

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ทวิรัตน์ ช่างร้าย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

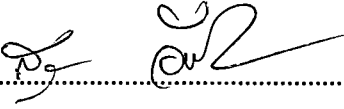
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

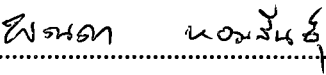
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

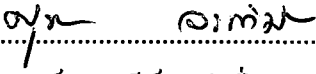
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ทวีรัตน์ ช่างร้าย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

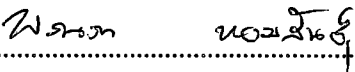

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ)

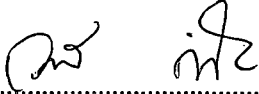

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ)


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


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุณีย์ ละกำป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤฎี ทูลศิริ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริชากุล นายแพทย์พิสิฐ พรหมคำและคุณมรรยาท เพ็ชรตรา ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ที่อนุเคราะห์สถานที่ให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณทุก ๆ คนในครอบครัวที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจ รวมทั้งผู้มีส่วนในการช่วยเหลือทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุษปาริ บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนทุกวันนี้

ทวีรัตน์ ช่างร้าย

52920014: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน: พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: คนพิการทางการเคลื่อนไหว/ การเสริมสร้างพลังอำนาจ/ พฤติกรรมการดูแล/ ผู้ดูแล

ทวิรัตน์ ช้างรัมย์: ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว (THE EFFECT OF CAREGIVER EMPOWERMENT ON CARING BEHAVIORS FOR PHYSICAL DISABILITIES). คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุวรรณฉัตรประเสริฐ, ศ.ค., พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D. 92 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

คนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีจำนวน 52 คน ตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและคู่มือการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและคนพิการทางการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 18.49, p < .001$)

ข้อเสนอแนะผลการวิจัย ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในพัฒนาผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในพลังอำนาจของตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น

52920014: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEY WORDS: PHYSICAL DISABILITIES/ CAREGIVER EMPOWERMENT/ CARING BEHAVIORS/ CARGIVER

TAWEERAT CHANGRAI: THE EFFECT OF CAREGIVER EMPOWERMENT ON CARING BEHAVIORS FOR PHYSICAL DISABILITIES. ADVISORY COMMITTEE: SUWANNA JANPRASERT, DR.P.H., PORNNAPHA HOM SIN, Ph.D. 92 P. 2016..

Physical disability is a major public health problem and needs care from caregiver. So that this research was a quasi-experimental aimed to study the effect of empowerment care behavior for physical disabilities. The subject were recruited from 52 caregivers of physical disability Muang Khom sub-district, Chaibadan district, Lopburi province, divided into two groups by experimental group and control group each 26 caregivers. The experimental group were received empowerment for six weeks and control group were normal advised by the health personnel. The instrument were empowerment program and physical disabilities care manual. The data were collected by structural interview form, consist of demographics of caregiver and physical disabilities person, behaviors of caregiver for physical disabilities. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t- test.

The results of the study showed that: for the experimental group, the pre-test mean score of caring behaviors was in median level, but the post-test mean score was in high level; for the control group, the pretest and posttest mean score were in median level. The change of caring behaviors mean score in the experimental group was significantly more than those in the control group. ($t = 18.49, p < .001$).

The findings suggested that the program can be applied to empowerment in caregiver for enhancing on caring behaviors

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
คนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	8
พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	11
ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	13
การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	15
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	19
รูปแบบการวิจัย	19
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	21
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	24
การดำเนินการทดลอง	25
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	32
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	32
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังได้รับการ เสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	37
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	42
5 สรุปและอภิปรายผล	43
สรุปผลการวิจัย.....	43
อภิปรายผล	44
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	45
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	45
บรรณานุกรม	47
ภาคผนวก	53
ภาคผนวก ก	54
ภาคผนวก ข	56
ภาคผนวก ค	58
ภาคผนวก ง.....	87
ภาคผนวก จ.....	90
ประวัติย่อของผู้วิจัย	92

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว.....	21
2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	33
3 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	35
4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	38
5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	42

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2 รูปแบบการวิจัย	19
3 ขั้นตอนการทดลอง	28

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาคนพิการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีคนพิการถึงประมาณร้อยละ 15 ของประชากรโลก หรือมีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับในประเทศไทยจากรายงานของสำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พบว่า จำนวนคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียน ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,568,847 คน ภาคที่มีคนพิการมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวน 623,690 คน (ร้อยละ 39.75) รองลงมาคือ ภาคเหนือมีจำนวน 365,425 คน (ร้อยละ 23.29) ภาคกลางและภาคตะวันออกมีจำนวน 329,574 คน (ร้อยละ 21.01) ซึ่งเมื่อจำแนกตามประเภทของความพิการพบว่า ความพิการทางการเคลื่อนไหวมีจำนวน 752,910 คน (ร้อยละ 48.07) รองลงมาคือ ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายมีจำนวน 278,550 คน (ร้อยละ 17.78) จากสถิติดังกล่าวพบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นคนพิการที่มีจำนวนมากที่สุดจากจำนวนของคนพิการทั้งหมด (สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2559)

คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีปัญหาทางด้านร่างกายทำให้เป็นข้อจำกัดในการดำรงชีวิตมากขึ้น รวมด้านจิตใจและด้านอื่น ๆ ด้วย (พรนภา เจริญสันต์, 2553) คนพิการส่วนใหญ่มีอาการท้อแท้และหมดกำลังใจ เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ ซึ่งเกิดจากการขาดประสบการณ์ ขาดความมั่นใจ และขาดการเรียนรู้ปรับตัวในชีวิต ขาดผู้ช่วยเหลือทางสุขภาพ ไม่กล้าไปในที่สาธารณะ ไม่กล้าแสดงออกถึงความต้องการการดูแล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ (ปรีดา สังข์สว่าง, 2554) ในด้านสังคมพบว่า คนพิการไม่ได้รับความเสมอภาคที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม ขาดโอกาสของการมีส่วนร่วมในชุมชน คนพิการส่วนหนึ่งไม่มีผู้ดูแล เป็นคนพิการรุนแรง ซึ่งต้องการความช่วยเหลือ ต้องอาศัยญาติดูแล เพราะถ้ามีระดับความพิการมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (อภิรักษ์ วิศวธรอาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสุทธิ ภูมิพินผล, 2550) เมื่อมีคนพิการในครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องแบกรับภาระมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน ซึ่งเป็นภารกิจที่ยาวนานเป็นงานที่หนักและซับซ้อน มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทั้งสิ้น (สำนักส่งเสริม

สวัสดีภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550) ซึ่งจากความผิดปกติที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล

ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว คอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการแทรกซ้อน การดูแลให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ และการดูแลด้านจิตใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (อัมราภรณ์ ภูระยา, 2551) การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อย ไม่สุขสบาย (ศรีรัตน์ คุ้มสิน, 2546) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล (พรนภา เจริญสันต์, 2553) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษา บางรายต้องลาออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง (อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2552) และการดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่เฉพาะในบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ดูแลขาดการติดต่อกับโลกภายนอก ทำให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ปัญหาดังกล่าวจะมากขึ้นหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง

พฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผู้ดูแลต้องดำเนินการ ได้แก่ การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันการแทรกซ้อนต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย การไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลด้านจิตสังคม ให้ได้รับการยอมรับและเข้าใจคนพิการทางการเคลื่อนไหว การให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจ ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว (อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2552) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ช่วยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดจากผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเองเกิดจากการขาดความรู้ ทักษะในการดูแล ซึ่งต้องการได้รับการพัฒนา จากการศึกษาของ อุไรวรรณ จาริก (2551) พบว่า ผู้ดูแลจึงขาดความมั่นใจในเรื่องกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ถ้าได้รับความรู้เพิ่มทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาน้อย จึงมีข้อจำกัดในการรับรู้และความเข้าใจที่จะนำไปปฏิบัติต่อคนพิการ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลขาดช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ขาดการส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นเหตุให้ผู้ดูแลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดพลังในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ถ้ามีการสูญเสียพลังอำนาจต่อไปเรื่อย ๆ จะนำไปสู่ภาวะสิ้นหวัง ซึ่งหากเกิดกับผู้ดูแล จะทำให้เกิดการทอดทิ้งคนพิการได้ (ภัสราพร เจริญศักดิ์จรรยา, 2553)

ตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2554 จำนวน 31 คน เพิ่มเป็น 45 คน ในพ.ศ. 2559 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม, 2559) ในจำนวนคนพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนหนึ่งไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ จากการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ของหน่วยบริการสุขภาพที่กำหนดให้มีการเยี่ยมบ้านคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างน้อยปีละครั้ง พบว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง ขาดการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่ได้รับการกระตุ้น ไม่สามารถซักถาม หรือไม่ได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง ได้รับความรู้ที่ไม่ตรงกับความต้องการ ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถ ขาดความสามารถในการตัดสินใจ และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลกล่าวว่า “ทำที่ท่ากายภาพให้คนพิการ ทำแบบนี้ถูกรึเปล่าหมอ เคยทำแบบนี้มานานแล้ว ไม่แน่ใจว่าถูกรึเปล่า” “ฉันไม่แน่ใจเลยหมอบอกว่าทำแบบนี้มันถูกรึเปล่า” ทำให้ผู้ดูแลเกิดการไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้ไร้พลังอำนาจ เป็นผลให้มีพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่ถูกต้อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม, 2558) ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลต้องการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึว่าตนเองมีความสามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้และรวมทั้งแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Gibson, 1995) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพความเป็นจริง (Discovering reality) เป็นการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตามความเป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อผ่านกระบวนการดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจและจะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ สุนันทา สุริยพันธ์ (2554) ที่ศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวกลุ่มหนึ่งในอำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้แนวคิดของกิบสันทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้และปฏิบัติเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ อัมราภรณ์ ภูระยา (2551) ที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลและมีพฤติกรรมดูแลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

งานวิจัยนี้จึงนำแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตัดสินใจแก้ปัญหาาร่วมกัน ฝึกปฏิบัติ และตัดสินใจนำวิธีที่เหมาะสมไปแก้ไขกับปัญหาของตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจ เกิดพลังอำนาจในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว นำไปสู่พฤติกรรมดูแลคนพิการที่ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้พัฒนาผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวดีกว่าผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในเขตตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน ทำการศึกษาระหว่าง 25 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันตั้งแต่ ระดับการพึ่งพาในระดับปานกลางจนถึงการพึ่งพาในระดับรุนแรงมาก

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันทั้งที่มีสายเลือดเดียวกันหรือไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ เป็นต้น และไม่รับค่าจ้างตอบแทน

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การแสดงออกของผู้ดูแลที่มีต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการดูแลการดำเนินชีวิตประจำวันครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีการวัดเป็น Rating scale 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

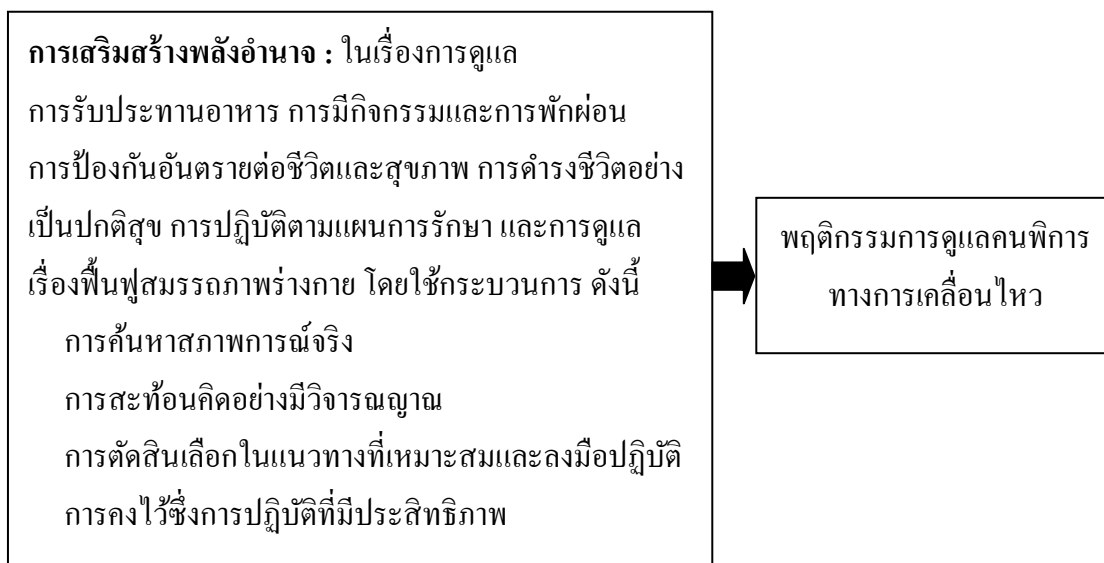
การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาสภาพความเป็นจริงโดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหววิเคราะห์ปัญหา และสภาพที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อให้ตัดสินใจจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม ทำให้ได้การเลือกวิธีต่าง ๆ ในการปฏิบัติ 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ เป็นการลงมือปฏิบัติตามปัญหาในการตัดสินใจอย่างแน่วแน่ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป ภายหลังรับรู้ความสำเร็จในการจัดการแก้ไขปัญหา แต่หากไม่สำเร็จหรือไม่

