 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่กำหนด โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

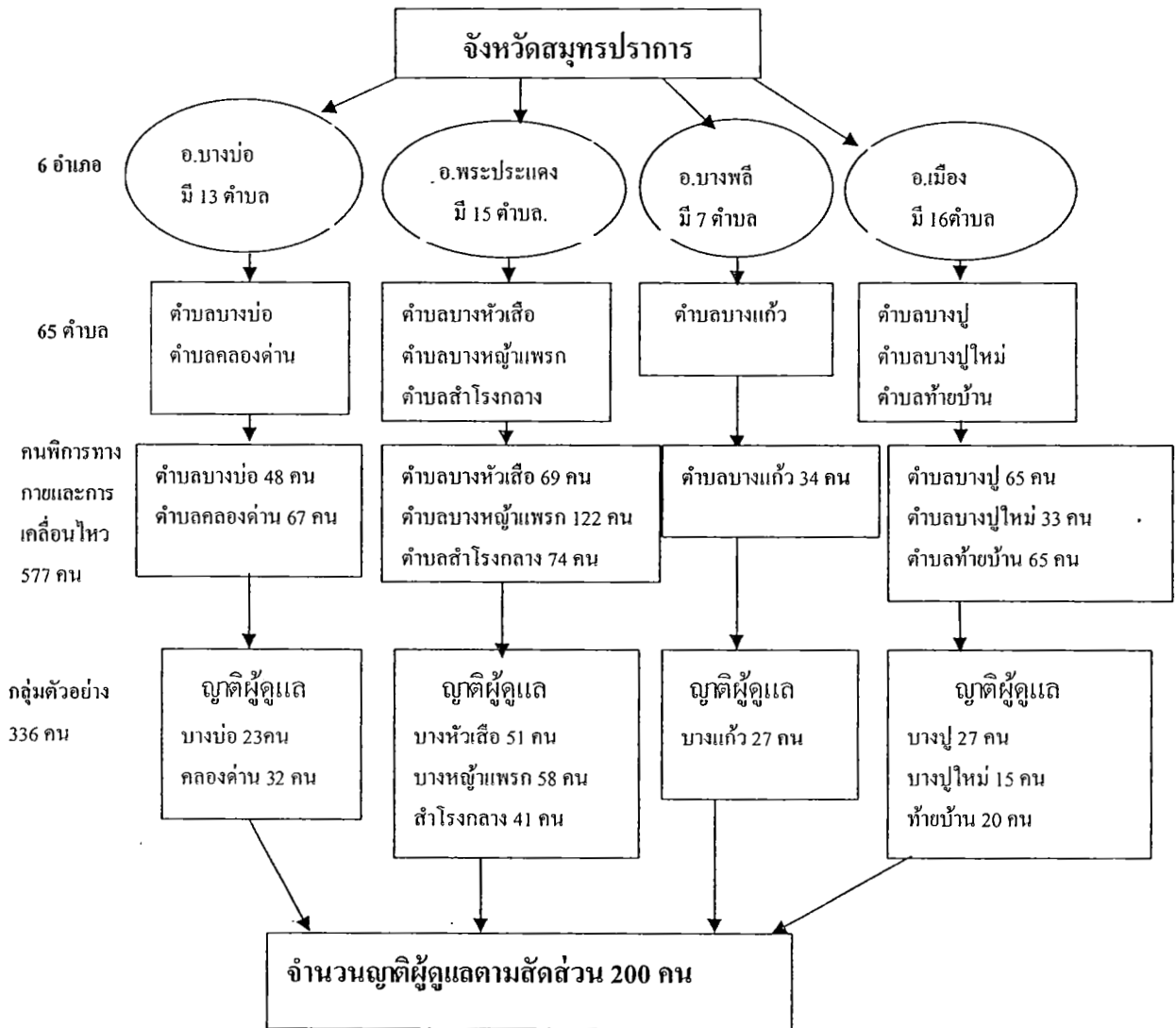
ขั้นที่ 1 เลือกอำเภอ ในจังหวัดสมุทรปราการ จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืน และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอกับที่ต้องการ เนื่องจากในบางอำเภอมีขนาดเล็กและมีจำนวนตำบลน้อย จึงเลือกจับฉลากแบบไม่คืนที่ 4 อำเภอ จาก 6 อำเภอในจังหวัดสมุทรปราการ อำเภอที่จับฉลากได้ คือ อำเภอบางบ่อ อำเภอพระประแดง อำเภอ บางพลี และอำเภอเมือง

ขั้นที่ 2 เลือกสุ่มตำบลจาก 4 อำเภอที่สุ่มได้ โดยหาสัดส่วนจำนวนตำบลในแต่ละอำเภอ และสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากการจับฉลากแบบไม่คืนที่ตามสัดส่วนจำนวน ตำบลทั้งหมดในแต่ละอำเภอได้ 9 ตำบล ได้แก่ อำเภอบางบ่อมี 13 ตำบลเลือก 2 ตำบล อำเภอพระ ประแดงมี 15 ตำบลเลือก 3 ตำบล อำเภอบางพลีมี 7 ตำบลเลือก 1 ตำบล และอำเภอเมืองมี 16 ตำบลเลือก 3 ตำบล

ขั้นที่ 3 รวบรวมรายชื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีระดับของความพิการ ระดับ 3 ขึ้นไป ที่มีในฐานข้อมูลของศูนย์บริการสุขภาพชุมชนใน 9 ตำบลที่ได้จากการสุ่มไว้แล้ว มีจำนวนคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวทั้งหมด 577 คน และเนื่องจากคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหวบางคนมีญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ไม่ใช่ญาติผู้ดูแล หลัก เป็นผู้ดูแลที่รับจ้างมาดูแลเป็นรายเดือน/รายวัน เป็นอาสาสมัครที่มาดูแลให้ความช่วยเหลือ เป็นครั้งคราว หรือไม่มีญาติผู้ดูแล

ขั้นที่ 4 จัดทำทะเบียนรายชื่อญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติ ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวน 336 คน

ขั้นที่ 5 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ตาม สัดส่วนของจำนวนญาติผู้ดูแล ที่มีในทะเบียนรายชื่อของแต่ละตำบล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน รายละเอียดขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจำนวนประชากรดังภาพที่ 3-1 และตารางที่ 3-1



ภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

หมายเหตุ สุ่มอย่างง่ายทุกขั้นตอน

ตารางที่ 3-1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม

อำเภอ	ตำบล	จำนวนคน พิการทางกาย และการ เคลื่อนไหวที่ บ้าน	จำนวนญาติ ผู้ดูแลที่มี คุณสมบัติตรง ตามที่กำหนด	กลุ่ม ตัวอย่าง
เมือง	1. บางปู	65	45	27
	2.บางปูใหม่	33	26	15
	3 ท้ายบ้าน	65	33	20
พระประแดง	1 บางหัวเสือ	69	51	30
	2 บางหญ้าแพรก	122	58	34
	3 ตำบลโรงกลาง	74	41	25
บางพลี	บางแก้ว	34	27	16
บางบ่อ	1 บางบ่อ	48	23	14
	2 คลองด่าน	67	32	19
	รวมทั้งหมด (คน)	577	336	200

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วนได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวหรือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อน ความสัมพันธ์กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำนวนคนพิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลในปัจจุบัน ระยะเวลาในการดูแลคน

พิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลในหนึ่งวัน กิจกรรมการดูแล ปัญหาและข้อจำกัดในการดูแล

2. ข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับความพิการ (ลักษณะความพิการ) และระยะเวลาที่มีความพิการ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล นี้ใช้ประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือของ จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ที่ใช้ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้ใช้ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 126 ราย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ปรับรวมข้อคำถามบางข้อ เนื่องจากมีความหมายคล้ายคลึงกันเช่น รวมข้อคำถาม “ ท่านช่วยหรือกระตุ้นผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขอนี้วมือข้างที่อ่อนแรง บ่อยครั้งเพียงใด” และข้อคำถาม “ ท่านช่วยหรือกระตุ้นผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขอนี้วเท้า ข้างที่อ่อนแรงทุกข้อ บ่อยครั้งเพียงใด” เป็นข้อเดียวกันคือ “ ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหวขอนี้วมือ หรือ ขอนี้วเท้า ข้างที่อ่อนแรง โดยวิธีหมุน พับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง บ่อยครั้งเพียงใด”

2. เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับจิตวิญญาณข้อ 1 เกี่ยวกับการสนับสนุนการเพิ่มจุดยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีคำถามคือ “ ท่านสนับสนุนการเพิ่มจุดยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การสวดมนต์หรือประกอบพิธีทางศาสนาตามความประสงค์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว”

3. ปรับสำนวนในข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับการประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านมากขึ้น

4. ปรับการจัดกลุ่มข้อคำถามเป็นรายด้านให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว แต่คงความสมบูรณ์ของข้อคำถาม และข้อคำตอบเดิมไว้

ดังนั้นแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ดังนี้

- 1. ด้านการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 1
- 2. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันจำนวน 20 ข้อ
ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23
- 3. ด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 12 ข้อ
ได้แก่ข้อ 16, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34
- 4. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 7 ข้อ
ได้แก่ข้อ 17, 35, 36, 37, 38, 39, 40

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งให้คะแนน ดังนี้
3 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกวัน
2 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
1 คือ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
0 คือ ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นญาติผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผล คะแนน มี 3 ระดับคือมีการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลระดับไม่ดี ปานกลาง และดี คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ดังนี้

- 0-40 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลระดับไม่ดี
 - 41-80 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลระดับปานกลาง
 - 81-120 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลระดับดี
- และคะแนนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 3-2

ตารางที่ 3-2 ระดับคะแนนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนน	ระดับคะแนนการปฏิบัติ		
		ที่เป็นไปได้	การดูแล	
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
การประเมินภาวะสุขภาพ	0-3	0-1	1.1-2	2.1-3
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	0-60	0-20	20.1-40	40.1-60
การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0-36	0-12	12.1-24	24.1-36
การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ	0-21	0-7	7.1-14	14.1-21

การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0 - 3 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 14) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 0}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.99 หมายถึง การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับ
ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับ
ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 3.00 หมายถึง การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล เป็นแบบวัดความรู้เรื่องการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

2. สร้างแนวคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ด้านความรู้ทั่วไป ได้แก่ ความหมายของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว สาเหตุ อาการและการแสดง ด้านการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพาไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ ด้านการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การสนทนาและการสื่อสาร ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแล ที่จะช่วยให้เกิดการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ดังนี้

2.1 ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3

2.2 ด้านการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 8, 9

2.3 ด้านการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพาไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 7, 15, 16, 17, 18, 19, 20

2.4 ด้านการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การสนทนาและการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 10, 11, 12, 13, 14

3. ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด มีข้อคำถามที่ถูก 13 ข้อ และข้อคำถามที่ผิด 7 ข้อ เกณฑ์การพิจารณาข้อคำตอบคำถามคือถ้าตอบถูกให้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

4. การแปลผลคะแนนของแบบวัดนี้แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแบบประเมินที่ประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน บลูม (Bloom, 1968, p. 60) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	มีความรู้อยู่ในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 80	มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่า 60	มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

การแบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 3-3

ตารางที่ 3-3 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	ระดับคะแนนความรู้		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความรู้ทั่วไป	0-3	0-1	1.1-2	2.1-3
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	0-5	0-1.66	1.67-3.32	3.33-5
การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0-7	0-2.33	2.34-4.66	4.67-7
การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ	0-5	0-1.66	1.67-3.32	3.33-5

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากประเมินภาวะสุขภาพของ วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) ซึ่งใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลของ Health State Description (WHO) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 385 ราย ตรวจสอบค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 40 ราย เท่ากับ .91 มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ครอบคลุม การมองสุขภาพกายและจิตในภาพรวมและความยากลำบากในการทำกิจกรรม ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลในภาพรวมจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1
2. การเคลื่อนไหว จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3
3. การดูแลตนเอง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5
4. ความเจ็บปวด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7
5. การมีสมาธิ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9
6. ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11
7. การมองเห็น จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13
8. การนอนหลับ/ ความมีชีวิตชีวา จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15
9. อารมณ์และความรู้สึก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 17

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 แยก/ ปัญหามากที่สุด แยก/ ปัญหาปานกลาง ดี/ ปัญหาเล็กน้อย ดีมาก/ ไม่มีปัญหา (วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2548) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือก ดังนี้

- | | |
|-----------------------|--|
| 1 = มีรุนแรงมากที่สุด | หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลมากที่สุด |
| 2 = มีรุนแรงมาก | หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลมาก |
| 3 = มีปานกลาง | หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลปานกลาง |
| 4 = มีเล็กน้อย | หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลเล็กน้อย |
| 5 = ไม่มี | หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลเลย |

การแปลผลคะแนนของแบบประเมินคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17 ถึง 85 คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (วรรณรัตน์ ลาวังและคณะ, 2547) ดังนี้

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17-39 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 40-62 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 63-85 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

การแบ่งระดับคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล รายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ
ดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3-4 ระดับคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลรายด้าน

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนน ที่เป็นไปได้	ระดับคะแนนภาวะสุขภาพ		
		ไม่ดี	พอใช้	ดี
1. ด้านการเคลื่อนไหว	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
2. ด้านการดูแลตนเอง	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
3. ด้านความเจ็บปวด	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
4. ด้านสติปัญญาและการมีสมาธิ	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
5. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
6. ด้านการมองเห็น	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
7. ด้านการนอนหลับ/ ความมีชีวิตชีวา	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10
8. ด้านอารมณ์และความรู้สึก	2-10	2-4.66	4.67-7.33	7.34-10

การแบ่งระดับคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล รายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์
ของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ
ดี
คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ
พอใช้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ
ไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านของ วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ(2548) ที่แปลมาจากแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) ซึ่งใช้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 385 ราย ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 40 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .7 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4
2. ด้านการสั่งสอน จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6
3. ด้านการดูแล จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7
4. ด้านการให้ความไว้วางใจระหว่างกัน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 10, 11
5. ด้านการรับรู้ถึงความรู้สึก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13, 14, 15
6. ด้านการช่วยแก้ปัญหา จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 17, 18
7. ด้านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19, 20

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 ไม่เคยเลยนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา มีเกณฑ์การพิจารณาเลือก ดังนี้

- 1 = ไม่เคยเลย หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเลย
- 2 = น้อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว น้อยครั้ง
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว บ่อยครั้ง
- 4 = บ่อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว บ่อยครั้ง

5 = ตลอดเวลา หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
ตลอดเวลา

เกณฑ์ในการแปลผล คะแนนของแบบสอบถามนี้อยู่ระหว่าง 20 ถึง 100 คะแนน
แบ่งเป็น 3 ระดับ (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) ดังนี้

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-46 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ
ทางกาย และการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนรวมอยู่ในช่วง 47-72 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ
ทางกาย และการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับ
ปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 73-100 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ
ทางกายและการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับดี

การแบ่งระดับคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ
การเคลื่อนไหวรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) ดังตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3-5 ระดับคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
รายด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ ทางกายและการเคลื่อนไหวรายด้าน	คะแนน ที่เป็นไปได้	ระดับคะแนนความสัมพันธ์		
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
1. ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	4-20	4 - 9.3	9.4 -14.66	14.67-20
2. ด้านการสั่งสอน	2-10	2 - 4.66	4.67-7.33	7.34-10
3. ด้านการดูแล	1-5	1 – 2.33	2.34-3.63	3.64-5
4. ด้านการให้ความไว้วางใจระหว่างกัน	4-20	4 - 9.3	9.4 -14.66	14.67-20
5. ด้านการรับรู้ถึงความรู้สึก	4-20	4 - 9.3	9.4 -14.66	14.67-20
6. ด้านการช่วยแก้ปัญหา	3-15	3 - 7	7.1-11	11.1-15
7. ด้านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระ	2-10	2 - 4.66	4.67-7.33	7.34-10

การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977, p. 14) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2548) ที่สร้างมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งใช้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านจำนวน 385 ราย ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน เท่ากับ .91 ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
2. ด้านสิ่งของหรือการบริการ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19
4. ด้านการประเมินเปรียบเทียบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 10, 11, 12, 13, 14

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การพิจารณาเลือก (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) ดังนี้

- 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมไม่ตรงกับการรับรู้ของ
ญาติผู้ดูแลเลย
- 2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมไม่ตรงกับการรับรู้ของ
ญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่
- 3 = ไม่แน่ใจ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมไม่แน่ใจว่าตรงหรือไม่ตรง
กับการรับรู้ของญาติผู้ดูแล
- 4 = เห็นด้วย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมตรงกับการรับรู้ของ
ญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่
- 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมไม่ตรงกับการรับรู้ของ
ญาติผู้ดูแลทุกประการ

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนของแบบสอบถามนี้ได้แบ่งคะแนนรวมซึ่งอยู่ระหว่าง 28 ถึง 140 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (วรรณรัตน์ ลาวัณและคณะ, 2547) ดังนี้

- คะแนนรวมอยู่ในช่วง 28-65 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม
อยู่ในระดับน้อย
- คะแนนรวมอยู่ในช่วง 66-102 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม
อยู่ในระดับกลาง
- คะแนนรวมอยู่ในช่วง 103-140 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม
อยู่ในระดับมาก

สำหรับการการ แปลผลคะแนนรายด้านได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับเช่นกัน ดังตารางที่ 3-6

ตารางที่ 3-6 ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนน ที่เป็นไปได้	ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแล		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ด้านอารมณ์	8-40	8-18.66	18.67-29.32	29.33-40
2. ด้านเงินทอง สิ่งของหรือการบริการ	6-30	6-14	14.1-22	22.1-30
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร	5-25	5-11.6	11.67-18.32	18.33-25
4. ด้านการประเมินเปรียบเทียบ	9-45	9-21	21.1-33	33.1-45

การแปลผลคะแนนรายข้อ ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, p. 14) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบวัดทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์จำนวน 2 ท่าน พยาบาลที่ชำนาญด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่ชำนาญด้านการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้านจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับบริบทไทย หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าระดับ .80 (Polit & Beck, 2004, p. 423) จากสูตรการคำนวณ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่สรุปได้มีดังนี้
แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = .92
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา =.94

แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = .97

แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = .88

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.0

ผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์ และสอดคล้องกับค่านิยมมากขึ้น ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ปรับแก้ ดังนี้

1. ปรับแก้ข้อความในข้อคำถามให้กะทัดรัดและง่ายต่อความเข้าใจของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากขึ้น

2. รวมข้อคำถามบางข้อที่มีความหมายเหมือนกัน เช่น รวมข้อคำถาม “ ท่านช่วยหรือกระตุ้นผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขอนิ้วมือข้างที่อ่อนแรง บ่อยครั้งเพียงใด” และข้อคำถาม “ ท่านช่วยหรือกระตุ้นผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขอนิ้วเท้า ข้างที่อ่อนแรงทุกข้อ บ่อยครั้งเพียงใด” เป็นข้อคำถามว่า “ ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการ ได้เคลื่อนไหว ขอนิ้วมือ หรือ ขอนิ้วเท้า ข้างที่อ่อนแรงโดยวิธีหมุนพับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง บ่อยครั้งเพียงใด”

3. เพิ่มจำนวนข้อคำถามเกี่ยวกับจิตใจและจิตวิญญาณ 1 ข้อ ได้แก่ข้อคำถาม การสนับสนุนการเพิ่มจุดยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การสวดมนต์หรือประกอบพิธีทางศาสนาตามความประสงค์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

4. ปรับสำนวนในข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับการประเมินการปฏิบัติการดูแลของกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านที่ผู้วิจัยสนใจศึกษามากขึ้น เนื่องจากแบบประเมินเดิมใช้ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยเปลี่ยนข้อคำถามจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็น ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยได้สร้างไว้เดิมมี 28 ข้อ ปรับแก้ข้อคำถามและลด เหลือ 20 ข้อตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. ตัดข้อคำถามบางข้อที่ไม่สามารถวัดความรู้ได้จริงออก เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเป็นความคิดเชิงลบ และบางข้อเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเฉพาะเจาะจงในบางราย

2. รวมข้อคำถามบางข้อเป็นข้อเดียวกัน เนื่องจากมีความหมายที่ซ้ำซ้อนกัน

3. ปรับคำถามให้มีความหมายเหมาะสมในการใช้วัดความรู้ของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

1. ปรับสำนวนในข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านที่ผู้วิจัยสนใจศึกษามากขึ้น
2. ปรับข้อคำถามให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น แต่คงความสมบูรณ์ของข้อคำถาม และข้อคำตอบเดิมไว้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

1. ปรับแก้ข้อคำถาม จากคำว่า “คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว” เป็น “คนพิการ” และชี้แจงรายละเอียดไว้ในคำชี้แจง เพื่อง่ายต่อการอ่านและการทำความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. ปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว แต่คงความสมบูรณ์ของเนื้อหา และข้อคำตอบเดิมไว้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการเรียงลำดับของชุดแบบสอบถามและแบบวัดทั้งหมดตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา เนื่องจากข้อคำถามมีจำนวนมาก จึงเริ่มด้วยชุดข้อคำถามที่ตอบง่าย และเป็นประโยชน์ของผู้ตอบ นอกจากนี้ มีข้อคำถามบางชุดที่อาจจะซ้ำนำคำตอบในแบบสอบถามบางชุด ตัวอย่างเช่น แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งไม่ควรให้ตอบก่อนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงได้ปรับเรียงลำดับการตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
3. แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล
4. แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล
6. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล

การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำชุดแบบสอบถามและแบบวัดทั้งหมด ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ทั้ง 5 ส่วน ไปทดลองใช้จริง (Try out) กับ

ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ.คำบล
คอนหัวพ่อ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ของ แบบประเมินการ
ปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบสอบถาม
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และแบบสอบถามการ
สนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ทั้ง 4 ส่วน มาตรวจสอบความเที่ยงโดยการวิเคราะห์หาค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ดังนี้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

$$\alpha = n / n-1 [1 - \sum S_i^2 / S^2]$$

α = คือค่าความสอดคล้องภายใน

n = คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = คือผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S^2 = คือความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง มีดังนี้

แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล	มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88
แบบประเมินภาวะสุขภาพของของญาติผู้ดูแล	มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95
แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล	มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

สำหรับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการไป
ทดลองใช้มาตรวจสอบความเที่ยงโดยการวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน ตามวิธีของ คู
เดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 ซึ่งเป็นค่ายอมรับได้
โดยใช้เกณฑ์ ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้คือมากกว่า .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547, หน้า 231 -
243) และหาคุณภาพเพิ่มเติมของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ค่าความยาก
ง่าย และค่าอำนาจจำแนก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การหาความยากง่าย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการไปทดลองใช้ของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติ
ผู้ดูแล มาวิเคราะห์หาความยากง่ายรายข้อ (Difficulty) โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างจำนวน
ผู้ตอบถูกกับจำนวนคนทั้งในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) ตามสูตรดังนี้

$$P = \frac{H + L}{2}$$

2

P คือ ความยากง่ายของแบบวัดความรู้

H คือ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง

L คือ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ

N คือ จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ค่าความยากง่ายหรือค่า P จะมีค่าระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ซึ่งค่า P แต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

ค่า P ที่มีค่าเข้าใกล้ 0.00 หมายความว่า แบบวัดความรู้ยาก

ค่า P ที่มีค่าระหว่าง 0.40 – 0.60 หมายความว่า แบบวัดความรู้ มีความยากง่าย ปานกลาง ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ที่ดี โดยปกติค่า P ที่ยอมรับได้ จะมีค่าระหว่าง 0.20 – 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

สำหรับผลการวิเคราะห์หาความยากง่ายรายข้อของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลครั้งนี้ได้เท่ากับ .37 – 1.0 โดยพบว่ามีจำนวนข้อที่ง่ายมาก 7 ข้อ และมีจำนวนข้อที่ยากมาก 1 ข้อ ผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามข้อที่มีคำตอบง่ายมากและข้อที่ยากมาก แต่ละข้อ แต่คงเนื้อหาเดิมไว้ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ปรับแก้แล้ว ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง จำนวน 30 ราย และหาความยากง่ายของเครื่องมือครั้งที่ 2 ได้ผลการวิเคราะห์ความยากง่ายรายข้อของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล เท่ากับ .53 ถึง .77 ซึ่งถือว่าเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ที่มีความยากง่ายรายข้อปานกลาง โดยเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ดี 19 ข้อ และเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ง่าย 1 ข้อ

การหาอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการไปทดลองใช้ของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยคำนวณจากผลต่างระหว่างอัตราส่วนของจำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูงกับอัตราส่วนของจำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำตามสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$r = \frac{H-L}{N}$$

r คือ อำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้

H คือ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง

L คือ จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ

N คือ จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

จากการวิเคราะห์แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ปรากฏว่าได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .46 ถึง .73 แสดงว่าเครื่องมือหรือแบบวัดความรู้นี้สามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งค่าปกติอำนาจจำแนก ที่ยอมรับได้ จะมีค่า .20 ถึง 1.00 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และวิธีการของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบทุกราย
3. ให้มีการลงนามยินดียเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลต่อก็สามารถบอกยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเช่นกัน
4. ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยเท่านั้น โดยเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในภาพรวม และเป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านให้มีความเหมาะสมต่อไป หากสถานบริการปฐมภูมิหรือกลุ่มตัวอย่างต้องการทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดส่งไปให้ในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอ ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการเพื่อขออนุญาตประกอบกิจการวิจัยและขออนุญาต ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายชื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีญาติผู้ดูแลหลัก จากหน่วยงานปฐมภูมิในจังหวัด

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการแล้ว ผู้วิจัยติดต่อ ประสานงานกับหัวหน้าสถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ด้านคนพิการทั้ง 9 ตำบล เพื่อขออนุญาตประกอบกิจการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมรายชื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจากเวชระเบียนที่มีญาติผู้ดูแลหลักและมี คุณสมบัติตรงตามกำหนด

3. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในแต่ละหมู่แต่ละแห่ง ขอความร่วมมือในการประสานงานภายในหมู่บ้าน และการนัดหมายเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง 200 คนที่ได้หลังจากการสุ่มแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ให้ แนะนำ แผนที่บ้าน และการเดินทาง จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่ บ้าน โดยแจ้งนัดล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ รวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน การเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบ ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย พร้อมกับแจกแบบสอบถาม และให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองประมาณ 20 นาที

5. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่พบคำตอบใดที่ไม่สมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าว ขอบขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 200 คน และนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การในการดูแลคนพิการ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความสัมพันธ์กับคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว จำนวนคนพิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลในปัจจุบัน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล กิจกรรมการดูแล ปัญหาและข้อจำกัดในการดูแล และข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่ อายุ เพศ ระดับความพิการ ระยะเวลาที่มีความพิการ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการแปลผลระดับของแต่ละตัวแปร

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation) ภายใต้เงื่อนไขว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r < .30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30 - .70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายร่วมกันของ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว และ การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 200 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผลด้วยสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
M	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (T - distribution)
p	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
b	แทน	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนดิบ
$Beta$	แทน	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนมาตรฐาน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ
$R^2 \text{ change}$	แทน	ค่า R^2 ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสมการเปลี่ยน

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล และข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของ ญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัด สมุทรปราการ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n = 200$)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	141	70.5
ชาย	59	29.5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	5	2.5
20 – 40	44	22.0
41 – 60	115	57.5
61 – 80	36	18.0
(อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 80 ปี ค่าเฉลี่ย 48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.45)		
สถานภาพสมรส		
คู่	135	67.5
หม้าย/ หย่า/ แยก	36	18.0
โสด	29	14.5

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	22	11.0
ประถมศึกษา	103	51.5
มัธยมศึกษา	51	25.5
อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา	20	10.0
ปริญญาตรี	4	2.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	94	47.0
รับจ้างชั่วคราว	61	30.5
ค้าขาย	26	13.0
ถูกจ้างบริษัท/ ห้างร้าน/ โรงงาน	10	5.0
เกษตรกร	6	3.0
รับราชการ	3	1.5
รายได้ (บาท/ เดือน)		
ไม่มีรายได้	68	34.0
ต่ำกว่า - 5,000	75	37.5
5,001 - 10,000	40	20.0
10,001 - 15,000	2	1.0
15,001 - 20,000	8	4.0
มากกว่า 20,000	7	3.5
(รายได้ต่ำสุด 500 บาท รายได้สูงสุด 52,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,209 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.44)		
ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ/ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มีประสบการณ์	168	84.0
เคยมีประสบการณ์ในการดูแล	32	16.0

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว		
บุตร	58	29.0
บิดา/ มารดา	51	25.5
สามี/ ภรรยา	48	24.0
หลาน	23	11.5
พี่น้อง	17	8.5
เครือญาติ (ปู่/ ย่า สะใภ้)	3	1.5
จำนวนคนพิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลในปัจจุบัน		
1 คน	178	89.0
2 คน	21	10.5
มากกว่า 2 คน	1	0.5
ระยะเวลาในการดูแล (เดือน)		
1 - 12	34	17.0
13 - 24	53	26.5
25 - 36	36	18.0
37 - 48	34	17.0
มากกว่า 49	43	21.5
(ต่ำสุด 7 เดือน สูงสุด 120 เดือน ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการดูแล 37.31 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.30)		
จำนวนชั่วโมงในการดูแล (ชั่วโมง)		
3 - 6	61	30.5
7 - 12	84	42.0
13 - 18	17	8.5
19 - 24	38	19.0
(ต่ำสุด 3 ชั่วโมง สูงสุด 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการดูแล 12 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.80)		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กิจกรรมการดูแล		
ดูแลกิจวัตรประจำวัน	11	5.5
ดูแลกิจวัตรประจำวัน และดูแลด้านการรักษา	62	31.0
ดูแลกิจวัตรประจำวัน และดูแลด้านจิตใจ	16	8.0
ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลด้านการรักษาและดูแลด้านจิตใจ	81	40.5
ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลด้านการรักษาและให้ทำกิจกรรม	5	2.5
ทางสังคม		
ดูแล กิจวัตรประจำวัน ดูแลด้านการรักษา ดูแลด้านจิตใจและให้ทำกิจกรรมทางสังคม	25	12.5
ปัญหาและข้อจำกัดในการดูแล*		
ไม่มีเวลา	108	24.6
ขาดความรู้ด้านการดูแล	105	23.9
ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ	116	26.4
มีปัญหาสุขภาพ/ โรคประจำตัว	101	23.0
ขาดคนช่วยดูแล	9	2.1

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ($n = 439$)

จากตารางที่ 4-1 พบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.5) อายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 57.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 47.0) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 (ร้อยละ 37.5) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อน (ร้อยละ 84.0) และพบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลเป็นบุตรของคนพิการ (ร้อยละ 29.0) ให้การดูแลคนพิการเพียงคนเดียว (ร้อยละ 89.0) มีระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนาน 1-2 ปี (ร้อยละ 26.5) ใช้เวลาในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว 7 - 12 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 42.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.5) กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำให้หรือให้การช่วยเหลือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในแต่ละวันคือ การดูแลด้านการ

รักษาและดูแลด้านจิตใจ (ร้อยละ 40.5) สำหรับปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลคนพิการทางกายภาพ และการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ ไม่มีเวลา (ร้อยละ 24.5)

