ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เพ็ญประภา ไสวดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ เพ็ญประภา ไสวดี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กีรติยุตวงศ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎีทูลศิริ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กีรติยุตวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาไม้แก้ว นายกเทศมนตรีเมืองหนองปรือ นายกเทศมนตรีตำบลตะเคียนเตี้ย และนายกเทศมนตรีตำบลหนองปลาไหล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งท่านอื่น ๆ ที่มิได้กล่าวนามในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือสุดท้ายที่ขาดเสียมิได้คือคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอบางละมุงทุกท่าน ซึ่งมีส่วนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์รวมทั้งความดีจากการทำวิจัยนี้มอบแด่ บิดา มารดา ครูอาจารย์ และพี่ ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้วิจัย ได้มีโอกาสศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

เพ็ญประภา ไสวดี

51924138: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแลตนเอง/ คนพิการทางการเคลื่อนไหว

เพ็ญประภา ไสวดี: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (FACTORS RELATED TO SELF-CARE ABILITY AMONG PEOPLE WITH MOBILITY IMPAIRMENT IN BANGLAMUNG DISTRICT, CHON BURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, Ph.D., พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D., 94 หน้า. ปี 2558.

การวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 293 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96, .85 และ.86 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี (M = 4.72, SD = 0.33) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุและระดับความพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.12, p < .05; r = -.13, p < .05 ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การศึกษา ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .20, p < .01; r = .60, p < .001; r = .34, p < .001 ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์ กับเพศ รายได้ และระยะเวลาพิการ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรม หรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการยกระดับภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุมาก

51924138: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)
KEYWORDS: SELF-CARE ABILITY/ PEOPLE WITH MOBILITY IMPAIRMENT

PENPRAPA SAWAIDEE: FACTORS RELATED TO SELF-CARE ABILITY AMONG PEOPLE WITH MOBILITY IMPAIRMENT IN BANGLAMUNG DISTRICT, CHON BURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: CHANANDCHIDUSSADEE TOONSIRI, Ph.D., PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 94 P. 2015.

The propose of this descriptive correlational study was to examine factors related to self - care ability among people with mobility impairment in Banglamung district, Chon Buri province. Simple random sampling method was used to recruit the sample of 293. Research instruments included questionnaires to capture data regarding a demographic data, health status, social support, and self-care agency. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .96, .85, and .86, respectively. Data collection took place from January to February, 2015. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficients and Point bi-serial correlation coefficient were employed to analyze the data.

The results revealed that the self - care ability of the sample was at a good level (M = 4.72, SD = 0.33). For correlation analysis, self - care ability was negatively correlated with age and disability level (r = -.12, p < .05; r = -.13, p < .05 respectively) , and positively correlated with health status, education, and social support (r = .20, p < .01, r = .60, p < .001; r = .34, p < .001 respectively). Whereas self-care ability was not significantly correlated with sex, income, and period of disability.

The findings suggest that nurses and health professionals could apply this study results to develop projects or activities for adults with mobility impairment, especially those whose age older by focusing on enhancing their health status and social support.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 8

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

สถานการณ์คนพิการในปัจจุบัน 10

แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ 11

ทฤษฎีการดูแลตนเอง 21

ปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว 26

3 วิธีดำเนินการวิจัย 32

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 32

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย 36

การเก็บรวบรวมข้อมูล 36

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 37

การวิเคราะห์ข้อมูล 38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	39
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	39
ส่วนที่ 2 ระดับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	42
ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	42
5 สรุปและอภิปรายผล	44
สรุปผลการวิจัย	44
อภิปรายผล	45
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	49
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	50
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	64
ภาคผนวก ก	65
ภาคผนวก ข	77
ภาคผนวก ค	84
ภาคผนวก ง	86
ภาคผนวก จ	91
ประวัติย่อของผู้วิจัย	94

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	39
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	42
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	43
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะสุขภาพโดยรวมและรายข้อ	78
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นโดยรวมและรายข้อ	79
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการดูแลตนเอง จำแนกเป็นโดยรวมและรายข้อ	81

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 7

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนไม่ต้องการ แต่บางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะการเป็นคนพิการเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ปัจจุบันทั่วโลกมีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุที่ยืนยาวและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (World Health Organization [WHO], 2013) คนพิการถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญกลุ่มหนึ่งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ และจุไร ทัพวงษ์, 2554) ประเทศไทยมีคนพิการที่จดทะเบียนความพิการทั่วประเทศเพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการกับสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 มีคนพิการจดทะเบียนแล้วทั้งสิ้น จำนวน 1,567,791 คน เป็นเพศชาย 851,361 คน เพศหญิง 716,430 คน ประเภทที่ได้รับการจดทะเบียนมากที่สุดคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 742,349 คน เป็นชาย 407,226 คน หญิง 335,123 คน รองลงมาคือ คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 257,628 คน และคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนน้อยที่สุดคือ คนพิการทางการเรียนรู้มีจำนวน 5,378 คน สำหรับจังหวัดชลบุรีมีคนพิการที่จดทะเบียนทั้งหมด จำนวน 18,792 คน ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 9,799 คน เป็นชาย 5,742 คน หญิง 4,057 คน (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ, 2557) อำเภอบางละมุงมีคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 667 คน มีความพิการมาจากสาเหตุต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น นอกจากสาเหตุเกิดจากโรคประจำตัวแล้วยังมีจากสาเหตุอื่นเช่น อุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากการทำงาน การลื่นหกล้ม เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง, 2557)

จากข้อมูลของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีจำนวนมากที่สุด ซึ่งความพิการดังกล่าวจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจรวมถึงด้านอื่น ๆ ด้วย (พรนภา เจริญสันต์, 2553) สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกายคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาหดเกร็งหรือเหยียดลำบาก เนื่องจากการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือสูญเสียการทรงตัวในการเคลื่อนไหว (วินิตา ชูช่วย, 2547) เมื่อคนพิการมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย และ

การทรงตัว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนคนปกติ (อภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล, และพิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล, 2550) นอกจากนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อศอก ข้อไหล่ และ ข้อสะโพกหลุด เป็นต้น (จุฬาวรี ถิ่นทิพย์, 2549) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า คนพิการรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน สูญเสียความมั่นใจ (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์, 2549) คนพิการจะรู้สึกหมดหวังในชีวิต ทำให้สูญเสียบทบาทในครอบครัวและสังคมไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ อยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (พชรพร สุวิชาเชิดชู, ฐานดา เกียรติเกาะ, สุรีพร ควรคำนวณ, อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล, และสุพิชฌาย์ วิชิโต, 2552) คนพิการอาจรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มั่นคง ขาดความเชื่อมั่น มองโลกและตนเองในแง่ร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้ด้อยกว่าหรือขาดความสามารถเมื่อเทียบกับผู้อื่น เห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง หมดกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (ดาริกา ใสงาม และปิยะรัตน์ นุชผ่องใส, 2549) ผลกระทบด้านสังคมคือ คนพิการมักขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาทิ การประชุมแก้ไขปัญหาในชุมชน การเข้าร่วมเวทีประชาคมที่จัดโดยท้องถิ่น การเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยกว่าคนปกติ (WHO, 2013) คนพิการและครอบครัวมักมีความตระหนักถึงการมีสุขภาพดีและการรักษาสุขภาพ ตลอดจนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไป รวมทั้งเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ขาดความตระหนักและมักขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในคนพิการ และมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับบริการและการดูแลสุขภาพทั่วไปของคนพิการ การเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ ของผู้พิการไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา การทำงานหรือกระทั่งโอกาสการฟื้นฟูรักษาสภาพร่างกายที่ผิดปกติยังคงมีไม่มากนัก (พรนภา เจริญสันต์, 2553)

แนวทางการช่วยเหลือที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้สามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถประกอบอาชีพ และมีอาชีพที่มั่นคง เป็นหลักให้กับครอบครัวได้โดยไม่เป็นภาระของใคร การให้คนพิการได้รับความเสมอภาคในสังคมและมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่คนพิการ จะทำให้คนพิการสามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปในสังคมได้อย่างปกติสุข สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวเอง และทำให้สังคมได้เห็นถึงความสามารถและเปลี่ยนทัศนคติที่มองว่าคนพิการเป็นคนที่ต้องได้รับการสงเคราะห์ดูแล ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นคนพิการที่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติทั่วไป (จันทกานติ์ ฉายะพงศ์, 2555) ดังพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่พระราชทานแก่คณะกรรมการมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ณ พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน วันศุกร์ที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2517 “…งานช่วยคนพิการนี้ ก็มีความ สำคัญอย่างยิ่ง เพราะว่าผู้พิการไม่ได้อยากจะเป็นผู้พิการและอยากช่วยเหลือตนเอง ถ้าเราไม่ช่วยเขาให้สามารถที่จะปฏิบัติงานอะไรเพื่อชีวิตเศรษฐกิจ

ของครอบครัว จะทำให้เกิดสิ่งที่หนักในครอบครัว หนักแก่ส่วนรวม ฉะนั้นนโยบายที่จะทำก็คือช่วยเขาให้ช่วยเหลือตนเองได้เพื่อจะทำให้เขาสามารถเป็นประโยชน์ต่อสังคม..." (สุทิน ลี้ปิยะชาติ, 2556) ซึ่งการส่งเสริมสนับสนุนคนพิการให้สามารถยืนหยัดอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระทัดเทียมคนทั่วไป สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่เป็นภาระของสังคม ตลอดจนสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมและประเทศชาติได้ เพราะมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นคนปกติทั่วไป คนป่วย คนพิการ ก็ล้วนมีความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสิ้น หากมีความสามารถในการดูแลตนเอง จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีและเกิดความผาสุกในการดำรงชีวิตได้

Orem (2001) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ว่าเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลเพื่อตอบสนองการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ในการทำหน้าที่ และพัฒนาตนเองให้เกิดความผาสุก (Well-being) ความสามารถในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามการพัฒนา ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ และยังแตกต่างกันในภาวะสุขภาพ ซึ่งโอเร็มได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน Basic Conditioning Factors (BCF) ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 10 ปัจจัย คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้ และการกระทำ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่บุคคลใช้ในการดูแลตนเอง จากประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับคนพิการในพื้นที่พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความหลากหลายและมีความแตกต่างกันในการดูแลตนเอง คนพิการทางการเคลื่อนไหว บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวตลอดเวลา เวลาผ่านไปกลับกลายเป็นบุคคลที่สามารถลุกขึ้นสู้และดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีพัฒนาการในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ถึงแม้จะไม่ได้อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะดี แต่บางรายคนพิการทางการเคลื่อนไหวเคยมีอาชีพที่มั่นคง มีการศึกษาที่ดี เมื่อกลายเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว แม้ระดับความพิการที่ไม่สูงมาก แต่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาให้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงได้ ถึงแม้จะได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวอย่างดีก็ตาม ซึ่งการที่บุคคลจะมีการดูแล

ตนเองที่ดีได้นั้นต้องมีพลังหรือปัจจัยพื้นฐานบางประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูตนเอง เมื่อมีพลังความสามารถในการดูแลตนเองก็จะนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีต่อไป

ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจะมีความแตกต่างกันหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคลนั้น ๆ จากแนวคิดของโอเร็มและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ การศึกษาของ นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ (2534); พุธเมษา หมื่นคำแสน (2542); ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ (r =.71, p = < .01) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูงและ งานวิจัยของ จิตตะวัน จิตระกูล (2555) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุตรดิตถ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้และระยะเวลาการติดเชื้อ ส่วนงานวิจัยของสุรัตน์ สุนารักษ์ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจอประสาทตาลอก พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจอประสาทตาลอกอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของกชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ที่ศึกษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง โดยการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง (r =.67, p < .05 และ r = .46, p < .05) และงานวิจัยของธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา (2551) ที่ศึกษาการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (r = .59 , p < .01) ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ สำหรับ Tokem, Akyol, and Argon (2007) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการจากโรครูมาตอยด์ในประเทศตุรกี พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง(r = 0.49, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์ และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้พิการที่มีระดับความรุนแรงมากส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและเกิดความผาสุกในการดำรงชีวิตได้

จากการศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานบางประการของบุคคลพบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจอประสาทตาลอก เป็นต้น (คัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิรโกวิท, 2550; ดุษฎี พงศ์อุดม, 2549; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; กชชุกร หว่างนุ่ม, 2550; อภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์ และคณะ, 2550; Tokem et al., 2007; สุรัตน์ สุนารักษ์, 2551; อินทุกานต์ กุลไวย, 2552; จิตตะวัน จิตระกูล, 2555) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าว ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพ รายได้ ระยะเวลาการติดเชื้อ ภาวะสุขภาพ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ระดับความพิการ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีข้อจำกัดและมีความแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ อย่างมาก จึงอาจส่งผลให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. อายุ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3. การศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

