

# ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ\*

## Relationship between Family Functioning and Quality of Life of Disabilities

อโนชา ทัสนาถนชัย\*\*พย.ม.  
นุจรี ไชยมงคล\*\*\*Ph.D.  
สุนทราวดี เรียรพิเชฐ\*\*\*ก.ด.

Anocha Tassanatanachai, M.N.S.  
Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.  
Suntharawadee Theinpichet, Ph.D.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิตคนพิการและความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตคนพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการที่จัดชั้นทะเบียนคนพิการประเภทพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่มีความพิการซ้ำซ้อนอื่นและมีระยะเวลาความพิการไม่เกิน 10 ปี จำนวน 61 คน มีอายุเฉลี่ย 46.16 ปี (SD = 12.18) เป็นเพศชายร้อยละ 57.4 และสถานภาพสมรสร้อยละ 52.5 อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กันยายนถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ฉบับย่อ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 104.59 (SD = 14.33, range 70-128) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 77.97, SD = 12.51) การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ( $r = .53, p < .001$ ) เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรายด้าน พบว่าด้านการแก้ไขปัญหา ( $r = .57, p < .001$ ) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ( $r = .52, p < .001$ ) ด้านบทบาท ( $r = .50, p < .001$ ) และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ( $r = .48, p < .001$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ( $r = .27, p < .05$ ) ด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการควบคุมพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ( $p > .05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า คนพิการที่มีการทำหน้าที่ครอบครัวที่เหมาะสมก็จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีด้วย ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวคนพิการ จะส่งผลให้คนพิการนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ : การทำหน้าที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิตคนพิการ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## Abstract

The purposes of this research were to examine family functioning, quality of life of disabilities and determine relationships between family functioning and quality of life of disabilities. The sample included 61 physical or movement disabilities without other multiple handicaps who registered for disability license. They have been disable for 10 year or less and living in urban area of Samut Prakarn province during 1 September to 31 October 2007. Their mean age was 46.16 (SD = 12.18) years old, 57.4% were male, and 52.5% were married. Data were collected by using the Family Functioning Inventory and The WHO Quality of Life (brief form). Data analyses included frequencies, percents, means, standard deviations and Pearson Correlation.

The results reveal that mean total score of family functioning is 104.59 (SD = 14.33, range = 70-128), and it is in the middle level. Mean total score of quality of life is at moderate level (M = 77.97, SD = 12.51). Family functioning is moderately positively correlated with quality of life ( $r = .53, p < .001$ ). When considering each domain of family functioning, there are moderate positive relationships between problem solving ( $r = .57, p < .001$ ), emotional responses ( $r = .52, p < .001$ ), role ( $r = .50, p < .001$ ), and general duty ( $r = .48, p < .001$ ) and the quality of life. There is a weak positive correlation between communication and quality of life ( $r = .27, p < .05$ ). However, there is no significant

relationship between emotional cohesion, behavioral control and quality of life ( $p > .05$ ).

These findings indicate that disabilities whose appropriately function with their families would have better quality of life. Intervention that aims to promote family functioning of disabilities could enhance overall their quality of life.

**Key words :** Family functioning, quality of life, disabilities

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานจำนวนผู้พิการทั่วประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า คนพิการทางกายประเภทการเคลื่อนไหว เป็นลักษณะความพิการที่พบมากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของคนพิการทั้งหมดและมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี (พิทักษ์ทองสุข, 2548) วัตถุประสงค์นี้เป็นปัญหา และอุปสรรคการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านความเหมาะสม ทันสถานการณ์ และความต่อเนื่อง รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านต่างๆของผู้พิการ ในกรณีที่ครอบครัวมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้น หรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การมีบิดาซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวได้รับอุบัติเหตุจะต้องได้รับการดัดแขนทั้งสองข้าง กลายเป็นคนพิการไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียผู้หารายได้หลักเพื่อมาดูแลครอบครัว และอาจจะต้องมีการปรับหน้าที่เพื่อที่จะดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวซึ่งครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพจะพบปัญหามากกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี (เจนจิรา วัฒนมานุสย, 2547)

ในการดูแลคนพิการ ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน ซึ่งเป็นภาระกิจที่ยาวนาน การ