ข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับความพิการ(อวัยวะที่มีความพิการ) และระยะเวลาที่มีความพิการ แสดงไว้ในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 200)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20- 39 ปี	55	27.5
40-59 ปี	58	29.0
60 ปีขึ้นไป	87	43.5
เพศ		
หญิง	102	51.0
ชาย	98	49.0
ระดับความพิการ (ลักษณะความพิการ)		
ระดับ 3 พิการเป็นอัมพาตทั้งแขนและขาเพียงข้าง ใดข้างหนึ่ง	97	48.5
ระดับ 4 พิการเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง	66	33.0
ระดับ 5 พิการเป็นอัมพาตทั้งแขนและขาทั้งสองข้าง	37	18.5
ระยะเวลาที่มีความพิการ (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	3	1.5
1-5 ปี	144	72.0
6-10 ปี	43	21.5
มากกว่า 10 ปี	10	5.0
(ระยะเวลาไม่น้อยที่สุด 7 เดือน ระยะเวลามากที่สุด 56 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่มีความพิการ 7.35 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ 3.4 ปี)		

จากตารางที่ 4-2 พบว่า คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ต้องให้การดูแลที่บ้าน ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.5) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.0) มีความพิการระดับ 3 หรือ พิการเป็นอัมพาตทั้งแขนและขาเพียงข้างใดข้างหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) และมีความพิการเป็นระยะ เวลานาน 1-5 ปี (ร้อยละ 72.0)

ส่วนที่ 2 ข้อมูล ค่าสถิติพื้นฐานและระดับ ของการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านละโดยรวม แสดงไว้ในตารางที่ 4-3 ถึง ตารางที่ 4-7

ตารางที่ 4-3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม ($n = 200$)

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล รายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การประเมินภาวะสุขภาพ	0-3	2.02	1.12	ดี
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	0-60	29.88	12.87	ปานกลาง
การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0-36	13.39	8.61	ปานกลาง
การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ	0-21	11.41	4.95	ปานกลาง
โดยรวม	0-140	57.81	23.36	ปานกลาง

จากตารางที่ 4-3 พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.81$, $SD = 23.36$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติการดูแลด้านการประเมินภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 2.02$, $SD = 1.12$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ($M = 29.88$, $SD = 12.87$) ด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($M = 13.39$, $SD = 8.61$) และด้านการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ ($M = 11.41$, $SD = 4.95$)

ตารางที่ 4-4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 200$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล รายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความรู้ทั่วไป	0-3	1.96	.697	ปานกลาง
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	0-5	3.68	1.63	ปานกลาง
การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0-7	3.39	2.94	ปานกลาง
การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ	0-5	3.59	1.58	ปานกลาง
โดยรวม	0-20	12.70	3.83	ปานกลาง

จากตารางที่ 4-4 ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 12.70$, $SD = 3.83$) เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไป ($M = 1.96$, $SD = .697$) ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ($M = 3.68$, $SD = 1.63$) ด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($M = 3.39$, $SD = 2.94$) และด้านการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ ($M = 3.59$, $SD = 1.58$)

ตารางที่ 4-5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 200$)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านการเคลื่อนไหว	2-10	6.54	2.46	พอใช้
ด้านการดูแลตนเอง	2-10	7.83	2.14	ดี
ด้านความเจ็บปวด	2-10	5.57	2.22	พอใช้
ด้านสติปัญญาและการมีสมาธิ	2-10	7.06	2.02	พอใช้
ด้านกิจกรรมระหว่างบุคคล	2-10	7.88	1.99	ดี
ด้านการมองเห็น	2-10	6.82	2.14	พอใช้
ด้านการนอนหลับ/ ความมีชีวิตชีวา	2-10	6.13	2.20	พอใช้
ด้านอารมณ์และความรู้สึก	2-10	6.46	2.41	พอใช้
โดยรวม	17-85	57.79	14.35	พอใช้

จากตารางที่ 4-5 พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ ($M=57.79, SD=14.35$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับ ดี คือด้านกิจกรรมระหว่างบุคคล ($M = 7.88, SD = 1.99$) ด้านการดูแลตนเอง ($M = 7.83, SD = 2.14$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ได้แก่ ด้านสติปัญญา ($M = 7.06, SD = 2.02$) ด้านการมองเห็น ($M = 6.82, SD = 2.14$) ด้านการเคลื่อนไหว ($M = 6.54, SD = 2.46$) ด้านอารมณ์และความรู้สึก ($M = 6.46, SD = 2.41$) ด้านการนอนหลับ ($M = 6.13, SD = 2.20$) และด้านความเจ็บปวด ($M = 5.57, SD = 2.22$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4-6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับ
คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 200$)

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ ทางกายและการเคลื่อนไหวรายด้าน	คะแนนที่ เป็นไปได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	4-20	13.38	2.96	ปานกลาง
ด้านการสั่งสอน	2-10	6.36	1.81	ปานกลาง
ด้านการดูแล	1-5	2.84	1.11	ปานกลาง
ด้านการให้ความไว้วางใจระหว่างกัน	4-20	12.52	2.99	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงความรู้สึก	4-20	11.50	3.68	ปานกลาง
ด้านการช่วยแก้ปัญหา	3-15	8.91	3.09	ปานกลาง
ด้านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระ	2-10	6.06	2.08	ปานกลาง
โดยรวม	20 -100	61.57	14.13	ปานกลาง

จากตารางที่ 4-6 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ
การเคลื่อนไหวโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 61.57, SD = 14.13$) เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับปาน
กลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ($M = 13.38, SD = 2.96$) ด้านการให้ความไว้วางใจ
ระหว่างกัน ($M = 12.52, SD = 2.99$) ด้านการรับรู้ถึงความรู้สึก ($M = 11.50, SD = 3.68$) ด้านการช่วย
แก้ปัญหา ($M = 8.91, SD = 3.09$) ด้านการสั่งสอน ($M = 6.36, SD = 1.81$) ด้านการแลกเปลี่ยนความ
ความคิดเห็นอย่างอิสระของตนเองกับคนพิการ ($M = 6.06, SD = 2.08$) และด้านการดูแล ($M = 2.84,$
 $SD = 1.11$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4-7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 200$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนนที่ เป็นไปได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านอารมณ์	8-40	28.08	4.969	ปานกลาง
ด้านเงินทอง สิ่งของหรือการบริการ	6-30	19.53	4.714	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	5-25	16.72	3.777	ปานกลาง
ด้านการประเมินเปรียบเทียบ	9-45	31.24	5.923	ปานกลาง
โดยรวม	28 -140	95.57	17.16	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 -7 พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 95.57, SD = 17.16$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบ พฤติกรรมการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($M = 31.24, SD = 5.92$) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($M = 28.08, SD = 4.97$) ด้านการสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานหรือการบริการ ($M = 19.53, SD = 4.71$) และ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 16.72, SD = 3.777$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

หลังการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล และการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติแล้ว จึงวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product Moment Correlation) แสดงไว้ใน ตารางที่ 4-8

ตารางที่ 4 -8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล กับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล ($n = 200$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล	1.00					
2. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	.208**	1.00				
3. ระยะเวลาในการดูแล	.131	-.090	1.00			
4. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	.352**	.042	.046	1.00		
5. การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล	.132	.282**	-.053	.292**	1.00	
6. การปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล	.772**	.190**	.040	.446**	.206**	1.00

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4 -8 พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .772, p < .01$) ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล ($r = .447, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .206, p < .01$ และ $r = .190, p < .01$ ตามลำดับ) แต่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .040, p > .05$)

จากการวิเคราะห์ยังพบว่ามีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง กับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว($r = .352, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล ($r = .208, p < .05, r = .132, p < .05$ และ $r = .131, p < .05$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ กับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และ

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = .292, p < .05$ และ $r = .282, p < .05$ ตามลำดับ) และพบว่าระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ($r = .090, p < .05$ และ $r = .053, p < .05$)

ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละคู่ดังกล่าวข้างต้น ไม่พบว่ามีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากหรือสูง ดังนั้นตัวแปรอิสระซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล จึงสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาอำนาจในการร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้โดยไม่เกิดปัญหา เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ไม่สูงเกิน 0.85 (Munro, 1997) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยที่กำหนดว่า ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมากหรือสูง (Multicollinearity) ตามข้อตกลงของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Polit, 1996)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล

ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน ซึ่งวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) แสดงไว้ใน ตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4-9 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ($n = 200$)

ตัวแปร ที่เข้าสมการตามลำดับ	สัมประสิทธิ์การ		R	R ²	R ² _{change}	R ² _{adj}	t	p
	ถดถอย							
	b	Beta						
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล	4.610	.772	.772	.596	.596	.594	17.091	<.001
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	.325	.199	.794	.631	.035	.627	-3.422	<.001
Constant = -1.85								
F = 292.10, p < .001								

จากตารางที่ 4-9 พบว่าการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ตัวทำนายที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของ การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้มากที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นตัวแปรทำนายและสามารถอธิบาย การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ร้อยละ 59.6 ($R^2 = .596$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .772 ($Beta = .772$) หมายความว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น .772 หน่วย

ส่วนตัวแปรอิสระที่เข้าสมการลำดับที่สอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลรองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .199 ($Beta = .199$) หมายความว่าความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล เพิ่มขึ้น .199 หน่วย โดยที่ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ช่วยทำให้การทำนายเพิ่มมากขึ้น สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.5 ($R^2_{change} = .035$) และ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบาย การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 63.1 ($R^2 = .631$)

สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ คือ

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล = $-1.85 + 4.61$ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล) $+ .325$ (ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว)

2. สมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล = $.772$ (ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล) $+ .199$ (ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว)

จากสมการถดถอยที่ได้ หมายความว่าญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ดี จะต้องเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ที่ีระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านจำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปทดลองใช้และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลเท่ากับ .88 แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเท่ากับ .95 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเท่ากับ .95 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล เท่ากับ .97 ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน(Kuder - richardson 20: KR-20) ได้เท่ากับ .86 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง .53 ถึง .77 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.5) อายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 57.5) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.5) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 47.0) และมีอาชีพรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 22.5) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 (ร้อยละ 37.5) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อน (ร้อยละ 84.0) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของคนพิการทางกายและการ

เคลื่อนไหว (ร้อยละ 29.0) ให้การดูแลคนพิการเพียงคนเดียว (ร้อยละ 89.0) ระยะเวลาในการดูแลนาน 1-2 ปี (ร้อยละ 26.5) ในหนึ่งวันใช้เวลาในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว 7-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 42.0) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.5)

2. การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.81, SD = 23.36$) โดยญาติผู้ดูแลให้การปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ด้านการประเมินสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 2.02, SD = 1.12$) ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 29.88, SD = 12.87$) ด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.39, SD = 8.61$) และด้านการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.41, SD = 4.95$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งไม่สามารถทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ($r = .206$) และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = .190$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล คือระยะเวลาในการดูแล

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านได้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ภริยาระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ความสัมพันธ์ภริยาระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งตัวแปรทั้งสองนี้สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 63 และสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \text{การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล} = & -1.85 + 4.61 (\text{ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล}) \\ & + .325 (\text{ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว}) \end{aligned}$$

ในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} \text{การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล} = & .772 (\text{ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล}) + .199 \\ & (\text{ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว}) \end{aligned}$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน พบว่ามีการปฏิบัติการดูแลโดยภาพรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งในวัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของทุกระบบในร่างกาย การที่ญาติผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีระดับการพึ่งพาสูง และญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านในแต่ละวันนาน 7-12 ชั่วโมง และให้การดูแลระยะยาวนาน ประกอบกับการที่ต้องรับผิดชอบการทำงานบ้านและหรือทำงานรับจ้างชั่วคราวนอกบ้านร่วมด้วย ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนรวมทั้งญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้องและครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน แต่จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและเป็นบิดา/ มารดาของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีความผูกพันรักใคร่ จึงเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้ ญาติผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิม โอรุ (2550) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่าระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และประกอบพร ทิมทอง (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และวนิดา ชูช่วย (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกพบว่าศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้เหมาะสม อภิปรายได้ว่าการที่ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับดูแลมากจะปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านได้ดี ทั้งนี้เนื่องมาจากญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแล สามารถใช้ความคิด ใช้เหตุผล ตลอดจนนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพิจารณาใช้บริการ

ทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม Orem (2001) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะความรู้และทัศนคติต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีทักษะในการตัดสินใจและสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งต่างจากญาติผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลต่ำ ญาติผู้ดูแลจะไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแลใด ๆ ให้แก่คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีอาการทรุดหนักขึ้น และญาติผู้ดูแลบางรายไม่ทราบความสำคัญและผลประโยชน์ที่คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จะได้รับเมื่อได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลนั้น ๆ จึงละเลยการปฏิบัติดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (2545) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และควรมีทักษะที่เฉพาะเจาะจง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของนันทพร ศรีนิม (2545) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่พบว่าความรู้ในการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาในเรื่องการดูแล และจากการศึกษาของ จินนรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) เรื่องผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ดูแลซึ่งได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติ การดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน อภิปรายได้ว่าการที่ญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีจะปฏิบัติตามการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านได้ดี ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม และถ้าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดีจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมของญาติผู้ดูแลจะเป็นข้อจำกัดที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ถ้าญาติผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพ หรือประเมินภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดีจะทำให้ ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีความเครียด รู้สึกว่าการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก ท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ขาดความเอาใจใส่ ขาดความตั้งใจในการดูแล ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และความสามารถในการดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นพื้นฐาน จึงจะปฏิบัติตามการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ซึ่งมีความ

เสื่อมถอยตามอายุขัย ความแข็งแรงของร่างกายเริ่มลดลงส่งผลให้มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลที่ต้องออกแรงมาก เช่นการยกตัวช่วยคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว การช่วยพลิกตะแคงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ดี และคณะ (De et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนาย การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลอาจจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ดูแลได้รับความทุกข์ทรมานจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแล ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับดี จะทำให้การปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านดีตามด้วย แต่หากความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวไม่ดี จะส่งผลให้การปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแล ไม่ดีด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากความผูกพันรักใคร่ของญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ภายใต้อัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลด้วยความเต็มใจโดยไม่มีการตั้งเงื่อนไขหรือต้องการสิ่งตอบแทนใด ๆ ทำให้มีความอดทนและความพยายามในการดูแลจนอาจเกิดการพัฒนาการปฏิบัติการเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเร็ม (Orem, 1995) ที่ว่า อัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา หรือความเครียดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สอดคล้องกับ ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2538) ที่กล่าวว่าอัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ญาติผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและผูกพัน แต่หากอัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ

2.4 การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านแสดงว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จะมีการปฏิบัติดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวดี ในทางตรงกันข้ามญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีการปฏิบัติดูแลไม่ดี ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม และสมมติฐานข้อที่ 5 อภิปรายได้ว่า การที่ญาติผู้ดูแลได้รับความรักผูกพันจากบุคคลรอบข้าง รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างบ้างตามโอกาส การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองอย่างเพียงพอ

และได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดีในการที่จะดูแลบุคคลที่
ต้องพึ่งพา ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลนั้นเปรียบเสมือนการเพิ่มแรงจูงใจให้
ญาติผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลและยังส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลอีก
ด้วย (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Scon et al. (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการ
ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทาง
สังคม ด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและยังต้องการคนที่จะคอยรับฟังปัญหาของตน หรือแลกเปลี่ยน
ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลมีความรู้สึกละอายใจที่มีบุคคลคอยรับฟังทำให้รู้สึกถูก
แยกจากสังคมลดลง อีกทั้งยังสามารถแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลได้มากขึ้น ได้เรียนรู้
ประสบการณ์การดูแลจากคนอื่น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
และสอดคล้องกับการศึกษา ภรภัทร อิมโอฐ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ
ดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์
ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลที่บ้านของผู้ดูแล