4. รายได้ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

5. ระยะเวลาพิการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

6. ระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

7. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

8. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

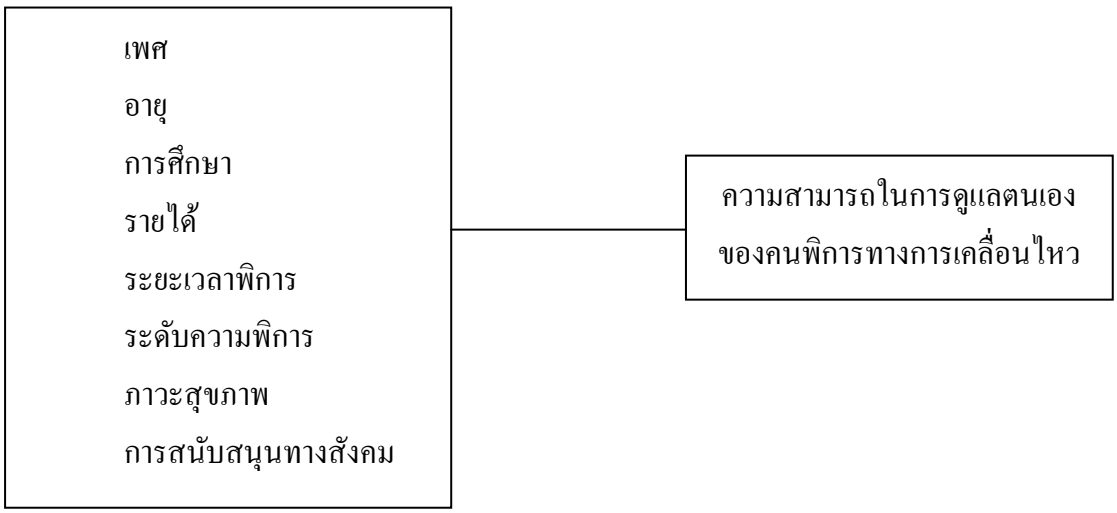
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) โดยได้นำกรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มาประยุกต์ใช้และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบในการวิจัย ดังต่อไปนี้

คนพิการทางการเคลื่อนไหวจะมีความสามารถดูแลตนเองหรือมีการพัฒนาการดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการดูแลตนเองซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป (สมจิต หนุเจริญกุล, 2534) ดังนั้น ความสามารถทั้ง 3 ระดับจึงเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนกันในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

นอกจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวจะมีความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว ยังมีปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่าการที่บุคคลจะดูแลตนเองได้ดีนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีดังนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากเพศเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพศชายและหญิงจะมีโครงสร้างหรือบทบาทแตกต่างกัน

จะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่างกันด้วย นอกจากนั้น อายุยังจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การพัฒนาการจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงในวัยสูงอายุ โดยอายุที่แตกต่างกันความสามารถในการดูแลตนเองก็แตกต่างกันด้วย การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง คนที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาที่มีแตกต่างกัน เมื่อคนมีการศึกษาดีมีผลต่อการประกอบอาชีพและมีรายได้แตกต่างกันด้วย เพราะรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ หากมีรายได้ดีจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ระยะเวลาพิการที่นานจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้วย เพราะระยะเวลาความพิการ มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าของร่างกาย ระยะเวลาพิการน้อยส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองไม่ดี แตกต่างกับระดับความพิการหากอยู่ในระดับมาก จะทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้วย การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้นจะต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุก ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากภายในตัวคนพิการทางการเคลื่อนไหวแล้ว ต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว คนในชุมชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขด้วย เพราะการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยทำการศึกษาคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระดับที่ 1-4 ซึ่งได้รับการประเมินโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบด้านคนพิการ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

นิยามศัพท์เฉพาะ

อายุ หมายถึง จำนวนอายุนับเป็นปีและเดือนของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษาของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการศึกษาสูงสุด

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนของคนพิการ

คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546; พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2534)

ระดับความพิการ หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง มีความผิดปกติทางกายแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับ 2 หมายถึง มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรชีวิตประจำวันหลักได้

ระดับ 3 หมายถึง มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับ 4 หมายถึง มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ครึ่งตัว หรือแขน ขาเพียง 2 ข้าง

ระดับ 5 หมายถึง มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขามากกว่า 2 ข้าง

ระยะเวลาพิการ หมายถึง ระยะเวลานับเป็นปีและเดือนหลังจากมีความพิการทางการเคลื่อนไหว

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยรวมที่แสดงออกถึงความพึงพอใจในสุขภาพ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของทวีพร เตชะรัตนมณี (2547)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ของบริการ และ 5) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976)

ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อความสามารถหรือศักยภาพของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ พัฒนาการและคุณภาพชีวิตที่ดี วัดโดยแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของธิวาสา ลีวัธนะ (2548) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดความ สามารถในการดูแลตนเอง (Self As Carer Inventory Thai Version: SCIT) ฉบับภาษาไทยของ (Isaramalai, 2002) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งพัฒนาตามโครงสร้างในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถ 10 ประการ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งคลอบคลุมสาระสำคัญ เนื้อหารายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์คนพิการในปัจจุบัน
2. แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง
4. ปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สถานการณ์คนพิการในปัจจุบัน

ปัจจุบันทั่วโลกมีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจากสาเหตุอื่น ๆ (WHO, 2013) ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 บ่งบอกว่า ประเทศไทยมีคนพิการมากถึง 1.9 ล้านคน ต่างจากปี พ.ศ. 2544 ที่มีจำนวน 1.1 ล้านคน และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยจำแนกเป็นชาย 0.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และเป็นหญิงสูงถึง 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.02

คนพิการส่วนใหญ่เริ่มมีความพิการตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีถึงร้อยละ 43.1 เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาการดูแลตนเองตามวัยที่สูงขึ้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวถือเป็นลักษณะความพิการอย่างหนึ่ง รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานร้อยละ 31.3 และอีกกลุ่มที่น่าเป็นห่วง คือ กลุ่มคนที่พิการตั้งแต่กำเนิดหรือพิการก่อนอายุ 1 ปี ซึ่งมีร้อยละ 12.8 เมื่อมองถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการนั้น พบว่าส่วนใหญ่เนื่องมาจากความชราภาพถึงร้อยละ 39.1 พิการจากโรคภัยไข้เจ็บร้อยละ 36.2 และพิการจากอุบัติเหตุร้อยละ 14.6 ความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานร้อยละ 6.9 อุบัติเหตุจากการจราจรทางบกร้อยละ 5.8 และอุบัติเหตุจากการเล่นหรือการจราจรทางน้ำ รวมทั้งจากการทำสงครามร้อยละ 1.9 นอกจากนี้ยังมีคนพิการถึงร้อยละ 20.8 ที่ยังต้องการใช้เครื่องช่วยอำนวยความสะดวก นอกจากนี้ในจำนวนคนพิการที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.3 ไม่ได้รับโอกาสทางการศึกษา และคนพิการในวัยแรงงานที่ไม่มีงานทำร้อยละ 6.0 จากข้อมูลสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (2557) ประเทศ

ไทยมีคนพิการที่จดทะเบียนความพิการทั่วประเทศเพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการกับสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 มีคนพิการจดทะเบียนแล้วทั้งสิ้น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 2557 จำนวน 1,567,791 คน เป็นเพศชาย 851,361 คน เพศหญิง 716,430 คน ประเภทที่ได้รับการจดทะเบียนมากที่สุดคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 742,349 คน เป็นชาย 407,226 คน หญิง 335,123 คน จังหวัดชลบุรีมีคนพิการทั้งหมด จำนวน18,792 คน ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 9,799 คน เป็นชาย 5,742 คน หญิง 4,057 คนรองลงมาคือ คนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย จำนวน 2,484 คน จากสถานการณ์ความพิการปัจจุบัน พบว่าจำนวนความพิการมีแนวโน้มที่จะขยายตัวมากขึ้น

จากสถานการณ์คนพิการจะเห็นว่า อุบัติการณ์ของคนพิการมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และประเภทที่มีคนพิการมากที่สุดคือ เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งผลกระทบต่อคนพิการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและโอกาสการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่อย่างเป็นปกติสุขหรือความผาสุก รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการดำเนินงานด้านคนพิการที่ผ่านมายังประสบปัญหาความไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ที่มีคนพิการอาศัยอยู่ การดำเนินงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและต้องใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงสถาบันครอบครัวที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลคนพิการและใกล้ชิดกับคนพิการมากที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

ความหมายของคนพิการและความพิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้ความหมายของคนพิการ (Disability) ไว้ว่า เป็นข้อจำกัดหรือการขาดซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ โดยวิธีการหรือโดยวิสัยของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดจากความชำรุดหรือความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญาหรือจิตใจ เป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือทำอะไรที่สอดคล้องตาม วัย เพศ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

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

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 ให้ความหมายคนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมี

ส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็น เป็นพิเศษ ที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่ง ด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ความหมายคนพิการ หรือ บุคคลทุพพลภาพ หมายถึง บุคคลซึ่งมีความสามารถถูกจำกัดให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้ และมีความต้องการสิ่งที่มีความจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

จากความหมายที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง คนที่มีความบกพร่องและสูญเสียมรรถภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติและมีความต้องการความจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2552 เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายไว้ดังนี้

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

2. ความพิการทางร่างกาย คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

ความหมายคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คนพิการทางกายหรือทางการเคลื่อนไหว หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ หรือมีการสูญเสีย

ความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนขาด หรือขาขาด อัมพาต หรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว คลอบคลุมดังต่อไปนี้

1. แขนหรือขาอ่อนแรง จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางสมอง อุบัติเหตุไขสันหลัง มะเร็ง โรคติดเชื้อที่สมองหรือไขสันหลัง ภาวะผิดปกติทางสมองหรือไขสันหลังตั้งแต่กำเนิด

2. แขน ขา ขาด จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุ มะเร็ง แขน ขาขาดหายตั้งแต่กำเนิด

3. โรคข้อ หรือกลุ่มอาการปวด เช่น รูมาตอยด์ ข้อเข่าเสื่อม

4. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนื่อยง่าย จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคปอด

สภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ที่ไม่ต้องรอการวินิจฉัยจากแพทย์ คือ บุคคลที่แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป หรือขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปอย่างน้อยหนึ่งข้าง

สาเหตุความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีจำนวนมากในกลุ่มคนพิการ หากพิจารณาสาเหตุของความพิการ สามารถแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดความพิการได้เป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (WHO, 2005)

1. ความพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital disability) เช่น อวัยวะผิดรูปแต่กำเนิดแขน ขาด้วนแต่กำเนิด เตี้ย แคระ ซึ่งมีสาเหตุดังนี้

1.1 พันธุกรรม คือมีความผิดปกติของยีนส์และโครโมโซม ทำให้สมองเจริญช้า ปัญญาอ่อน มีรูปร่างไม่สมประกอบ ระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ เป็นต้น

1.2 การติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา เช่น การติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างอยู่ในครรภ์ทำให้เด็กปัญญาอ่อน

2. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired disability) ซึ่งมีปัจจัยและสาเหตุดังนี้

2.1 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุทางจราจร การทำงาน ภัยสงคราม ภัยธรรมชาติ ทำให้อวัยวะถูกตัดขาด กระดูกสันหลังถูกกระแทก หรือไขสันหลังถูกตัดขาด

2.2 โรคหรือพยาธิสภาพในกลุ่มโรคติดต่อและไม่ติดต่อต่าง ๆ เช่น HIV/AIDS โรคเรื้อรัง ภาวะขาดสารอาหาร การใช้สารเสพติด เนื้องอก ความเสื่อมของกล้ามเนื้อหรือกระดูก โรคระบบประสาท (อัมพาต) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการสูญเสียประสาทส่วนกลางละส่วนปลายรวมทั้ง

ระบบเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่พบบ่อยได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว และอัมพาตแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง โรคเรื้อนซึ่งเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่อาจเกิดอาการกับเส้นประสาทและผิวหนังส่วนใหญ่ซึ่งอาจมีผลทำให้พิการได้

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

กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความพิการแต่ละประเภทไว้ โดยระบุว่า ผู้วินิจฉัยความพิการจะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม คือเป็นแพทย์ที่สังกัดโรงพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดพร้อมทั้งให้ออกเอกสารรับรองความพิการ ตามแบบที่แนบท้ายกฎกระทรวง

การประเมินความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวด้วยเกณฑ์การวินิจฉัย

การแบ่งระดับของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้กำหนดลักษณะความพิการไว้ สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจนและคนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ คือ มีระดับความผิดปกติ 3ถึง 5 หลังสิ้นสุดการรักษาแล้วยังมีความผิดปกติอยู่ หรือเป็นอัมพาตหลังอาการเกิดแล้ว 6 เดือนจึงถือว่าเป็นคนพิการโดยระดับความพิการตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 มีดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ครึ่งตัว หรือแขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน มากกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