ให้การดูแลที่บ้านเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลคนพิการที่บ้าน เกิดความคลุมเครือในบทบาท และความไม่สะดวกเกิดขึ้นในชีวิต เผลอหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ดูแล ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง (วรรณิกา บุญระยอง, 2541) จากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่า ความเครียดจากการดูแลเป็นปัจจัยที่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ขาดพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการดูแลที่ลดลง จนทำให้ผู้ที่ได้รับการดูแลต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ซึ่งก็ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือคนพิการได้เช่นกัน

การสนับสนุนทางเศรษฐกิจและบริการต่างๆ แก่คนพิการของประเทศไทยในปัจจุบันนี้ ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ทำให้การกลับสู่สังคมของคนพิการเกิดเป็นอุปสรรค โดยเฉพาะในด้านการประกอบอาชีพยุคปัจจุบันมีการแข่งขันกันสูง ความจำกัดด้านเศรษฐกิจแม้คนพิการบางส่วนจะได้รับการศึกษาดี มีศักยภาพสูง แต่โอกาสการเข้าสู่ตลาดแรงงานที่มีการแข่งขันก็ยังเป็นเรื่องยาก (สวัสดิ์ ปลื้มกมล, 2547) และจากการสำรวจพบว่า คนพิการส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานถึงร้อยละ 70 ที่เหลือเป็นผู้สูงอายุและเด็ก และเป็นคนที่ไม่มีอาชีพหรือไม่มียาได้ร้อยละ 81.8 (สถาพร มงคลศรีสวัสดิ์, สันติศักดิ์ มะเร็งสิทธิ์ และบัวบาน จันทร์ธานี, 2548) สำหรับคนที่อยู่ในวัยทำงาน วัยแรงงาน ซึ่งจะต้องเป็นคนหารายได้ เลี้ยงดู เป็นที่พึ่งพิงให้แก่ครอบครัวด้วยแล้ว การเกิดความพิการ

กับคนวัยนี้คือการสูญเสียครั้งใหญ่กับวัยที่มีความคาดหวังว่าจะต้องเป็นกำลังให้แก่ครอบครัว กลับกลายเป็นคนที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองอย่างยากลำบาก ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หมดหวังกับชีวิต ทำให้คนพิการส่วนมากต้องทนต้องดกอยู่ในภาวะพึ่งพาครอบครัวไปตลอดชีวิต (อัครพรพรณ ขวัญชื่น และสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์, 2546) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (เฉลิมขวัญ, สุปราณี สนธิรัตน์ และทิพวัลย์ สุรินยา, 2548; สุธิดากาญจนรัมย์, 2538) และมีปัญหาในการกลับเข้าสู่ตลาดแรงงาน แม้ได้รับการฟื้นฟูอาชีพแล้วก็ตาม (อรพินธ์ พิทักษ์มหาเกตุ, 2537) ด้วยเหตุนี้ทำให้คนพิการและครอบครัวมีปัญหาเรื่องรายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย (ทิพมาศ กาลิกา, 2546) ซึ่งสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ จากที่กล่าวไปแล้วนั้น การดูแลคนพิการจึงต้องดูแลด้วยความเข้าใจ มีความต่อเนื่อง ดูแลฟื้นฟูตามศักยภาพอย่างครอบคลุมองค์รวม ไม่ใช่เพียงยื้อชีวิต แต่ชีวิตที่ยืดไปนั้นควรจะต้องมีคุณภาพด้วย ครอบครัวที่เป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยด้วยแล้ว เป็นสิ่งที่จะคอยสนับสนุนหรือบั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนพิการได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนพิการหรือไม่ เพื่อการนำไปพัฒนาการดูแล ฟื้นฟู ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืนต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีคนพิการ
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตคนพิการ

**สมมติฐานของการวิจัย**

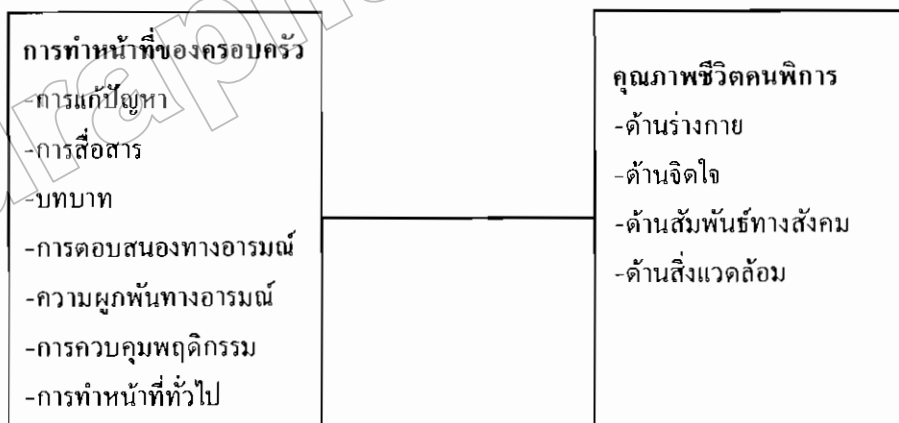
การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ  
คุณภาพชีวิตคนพิการ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning : MMFF) (Rayn, Epstein, Keitner, Miller & Bishop, 2005) ที่เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรสและพี่น้อง ซึ่งแต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวเนื่องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ แนวคิดหลักจะมุ่งเน้นการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพราะการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การกิจที่ครอบครัวปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์

ทั้งในยามปกติและยามป่วยไข้ โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกครอบครัว มีการพัฒนาและการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวด้วย

แนวคิดนี้มองว่าหน้าที่พื้นฐานที่สุดของครอบครัวคือการทำให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้เตรียมความพร้อมให้เหมาะกับสภาพพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว โดยจะแบ่งการทำหน้าที่ครอบครัวออกเป็น 6 ด้านตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (MMFF) คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม และเพิ่มเติมอีก 1 ด้าน คือด้านการทำหน้าที่ทั่วไป เพื่อความเหมาะสมในบริบทของคนไทย เพราะการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นเป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติเพื่อความสมดุลในระบบครอบครัวตามบริบทที่แตกต่างกัน เพราะครอบครัวเป็นระบบของการปฏิสัมพันธ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตคนพิการ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษานี้เป็นคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการ ประเภทพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ตามกฎกระทรวงและได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ในระบบหลักประกันสุขภาพ และได้รับการขึ้นทะเบียนการติดตามของศูนย์สุขภาพชุมชน มีอายุระหว่าง 20-60 ปี อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2550 โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ไม่มีความพิการมาแต่กำเนิด
2. ไม่มีความพิการซ้ำซ้อน เช่น ดาบอด หูหนวก พิการทางสมองหรือทางจิตร่วมด้วย
3. มีความพิการมานานไม่เกิน 10 ปี
4. สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้
5. มีความยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการของโคเฮน (Cohen, 1977) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (moderate effect size) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้พิการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาพิการ และลักษณะความพิการ

2. แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำแบบวัดของ Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (Family Assessment Device : FAD) จำนวน 36 ข้อ การแปลผลคะแนนรวม คะแนนยิ่งสูงหมายถึงครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้ดี ส่วนคะแนนยิ่งน้อยหมายถึงครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้ไม่ดี

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่ใช้เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับย่อ-ภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) จำนวน 26 ข้อ การแปลผลโดยใช้คะแนนรวม คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนยิ่งน้อยหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดี นอกจากนี้ยังสามารถแปลผลคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือไม่ดี ปานกลางและ ดี

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วทดลองใช้กับคนพิการที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว .90 และแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่น .90

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยให้ทราบ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในทางวิชาการ และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น และไม่มีผลต่อการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการเข้ารับเงินกองทุนใดๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ เอกสารข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บใส่แฟ้ม ใส่ในตู้ล็อกกุญแจถือว่าเป็นความลับเก็บรักษาไว้ 1 ปี แล้วจึงนำเอกสารไปทำลาย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 6 แห่งที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ และเก็บข้อมูลในชุมชนโดยการออกเยี่ยมครอบครัวกับหน่วยบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาพักการ ระดับความพิการ และลักษณะความพิการ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตคนพิการโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.4) 42.6 อายุเฉลี่ย 46.16 ปี (SD = 12.18) ร้อยละ 52.5 มีสถานภาพสมรสคู่ มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัวร้อยละ 63.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ นอกนั้น ได้แก่ อาชีพค้าขาย รับจ้างรับราชการ และประมง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,669.67 บาท (SD = 3868.17) ซึ่งร้อยละ 73.8 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ระยะเวลาความพิการเฉลี่ย 5.34 ปี (SD = 3.05) และมีความพิการในระดับที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.5 รองลงไปคือ ระดับที่ 4 และระดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 18.0 และ 11.5 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวแบบชายร้อยละ 52.5 ครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 47.5 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 11,401.64 บาท (SD = 8718.19)

คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยเท่ากับ 104.59 (SD = 14.33) เมื่อแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ไขปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.61 (SD = 3.87) ด้านการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.97 (SD = 2.45) ด้านบทบาทมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.38 (SD = 1.76) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.15 (SD = 2.29) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.20 (SD = 2.34) การควบคุมพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.66 (SD = 2.20) และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.64 (SD = 4.54) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว	Mean	SD	Range
การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม	104.59	14.33	70-128
แยกรายด้าน			
ด้านการแก้ไขปัญหา	17.61	3.87	6-24
ด้านการสื่อสาร	13.97	2.45	5-20
ด้านบทบาท	9.38	1.76	3-12
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	14.15	2.29	5-20
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	14.20	2.34	5-20
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	10.66	2.20	4-16
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	24.64	4.54	9-32

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.97 (SD = 12.51) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.85 (SD = 3.61) ด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.21 (SD = 3.16)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.38 (SD = 2.07) และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.41 (SD = 4.21) ซึ่งคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตคนพิการ	Mean	SD	Range
คุณภาพชีวิตโดยรวม	77.97	12.51	44-98
แยกรายด้าน			
ด้านร่างกาย	21.85	3.61	7-35
ด้านจิตใจ	18.21	3.16	6-29
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.38	2.07	3-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.41	4.21	9-35

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .53, p < .001$ ) แสดงว่า ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่เหมาะสมมาก คนพิการที่อยู่ในครอบครัวนั้นก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

มากขึ้นด้วย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านกับคุณภาพชีวิตของคนพิการพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ไขปัญหา ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์ทาง

บวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมและรายด้านกับคุณภาพชีวิต

การทำหน้าที่ของครอบครัว	คุณภาพชีวิต (r)
โดยรวม	.53***
แยกตามรายด้าน	
การแก้ไขปัญหา	.57***
การตอบสนองทางอารมณ์	.52***
บทบาท	.50***
การทำหน้าที่ทั่วไป	.48**
การสื่อสาร	.27*
ความผูกพันทางอารมณ์	-.23 (ns)
การควบคุมพฤติกรรม	-.03 (ns)

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ , ns (non-significant)

#### การอภิปรายผล

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ เมื่อครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมทำให้คนพิการในครอบครัวได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ คือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาในช่องทางที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบตันจนกลายเป็นคนพิการมาไม่เกิน 1 ปีของควอกและคณะ (Kwok et al ,2006) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะมีระดับน้อยลงกว่าเดิม หากผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หากกระตุ้นให้

ผู้ป่วยได้ทำกลุ่มร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนจะสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการกลุ่มนี้ได้ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในคนพิการ แต่มีการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้คือการศึกษาของรัชนิกรณ์ ศักดิ์ศรีวัฒนา (2548) ที่พบว่า เมื่อการทำหน้าที่ของครอบครัวดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถทำให้นักเรียนวัยรุ่น ปราศจากภาวะซึมเศร้าได้และการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมของครอบครัวที่มีเด็กป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อิงชูลิน (ศิริไชย หงส์สงวนศรีและคณะ, 2544) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมของครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน



ชนิดฟังอินซูลิน หากครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถทำให้เด็กเกิดมีระเบียบวินัย มีผลต่อการวางแผนการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ครอบครัวตามรายด้านทั้ง 7 ด้าน ในการศึกษาจะพบว่า ด้านการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ หากครอบครัวมีการทำหน้าที่ด้านการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะเพิ่มคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีขึ้นด้วย แต่ในด้านความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่าความผูกพันทางอารมณ์ของครอบครัว ระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ เห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆ ที่สมาชิกในแต่ละคนทำ รวมทั้งระดับความรู้สึกร่วมกัน ห่วงใยที่แต่ละคนมีต่อกัน แต่หากครอบครัวตอบสนองด้านอารมณ์อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพแล้วคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก็ดีขึ้นได้ (เฉลิมขวัญ สิงห์วี และคณะ, 2548) และการควบคุมพฤติกรรม หรือแบบแผนที่ครอบครัวปฏิบัติในการควบคุม จัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในสถานการณ์ต่างๆ ไม่ใช่เป็นเพียงการฝึกระเบียบวินัยในครอบครัวเท่านั้น ยังรวมถึงการจัดการกับพฤติกรรมหลากหลายที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่าครอบครัวมีการดูแลคนพิการแบบไม่มีการควบคุมพฤติกรรมเพราะคนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จึงมีการจัดการกับพฤติกรรมและการแสดงออกต่างๆ กับครอบครัวได้ค่อนข้างดีและ