2.5. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกาย
และการเคลื่อนไหวที่บ้าน

2.5.1 ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลของญาติ
ผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าญาติ
ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลมากหรือน้อย ไม่มีผลกับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการ
ทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน อาจกล่าวได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางกายและการ
เคลื่อนไหวในระยะเริ่มแรกเป็นช่วงที่ญาติผู้ดูแลมีความหวังต่อการฟื้นหายของสภาพร่างกายหวังว่า
อาการจะดีขึ้นจนเป็นปกติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ดูแลจึงพยายามช่วยทำกายภาพบำบัด
ตลอดจนแสวงหาอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (นันทพร ศรีนัม, 2545) เมื่อระยะเวลาใน
การดูแลนานเกินกว่า 1 ปี (ร้อยละ 83) การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่ดีขึ้น ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ญาติ
ผู้ดูแลจึงหมดกำลังใจและประเมินว่าการดูแลอาจไม่ได้ผลจึงหยุดการดูแลบางอย่างเช่น หยุดสนใจ
เรื่องการทำกายภาพบำบัด รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวลและเกิดความเครียด ไม่มีกำลังใจในการ
ช่วยฟื้นฟูสภาพ กอรปกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเริ่มปฏิเสธการทำกายภาพบำบัด เริ่ม
มีการดื้อรั้น ยึดติดของข้อเกิดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว ญาติผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจ
ร่วมกับไม่อยากขัดใจคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอีก จึงละเลยการดูแลเรื่องการทำ
กายภาพบำบัด นอกจากนี้ระยะเวลาที่ยาวนานอาจมีผลต่อปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลและส่งผลต่อ
การดำเนินบทบาทอื่น ๆ ในครอบครัวได้ ประกอบกับความพิการต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาเป็น
เวลานานอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวลและเกิดความเครียด จาก

เหตุดังกล่าวส่งผลให้ การปฏิบัติการในการดูแลของญาติผู้ดูแลไม่ได้เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา นิยมไทย (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใด ๆ ที่ศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธารินี เพชรรัตน์ (2541) ที่พบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติผู้ดูแล ในการศึกษาความต้องการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว

3. ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน

จากการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 63 ซึ่งมีอำนาจการทำนายค่อนข้างสูง อธิบายได้ว่า ปัจจัยทั้งสองนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวให้ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

จากการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวได้ร้อยละ 63 จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย บุคลากรในทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่รับผิดชอบงานดูแลที่บ้าน ควรส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลตามสภาพและความต้องการของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้และความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพื่อให้กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้รับการปฏิบัติการดูแลจากญาติผู้ดูแลที่ดีและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาคความรู้และ แนวทางการปฏิบัติการส่งเสริม/ สนับสนุนญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน โดยมุ่งส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านของญาติผู้ดูแลโดยคำนึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้านของญาติผู้ดูแล

บรรณานุกรม

- กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2537. (2537). โครงการความร่วมมือระหว่าง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิกับจังหวัดนนทบุรี. วันที่ค้นข้อมูล 14 สิงหาคม 2551, เข้าถึงได้จาก <http://gis.rmutsb.ac.th/gis2007/crippled/details01.php>
- กาญจนา ศิริวรราชย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนียวแน่นของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์อักษรพิทย.
- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแล ในครอบครัวดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กำไล สมรักษ์. (2545). ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกรียงศิริ วิเจริญ. (2547). แนวทางการดำเนินการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534: กรณีศึกษา อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่3 พ.ศ. 2550-2554. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- คนพิการ และผู้สูงอายุ. (2550). การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2550 . กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- คำทริยา รัตนวิมล. (2545). ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพา กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-157.
- จันทพร ชีรทองดี. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารึก ธานีรัตน์. (2544). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ และมาลินี วัฒนากุล. (2547). ระบาดวิทยา กลไก และการจำแนกระดับแผลกดทับ. การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. เชียงใหม่: นัทธพันธ์.
- จินนะรัตน์ ศรีภักธิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา วัชรสิทธิ์, มณีรัตน์ ภาณุรูป, ทวีลาภ ต้นสวัสดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และกมลทิพย์ คำนชัย. (2547). สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่บ้าน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬาวรี ถิ่นทิพย์. (2549). ผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์. ขอนแก่น: สิริพันธ์ออฟเซต.
- ชัยวุฒิ ชัยพันธ์. (2544). พัฒนาชนบทยั่งยืน: สำหรับสาขาเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ ภักดีพรหม. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย (2548). ผลของการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติตัวการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิตยา ทิพย์สำเนียง. (2543). ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพินทร์ ชัมเจริญ. (2546). ปัญหาภาวอนามัยของผู้ประกอบการที่เป็นคนพิการ. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานิติศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธีรภัทร์ นาจิต. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธารินี เพชรรัตน์. (2541). ความต้องการและที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญญาภรณ์ คานวนพเก้า. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เนตรนภา กิจขยัน. (2544). *การจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก*.
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมวิทยาการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ
 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภา นิยมไทย. (2545). *ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของ
 ครอบครัวและความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทวรรณ พุทธาวรรณ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทพร ศรีน้อม. (2545). *ประสบการณ์เผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). *ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและ
 การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2535). *การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.
 กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร: B&B Publishing.
- บุญญรัตน์ เพิกเดช. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแลปัญหาจากการสื่อสาร และ
 ปัจจัยด้านการดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*.
 กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิ่นนเรศ กาษอุดม, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, วารี กังใจ, คณิศร แก้วแดง และรัชมน นามวงษ์.

(2547). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน.

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 15(2), 32-34.

ปาริชาติ สุวรรณบุปผา, จตุพร ไชยทองศรี และตรีนุช พलगูร. (2549). พระพุทธศาสนากับ
การเสริมสร้างพลังในการดำรงชีวิตและทัศนคติที่เหมาะสมของคนพิการ กรณีคนพิการ
ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.

ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์. (2546). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของ
ผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ประกาศรี ทุ่งมีผล. (2548). การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของ
มารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประพิศ จันทร์พญา. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบทางเดิน
ปัสสาวะ. ใน สุปราณี เสนาธิสัย (บรรณาธิการ), การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการ
ปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2550). พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 61 ก, วันที่ 27
กันยายน 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

พัชริน วิจิตรลงกรณ์, อรรถพงษ์ ตรีบุญญา, ปาจารย์ เพิ่มเพียร. (2550). โครงการเสริมสร้างสุขภาพ
คนพิการในชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา ภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่นอีสาน
จังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพฯ: ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
แห่งชาติ.

- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง. (2548). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิทักษ์ ทองสุข. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/
หรือขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์. (2549). ความรุนแรงต่อผู้พิการ: สถานะความรู้และข้อเสนอ
โครงการวิจัย. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ ติรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการดูแลของสมาชิก
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่, พัทณี ธรรมวันนา, พนินทร วงษ์ใหญ่ และภavana สาป้อง. (2546). คุณภาพ
ชีวิตของผู้พิการ ญาติหรือผู้ดูแล และพยาบาล: กรณีศึกษาของศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์แห่งชาติ.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มยุรี เพชรอักษร. (2535). กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
มหาวิทยาลัยบูรพา. (2541). คู่มือการทำวิทยานิพนธ์. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุวดี รอดจากภัย, รัชณี สรรเสริฐ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2548). การพัฒนาโปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี สรรเสริฐ. (2547). ผู้ดูแลที่บ้านคือใคร..และ..สำคัญไฉน. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี, 15(2), 43-47
- _____. (2551). ญาติผู้ดูแล: ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา, 15(3), 1-14.

- รัชนี้ สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2549). บทสังเคราะห์ชุดโครงการวิจัยการพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพที่บ้านที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนี้ สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, รวีวรรณ เผ่ากัญหา, วัฒนา บรรเทงสุข และปิ่นนเรศ กาสุดม. (2549). การสร้างระบบเครือข่ายญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รฐา ภูไพบูลย์. (2537). การดูแลสุขภาพที่บ้าน: แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต. วารสารพยาบาล, 43(4), 210-217.
- _____. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิเจพรินติ้ง.
- ฤทัย แสนสี. (2549). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลำยา เกียรติดำรงสกุล. (2549). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิไล สุรสาคร. (2549). การเผชิญความเครียด และปัจจัยทำนายความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). ผลของการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิภารัตน์ นาวรัตน์. (2545). การเตรียมการศึกษานิเทศของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียด จากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัสตรวิเศษ. (2545). การวางแผนการจำหน่าย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ จิรานนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย. (2547). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 15(2), 17-31.
- ศจีมาศ จันทร์งาม. (2550). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีผลกดทับที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรียรัตน์ คุ่มสิน. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิธร ช่วงสุวรรณ. (2548). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2546). ทักษะการของญาติผู้ดูแล. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 4(3), 39-42.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2543 ก). การพยาบาลผู้ป่วยที่จำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 9-30). กรุงเทพฯ: วิเจ พรินติ้ง.
- _____. (2543 ข). การพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว. ในการพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 15-38). กรุงเทพฯ: วิเจ พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2543 ค). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.

ใน การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 115-136). กรุงเทพฯ:
วิเจ พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ:

แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมลักษณ์ สุวรรณมาลี และคณะ. (2546). ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. เอกสารประชุมวิชาการ “นวัตกรรม
สุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง” มีนาคม 2549. ชลบุรี: ศูนย์พัฒนา
นวัตกรรมการภาคตะวันออก.

สุธาพร ขจรฤทธิ์. (2547). ลักษณะการกลับมาอยู่ซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2540). ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสภาพ

คนพิการ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ
สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส

สำนักทะเบียนราษฎร. (2549). เขตการปกครองและประชากรกลางปีจังหวัดสมุทรปราการ

ประจำปี พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย.

สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (ม.ป.ป.). พระราชบัญญัติการฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนพิการ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). คู่มือการใช้สถิติคนพิการของประเทศไทย. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2545). รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ.

_____. (2550). สรุปผลจำนวนคนพิการจากการศึกษางานสถิติการศึกษาและทัศนคติฝ่ายสถิติ
แรงงานและการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2550). สุขภาพคนไทย 2550. นครปฐม: อิงค์ออนเปเปอร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุดศิริ หิรัญชนะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา ทวีสินธุ์ และจินตนา วัชรสินธุ์. (2546). การทดสอบแบบสำรวจสถานะสุขภาพชนิดผู้ตอบประเมินตนเองในประเทศไทย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาวิจัยและบริการทางการแพทย์ แผนกอายุศาสตร์ สภาวิชาชีพไทย.
- สุพัฒนศิริ บุญยะวัด. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณนา จงห้วงกลาง. (2549). ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสาวลักษณ์ เนตรขัง. (2545). การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อโนชา ทศนาชนชัย. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อภิรักษ์ วิสุทธอาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และ พิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล. (2550). ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว : การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 18(2), 43-52.
- อาภรณ์ สุวรรณเกษมกุลเลิศ. (2547). ประสิทธิภาพของรูปแบบสุขภาพศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- อธิฐาน ชินสุวรรณ. (2549). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรกที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรัญญ์ โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถ
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรศิณี ชื่นกุล. (2542). *การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในโรงพยาบาลนครพิงค์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริม
สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อจรรยา หล่อวิจิตร. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อาทร รวีไพบูลย์. (2550). *ต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือด
สมองในกรุงเทพมหานครและจังหวัดบุรีรัมย์*. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยจาก
แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย.
- อารมณีนุญเกิด. (2540). *ประสิทธิผลของการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการ
ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล*.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา จารุสวัสดิ์. (2548). *ภาวะความเครียดและผลการให้คำปรึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะ
สมองเสื่อม*. วารสารกรมการแพทย์, 30(10), 510-511.
- Adelman, A. M., & Daly, M. P. (2001). *20 Common Problem in Geriatrics*. Singapore:
McGraw-Hill.
- Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. C. (1995). A Population-based assessment of
the impact and burden of men caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5),
843-849.
- Archbold, P. G. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain.
Research in Nursing & Health, 13, 375-384.
- Astrom, M., Asplund, K., & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after
stroke. *Stroke*, 23, 527-531.
- Bergman-Evans, B. F., Cuddigan, J., & Bergstrom, N. (1994). Clinical practice guidelines:
Prediction and prevention of pressure ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(9),
19-26.

- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). Engle Wood Clift, NJ: Prentice Hall.
- Black, J. M., & Matassarin, J. E. (1993). *Luckman and Sorensen's Medical Surgical Nursing: A psychophysiologic Approach* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bloom, B. S. (1968). *Taxonomy of Education Objective: Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Braden, B., & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of etiology of pressure sore. *Rehabilitation Nursing*, 25(3), 105-109.
- Brown, P. L. (1991). The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease. *Home Healthcare Nurse*, 9(3), 33-38.
- Buschbacher, R. M., & Porter, C. D. (2000). Deconditioning, conditioning and the benefits of exercise. In R. L. Braddom (Ed.), *Physical Medicine and Rehabilitation* (2nd ed., pp. 702-726). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Caplan, L. R. (2000). *Caplan's Stroke: A Clinical Approach* (3rd ed.). Boston: Butterworth Heinemann.
- Change, L. B. (2004). Perceived helpfulness of telephone calls: Providing support for caregiver of family members with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 17-21.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavior Sciences* (2nd ed.). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1987). *Applied Multiple Regression/correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daniels, S. K., Ballo, L. A., Mahoney, M., & Foundas, A. L. (2000). Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: Outcome measures in acute stroke patients. *Archives Physical Medical Rehabilitation*, 18, 1030-1032.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community Health*, 2, 1-10.
- Doeglas, D. (2005). Social support, social disability and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *American college of Rheumatology*, 7(1), 10-15.

- Dowell, I. M., & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Easton, K. J. (1999). The poststroke journey: From agonizing to owning. *Geriatric Nursing*, 20(20), 70-76.
- Enteriante, T. M., & Kern, J. M. (1995). Wives reported role changes following a husband's stroke: A pilot study. *Rehabilitation Nursing*, 64, 61-64.
- Friedman, M.M. (1986). *Family Nursing : Theory and Assessment*. Newyork : Appleton Century-Croftes.
- Foldn, S. L. (1993). Effect supportive-educative nursing intervention on older adults' perception of self care stroke. *Rehabilitation Nursing*, 18(3), 162-167.
- Forsberg-Warleby, G., Moller, A., & Blomstrand, C. (2002). Spouses of first-ever stroke victims: Sense of coherence in the first phase after stroke. *Journal Rehabilitation Medicine*, 34, 128-133.
- Frazan, D. T. (1991). Reintegration for stroke survivors: Home and Community consideration. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 1037-1047.
- Gaugler, J. E., Kane, A. R., Clay, T., & Newcomer, C. R. (2005). The effects of duration of caregiving on institutionalization. *The Gerontologist*, 45(1), 78-89.
- Gay, J. A. (1961). Conceptual framework of bonding. *JOGN Nursing*, 26, 440-444.
- Group, L. (2001). *The national family caregiver support program: Form enactment to action. Highlights* from the U.S. Administration on aging conference held September 6-7, 2001 in Washington, D.C.
- Haley, W. E. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology & Aging*, 2(4), 323-330.
- Heinzer, M. M. (1998). Health promotion during chronic illness: a paradox facing society. *Holist Nurs Pract*. 12(2), 8-16.
- Hickey, J. V. (1986). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Horowitz, A. (1985). A sons and daughter as caregivers to older parents: Difference in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25, 612-617.