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

1. กิจกรรมรับประทานอาหาร
   1.1 การใช้มือจับช้อนและช้อนส้อมตักอาหารเข้าปาก
2. กิจกรรมการแต่งตัว
   2.1 การใช้มือข้างหนึ่งหวีผมและอีกข้างหนึ่งช่วยจัดแต่งผม
   2.2 การใช้มือ 2 ข้าง ติดกระดุม
   2.3 สวมเสื้อ ผ้าถุง กระโปรงหรือกางเกง
3. กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (ใช้ลำดับเป็นหลัก)
   3.1 การพลิกตัวบนเตียง
   3.2 การลุกจากนอนเป็นนั่ง
   3.3 การลุกจากนั่งเป็นยืน
4. กิจกรรมการเคลื่อนที่
   4.1 การเดินบนพื้นราบ ไม่น้อยกว่า 10 ก้าว (ประเมินทีละข้าง)
   4.2 การก้าวขึ้นบันได สลับขา ไม่น้อยกว่า 4 ขั้น โดยไม่ต้องจับราวบันได

สรุปได้ว่าคนพิการทางกายและทางการเคลื่อนไหว มีระดับของความพิการทั้งหมด 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับที่มีความผิดปกติทางกายแต่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จนถึงระดับที่สูญเสียการเคลื่อนไหว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึง ระดับที่ 4 ตามเกณฑ์การประเมินความพิการของพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 2 (2537)

ปัญหาของคนพิการ

1. ฐานะยากจน โดยเฉพาะคนพิการในชนบท
2. คนพิการขาดคนดูแลเนื่องจากภาระทางเศรษฐกิจและสังคม
3. คนพิการเข้าไม่ถึงระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะคนพิการในเขตชนบทยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการได้ดีเท่ากับคนพิการในเขตเมือง เช่น การบริการเชิงรุก การเดินทางลำบาก
4. คนพิการ คนดูแลและครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
5. คนดูแลและครอบครัวขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนพิการและความพิการ โดยครอบครัวคนพิการบางกลุ่มไม่อยากให้ผู้พิการออกไปนอกบ้านหรือออกสู่สังคม ไม่ยอมรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและไม่นำมาขึ้นทะเบียน ด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น ความอาย กลัวสังคมจะรู้ว่ามี

คนพิการอยู่ในครอบครัว ความไม่เข้าใจในระบบคิดว่าคนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ยาก ตลอดจนไม่มีเวลานำคนพิการมาจดทะเบียน หรือมารับบริการต่าง ๆ จึงทำให้คนพิการเสียโอกาส

6. คนพิการและครอบครัวขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเอง คนพิการและครอบครัวบางส่วนมีเจตคติ ความเคยชิน ความคาดหวัง และต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐเป็นหลัก โดยมองว่าการพัฒนาศักยภาพเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดให้เท่านั้น จึงทำให้ขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพตนเองนำไปสู่การพึ่งพาภาครัฐเป็นหลัก

ผลกระทบจากความพิการต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่องของการทำงานของร่างกายอย่างรุนแรงและถาวรของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อดำรงชีวิตประจำวันตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดหลากหลาย ที่มีผลคุกคามต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความบกพร่องของร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คืออาการอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemipararesis) พบร้อยละ 90 (มยุรี เพชรอักษร, 2535) เนื่องจากการที่ต้องอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานจะเกิดการหดรั้งหรือหดสั้นของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ จึงทำให้เคลื่อนไหวข้อได้ไม่เต็มที่ตามมุมการเคลื่อนไหวปกติของข้อ และยังส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำให้สูญเสียความแข็งแรง เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงและมีขนาดลดลงตามมาด้วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; Buschbacher & Porter, 2000) เมื่อแขนขามีอาการหดเกร็ง (Spasticities) หรือเหยียดลำบาก จะทำให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ จนสูญเสียการทรงตัวในการเคลื่อนไหว หรือบางรายอาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย (Black & Matassarin-Jacobs, 1993; วินิตา ชูช่วย, 2547) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ที่เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ๆ อวัยวะต่าง ๆ อาจถูกทำลายหรือสูญเสียหน้าที่ไป เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อศอก ข้อไหล่ ข้อสะโพก หลุด และกล้ามเนื้อหดสั้นเป็นต้น (จุฬาวรี ถิ่นทิพย์, 2549)

1.2 ความผิดปกติของระบบหายใจ เนื่องจากการนอนบนเตียงนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว ร่างกายจะมีผลกระทบต่อระบบการหายใจ คือ ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ความลึกและอัตราการหายใจ

ลดลง ทำให้ถุงลมในปอดแฟบ (Atelectatis) การแลกเปลี่ยนระหว่างก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้ไม่ดี เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง จนส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของกรดและด่างภายในร่างกาย นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการไอขับเสมหะลดลงจะทำให้มีเสมหะคั่งมากขึ้นก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ หรือติดเชื้อภายในปอด เป็นปอดอักเสบ (Hypostatic pneumonia) ดังนั้นการดูคนพิการทางกายและทางการเคลื่อนไหวที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ โดยเฉพาะคนพิการที่เป็นอัมพาต ควรได้รับการกระตุ้นให้ไอ หายใจลึก ๆ และหมั่นพลิกตัวบ่อย ๆ

1.3 ความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด เนื่องจากการนอนบนเตียงนาน ๆ และไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หัวใจจะทำงานมากกว่าอยู่ในท่านั่ง เนื่องจากร่างกายในท่านอนหงายเลือดดำไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น จำนวนเลือดจากบริเวณอื่นโดยเฉพาะที่ขาจะไหลไปสู่บริเวณทรวงอก ปริมาณเลือดที่หัวใจ ดังนั้นในการบีบตัวแต่ละครั้งหัวใจจะทำงานหนักมากขึ้น นอกจากนี้ในขณะนอนแรงโน้มถ่วงของโลกต่อร่างกายโดยทั่วไปลดลง ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนคือ หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถในท่ายืน (Orthostatic hypotension) พลังสำรองของหัวใจ (Cardiac reserved) ลดลง เมื่อลุกนั่งหรือยืนจึงมีอาการวิงเวียน เป็นลม ความดันเลือดต่ำ ผิวหนังจะเย็นชื้นและซีด อีกประการหนึ่งขณะที่กลั้นหายใจ ทรวงอกจะหยุดนิ่ง ทำให้แรงดันภายในทรวงอกเพิ่มขึ้น เมื่อเริ่มหายใจใหม่จะทำให้การไหลกลับของเลือดดำไปที่หัวใจมากขึ้นทันที ทำให้หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) นอกจากนี้การไม่เคลื่อนไหวร่างกายนาน ๆ มีแนวโน้มที่จะส่งเสริมให้ลิ่มเลือดเกาะติดที่ผนังหลอดเลือด (Thrombus formation) ง่ายขึ้น ทำให้เกิดลิ่มเลือดในเส้นเลือดดำโดยเฉพาะบริเวณที่มีการไหลเวียนเลือดไม่ดี เช่น บริเวณขา เลือดไหลเวียนช้า ตกตะกอนได้ง่าย ผนังหลอดเลือดไม่เรียบ หรือเส้นเลือดอักเสบ

1.4 ความผิดปกติของระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานประมาณ 2 สัปดาห์ จะมีส่วนโน้มนำทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคกระดูกหรือเป็นอัมพาต จะพบว่าความเข้มข้นของแคลเซียมในปัสสาวะจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่กรดซิตริก (Citric acid) ยังคงเดิม ผลก็คือ แคลเซียมถูกละลายด้วยกรดไม่หมด ทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมาก เป็นสาเหตุทำให้เกิดนิ่วได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีท้องผูกร่วมกับการควบคุมด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะผิดปกติ บางคนไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือปัสสาวะเองไม่ได้ ร่วมกับการดื่มน้ำน้อย ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปัญหาที่ตามมาคือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ จากการที่ปัสสาวะคั่งค้างเป็นเวลานาน หรือการทำความสะอาดยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใส่สายสวนคาไว้ ส่วนปัญหาเรื่องการถ่ายอุจจาระนั้น มักพบอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ

รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) บางรายไม่สามารถบอกได้ว่าต้องการจะถ่ายอุจจาระ (Lewis & Collier, 1987)

1.5 ความผิดปกติของระบบผิวหนัง จากการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน (Bergstrom & Braden, 1992) ทำให้เกิดแผลกดทับ เนื่องจากเลือดไหลเวียนไปสู่หลอดเลือดฝอยส่วนปลายได้ลดลงและทำให้เนื้อเยื่อของผิวหนังเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน (Lindgren et al., 2004) การลดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงต่อแรงกดที่สูงและระยะเวลาของการกดที่นานของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว หรือเป็นอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งต้องนอนอยู่บนเตียงหรืออาจนั่งอยู่บนรถเข็นเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับแรงกดเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายและเกิดแผลกดทับตามมาได้ (จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ และมาลินี วัฒนากูล, 2547) บริเวณที่มักเกิดแผลกดทับได้บ่อยมักเกิดในบริเวณที่สัมผัสกับปุ่มกระดูกที่ยื่นออกมาในทุกส่วนของร่างกาย ได้แก่ บริเวณก้นกบสะโพกและส้นเท้า (Paige, Lin, & Goh, 2002)

1.6 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร จากความผิดปกติเกี่ยวการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว และกลืนอาหาร ทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นผิดปกติ ริมฝีปากปิดไม่สนิท กล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก และคอหอย อ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารลงสู่หลอดอาหารได้ ส่งผลให้การกลืนลำบาก (Jacobson, Cha, & Sargent, 2001) นำไปสู่การสำลักได้ถึงร้อยละ 40-70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Daniels, Ballo, Mahoney, & Foundas, 2002) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ เนื่องจากคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ที่นอนไม่เคลื่อนไหวมักมีความรู้สึกหิวลดลง เบื่ออาหาร การย่อยและการดูดซึมไม่ดี มีผลกระทบต่อการเผาผลาญอาหารในร่างกายตามมา

1.7 ความผิดปกติของด้านสติปัญญา การรับรู้ สูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ ไม่สามารถเชื่องโยงการเรียนรู้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ทั้งหมด (Hickey, 1986) จึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ ความพิการที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบด้านความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด ความร้อน ความเย็น ไม่สามารถบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสได้ การรับรู้เวลา บุคคล และสถานที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้ผิดจากความเป็นจริง ทำให้การตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ อีกทั้งการรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ปัญหาที่พบบ่อย คือ การมองไม่เห็นภาพครึ่งซีกด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) เป็นสาเหตุให้คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวละเลยไม่สนใจตนเอง ในบางรายมีความบกพร่องเส้นประสาทสมองคู่ที่

3, 4 และ 6 ทำให้เกิดการมองเห็นภาพซ้อน จากการที่กล้ามเนื้อตาทั้งสองข้างไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันตามปกติ ส่งผลให้เสียความสมดุลในการเดิน นั่ง หรือยืน จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

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

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เนื่องจากความพิการเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่หายขาด คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จึงคิดว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่นและสังคม (ปาริชาด สุวรรณบุบผา, จตุพร ไชยทองศรี และตรีนุช พลางกูร, 2549; พัชริน วิจิตรอลงกรณ์, อรรถพงษ์ ตรีธัญญา และปาจารีย์ เพิ่มเพียร, 2550) ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบอาจเกิดจากสภาพจิตใจของคนพิการที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว (Pre-psychologocal profile) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความบกพร่องที่สมองโดยตรง (Presence of organic behavior change) นอกนี้การนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน ๆ ของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อาจจะทำให้มีอาการทางจิตชั่วคราว ความคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การสูญเสียบทบาทและกิจกรรมเดิมของตน ต้องปรับกิจกรรมในการดำรงชีวิตหลายอย่าง ต้องแยกจากสิ่งแวดล้อมเดิม ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม มีเวลามากที่จะครุ่นคิดในเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนตลอดเวลา ทำให้ภาวะด้านจิตใจเสื่อมถอย เพิ่มความเครียดทางจิตใจ ผลกระทบด้านอารมณ์ที่พบบ่อยในคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) อาการที่แสดงให้เห็นคืออารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัวเอง ไม่ให้ความร่วมมือ นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร (Santus, Ranzenigo, Caregnato, & Inzoli, 1990) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 29 ในระยะเวลา 3 ปีหลังการป่วย นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้วปัญหาทางด้านจิตใจที่พบอีกคือ ความกลัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวการถูกทอดทิ้งและกลัวเสียชีวิต ความรู้สึกกังวล ความคับข้องใจ ความเครียด ในการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายถูกจำกัด (Hickey, 1986) และผลจากความพิการทางร่างกายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ คนพิการจะเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียความเชื่อมั่นและ

ความมีคุณค่าในตนเอง (ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่, พัชนี ธรรมวันนา, พนินทร วงษ์ใหญ่ และภาวนา สาป้อง, 2546).

3. ผลกระทบทางสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม 2 ประการ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้ที่ต้องการพึ่งพา การสูญเสียความสามารถด้านร่างกายทำให้ต้องการการพึ่งพา ผู้ป่วยที่เคยมีความเชื่อมั่นในตนเองและเป็นตัวของตัวเองเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะเกิดความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับการพึ่งพาสูง ซึ่ง Williams and Bury (1989) ได้อธิบายความ สัมพันธ์เชิงพึ่งพาที่คนพิการมีต่อสมาชิกในครอบครัวของคนพิการว่า “เป็นภาระ” ของผู้อื่น “เป็นตัวถ่วง” และไม่อยากรบกวนชีวิตผู้อื่น แต่ในค่านิยมของสังคมไทยยอมรับการพึ่งพาของผู้ป่วยและผู้พิการ (ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2543)

3.2 การเปลี่ยนแปลงของบทบาทในครอบครัวและสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยถึงขั้นทำให้สูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย บทบาทในครอบครัวจึงเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยเนื่องจากความพิการ เมื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวต้องปรับกิจกรรมในการดำรงชีวิตหลายอย่าง มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย (Robinson & Mahoney, 1995) เพราะความจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายและเพื่อต้องการที่จะควบคุมภาวะแทรกซ้อน ทำให้แยกตัวจากสังคม (ปาริชาด สุวรรณบุบผา และคณะ, 2549) สูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง สูญเสียความเป็นอยู่โดยทั่วไป มีข้อจำกัดด้านความสามารถ ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมลดลง ทำให้มีความรู้สึกถูกแยกจากสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และรู้สึกว้าเหว่ (Frazen, 1991)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของคนพิการตลอดจนมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ประกอบด้วยการให้คุณค่า (Value) ความหมาย (Meaning) และเป้าหมาย (Purpose) ของชีวิต (Dossey, Keegan, Guzzetta, & Kolkmeier, 1997) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ดังนี้

4.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self-esteem) หรือรู้สึกไร้ค่า เกิดจากการรับรู้ต่อสมรรถภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ยอมรับตนเองในระดับต่ำ และความภาคภูมิใจในตนเองลดต่ำลงด้วย (อัจฉรา สุคนธสรรพ์, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และรัตนาวดี ชอนตะวัน, 2545) การรับรู้ว่าตนเองไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ถูกสังคมรังเกียจ รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ตนเองว่าเป็นคนพิการ จากความรู้สึกต่อตนเองดังกล่าวทำให้รับรู้ความแตกต่างของตนเองกับผู้อื่นในสังคม ทั้งยังรับรู้ทัศนคติค่านิยมที่ผู้อื่นมีต่อตนเองขณะมีปฏิสัมพันธ์กัน เสริมความรู้สึกแปลกแยกระหว่างตนเองกับผู้อื่นจนรับรู้ว่าเป็นคนพิการและมองย้อนกลับมารับรู้ว่าตนเองไม่มีค่า (Friedman & Dimatteo, 1989) พบว่าปัจจัยที่รบกวนชีวิตของบุคคลที่ใช้ล้อเข็น

เนื่องจากความพิการมี 3 ประการได้แก่ 1) การรับรู้ทัศนคติด้านลบที่สังคมมีต่อพวกเขาที่มองว่าเขาเปลี่ยนไปและมีสภาวะไม่ทัดเทียม 2) การรับรู้ตนเองด้านลบทำให้พวกเขาไม่กล้าออกสู่สายตาสาธารณชน 3) สภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเคลื่อนย้ายตนเอง

4.2 การให้ความหมาย (Meaning) บุคคลจะค้นพบว่าชีวิตมีความหมายก็ต่อเมื่อชีวิตมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตลอดจนให้ความหมายบางอย่างในทางที่ดี แต่หากบุคคลปราศจากความหมายที่สำคัญ เมื่อนั้นชีวิตก็จะไม่มีคุณค่า เนื่องจากคนเป็นองค์รวม การให้ความหมายจึงเชื่อมโยงโดยตรงกับระบบในทางร่างกายทั้งหมดและมีอิทธิพลต่อภาวการณ์มีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย ความหมายจึงเป็นตัวกำหนดวิถีทางของการดำเนินชีวิต (Reed, 1987; Ross, 1997) จากการศึกษาของ Kim and Kang (2003) พบว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางกายในประเทศเกาหลีได้รับการยอมรับจากสังคมในการดำรงชีวิตและการยอมให้พวกเขาใช้ชีวิตอย่างปกติ

สรุป ปัจจุบันคนพิการแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจากสาเหตุอื่น ๆ คนพิการทางการเคลื่อนไหวถึงร้อยละ 50 ของคนพิการประเภทอื่น ๆ เมื่อเกิดความพิการก็ส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมา ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และสังคม ความพิการส่งผลกระทบมิใช่เฉพาะต่อคนพิการ เท่านั้น รวมถึงครอบครัวด้วย กล่าวคือผู้ที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนพิการนั้นมักต้องลาออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่นี้ยิ่งกว่านั้นทั้งผู้ดูแลคนพิการในครอบครัว แนวทางการช่วยเหลือคือการเสริมสร้างพลังความสามารถในตัวคนพิการให้สามารถช่วยเหลือตัวเองและครอบครัวได้ ไม่เป็นภาระสังคม สามารถหารายได้จุนเจือครอบครัว ได้รับการยอมรับและได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากชุมชนและสังคม จะส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่เป็นภาวะพึ่งพิงครอบครัวและสังคม

ทฤษฎีการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเองและบุคคลต้องทราบก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านั้นจะเกิดผลประโยชน์อย่างไร และสามารถปฏิบัติด้วยตนเองหรือไม่ การดูแลตนเองเป็นกระบวนการอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค ตลอดจนเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองจะดีหรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแล (Orem, 1991) การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและ

ตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้ 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ และ 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ประการ ดังนี้

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอด ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อเกิดภาวะที่มีความเบี่ยงเบนสุขภาพเกิดขึ้น คนพิการทางการเคลื่อนไหวจะหันมาสนใจและดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นรวมถึงมีการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองมีการเสริมสร้างพลัง

ความสามารถในการดูแลมากขึ้นเมื่อมีพลังความสามารถในการดูแลตนเองมากจะส่งผลให้การดูแลตนเองดีตามไปด้วย ซึ่งการดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 ประการ ดังนี้

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่นพยาบาล

3.2 รับรู้ สนใจ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่อมีภาวะความเบี่ยงเบนสุขภาพเกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะหันมาสนใจแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น พยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุขรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้การดูแลคนพิการในชุมชน และมีการศึกษาและแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามมา รวมทั้งยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปและยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง ตลอดจนมีการส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ เมื่อมีพลังความสามารถในการดูแลตนเองมากจะส่งผลให้การดูแลตนเองดีตามไปด้วย

สรุปทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอ เพราะเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน เป็นผลมาจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองจะดีหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง คนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไปเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว และยังเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาโดยเฉพาะผลกระทบทางด้านร่างกาย มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว สูญเสียการทรงตัวในการเคลื่อนไหว บางรายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย เกิดการยึดติดของข้อต่าง ๆ ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยัง

มีผลกระทบในด้านจิตใจด้วย คิดว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่นและสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยแล้ว ยังส่งผลต่อปัญหาสุขภาพตามมาภายหลัง เนื่องจากมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สูงกว่าคนทั่วไป เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากคนที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้กลายมาเป็นคนที่มีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น แขนขาขาด นิ้ว ขาด แขน ขา อ่อนแรง

แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency concept)

Orem (2001) ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่า หมายถึง การกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อควบคุมปัจจัยที่มากระทบต่อหน้าที่และพัฒนาการของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ชีวิตและสวัสดิภาพของตน โดยขึ้นอยู่กับลักษณะของความสามารถและความจำกัดของแต่ละบุคคล บนเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการฝึกฝน ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถของบุคคล ที่จะทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายในระยะต่าง ๆ จะช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญในทุกช่วงวัย เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าว จะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมี 3 ระดับ (Orem, 2001) ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components: enabling capabilities for self-care) 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) และมีเป้าหมาย ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลมีความสามารถที่แตกต่างกันประกอบด้วย ปัจจัยทางพันธุกรรม ประสาทรับความรู้สึก (Sensation) การรับรู้ ความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง หรือวัตถุสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ ที่จะนำไปสู่พลังความสามารถ 10 ประการ หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ย่อมขาดความสามารถในการทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย นั่นคือไม่สามารถพัฒนาตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้ แต่ถ้ามีการพัฒนาตนเองโดยการนำความรู้ไปปฏิบัติจะนำไปสู่การพัฒนาที่สูงขึ้นโดยอาศัยพลังความสามารถ 10 ประการ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) Orem (2001) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วย ดังนี้

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตและความผาสุก

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไว้

2.7 ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ และนำความรู้เหล่านั้นมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง เพื่อการดูแลตนเองและควบคุมเป้าหมาย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตของตนเอง

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ถูกพัฒนามาจากพื้นฐานในระดับที่ 1 และในระดับที่ 2 เป็นความสามารถที่จำเป็น สำหรับใช้ในการกระทำเพื่อดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้

3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สมควรกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพ ที่อยู่ภายในของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่จะตอบสนองตอบต่อความต้องการที่จะดูแล

ตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีดังเดิม ซึ่งการวิจัยในครั้งได้นำแนวคิดความสามารถในการดูแลเป็นตนเองมาประยุกต์ใช้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยแนวคิดดังกล่าวสามารถสนองตอบตอความต้องการการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้ หากคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีความสนใจ ดูแลเอาใจใส่สุขภาพร่างกายของตนเอง รวมถึงมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลตนเอง มีพลังความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับสภาวะปกติได้ มีความสนใจและหมั่นสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย มีการแสวงหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ก็จะทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้คนพิการทางการเคลื่อนไหวยังต้องมีความรู้ ความสามารถในการคาดการณ์หรือคาดคะเนในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายตนเองและสามารถปรับการดูแลให้ตรงกับความต้องการของตนเองได้

ปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ปัจจัยขั้นพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยขั้นพื้นฐาน (Basic conditioning factors) จากแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพลังหรือความสามารถที่อยู่ภายในบุคคล เพื่อจะกระทำการใด ๆ ในการดูแลตนเองให้ตนเองนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี การที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองนั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะมีทั้งจากภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลที่ส่งผลประกอบด้วย สังคม วัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ เป็นต้น โดยปัจจัยต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นภายในระยะเวลาเดียวกันแต่มีความแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล สำหรับการศึกษาคนพิการทางการเคลื่อนไหวในครั้งนี้ได้นำปัจจัยขั้นพื้นฐาน บางประการมาศึกษาดังต่อไปนี้

1. เพศ (Gender) เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายกับเพศหญิงและเป็นตัวกำหนดบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคม ในสังคมไทย (Orem, 2001) เพศชายหรือเพศหญิงในคนพิการทางการเคลื่อนไหว ถึงแม้จะมีโครงสร้างที่แตกต่าง

กันแต่ในระดับพลังความสามารถซึ่งมีอยู่ในตัวของคนพิการไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของภัทรพร ไพเราะ (2539) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า เพศชาย มีการดูแลตนเอง และแบบแผน ในการดำเนินชีวิตดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dhar (2001); McCullough and Laurenceau (2004) ที่พบว่า เพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้นภายหลังจากร่างกายหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันได้ มีบางรายงานผลการศึกษาต่างกัน เช่น รายงานการวิจัยของ วรรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ด้าน พบว่า เพศหญิงดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธร รักษานุวงศ์ (2545) ที่พบว่า เพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย ในขณะที่ Tokem, Akyol, and Argon (2007) พบว่า เพศชายจะมีความสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า ต่างจากการศึกษาของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่า การศึกษาปัจจัยด้านเพศในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่าเพศชายหรือเพศหญิงความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2. อายุ (Age) ความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับอายุ โดยเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงในวัยสูงอายุ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุน้อย อายุที่แตกต่างกันย่อมมีพัฒนาการความสามารถในการรับรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อายุจึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะสูงสุดในผู้ใหญ่และอาจจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 2001) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อายุยิ่งมาก จะมีความทนต่อยาเคมีบำบัดลดลง (U.S. Bureau of the Census, 1994) ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงไป (Dees et al., 2000) รจนารถ ร่วงลือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความ สามารถในการดูแลตนเองดี โดยอายุเฉลี่ยคือ 38.28 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ไม่มีการเสื่อมถอยตามวัยมากนัก ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ และการศึกษาของจิตตะวัน จิตระกูล (2555) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ คนพิการทางการ

เคลื่อนไหวที่มีอายุน้อยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุน้อย

3. การศึกษาช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Orem, 2001) ดังการศึกษาของ อินทราพร พรมปราการ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) และ Speak, Cowart, and Pellet (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง คนที่มีการศึกษาดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา Tokem et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ และการศึกษาของจุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540); กชชุกร หว่างนุ่ม (2550); ธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ สามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ จากการศึกษาของธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) พบว่ารายได้ของครอบครัวสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ ซึ่งรายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจได้ จากการศึกษาของกชกร ศรีสัมพันธ์ (2537) พบว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของคนพิการสอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร (2538) ที่พบว่ารายได้ของคนพิการมีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ และรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการด้วย (ปกรณ์ วชิรัคกุล, 2541)