ครอบครัวก็สามารถยอมรับกับพฤติกรรมต่างๆ ได้ ทำให้ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของสุชาติ สุภพิศพรและศิริลักษณ์ สุภพิศพร (2548) ที่พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการควบคุมพฤติกรรมและบทบาท แต่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้าน การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. จัดกิจกรรมการจัดการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของผู้พิการ และให้ครอบครัวและผู้พิการร่วมกันวางแผนหากิจกรรม
2. จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพคล้ายคลึงกันได้ร่วมสนทนากัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา ทำให้มีกำลังใจ และความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
3. การจัดหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนิสิตพยาบาลให้ตระหนักถึงความสำคัญในการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีพื้นฐานด้านองค์ประกอบครอบครัวที่แตกต่างกัน ทั้งด้านกายภาพและด้านอื่นๆ
4. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการในเชิงคุณภาพ หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

เจนจิรา วัฒนานุสัย. (2547). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า : กรณี*

ศึกษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมขวัญ สิงห์วี, สุปราณี สนธิรัตน์ และ ทิพวัลย์ สุรินยา. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *สารวิจัยเพื่อคนพิการ*, 2 (3).

ทิพมาศ กาลิกา. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิทักษ์ ทองสุข. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชณีภรณ์ ศักดิ์ศรีวัฒนา. (2548). *การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้างกับครอบครัวปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณิกา บุญระยอง. (2541) *กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศิริไชย หงส์สงวนศรี, พรทิพย์ เตชะนิเวศน์, สมทรง จุไรทัศน์ย์, จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน, จินดา หาอุปละ, จริญญา เปรมเป็องเวส และสุนาฎ เตชางาม. (2544). *กลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(4), 323-333.

สถาพร มลกลศรีสวัสดิ์, สันติศักดิ์ มะเร็งสิทธิ์

และบัวบาน จันทร์ามิ. (2548). การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้พิการ ครอบครัวและชุมชน ในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้พิการ โดยชุมชนริเริ่ม. *สารวิจัยเพื่อคนพิการ*, 2 (3), 1-6

สวัสดิ์ ปลั่งกมล. (2547). *คุณลักษณะของคนพิการที่พึงประสงค์ในการจ้างแรงงานตามความคิดเห็นของผู้บริหารสถานประกอบการด้านอิเล็กทรอนิกส์ ในจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเทคโนโลยีอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

สุชาติ ศุภปิติพร และศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. (2548). การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทไม่พึ่งอินซูลิน. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 49(5), 269-280.

สุธิดา กาญจนรังษี. (2538). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียดการเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรื. (2549). *สถิติจดทะเบียนผู้พิการจำแนกตามประเภท ความพิการและเพศและภูมิภาค ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึง 30 มิถุนายน 2549*. กรุงเทพฯ : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักนายกรัฐมนตรื.

อนุชา นิลประพันธ์. (2548). *รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพินธ์ พิทักษ์มหาเกตุ. (2537). *ปัญหาการเข้าสู่ตลาดแรงงานของคนพิการที่เคยได้รับการฟื้นฟู*

อาชีพคนพิการ. เอกสารทางวิชาการสถาบันวิจัย  
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อักษรพรรณ ขวัญชื่น และสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์.  
(2546). *วิถีชีวิตและสวัสดิการของคนพิการทางกาย*.  
กรุงเทพ : โครงการการพัฒนาาระบบสวัสดิการสำหรับ  
คนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Mahwah, NS : Erlbaum.

Kwok, T., Lo, R.S., Wong, E., Wai-Kwong, T., Mok, V., & Ki-sing, W. (2006). Quality of life of stroke survivors : A 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabilitation*, 87, 1177-1182.

Rayn, C.E., Epstein, N.B., Keitner, G.I., Miller, I.W., & Bishop, D.S. (2005). *Evaluating and treating families : The McMaster approach*. New York : Routledge Taylor & Francis Group.

The WHO Group. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization, *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF introduction administration scoring and generic version of assessment field trial version*. Geneva : World Health Organization.