- House, J. S. (1981). The Nature of Social Support In M. A. Reading (Ed.). *Work Stress and Social Support*. Philadelphia: Addison-Wesley.
- Hoyert, D. L., & Seltzer, M. M. (1992). Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family Relations*, 41, 74-81.
- Korpelainen, J. T., & Nieminen, P. (1999). Sexual functioning among stroke patients and their spouse. *Stroke*, 30, 715-719.
- Kotila, M., Numminen, H., Waltimo, O., & Kaste, M. (1998). Depression after Stroke: Results of the FINNSTROKE Study. *Stroke*, 29, 368-372.
- Krame, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next?. *The Gerontologist*, 37(2), 218-232.
- Leahy, N. M. (1991). Complication in the acute stages of stroke. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 971-983.
- Leahy, N. M. (1991). Complications in the acute stages of stroke: Nursing pivotal role. *Nursing Clinics of North America*, 26, 970-983.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety- protocols for practice Electronic version. *Critical Care Nurse*, 8(4), 169-173.
- Lewis, S. M., & Collier, I. C. (1987). *Medicinal- surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A. (2004). Immobility-a major risk for development of pressure ulcers among adult hospitalized patient: A prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 57-65.
- Logsdon, G. R., McCurry, M. S. and Teri, L. (2005). Star-caregiver: A Community-based approach for teaching family caregivers to use behavioral strategies to reduce affective disturbances in persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(2), 146-153.
- Lubkin, I. M. (1986). *Chronic Illness: Impact and Intervention*. Boston: Jone and Bartlett.
- Lugger, K. E. (1994). Dysphagia in the elderly stroke patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(2), 78-84.
- Marchi- Jone, S., Murphy, J. F., & Rousseau, P. (1996). Caring for the caregivers: *Journal of Gerontological Nursing*, 22(8), 7-13.

- Mass, L. M. (2004). Outcomes of family involvement in care intervention for caregiver of individuals with dementia. *Nursing Research*, 53, 76-85.
- McLean, J., Roper-Hall, A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Moldenhouer, Z., & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, 27(6), 548-588.
- Midence, K. (1994). The effects of chronic illness on children and their families: An overview. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 20(3), 311-326.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- National Family Caregiver Association. (2000). *Supporting Caregiver Families*. Retrieved June 12, 2007 from <http://www.nfcacares.orgs/servey.html>
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: A model for clinical research and application. *Advance Nursing Science*, 3(4), 43-59.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. St Louis: Mosby.
- _____. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4th ed.). St Louis: Mosby.
- _____. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). St Louis: Mosby.
- Periard, M. E., & Ames, B. D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10, 252-256.
- Polit, D. F. (1996). *Data Analysis & Statistics for Nursing Research*. New York: Appieton & Lange. 285-286.
- Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, 39(6), 365-369.
- Rgsdal, D., Yarbough, S., & Lasher, A. T. (1993). Using social support theory to care for CVA patients. *Rehabilitation Nursing*, 18(3), 154-161.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. (1995). Coping and marital equilibrium after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 27, 83-89.

- Rosenthal, S. G., Pituch, M., Greninger, L. O., & Metress, E. S. (1993, May- June). Perceived need of wives of stroke patients. *Rehabilitation Nursing*, 18, 148-153.
- Santus, G., Ranzenigo, A., Caregnato, R., & Inzoli, M. S. (1990). Social and family integration of hemiplegia elderly patients 1 year after stroke. *Stroke*, 21(5), 1019-1022.
- Scherer, J. C. (1991). *Introductory Medical-surgical Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Schotte op Reimer, W. J. M., DeHaan, R. J., Pijnenborg, J. M. A., Limberg, M., Van Den Bos, G. A. M. (1998). Assessment of burden in partners of stroke patients with sense of competence questionnaire. *Stroke*, 29, 373-379.
- Scon, A. L. 2005. Dementia and challenging behavior: the need of family caregivers. *Nursing Older People*, 17(1), 26-32.
- Sisk, R. J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *Journal of Nursing Student*, 37(1), 37-43.
- Smith, G. L. (2000). Self-efficacy and quality of life after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(2), 91-98.
- Souder, E., Rapp, G. C., Davis, V. G., Beck, C., & Liem, H. P. (2004). Care of individuals with Alzheimer's disease in the new millennium. *MEDSURE Nursing*, 13, 22-30.
- Subgranon, R., & Lund, D. A. (2000). Maintaining caregiving at home: A culturally sensitive grounded theory of providing care in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(3), 166-173.
- Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: Sense of coherence will to meaning locus of control, learned helplessness and hardiness. *Advanced in Nursing Science*, 18, 1772-1778.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using Multivariate Statistics* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39-47.
- Teel, C. S., Duncan, P., & Lai, S. M. (2001). Caregiving experiences after stroke. *Nursing Research*, 50(1), 53-60.

- Teel, C. S., & Press, A. N. (1999). Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 498-520.
- Weiss, R. (1974). The provision of social relationships. In Z. Rubin and E. Cliffs, (Eds.) *In Doing Into Others*. New Jersey: Prentice - Hall.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members. *Family Relation*, 44, 402-411.
- Wojner, A. W. (1996). Optimizing ischemic stroke outcome: An interdisciplinary approach to poststroke rehabilitation in acute care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 19(2).
- Wong, F. K. Y. (2002). Factors contributing to hospital readmission in a Hong Kong regional hospital: a case controlled study. *Nursing Research*, 50(1), 40-49.
- World Health Organization. (2002). *Lessons Far Long- Term Care Policy*. Switzerland: Geneva.
- _____. (2006). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011*. n.p.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ

ตารางภาคผนวก ก-1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการดูแลของญาติ
ผู้ดูแล จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวมจากระดับคะแนน 0-3 ($n = 200$)

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล	M	SD	ระดับการ ปฏิบัติการ ดูแล
1. ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ	2.02	1.12	สูง
1.1 ตรวจสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย/จิตใจของคนพิการ	2.02	1.121	สูง
2. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	29.88	12.87	ปานกลาง
2.1 สระผมให้คนพิการ/ ช่วยเหลือให้คนพิการได้สระผมเอง	1.91	1.052	ปานกลาง
2.2 ช่วยทำความสะอาดปาก/ ฟันโดยวิธีแปรงฟันให้คนพิการหรือ ดูแลให้คนพิการได้แปรงฟันเอง	1.75	1.011	ปานกลาง
2.3 ช่วยทำความสะอาดร่างกายโดยวิธีอาบน้ำ/ เช็ดตัวให้คนพิการ หรือดูแลให้คนพิการอาบน้ำหรือเช็ดตัวเอง	2.10	1.132	สูง
2.4 ช่วยคนพิการ/ ให้คนพิการฝึกทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยวิธีล้างและเช็ดให้แห้ง	1.50	1.130	ปานกลาง
2.5 ช่วย/ ให้คนพิการฝึกสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง	1.85	1.223	ปานกลาง
2.6 ดูแลจัดที่นอนคนพิการให้แห้งสะอาดและเรียบตึง	1.82	1.008	ปานกลาง
2.7 จัดทำอนนอนหยายให้คนพิการ โดยใช้หมอนรองศีรษะถึงไหล่และ ใช้หมอนเนื้อแน่นวางกันบริเวณด้านข้างค้นขาใช้หมอนรองใต้ เข่าและข้อเท้า	1.46	1.142	ปานกลาง
2.8 จัดทำอนตะแคงให้คนพิการ โดยหนุนศีรษะ จัดแขนบนวาง ทาบทหมอนระดับหน้าอก แขนด้านล่างเหยียดตรงหรืองอ เล็กน้อยและหนุนขาที่อยู่ด้านบนด้วยหมอน	1.27	1.133	ปานกลาง
2.9 จัดให้คนพิการนั่งห้อยเท้าบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้รถเข็น โดยใช้ หมอนรองแขนข้างที่ อ่อนแรง และจัดที่วางเท้าให้คนพิการ	1.29	1.214	ปานกลาง
2.10 จัดเตรียมอาหารให้แก่คนพิการโดยคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารที่ ครบ 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ น้ำข้าว หรือข้าวบด ไขมันที่จำเป็น ผัก ผลไม้ และน้ำ	1.66	1.109	ปานกลาง
2.11 จัดเตรียมหรือดัดแปลงอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการรับประทาน อาหารให้เหมาะสมกับสภาพคนพิการเช่น จัดหาช้อนด้ามยาว จาน แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย ทำหลุมวางภาชนะบนโต๊ะหรือถาดที่มี ขอบให้แก่คนพิการ	1.62	.949	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-1 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล	ระดับการปฏิบัติการ		
	M	SD	ดูแล
2.12 ตรวจสอบว่ามีเสมหะในลำคอหรือไม่ก่อนที่จะป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง	.80	.937	ต่ำ
2.13 จัดทำนั่งหรือนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา ให้คนพิการในระหว่างให้อาหาร	1.28	1.199	ปานกลาง
2.14 กระตุ้นให้คนพิการรับประทานอาหารด้วยตนเองก่อน แล้วจึงช่วยป้อนอาหารให้จนเพียงพอ	1.30	1.160	ปานกลาง
2.15 ช่วยคนพิการให้ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาโดยให้คนพิการนั่งเก้าอี้ถ่าย นั่งหมอนอนหรือนั่งโถส้วมนานครั้งละ15 นาที	1.07	1.226	ปานกลาง
2.16 ดูแลให้คนพิการได้รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น มะละกอสุกกล้วย ส้ม	1.44	.906	ปานกลาง
2.17 ดูแลให้คนพิการได้รับน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 2 ขวดแม่โขง	2.12	1.101	สูง
2.18 ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะของคนพิการ กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะของคนพิการให้เป็นเวลา	.97	1.138	ต่ำ
2.19 สังเกตความผิดปกติ เช่น สี ความขุ่น และจำนวนปัสสาวะของคนพิการ	1.13	1.183	ปานกลาง
2.20 ช่วยเปลี่ยนผ้ารองและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้คนพิการเมื่อปัสสาวะหรืออุจจาระรดที่นอน	1.56	1.159	ปานกลาง
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	13.39	8.61	ปานกลาง
3.1 หลังจากคนพิการรับประทานอาหารหรือให้อาหารทางสายยางแล้วจัดให้คนพิการนั่ง หรือนอนหัวสูงนานประมาณครึ่งชั่วโมง	1.02	1.082	ปานกลาง
3.2 ช่วยนวดหลัง นวดตัวให้คนพิการ	1.10	.888	ปานกลาง
3.3 ช่วยเหลือหรือกระตุ้นให้คนพิการได้พลิกตะแคงตัว ไปมา	1.02	.885	ปานกลาง
3.4 ใช้วัสดุอ่อนนุ่มรองบริเวณกระดูกสะบัก ก้นกบ ส้นเท้า เมื่อจัดให้คนพิการเปลี่ยนท่านอน	1.25	1.060	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-1 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการ ปฏิบัติการ ดูแล
3.5 กระตุ้นให้คนพิการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ไอและขับเสมหะวันละ 2-5 ครั้ง	.88	1.012	ต่ำ
3.6 กระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ลุกนั่ง/ เดิน / โยนลูกบอล หรือทำกิจกรรม เพื่อให้ปอดขยายตัว	1.10	1.162	ปานกลาง
3.7 ทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้คนพิการเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ เช่น ดูแลผิวหนัง การทำแผล หรือ การทำความสะอาดท่อหายใจ (ในกรณีที่คนพิการมีแผลหรือเจาะคอ)	1.03	1.116	ปานกลาง
3.8 ช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหว ข้อไหล่ หรือ ข้อสะโพก ข้างที่อ่อนแรง โดยวิธียก แขน-ขา ขึ้น-ลงวันละ 20 ครั้ง	1.34	1.033	ปานกลาง
3.9 ช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหว ข้อศอก หรือ ข้อเข่า ข้างที่อ่อนแรง โดยวิธี พับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง	1.24	1.044	ปานกลาง
3.10 ช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหว ข้อมือ หรือ ข้อเท้า ข้างที่อ่อนแรง โดยวิธี พับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง	1.22	1.063	ปานกลาง
3.11 ช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหวข้อนิ้วมือ หรือข้อ นิ้วเท้า ข้างที่อ่อนแรง โดยวิธี หมุน พับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง	1.23	1.050	ปานกลาง
3.12 ช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการได้เคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแขน หรือ กล้ามเนื้อขา ข้างที่อ่อนแรง โดยวิธี โดยวิธีวางถุงทรายที่มี น้ำหนักบนหลังเท้าแล้วยกขึ้น-ลงวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง	.96	1.014	ต่ำ
4. ด้านการดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ	11.41	4.95	ปานกลาง
4.1 จัดให้คนพิการได้ร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกในครอบครัว	1.44	1.142	ปานกลาง
4.2 สมาชิกในครอบครัวควรใส่ใจช่วยเหลือให้คนพิการมีความรู้สึกดีขึ้น เช่น การทักทาย พูดคุยให้กำลังใจ การแสดง ความเคารพ	1.84	1.023	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-1 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการ ปฏิบัติการ ดูแล
4.3 ใช้เวลาและเปิดโอกาสให้คนพิการพูดระบายความรู้สึกนึกคิด	1.70	1.076	ปานกลาง
4.4 พยายามช่วยเหลือคนพิการให้ทำในสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อตนเอง อย่างเต็มความสามารถ (เช่น การฝึกทักษะ/ ฝึกปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน)	1.62	1.025	ปานกลาง
4.5 เมื่อคนพิการแสดงอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดจะนั่งเฉย พัง ยอมรับและทำความเข้าใจในสิ่งที่คนพิการทำโดยไม่แสดง ปฏิกิริยา อารมณ์โต้ตอบ	1.90	.885	ปานกลาง
4.6 สนับสนุนให้คนพิการได้ทำในสิ่งที่ตอบสนองต่อเป้าหมายใน ชีวิตหรือความรู้สึกภายในใจ เช่น การทำภาระ กิจที่ยังค้างอยู่ หรือการพบปะญาติ/ เพื่อน	1.44	.991	ปานกลาง
4.7 สนับสนุนการเพิ่มจุดยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การสวดมนต์หรือ ประกอบพิธีทางศาสนาตามความประสงค์ของคนพิการ	1.46	1.016	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความสามารถในการดูแล (0-120 คะแนน)	57.81	23.36	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติ
ผู้ดูแล จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และ โดยรวมจากคะแนน 0-1 ($n = 200$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล	M	SD	ระดับ ความรู้ เกี่ยวกับ การดูแล
1. ด้านความรู้ทั่วไป	1.96	.697	ปานกลาง
1.1 คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวหมายถึงบุคคลที่มีอาการ อ่อนแรง ของแขนขาหรือ อวัยวะภายนอกอื่น ๆ เพียงชั่วคราว หรือถาวรก็ได้	.36	.481	ต่ำ
1.2 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการ ทางกายและการเคลื่อนไหว	.77	.422	ปานกลาง
1.3 อาการท้อแท้หมดกำลังใจเป็นอาการทางจิตใจที่เกิดขึ้นบ่อยกับ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	.84	.372	สูง
2. ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	3.68	1.63	ปานกลาง
2.1 คนพิการจำเป็นต้องได้รับอาหารเสริมหรือวิตามินทุกมื้อ	.54	.500	ต่ำ
2.2 การจัดให้คนพิการนั่งเก้าอี้ถ้าย นึ่งหม้อนอนหรือนั่งโถส้วมนาน 15 นาทีหลังตื่นนอนทุกวันเป็นการดูแลและฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ให้กับคนพิการ	.83	.377	สูง
2.3 การนวดหลังและร่างกายจะช่วยให้คนพิการมีการพักผ่อนได้เพิ่ม มากขึ้นเพราะร่างกายมีการผ่อนคลายลดความตึงเครียด	.86	.353	สูง
2.4 การอาบน้ำ/ เช็ดตัวและการแปรงฟันให้คนพิการ ไม่จำเป็นต้อง ทำทุกวัน	.68	.470	ปานกลาง
2.5 ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอนทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด และแห้งทุกครั้งที่คนพิการปัสสาวะรดที่นอน	.86	.348	สูง
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.39	2.94	ปานกลาง
3.1 การช่วยฝึกให้คนพิการใช้แขนขาข้างปกติช่วยพยุงแขนขาข้างที่ อ่อนแรงเคลื่อนไหวบ่อย ๆ ทุกวัน ไม่ใช่เป็นการออกกำลังกาย ที่ดี	.47	.500	ต่ำ
3.2 การช่วยพลิกตะแคงตัวคนพิการไปมาทุก 2 ชั่วโมงบนที่นอนที่ แห้งสะอาดและเรียบตึง เป็น วิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ ก้นหลังและข้อต่าง ๆ	.44	.498	ต่ำ