5. ระยะเวลาพิการ บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิต เพื่อนำมาสู่ในการวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง ระยะเวลามีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงในวัยสูงอายุ ในการศึกษาเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้นำปัจจัยด้านระยะพัฒนาการของการเจ็บป่วยในคนพิการมาศึกษา ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา อุคติ

และณัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และการศึกษาของ ปกรณ์ วชิรัคกุล (2541) พบว่าระยะเวลาที่มีความพิการมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก นอกจากนี้การศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ระดับความพิการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ระดับความพิการมีหลายระดับ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระดับที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ไปจนถึงระดับที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอาศัยญาติผู้ดูแล หากมีระดับความพิการมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tokem et al. (2007) ที่พบว่าระดับความพิการที่มากกว่ามีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการศึกษาของ Ovayolu et al. (2011) พบว่าระดับความพิการที่สูงกว่าและอัตราความเจ็บปวดมากจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ อภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์ และคณะ (2550) ที่พบว่าคนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมากส่วนใหญ่ต้องอาศัยความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัว ไม่มีส่วนร่วมในสังคม ถูกมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาส ในสังคม และการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) พบว่าคนพิการทางกายและทางการเคลื่อนไหว มีความพิการตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับที่มาก ซึ่งระดับความพิการที่รุนแรงมาก เป็นผลให้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวันหลักอย่างมาก เกิดภาวะพึ่งพิง และต้องการผู้ดูแลที่จำเป็นในการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเหล่านี้ได้

7. ภาวะสุขภาพ (Health status) โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยของแพทย์ ตลอดจนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic status) การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และการดูแลตนเอง ที่เหมาะสมได้ดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุก (Well-being) ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีการเจ็บป่วยก็สามารถรับรู้ถึงความผาสุก หรือการรับรู้สุขภาวะที่ดีได้ Orem (2001) มองภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นองค์รวมในความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์เป็นการประเมินการรับรู้ต่อสุขภาพของตนเองที่ปรากฏอยู่จริงโดยมองในภาพรวม ภาวะสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพของ

ตนเองได้ดี ถึงแม้จะมีพิการหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายก็ตามบุคคลจะบอกได้ว่าสุขภาพขณะนั้นดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลจะเป็นผู้รับรู้และตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ภายในบุคคล พฤติกรรมและการปฏิบัติ มีการเปรียบเทียบในคนวัยเดียวกันหรือสถานการณ์เดียวกัน (Orem, 2001) คนพิการมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่อาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มอีกอันเป็นผลจากสภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับความพิการหรือไม่ก็ได้ ดังจากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2542) พบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1ใน 4 คนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งอาการเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรงของโรค และการศึกษาของพุธเมษา หมื่นคำแสน (2542); ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) และกชชุกร หว่างนุ่ม (2550) พบว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ หากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ถึงแม้จะมีความพิการหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายก็ตาม

8. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองและยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือเพิ่มความพยายามในการดูแลตนเอง ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้เครื่องนุ่งห่มต่าง ๆ การสนับสนุนเป็นตัวแปรหนึ่งที่ได้มาจากปัจจัยสังคมวัฒนธรรม ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือเพิ่มความพยายามในการดูแลตนเอง ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ การศึกษาของ สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545) พบว่าการได้รับการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ วัตถุสิ่งของ รวมถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี และมีความผาสุกในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่ปกติหรือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยหรือความพิการ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีแล้ว ผู้ที่สูญเสียแขนและหรือขาจะสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสามารถเปลี่ยนผ่านสู่ความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และการศึกษาของ ทิพมาศ กาลิกา (2546) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก

ครอบครัวส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้เครื่องนุ่งห่มต่าง ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีความพิการระดับ 1-4 ซึ่งได้รับการประเมินโดยแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ตามแนวคิดของ Orem (2001) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระดับความพิการ ระยะเวลาพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับความ สามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 1-4 ซึ่งได้รับการประเมินโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบด้านคนพิการ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 667 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง, 2557)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 1-4 ซึ่งได้รับการประเมินโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบด้านคนพิการ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-65 ปี
2. ไม่มีปัญหาทั้งการพูดและการฟัง
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจของ Yamane (1973)

สูตร

$$n = \frac{N}{1+ N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ในที่นี้ให้มีความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{667}{1+667\ (0.05)^2}$$

$$n = 250.04$$

จากการแทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 250 คน หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ 250 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 20 จำนวน 50 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เท่ากับ 300 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) จากคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จำนวน 667 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อำเภอบางละมุงมี 8 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลหนองปรือ ตำบลห้วยใหญ่ ตำบลโป่ง ตำบลบางละมุง ตำบลนาเกลือ ตำบลตะเคียนเตี้ย ตำบลหนองปลาไหล และตำบลเขาไม้แก้ว

2. ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายจาก 8 ตำบล ในอำเภอบางละมุง แบบไม่ใส่คืนได้ตำบลหนองปรือ ซึ่งมีคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 300 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น ซึ่งในตำบลหนองปรือ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 213 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่บ้านและมีคุณสมบัติไม่ครบ จึงดำเนินการสุ่มตำบลที่เหลือต่อไป

3. ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนในตำบลที่เหลือ ได้ตำบลตะเคียนเตี้ย ซึ่งมีคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 70 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มมาอีกจำนวน 50 คน ซึ่งยังไม่ครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

4. ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ในตำบลที่เหลือ ได้ตำบลเขาไม้แก้ว ซึ่งมีคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 40 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในตำบลเขาไม้แก้ว เพิ่มอีกจำนวน 37 คน รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน ความพึงพอใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Numeric rating scale) โดยเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่อง

เท่า ๆ กันและมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 ซึ่งแสดงค่าความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว คะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน คะแนน 0 คือ สุขภาพไม่ดี คะแนน 10 คือ สุขภาพดีมาก

การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์หาค่าอันตรภาคชั้น คือ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้น ซึ่งผลรวมของคะแนนทุกข้อจะเป็นภาวะสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยพิจารณาหาคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
0.00-2.50	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
2.51-5.00	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเล็กน้อย
5.01-7.50	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
7.51-10.00	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นการวัดการรับรู้ของคนพิการต่อการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านคือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การเงิน สิ่งของแรงงาน และการให้บริการ และ 5) ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 25 ข้อ การวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริง จนถึง เป็นจริงมากที่สุด กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนี้

1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่จริง

2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงน้อยที่สุด

3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงปานกลาง

4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงมาก

5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงมากที่สุด

ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายข้อ ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.49	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด
1.50-2.49	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อย
2.50-3.49	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

3.50-4.49 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

4.50-5.00 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของธิวาสา ลีวัธนะ (2548) โดยแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง 4) ด้านทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self As Carer Inventory Thai Version: SCIT) ฉบับภาษาไทยของอิสระมาลัย (Isaramalai, 2002) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Orem (2001) มีจำนวน 40 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale)โดยเรียงคะแนนจากลำดับที่น้อยที่สุดไปหามากที่สุด 6 ลำดับ ให้ค่าคะแนน 1-6 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

6 มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงมากที่สุด

5 มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงมาก

4 ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงปานกลาง

3 ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงน้อย

2 น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงน้อยที่สุด

1 น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่จริง

การแปลผลคะแนน ผลรวมของคะแนนทุกข้อจะเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-6.00 คะแนน แล้วพิจารณาหาค่าของคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย การแปลความหมาย

1.00-2.25 ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

2.26-3.51 ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3.52-4.77 ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

4.78-6.00 ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

การแปลผลคะแนน ในข้อคำถามแต่ละข้อนั้นมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 6 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน แล้วหาคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายข้อ ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองดีมาก ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของพิทักษ์ ทองสุข (2548) และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของธิวาสา ลีวัธนะ (2548) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวิจัยของนักวิจัยท่านอื่นจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้ (Try out) กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอนายกเทศมนตรีตำบลตะเคียนเตี้ย นายกเทศมนตรีเมืองหนองปรือ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาไม้แก้ว เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในพื้นที่

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากนายกเทศมนตรีตำบลตะเคียนเตี้ย นายกเทศมนตรีเมืองหนองปรือ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาไม้แก้วแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอรายละเอียดเกี่ยวกับที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้และรายละเอียดหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ

4. ผู้ช่วยวิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมนำใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามแสดงความประสงค์ว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่าง

ยินยอม ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งนัดล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ จึงเริ่มสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ครบตามจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการสำหรับการวิจัยครั้งนี้

6. หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่ามีแบบสัมภาษณ์ที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 293 ชุด จากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 300 ชุด แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และวิธีการของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบทุกราย

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมีการลงนามยินดีเข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลต่อ ก็สามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้น โดยเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานของพยาบาลในชุมชน และการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้มีความเหมาะสมต่อไป หากสถานบริการสาธารณสุขหรือกลุ่มตัวอย่างต้องการทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดส่งข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ และระดับความพิการด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient)

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ได้ผลดังตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 293)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	179	61.1
หญิง	114	38.9
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	45	15.4
31-45 ปี	141	48.1
46-60 ปี	107	36.5
(Min = 21,Max = 60, M = 41.54, SD = 9.44)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	283	96.6
คริสต์	2	0.7
อิสลาม	8	2.7
สถานภาพสมรส		
คู่	133	45.4
โสด	100	34.1
หม้าย	49	16.7
หย่า/ แยกกันอยู่	11	3.8
การศึกษา (Min = 0, Max = 16, *M* = 4.81, *SD* = 4.37)		
ไม่ได้รับการศึกษา	116	39.6
ประถมศึกษา	89	30.4
มัธยมศึกษา	76	25.9
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	2	0.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	3.4
รายได้ (ต่อเดือน)		
500 – 1,000 บาท	122	41.6
1,001 - 3,000 บาท	135	46.1
3,001 บาทขึ้นไป	36	12.3
(Min = 500, Max = 7,000, *M* = 1,492.32, *SD* = 1240.78)		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	121	41.3
ประกอบอาชีพ	172	58.7
ค้าขาย	82	47.7
รับจ้าง	66	38.3
ทำงานบ้าน	17	9.9
เกษตรกรรม	7	4.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพผู้พิการ	156	53.3
ประกันสังคม	126	43.0
ข้าราชการ	11	3.7
อาศัยอยู่กับ		
ครอบครัว	100	34.1
บุตรหลาน	95	32.4
คู่สมรส	73	25.0
คนเดียว	25	8.5
ระยะเวลาพิการ (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	113	38.6
5-10 ปี	53	18.1
มากกว่า 10 ปี	127	43.3
Min = 1, Max = 32, *M* = 8.53, *SD* = 5.52)		
ระดับความพิการ		
ระดับ 1	96	32.8
ระดับ 2	80	27.3
ระดับ 3	101	34.5
ระดับ 4	16	5.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	216	73.7
มี	77	26.3

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.1) มีอายุระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ 48.1) รองลงมาได้แก่อายุ 46-60 ปี (ร้อยละ 36.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45.4) รองลงมามีสถานภาพโสด (ร้อยละ34.1) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 39.6) รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30.4) มีรายได้ประมาณ

1,001-3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.1) รองลงมามีรายได้ประมาณ 500 – 1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 41.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.3) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 58.7) ในจำนวนผู้ที่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 47.7) รองลงมารับจ้าง (ร้อยละ 38.3) มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพผู้พิการ (ร้อยละ 53.3) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 34.1) รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 32.4) มีระยะเวลาพิการ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.3) รองลงมามีระยะเวลาพิการน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 38.6) มีระดับความพิการที่ระดับ 3 (ร้อยละ 34.5) รองลงมามีความพิการระดับ 1 (ร้อยละ 32.8) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.7)

ส่วนที่ 2 ระดับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 293)

ตัวแปร	*M*	*SD*	ระดับ
ภาวะสุขภาพ	7.33	1.40	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	4.10	0.33	มาก
ความสามารถในการดูแลตนเอง	4.72	0.33	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 7.33, SD = 1.40; M = 4.72, SD = 0.33 ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.10, SD = 0.33)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficients) สำหรับตัวแปรต้นที่มี

ระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) 2 ตัวแปร ได้แก่ เพศ และระดับความพิการ ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรออกเป็น 2 กลุ่ม ตัวแปรเกี่ยวกับเพศ กำหนดค่าตัวแปรเพศชาย เป็น 1 และกำหนดค่าตัวแปรเพศหญิง เป็น 0 สำหรับตัวแปรเกี่ยวกับระดับความพิการ กำหนดค่าตัวแปรระดับ 1-2 เป็น 0 และกำหนดค่าตัวแปรระดับ 3-4 เป็น 1 หลังจากนั้นได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient ได้ผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 293)

ปัจจัยที่ศึกษา	***r***	**p-value**
เพศ [(p)]	.05	.423
อายุ	-.12*	.040
การศึกษา	.20**	.001
รายได้	.08	.174
ระยะเวลาพิการ	-.10	.080
ระดับความพิการ[(p)]	-.13*	.027
ภาวะสุขภาพ	.60**	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.34**	<.001

[(p)] วิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุ และระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.12, p < .05 ; r = -.13, p < .05) ส่วนการศึกษา ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .20, p <.01; r = .60, p < .001; r = .34, p < .001 ตามลำดับ) สำหรับ เพศ รายได้ และระยะเวลาพิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 293 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96, .85 และ .86 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point bi-serial correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.1) มีอายุระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ 48.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45.4) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 39.6) มีรายได้ประมาณ 1,001-3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.1) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 58.7) ในจำนวนผู้ที่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 47.7) มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพผู้พิการ (ร้อยละ 53.3) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 34.1) มีระยะเวลาพิการ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.3) มีระดับความพิการที่ระดับ 3 (ร้อยละ 34.5) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.7)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี (M = 4.72, SD = 0.33)

3. อายุและระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (r = -.12, p < .05 ; r = -.13, p < .05) สำหรับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (r = .20, p < .01; r = .60, p < .001 ; r = .34, p < .001 ตามลำดับ) ส่วนเพศ รายได้ ระยะเวลาพิการไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ระดับความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 4.72, SD = 0.33) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ มีการดูแลตนเองเพราะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ *(M = 4.94, SD = 0.74)* รองลงมาคือ มีการจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ *(M = 4.90, SD = 0.75)* ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การมีกระดูกและข้อตามตัวสามารถเคลื่อนไหวได้ดี (M = 4.35, SD = 0.73) ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพลังจากภายในตัวที่จะดูแลตนเองและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเนื่องจากเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญรวมถึงมีการจดจำและเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดี ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่าความ สามารถในการดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญในทุกช่วงวัย เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับความสามารถในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

2.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย ทั้งนี้เพราะอายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะและความสามารถในการรับรู้ การแปลความหมายและการตัดสินใจ อายุที่แตกต่างกันย่อมมีพัฒนาการความสามารถในการรับรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อายุจึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะสูงสุดในผู้ใหญ่และอาจจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่ง Orem (2001) ได้กล่าวว่าบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษากชกร หว่างนุ่ม (2550) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = -.29, $p < .05$) และพบว่าผู้สูงอายุที่อายุยิ่งมาก จะมีความทนต่อยาเคมีบำบัดลดลง (U.S. Bureau of the Census, 1994) ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงไป (Dees et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ ร่วงลือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และการศึกษาของคัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองดี โดยอายุเฉลี่ยคือ 38.28 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเสื่อมถอยตามวัยไม่มากนัก ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การศึกษาของจิตตะวัน จิตระกูล (2555) ยัง

พบว่า อายุยังมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บปวด (Ovayolu et al., 2011) ดังนั้นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย

2.2 การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีการศึกษาดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองดี ทั้งนี้เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง คนที่มีการศึกษาดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ อินทราพร พรมปราการ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) และ Speak, Cowart, and Pellet (1989) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษาช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง คนที่มีการศึกษาดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ Tokem et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540); จิราพร อมราภิบาล (2536); กชชุกร หว่างนุ่ม (2550); ธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ (2551) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ สามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีการศึกษาดี จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่า มีการเรียนรู้และวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้

2.3 ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่ดี ทั้งนี้เพราะระดับความพิการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งระดับความพิการมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ไปจนถึงระดับที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอาศัยญาติผู้ดูแล หากมีระดับความพิการมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือสามารถดูแลตนเองได้ จากการศึกษาของ Tokem et al. (2007) พบว่าระดับความพิการที่มากกว่ามีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการศึกษาของ Ovayolu et al. (2011) พบว่าระดับความพิการที่สูงกว่าและอัตราความเจ็บปวดมากจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์ และคณะ (2550) ที่พบว่าคนพิการที่มีระดับความ

พิการรุนแรงมากส่วนใหญ่ต้องอาศัยความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัว ไม่มีส่วนร่วมในสังคม ถูกมองเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม และการศึกษาของพรนภา เจริญสันต์ (2553) พบว่าคนพิการทางกายและทางการเคลื่อนไหว มีความพิการตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับที่มาก ซึ่งระดับความพิการที่รุนแรงมาก เป็นผลให้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักอย่างมาก เกิดภาวะพึ่งพิงและต้องการผู้ดูแลที่จำเป็นในการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเหล่านี้ได้

2.4 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ บุคคลจะบอกได้ว่าสุขภาพขณะนั้นดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับตัวบุคคลจะเป็นผู้รับรู้และตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง และขึ้นอยู่กับประสบการณ์ภายในบุคคล พฤติกรรมและการปฏิบัติ การเปรียบเทียบคนในวัยเดียวกัน หรือสถานการณ์เดียวกัน (Orem, 2001) คนพิการมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพเช่นคนทั่วไป แต่อาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มอีกอันเป็นผลจากสภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับความพิการหรือไม่ก็ได้ จากการศึกษาพบว่าคนพิการและครอบครัวมักมีความตระหนักถึงการมีสุขภาพดีและการรักษาสุขภาพน้อยมาก แม้บุคคลจะมีการเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม บุคคลนั้นก็สามารถรับรู้ถึงความผาสุกหรือการรับรู้สุขภาวะที่ดีได้ จึงขึ้นกับตัวบุคคลนั้นจะเป็นผู้ตัดสินใจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ภายในของบุคคลนั้น Orem (2001) สอดคล้องกับการศึกษาของกชชุกร หว่างนุ่ม (2550); นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ (2534); ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และพุธเมษา หมื่นคำแสน (2542) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง การที่คนพิการมีสุขภาพที่ไม่ดีไม่จำเป็นต้องเป็นผลจากสภาวะความพิการ แต่อาจมาจากความยากลำบากในการเข้าถึงโครงการและบริการต่าง ๆ

2.5 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ดี จะทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดี ดังที่ Orem (2001) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้หรือเพิ่มความพยายามในการดูแลตนเอง ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่าความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสกุลรัตน์ เตียววานิช (2545) ที่พบว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ด้านจิตใจ

อารมณ์ วัตถุสิ่งของ รวมถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี และมีความผาสุกในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่พบว่าหากคนพิการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ที่สูญเสียแขนหรือขาสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสามารถเปลี่ยนผ่านสู่ความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดคล้องกับทิพมาศ กาลิกา (2546) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเสริมแรงกระตุ้นให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีกำลังใจในการดำรงชีวิตของตนเองโดยไม่พึ่งพาคนอื่นและไม่เป็นภาระของใคร

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับความพิการ ซึ่งอธิบายได้ดังต่อไปนี้

3.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากเพศชายและหญิงถึงแม้จะมีโครงสร้างหรือบทบาทแตกต่างกันแต่ในระดับพลังความสามารถซึ่งมีอยู่ในตัวของคนพิการไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ovayolu et al. (2011) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ และสุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ (2555) และการศึกษาของจินตนา สุวิทวัส, ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์ และณิตชาธร ภาโนมัย (2557) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุโรคมะเร็งทั้งเพศชายและหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุเฉลี่ย 66.35 ± 5.21 ปี) ซึ่งมีความเสื่อมถอยของร่างกายเช่นกัน ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมน้อยลงเหมือนกัน

3.2 รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อาจเนื่องมาจากรายได้ที่คนพิการได้รับซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 500-3,000 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่ได้รับจากรัฐบาล แม้จะเป็นรายได้ที่ค่อนข้างน้อยแต่คนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นผู้ที่ไม่ได้มีรายจ่ายมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา ภู่กลั่น (2552) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ อาจเนื่องมาจากมีแหล่งประโยชน์และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีสวัสดิการ มีเบี้ยเลี้ยงในการครองชีพ แม้จะมีรายได้ที่ค่อนข้างน้อยแต่กลุ่มตัวอย่างก็มีความพึงพอใจกับรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร ใจแก้ว (2537) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ถึงแม้รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ แต่จากการศึกษาคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นแม้จะมีรายได้น้อยแต่

กลุ่มตัวอย่างก็มีความพึงพอใจและมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี จึงทำให้รายได้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

3.3 ระยะเวลาพิการไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีระยะเวลาความพิการมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความพิการมาจากหลายสาเหตุทั้งจากอุบัติเหตุทางจราจร อุบัติเหตุจากการทำงาน ทำให้มีความสูญเสียอวัยวะภายในร่างกาย รวมถึงพิการจากโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุลื่นหกล้ม เส้นเลือดในสมองแตก เกิดความพิการตามมา เมื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการสูญเสียอวัยวะภายในร่างกายและสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น นิ้วขาด มือขาด แขนขาด ขาขาด อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถชดเชยหรือทำขึ้นใหม่ให้เหมือนดังเดิมได้ ถึงแม้อวัยวะภายในร่างกายบางส่วนไม่มีหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ไม่ได้ทำให้คนพิการรู้สึกว่าความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง และคนพิการทางการเคลื่อนไหวยังต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้ดีเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว ด้วยการจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมและสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นการได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ เพื่อเป็นการสร้างคุณค่าทางจิตใจให้กับคนพิการว่าสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีโดยไม่เป็นภาระสังคม และยังเป็นการทำให้คนพิการมีรายได้จากการประกอบอาชีพอันทำให้มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูเกี่ยวกับกระดูกและข้อ ทั้งในส่วนที่มีความพิการและส่วนที่ยังปกติให้สามารถกลับมาใช้งานได้เป็นปกติมากที่สุด

1.2 พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขควรเน้นการจัดกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นการรับรู้ในด้านภาวะสุขภาพของคนพิการเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูเกี่ยวกับกระดูกและข้อทั้งในส่วนที่พิการและยังปกติให้สามารถกลับมาใช้งานได้เป็นปกติมากที่สุด

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ในการกำหนดนโยบาย และการวางแผนงาน

โครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่สามารถตอบสนองความต้องการคนพิการได้ในด้าน ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีภาวะสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

บรรณานุกรม

กชกร ศรีสัมพันธ์. (2537). *บทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กชชุกร หว่างนุ่ม. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กนกพร ใจแก้ว. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554.* กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร. (2538). *การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เกษร พันธุ. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ขนิษฐา เทวินทรภักติ. (2537). *การดูแลบุคคลพิการหน่วยที่ 1*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554.* กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

คัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25*(3), 171-177.

จรรยา ภู่กลั่น. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทกานติ์ ฉายะพงศ์. (2555). *ชีวิตอิสระของคนพิการการทางเคลื่อนไหวที่ไปได้ด้วยตนเอง: ศึกษากรณีคนพิการที่ขับรถยนต์ส่วนบุคคลในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตตะวัน จิตระกูล. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุตรดิตถ์. ใน *การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานระดับชาติ (The 4th annual northeast pharmacy conference)* (หน้า 29-35). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ และมาลินี วัฒนากูล. (2547). ระบาดวิทยา กลไก และการจำแนกระดับแผลกดทับ. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงห์คาฟู และนัทธมน วุทธานนท์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ*. (หน้า 1-13). เชียงใหม่: นัทธพันธ์.

จินตนา สุวิทวัส, ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์ และณิตชาธร ภาโนมัย. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *29*(4), 377-382.

จิราพร อมราภิบาล. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรค*เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาวรี ถิ่นทิพย์. (2549). *ผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ชลธร รักษานุวงศ์. (2545). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ดาริกา ใสงาม และปิยะรัตน์ นุชผ่องใส. (2549). *ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อคนงานพิการแขนขาที่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ต่ำ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จังหวัดปทุมธานี*. เข้าถึงได้จาก http://www.rs.mahidol.ac.th/rs-journal/vol.2/v.2-1-006.php

ดุษฎี พงศ์อุดม. (2549). *ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุม กับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวี เชื้อสุวรรณ. (2545). การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในอำเภอพุทธมลฑล: ความเป็นไปได้ จุดอ่อน จุดแข็งของชุมชน. *สารวิจัยเพื่อคนพิการ, 2*(3), 38.

ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทิพมาศ กาลิกา. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ธัญพร ชื่นกลิ่น. (2543). *ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธิวาสา ลีวัธนะ. (2548). *ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลกระทบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา. (2551). การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลกระทบ. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(2), 141-150.

นิธินันท์ โคกคาน. (2547). *การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปกรณ์ วชิรัคกุล. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปาริชาด สุวรรณบุบผา, จตุพร ไชยทองศรี และตรีนุช พลางกูร. (2549). *พระพุทธศาสนากับการเสริมสร้างพลังในการดำรงชีวิต และทัศนคติที่เหมาะสมของคนพิการ กรณีคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. เข้าถึงได้จาก http://www.healthyability.com/detail_new.php?content_id=272

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตำบล แหลมโตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 42*, 55-65.

พชรพร สุวิชาเชิดชู, ฐานดา เกียรติเกาะ, สุรีพร ควรคำนวณ, อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล และสุพิชฌาย์ วิชิโต. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของศูนย์แพทย์ชนบทในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 16*(2), 38-50.

พัชริน วิจิตรอลงกรณ์, อรรถพงษ์ ตรีธัญญา และปาจารีย์ เพิ่มเพียร. (2550). *โครงการเสริมสร้างสุขภาพคนพิการในชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา ภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่นอีสาน จังหวัดอุบลราชธานี*. เข้าถึงได้จาก http://www.healthyability.com/detail_new.php?content_id=267

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

พิสมัย ไชยประสพ. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวในตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พุธเมษา หมื่นคำแสน. (2542). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พูนพิศ อมาตยกุล, สุมาลี ดีจงกิจ และพิมพา ขจรธรรม. (2550). *ความรู้ทั่วไปเรื่องความพิการและคนพิการ*. นครปฐม: วิทยาลัยราชสุดา.

พวงแก้ว กิจธรรม. (2549). *การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ อนาคตและปัจจุบัน 2001*. ม.ป.ท.

แพรว เอี่ยมน้อย. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. (2534, 25 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 18-29.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (2550, 27 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 12-13.

พรนภา เจริญสันต์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่, พัชนี ธรรมวันนา, พนินทร วงษ์ใหญ่ และภาวนา สาป้อง. (2546). *คุณภาพชีวิตของผู้พิการญาติหรือผู้ดูแล และพยาบาล: กรณีศึกษาของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.

ภัทรพร ไพเราะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุรี เพชรอักษร. (2535). *กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพฯ: โอเอส พริ้นติ้งเฮาส์.

มหาวิทยาลัยบูรพา. (2541). *คู่มือการทำวิทยานิพนธ์*. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

มูลนิธิพัฒนาศักยภาพคนพิการ. (2555). *เป้าหมายการดำเนินงานด้านคนพิการ*. เข้าถึงได้จาก http://www.fepdthailand.org/ fepd_2015/th/about-us

ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ขันวิเศษ. (2554). คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 28*(2), 98-109.

รณิดา สารวรางค์กูร. (2554). *ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รจนารถ ร่วงลือ. (2536). *การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, ยุวดี รอดจากภัย, รจนา ปุณณโณทก และชุติมา ฉันทมิตร โอภาส. (2551). *ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน*. ชลบุรี: ศูนย์พัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพภาคตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.

วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณี ชัชวาลทิพากร, มาลินี ชลานันต์, อรพิน ฐานกุลศักดิ์ และดารุณี ภูษณสุวรรณศรี. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, *1*(3), 4-13.

วินิตา ชูช่วย. (2547). *ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ และจุไร ทัพวงษ์. (2554). *บทวิพากษ์นโยบายและข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติเกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทย: ความเสมอภาคในโอกาสของการมีงานทำและไม่ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม*. กรุงเทพฯ: องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ.

ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับ กระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สกุลรัตน์ เตียววานิช. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2534). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.

สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ และสุกัญญา เลาหรัตนาหิรัญ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22,* 75-84.

สุทิน ลี้ปิยะชาติ. (2556, 8 พฤศจิกายน). *มูลนิธิสายใจไทยเพื่อคนพิการ..พระมหากรุณาธิคุณจากในหลวง สมเด็จพระราชินีและสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ*. เข้าถึงได้จาก http://www.chaoprayanews.com/2013/11/08

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสารณสุขแห่งชาติและสานักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุรภา กสานติกุล. (2542). *การปรับตัวในการทำงานของคนพิการที่ทำงานในสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุรัตน์ สุนารักษ์. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจอประสาทตาลอก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี. (2556). *สถานการณ์คนพิการตั้งแต่ปี 2537-2556*. เข้าถึงได้จาก http://www.chonburi.m-society.go.th

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพลภาพ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2557). *รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ 2557*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง. (2557). *ข้อมูลคนพิการอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ 2557*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2557). *ข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557*. เข้าถึงได้จาก http://ecard.nep.go.th/nep_all/stat.php?view=nep

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อโนชา ทัศนาธนชัย. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์ สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล. (2550). ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม, *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 18*(2), 43-53.

อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัจฉรา สุคนธสรรพ์, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และรัตนาวดี ชอนตะวัน. (2545). *การจัดการชีวิตประจำวันของคนไทยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เข้าถึงได้จาก http://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno

อัฐมา โภคาพานิชวงษ์. (2549). *ภาพสะท้อนและเรื่องเล่า "ความพิการ"ของผู้พิการในสังคมไทย: รายงานการวิจัย*. กรุงเทพฯ: แปลนพริ้นท์ติ้ง.

อินทราพร พรมปราการ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง อดทนและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

โอภาส ปัญญา. (2546). สร้างสังคม-ชุมชน เพื่อคนพิการด้วยความรู้ (การวิจัย). *พัฒนาคนพิการพัฒนาครอบครัว พัฒนาคุณภาพชีวิต, 1*(4), 2-3.

Bakogu, E., & Yetkin, A. (2002) . The evaluation of self-care agency of with hypertension Patients. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing, 4,* 41-49.

Bergstrom, N., & Braden, B. (1992). A prospective study of pressure sore risk among institutionalised elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 40*, 747-758.

Black, J. M., & Matassarin-Jacobs, E. (1993). *Luckman and Sorensen's medical surgical nursing: A psychophysiologic approach* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Branden, N. (1967). *Self-esteem at work*: *How confident people make powerful companies*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

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.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hilladale N J: Lawrence Erlbaum.

Daniels, S. K., Ballo, L. A., Mahoney, M., & Foundas, A. L. (2002). Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: Outcome measures in acute stroke patients. *Archives Physical Medical Rehabilitation*, *18*, 1030-1032.

Dees, E. C., Reilly, S., Goodman, S. N., Sartorius, S., Levine, M. A., Jones, R. J., Grochow, L. B., Donehower, R. C., & Fetting, J. H. (2000). *A prospective pharmacologic evaluation of age-related toxicity of adjuvant chemotherapy in women with breast cancer.* Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Dhar, H. L. (2001). *Gender, ageing, health and society*. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11848308 [2014,September 11]

Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C., & Kolkmeier, D. (1997). *Holistic nursing: A handbook for practice.* Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

Frazen, D. T. (1991). Reintegration for stroke survivors: Home and community consideration. *Nursing Clinics of North America, 26*(4), 1037-1047.

Friedman, H. S., & Dimatteo, M. R. (1989). *Heath psychology*. New Jersey: Prentice Hall.

Gast, H. L., Denyes, M. J., Campbell, J. G., Hartweg, D. L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations . *Advances in Nursing Science, 12*(1), 26-38.

Hickey, J. V. (1986). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* New Jersey: Prentice Hall.

Hupcey, E. J. (1998). Clarifying the social support theory research linkage. *Journal of Advance Nursing*, *27*(6), 1231-1241.

Isaramalai, S. (2002). *Developing a cross-cultural measure of the self-as-care-inventory questionnaire for Thai population* [abstract]. Columbia: University of Missouri-Columbia.

Jacobson, S. D., Cha, S., & Sargent, D. J. (2001). Tolerability dose intensity and benifit of 5FU based chemotherapy for advanced colorectal cancer (CRC) in the elderly. A North central Cancer Treatment Group Study. *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology, 20*(384 a), 1543.

Kim, S. J., & Kang, K. A. (2003). Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea. *Journal of Advanced Nursing, 4*3(2), 145-155.

Korpelainen, J. T., & Nieminen, P. (1999). Sexual functioning among stroke patients and their spouse. *Stroke, 30,* 715-719.

Lewis, S. M., & Collier, I. C. (1987). *Medicial-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.

Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies, 34,* 295-304.

McCullough, M. E., & Laurenceau, J. P. (2004). *Gender and the natural history of self-rated health: A 59-year longitudinal study*. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15546234

Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby-year book.

Ovayolu, O. U, Ovayolu, N., & Karadag, G. (2011). The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing, 21,* 101-110.

Paige, M. F., Lin, A. C., & Goh, M. C. (2002). Real-time enzymatic biodegradation of collagen fibrils monitored by atomic force microscopy. *International Biodeterioration & Biodegradation, 50*(1), 1-10. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii

Pender, N. J. (1978). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed). Connecticut: Appleton & lange.

Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health, 10*(5), 335-344. Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/

Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. (1995). Coping and marital equilibrium after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing, 27,* 83-89.

Ross, C. A. (1997). Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 5*(3), 204. Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/

Santus, G., Ranzenigo, A., Caregnato, R., & Inzoli, M. S. (1990). Social and family integration of hemipligia eldelerly patients 1 year after stroke. *Stroke, 21*(5), 1019-1022.

Saunders, J. A., Morrow-Howell, N., Spitznagel, E., Dore, P., Proctor, E. A., & Pescarino, R. (2006). Imputing missing data: A comparison of methods for social work researchers. *Social Work Research, 30*(1), 19-31.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1987). The Health related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4,* 381-405.

Speak, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health, 12*(2), 93-100.

Taylor, S., & Renpenning, K. (2001). The practice of nursing in multiperson situations, family, and community. In D. Orem (Ed.), *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.) St. Louis: Mosby.

Taylor, S. G., & McLaughlin, K. (1991). Orem's general theory of nursing and community nursing. *Nursing Science Quarterly, 4,* 153-160.

Tokem, Y., Akyol, A. D., & Argon, G. (2007). The relationship between disability and self-care agency of Turkish people with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing, 16,* 44-50.

U. S. Bureau of the census. (1994). *Marital status and living arrangement*: *March 1993 (Current population report)*. Washington, DC: Government printing office.

Williams, S. J., & Bury, M. R. (1989). Impairment, disability and handicap in chronic respiratory illness. *Social Science & Medicine, 29*(5), 609-616. Retrieve from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii

World Health Organization [WHO]. (1997). *ICIDH-2*, *International classification of impairments, activities, and participation*, *1997*: *A manual of dimension of disablement and functioning*. Retrieved from http://www.who.ch/prograunes/ mnh/rnnh/ems/icidh/icidhiitm].

World Health Organization [WHO]. (2005). *Disability and rehabilitation WHO action plan 2006-2011.* Retrieve from http://www.who.int/disabilities/publications/action_plan/en/

World Health Organization [WHO]. (2011). *World report disability.* Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/world_report_disability_easyread.pdf?ua=1

World Health Organization [WHO]. (2013). *Disability and healthy*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/

Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง แบบบันทึกแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อรวบรวมเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยอ่านคำถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่ออ่านจบแล้วให้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ให้ใส่เครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนช่องตารางที่กำหนดให้

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยอ่านคำถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่ออ่านจบแล้วให้เลือกตอบ โดยในแต่ละข้อกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนเรียงจาก น้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน จนถึง มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยอ่านคำถามความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 40 ข้อ แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่ออ่านจบแล้วให้เลือกตอบ โดยในแต่ละข้อกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนเรียงจาก น้อยที่สุดมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ไปจนถึง มากที่สุดมีค่าเท่ากับ 6 คะแนน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. ศาสนา

( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) ฮินดู

4. สถานภาพสมรส

( ) คู่ ( ) โสด ( ) หม้าย ( ) หย่า/ แยกกันอยู่

5. การศึกษา

( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ( ) ปริญญาตรี

( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

6. รายได้ เดือนละ.....บาท

7. อาชีพในปัจจุบัน

( ) ทำงานบ้าน ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง

( ) เกษตรกร ( ) ข้าราชการ ( ) ไม่ได้ทำงาน

( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

8. สิทธิการรักษา

( ) บัตรประกันสุขภาพ ( ) สิทธิข้าราชการ

( ) ประกันสังคม ( ) อื่นๆ

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

( ) คนเดียว ( ) คู่สมรส

( ) บุตร/หลาน ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

10. ระยะเวลาพิการตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์.....ปี.....เดือน

11. ระดับความพิการ

( ) ระดับ 1 หมายถึง มีความผิดปกติทางกายแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

( ) ระดับ 2 หมายถึง มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตร ชีวิตประจำวันหลักได้

( ) ระดับ 3 หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขาน้อยกว่า 2 ข้าง

( ) ระดับ 4 หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ครึ่งตัว หรือแขน ขา เพียง 2 ข้าง

12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี ได้แก่โรค.....

ระยะเวลาที่เป็น.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนเส้นตรงที่อยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ปลายสุดด้านซ้ายมือมีคะแนนเป็น 0 คือ สุขภาพไม่ดีและปลายสุดด้านขวามือมีคะแนนเป็น 10 คือ สุขภาพดีมาก เมื่อท่านพิจารณาว่าตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งใดไม่มีถูกผิด เนื่องจากเป็นความรู้สึกต่อสุขภาพของท่าน

1. สุขภาพของท่านดีเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่ดี ดีมาก

2. .....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่พอใจ พอใจมาก

3. .....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่ดี ดีมาก

4. .....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่ดี ดีมาก

5. ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่สมบูรณ์ สมบูรณ์มาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✕ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นความจริงเลย

2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงน้อย

3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจ/เฉย ๆ

4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมาก

5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมากที่สุด

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน				
	ไม่จริง	จริงน้อย	ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	จริงมาก	จริงมากที่สุด
1. ฉันมีคนที่ฉันไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8. คนใกล้ชิดสนับสนุนช่วยเหลือให้ฉันดูแลฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง					
9.					

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน				
	ไม่จริง	จริงน้อย	ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	จริงมาก	จริงมากที่สุด
10. ฉันได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ที่ฉันสามารถทำได้					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20. ฉันได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ตรวจรักษาและการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็น					

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน				
	ไม่จริง	จริงน้อย	ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	จริงมาก	จริงมากที่สุด
21. ฉันได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลตอแขนและ/ หรือตอขา					
22.					
23.					
24.					
25. มีคนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของฉัน					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วัดความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองของท่าน เมื่อข้าพเจ้าอ่านข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ให้ท่านฟังและโปรดพิจารณาเลือกว่าตรงกับตัวท่านในระดับใด โดย 1 ตรงกับความเป็นจริงของท่านน้อยที่สุดและ 6 ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความสามารถในการดูแลตนเอง					
	1 ไม่จริง	2 น้อยที่สุด	3 น้อย	4 ปานกลาง	5 มาก	6 มากที่สุด
1. กระดูกและข้อตามตัวของท่านสามารถเคลื่อนไหวได้ดีมากน้อยเพียงใด						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9. ท่านแข็งแรงมากน้อยเพียงใดในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง						

ข้อความ	ความสามารถในการดูแลตนเอง					
	1 ไม่จริง	2 น้อยที่สุด	3 น้อย	4 ปานกลาง	5 มาก	6 มากที่สุด
10. ท่านหมั่นสังเกตตัวเองเพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองมากน้อยเพียงใด						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22. ท่านเข้าใจมากน้อยเพียงใดว่าเมื่อไหร่ที่ท่านจะสามารถดูแลสุขภาพด้วนตนเองได้หรือไม่						

ข้อความ	ความสามารถในการดูแลตนเอง					
	1 ไม่จริง	2 น้อยที่สุด	3 น้อย	4 ปานกลาง	5 มาก	6 มากที่สุด
23. ท่านแสวงหาความรู้หรือขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34. ท่านใช้ความพยายามมากน้อยเพียงใดในการทำสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง						

ข้อความ	ความสามารถในการดูแลตนเอง					
	1 ไม่จริง	**2** น้อยที่สุด	**3** น้อย	**4** ปานกลาง	**5** มาก	**6** มากที่สุด
35. ท่านนำความรู้จากผู้ที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้นมากน้อยเพียงใด						
36.						
37.						
38.						
39.						
40. ท่านเฝ้าติดตามผลของการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่เริ่มลงมือกระทำมากน้อยเพียงใด						

ภาคผนวก ข

ตารางนำเสนอข้อมูล

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะสุขภาพโดยรวมและรายข้อ (n = 293)

ภาวะสุขภาพ	***M***	***SD***	**ระดับ**
ระดับสุขภาพของท่าน	7.28	1.48	ดี
ความพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของท่าน	7.35	1.40	ดี
การเคลื่อนไหวร่างกาย	7.34	1.63	ดี
ความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้	7.32	1.52	ดี
ความสมบูรณ์ของสุขภาพสมบูรณ์	7.35	1.49	ดี
โดยรวม	7.33	1.40	ดี

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นโดยรวมและรายข้อ (n = 293)

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
1. มีคนที่ไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้	3.92	0.63	มาก
2. คนรอบตัวไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้รู้สึกหมดกำลังใจ	4.04	0.60	มาก
3. คนใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจและปลอดภัย	4.09	0.60	มาก
4. คนใกล้ชิดไม่ทำให้รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว	4.06	0.67	มาก
5. คนใกล้ชิดทราบปัญหาและความต้องการของฉัน	4.11	0.72	มาก
6. คนใกล้ชิดให้ความเคารพนับถือ ไม่ดูถูก	4.14	0.72	มาก
7. เมื่อคนใกล้ชิดมีปัญหามักจะมาขอคำปรึกษาหรือขอคำแนะนำ	4.07	0.73	มาก
8. คนใกล้ชิดคอยสนับสนุนช่วยเหลือและดูแลและพื้นฟูสุขภาพ	4.19	0.71	มาก
9. คนใกล้ชิดเห็นว่าฉันเป็นคนมีประโยชน์	4.15	0.75	มาก
10. ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆที่สามารถทำได้	3.63	0.60	มาก
11. ตั้งแต่สูญเสียแขนและ/ หรือขาจนถึงปัจจุบันยังคงสามารถไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ	3.78	0.72	มาก
12. มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจร่วมกับคนอื่น	3.81	0.73	มาก
13. มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ ในหมู่บ้านหรือในครอบครัว	3.90	0.73	มาก
14. ได้รับรู้เรื่องราวความเป็นไปของคนในครอบครัว	4.07	0.74	มาก
15. คนรอบตัวแสดงให้รู้ว่าฉันมีมีส่วนช่วยในงานของส่วนรวม	4.00	0.74	มาก
16. เมื่อมีปัญหาด้านการเงิน มีคนคอยช่วยเหลือ	4.21	0.78	มาก
17. เมื่อขาดแคลนของใช้เสื้อผ้าอาหารและสิ่งอื่น ๆ มีคนคอยช่วยเหลือ	4.25	0.74	มาก
18. เมื่อมีอาการไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติของตอแขนและหรือขามีคนคอยช่วยเหลือ	4.22	0.73	มาก
19. เมื่อไม่สามารถทำงานได้ มีคนคอยแบ่งเบาภาระหนี้ได้	4.09	0.79	มาก

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
20. ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาและการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็น	4.22	0.72	มาก
21. ได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลแขนขาหรือตอขา	4.02	0.72	มาก
22. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในการใช้อุปกรณ์ช่วยต่าง ๆ	4.09	0.68	มาก
23. เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพด้านอาชีพ	4.09	0.71	มาก
24. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องด้านร่างกายมีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยได้	4.09	0.71	มาก
25. มีคนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	4.16	0.67	มาก
โดยรวม	4.10	0.33	มาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการดูแลตนเอง จำแนกเป็นโดยรวมและรายข้อ (n = 293)

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
1. กระดูกและข้อตามร่างกายเคลื่อนไหวได้ดี	4.35	0.73	ดี
2. นำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.62	0.71	ดี
3. สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัวเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพ	4.61	0.84	ดี
4. ได้ลองใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ ๆ ตามคำแนะนำจากผู้ที่นับถือ	4.77	0.75	ดี
5. การดูแลสุขภาพและชีวิตครอบครัวสอดคล้องกับวิธีด้านอื่น ๆ	4.77	0.71	ดี
6. มีการติดตามและประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเอง	4.71	0.83	ดี
7. มีการคิดหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4.74	0.79	ดี
8. มีการคิดหาวิธีการดูแลสุขภาพแบบใหม่ ๆ จากสิ่งต่าง ๆ รอบตัว	4.81	0.80	ดีมาก
9. ร่างกายแข็งแรงสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.82	0.80	ดีมาก
10. หมั่นสังเกตตัวเองเพื่อปรับปรุงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.50	0.66	ดี
11. มีความพยายามในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามกำลังที่มี	4.71	0.69	ดี
12. สนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง	4.74	0.72	ดี
13. มีความเชี่ยวชาญในการดูแลตนเอง	4.67	0.79	ดี
14. ใช้ความพยายามในการดูแลตนเองตามที่ตั้งใจไว้	4.80	0.74	ดีมาก
15. มีความรู้ในสิ่งที่ต้องทำเพื่อการดูแลตนเอง	4.68	0.77	ดี
16. ดูแลสุขภาพตนเองตามที่แพทย์แนะนำ	4.83	0.76	ดีมาก
17. มีการดูแลตนเองเพราะเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ	4.94	0.74	ดีมาก
18. มีการจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	4.90	0.75	ดีมาก
19. มีความเข้าใจที่ต้องใช้ความพยายามในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.86	0.76	ดีมาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
20. ได้คิดพิจารณาข้อดีข้อเสียของการดูแลสุขภาพก่อนนำมาปฏิบัติ	4.44	0.70	ดี
21. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญ	4.68	0.68	ดี
22. มีความเข้าใจว่าเมื่อไหร่จะสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.71	0.74	ดี
23. แสวงหาความรู้หรือขอคำแนะนำในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.73	0.72	ดี
24. พยายามปรับสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น	4.81	0.74	ดีมาก
25. ร่างกายมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.72	0.73	ดี
26. มีการเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับวิธีเดิม ๆ	4.75	0.77	ดี
27. ตาและหูของท่านดีพอที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.70	0.77	ดี
28. สามารถจัดการดูแลสุขภาพโดยไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อสิ่งที่สำคัญในด้านอื่น ๆ	4.68	0.73	ดี
29. พยายามทำในสิ่งที่เกิดผลดีต่อสุขภาพแม้ไม่อยากทำ	4.74	0.77	ดี
30. มีวิธีการดูแลสุขภาพตามแนวทางของตนเอง	4.81	0.75	ดีมาก
31. ดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางที่เลือกไว้อย่างเคร่งครัด	4.62	0.66	ดี
32. มีการดูแลสุขภาพตามแบบฉบับของตนเอง	4.67	0.70	ดี
33. สนใจสังเกตผลของการดูแลสุขภาพตนเอง	4.71	0.73	ดี
34. พยายามทำในสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.85	0.70	ดีมาก
35. นำความรู้จากผู้ที่เชื่อถือได้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	4.75	0.73	ดี

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อความ	***M***	***SD***	**ระดับ**
36. ร่างกายแข็งแรงพอที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.73	0.75	ดี
37. มีความรอบคอบในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.78	0.77	ดีมาก
38. ใช้เหตุผลในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.72	0.77	ดี
39. สามารถตัดสินใจได้ดีว่าควรปฏิบัติกิจกรรมใดก่อน-หลัง	4.71	0.77	ดี
40. เฝ้าติดตามผลของการดูแลตั้งแต่เริ่มลงมือกระทำ	4.82	0.73	ดีมาก
รวม	4.72	0.33	ดี

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

Factors Related to Self-care Ability among People with Mobility Impairment in Banglamung District, Chonburi Province

ชื่อนิสิต นางสาวเพ็ญประภา ไสวดี

รหัสประจำตัวนิสิต 51924138 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 08-11-2557** โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 293 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ตำบลหนองปรือ ตำบลตะเคียนเตี้ย ตำบลหนองปลาไหล และตำบลเขาไม้แก้ว จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงจริยธรรมและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจง
(สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญประภา ไสวดี

เรียน นาย/นาง/ นางสาว. .....

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระดับที่ 1- 4 ซึ่งได้รับการประเมินโดยแพทย์ตามเกณฑ์ซึ่งผ่านการคัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 293 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ มีดังนี้

1. ร่วมฟังคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรูปแบบการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยจะให้ท่านพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีจึงให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการตอบแบบสัมภาษณ์
3. ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุลของท่าน ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน ข้อมูลของท่านจะเป็นความลับและผู้วิจัยจะมาเก็บแบบสัมภาษณ์คืนด้วยตนเอง

4. ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับคือ นำข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนากิจกรรม / โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการภายใต้พลังความสามารถและความต้องการของคนพิการทางเคลื่อนไหวด้วย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยหรือพิจารณาคำตอบเป็นรายบุคคล และจะทำลายข้อมูลหลังจากผลการวิจัยรับการเผยแพร่แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวเพ็ญประภา ไสวดีหมายเลขโทรศัพท์ 089-600-6367 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตรจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎีทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-812 , 086-385-2835

นางสาวเพ็ญประภา ไสวดี

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม ระดับบัณฑิตศึกษา ฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. (038) 102 823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวเพ็ญประภา...ไสวดี.....)

ตัวอย่าง

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับผู้ช่วยวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวเพ็ญประภา...ไสวดี.....)

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

2926
30 ส.ค.57
10.15 น.

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๒๐/๕๖๑

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือราชการที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๙๖๙ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

ตามที่ นางสาวเพ็ญประภา ไสวดี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลักสูตรปกติ มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้ ๑) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลกระทบ" ของคุณธิวาสา ลีวัธนะ ปี พ.ศ.๒๕๔๘ และ ๒) แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต" ของคุณทวีพร เตชะรัตนมณี ปี ๒๕๔๗ ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทางนางสาวเพ็ญประภา ไสวดี ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะภายในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัครวิทย์ กาญจนโอภาษ)
ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่รับ ๐๒๓/๕๘
วันที่ ๑๓ ม.ค. ๒๕๕๘
เวลา

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๐๒๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

เทศบาลตำบลหนองปลาไหล
เลขรับ ๐๑๓๑/๒๕๕๘
วันที่ ๑๓ ม.ค. ๒๕๕๘
เวลา ๑๓.๕๐ น.

๗ มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหนองปลาไหล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวเพ็ญประภา ไสวดี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ เป็นประธานกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว อายุ ๒๐ ปี ขึ้นไป ในตำบลหนองปลาไหล อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน ๕๐ ราย ในระหว่างวันที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

าธารณสุขฯ ทต.หนองปลาไหล
ดทราบ
าบาลศาสตร์ ม.บูรพา ขอความ
นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
างในตำบลหนองปลาไหล จำนวน
ว่างวันที่ 5 ม.ค. - 31 มี.ค. 58
๑๓ ม.ค. ๒๕๕๘
อโปรดทราบ
ให้ความอนุเคราะห์
10 มค 58
13.1.58
13 มค 58

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘-๙๖๐๐-๖๓๖๗