เป็นไปตามที่คาดไว้ต้องยอมรับ และเข้าสู่กระบวนการใหม่โดยเริ่มค้นหาสถานการณ์จริงเป็นวงจรต่อเนื่องอย่างเป็นพลวัตรไปเช่นนี้ จนผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีศักยภาพและตระหนักในความสามารถของตนเองในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในที่สุด โดยประชุมกลุ่มในหมู่บ้าน 1 ครั้ง และมีการเสริมแรงเป็นรายบุคคลที่บ้าน 2 ครั้ง รวมเป็นเวลา 6 สัปดาห์

การได้รับบริการทางสุขภาพตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพให้แก่คนพิการตามปกติจากบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวนี้ใช้แนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพความเป็นจริง โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหววิเคราะห์ปัญหา และสภาพที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อให้ตัดสินใจจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม ทำให้ได้การเลือกวิธีต่าง ๆ ในการปฏิบัติ 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ เป็นการลงมือปฏิบัติตามปัญหาในการตัดสินใจอย่างแน่วแน่ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวปฏิบัติพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป ภายหลังรับรู้ความสำเร็จในการจัดการแก้ไขปัญหา แต่หากไม่สำเร็จหรือไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ต้องยอมรับ และเข้าสู่กระบวนการใหม่โดยเริ่มค้นหาสถานการณ์จริงเป็นวงจรต่อเนื่องอย่างเป็นพลวัตรไป จนผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีศักยภาพและตระหนักในความสามารถของตนเองในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในที่สุด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค้นคว้าและรวบรวมแนวคิดทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้

1. คนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
3. ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คนพิการทางการเคลื่อนไหว

ความหมายของความพิการ

World Health Organization ได้ให้ความหมายของคนพิการ (Disability) ไว้ว่า เป็นคนที่มีข้อจำกัดหรือการขาดซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ โดยวิธีการหรือโดยวิธีของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดจากความชำรุดหรือความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญาหรือจิตใจ เป็นผลทำให้บุคคลนั้น ไม่อาจแสดงบทบาทหรือทำอะไรที่สอดคล้องตาม วัย เพศ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (WHO, 2006)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2552) ให้นิยามความพิการว่า หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า หมายถึง ผู้ที่มีร่างกายไม่สมประกอบซึ่งเกิดจากการสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาดและหรืออวัยวะ หรือร่างกายผิดปกติจากบุคคลทั่วไป เช่น ดาบอด หูหนวก เป็นต้น รวมทั้งความพิการทางสมอง เช่น ปัญญาอ่อน วิกลจริต ซึ่งเป็นการให้คำจำกัดความบนพื้นฐานจากมุมมองที่มีต่อความพิการว่าเป็นความผิดปกติหรือความบกพร่องเป็นหลัก

กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) ได้ให้ความหมาย ความพิการ หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมใน

ชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2558) ได้นิยามว่าคนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม จากการมีความบกพร่องทางการเห็น การเคลื่อนไหว การได้ยินการสื่อสาร พฤติกรรม สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ การเรียนรู้ รวมกับการมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่อง ทั้งทาง ด้านร่างกาย และ/ หรือ จิตใจซึ่งอาจจะเป็นชั่วคราวหรือถาวร ทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติ เกิดการเสียเปรียบบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ในการกระทำบทบาทต่าง ๆ

ประเภทของความพิการ แยกออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ (WHO, 2006)

1. ความพิการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว คือ ผู้มีความบกพร่องทางร่างกายอาจเป็นส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนหรือเป็นทั้งร่างกายทำให้เคลื่อนไหวไม่ปกติ ได้แก่ แขน ขาขาด โปลิโอ คอเอียง เท้าปุก เป็นต้น
2. ความพิการเกี่ยวกับการได้ยินและการพูด แบ่งเป็น หูหนวก คือ ไม่สามารถได้ยินเสียงเลย หรือ ได้ยินน้อยมาก หูตึง คือ มีการได้ยินอยู่บ้างแต่ต้องเสียงดัง ๆ ลักษณะคนหูพิการ คือ คนนั้นไม่ยอมส่งเสียง ไม่ได้ยินสิ่งที่คนอื่นพูด ไม่เข้าใจในสิ่งที่พูดด้วยและพูดไม่ได้หรือพูดไม่เป็นภาษา
3. ความพิการเกี่ยวกับการมองเห็น หมายถึง การมองเห็นได้น้อยหรือไม่เห็นเลยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษช่วย
4. ความพิการเกี่ยวกับการเรียนรู้ ได้แก่ ผู้ที่มีสติปัญญาน้อยกว่าค่าเฉลี่ยและมีปัญหาในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเกิดในช่วงวัยเด็ก (แรกเกิดถึงวัยเรียน) ที่กำลังมีพัฒนาการ โดยเฉพาะถ้ามีอาการชักจากการมีไข้สูง
5. ความพิการเกี่ยวกับทางจิตใจและพฤติกรรมที่ผิดปกติ หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมผิดปกติเนื่องจากมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองเหมือนที่เคยเป็นหรือเหมือนคนอื่น ไม่ยอมพูดหรือพูดมากกว่าปกติหรือมีอาการโกรธง่าย ตื่นเต้นง่ายโดยไม่มีสาเหตุ

6. ความพิการซ้ำซ้อนหรือหลายอย่างรวมกัน หมายถึง มีความพิการหลายอย่างรวมกัน อยู่ในคน ๆ เดียว เช่น เกร็ง เคลื่อนไหวไม่ได้ แล้วมีปัญหาปัญญาอ่อน และมีปัญหาการพูดร่วมด้วย หรือมีความพิการอื่น ๆ เช่น ลมชัก โรคเรื้อน ฯลฯ

ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหว

คนพิการทางการเคลื่อนไหว มีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ที่สามารถแบ่งระดับความพิการ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534, 2537)

ระดับที่ 1 คือ มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 คือ มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตร

ประจำวันหลักได้

ระดับที่ 3 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็น ในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือ แขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับที่ 4 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็น ในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็น ในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัวหรือ แขน และขา มากกว่า 2 ข้าง

โดยในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากแบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BAI) ของคอนลินและคณะ ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทรประเสริฐ และศรีจินตรา บุนนาค (Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert, & Bunnag, 1994) นำมา ปรับปรุงและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการ เคลื่อนไหวประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การควบคุมการ ขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การสวมใส่เสื้อผ้า การลุกจากที่นอน การใช้ห้อง สุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การอาบน้ำ และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

0-4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรงมากต้องการการพึ่งพาทั้งหมด

5-8 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรง

9-11 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับปานกลาง

12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การพึ่งพาระดับน้อย

ในงานวิจัย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจะหมายถึง ผู้ดูแลที่มีความบกพร่องทางร่างกายอาจเป็นส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนหรือเป็นทั้งร่างกายทำให้เคลื่อนไหวไม่ปกติและมีคะแนน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BAI) ที่มีระดับการพึ่งพาในระดับปานกลางจนถึงระดับการพึ่งพาในระดับรุนแรงมาก

พฤติกรรมกรดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

พฤติกรรมกรดูแล หมายถึง การกระทำ การแสดงความรู้สึกที่จริงจัง การเห็นในคุณค่าระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกัน เป็นการตอบสนองความต้องการภายในตัวบุคคลที่มีต่อสุขภาพ โดยผู้ดูแลและผู้รับบริการต่างมีศักยภาพและประโยชน์ร่วมกันในการดูแล (Watson, 1985)

พฤติกรรมกรดูแล หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกถึงความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกที่จริงจัง ความไว้วางใจ และความเอาใจใส่ที่จะให้การดูแลและเป็นการแสดงออกที่กระทำสม่ำเสมอ (ปาริฉัตร กุลชาบาล, 2520)

พฤติกรรมกรดูแล หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์และสิ่งต่าง ๆ รวมถึงการเห็นคุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยการคิดอย่างรอบคอบร่วมกับความรู้สึกต่อการกระทำนั้นว่าเป็นสิ่งที่มีค่า และมีความหมายต่อมนุษย์ ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม, 2546)

พฤติกรรมที่สำคัญของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ให้มีสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เสาวภาท วิจิตวาทิ, 2534, หน้า 23 อ้างถึงใน เฉลิม รัตนะ โสภากา, 2553, หน้า 20-22) ดังนี้

1. การบริโภคอาหาร เป็นการเลือกและบริโภคสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานอาหารผักและผลไม้หรืออาหารที่มีกากทุกวัน เป็นต้น
2. การมีกิจกรรมและการพักผ่อน คนพิการทางการเคลื่อนไหวควรมีการออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย นอกจากนี้ต้องได้รับการพักผ่อนได้แก่การนอนหลับอย่างเพียงพอ
3. การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ ในการดำเนินชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวมักเกี่ยวข้องกับกายอุปกรณ์ต่าง ๆ จำเป็นที่ต้องรักษาความสะอาดเป็นอย่างดี ดังนั้นการจัดบริเวณบ้านเรือนให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

4. การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข คนพิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องปรับตัวในสังคมและชุมชนได้เหมือนคนปกติ โดยไม่ตกเป็นภาระของสังคมแลญาติพี่น้อง

5. การปฏิบัติตามแผนการรักษา คนพิการทางการเคลื่อนไหวต้องเอาใจใส่สุขภาพตนเอง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปฏิบัติตัวตามคำรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อตนเอง

6. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ต้องอาศัยความร่วมมือหลายฝ่าย ทั้งตัวคนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้ดูแล ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสภาพความพิการ

ลินจง โปธิบาล กล่าวว่า ผู้ดูแลให้การดูแลในด้านร่างกาย สังคมและสภาพแวดล้อมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้ (ลินจง โปธิบาล, 2539 อ้างถึงใน อัมราภรณ์ กุระยา, 2551, หน้า 36-37)

1. ด้านร่างกาย จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องออกแรงมากแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่

1.1 จัดเตรียมเสื้อผ้าอาหาร เครื่องใช้

1.2 การรับประทานยา

1.3 การดูแลเรื่องการพักผ่อน

1.4 การดูแลที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม

1.5 การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การเกิดข้อติดแข็ง การเกิดแผลกดทับ

2. การดูแลด้านสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหากับบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจ ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์เครียด

3. การดูแลด้านสภาพแวดล้อม ผู้ดูแลจะต้องดูแลจัดการภายในบ้าน ดูแลบ้าน ทำอาหารรวมทั้งจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับใช้ภายในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดเหมาะสมเพื่อช่วยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสุข และรู้สึกปลอดภัยในชีวิต

สุดจิรา รัตนสมานนท์ กล่าวว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหว ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเน้นความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว ประกอบกิจกรรมดังต่อไปนี้ (สุนันทา สุริยพันธุ์, 2554)

1. การดูแลการรับประทานอาหาร คนพิการทางการเคลื่อนไหวควรได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือในกรณีที่คนพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือ

ช่วยเหลือได้น้อย โดยช่วยในด้านการป้อนอาหาร ในกรณีคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดักอาหารเองได้ ผู้ดูแลควรให้การสนับสนุนกระตุ้นให้ใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้อง

2. การดูแลสุขอนามัย ควรให้คนพิการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถอาบน้ำหรือล้างหน้าหรือแปรงฟันได้ ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาด และใช้ผ้านุ่มซับให้แห้งหลังจากล้างสบู่ออกหมด

3. การดูแลเรื่องการขับถ่าย รวมถึงการขับถ่ายปัสสาวะและการถ่ายอุจจาระ กรณีช่วยเหลือตนเองได้ให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถลุกไปเข้าห้องน้ำ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และก้นไม่ได้ ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้น ในกรณีไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน อาจต้องใส่ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระหรือล้างทุก 2-3 วัน

4. การดูแลเรื่องการแต่งกาย เลือกเสื้อผ้าที่ใส่และถอดง่าย หลวม ๆ ใส่ง่าย

5. การดูแลเรื่องการนอนหลับ คนพิการทางการเคลื่อนไหวควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด และควรได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้องในกรณีที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้

6. การดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ในกรณีที่คนพิการขยับร่างกายไม่ได้ ผู้ดูแลควรช่วยให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือคงไว้ให้มากที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ พหุติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ การแสดงออกของผู้ดูแลที่มีต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการดูแลการดำเนินชีวิตประจำวันครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นญาติทั้งหญิงและชายที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้พิการ โดยตรง เป็นบุคคลอาศัยบ้านเดียวกันทั้งที่มีสายเลือดเดียวกันหรือไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกเขย ลูกสะใภ้ เป็นต้น ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (ยูพาพิน ศรีโพธิ์งาม, 2546)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ปฏิบัติการดูแลและมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ คอยช่วยเหลือใน ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนและเป็นผู้ดูแลหลัก (ประกอบพร ทิมทอง, 2550)

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน ประกอบพร ทิมทอง, 2550, หน้า 18) ได้ให้ ความหมายของผู้ดูแลโดยได้แบ่งตามขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการ ให้ความเวลาในการดูแล ได้แก่

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ปฏิบัติการดูแลที่กระทำต่อ ผู้ป่วยโดยตรงเป็นหลัก เน้นการกระทำโดยให้การดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ เป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้

ผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท ตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล

1. ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ได้แก่ บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้รับการดูแล เช่น ญาติ ครอบครัว เป็นต้น โดยเน้นการดูแลแบบไม่รับค่าจ้างหรือรางวัล
2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) ได้แก่ บุคคลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้รับ การดูแล เช่น ผู้รับจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยรับหรือไม่รับค่าจ้างตามแต่ตกลง

ในงานวิจัยนี้ ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่หลักไม่ว่าหญิงหรือชาย พักอาศัยอยู่ใน บ้านเดียวกันมีความผูกพันกันทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ และไม่รับค่าจ้างหรือของรางวัล

ปัญหาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการดูแลหลายประการดังนี้

1. ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคและ แนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง ตรงกับผลการวิจัยของ ขวัญเรือน สิงห์กว้าง (2551) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการที่จะเผชิญและปรับตัวกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัว ได้แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่งของ ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้นในระหว่างให้การดูแล
3. ระดับการช่วยเหลือของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเท่าไร และต้องการเวลาดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น (อภิรักษ์ วิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550)

4. มีภาวะความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ถ้ามีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้ต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น

5. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านและขนาดของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้เกิดการขาดแคลนผู้ดูแล

6. ปัญหาด้านการเงิน ถ้าผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้เวลานาน ๆ และเป็นการป่วยแบบเรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงไปด้วย อาจทำให้เกิดปัญหาการเงินได้

ความต้องการของผู้ดูแล

1. ความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อมูลความเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย การพยากรณ์โรคและการดำเนินของโรค

2. ความต้องการในด้านเวลา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยกับระยะการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นมานาน ทำให้เวลาของการดูแลมากขึ้น

3. ความต้องการในการช่วยเหลือในการดูแล การได้รับการช่วยเหลือภายในกลุ่มจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้

4. ความต้องการในด้านรายได้ การให้การดูแลคนพิการ ผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการดูแล เช่น ค่าอาหาร ค่ายา ส่วนมากผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือแก่คนพิการ

5. ความต้องการในการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและช่วยลดความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวรับผิดชอบ กลัวการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพูดคุยกับเพื่อนกับญาติ เพื่อลดความเครียด

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) หมายถึง กระบวนการทางสังคมแสดงถึงการยอมรับความสามารถในตัวบุคคล พร้อมทั้งส่งเสริม ชื่นชม พัฒนาและใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อเสริมสร้างความสามารถของตัวบุคคล ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้และรวมทั้งแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Gibson, 1995)

แซนเดอร์ (Chandler, 1992) ได้ให้ความเห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการช่วยให้ผู้อื่นได้มีความรู้สึกมั่นคง มั่นใจในตนเองและในงาน สามารถตัดสินใจและได้จัดการกับงานของตนเองจนประสบความสำเร็จที่ตั้งใจไว้

โทมัส และเวลเฮาส์ (Thomas & Velhouse, 1990) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่า สามารถทำงานนั้น ๆ ได้สำเร็จ

สิริอร ช้อยุ่นชุม (2550) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองขึ้นเอง และสามารถวางแผนในการแก้ไขสถานการณ์โดยใช้ศักยภาพตนเอง

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2550) ได้ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การพัฒนาและเสริมความรู้ความสามารถให้แก่บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือ อยู่ในภาวะไร้พลัง (Powerlessness) ให้เป็นผู้มีพลัง (Power) โดยให้ความรู้ คำปรึกษาเสริมสร้างความสามารถ และจัดหาสิ่งสนับสนุน เพื่อให้บุคคลนั้นมีความรู้ ฟังตนเอง สามารถค้นพบปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงได้ปรับตัวให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตในสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจในการขจัดปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ตนเองไร้พลัง

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง วิธีการเพิ่มความสามารถแก่บุคคล อาจเกิดจากการการเรียนรู้ จากประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การเรียนรู้จากการวิเคราะห์ด้วยตนเองหรือเรียนรู้จากผู้อื่นจนเกิดความเข้าใจ สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาให้ตนเองสำเร็จตามเป้าหมาย โดยการใช้ความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ เกิดการลงมือทำในการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ด้วยความรู้ที่มั่นใจ เห็นคุณค่าของตนเองในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยของตนเอง

ขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการทำให้บุคคลค้นหาและยอมรับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ซึ่งอาจมีการตอบสนองใน 3 ลักษณะดังนี้

1. การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อเกิดปัญหาอาจเกิดความวิตกกังวลไม่ยอมรับปัญหาที่จะเกิดขึ้น แต่เมื่อได้เปลี่ยนวิธีการคิด จะรู้สึกดีขึ้นและมีความหวัง มีกำลังใจค้นหาปัญหา สาเหตุ ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง สามารถหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ บุคคลจะต้องหาความรู้ให้ได้มากที่สุด จากขอความช่วยเหลือจากผู้มีความรู้ จากผู้มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่น ใช้ข้อมูลจากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ช่วยตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) ขั้นตอนนี้ได้รับข้อมูลย้อนกลับจากความรู้หาได้จากแหล่งต่าง ๆ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้รู้ปัญหาที่แท้จริง

เริ่มเปลี่ยนความคิด ทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของตนเอง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้

การนำแนวคิดการค้นพบสภาพการณ์จริงในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นการให้ผู้ดูแลหาปัญหาและการแก้ไขด้วยตนเอง เกิดการยอมรับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง พร้อมทั้งต้องหาความรู้ให้ได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความคิด เกิดความเข้าใจที่จะแก้ปัญหาได้ เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและด้านพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การค้นพบปัญหาต้องทบทวนปัญหาอย่างรอบคอบ เพื่อจะได้เป็นตัวช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดความรู้สึกลับข้องใจในการดูแล สามารถหาความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการไร้ความสามารถของตนเอง จะพยายามหาทางเลือกในการปฏิบัติ เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถและการตัดสินใจ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

การนำแนวคิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นการคิดทบทวนอย่างรอบด้าน หาความรู้เมื่อรู้สึกว่ามีไม่เข้าใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองทั้งความรู้ ความสามารถและการตัดสินใจในการปฏิบัตินั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ในขั้นตอนนี้บุคคลต้องตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ถ้ามีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและแก้ไขปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง

การนำขั้นตอนนี้มาใช้ในการวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้วิจัยต้องร่วมกันหาปัญหา มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่คงประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะร่วมมือแก้ไขปัญหา เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดผลสำเร็จ และรู้สึกว่ามี ความมั่นใจ มีพลัง มีความสามารถ มีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลค้นพบปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการศึกษาวิเคราะห์ด้วยตนเองและเลือกแล้วว่าเหมาะสมกับตนเอง และนำไปปฏิบัติแล้วเห็นว่าเสริมให้ตนเองมีวิถีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม ดังนั้นผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าของตนเองและมีกำลังใจในการจัดปัญหาหรืออุปสรรคซึ่งย่อมส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังภาพที่ 2

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

ภาพที่ 2 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

O₁, O₃ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O₂, O₄ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

X หมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีระดับการพึ่งพาระดับปานกลางจนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 486 คน (โรงพยาบาลชัยบาดาล, 2558)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีระดับการพึ่งพาระดับปานกลางจนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก จากการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BAI) มีค่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 12 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล

จังหวัดลพบุรี และมีคุณสมบัติดังนี้

คุณลักษณะผู้ดูแล

1. มีคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ให้การดูแลมาแล้วมากกว่า 6 เดือน
2. อายุระหว่าง 20-59 ปี
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ศึกษางานวิจัยของ อัมราภรณ์ ภูระยา (2551) เรื่องผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาชุมชนอำเภอวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ ศึกษามากที่สุด คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ค่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลหลังการทดลองในกลุ่ม ทดลองเท่ากับ 161.85 ในกลุ่มควบคุม 116.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.49 ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.8 นำค่าที่ได้มาคำนวณหา effect size ตามสูตร (Cohen, 1992)

$$d = \frac{m_a - m_b}{\sigma}$$

ค่าที่ได้มากกว่า 0.8 ซึ่งเป็น Large effect size ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = .05$ Power of test = .80 นำค่าที่ได้ไปเปิดตาราง table 2 N for Large ES (Cohen, 1992) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน

การสุ่มตัวอย่าง

1. สุ่มตำบลในเขตอำเภอชัยบาดาล โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster simple) ขึ้นมา 2 ตำบล จาก 17 ตำบล นำทั้งสองกลุ่มมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มที่จับรายชื่อ แรกเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ตำบลม่วงค่อม และกลุ่มที่เหลือตำบลมะกอกหวานเป็นกลุ่มควบคุม
2. ในกลุ่มทดลองนำทะเบียนรายชื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวในแต่ละหมู่ออกมา ซึ่งในทะเบียนนั้นจะมีรายชื่อคนดูแลอยู่ด้วย นำมาประเมินซ้ำด้วยแบบ Modified Barthel Activity Daily Living Index เพื่อดูว่าระดับความพิการว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่ แล้วทำการจับฉลากแบบ ไม่คืนที่ ได้คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 26 คน
3. ในกลุ่มควบคุมนำทะเบียนรายชื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวในแต่ละหมู่ออกมา ซึ่ง ในทะเบียนนั้นจะมีรายชื่อคนดูแลอยู่ด้วย นำมาประเมินซ้ำด้วยแบบ Modified Barthel Activity Daily Living Index เพื่อดูว่าระดับความพิการว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่ แล้วทำการจับฉลากแบบ ไม่คืนที่ ได้คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพความเป็นจริง โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหววิเคราะห์ปัญหา และหาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อให้ตัดสินใจจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม ทำให้ได้การเลือกวิธีต่าง ๆ ในการปฏิบัติ 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ เป็นการลงมือปฏิบัติตามปัญหาในการตัดสินใจอย่างแน่วแน่ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวปฏิบัติพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป ภายหลังรับรู้ความสำเร็จในการจัดการแก้ไขปัญหา แต่หากไม่สำเร็จหรือไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ต้องยอมรับ และเข้าสู่กระบวนการใหม่โดยเริ่มค้นหาสถานการณ์จริงเป็นวงจรต่อเนื่องอย่างเป็นพลวัตรไปเช่นนี้ จนผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีศักยภาพและตระหนักในความสามารถของตนเองในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในที่สุด ตามแนวทางการประยุกต์ทฤษฎีในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีเพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

แนวคิดทฤษฎี	การประยุกต์ใช้
1. การค้นหาสภาพความเป็นจริง (Discovering reality)	ให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระบายนถึงความรู้สึกปัญหา อุปสรรคในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและความสามารถในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎี	การประยุกต์ใช้
<p>2. การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ (Critical reflection)</p>	<p>เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคิด ทบทวนอย่างรอบด้านถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขใน การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการดำเนิน ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลการรับประทานอาหาร การมี กิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและ สุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตาม แผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แล้ว ร่วมกันคิด วิเคราะห์และสะท้อนความคิดเห็นต่อ ประสบการณ์ ผู้วิจัยอภิปรายความรู้/ทักษะการดูแลในส่วนที่ ขาด ต้องการเพิ่มเติมให้ครอบคลุมพฤติกรรมดูแลทั้ง 6 ด้าน ให้ผู้ดูแลสรุปปัญหาและความต้องการแก้ปัญหาของ ตนเอง</p>
<p>3. การตัดสินใจเลือกแนว ทางการปฏิบัติและการลงมือ ปฏิบัติ (Taking charge)</p>	<p>ให้ความรู้เพิ่มเติมและเติมเต็มส่วนที่ขาด ให้ครอบคลุม พฤติกรรมดูแลด้านรับประทานอาหารและยา การมี กิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและ สุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตาม แผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ให้ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเลือกแนวทางปฏิบัติที่ เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้</p>
<p>4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ (Holding on)</p>	<p>เยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามกระตุ้นเตือนเสริมแรงทางบวก ให้เกิด การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเกิดการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่ เหมาะสมกับตนเอง สำหรับผู้ที่ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ ผู้ดูแลและผู้วิจัยจะร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยผ่าน กระบวนการเดิมอีกครั้ง</p>

1.2 คู่มือการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน ประกอบด้วยเนื้อหา
การดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและ

สุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยเน้นการดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ยาก หากไม่จัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระยะเวลาของการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด และปลายปิด

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการพิการและสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด และปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการวัดเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ 7 วัน/สัปดาห์

คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วัน/สัปดาห์

คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งหรือ 1-2 วัน/สัปดาห์

คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

แปลผลจากระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อการพรรณนาข้อมูล โดยใช้วิธีอันตรายภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ตนเองปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางจนถึงรุนแรงมาก ดังนั้นจึงทำการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BAI) ของ คอนลิน และคณะ ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) นำแบบมาปรับปรุงและพัฒนา ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การสวมใส่เสื้อผ้า การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การอาบน้ำ และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

- 0-4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรงมากต้องการการพึ่งพาทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรง
- 9-11 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับปานกลาง
- 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การพึ่งพาระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้พิการทางการเคลื่อนไหว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบภาษา ความเข้าใจและความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index) จำนวนค่า CVI ของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเท่ากับ 0.95 และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. นำเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทดลองใช้ (Try out) ในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในตำบลเขาแหลม จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบภาษา ความเข้าใจ การนำไปใช้และความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในระดับที่ยอมรับได้ ($\alpha = .826$)

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวค้นพบสภาพความจริงในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เกิดการรับรู้ เข้าใจและยอมรับสภาพปัญหา
3. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
4. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพื้นที่ใกล้กันที่ศาลากลางบ้านของแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองทุกคนแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป ทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง
2. ให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ และระบายความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแลให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 6 ด้านในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคิดทบทวนอย่างรอบด้านถึงสิ่งที่ทำดีและสิ่งไม่ดี พร้อมปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ทั้ง 6 ด้าน โดยให้ทบทวนจากประสบการณ์ จากกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลยกตัวอย่างสิ่งที่ทำดี ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเพื่อให้เกิดความมั่นใจ
4. ผู้วิจัยอภิปรายความรู้ ทักษะการดูแลในส่วนที่ขาดต้องการเพิ่มเติมให้ครอบคลุมด้านการดูแลการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนสรุปปัญหาและความต้องการของตนเองในการแก้ปัญหา

6. ผู้วิจัยเติมเต็มส่วนที่ขาดให้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน พร้อมทั้งให้ทางเลือกที่หลากหลาย และเสริมข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลือกนั้น ๆ ระบุ/ กำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือเงื่อนไขแต่ละวิธี

7. ผู้ดูแลเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้ใน อนาคต

8. มอบคู่มือการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อใช้ทบทวนความรู้และทักษะด้วยตนเองในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการทำกิจกรรม

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ปัญหาและการแก้ปัญหาตามความต้องการของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (ระยะเวลา 1-1.5 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผู้ดูแลให้เกิดความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเสริมพลังที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่บ้านเป็นรายครอบครัว กล่าวทักทาย และโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทบทวนปัญหาและทางเลือกในการจัดการกับปัญหาจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัย ชมเชยในสิ่งที่ทำได้เหมาะสมเป็นไปตามแนวทางที่เลือกไว้ เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและ เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ในกรณีที่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ ผู้ดูแลและผู้วิจัยจะร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยผ่านกระบวนการเดิมอีกครั้ง

ผลการทำกิจกรรม

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ผู้วิจัยได้เสริมแรงทางบวก เพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัตินั้น ๆ

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 (ระยะเวลา 1-1.5 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผู้ดูแลให้เกิดความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเสริมพลังที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่บ้านเป็นรายครอบครัว กล่าวทักทาย และโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ทบทวนปัญหาและทางเลือกในการจัดการกับปัญหาจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัย ชมเชยในสิ่งที่ทำได้เหมาะสมเป็นไปตามแนวทางที่เลือกไว้ เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ในกรณีที่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่เลือกไว้ ผู้ดูแลและผู้วิจัยได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยผ่านกระบวนการเดิมอีกครั้ง

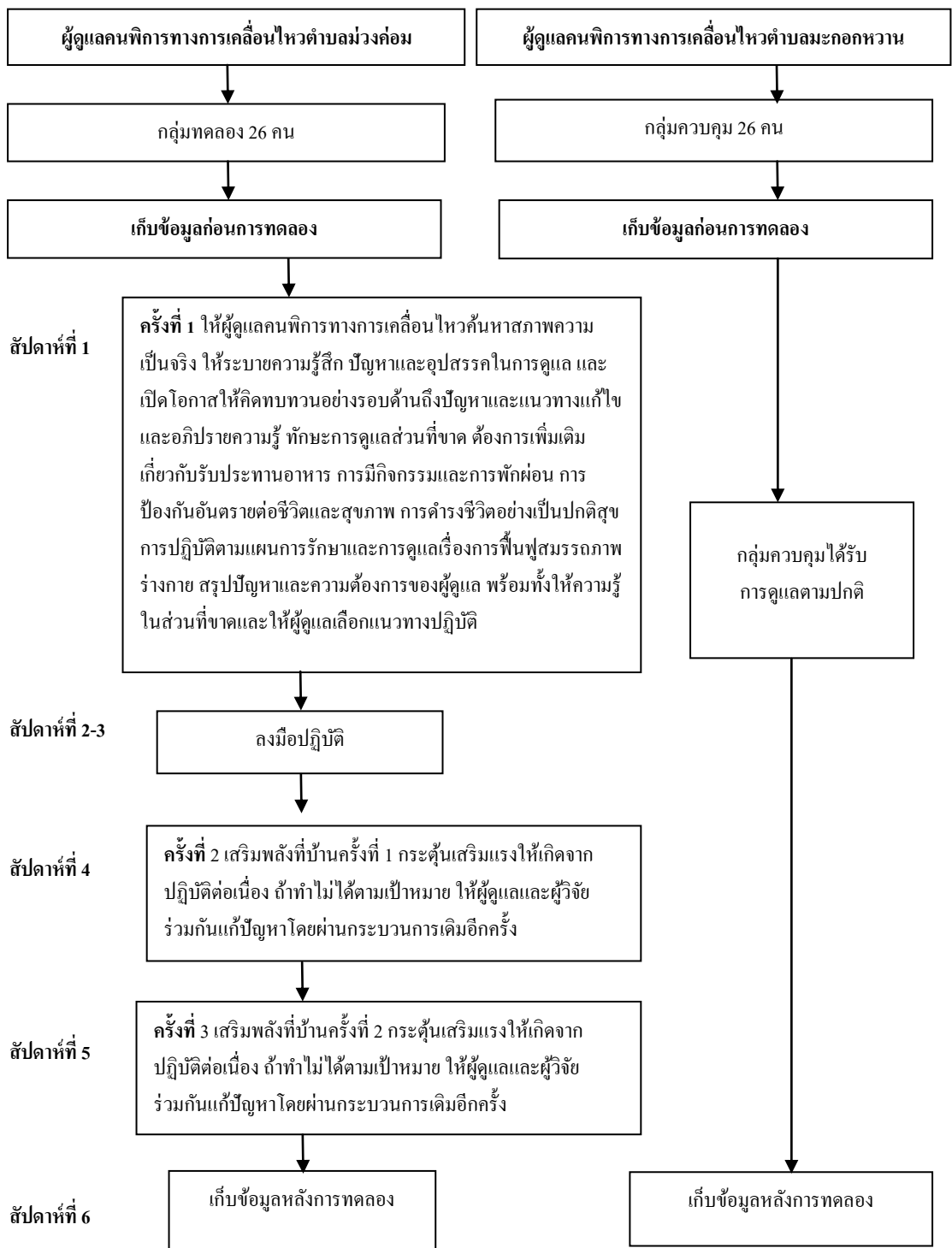
ผลการทำกิจกรรม

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้และคงไว้ซึ่งการปฏิบัตินั้น ๆ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มควบคุม โดยการพบกลุ่มควบคุมในหมู่บ้านของแต่ละกลุ่ม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังจากนั้นคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับการดูแลตามปกติที่บ้านตามแนวทางของหน่วยบริการสุขภาพนั้น ๆ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งที่บ้านคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากนั้นผู้วิจัย ให้ความรู้พร้อมมอบคู่มือการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1. โครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจะนำไปผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 01-03-2559 เพื่อพิจารณาการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ โดยไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ ในกรณีที่ตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้มีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ตามแบบฟอร์มที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากต้องการยุติการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน
4. ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ถูกเก็บเป็นความลับ และผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจง ไม่มีการระบุถึงผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ก่อนการทดลอง
 - 1.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อขอรับความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย
 - 1.2 นำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอชะอำ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะกอกหวาน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแหลม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการทดลอง รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทดลอง

1.3 ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยกับผู้ช่วยการวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ผู้ช่วยการวิจัยดูและฟัง แล้วให้ผู้ช่วยการวิจัยฝึกสัมภาษณ์ผู้ดูแล

1.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มทดลองในหมู่บ้าน โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพื้นที่อยู่ในหมู่ที่ 1, 2 และ 8 ให้มารวมกันที่ศาลากลางบ้านของหมู่ที่ 1 ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพื้นที่อยู่ในหมู่ที่ 4, 7 และ 11 ให้มารวมกันที่ศาลากลางบ้านของหมู่ที่ 11 และผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพื้นที่อยู่ในหมู่ที่ 3, 5, 6, 7 และหมู่ 10 ให้มารวมกันที่ศาลากลางบ้านของหมู่ที่ 10 โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มละ 8-9 คน กลุ่มละ 1 วัน โดยทำกิจกรรมหลังจากที่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวดูแลการทำกิจวัตรในตอนเช้าให้แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหวเรียบร้อยแล้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

1.5 ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมาสัมภาษณ์ เมื่อตอบคำถามเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมให้ผู้วิจัย

1.6 ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์หลังการทดลองไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่อตอบคำถามเสร็จตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนกลับ

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มควบคุมในหมู่บ้าน โดยผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพื้นที่อยู่ในหมู่ที่ 1, 2 และ 3 ให้มารวมกันที่ศาลากลางบ้านของหมู่ที่ 1 ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพื้นที่อยู่ในหมู่ที่ 4, 5 ให้มารวมกันที่ศาลากลางบ้านของหมู่ที่ 4 โดยแบ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 8-9 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว มาสัมภาษณ์ เมื่อตอบคำถามเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมให้ผู้วิจัย พร้อมทั้งแจกคู่มือในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์หลังการทดลองไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่อตอบคำถามเสร็จตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัว ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิเชอร์ (Fisher's exact test)
4. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อน และหลังการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอข้อมูล โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระยะเวลาของการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ*					-	.47
ชาย	3	11.5	6	23.1		
หญิง	23	88.5	20	76.9		
อายุ**	M = 47.00 ปี, SD = 9.62 ปี		M = 45.58 ปี, SD = 12.45 ปี		0.46	.65
20-30 ปี	2	7.7	5	19.2		
31-40 ปี	3	11.5	0	0		
41-50 ปี	9	34.6	9	34.6		
50-59 ปี	12	46.2	12	46.2		
สถานภาพสมรส					0.36	.55
โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก	9	34.	75	26.9		
สมรส	17	65.4	19	73.1		
ระดับการศึกษา					0.09	.77
ประถมศึกษา	18	69.2	17	65.4		
สูงกว่าประถมศึกษา	8	30.8	9	34.6		
อาชีพ*					-	.67
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	15.4	2	7.7		
ประกอบอาชีพ	22	84.6	24	92.3		
รายได้						
≤ 10,000 บาท	19	73.1	20	76.9	0.10	.75
> 10,000 บาท	7	26.9	6	23.1		

*เปรียบเทียบด้วยค่า Fisher's Exact Test

**เปรียบเทียบด้วยค่า t

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์					1.56	.21
สามี/ ภรรยา/ บุตร/ มารดา	21	80.8	17	65.4		
หลาน/ พี่น้อง	5	19.2	9	34.6		
ระยะเวลาในการดูแล**	$M = 6.50$ ปี, $SD = 11.27$ ปี		$M = 11.27$ ปี, $SD = 11.07$ ปี		1.75	.09
≤ 10 ปี	21	80.8	19	73.1		
> 10 ปี	5	19.2	7	26.9		
สุขภาพผู้ดูแล					1.26	.26
แข็งแรง	17	65.4	13	50.0		
มีโรคประจำตัว	9	34.6	13	50.0		

**เปรียบเทียบด้วยค่า t

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.5 และร้อยละ 76.9 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.00 ปี ($SD = 9.62$ ปี) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.58 ปี ($SD = 12.45$ ปี) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.4 และ ร้อยละ 73.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 69.2 และร้อยละ 65.4 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 84.6 และร้อยละ 92.3 ตามลำดับ) มีรายได้ ≤ 10,000 บาท (ร้อยละ 73.1 และร้อยละ 76.9 ตามลำดับ) ความสัมพันธ์เป็นสามี ภรรยา มารดาหรือบุตรกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 76.6 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 6.50 ปี ($SD = 11.27$ ปี) ในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 11.27 ปี ($SD = 11.07$ ปี) ผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.4 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ)

จากการเปรียบเทียบสัดส่วนของเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว และสุขภาพของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test และค่าสถิติ Fisher's Exact test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มี

ความแตกต่างกัน ส่วนในเรื่องอายุและระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการพิการ สุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และระดับความพิการ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.44	.22
ชาย	6	23.1	10	38.5		
หญิง	20	76.9	16	61.5		
อายุ**	$M = 69.85$ ปี, $SD = 21.91$ ปี		$M = 63.23$ ปี, $SD = 17.21$ ปี		1.21	.23
1-40 ปี	3	11.5	3	11.5		
41-60 ปี	4	15.4	8	30.8		
61-80 ปี	9	34.6	11	42.3		
80-100 ปี	10	38.5	4	15.4		
สถานภาพสมรส					4.59	.32
โสด/ หม้าย/ หย่าแยก	22	84.6	15	57.7		
สมรส	4	15.4	11	42.3		
ระดับการศึกษา					6.93	.01
ไม่ได้เรียน	10	38.5	2	7.7		
≥ ประถมศึกษา	16	61.5	24	92.3		
ระยะเวลาเป็นคนพิการ**	$M = 6.50$ ปี, $SD = 8.48$ ปี		$M = 14.19$ ปี, $SD = 12.80$ ปี		2.56	.01
≤ 10 ปี	21	80.8	16	61.5		
> 10 ปี	5	19.2	10	38.5		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สุขภาพคนพิการ					2.19	.14
ไม่มีโรคประจำตัว	6	23.1	11	42.3		
มีโรคประจำตัว	20	76.9	15	57.7		
ระดับความพิการ					0.51	.74
ระดับ ≤ 8	19	73.1	21	80.8		
ระดับ 9-11	7	26.9	5	19.2		

**เปรียบเทียบด้วยค่า t

จากตารางที่ 3 พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.9 และร้อยละ 61.5 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.85 ปี ($SD = 21.91$ ปี) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 63.23 ปี ($SD = 17.21$ ปี) มีสถานภาพเป็นโสด หม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 84.6 และร้อยละ 57.7 ตามลำดับ) จบประถมศึกษาและสูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5 และร้อยละ 92.3 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 6.50 ปี ($SD = 8.48$ ปี) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 14.19 ปี ($SD = 12.80$ ปี) และส่วนใหญ่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.4 และร้อยละ 57.7 ตามลำดับ) ระดับความพิการอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (ร้อยละ 73.1 และร้อยละ 80.8 ตามลำดับ)

จากการเปรียบเทียบสัดส่วนของเพศ สถานภาพสมรส สุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวและระดับความพิการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้น ในเรื่องระดับการศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.93, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุด้วยสถิติ t -test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่ระยะเวลาเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t -test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.56, p < .01$) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4)

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	กลุ่มทดลอง (n = 26)						กลุ่มควบคุม (n = 26)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การดูแลการรับประทานอาหาร												
1. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	3.85	0.36	ดี	4.00	0.00	ดี	3.73	0.45	ดี	3.73	0.45	ดี
2. ดูแลให้ได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	2.88	0.51	ปานกลาง	3.73	0.45	ดี	2.96	0.66	ปานกลาง	2.92	0.62	ปานกลาง
3. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ แคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย	2.96	0.52	ปานกลาง	3.73	0.45	ดี	2.73	0.72	ปานกลาง	2.58	0.64	ปานกลาง
4. ดูแลให้รับประทานผักและผลไม้หรืออาหารที่มีกาก	2.73	0.72	ปานกลาง	3.69	0.47	ดี	2.50	0.58	ปานกลาง	2.42	0.50	ปานกลาง
5. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไม่ติดมัน อาหารที่นิ่งหรือต้ม	2.73	0.60	ปานกลาง	3.77	0.43	ดี	2.50	0.58	ปานกลาง	2.46	0.50	ปานกลาง
การมีกิจกรรมและการพักผ่อน												
6. ดูแลให้ได้นอนเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง	3.50	0.70	ดี	4.00	0.00	ดี	3.00	0.63	ปานกลาง	3.00	0.63	ปานกลาง
7. ดูแลให้ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ	1.88	0.95	ไม่ดี	3.27	0.45	ดี	2.46	0.90	ปานกลาง	2.04	0.52	ปานกลาง
8. ดูแลให้ได้มีการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	2.54	1.14	ปานกลาง	3.42	0.50	ดี	3.08	0.68	ดี	2.85	0.54	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)						กลุ่มควบคุม ($n = 26$)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ												
9. ดูแลไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ เช่น พลัดตกหกล้ม ตกเตียง	3.62	0.69	ดี	4.00	0.00	ดี	3.15	0.96	ดี	3.19	0.93	ดี
10. ดูแลห้องพักของคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก	3.65	0.56	ดี	4.00	0.00	ดี	3.38	0.63	ดี	3.35	0.56	ดี
11. ดูแลเครื่องนุ่งห่มของคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้สะอาด	3.81	0.49	ดี	4.00	0.00	ดี	3.27	0.66	ดี	3.27	0.60	ดี
12. ประเมินความผิดปกติหรือการเจ็บป่วย	3.15	0.54	ดี	3.96	0.19	ดี	2.69	0.78	ปานกลาง	2.69	0.73	ปานกลาง
การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข												
13. ดูแลให้ได้มีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนในครอบครัว	2.35	1.01	ปานกลาง	3.62	0.49	ดี	3.12	0.71	ดี	2.73	0.45	ปานกลาง
14. ดูแลให้ได้รับข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ	2.27	0.96	ปานกลาง	3.38	0.49	ดี	2.88	0.86	ปานกลาง	2.46	0.50	ปานกลาง
15. ส่งเสริมให้พบปะกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน	2.35	0.79	ปานกลาง	3.42	0.50	ดี	2.96	0.99	ปานกลาง	2.50	0.64	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 26)						กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 26)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การปฏิบัติตามแผนการรักษา												
16. ดูแลให้ได้รับยาหรือการรักษาที่แพทย์กำหนด	3.69	0.73	ดี	3.92	0.27	ดี	3.50	0.76	ดี	3.50	0.76	ดี
17. ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	3.58	0.64	ดี	4.00	0.00	ดี	3.38	0.63	ดี	3.38	0.63	ดี
18. ดูแลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	3.85	0.36	ดี	3.92	0.27	ดี	3.65	0.68	ดี	3.65	0.68	ดี
การดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย												
19. ดูแลให้มีการบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรง	2.69	0.73	ปานกลาง	3.77	0.43	ดี	2.96	0.82	ปานกลาง	2.54	0.50	ปานกลาง
20. สนับสนุนให้มีการพึ่งพาตนเองตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย	2.54	0.70	ปานกลาง	3.69	0.47	ดี	3.19	0.74	ดี	2.69	0.54	ปานกลาง
21. ดูแลให้มีการฟื้นฟูอวัยวะส่วนที่มีปัญหาเป็นพิเศษ เพื่อการคงอยู่ในสภาพเดิม หรืออาจดีขึ้น	2.69	0.73	ปานกลาง	3.77	0.43	ดี	3.15	0.73	ดี	2.65	0.48	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	2.46	0.50	ปานกลาง	3.12	0.32	ดี	2.54	0.50	ปานกลาง	2.38	0.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ($M = 2.46$, $SD = 0.50$ และ $M = 3.12$, $SD = 0.32$ ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.54$, $SD = 0.50$ และ $M = 2.38$, $SD = 0.49$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า

ด้านการดูแลการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการดูแลในเรื่องให้ได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ให้ได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน ให้ได้ผักและผลไม้ที่มีกาก ให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีการดูแลพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับดี สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีการดูแลในเรื่องให้ได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน ดูแลให้ได้รับประทานผักและผลไม้ ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำอยู่ในระดับต่ำเดิมคือระดับปานกลาง

ด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการดูแลให้ได้ออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี หลังการทดลอง พบว่า มีการดูแลอยู่ในระดับดี ส่วนในเรื่องดูแลให้ได้มีการพักผ่อนหย่อนใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีการดูแลให้ได้ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในเรื่องดูแลให้ได้มีการพักผ่อนหย่อนใจก่อนการทดลองมีการดูแลอยู่ในระดับดี แต่หลังการทดลองต่ำกว่าเดิมอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการดูแลให้ได้มีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนในครอบครัว ได้รับข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้พบปะกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับดี กลุ่มควบคุมมีการดูแลให้ได้มีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนในครอบครัวก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในเรื่องดูแลให้ได้รับข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้พบปะกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนกลุ่มควบคุมมีการดูแลในระดับต่ำเดิมคือระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังทดลอง

ด้านการดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการดูแลให้มีการบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรง สนับสนุนให้มีการพึ่งพาตนเองตามความเหมาะสมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย มีการฟื้นฟูอวัยวะส่วนที่มีปัญหาเป็นพิเศษอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีการดูแลพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับดี สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีการสนับสนุนให้มีการพึ่งพาตนเองตามความเหมาะสมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย ดูแลให้มีการฟื้นฟูอวัยวะส่วนที่มีปัญหาเป็นพิเศษอยู่ในระดับดี หลังการทดลองอยู่ใน

ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าทีแบบอิสระ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 52$)

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	n	M	SD	df	t	p (1- tailed)
กลุ่มทดลอง	26	0.76	0.19	50	18.49	< .001
กลุ่มควบคุม	26	-0.20	0.17			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 0.76 ($SD = 0.19$) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ -0.20 ($SD = 0.17$) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าทีแบบอิสระ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 18.49, p < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-post test control group design) เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในเขตตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติต่อเนื่องที่บ้าน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย จำนวน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่แบบแผนการเสริมพลังอำนาจ คู่มือการปฏิบัติการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลและสุขภาพผู้ดูแล โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.5) มีอายุเฉลี่ย 47.00 ปี ($SD = 9.62$ ปี) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.4) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 69.2) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 84.6) มีรายได้ < 10,000 บาท (ร้อยละ 73.1) มีระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเฉลี่ย 6.50 ปี ($SD = 11.27$ ปี) ผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.4) ยกเว้นความสัมพันธ์กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.06, p < .05$)

คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพและสุขภาพคนพิการ โดยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.9) มีอายุเฉลี่ย 47.00 ปี ($SD = 21.91$ ปี) สถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 84.6) คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.4) มีระดับความพิการอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (ร้อยละ 73.1) ยกเว้นในเรื่องระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า มีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.93, p < .01$ และ $t = 2.56, p < .01$ ตามลำดับ)

2. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 18.49, p < .001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลการรับประทานอาหาร การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ซึ่งในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นระดับดีทั้ง 3 เรื่อง

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถอภิปรายผลการทดลอง ได้ดังนี้

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการทางสุขภาพตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ (Gibson, 1995) 4 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ การค้นหาสภาพความเป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวรวมกลุ่มกันและให้แต่ละคนได้ ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ และระบายความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแล ต่อมาให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคิดทบทวนอย่างรอบด้าน แล้วให้ผู้ดูแลแต่ละคนสรุปปัญหาและความต้องการของตนเองในการแก้ปัญหา และแนวทางในการจัดการกับปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีส่วนร่วมที่จะจัดการกับปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจกล้าตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ตอบคำถามในส่วนที่ผู้ดูแลสงสัยหรือไม่เข้าใจ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการปฏิบัติดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ มีการติดตามการดูแลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่ดี คอยให้แรงเสริมทางบวก ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในพฤติกรรมดูแลที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลการรับประทานอาหาร การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมราภรณ์ ภูระย้า (2551) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลได้อย่างเหมาะสม และ สุนันทา สุริยพันธ์ (2554) ได้ศึกษาผลการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยการสอดแทรกเข้าไปในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล และควรมีการใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วม
2. จากผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้พฤติกรรมการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ได้แก่ เรื่องการดูแลการรับประทานอาหาร การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขควรวางวิธีการหรือรูปแบบใหม่ ๆ ในการดูแล ได้แก่ การฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือคนพิการทางการเคลื่อนไหว (Caregiver) ให้ดูแลและช่วยเหลือคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้านในกิจกรรมดังกล่าว
3. จากการเสริมพลังอำนาจที่บ้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลในเรื่องดูแลการรับประทานอาหาร การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้บริหารของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล โดยสอดแทรกเข้าไปในกิจกรรมเสริมพลังอำนาจที่บ้าน ซึ่งการเสริมพลังผู้ดูแลที่บ้านให้เห็นถึงปัญหาความต้องการ และการแก้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวดีขึ้นในระยะ 6 สัปดาห์ที่ศึกษาเท่านั้น ดังนั้นควรมีติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง เพื่อการคงไว้ของพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาในการทำวิจัยมากขึ้น เพื่อผลของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจะได้คงไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้ศึกษาแค่ตัวแปรเดียว โดยดูจากผลจากพฤติกรรมภาพรวมมีพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น ควรมีการศึกษาในตัวแปรอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3. จากผลการวิจัยการครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาและระยะการเป็นคนพิการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาเพิ่มเติม

บรรณานุกรม

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2558). *ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ*. เข้าถึงได้จาก <http://nep.go.th/th/disabilities-knowledge>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *คู่มือเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน*. กรุงเทพฯ: พรีเมียม เอ็กซ์เพรส.
- กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *คู่มือแนวทางการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มการส่งเสริมศักยภาพคนพิการ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2549). *หลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ*. กรุงเทพฯ: เจริญพรการพิมพ์.
- ขนิษฐา เทวินทรภักดี. (2540). *แนวทางทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ: ผู้การพัฒนาที่ยั่งยืนของผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- ขวัญเรือน สิงห์ทวง. (2551). *ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549*. กรุงเทพฯ: ศรีการเมือง.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*, 47(31), 147-157
- เฉลิม รัตนะโสภณ. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

- ชุตติกาญจน์ คงวงศ์เกษม. (2556). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2549). *รายงานการวิจัยท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์: รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมกับชุมชนพุทธมณฑล อำเภอฟุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นราทิพย์ ไชยยา. (2555). *การดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้พิการเขตเทศบาลยางน่อง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรันดร์ โลกคาน. (2547). *การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในทศวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปรีดา สังข์สว่าง. (2554). *การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของสถานีนอนามัย ในจังหวัดนครปฐม*. วารสารวิทยาลัยราชสุดา, 7(10), 79-92.
- ปาริฉัตร กุลษาบาล. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรนภา เจริญสันต์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534. (2537, 28 กรกฎาคม).
 ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 11-13.
- แพรว เอี่ยมน้อย. (2550). การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการทางร่างกายในจังหวัดนครปฐม.
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัศราพร เจริญศักดิ์ขจร. (2553). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อระดับ HbA1C,
 การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การสูญเสียพลังอำนาจและพฤติกรรมการ
 ดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2549). การประเมินระดับความผิดปกติ. เข้าถึงได้จาก
<http://www.tddf.or.th/tddf/library/files/doc/libr>
- มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2550). คู่มืออาสาสมัครเพื่อคนพิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์อัมมัส
 ของมูลนิธิคนพิการไทย (โดยคนพิการ).
- ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม. (2546). ผู้ดูแล แนวคิด ทฤษฎี และการช่วยเหลือ. ใน การประชุมวิชาการเรื่อง
 การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูปสุขภาพ (หน้า 19-24). ม.ป.ท.
- รัชดาภรณ์ อมรสิน. (2554). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริม
 สุขภาพช่องปากของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ตำบลข้าวปุ้น อำเภอกุฉินารักษ์ จังหวัด
 อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบ
 สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลชัยบาดาล. (2558). รายงานประจำปีโรงพยาบาลชัยบาดาล ปีงบประมาณ 2558. ลพบุรี:
 โรงพยาบาลชัยบาดาล.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม. (2558). รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลม่วงค่อมปีงบประมาณ 2558. ลพบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม. (2559, 31 มีนาคม). ข้อมูลคนพิการทางการ
 เคลื่อนไหว ณ ปีงบประมาณ 2559. ลพบุรี: โรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม.
- วีณา เทียงธรรม. (2554). การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ:
 ภาควิชาการพยาบาลสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์ห้วงองค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: วิ. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สิริอร ช้อยุ่นชุม. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา สุริยพันธุ์. (2554). *ผลของการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *แนวทางการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายใต้งบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2550*. เข้าถึงได้จาก <http://www.tddf.or.th/tddf/library/files/doc/library-2007-05-01-270.doc>
- สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. (2550). *นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง “โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก (พ.ศ. 2550-2559) นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็ก*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2559). *รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2559*. เข้าถึงได้จาก http://dep.go.th/sites/default/files/files/news/REPORT_PWDS_Mar2559.pdf

- เสาวภาค วิจิตวาที. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุชา นิลประพันธ์. (2548). *รูปแบบการพัฒนาสุขภาพคนพิการในชนบทจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิรักษ์ วิสุทธร้อภรณ์, สายัณห์ ศรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพินผล. (2550). *ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 18(2), 8-15.
- อโนชา ทศนาชนชัย. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2552). *การศึกษาการดูแลต่อเรื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อุไรวรรณ จาริก. (2551). *การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชน โคราชมะโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- อัมราภรณ์ ภูระยา. (2551). *ผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาชุมชนอำเภอวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Chandler, G. E. (1992). The source and process of empowerment. *Nursing Administration Quarterly*, 16, 65-71.
- Cohen. J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.

- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Tocy slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77(5), 231-238.
- Lemeshow, S., Hosmer, Jr. D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1992). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Son.
- Labkin, I. (1990). *Chronic illness: Impact and intervention* (2nd ed.). New York: Jones and Bartlett.
- 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.
- Thomas, K. W., & Velhouse, B. A. (1990). Cognitive element of empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 23(1), 18-23.
- Watson. J. (1985). *Nursing: Philosophy and science of caring* (2nd ed.). New York: Colorado Associated University Press.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Disability and rehabilitation: WHO Action plan 2006-2011*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *World report disability*. Geneva: WHO Press.
Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Disability and healthy*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทุลศิริ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นายแพทย์พิสิฐ พรหมคำ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี
5. คุณมรรยาท เพ็ชรตรา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำสนธิ

ภาคผนวก ข
เอกสารรายงานผลการพิจารณา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
The Effect of Caregiver Empowerment on Caring Behavior for Physical Disabilities

ชื่อนิสิต นางสาวทวิรัตน์ ช้างรัมย์

รหัสประจำตัวนิสิต 52920014

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 03 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 52 ราย
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ตำบลม่วงค่อม และตำบลมะกอกหวาน จังหวัดลพบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค
เครื่องมือการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-03-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทวิรัตน์ ช้างรัมย์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวดีกว่าผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการเก็บข้อมูลของการวิจัย และให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยไม่ต้องระบุ ชื่อ – นามสกุลของท่าน ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน ข้อมูลของท่านจะเป็นความลับ และจะเก็บแบบสัมภาษณ์กลับคืนเลย จากนั้นท่านจะได้ทำกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์แรกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ท่านรับรู้ ถึงปัญหาและสาเหตุ มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ท่านมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวดีขึ้น กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะมาพบท่านที่บ้าน จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง ๆ ละ 1-1.5 ชั่วโมง โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดเพิ่ม หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อตัวท่านทางตรง คือ ท่านได้รับรู้ ถึงปัญหาและสาเหตุ มีความสามารถในการเลือกตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสม ลงมือปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติด้วย

ตนเอง ทำให้ท่านมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ดี ส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประโยชน์ทางอ้อมคือข้อมูลที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปใช้แนวทางการพัฒนาระบบงานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคข้อต่าง ๆ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

การเข้าร่วมวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยหรือพิจารณาคำตอบเป็นรายบุคคลและจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปีหลังสำเร็จการศึกษา

ถ้าท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวทวิรัตน์ ช้างรัมย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0-9854-26442 หรือที่รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ (038)102 840, 085 -085 -7210

นางสาวทวิรัตน์ ช้างรัมย์
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่องผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแล
คนพิการทางการเคลื่อนไหว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ
และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวทวิรัตน์ ช้างรัมย์.....)

แบบสัมภาษณ์

วิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง ขอความร่วมมือท่านตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จำนวน 21 ข้อ

นางสาวทวิรัตน์ ช่างร้าย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัย

แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

- | | | |
|---|-------------------------|--------|
| 1. เพศ | | sex |
| () 1. ชาย | () 2. หญิง | |
| 2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี | | age |
| 3. ท่านมีสถานภาพสมรสเป็นอย่างไร | | sta |
| () 1. โสด | | |
| () 2. คู่ | | |
| () 3. หม้ายหรือหย่าร้าง | | |
| 4. ท่านจบการศึกษาระดับใด | | edu |
| () 1. ไม่ได้รับการศึกษา | () 2. ประถมศึกษา | |
| () 3. มัธยมศึกษา / ปวช | () 4. อนุปริญญา | |
| () 5. ปริญญาตรี | () 6. สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. ท่านประกอบอาชีพอะไร | | occ |
| () 1. ไม่ได้ทำงาน | () 2. รับจ้างทั่วไป | |
| () 3. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ | () 4. เกษตรกรรม | |
| () 5. ค้าขาย | () 6. ธุรกิจส่วนตัว | |
| () 7. อื่น ๆ ระบุ..... | | |
| 6. ท่านและครอบครัวมีรายได้ทั้งหมดเท่าไร.....บาทต่อเดือน | | income |
| 7. ท่านกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร | | rel |
| () 1. สามี | () 2. ภรรยา | |
| () 3. บุตร | () 4. เขย,สะใภ้ | |
| () 5. อื่น ๆ ระบุ..... | | |
| 8. ท่านดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากี่ปี.....ปี | | time |
| 9. ปัจจุบันสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร | | hel |
| () 1. แข็งแรง | | |
| () 2. มีโรคประจำตัว โรคอะไร..... | | |

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว		
คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ท่านดูแลอยู่		
		สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ		sexdisa
	() 1. ชาย	
	() 2. หญิง	
2. ปัจจุบันคนพิการทางการเคลื่อนไหวอายุเท่าไร.....ปี		agedisa
3. คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีสถานภาพสมรสเป็นอย่างไร		stadisa
	() 1. โสด	
	() 2. คู่	
	() 3. หม้ายหรือหย่าร้าง	
4. คนพิการทางการเคลื่อนไหวจบการศึกษาระดับใด		edcdisa
	() 1. ไม่ได้รับการศึกษา	() 2. ประถมศึกษา
	() 3. มัธยมศึกษา / ปวช	() 4. อนุปริญญา
	() 5. ปริญญาตรี	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความพิการมากี่ปีแล้ว.....ปี		timdisa
6. ปัจจุบันคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีโรคประจำตัวหรือไม่		heldisa
	() 1. ไม่มีโรคประจำตัว	
	() 2. มี มีโรคประจำตัวอะไร	

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไปนี้บ่อยเพียงไร

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ 7 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วัน/ สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลยในระยะเวลา 1 เดือน

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	การปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
การดูแลการรับประทานอาหาร					
1. ท่านดูแลให้ได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ					Beh 1 (.....)
2. ท่านดูแลให้ได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					Beh 2 (.....)
3. ท่านดูแลให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ แคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย					Beh 3 (.....)
4.					Beh 4 (.....)
5.					Beh 5 (.....)
การมีกิจกรรมและการพักผ่อน					
6. ท่านดูแลให้ได้นอนเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง					Beh 6 (.....)
7.					Beh 7 (.....)
8.					Beh 8 (.....)

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	การปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ					
9. ท่านดูแลไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ เช่น พลัดตกหกล้ม ตกเตียง					Beh 9 (.....)
10. ท่านดูแลห้องพักของคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเท สะอาด					Beh 10 (.....)
11.					Beh 11 (.....)
12.					Beh 12 (.....)
การดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข					
13. ท่านดูแลให้ได้มีโอกาสเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนในครอบครัว					Beh 13 (.....)
14. ท่านดูแลให้ได้รับข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ					Beh 14 (.....)
15.					Beh 15 (.....)
การปฏิบัติตามแผนการรักษา					
16. ท่านดูแลให้ได้รับยาหรือการรักษาที่แพทย์กำหนด					Beh 16 (.....)
17. ท่านดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน					Beh 17 (.....)
18.					Beh 18 (.....)

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	การปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
การดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย					
19. ท่านดูแลให้มีการบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรง					Beh 19 (.....)
20. ท่านสนับสนุนให้มีการพึ่งพาตนเองตามความเหมาะสมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย					Beh 20 (.....)
21.					Beh 21 (.....)

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวค้นพบสภาพความจริงในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เกิดการรับรู้ เข้าใจและยอมรับสภาพปัญหา
3. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
4. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 8-9 คน

ระยะเวลาที่จัดกิจกรรม 1.5-2 ชั่วโมง

สถานที่ ศาลากลางบ้านในหมู่บ้าน

กิจกรรม

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
การค้นพบ สภาพการณ์ จริง	<p>1. ผู้วิจัยทำกิจกรรมละลาย พฤติกรรม สร้างสัมพันธ์ภาพ พูดคุย ทักทาย แนะนำตัวเองกับ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว</p> <p>2. ผู้วิจัยอธิบายภาพรวมของการ ดำเนินโครงการ อธิบายขั้นตอน ต่าง ๆ ข้อตกลง ให้ผู้ดูแลซักถาม ข้อสงสัยเป็นการสร้างความคุ้นเคย</p> <p>3. ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวน เหตุการณ์ สถานการณ์ และระบาย ความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคใน การดูแล โดยใช้คำถาม”ใครพอจะ บอกได้บ้างว่า ตอนนี้อยู่ในการดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวมี ปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้าง เอา เรื่องการรับประทานอาหารก่อน”</p> <p>4. ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวน เหตุการณ์ สถานการณ์ และระบาย ความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคใน การดูแล โดยใช้คำถาม”ในเรื่อง การพักผ่อน</p>	<p>1. บัตรคำ</p> <p>2. ปากกา</p>	<p>1. สังเกตความ สนใจ และการ ร่วมแสดงความ ความคิดเห็น</p> <p>2. การซักถาม ข้อสงสัย</p> <p>3. การตอบ คำถาม</p>	

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
การค้นพบ สภาพการณ์ จริง	<p>และการมีกิจกรรม ท่านใดมี ปัญหาและอุปสรรคบ้าง”</p> <p>5. ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวน เหตุการณ์ สถานการณ์ และ ระบายความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแล โดยใช้ คำถาม”ในเรื่องการป้องกัน อันตรายต่อชีวิตและสุขภาพท่าน ใดมีปัญหาและอุปสรรคบ้าง”</p> <p>6. ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวน เหตุการณ์ สถานการณ์ และ ระบายความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแล โดยใช้ คำถาม”แล้วในเรื่องการดำรงชีวิต อย่างเป็นปกติสุข ท่านใดมีปัญหา และอุปสรรคบ้าง”</p> <p>7. ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวน เหตุการณ์ สถานการณ์ และ ระบายความรู้สึกถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแล โดยใช้ คำถาม”เรื่องการปฏิบัติตาม แผนการรักษาท่านใดมีปัญหาและ อุปสรรคบ้าง”</p>			

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
การค้นพบ สภาพการณ์ จริง	<p>8. ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวแต่ละคนได้ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ และระบายความรู้สึกถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแล โดยใช้คำถาม “ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ท่านใดมีปัญหาและอุปสรรคบ้าง”</p> <p>9. ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้วิจัย ร่วมกันกำหนดและจัดเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหาของแต่ละคน</p>			

กิจกรรม

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
การสะท้อน คิดอย่างมี วิจารณญาณ	<p>1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคิดทบทวนอย่างรอบด้านถึงสิ่งที่ทำดี เช่น ดูแลให้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน และปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ทั้ง 6 ด้าน โดยให้ทบทวนจากประสบการณ์ จากกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลยกตัวอย่างสิ่งที่ทำดี ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ผู้วิจัยใช้คำพูด”ท่านทำแบบนี้ดีอยู่แล้ว ขอให้ทำต่อไปและทำแบบต่อเนื่อง” และผู้วิจัย ๓ ใช้คำถามอีกว่า “นอกจากท่านนี้แล้ว ยังมีใครทำแตกต่างจากนี้ไหม เช่น อยากปรับปรุงในเรื่องการดูแลให้รับประทานอาหารรสชาติ جيد”</p> <p>2. ผู้วิจัยอภิปรายความรู้ ทักษะการดูแลในส่วนที่ขาดต้องการเพิ่มเติมให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน</p> <p>3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนสรุปปัญหาและความต้องการของตนเองในการแก้ปัญหา</p>	<p>1. บัตรคำ</p> <p>2. ปากกา</p> <p>3. คู่มือทัศน</p> <p>4. คู่มือการฟื้นฟูสภาพของ รพ. ชัยบาดาล</p>	<p>1. การสังเกต</p> <p>2. ความร่วมมือ</p> <p>3. การตอบคำถาม</p>	

กิจกรรม

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่ เหมาะสมและ ลงมือปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยเติมเต็มส่วนที่ขาดให้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้านพร้อมทั้งให้ทางเลือกที่หลากหลายและเสริมข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลือกนั้น ๆ ระบุ/ กำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือเงื่อนไขแต่ละวิธี 2. ผู้ดูแลเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในอนาคต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บัตรคำ 2. ปากกา 3. คู่มือทัศน 4. คู่มือการฟื้นฟูสภาพของ รพ. ชัยบาดาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกต ความสนใจ การให้ความ ร่วมมือ การ แสดงความ คิดเห็น 	

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4-5 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผู้ดูแลให้เกิดความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

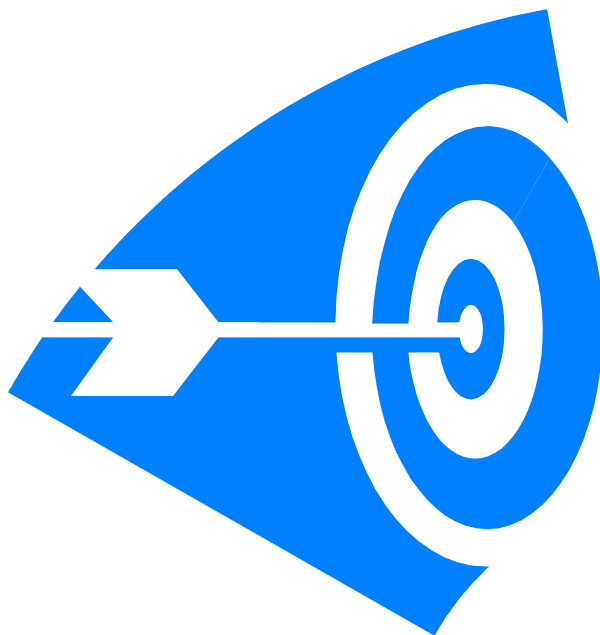
ระยะเวลาที่จัดกิจกรรม 1-1.5 ชั่วโมง

สถานที่ บ้านผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
การคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติ หน้าที่ที่มี ประสิทธิภาพ	<ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้าน 2 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้านเป็นรายครอบครัว ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทบทวนปัญหาและทางเลือกในการจัดการกับปัญหาจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้คำถามว่า“เป็นอย่างไรบ้าง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ได้ทำอะไรบ้างเมื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นรู้สึกอย่างไร ฟังพอใจหรือไม่ มีตรงไหนที่อยากจะให้ช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร” ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วใช้คำถามว่า“แล้วจัดการกับปัญหาของตัวเองแล้ว อย่างไรและตอนนี้ยังมีปัญหานั้น ๆ อีกไหม” 	1. ปากกา	1. การซักถามและการแสดงความคิดเห็น	

ขั้นตอนการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ	กิจกรรม	อุปกรณ์/ สื่อ	การประเมินผล	หมายเหตุ
	<p>5. ผู้วิจัยชมเชยในสิ่งที่ทำได้ เหมาะสมเป็นไปตามแนวทางที่เลือก ไว้ เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวเกิดความรู้สึกรับประกันใน ความรู้ความสามารถในการดูแลคน พิการทางการเคลื่อนไหวและเกิด การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6. ในกรณีที่ผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติได้ตาม แนวทางที่เลือกไว้ ผู้ดูแลและผู้วิจัย จะร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยผ่าน กระบวนการเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ และเพิ่มเติมในสิ่งที่ขาด พร้อมร่วมกันแก้ไข</p>			

สมุดคู่มือผู้ดูแลคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว



โดย
นางสาวทวิรัตน์ ช้างรัมย์

ประวัติทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

ศาสนา.....การศึกษา.....อาชีพ.....

สถานภาพสมรส.....

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร ไม่มี
 มี ชื่อยา/อาหาร.....

โรคประจำตัว1.....
 2.....
 3.....

ลักษณะของความพิการ.....

เลขที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ.....วันที่ขึ้นทะเบียน...../...../.....

สิทธิการรักษา.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 ผู้ดูแล.....
 โทรศัพท์.....

คนพิการ

“คนพิการ” หมายความว่า บุคคลที่มีความบกพร่อง ทั้งทาง ด้านร่างกาย และ/ หรือ จิตใจ ซึ่งอาจจะเป็นชั่วคราวหรือถาวร ทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติ เกิดการเสียเปรียบบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ในการกระทำบทบาทต่าง ๆ

ความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้มีความบกพร่องทางร่างกายอาจเป็นส่วนใด ส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนหรือเป็นทั้งร่างกายทำให้เคลื่อนไหวไม่ปกติ ได้แก่ แขน ขาขาด โปลิโอ คอเอียง เท้าปุก เป็นต้น

ความพิการเกิดขึ้นได้อย่างไร

ความพิการนี้เกิดจากหลายสาเหตุ ที่สำคัญได้แก่

1. พันธุกรรม คือ มีความผิดปกติของยีนส์และโครโมโซม ทำให้มีรูปร่างหรืออวัยวะผิดปกติ ระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ
2. เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การจราจร ภัยสงคราม หรือภัยธรรมชาติ เป็นต้น
3. เกิดจากโรคต่าง ๆ ได้แก่
 - โรคโปลิโอ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่เซลล์ของไขสันหลัง มักเป็นกับเด็กภายหลังจากการเป็นโรคนี้อแล้ว จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น แขนหรือขาอ่อนแรง
 - โรคสมองพิการ เป็นสภาพที่ศูนย์การควบคุมการเคลื่อนไหวทางกลไกสมองถูกทำลาย
 - โรคความพิการทางกระดูก เป็นโรคที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ เช่น กล้ามเนื้อพังศืด และประสาทที่ควบคุม ซึ่งประกอบกันทำหน้าที่พยุงร่างกายในการเคลื่อนไหว

และทรงตัว

- **โรกระบบประสาท** (อัมพาต) เป็นอาการที่เกิดจากการสูญเสียประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย รวมทั้งระบบเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว และอัมพาตแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง

- **โรคเรื้อน** เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่สามารถเกิดอาการกับเส้นประสาท และผิวหนังส่วนใหญ่ซึ่งอาจมีผลทำให้พิการได้ อาการที่สำคัญคือ ผู้ป่วยอาจมีอาการจุกแสบ โห่ว เป็นอัมพาตในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย นิ้วกุดหรือหงิกงอ

- **โรคกล้ามเนื้อสลาย** เกิดจากความเสื่อมของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะค่อย ๆ อ่อนแรงลงจนในที่สุดจะหยุดการเจริญเติบโต

จะดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1. ให้ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ทุกมื้อ เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญ ทำให้สภาพร่างกายแข็งแรง
2. ให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อจะช่วยในการขับถ่ายดีขึ้น
3. ดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
4. ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ แคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย
5. ให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไม่ติดมัน อาหารที่นิ่งหรือต้ม
6. ให้ได้นอนเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
7. ให้ได้มีการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์
8. ควรให้ได้ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที
9. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในคนพิการทางการเคลื่อนไหว เช่น ทางเดินต้องมีแสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำพื้นไม่ควรขัดมัน ไม้วางของเกะกะ
10. ควรทำความสะอาดที่นอน เครื่องนุ่งห่มทุกวัน
11. ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของครอบครัว พบปะเพื่อนบ้านเป็นประจำ
12. ให้ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ
13. ให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด
14. ให้มีการบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและฟื้นฟูอวัยวะส่วนที่มีปัญหาเพื่อการคงอยู่ในสภาพเดิม หรืออาจดีขึ้น

การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ควรมีผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันข้อติดยึด

ข้อควรปฏิบัติกรทำการเคลื่อนไหวข้อ

1. การเคลื่อนไหวข้อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวควรทำช้า ๆ
2. ในการทำการเคลื่อนไหวให้ทำงานสุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ ถ้ามีการหดรั้งควรดึงยึดกล้ามเนื้อจนสุดช่วงการเคลื่อนไหว และรู้สึกตึงค้างไว้ นับ 1-10
3. ทำในแต่ละท่า ๆ ทำละ 10 - 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ
4. ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ หรือในขณะที่ผู้ป่วยมีไข้ ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้ามีอาการปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด

การจัดท่าและเปลี่ยนท่า

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันแผลกดทับ
2. ป้องกันไม่ให้ข้อติด กล้ามเนื้อและเอ็นหดตัว
3. ป้องกันการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดเกร็งมากกว่าปกติ
4. ช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อให้มีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

การเปลี่ยนท่าให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวยังช่วยให้ทุกส่วนของปอดมีการระบายอากาศได้ดี ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ โดยจะต้องเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง

1. ท่านอนหงาย

- ผู้ดูแลใช้หมอนหนุนศีรษะและใต้ข้อเข่า
- ใช้ผ้าขนหนูนุ่ม ๆ รองที่บริเวณไหล่
- ใช้หมอนหรือผ้านุ่มรองที่บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ตาคุ่มนอก และข้อมือของ

ร่างกายข้างที่อ่อนแรง (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การจัดท่านอนหงาย

2. ท่านอนตะแคงทับข้างแข็งแรง

- ผู้ดูแลใช้หมอนหนุนศีรษะ
- ใช้หมอนหนุนรองแขนข้างที่อยู่ด้านบน ส่วนแขนข้างที่อยู่ด้านล่างให้กางออกเพื่อไม่ให้ทับ
- ใช้หมอนข้างหนุนรองตลอดแนวขาข้างที่อยู่ด้านบน โดยจัดขาให้อยู่ในลักษณะงอเข่า และงอสะโพกเล็กน้อย (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแสดงการจัดท่านอนตะแคง

ควรหลีกเลี่ยง การจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับข้างอ่อนแรงเนื่องจากน้ำหนักตัวจะกดทับข้างอ่อนแรงทำให้เกิดการยืดของเอ็นกล้ามเนื้อข้างอ่อนแรง โดยเฉพาะที่ข้อไหล่ และทำให้เกิดอาการปวดไหล่ได้

3. การจัดท่านั่ง

- ผู้ดูแลอยู่ทางข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยและคอยประคองบริเวณบ่าไม่ให้ผู้ป่วยล้ม

- จากนั้นให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวถ่ายน้ำหนักลงที่แขนข้างอ่อนแรงประมาณ 15-30 วินาที แล้วกลับสู่ท่านั่งตัวตรง (ดังภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 การจัดท่านั่ง

หมายเหตุ หากคนพิการทางการเคลื่อนไหวไม่มีกำลังกล้ามเนื้อพอที่จะนั่งทรงตัวได้เอง ให้ผู้ดูแลอยู่ทางข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยและคอยประคองบริเวณบ่าและข้อศอกข้างอ่อนแรงของผู้ป่วยไม่ให้ศอกงอ

การจัดทำเพื่อลดบวมของมือและเท้า

- เมื่อเกิดการบวมที่มือ ควรจัดทำแขนให้ยกสูงกว่าระดับลำตัวเล็กน้อย ร่วมกับการเคลื่อนไหวของมือในช่วงที่ไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดและการนวดจากปลายนิ้วมือ ไปยังต้นแขน โดยทำวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 รอบ จนอาการบวมลดลง (ดังภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 การจัดท่าลดบวมที่มือ

- เมื่อเกิดอาการบวมที่เท้า ควรจัดทำขาให้ยกสูงกว่าระดับลำตัวเล็กน้อย ร่วมกับการเคลื่อนไหวของเท้าในช่วงที่ไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดและการนวดจากปลายนิ้วเท้าไปยังต้นขา โดยทำวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 รอบ จนอาการบวมลดลง (ดังภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 การจัดทำลดบวมที่เท้า

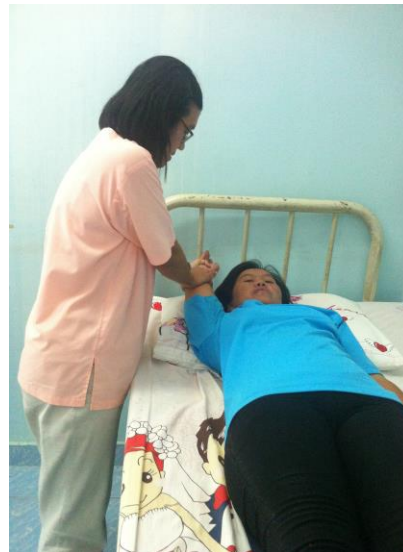
การช่วยเคลื่อนไหวแขน-ขาข้างอ่อนแรง

การช่วยเคลื่อนไหวแขน-ขาให้จะเป็นการช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณแขน-ขาของผู้ป่วยขึ้น เพื่อป้องกันการบวมของมือและเท้า การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และการยึดติดของข้อต่อ

วิธีการช่วยเคลื่อนไหวแขน-ขาของผู้ป่วย โดยจะทำท่าละ 10-30 ครั้งต่อรอบอย่างน้อย
ควรทำ 3 รอบต่อวัน

1. ท่ายกแขน

- ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย
- ผู้ดูแลจับบริเวณใต้ข้อศอกและข้อมือของผู้ป่วย
- ผู้ดูแลยกแขนของผู้ป่วยขึ้นเหนือศีรษะ จนแขนของผู้ป่วยแนบชิดใบหู (ดังภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 การช่วยเคลื่อนไหวก่ายกแขน

2. ทำกางแขน

- ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย
- ผู้ดูแลจับบริเวณใต้ข้อศอกและข้อมือของผู้ป่วย
- ผู้ดูแลกางแขนของผู้ป่วยออกทางด้านข้าง จนแขนของผู้ป่วยแนบชิดใบหูของผู้ป่วย

(ดังภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 การช่วยเคลื่อนไหวก่ายกางแขน

3. ทำหมุนแขน

- ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย
- ผู้ดูแลจับบริเวณใต้ข้อศอกและข้อมือของผู้ป่วย กางแขนผู้ป่วยออกมาระดับไหล่ ร่วมกับงอข้อศอก
- ผู้ดูแลใช้มือหมุนแขนของผู้ป่วยขึ้นและลง (ดังภาพที่ 8)



ภาพที่ 8 การช่วยเคลื่อนไหวทำหมุนแขน

4.

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาลสาธารณสุขสำนักอนามัย. (2557). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สำหรับผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- รัมภา บุญสินสุข และคณะ. (2003). ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรให้ถูกวิธีทางกายภาพบำบัด. กรุงเทพฯ: สมานมิตรการพิมพ์.
- สุกัลยา สิทธิวงศ์ศักดิ์และวรวรรณ คำฤาชา. (2549). การเดินและการเคลื่อนย้ายตัว. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2553). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: ศิริชัยการพิมพ์จำกัด.

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (ใช้สำหรับผู้วิจัยประเมินระดับความพิการ)

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
 - 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
 - 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 คะแนน ทำได้เอง
4. การใช้ห้องน้ำ
 - 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้ เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่คัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
- 1 คะแนน ต้องการคนช่วย
- 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

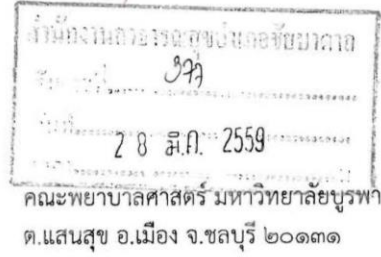
- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

ภาคผนวก จ
เอกสารเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๖๑๑



๒๓ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นำสถิติเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอชัยบาดาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวทวิรัตน์ ช่างร้าย รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๐๑๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จาก ท่านผู้อำนวยการศูนย์ฯ ให้นำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระหว่างวันที่ ๒๕ มีนาคม - ๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ ชุมชนในเขตความรับผิดชอบของท่าน ดังนี้

๑. ชุมชนตำบลม่วงค่อม จำนวน ๒๖ ราย
๒. ชุมชนตำบลมะกอกหวาน จำนวน ๒๖ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ศาสตราจารย์ ดร. นพ. วิมลพร
- มอชน จิตต์
อภินันท์
อ. นพ. วิมลพร
อ. นพ. วิมลพร

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๙๘-๕๔๒๖๔๔๒

นพ. วิมลพร
- นพ. วิมลพร
อ. นพ. วิมลพร
๒๙๖-A-59.