ตารางภาคผนวก ก-2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล	M	SD	ระดับ ความรู้ เกี่ยวกับ การดูแล
3.3 กิจกรรมที่ช่วยป้องกันการยึดติดของข้อ ที่สำคัญคือการช่วยหรือกระตุ้นให้เคลื่อนไหวข้อมือ ข้อศอก ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า ข้างที่อ่อนแรงเพียงบางวัน	.48	.501	ต่ำ
3.4 การจัดท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง 45 ให้คนพิการ ขณะให้อาหาร และหลังให้อาหารอิ่มแล้ว ครึ่งชั่วโมง เป็นการป้องกันการสำลักอาหาร	.44	.498	ต่ำ
3.5 ให้คนพิการได้รับน้ำดื่มอย่างน้อย 2-3 ขวดแม่โจงต่อวันเป็นการป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ	.50	.501	ต่ำ
3.6 การจัดยาระบายให้คนพิการรับประทานบ่อย ๆ เป็นการป้องกันการท้องผูก	.48	.501	ต่ำ
3.7 เมื่อคนพิการมีไข้ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หรือปัสสาวะสีเข้ม ออกน้อย ควรรอและพาไปรักษาในวันนัดพบแพทย์	.57	.496	ต่ำ
4. ด้านการดูแลทางจิตใจ	3.59	1.58	ปานกลาง
4.1 การจัดเตรียมหรือดัดแปลง เครื่องใช้ประจำวันให้คนพิการใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพ (เช่น จานที่มีขอบ แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย) เป็นการส่งเสริมให้คนพิการได้ฝึกช่วยเหลือตนเอง	.80	.397	สูง
4.2 การดูแลคนพิการด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มและทำที่เป็นกันเองจะช่วยให้คนพิการรู้สึก ว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล	.82	.385	สูง
4.3 เมื่อคนพิการพูดไม่ได้หรือพูดไม่รู้เรื่องควรเร่งให้ตอบคำถามโดยเร็วเพื่อเป็นการ กระตุ้นสมองด้านการพูดและความทรงจำโดยตรง	.50	.501	ต่ำ
4.4 ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้คนพิการได้ประสบความสำเร็จในสิ่ง ยึดเหนี่ยวในชีวิต (เช่น การชักชวนคนพิการสวนมนต์)	.86	.343	สูง
4.5 การเปิดวิทยุ โทรทัศน์ รายการที่คนพิการชอบให้คนพิการฟัง หรือ ดูเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับคนพิการ	.60	.491	ต่ำ
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแล (0-20 คะแนน)	12.70	3.83	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวมจากระดับคะแนน 1-5 (n = 200)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	M	SD	ระดับภาวะสุขภาพ
1. การมองภาวะสุขภาพโดยรวม	3.31	1.096	พอใช้
ด้านการเคลื่อนไหว	6.54	2.46	พอใช้
2. เคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องตัว	3.46	1.239	พอใช้
3. สามารถออกกำลังกายที่หนักได้	3.08	1.461	พอใช้
ด้านการดูแลตนเอง	7.83	2.14	ดี
4. การทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น อาบน้ำ หรือแต่งตัว	4.04	1.188	ดี
5. การทำสิ่งต่าง ๆ และคงไว้ซึ่งความเป็นตัวเอง	3.79	1.109	ดี
ด้านความเจ็บปวด	5.57	2.22	พอใช้
6. มีอาการเจ็บปวดหรือปวดเมื่อยตามร่างกาย	2.76	1.144	พอใช้
7. มีความรู้สึกไม่สุขสบายกาย	2.99	1.211	พอใช้
ด้านสติปัญญา	7.06	2.02	พอใช้
8. มีอาการหลงลืมบ่อย ๆ ว่ากำลังทำอะไร	3.32	1.219	พอใช้
9. สามารถเรียนรู้งานใหม่ (เช่นการจัดที่อยู่ใหม่ การทำอาหาร การจัดทำทางคนพิการ การทำแผล)	3.74	1.109	ดี
ด้านกิจกรรมระหว่างบุคคล	7.88	1.99	ดี
10. การติดต่อสื่อสาร พูดคุยหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่น	4.02	1.109	ดี
11. การจัดการกับความเครียดหรือลดการขัดแย้งกับคนอื่น	3.86	1.068	ดี
ด้านการมองเห็น	6.82	2.14	พอใช้
12. การมองเห็นไม่ชัดในระยะใกล้	3.46	1.215	พอใช้
13. การมองเห็นไม่ชัดในระยะไกล	3.35	1.231	พอใช้
ด้านการนอนหลับ	6.13	2.20	พอใช้
14. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น หลับยาก ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไป	3.21	1.222	พอใช้

ตารางภาคผนวก ก-3 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	M	SD	ระดับภาวะสุขภาพ
15. ความรู้สึกหึกห่อนไม่เพียงพอ และไม่สดชื่นในเวลากลางวัน	2.92	1.188	พอใช้
ด้านอารมณ์และความรู้สึก	6.46	2.41	พอใช้
16. ความรู้สึกเศร้าโศกหรือซึมเศร้า ท้อแท้	3.33	1.327	พอใช้
17. ความรู้สึกกังวลใจ หรือกลัวใจต่อปัญหาต่าง ๆ	3.14	1.231	พอใช้
ค่าเฉลี่ยโดยรวมคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (17-85 คะแนน)	57.79	14.35	พอใช้

ตารางภาคผนวก ก-4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและ โดยรวม จากระดับคะแนน 1-5 (n = 200)

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว	M	SD	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	13.38	2.96	ปานกลาง
1. มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน	3.93	1.015	ดี
2. ความพยายามช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.53	1.002	ปานกลาง
3. หาเวลาอยู่ด้วยกัน	2.72	1.112	ปานกลาง
4. ช่วยเหลือกันในช่วงที่แต่ละฝ่ายประสบปัญหา	3.19	1.082	ปานกลาง
ด้านการสั่งสอน	6.36	1.81	ปานกลาง
5. คนพิการปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติผู้ดูแล	3.54	1.016	ปานกลาง
6. พูดยกย่องเกี่ยวกับกฎระเบียบ การปฏิบัติตาม	2.81	1.209	ปานกลาง
ด้านการดูแล	2.84	1.11	ปานกลาง
7. มักจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน	2.85	1.108	ปานกลาง
ด้านการให้ความไว้วางใจระหว่างกัน	12.52	2.99	ปานกลาง
8. รู้จักเพื่อนของกันและกัน	3.09	1.144	ปานกลาง
9. กล้าที่จะบอกความต้องการของตนเองให้อีกฝ่ายทราบ	3.09	1.180	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-4 (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ การเคลื่อนไหว	M	SD	ระดับ ความสัมพันธ์
10. พุดคุยเล่าเรื่องส่วนตัวหรือประสบการณ์ให้กับคนอื่นฟัง มากกว่าพุดคุยกับคนพิการ	3.08	1.042	ปานกลาง
11. ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่จะปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคน อื่นในครอบครัวหรือเพื่อนมากกว่าคนพิการ	3.26	.942	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงความรู้สึก	11.50	3.68	ปานกลาง
12. ปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน	2.99	1.058	ปานกลาง
13. ทำงานอดิเรกร่วมกันด้วยความเข้าใจ	2.74	1.171	ปานกลาง
14. ใช้เวลาว่างทำกิจกรรมต่างๆ พร้อมกัน	2.77	1.142	ปานกลาง
15. รับประทานอาหารร่วมกันอย่างน้อย 1 มื้อในแต่ละวัน	3.01	1.250	ปานกลาง
ด้านการช่วยแก้ปัญหา	8.91	3.09	ปานกลาง
16. มักใช้วิธีประนีประนอมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างกัน	3.11	1.088	ปานกลาง
17. ร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น	2.95	1.175	ปานกลาง
18. ร่วมกันคิดหาวิธีหาวิธีใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา	2.85	1.157	ปานกลาง
ด้านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระของตนเองกับคน พิการ	6.06	2.08	ปานกลาง
19. เมื่อต้องตัดสินใจใดๆ มักมีความคิดเห็นที่ตรงกัน	2.93	1.158	ปานกลาง
20. แสดงความคิดเห็นกันอย่างอิสระ	3.14	1.172	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคน พิการทางกายและการเคลื่อนไหว (20-100 คะแนน)	61.57	14.13	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล จำแนก เป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวมจากระดับคะแนน 1-5 ($n = 200$)

การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
ด้านให้การสนับสนุนด้านอารมณ์	28.08	4.969	ปานกลาง
1. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ มักจะมีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจ	3.53	.782	ปานกลาง
2. เมื่อต้องการระบายอารมณ์หรือความรู้สึกมัก	3.48	.789	ปานกลาง
3. บุคคลรอบข้างไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้รู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ	3.34	.922	ปานกลาง
4. บุคคลรอบข้างทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	3.67	.908	มาก
5. เมื่อมีความทุกข์ทางใจจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง	3.54	.873	ปานกลาง
6. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและความต้องการของเป็นอย่างดี	3.42	.864	ปานกลาง
7. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้รู้สึกพอใจที่ได้ใกล้ชิด	3.54	.782	ปานกลาง
8. มีคนที่รู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ที่สำคัญได้	3.58	.766	ปานกลาง
ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานหรือการบริการ	19.53	4.714	ปานกลาง
9. มักมีบุคคลที่จะไปไหนมาไหนด้วยเมื่อต้องการ	3.52	.908	ปานกลาง
10. มีผู้ช่วยทำงานบ้านให้ทุกครั้งเมื่อต้องการ	3.17	1.023	ปานกลาง
11. เมื่อต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น ช่วยดูแลคนพิการ/ ทำความสะอาดบ้าน) มักจะมีผู้ช่วยเหลือ	3.22	.969	ปานกลาง
12. เมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้านมักจะมีคนดูแลบ้านให้	3.19	1.007	ปานกลาง
13. เมื่อมีปัญหาด้านการเงินมักมีผู้ให้ความช่วยเหลือ	3.10	1.022	ปานกลาง
14. เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพมักมีผู้คอยช่วยเหลือ	3.34	.942	ปานกลาง
ด้านการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	16.72	3.777	ปานกลาง
15. มีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน	3.34	.894	ปานกลาง
16. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ	3.36	.896	ปานกลาง
17. มีผู้ชี้แจงเมื่อต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลหรือข่าวสารที่ได้รับ	3.28	.875	ปานกลาง
18. มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่น	3.41	.880	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ก-5 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
19. รู้สึกว่ารับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ	3.34	.927	ปานกลาง
ด้านการช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	31.24	5.923	ปานกลาง
20. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องไม่ดูแคลน	3.46	.826	ปานกลาง
21. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงเพื่อให้กระทำ ในสิ่งที่เหมาะสมขึ้น	3.39	.831	ปานกลาง
22. ได้รับการชื่นชม หรือ ได้กำลังใจ เมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม	3.55	.781	ปานกลาง
23. ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานที่สามารถทำได้	3.55	.831	ปานกลาง
24. มีผู้คอยสนับสนุนให้กระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเอง	3.42	.894	ปานกลาง
25. มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำ	3.31	.905	ปานกลาง
26. มีโอกาสตัดสินใจในกิจกรรมของครอบครัว	3.53	.902	ปานกลาง
27. มีผู้บอกหรือแสดงให้รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	3.43	.922	ปานกลาง
28. ได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น	3.58	.835	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม (28 -140 คะแนน)	95.57	17.16	ปานกลาง

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วนิช อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
สาขาภาคตะวันออก
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณจันทร์นิภา เกตรา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว
5. คุณทรงศนีย์ โสรังธรรมกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ค
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

วันให้คำยินยอมวันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)

ลงนาม ผู้ทำวิจัย
(.....)

-2-

* ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....)

* ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนามผู้ปกครอง/

ผู้แทน โดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย: ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน
จังหวัดสมุทรปราการ

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาทำวิจัย เรื่องปัจจัยปัจจัยทำนายนการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้

คนพิการเป็นประชากรด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งในสังคมของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งอุบัติการณ์ในปัจจุบันพบว่ามีคนพิการประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก (WHO, 2006)และจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในประเทศไทยพบคนพิการมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกพบว่าจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่มีคนพิการสะสมมากที่สุดนับจากปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2550 มีคนพิการสะสมจำนวน 9,140 คน ประเภทที่พบมากที่สุดคือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวคิดเป็นร้อยละ 61 ของคนพิการทั้งหมด ซึ่งคนพิการกลุ่มนี้มีความทุพพลภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้พึ่งพาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเลวลงตามบริบทของแต่ละครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของชุมชน (รัชนี สรรเสริญ, 2547) มีหน้าที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเกี่ยวกับบทบาทการดูแล ช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ศุภมาส จันทรงาม, 2550) ป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน (ศรีสุดา เกียรติรัตน์, 2550) พาไปพบแพทย์ตามนัด ให้การฟื้นฟูสภาพ ดูแลระดับประคองจิตใจให้กำลังใจ (ยุวดี รอดจากภัย และคณะ, 2547) แต่การดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั้นญาติผู้ดูแลต้องรับภาระเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่หนัก และมีความซับซ้อน จนบางครั้งก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นปัญหาสุขภาพกับญาติผู้ดูแล มีอาการปวดหลัง อ่อนเพลีย ภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ทрудโทรมลง (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข - เซอร์เรอร์, 2549; สุพัสสิริ บุญยะวัตต์, 2546) เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล (กัทรียา รัตนวิมล, 2545; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; ศรีสุดา เกียรติรัตน์, 2550; อุษา จารุสวัสดิ์, 2548) ซึมเศร้า เหนื่อยหน่ายขาดความเป็นส่วนตัวและอิสรภาพ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2548) ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนจากสังคมก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นเครียดยิ่งขึ้น (Group, 2001; อธิฐาน จินสุวรรณ, 2549) รวมทั้งมีปัญหาทางเศรษฐกิจ (อาทร รวีไพบูลย์, 2550) อันจะนำไปสู่ปัญหาทางด้านการดูแล ที่มักพบภาวะแทรกซ้อนติดเชื้ทางเดินหายใจ แผลกดทับและข้อยึดติดในคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวกลับเข้ามา

รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล กับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีอำนาจในการ ทำนายการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลหรือไม่อย่างไรทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นแนวทาง ในการส่งเสริมพัฒนาญาติผู้ดูแลให้มีระดับการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ให้ดีขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของคนพิการทางกายและการ เคลื่อนไหวได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องได้ในขณะที่ดูแลอยู่ที่บ้าน ในบทบาทญาติผู้ดูแลที่ดีมี ประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ให้ได้รับการดูแลที่ ถูกต้องเหมาะสม จนคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอาจพัฒนาความสามารถในการช่วยตัวเอง ได้มากขึ้น ซึ่งจะลดภาระการพึ่งพา ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นการลดการ สูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม

ข้าพเจ้า นางรณิดา สารวรางค์กูร เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความสนใจที่จะศึกษาทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัย ทำนายการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัด สมุทรปราการ วิธีการวิจัยนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามซึ่งการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม หรือคำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัว ท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ โดยนำมาเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทาง ปฏิบัติงานและการพัฒนา การปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนแนวเพิ่มคุณภาพการการปฏิบัติการดูแล ของญาติผู้ดูแล

หากมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีให้ท่านซักถามและยินดีตอบ ข้อสงสัยตลอดเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ท่านยินดี เข้าร่วมในการวิจัยแล้วท่านมีสิทธิ์จะถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ดิฉันหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย และขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อดิฉันได้ตลอดเวลาหรือทาง โทรศัพท์ ที่หมายเลข 089 - 1088867 โรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลขโทรศัพท์ 02- 7018132 ต่อ 3072 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่านทุกเมื่อ

รณิดา สารวรางค์กูร

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการ
เคลื่อนไหวนที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคน
พิการทางกายและการเคลื่อนไหวนที่บ้าน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้
เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์
ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติ
ผู้ดูแล และศึกษาอิทธิพลทำนายร่วมของปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล ภาวะ
สุขภาพของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกาย
และการเคลื่อนไหว และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ต่อการปฏิบัติการดูแลของญาติ
ผู้ดูแล

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน จำนวน 143 ข้อ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและ
การเคลื่อนไหว จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ

หมายเลขแบบสัมภาษณ์ ☐☐☐**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว**

(จำนวน 14 ข้อ)

คำชี้แจง ให้ญาติผู้ดูแลอ่านข้อความแต่ละข้อ พิจารณาข้อคำตอบดังกล่าวแล้วเขียน หรือใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับคำตอบของญาติผู้ดูแลตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ ปี (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หย่าร้าง ☐ 4. หม้าย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา
☐ 4. อนุปริญญา/อาชีวศึกษา ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. ค้าขาย
☐ 3. เกษตรกร ☐ 4. รับจ้างทั่วไป
☐ 5. ลูกจ้างบริษัท ห้างร้าน โรงงาน ☐ 6. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
☐ 7. อาชีพส่วนตัว ☐ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของท่าน (เฉพาะตัว).....บาท/ เดือน (ถ้าไม่มีรายได้ใส่ 0 บาท)
7. ประสบการณ์ในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว / ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป
☐ 1 ไม่เคย ☐ 2 เคย (ระบุโรค).....
8. จำนวนคนพิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่ท่านต้องรับผิดชอบดูแลในขณะนี้
☐ 1 ดูแล 1 คน ☐ 2 ดูแล 2 คน
☐ 3 ดูแลมากกว่า 2 คน (โปรดระบุจำนวนคน)
9. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลเป็น.....ของคนพิการรายนี้
☐ 1. บิดา/มารดา ☐ 2. บุตร ☐ 3. หลาน
☐ 4. พี่น้อง ☐ 5.สามี/ ภรรยา ☐ 6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
10. จำนวนคนพิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลในปัจจุบัน.....คน
11. ท่านดูแลคนพิการรายนี้จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลานาน.....ปี.....เดือน

12. ท่านดูแลคนพิการรายนี้เฉลี่ยวันละ.....ชั่วโมง

13. กิจกรรมที่ให้การดูแลคนพิการรายนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. การรับประทาน | ☐ 2. การออกกำลังกาย/ฟื้นฟูสภาพ. |
| ☐ 3. การขับถ่าย | ☐ 4. การแต่งตัว |
| ☐ 5. การจัดท่านอน | ☐ 6. การเคลื่อนไหวขึ้น-ลงเตียง |
| ☐ 7. การให้กำลังใจ/ ปลอบใจ | ☐ 8. กิจกรรมทางสังคม |
| ☐ 9. การให้ยา | ☐ 10. อื่น ๆ (โปรดระบุ) |

14. ท่านมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการดูแลในเรื่องใดบ้าง

- ☐ 1. ความรู้ด้านการดูแล
- ☐ 2. เวลา
- ☐ 3. สุขภาพ
- ☐ 4. ค่าใช้จ่าย (เงิน)
- ☐ 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ) -----

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (จำนวน 4 ข้อ)

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ ปี (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

3. ระดับความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

- ☐ 1. พิการทั้งแขนและขาทั้งสองข้าง (อัมพาตทั้งตัว)
- ☐ 2. พิการทั้งแขนและขาเพียงข้างใดข้างหนึ่ง (อัมพาตครึ่งซีก)
- ☐ 3. พิการครึ่งท่อนล่าง (อัมพาตครึ่งท่อน)

4. ระยะเวลาที่มีความพิการ.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (จำนวน 17 ข้อ)

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความทางซ้ายมือให้ญาติผู้ดูแลพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวตรงกับระดับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยรวมตามความเป็นจริงมากที่สุด ในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จากนั้นผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับคำตอบของญาติผู้ดูแล

เกณฑ์การพิจารณา

- 1 = มีรุนแรงมากที่สุด หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลมากที่สุด
- 2 = มีรุนแรงมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลมาก
- 3 = มีปานกลาง หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลปานกลาง
- 4 = มีเล็กน้อย หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลเล็กน้อย
- 5 = ไม่มี หมายถึง ภาวะสุขภาพดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลเลย

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	รุนแรงมากที่สุด (1)	มีรุนแรงมาก (2)	มีปานกลาง (3)	มีเล็กน้อย (4)	ไม่มี (5)
1. ปัจจุบันท่านมีปัญหาภาวะสุขภาพโดยรวม					
2. ท่านมีระดับความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างคล่องตัว					
3. ท่านมีระดับความยากลำบากในการออกกำลังกายที่หนัก เช่น วิ่ง หรือขี่จักรยานเป็นเวลานาน ๆ					
4. ท่านมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันของตนเอง เช่น อาบน้ำ หรือแต่งตัว					
5. ท่านมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่าง ๆ และคงไว้ซึ่งความเป็นตัวท่าน(ความมีระเบียบเรียบร้อย)					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	รุนแรง มากที่สุด (1)	มีรุนแรง มาก (2)	มี ปาน กลาง (3)	มี เล็ก น้อย (4)	ไม่มี (5)
6. ท่านมีอาการเจ็บปวดหรือปวดเมื่อยตามร่างกาย					
7. ท่านมีความรู้สึกไม่สุขสบายกาย					
8. ท่านมีอาการหลงลืมบ่อยๆว่ากำลังทำอะไร					
9. ท่านมีความยากลำบากในการเรียนรู้งานใหม่ (เช่น การจัดที่อยู่ใหม่ การทำอาหาร การจัดทำทางคนพิการ การทำแผล)					
10. ท่านมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร พูดคุย หรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับคนอื่น					
11. ท่านมีความยากลำบากในการจัดการกับความเครียดหรือลดการขัดแย้งกับคนอื่น					
12. ท่านมีปัญหาในการมองเห็นไม่ชัดในระยะไกล เช่น การมองเห็นสิ่งของต่างๆ หรือคนที่ท่านรู้จัก ซึ่งยืนอยู่อีกฟากหนึ่งของถนน (ในระยะห่างประมาณ 20 เมตร)					
13. ท่านมีปัญหาในการมองเห็นไม่ชัดในระยะใกล้ เช่น อ่านหนังสือหรือมองรายละเอียดสิ่งของซึ่งวางอยู่ในระยะห่างหนึ่งช่วงแขน					
14. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น หลับยาก ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไป					
15. ท่านมีความรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่สดชื่นในเวลากลางวัน					
16. ท่านมีความรู้สึก เสร้าโศกหรือซึมเศร้า ท้อแท้					
17. ท่านมีความรู้สึกกังวลใจ หรือกลัวใจต่อปัญหาต่าง ๆ					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแล (จำนวน 40 ข้อ)

คำชี้แจง ให้ญาติผู้ดูแลพิจารณาว่าเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวในระดับใด จากนั้นใส่เครื่องหมาย

✓ ลงในช่อง [] ที่ตรงกับคำตอบของญาติผู้ดูแลซึ่งได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวตามความเป็นจริง

1. ท่านได้ตรวจสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย/จิตใจของคนพิการที่อยู่ในความดูแล

- [] ทำทุกวัน
- [] ทำสัปดาห์ละ 3 วัน
- [] ทำสัปดาห์ละ 1 วัน
- [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
- [] อื่น ๆ ระบุ

2. ท่านระดมให้คนพิการ/ช่วยเหลือให้คนพิการได้ระดมเอง

- [] สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- [] 2 สัปดาห์สระ 1 ครั้ง
- [] เดือนละครั้ง
- [] ไม่เคยสระผมเพราะ.....
- [] อื่น ๆ ระบุ

3. ท่านช่วยทำความสะอาดปาก/ฟันโดยวิธีแปรงฟันให้คนพิการหรือดูแลให้คนพิการได้ทำเอง

- [] ทำวันละ 2 ครั้ง
- [] ทำวันละ 1 ครั้ง
- [] ทำเป็นบางวัน
- [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
- [] อื่น ๆ ระบุ

4. ท่านช่วยทำความสะอาดร่างกายโดยวิธีอาบน้ำ/เช็ดตัวให้คนพิการ หรือดูแลให้คนพิการ อาบน้ำหรือเช็ดตัวเอง

- [] ทำทุกวัน
- [] ทำวันเว้นวัน
- [] ทำเป็นบางวัน
- [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
- [] อื่น ๆ ระบุ

5. ท่านช่วยคนพิการ/ให้คนพิการฝึกทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยวิธีล้าง และเช็ดให้แห้ง

[] ทำวันละ 2 ครั้ง

[] ทำวันละ 1 ครั้ง

[] ทำนาน ๆ ครั้ง

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

6. ท่านช่วย/ให้คนพิการฝึกสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง

[] ทำทุกวัน

[] ทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

[] ทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

7. ท่านดูแลจัดที่นอนคนพิการให้แห้ง สะอาดและเรียบตึง

[] ทำทุกวัน

[] ทำวันเว้นวัน

[] ทำบางวันเฉพาะเมื่อจำเป็น หรือสกปรกมาก

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

8. ท่านจัดท่านอนหงายให้คนพิการโดยใช้หมอนรองศีรษะถึงไหล่ และใช้หมอนเนื้อแน่นวางกันบริเวณด้านข้างต้นขา ใช้หมอนรองใต้เข่า และข้อเท้า

[] ทำครบถ้วนทุกครั้ง

[] ทำครบถ้วนสัปดาห์ละ 3-4 วัน

[] ทำครบถ้วนสัปดาห์ละ 1-2 วัน

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

9. ท่านจัดท่านอนตะแคงให้คนพิการโดยหนุนศีรษะ จัดแขนบนวางทาบทมบนระดับหน้าอก แขนด้านล่างเหยียดตรงหรืองอเล็กน้อย และหนุนขาที่อยู่ด้านบนด้วยหมอน

- ☐ ทำครบถ้วนทุกครั้ง
- ☐ ทำครบถ้วนสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ ทำครบถ้วนสัปดาห์ละ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

10. ท่านจัดให้คนพิการนั่งห้อยเท้าบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้รถเข็น โดยใช้หมอนรองแขนข้างที่อ่อนแรง และจัดที่วางเท้าให้คนพิการ

- ☐ ทำครบถ้วนทุกครั้ง
- ☐ ทำครบถ้วนสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ ทำครบถ้วนสัปดาห์ละ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

11. ท่านจัดเตรียมอาหารให้แก่คนพิการ โดยคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารที่ครบ 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ น้ำข้าว หรือข้าวบด ไขมันที่จำเป็น ผัก ผลไม้ และน้ำ

- ☐ เตรียมครบถ้วน ทุกมื้อ
- ☐ เตรียมครบถ้วนบางมื้อ
- ☐ เตรียมครบถ้วน นาน ๆ มื้อ
- ☐ เตรียมตามสะดวก ไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าทางอาหารทั้ง 5 หมู่
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

12. ท่านจัดเตรียมหรือดัดแปลงอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาพคนพิการเช่น จัดหาช้อนด้ามยาว จาน แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย ทำหลุมวางภาชนะบน โต๊ะ หรือถาดที่มีขอบ ให้แก่คนพิการ

- ☐ ดัดแปลงและจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความสามารถของคนพิการเพิ่ม
- ☐ ไม่ดัดแปลง แต่ใช้ภาชนะที่มีอยู่ในบ้านให้เหมาะสม
- ☐ ไม่ดัดแปลง แต่ช่วยเหลือคนพิการในการรับประทานอาหาร
- ☐ ไม่เคยดัดแปลงหรือจัดเตรียมอุปกรณ์ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

13. ท่านตรวจดูว่ามีเสมหะในลำคอหรือไม่ก่อนที่จะป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง

☐ ทำทุกครั้งที่ให้อาหาร

☐ ทำเกือบทุกมื้อ

☐ ทำเป็นบางมื้อ

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

14. ท่านจัดท่านั่งหรือนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา ให้คนพิการในระหว่างให้อาหาร

☐ ทำทุกครั้งที่ให้อาหาร

☐ ทำเกือบทุกมื้อ

☐ ทำเป็นบางมื้อ

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

15. ท่านกระตุ้นให้คนพิการรับประทานอาหารด้วยตนเองก่อน แล้วจึงช่วยป้อนอาหารให้จนเพียงพอ

☐ ทำทุกครั้งที่ให้อาหาร

☐ ทำเกือบทุกมื้อ

☐ ทำเป็นบางมื้อ

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

16. หลังจากคนพิการรับประทานอาหารหรือให้อาหารทางสายยางแล้ว ท่านจัดให้คนพิการนั่ง หรือนอนหัวสูงนานประมาณครึ่งชั่วโมง

☐ ทำทุกครั้งที่ให้อาหาร

☐ ทำเกือบทุกมื้อ

☐ ทำเป็นบางมื้อ

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

17. ท่านจัดให้คนพิการได้ร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกในครอบครัว

- ☐ ทำทุกวัน
- ☐ ทำเกือบทุกวัน
- ☐ ทำเป็นบางวัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

18. ท่านช่วยคนพิการให้ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาโดยให้คนพิการนั่งเก้าอี้ถ่าย นั่งหม้อนอน หรือนั่งโถ
ส้วมนานครั้งละ 15 นาทีหลังจากตื่นนอนในตอนเช้า

- ☐ ทำทุกวัน
- ☐ ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ ทำสัปดาห์ละ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

19. ท่านดูแลให้คนพิการได้รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น มะละกอสุก ก๋วย ส้ม

- ☐ ทำทุกวัน
- ☐ ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

20. ท่านดูแลให้คนพิการได้รับน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือ ประมาณ 2 ขวดแม่โขง

- ☐ ทำทุกวัน
- ☐ ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

21. ท่านดูแลการขับถ่ายปัสสาวะของคนพิการ กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะของคนพิการให้เป็นเวลา

- ☐ ทำทุกครั้งที่คนพิการไม่ขับถ่ายปัสสาวะนานเกิน 6 ชั่วโมง
- ☐ ทำเมื่อกระเพาะปัสสาวะเริ่มตึงเล็กน้อยทุกครั้ง
- ☐ ทำเมื่อกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงจนสังเกตได้ชัดเจน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

22. ท่านสังเกตความผิดปกติ เช่น สี ความขุ่น และจำนวนปัสสาวะของคนพิการ

- ☐ สังเกตทุกวัน
- ☐ สังเกตสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ สังเกตสัปดาห์ละ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยสังเกต เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

23. ท่านช่วยเปลี่ยนผ้ารองและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้คนพิการเมื่อปัสสาวะหรืออุจจาระรดที่นอน

- ☐ เปลี่ยนผ้ารองและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ ทุกครั้ง
- ☐ เปลี่ยนผ้ารองและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ บางครั้ง
- ☐ เปลี่ยนผ้ารองให้ แต่ ไม่ได้ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

24. ท่านช่วยนวดหลัง นวดตัวให้คนพิการ

- ☐ ทำทุกวัน
- ☐ ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
- ☐ ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

25. ท่านช่วยเหลือหรือกระตุ้นให้คนพิการได้ พลิกตะแคงตัว ไปมา

[] ทำวันละ 8 ครั้ง

[] ทำวันละ 4-5 ครั้ง

[] ทำวันละ 1-2 ครั้ง

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

26. ท่านใช้วัสดุอ่อนนุ่มรองบริเวณกระดูกสะบัก ก้นกบ สันเท้า เมื่อจัดให้คนพิการเปลี่ยนท่านอน

[] รองครบถ้วนทุกครั้ง

[] รองครบถ้วนเป็นบางครั้ง

[] รองครบถ้วนนานๆครั้ง

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

27. ท่านกระตุ้นให้คนพิการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ไอ และขับเสมหะ วันละ 2-5 ครั้ง

[] ทำทุกวัน

[] ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน

[] ทำสัปดาห์ 1-2 วัน

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

28. ท่านกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ลุกนั่ง/ เดิน /โยนลูกบอลหรือทำกิจกรรม เพื่อให้ปอดขยายตัว

[] ทำทุกวัน

[] ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน

[] ทำสัปดาห์ 1-2 วัน

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

29. ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้คนพิการเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ เช่นดูแลผิวหนัง การทำแผล หรือการทำความสะอาดท่อหายใจ (ในกรณีที่คนพิการมีแผล หรือเจาะคอ)

- [] ทำทุกวัน
 [] ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
 [] ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
 [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
 [] อื่น ๆ ระบุ

30. ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหว ข้อไหล่ หรือ ข้อสะโพก ข้างที่อ่อนแรงโดยวิธียกแขน-ขา ขึ้น-ลงวันละ 20 ครั้ง

- [] ทำทุกวัน
 [] ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
 [] ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
 [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
 [] อื่น ๆ ระบุ

31. ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหว ข้อศอก หรือ ข้อเข่า ข้างที่อ่อนแรงโดยวิธีพับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง

- [] ทำทุกวัน
 [] ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
 [] ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
 [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
 [] อื่น ๆ ระบุ

32. ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหว ข้อมือ หรือ ข้อเท้า ข้างที่ อ่อนแรงโดยวิธีพับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบๆละ 20 ครั้ง

- [] ทำทุกวัน
 [] ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน
 [] ทำสัปดาห์ 1-2 วัน
 [] ไม่เคยทำ เพราะ.....
 [] อื่น ๆ ระบุ

33. ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการเคลื่อนไหวข้อนิ้วมือ หรือ ข้อนิ้วเท้า ข้างที่อ่อนแรงโดยวิธี หมุน พับเข้าและเหยียดออกวันละ 2 รอบๆละ 20 ครั้ง

☐ ทำทุกวัน

☐ ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน

☐ ทำสัปดาห์ 1-2 วัน

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

34. ท่านช่วยหรือกระตุ้นให้คนพิการได้เคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแขน หรือ กล้ามเนื้อขา ข้างที่อ่อนแรงโดยวิธีวางลูกทรายที่มีน้ำหนักบนหลังเท้าแล้วยกขึ้น-ลงวันละ 2 รอบ ๆ ละ 20 ครั้ง

☐ ทำทุกวัน

☐ ทำสัปดาห์ละ 3-4 วัน

☐ ทำสัปดาห์ 1-2 วัน

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

35. ท่านและสมาชิกในครอบครัวใส่ใจช่วยเหลือให้คนพิการมีความรู้สึกดีขึ้น เช่น การ ทักทาย พูดคุยให้กำลังใจ การแสดงความเคารพ

☐ ทำทุกวัน

☐ ทำเกือบทุกวัน

☐ ทำนาน ๆ ครั้ง เฉพาะมีเวลาว่าง

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

36. ท่านให้เวลาและเปิดโอกาสให้คนพิการพูดระบายความรู้สึกนึกคิด

☐ ทำทุกครั้งเมื่อสังเกตพบคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

☐ ทำบางเวลา เฉพาะเมื่อคนพิการบอกรับทราบ

☐ ทำนาน ๆ ครั้ง เมื่อมีเวลาว่าง

☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

37. ท่านพยายามช่วยเหลือคนพิการให้ทำในสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อตนเองอย่างเต็มความสามารถ (เช่นการฝึกทักษะ/ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)

- ☐ ทุกวัน
- ☐ เกือบทุกวัน
- ☐ เป็นบางวัน
- ☐ ไม่สนใจ เพราะ ได้ทำให้ทุกอย่างแล้ว
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

38. เมื่อคนพิการแสดงอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดท่านนั่งเฉย พัง ขอมรับและทำความเข้าใจ ในสิ่งที่คนพิการทำโดยไม่แสดงไม่แสดงปฏิกิริยา อารมณ์ได้ตอบ

- ☐ นั่งเฉยและพัง ทุกครั้ง ที่คนพิการแสดงอารมณ์โกรธ
- ☐ นั่งเฉยและพัง บางครั้ง
- ☐ พังและขอมรับการกระทำ แต่จะว่ากล่าวตักเตือนคนพิการ
- ☐ แสดงปฏิกิริยาได้ตอบทันทีและว่ากล่าวตักเตือนคนพิการด้วยอารมณ์โกรธ
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

39. ท่านสนับสนุนให้คนพิการได้ทำในสิ่งที่ตอบสนองต่อเป้าหมายในชีวิตหรือความรู้สึกภายในใจ เช่นการทำภารกิจที่ยังค้างอยู่ หรือการพบปะญาติ/ เพื่อน

- ☐ ทำเป็นประจำ
- ☐ ทำบ่อยครั้ง
- ☐ ทำบ้างเป็นบางครั้ง
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

40. ท่านสนับสนุนการเพิ่มจุดยึดเหนี่ยวทางจิตใจเช่น การสวดมนต์หรือประกอบพิธีทางศาสนา ตามความประสงค์ของคนพิการ

☐ ทุกครั้งเมื่อสังเกตพบว่าคนพิการมีความประสงค์ หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจ

- ☐ เฉพาะเวลาผู้ป่วยบอกให้ทราบ
- ☐ ทำนานๆครั้ง เมื่อมีเวลาว่าง
- ☐ ไม่เคยทำ เพราะ.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและความ ต้องการของท่านเป็นอย่างดี					
7. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้ท่านรู้สึกว่าคุณใจที่ได้ ใกล้ชิดกับท่าน					
8. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุย ปัญหาต่างๆที่สำคัญได้					
9. ท่านมักมีบุคคลที่จะไปไหนมาไหนด้วยเมื่อท่าน ต้องการ					
10. มีผู้ช่วยทำงานบ้านให้ทุกครั้ง เมื่อท่านต้องการ					
11. เมื่อท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน(เช่นช่วยเหลือคนพิการ / ทำความ สะอาดบ้าน) มักจะมีผู้ช่วยเหลือท่าน					
12. เมื่อท่านต้องออกไปทำธุระนอกบ้านมักจะมีคน ดูแล บ้าน ให้					
13. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน มักมีผู้ให้ความ ช่วยเหลือ					
14. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ มักมีผู้คอย ช่วยเหลือท่าน					
15. มีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ เหมาะสมต่อท่านในการดูแลตนเอง เช่น การ ออกกำลังกาย การพักผ่อน					
16. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ					
17. มีผู้ชี้แจงเมื่อท่านต้องการคำอธิบาย เกี่ยวกับ ข้อมูลหรือ ข่าวสารที่ได้รับ					
18. ท่านมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับ ผู้อื่น					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
19. ท่านรู้สึกว่าคุณรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ท่านสมารถ เสมอ					
20. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องท่านไม่ดูแคลนท่าน					
21. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะ หรือท้วงติง ท่านเพื่อให้ท่านกระทำในสิ่งที่เหมาะสมขึ้น					
22. ท่านได้รับการชื่นชม หรือได้กำลังใจเมื่อท่าน กระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม					
23. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานที่ ท่านสามารถ ทำได้					
24. มีผู้คอยสนับสนุนให้ท่านกระทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อตัว ท่านเอง เช่น การทำงานอดิเรก					
25. มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำจากท่าน					
26. ท่านมีโอกาสตัดสินใจในกิจกรรมของครอบครัว					
27. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมี ประโยชน์ต่อผู้อื่น					
28. ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกับผู้อื่น					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
(จำนวน 20 ข้อ)

คำชี้แจง ให้ญาติผู้ดูแลพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวตรงกับระดับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่าง
ญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวตามความเป็นจริงแล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงใน
ช่องระดับความความสัมพันธ์ทางขวามือ

มีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- 1 = ไม่เคยเลย หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย
- 2 = น้อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
น้อยครั้ง
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
บางครั้ง
- 4 = บ่อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
บ่อยครั้ง
- 5 = ตลอดเวลา หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
ตลอดเวลา

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	ตลอด เวลา (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	น้อย ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. ท่านและคนพิการมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน					
2. ท่านและคนพิการพยายามช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
3. เป็นการยากที่ท่านและคนพิการจะ หาวเวลาอยู่ด้วยกัน					
4. ทั้งท่านและคนพิการช่วยเหลือในช่วงที่แต่ละฝ่ายประสบ ปัญหา					
5. คนพิการปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน					
6. ท่านและคนพิการพูดคุยกันเกี่ยวกับ กฎระเบียบการ ปฏิบัติตน					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	ตลอดเวลา (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	น้อย ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
7. ท่านและคนพิการมักจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน					
8. ท่านและคนพิการรู้จักเพื่อนของกันและกัน					
9. ทั้งท่านและคนพิการกล้าที่จะบอกความต้องการของ ตนเองให้อีกฝ่าย ทราบ					
10. ท่านพูดคุยเล่าเรื่องส่วนตัวหรือ ประสบการณ์ให้บุคคล อื่นฟังมากกว่าพูดคุยกับและคนพิการ					
11. ท่านรู้สึกสบายใจที่จะปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิก คนอื่นในครอบครัวหรือเพื่อนมากกว่าคนพิการ					
12. ท่านและคนพิการได้ปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจวัตร ประจำวันร่วมกัน					
13. ท่านและคนพิการทำงานอดิเรกร่วมกันด้วยความเข้าใจ					
14. ท่านและคนพิการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน					
15. ท่านรับประทานอาหารร่วมกับคนพิการอย่างน้อย 1 มื้อ ในแต่ละวัน					
16. เมื่อมีปัญหาระหว่างท่านและคนพิการ ท่านทั้งสอง มัก ใช้วิธีประนีประนอมในการแก้ปัญหา					
17. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นทั้งท่านและคนพิการร่วมกัน แก้ปัญหา					
18. ทั้งท่านและคนพิการร่วมกันคิดหาวิธีหาวิธีใหม่ ๆ เพื่อ แก้ไขปัญหา					
19. เมื่อต้องตัดสินใจใด ๆ ท่านและคนพิการมักมีความ คิดเห็นตรงกัน					
20. เป็นเรื่องง่ายสำหรับท่านและคนพิการที่จะแสดงความ คิดเห็นอย่างอิสระ					

ส่วนที่ 6 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ดูแล (จำนวน 20 ข้อ)

คำชี้แจง ให้ญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวเป็นข้อความที่ถูกหรือผิด ตามความเข้าใจของญาติผู้ดูแลแล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่อง ถูก หรือ ผิด ทางขวามือของท่านเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ถูก	ถูก
1. คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวหมายถึงบุคคลที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาหรืออวัยวะภายนอกอื่นๆ เพียงชั่วคราวหรือถาวรก็ได้		
2. โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว		
3. อาการท้อแท้ หดหู่กำลังใจเป็นอาการทางจิตใจที่เกิดขึ้นบ่อยกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว		
4. คนพิการจำเป็นต้องได้รับอาหารเสริมหรือวิตามิน ทุกมื้อ		
5. การจัดให้คนพิการนั่งเก้าอี้ถ่าย นั่งหมอนอน หรือนั่งโถส้วมนาน 15 นาทีหลังตื่นนอนทุกวันเป็นการดูแลและฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้กับคนพิการ		
6. การนวดหลังและร่างกาย จะช่วยให้คนพิการมีการพักผ่อนได้เพิ่มมากขึ้น เพราะร่างกายมีการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด		
7. การช่วยฝึกให้คนพิการใช้แขนขาข้างปกติช่วยพยุงแขนขาข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไหวบ่อย ๆ ทุกวันเป็นการออกกำลังกายที่ดี		
8. การอาบน้ำ/ เช็ดตัว และการแปรงฟันให้คนพิการ ไม่จำเป็นต้องทำทุกวัน		
9. ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด และแห้งทุกครั้งที่คนพิการปัสสาวะรดที่นอน		
10. การจัดเตรียมหรือดัดแปลง เครื่องใช้ประจำวันให้คนพิการใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพ (เช่น จานที่มีขอบ แก้วน้ำที่ไม่แตกง่าย) เป็นการส่งเสริมให้คนพิการได้ฝึกช่วยเหลือตนเอง		

ข้อความ	ถูก	ถูก
11. การดูแลคนพิการด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มและท่าทีที่เป็นกันเองจะช่วย ให้คนพิการรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล		
12. เมื่อคนพิการพูดไม่ได้หรือพูดไม่รู้เรื่องควรเร่งให้ตอบคำถาม โดยเร็วเพื่อเป็นการกระตุ้นสมองด้านการพูดและความทรงจำ โดยตรง	-	-
13. ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้คนพิการได้ประสบผลสำเร็จในสิ่งยึดเหนี่ยว ในชีวิต (เช่นการชักชวนคนพิการสวดมนต์)		
14. การเปิดวิทยุ โทรทัศน์ รายการที่คนพิการชอบให้คนพิการฟัง หรือดู เป็นการกระตุ้นสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับคนพิการ		
15. การช่วยพลิกตะแคงตัวคนพิการไปมาทุก 2 ชั่วโมงบนที่นอนที่ แห้งสะอาดและเรียบตึง เป็น วิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ กัน หลังหรือข้อต่าง ๆ	-	-
16. กิจกรรมที่ช่วยป้องกันการยึดติดของข้อ ที่สำคัญคือการช่วยหรือ กระตุ้นให้เคลื่อนไหวข้อมือ ข้อศอก ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า ข้างที่อ่อนแรงเพียงบางวัน	-	-
17. การจัดท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง 45 ให้คนพิการ ขณะให้อาหาร และหลังให้อาหารอิ่มแล้ว ครึ่งชั่วโมง เป็นการป้องกันการสำลัก อาหาร	-	-
18. ให้คนพิการได้รับน้ำดื่มอย่างน้อย 2-3 ขวดแม่โขงต่อวันเป็นการ ป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ		
19. การจัดยาระบายให้คนพิการรับประทานบ่อยๆเป็นการป้องกัน อาการท้องผูก		
20. เมื่อคนพิการมีไข้ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หรือปัสสาวะสีเข้มออก น้อย ควรรอและพาไปรักษาในวันนัดพบแพทย์		

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศธ 0528.04/ 573

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

7 เมษายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วยนางรณิดา สารวรังกูร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. รัชนี สรรเสริญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดของท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒนวานิช ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรชัย จุลเมตต์)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 038-102836

โทรสาร 038-745790

วิจัยโทร 089-1088867

าเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒนวานิช



ที่ ศธ 0528.04/ ๕๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

๗ เมษายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ด้วยนางรณิดา สารวรางกูร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. รัชนี สรรเสริญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดของท่าน คือ นางสาวจันทร์นิภา เกตรา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรชัย จุลเมตต์)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 038-102836

โทรสาร 038-745790

ผู้วิจัยโทร 089-1088867

สำเนาเรียน นางสาวจันทร์นิภา เกตรา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) FACTORS INFLUENCING DEPENDENT CARE ABILITIES OF FAMILY CAREGIVER WITH PHYSICALLY DISABLE PEOPLE IN SAMUTPRAKARN PROVINCE

2. ชื่อนิสิต (นาย,นาง,นางสาว): นางรณิดา สารวรงค์กูร

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

☒ ภาคปกติ

☐ ภาคพิเศษ

รหัสประจำตัว 49910263

คณะ/วิทยาลัย พยาบาลศาสตร์

3. หน่วยงานที่สังกัด:

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(☒) รับรองโครงการวิจัย

(☐) ไม่รับรอง

5. วันที่ที่ให้การรับรอง:.....๓.....เดือน เมษายน พ.ศ. 2552

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี)

รองอธิการบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา