

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

สมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์

12 ส.ค. 2560

368207

Th 0011100

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

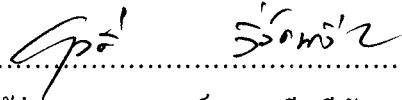
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

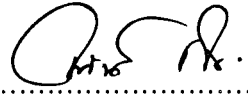
มิถุนายน 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

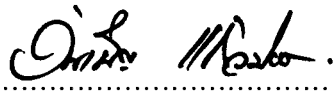
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ
มหาวิทยาลัยบูรพาได้

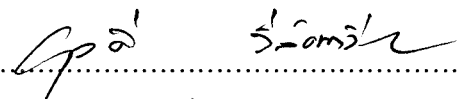
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

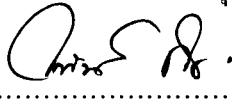

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยวดี ลีลัคณาวิระ)

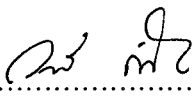

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยวดี ลีลัคณาวิระ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)


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

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๑๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา
มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีการศึกษา 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี สีสักนาวิระ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมซึ่งกรุณาแนะนำแนวทางในการศึกษาค้นคว้า หาความรู้ และประสบการณ์ อย่างกว้างขวาง ตลอดจนได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยตระหนักและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอเมือง อำเภอลาดหลุมแก้ว และอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี รวมทั้งบุคคลากรสายวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องในการดูแลงานด้านคนพิการที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณยิ่ง สำหรับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดี และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชนที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ ความเข้าใจในวิชาการด้านต่าง ๆ รวมทั้งปลูกฝังให้เกิดการพัฒนาแนวความคิด จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมทั้งเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และเพื่อนร่วมงานในสายวิชาชีพทุกท่านที่ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือมาโดยตลอด จนผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จ

คุณค่าหรือคุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบอุทิศแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว และครอบครัว ให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพและมีความสุข

สมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์

54920151: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย. ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: พิการทางการเคลื่อนไหวน, คุณภาพชีวิต, อรรถประโยชน์ด้านสุขภาพ

สมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวน
ในจังหวัดปทุมธานี (FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG MOBILITY
IMPAIRMENT PEOPLE IN PATHUM THANI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:
ยุวดี ลีลัคณาวิระ, วท.ค., วรณรัตน์ ลาวัง, ปร.ค., จำนวน 117 หน้า, ปี พ.ศ. 2559.

คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การวิจัยเชิงสัมพันธ์
แบบทำนายนี้นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวน
กลุ่มตัวอย่างคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวนที่ไม่มีปัญหาการสื่อสาร ได้รับการจดทะเบียนคนพิการ
และมีชื่อในฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 212 ราย สุ่มตัวอย่าง
แบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือ
ที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบซีเรียล และสถิติถดถอยพหุคูณ
แบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.00) มีอายุระหว่าง 41
ถึง 60 ปี (ค่ามัธยฐาน 54 ปี พิสัยควอไทล์ 23 ปี) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ
55.20) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.30) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท
(ค่ามัธยฐาน 8,000 บาท พิสัยควอไทล์ 8,000 บาท) ซึ่งมีระยะเวลาที่พิการน้อยกว่า 10 ปี (ค่ามัธยฐาน
6 ปี พิสัยควอไทล์ 8 ปี) และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.30 คะแนน
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.13) คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวนที่ประเมินโดยวิธี Standard
gamble (SG) ได้ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.75 (IQR = 0.40) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ยเท่ากับ
0.75-0.85) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาพลักษณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง
ระดับความพิการ และความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนาย
คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวนได้ร้อยละ 40.3 ($R^2 = .403$, $F = 6.084$, $p\text{-value} < .01$)
โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .006, .012, .007, -.076, และ .010 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพ
ควรให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวนให้ดีขึ้น โดยสนับสนุน
การดูแลในทุกด้าน ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน และการเห็นคุณค่า
ในตนเองที่ดี ตลอดจนจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม

54920151: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: MOBILITY IMPAIRMENT, QUALITY OF LIFE, HEALTH UTILITY

SAMONRAK SUWANNASUB: THE FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF LIFE AMONG PEOPLE WITH MOBILITY IMPAIRMENTS IN PATHUM THANI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: YUWADEE LEELUKKANAVEELA, Ph.D., WANNARAT LAWANG, Ph.D. 117 P. 2016

Quality of life among people with mobility impairment is associated with multiple factors. This correlational predictive research, aimed to identify the factors predicting quality of life of the people with mobility impairment. Participants were 212 registered persons with mobility impairment without communication problem in Pathum Thani province who were recruited based on multistage random sampling. Data were collected between August-November 2015 questionnaires and interviews. The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, point biserial correlation and multiple regressions.

The majority of sample were male (67.00%) with ages ranged from 41 to 60 years (median = 54, IQR = 23), graduated elementary education level (55.20%), were unemployed (70.30%), and had family income less than 10,000 baht/month (median = 8,000, IQR = 8,000). The duration of disability was reported less than 10 years (median = 6, IQR = 8). The perception of physical health was rated at a good level (mean = 2.30 score, SD = 2.13). The median quality of life measured by standard gamble (SG) was 0.75 (IQR = 0.40, 95% CI = 0.75-0.85). Results of the stepwise multiple regression analysis indicated that social support ($b = .006$), self-image ($b = .012$), self-esteem ($b = .007$), disability level ($b = -.076$), and daily safety and convenience ($b = .010$) could explain the variations of quality of life among people with mobility impairment by 40.3% ($R^2 = .403$, $F = 6.084$, $p\text{-value} < .01$)

Results suggest that community nurse practitioners and other health care providers should pay more attention to people with mobility impairment with emphasis on improving the quality of life through creating a network for social support, promoting self-image and self-esteem, and also designing and managing the suitable living environment.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ความรู้เกี่ยวกับความพิการทางการเคลื่อนไหว.....	11
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	17
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	53
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อม.....	53
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	63
ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ทางกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี	65
5 สรุปและอภิปรายผล.....	70
อภิปรายผลการวิจัย	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	80
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	82
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก.....	92
ภาคผนวก ข.....	105
ภาคผนวก ค.....	108
ภาคผนวก ง.....	113
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	117

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	53
2	จำนวน และร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามภาวะสุขภาพทางกาย.....	55
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	57
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	58
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกรายข้อ.....	59
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	61
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	62
8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	63
9	คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับความพิการ ประเมินด้วยวิธี Standard gamble (SG).....	63
10	การจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น.....	65
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว.....	67
12	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน.....	68

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2	กรอบแนวคิดขององค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิต.....	22
3	การวัดอรรถประโยชน์โดยวิธี Standard gamble	28
4	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	44
5	แผนภาพกล่อง (Box plot) คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตาม ระดับความพิการ	64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สิ่งสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้า คือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพ โดยเชื่อว่า ทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของชาติ คือ ทรัพยากรมนุษย์เพราะหากมนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่ความมั่นคงและความก้าวหน้าของประเทศ รัฐจึงมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนา “คนเป็นศูนย์กลาง” เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ก็ยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและสังคมไทยให้มีคุณภาพ มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและได้รับประโยชน์จากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นธรรม สำหรับบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีข้อจำกัด แม้จะมีความพิการก็ถือว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความมั่นคง ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมและพัฒนาคนพิการให้เต็มตามศักยภาพที่มีอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความพิการเป็นสถานะทางสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อามณ์ พฤติกรรม สติปัญญา และการเรียนรู้ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรงที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน (กฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 พุทธศักราช 2537, 2537) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2011) ได้ประมาณการไว้ว่ามีประชากรมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก กำลังประสบกับปัญหาความพิการและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเติบโตของประชากร การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจสถิติข้อมูลคนพิการจากฐานข้อมูลที่ขึ้นทะเบียนกลางคนพิการ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม

พ.ศ. 2557 พบคนพิการทั้งหมด 1,568,591 คน โดยประเภทของคนพิการที่พบมากที่สุด คือ คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวซึ่งมีจำนวน 780,782 คน คิดเป็นร้อยละ 49.78 ของคนพิการทั้งหมด (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558)

ความพิการเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ปรารถนาให้เกิดขึ้นในสังคมแต่เมื่อเกิดความพิการแล้วก็เป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องช่วยกันในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ (เฉลิม รัตนะ โสภากา, 2553) คนพิการบางคนมีความเชื่อว่า การออกกำลังกายหรือการฟื้นฟูสภาพไม่ได้ทำให้หายขาดจากความพิการจึงขาดการดูแลสุขภาพตนเอง (บุษราคัม คาบเพ็ชร, 2553) หรือความพิการทางการเคลื่อนไหว อาจทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเองหรืออุปสรรคทางด้านร่างกาย ทำให้ต้องประสบกับปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทำให้คนพิการไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้คนพิการละเลยการดูแลตนเอง แยกตัวออกจากสังคม ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตนเองตามมา เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคขาดสารอาหาร ไม่สามารถออกกำลังกายหรือไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ถูกต้องเป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากผลกระทบและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความพิการเป็นสิ่งที่ทำให้ต้องตระหนักถึงคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น อีกทั้งได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือประเมินความพิการ เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของคนพิการ โดยใช้แนวคิดการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพที่เรียกว่า International Classification of Functioning (ICF), Disability and Health พัฒนาโดยกลุ่มประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994) ซึ่งในหลาย ๆ ประเทศมีการนำรหัส ICF ไปใช้ในการสำรวจความพิการ (Disability survey) เพื่อใช้ในการวางแผนด้านนโยบาย เช่น Australia Institute of Health and Welfare ในประเทศไทย ศิรินาถ ดงศิริ (2554) ได้แปลเครื่องมือนี้เป็นภาษาไทยนำมาสำรวจคนพิการ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลคนพิการในจังหวัดนครพนม จำนวน 1,007 คน ผลการสำรวจพบว่า ผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย บกพร่องความจำและการเดิน มีปัญหาความยากลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันมีความต้องการด้านปรับสภาพบ้าน โดยต้องการให้ทำห้องน้ำสำหรับคนพิการ เพื่อให้ดูแลตนเองได้ ส่วนด้านการศึกษาหลังจากพิการแล้ว คนพิการยังได้รับการศึกษาน้อย จึงมีความต้องการให้มีการสนับสนุนด้านการศึกษาตามศักยภาพที่ตนเองเรียนรู้ได้ ในส่วนของการทำงานคนพิการส่วนใหญ่ต้องการให้มีการฝึกอาชีพ เพื่อให้เหมาะสมกับความพิการและสามารถออกไปทำงานนอกบ้านหรือทำในบ้านก็ได้ และมีความต้องการ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยปัญหาที่พบ คือ ไม่มีคนพาออกนอกบ้านและการคมนาคมขนส่งที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะความพิการ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ

กลุ่มประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า “คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรมค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล” ซึ่งสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550 (2550) ที่นิยามการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยจะเห็นว่า ภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญไม่ต่างจากการมีอายุยืนหรือการมีชีวิตรอด (Survival) (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2555)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป (Generic HRQOL) ซึ่งมีข้อดี คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้ โดยรายงานคะแนนตามมิติ (Domain) ของคุณภาพชีวิต แต่มีจุดอ่อน คือ มีความไว (Responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งและไม่มีการรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์โดยรวมออกมาเป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียวที่เรียกว่า ค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการรายงานคะแนนเป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ซึ่งหมายถึง คุณค่า (Value) หรือความคุ้มค่า (Worth) ที่ให้กับสถานะทางสุขภาพ (Health state) โดยประเมินจากความพึงพอใจหรือความชอบ (Preferences) ของบุคคลแต่ละคน โดยให้คะแนนเป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียว อยู่ในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (Death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Full health) และสามารถนำคะแนนอรรถประโยชน์นี้มาคำนวณหาจำนวนปีสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญ อีกทั้งวิธีการวัดอรรถประโยชน์จะมีทั้งแบบวัดทางตรงและแบบวัดทางอ้อม โดยได้นำวิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรงด้วยวิธี Standard Gamble (SG)

มาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เนื่องจากเป็นวิธีดั้งเดิมของการวัดอรรถประโยชน์ที่ใช้หลักการตามทฤษฎีอรรถประโยชน์ที่มีการตัดสินใจภายใต้เงื่อนไขของความไม่แน่นอน (Fox-Rushby & Cairns, 2008) สามารถนำไปประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในโอกาสต่อไป

จังหวัดปทุมธานีได้ทำการสำรวจสถิติข้อมูลคนพิการจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 มีคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั้งหมด 15,751 คน คิดเป็นร้อยละ 3.99 ของประชากรในจังหวัด (สำนักทะเบียนราษฎร, 2557) โดยมีคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด คือ มีจำนวน 6,551 คน คิดเป็นร้อยละ 41.59 ของคนพิการทั้งหมดรวมไปถึงแนวโน้มของคนพิการที่เพิ่มมากขึ้นตามจำนวนโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้น คนพิการทางการเคลื่อนไหวจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งคนพิการประเภทนี้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้มากกว่าความพิการประเภทอื่น ๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในจังหวัดปทุมธานีมีผู้ทำการศึกษาวิจัยด้านคนพิการทุกประเภท เฉพาะในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตำบลบางพูนจังหวัดปทุมธานี (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548) ยังไม่พบการศึกษาคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลคนพิการในชุมชนจึงได้ศึกษาและสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลบ้านฉาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เมื่อวันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 จำนวน 30 คน พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวรับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถต้องการที่พึ่งพิงมากที่สุดร้อยละ 86.67 รองลงมา คือ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง ร้อยละ 76.67 รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ใจ ร้อยละ 66.67 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังไม่เพียงพอร้อยละ 63.33 และครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่น้อยร้อยละ 56.67 ด้วยภาระอื่น ๆ ของครอบครัว ทำให้ถูกทอดทิ้งแสดงให้เห็นว่า คนพิการมีปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่า คุณภาพชีวิตคนพิการอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548; พิทักษ์ ทองสุข, 2548; อโนชา ทักษานชนชัย, 2552) ซึ่งคุณภาพชีวิตจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ประเภทความพิการ ระดับความพิการ ความเข้มแข็งในการมองโลก (พรนภา เจริญสันต์, 2553) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548; ธัญลักษณ์ หมือ้ม, พัชรมนต์ มังมดี และสุกษา คำเขียน, 2551) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว (พรนภา เจริญสันต์, 2553) การทำหน้าที่ของครอบครัว (อโนชา ทักษานชนชัย, 2552) รวมไปถึงปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในชุมชน การประกอบอาชีพ

การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสภาพ (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548; พัทธ์ชัย ทองสุข, 2548; พรนภา เจริญสันต์, 2553) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนแต่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทั้งสิ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี โดยนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะชีวิตของเขาภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และการให้คุณค่ากับสิ่งที่ดำรงชีวิตอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความตระหนักของแต่ละบุคคลและคุณภาพชีวิตนี้เป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 1996) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยการประเมินคุณภาพชีวิตออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์ด้วยวิธี Standard gamble (SG) และกำหนดปัจจัยในแต่ละด้านที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตจากตำราและการทบทวนวรรณกรรม โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนที่ยั่งยืน รวมทั้งค่าอรรถประโยชน์ของคนพิการที่ได้ศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของมาตรการที่จะจัดให้คนพิการในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัด

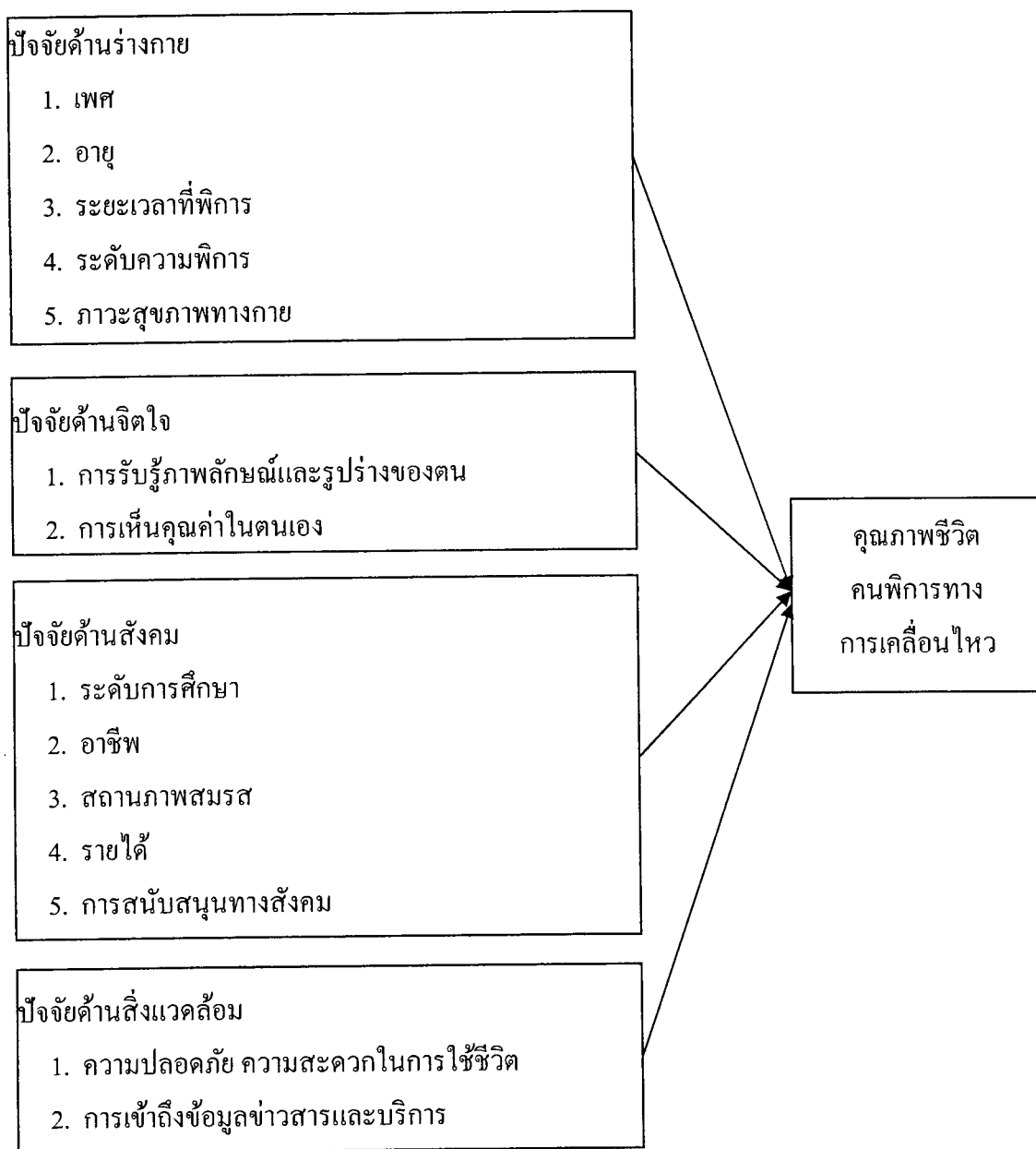
ปทุมธานี จากด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเองกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพทางกาย การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ ๆ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Expected utility theory) ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลภายใต้ความไม่แน่นอนของ John Von Neumann และ Oskar Morgenstern (Fox-Rushby & Cairns, 2008) มาประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง (Directly measured utility methods) โดยใช้วิธีประเมินแบบ Standard gamble (SG) ซึ่งจะแสดงค่าคุณภาพชีวิตออกมาเป็นค่าค่าเดียวที่อยู่ระหว่าง 0-1 และได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะการดำรงชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและการให้คุณค่าที่เขาดำรงชีวิตอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ เป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความตระหนักของแต่ละบุคคลและคุณภาพชีวิตนี้เป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 1996) มาเป็นแนวทางในการกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อให้ครอบคลุมมุมมองของปัจจัยครบทุกด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพทางกาย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์ และรูปร่างของตนกับการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันกับโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งไม่มีปัญหาในการสื่อสาร มีการรับรู้และสามารถประเมินสภาพต่าง ๆ รวมทั้งมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยเป็นคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการในจังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรงที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมแบบคนปกติได้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550, 2550; 2552) โดยต้องเป็นความพิการที่เกิดขึ้นในภายหลังรวมทั้งได้รับการตรวจรับรองจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความพิการ

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความสุขหรือความพึงพอใจ โดยภาพรวมต่อสถานะการดำรงชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและการให้คุณค่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง ด้วยวิธี Standard gamble รายงานเป็นคะแนนดัชนี (Index score)

อายุ หมายถึง อายุนับเป็นปีเต็มของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

อาชีพ หมายถึง งานที่ทำประจำ หรืองานที่ทำให้มีรายได้หลัก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) ประกอบอาชีพที่บ้าน และ 3) ต้องเดินทางไปประกอบอาชีพนอกบ้าน

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะทางครอบครัวเกี่ยวกับการสมรสของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรส สอดกับสถานภาพสมรสคู่ หม้าย และหย่า/แยก

ระยะเวลาที่พิการ หมายถึง ระยะเวลาที่นับเป็นปีเต็ม โดยนับตั้งแต่ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวจนถึงวันที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระดับความพิการ หมายถึง ระดับความรุนแรงของความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายในการเคลื่อนไหว ทำให้คนพิการไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะคนพิการที่มีระดับความพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวตั้งแต่ระดับที่ 3 จนถึงระดับที่ 5 ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พุทธศักราช 2537 (2537) และกำหนดระดับความพิการในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ระดับ 1 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือแขนขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับ 2 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือแขน ขาเพียง 2 ข้าง

ระดับ 3 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัวหรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษาดังแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงการศึกษาสูงสุดที่จบการศึกษาหรือกำลังศึกษา

รายได้ หมายถึง จำนวนเงิน โดยประมาณเป็นบาทของครอบครัวและคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับเฉลี่ยต่อเดือน จากการประกอบอาชีพหลักและเบี่ยยังชีพคนพิการหรือได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งประ โยชน์รวมไปถึงความเพียงพอในการครองชีพ

ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับประวัติการมีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคกระดูกและข้อ รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านร่างกายและการรับรู้ความไม่สุขสบายจากการนอนหลับพักผ่อน ไม่เพียงพอซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา และเอกสารงานวิจัย

ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีต่อภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง โดยประเมินด้วยการรับรู้ในเรื่องการยอมรับภาพลักษณ์และรูปร่างของตน ความรู้สึกไม่ดีต่อภาพลักษณ์ ภาพลักษณ์ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตและความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัย โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินตนเองตามการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเรื่องการรู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น รวมทั้งมีความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของตนเองและมั่นใจในการดำรงชีวิตซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัย โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับ ความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากครอบครัว ญาติ/ เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์หรือเครือข่าย ทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าการ ได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของเงินและบริการ และการได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยนำมาจากกรอบแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) และดัดแปลงมาจากการศึกษาของ ศลาชนันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2551) โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ

ความปลอดภัย และความสะดวกในการใช้ชีวิต หมายถึง การรับรู้ของคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับความปลอดภัยและความสะดวกของสภาพบ้านกับการใช้ชีวิตที่มีผลต่อ การดำเนินชีวิตซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยโดยมีลักษณะคำตอบ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เกี่ยวกับการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและสวัสดิการคนพิการ รวมไปถึงความสะดวกในการเข้าถึง การใช้บริการสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จำเป็นจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยโดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับความพิการทางการเคลื่อนไหว
 - 1.1 ความหมายและประเภทของความพิการ
 - 1.2 ระดับความพิการ
 - 1.3 สาเหตุของความพิการ
 - 1.4 ผลกระทบจากความพิการ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ความรู้เกี่ยวกับความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความหมายและประเภทของความพิการ

ความหมายของคนพิการในประเทศไทย มีผู้ให้ความหมายของคนพิการไว้ในลักษณะที่แตกต่างกันดังนี้

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพุทธศักราช 2550 (2550) และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 4 ให้ความหมายของคนพิการว่า หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมสติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไปซึ่งความหมายดังกล่าวสอดคล้องกับคำว่า “Disability” ขององค์การอนามัยโลก และ “Disabled persons” ของปฏิญญาสากล

ว่าด้วยสิทธิของคนพิการขององค์การสหประชาชาติ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2556, 2556)

นอกจากความหมายของคำว่า “คนพิการ” แล้ว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้กล่าวถึงความหมายของความพิการตามคำนิยามของ WHO (2011) ซึ่งใช้บัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงานความพิการ (International Classification of Functioning) ไว้ว่า มีได้หลายมิติ อาจมองว่าพิการจาก 1) ลักษณะภายนอก หรือ 2) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมในสังคมได้ จึงทำให้มีความหมายครอบคลุมทั้งความบกพร่อง (Impairment) ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) และข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restrictions) มีดังนี้

ความบกพร่อง (Impairment) หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกายหรือการใช้งานของร่างกาย (รวมถึงการทำงานด้านจิตใจ) ที่สังเกตหรือเห็นได้ชัด ดังนั้นความบกพร่องจะพิจารณาที่ “อวัยวะ” หรือ “ระบบการทำงาน” ของส่วนต่าง ๆ ของมนุษย์ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ อัมพาต ออทิสติก เป็นต้น

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) หมายถึง ความยากลำบากในการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพ อาจมีความยากลำบากได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก ดังนั้นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจะพิจารณาที่ความสามารถของบุคคลโดยรวมว่า สามารถทำกิจกรรมหนึ่ง ๆ จนเสร็จสิ้นได้หรือไม่ ถ้าได้จะต้องทำด้วยความลำบากหรือไม่ โดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นมีความบกพร่องอะไรบ้าง

ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restrictions) หมายถึง ปัญหาที่บุคคลประสบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หนึ่งของชีวิต โดยเปรียบเทียบสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้กับสิ่งที่คาดหวังว่า บุคคลที่ไม่มีความพิการสามารถทำได้ในสังคมหรือวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น การประกอบอาชีพ การเดินทาง การดูแลบุตร การทำงานบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น

จากความหมายของ “คนพิการ” ข้างต้น สรุปว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรือสติปัญญา อาจเป็นตั้งแต่กำเนิดหรือภายหลัง ทำให้มีข้อจำกัดในประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นผลให้ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ชุมชน และสังคม

ประเภทของความพิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550, 2552) ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 เล่ม 126

คอนพิเศษ 77 ง กำหนดประเภทความพิการไว้ 6 ประเภท ตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ความพิการทางการมองเห็น (Visual impairment) ได้แก่

1.1 ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาสายที่ตึกกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับแยกกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/ 60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/ 400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

1.2 ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาสายที่ตึกกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับ ตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/ 60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/ 400) ไปจนถึงแยกกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/ 18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/ 70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (Hearingimpairment) ได้แก่

2.1 หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางกราดได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2.2 หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

2.3 ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูด หรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (Physical disability) ได้แก่

3.1 ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจาก

การมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาดหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

3.2 ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นอย่างชัดเจน

4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (Mental health and emotional disabilities) หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์หรือความคิด

5. ความพิการทางสติปัญญา (Intellectual disability) คือ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติหรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยจะแสดงก่อนอายุ 18 ปี

6. ความพิการทางการเรียนรู้ (Learning disability) ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมองทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

จะเห็นได้ว่า คนพิการแต่ละประเภทจะมีข้อบกพร่องด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไป ดังนั้นในการพัฒนาคนพิการแต่ละประเภทควรคำนึงถึงความพร้อมและความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อให้การสนับสนุนและเกื้อกูลที่เหมาะสม เช่น การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพิเศษที่สามารถเรียนร่วมกับบุคคลทั่วไปได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามสมรรถนะของแต่ละบุคคล เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะประเภทคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากแนวโน้มของคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีเพิ่มมากขึ้น ตามจำนวนโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น อีกทั้งคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดค่อนข้างมากในการปฏิบัติกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้มากกว่าคนพิการประเภทอื่น จึงต้องทำการศึกษาเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการป้องกันส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพช่วยเหลือให้คนพิการสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหว

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534 (2534) ได้กล่าวว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้หรือคนที่มี การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้ง โรคเรื้อรังของระบบการทำงานของ ร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันซึ่งสามารถแบ่งระดับ ความผิดปกติออกเป็น 5 ระดับ ตามกฎกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้ (กฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 พุทธศักราช 2537, 2537)

ระดับ 1 ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้าหรือแขนขาขาดขาขาด แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้

ระดับ 2 ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขนหรือขา เช่น นิ้วมือ แขนหรือขาขยับไม่ได้ แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้

ระดับ 3 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็น ในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือแขนขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับ 4 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็น ในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือแขน ขาเพียง 2 ข้าง

ระดับ 5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็น ในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัวหรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

สำหรับคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามกฎหมายครอบคลุมคนที่มีความพิการ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นระดับความพิการที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปมาใช้ในการศึกษารั้งนี้

สาเหตุของความพิการทางการเคลื่อนไหว

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Expert Committee) ได้จำแนกสาเหตุของความพิการทางการแพทย์ไว้ดังนี้ (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 16, 2550)

1. ความพิการแต่กำเนิด อาจมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ เช่น โรคอัมพาตกล้ามเนื้อลีบ หรือมีภาวะข้อยึดติดหรือภาวะโรคไขสันหลังฝ่อ

2. ความพิการที่ได้รับมาภายหลัง ได้แก่

2.1 ความพิการจากโรคไม่ติดต่อโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น โรคกระดูกเป็นหนอง

โรคข้ออักเสบ ปวดหลัง กระดูกสันหลังโก่งหรือคด โรคเกี่ยวกับไขสันหลังอักเสบ

2.2 ภัยอันตรายและการบาดเจ็บเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น จากการสัญจรทางบก ทางน้ำหรือทางอากาศจากอาวุธที่เป็นอันตราย ยาอันตรายบางชนิด น้ำยาเคมีต่าง ๆ จากเมล็ดผลไม้บางชนิดหรือของเล่นหลุดเข้าไปในจมูกหรือหลอดลม

2.3 ความพิการที่เกิดจากเหตุของเนื้องอก เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นในที่สำคัญ เช่น สมอง ไขสันหลัง กระดูก ทำให้อวัยวะเหล่านั้นพิการถาวรหรือต้องได้รับการผ่าตัดเอาอวัยวะเหล่านั้นทิ้งไปทำให้ต้องเกิดความพิการ

2.4 ความพิการจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะมลพิษของสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับพิษไฮโปรותרีหรือการได้ยินเสียงอีกทีเป็นประจำ การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี การฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย เป็นต้น

การศึกษาพบว่า สาเหตุของความพิการทางการเคลื่อนไหวไม่ว่าความพิการจะมีมาตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังก็ย่อมส่งผลให้บุคคลที่เกิดความพิการมีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและอาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะความพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีสาเหตุความพิการเกิดขึ้นในภายหลังเท่านั้น เนื่องจากผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิดมักจะมีการปรับตัวและสามารถอยู่ในสังคมได้เกือบเทียบเท่าคนปกติ จึงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนพิการมากเท่ากับความพิการที่เกิดขึ้นในภายหลัง

ผลกระทบจากความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความพิการ เนื่องจากความบกพร่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และชุมชน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นผลจากความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว มีอาการ อัมพฤกษ์หรืออัมพาตของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง มีการอ่อนแรงที่แขนหรือขา ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ยาก สูญเสียการทรงตัวหรืออาจเดินไม่ได้ (จรรยา สันตยากร, 2554) นอกจากนี้ความพิการทางการเคลื่อนไหวยังทำให้เกิดผลต่อร่างกาย คือ อาจทำให้ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ปวดตามข้อ ส่งผลกระทบต่อความลำบากในการฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งข้อจำกัดทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงหรือไม่ได้เลย (พิทักษ์ ทองสุข, 2548) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล

2. ผลกระทบด้านจิตใจ คนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านจิตใจ รู้สึกท้อแท้ต่อชีวิต ไม่ยอมรับกับโชคชะตา ปิดตัวเองจากสังคม (พรนภา เจริญสันต์, 2553) รวมทั้งรู้สึกอับอาย

ในการปรากฏตัวในที่สาธารณะ ขาดความเชื่อมั่น ส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้น ความรู้สึกด้านจิตใจย่อมเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เนื่องจากข้อจำกัดด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ

3. ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว ครอบครัวใดที่มีคนพิการย่อมรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระ ส่งผลต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นด้วยครอบครัวคนพิการส่วนใหญ่มักรู้สึกเป็นปมด้อยของครอบครัว รู้สึกว่ามีความกดดันและขาดความสุข บางครอบครัวมีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง เนื่องจากกลัวว่าจะเป็นที่รังเกียจของสังคม (รัชลักษณ์ หมีอิม และคณะ, 2551)

4. ผลกระทบที่มีต่อสังคม ความพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาทางกายที่เห็นชัดเจน จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยแยกตนเองและห่างเหินจากกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากเกิดความอับอาย ต่อความพิการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกหมดหวัง สัมพันธภาพระหว่างคนพิการและสังคม เปลี่ยนไป ยิ่งทำให้คนพิการหลบเลี่ยงจากสังคมมากขึ้น (จรรยา สันตยากร, 2554) สังคมมองว่าคนพิการเป็นภาระที่ต้องเลี้ยงดูแบบสูญเสียเปล่า จึงไม่ได้เอาใจใส่มากนัก อีกทั้งยังมองข้ามความพิการในหลายกรณีทั้งในเรื่องสิทธิ หน้าที่ ระบบสาธารณสุขไป (รัชลักษณ์ หมีอิม และคณะ, 2551)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบต่อคนพิการมีหลายด้านไม่ว่าจะเป็นผลที่เกิดต่อร่างกายของตนเอง ที่ทำให้บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลักหรือส่งผลกระทบต่อจิตใจของคนพิการรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าต้องเป็นที่พึ่งพิงส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวและถูกมองว่าเป็นภาระของชุมชน และสังคมซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญและส่งผลการดำเนินชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลเพราะหากคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นก็จะทำให้ผลกระทบที่เกิดต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมลดลงตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดความสุขหรือความพึงพอใจ โดยภาพรวมต่อสถานะการดำรงชีวิตตามค่านิยมของคุณภาพชีวิต

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตปรากฏเป็นครั้งแรกในสำนวนของรัฐบาลอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากเป็นเรื่องที่สำคัญในชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรของประเทศ (Bruchbardt, 1982 อ้างถึงใน ศุภัญญา แสงสมเรือง, 2554) คุณภาพชีวิตมีหลากหลายมุมมอง หลากหลายด้านทั้งในด้านของสิ่งแวดล้อม การศึกษา สุขภาพ อนามัย และเศรษฐกิจ รวมไปถึงความเป็นพลวัตที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจึงยากต่อการประเมินคุณภาพชีวิตออกมาเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548) การกำหนดนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมได้ทั้งหมดจึงเป็นเรื่องยากเนื่องจากจุดเน้นของแต่ละด้านมีความแตกต่างกัน จึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลายดังนี้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

Breslin (1991) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งหมายถึง ระดับการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นปรากฏการณ์ที่ได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกร่วมตัว (Subjective phenomenon) เป็นสื่อกลาง โดยค่านิยมวัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคลหนึ่ง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกร่วมตามแนวคิดของตนเอง เป้าหมายและประสบการณ์ชีวิต

Zhan (1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและร่างกายทำหน้าที่เป็นปกติ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล

Ferrans and Powers (1992) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกถึงการมีความผาสุกของบุคคลที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น มากน้อยแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคลนั้น

Meeberg (1993) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกถึงความพึงพอใจในชีวิต โดยเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไปของบุคคลเป็นความสามารถทางสติปัญญาของบุคคล ในการประเมินสิ่งที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจเป็นการยอมรับในสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ที่บุคคลได้ประเมิน ตัดสิน และกล่าวถึง เป็นการประเมินจากผู้อื่นในแง่ของการดำรงชีวิตที่ดี ปลอดภัย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ให้ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะชีวิตของเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าที่เขาดำรงชีวิตอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความตระหนักของเขาเป็นแนวความคิดที่กว้างที่เป็นผลจากองค์ประกอบต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

นอกจากที่ได้กล่าวความหมายคุณภาพชีวิตไว้ข้างต้น ยังมีผู้เรียกคุณภาพชีวิตที่เน้นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (Health outcome) ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) และเป็นการประเมินที่นอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกและการรอดชีวิต (Survival) ยังเป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่า มีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วย จากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient perspective) (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) จะเห็นได้ว่า สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตและเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ทุกคนต้องการเพราะมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตควบคู่ไปกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น จึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ที่มีผลต่อความสุขสมบูรณ์และความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรม (Fox-Rushby & Cairns, 2008, p. 85)

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง “คุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เนื่องมาจากความเจ็บป่วย สภาพของการทำงานของร่างกาย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคม ที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาลและนโยบายสุขภาพ” ในความหมายดังกล่าว ครอบคลุมสาระ 4 ประเด็น (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ดังนี้

2.1 อาการของความเจ็บป่วย (Symptoms) ข้อบ่งชี้โรค (Signs) และการบ่นต่อความเจ็บป่วย (Complaints)

2.2 ผลของการวินิจฉัยโรคที่เป็นอยู่

2.3 สถานะการทำงานของร่างกายในด้านกายภาพ จิต สังคม และความทรงจำ รวมทั้งความจำกัดของการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และสมรรถภาพทางร่างกาย

2.4 ความคิดเห็นหรือความพึงพอใจต่อสุขภาพ

ดังนั้น จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงความสุขหรือความพึงพอใจ โดยภาพรวมต่อสถานะการดำรงชีวิต ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ ความคาดหวัง ซึ่งอาจแตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคล

องค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

การวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน แล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทำให้มีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้สรุป และเสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. WHOQOL Group (1994) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และระบบการให้คุณค่าที่เขาดำรงชีวิตอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งทีบุคคลเกี่ยวข้องอยู่ อันเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกายของแต่ละบุคคล ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยจุดเน้นของคุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกมองก็คือ คุณภาพชีวิตมีหลายมิติสามารถประเมินได้ทั้งวัตถุวิสัย (Perceived objective) และจิตวิสัย (Self-report subjective) ดังนั้น หากปัจจัยต่าง ๆ ครอบคลุมในทุกมิติย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลให้เปลี่ยนแปลงไปด้วยซึ่งแต่ละองค์ประกอบต่าง ๆ ที่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นหมวดไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อนซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

1.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

1.3 ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of independence domain) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

1.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

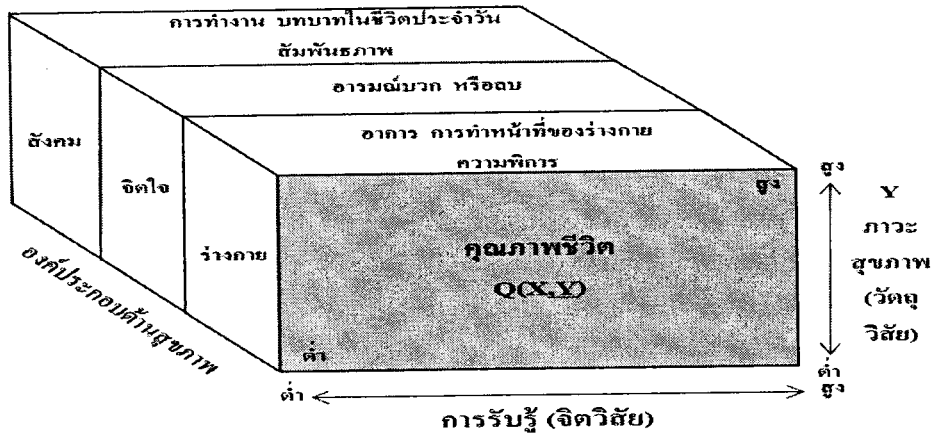
1.5 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพบ้านเรือน มลพิษสาธารณสุขโลก การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

1.6 ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/ Person beliefs domain) คือรวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของคนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ด้านความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ต่อมาองค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตให้เป็นแบบฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ของคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติโดยแบ่งองค์ประกอบจาก 6 ด้าน ที่ได้กล่าวไว้เหลือเพียง 4 ด้าน แต่ยังคงสะท้อนความเป็นองค์รวมและมีความเป็นสากล เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-relationship domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) โดยได้รวมด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคลไว้กับปัจจัยด้านร่างกายและด้านความเชื่อส่วนบุคคล ไว้กับปัจจัยด้านจิตใจ

Testa and Simonson (1996) กล่าวถึง คุณภาพชีวิต โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในแต่ละมิติสามารถประเมินได้สองลักษณะ คือ การประเมินวัตถุวิสัย ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย (แกน Y ในภาพที่ 2) และการประเมินในลักษณะจิตวิสัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล (แกน X) โดยที่การประเมินด้านวัตถุวิสัยจะเป็นตัวสำคัญในการกำหนดระดับภาวะสุขภาพแต่การรับรู้ด้านจิตวิสัยและความคาดหวังจะเป็นตัวเปลี่ยนคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัยเป็นคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย (แกน Q เกิดจากการผสมผสานระหว่างแกน X และ Y) โดยความคาดหวังและความสามารถในการปรับตัวต่อข้อจำกัดทางกายหรือความพิการจะส่งผลที่สำคัญต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ดังนั้น คนสองคนที่มีภาวะสุขภาพเหมือนกันอาจมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยที่แตกต่างกันในแต่ละมิติประกอบไปด้วยส่วนย่อย ๆ ได้แก่ 1) มิติด้านร่างกายอาจประกอบด้วยอาการทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหรือความพิการซึ่งสามารถประเมินเป็นค่าที่ต่อเนื่องตั้งแต่การมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์จนถึงภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด 2) มิติด้านจิตใจประกอบด้วยอารมณ์ทางบวกหรือทางลบต่อพฤติกรรมหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และ 3) มิติด้านสังคม ได้แก่ การทำงาน บทบาทในการทำกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบตามมิติต่าง ๆ อธิบายได้ดังภาพที่ 2

Z องค์ประกอบย่อยของแต่ละองค์ประกอบ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดขององค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิต

Zhan (1992) ระบุว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิต การอยู่อย่างปกติสุข การมีสุขภาพเป็นปกติ มีความสุข มีความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ มีคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและร่างกายทำหน้าที่เป็นปกติ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) ประกอบด้วย

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) หมายถึง ความต้องการที่สมประสงค์ ความคาดหวัง ความปรารถนา ความอยาก และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไป และการดำเนินชีวิต

2. อัตมโนทัศน์ (Self concept) หมายถึง ส่วนประกอบของความเชื่อและความรู้สึกที่คนยึดถือเกี่ยวกับตนเอง ความเชื่อและความรู้สึกนี้มาจากการรับรู้ปฏิกิริยาของคนอื่นที่เข้าไปที่พฤติกรรมของบุคคลซึ่งอัตมโนทัศน์เป็นส่วนประกอบของบุคคลที่สามารถประเมินบุคคลนั้นในด้านเรื่องราวของประสบการณ์ในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับสภาพลักษณะที่เป็นแนวคิดที่สัมพันธ์กัน มีการศึกษารายงานไว้ว่า อัตมโนทัศน์เชิงบวกเป็นแหล่งช่วยในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย การวัดอัตมโนทัศน์วัดได้จากการรวมความสามารถในการตรวจสอบตนเองและประเมินตนเอง ดังนั้นการยอมรับตนเอง และการประเมินด้วยตนเองด้วยความรู้สึกตัวเองย่อมรายงานผลเกี่ยวกับบุคคลนั้น ได้โดยตรง

3. สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) สุขภาพเป็นแนวคิดที่สำคัญ และเป็นแนวคิดหลักของคุณภาพชีวิต แต่การวัดสุขภาพนั้นไม่ถนัดเนื่องจากคำว่าสุขภาพ (Health) มีความหมายที่กว้างเหมือนกับที่องค์การอนามัยโลกบัญญัติไว้ว่า สุขภาพ คือ การมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคเท่านั้น แต่ตัวชี้วัดของคุณภาพชีวิตสามารถวัดได้จากรูปแบบของกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวหรือการไม่มีโรคพื้นฐานของคุณภาพชีวิต คือ การที่บุคคลทำหน้าที่และทำประสพผลสำเร็จได้

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic factors) สภาพด้านวัตถุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของประสพการณ์ชีวิตการทำงานในการจำแนกระดับทางสังคมนั้น สถานะทางเศรษฐกิจสังคม มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตเพราะว่าเป็นสิ่งที่บ่งบอกตำแหน่งของบุคคลในสังคมนั้น ๆ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม ประกอบด้วย อาชีพ การศึกษา รายได้ การรายงานเกี่ยวกับจำนวนรายได้ อาชีพ ชนิดของทรัพย์สิน การบรรลุการศึกษา แบบแผนแหล่งรายได้ใช้ในการวัดสถานะทางเศรษฐกิจสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตได้

Ferrans and Powers (1992) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและบทบาทหน้าที่ของบุคคลหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อม การรักษาสุขภาพและการมีศักยภาพในการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย ความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมาในชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาหรืออาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเองได้ รวมถึงการที่จะดำรงบทบาทและการทำหน้าที่ของตนเองในสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่การทำงาน ความรับผิดชอบในครอบครัว การไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ชีวิตทางเพศ การทำให้ชีวิตมีความสุข สนุกสนาน การทำให้มีชีวิตอยู่อย่างยืนยาวรวมถึงการกำหนดทางชีวิตของตนเอง

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic domain) เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเกี่ยวกับมาตรฐานในการดำเนินชีวิต การศึกษา การประกอบอาชีพการทำงาน การได้รับรายได้เพียงพอ ความสามารถในการจัดการดูแลเกี่ยวกับการเงิน การไม่เป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่นทางการเงิน ความเป็นอยู่ของครอบครัว สภาพบ้านหรือพักอาศัย ได้รับการยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชน การได้ผู้กมิตร์ และเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การที่เป็นประโยชน์ และไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/ Spiritual domain) เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวล ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขโดยทั่วไปในชีวิตของตนเอง การมีความสุขทางใจ ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตและมีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ชีวิตมีความมั่นคง รวมถึงความพึงพอใจในลักษณะท่าทางและรูปร่างหน้าตาของตน การได้รับกำลังใจและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ความเชื่อ ความศรัทธาในพระเจ้า และการนับถือศาสนาที่เป็นที่พึงทางใจ

4. ด้านครอบครัว (Family domain) เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในครอบครัว และชีวิตสมรส ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์กับคู่สมรส รวมถึงภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัวและกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

จากปัจจัยและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ทุกคนต้องการ อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายในการจัดระบบบริการสุขภาพทุกประเภท เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตควบคู่ไปกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยผ่านการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต โดยแต่ละปัจจัยมีความสำคัญต่อบุคคลมากขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นดำเนินชีวิตอยู่ รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบกับความผาสุก ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะการดำรงชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และการให้คุณค่าที่เขาดำรงชีวิตอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความตระหนักของแต่ละบุคคลที่เป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัย เพื่อให้ครอบคลุมมุมมองของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวจึงได้จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพทางกาย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนกับการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัยกับความสะดวก รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการตามกรอบแนวคิดที่ได้ศึกษาเพื่อจะได้นำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวความคิด การให้ความหมายและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ทำการศึกษา เนื่องจากมีความหลากหลายของแนวคิดของคุณภาพชีวิต ยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานสากลซึ่งสามารถประเมินได้หลายแนวทางดังนี้

จากการวิเคราะห์แนวคิดของคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) และ Meeberg (1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวบ่งชี้ทางจิตสังคม และการรับรู้ของตัวบุคคล ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความมีคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจ การประเมินด้วยวิธีนี้อาจประเมินเป็นมิติต่าง ๆ โดยอาจประเมินมิติเดียวหรือหลายมิติก็ได้

Stromberg (1984) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะคือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objectivescales yielding quantitative) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุเคราะห์อื่น ๆ ในทีมสุขภาพโดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjectivescales yielding quantitative) เป็นการประเมิน โดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ เป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative) เป็นการประเมิน โดยตัวผู้ป่วยเองเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

โดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพสามารถจัดประเภทตามกลุ่มประชากรและตามการรายงานคะแนนซึ่งแต่ละวิธีมีเครื่องมือวัดที่หลากหลาย ดังนี้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามลักษณะประชากร

1.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเจ็บป่วยทั่วไปไม่เฉพาะโรค สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกโรค ทุกกลุ่มผู้ป่วย ทุกกลุ่มประชากร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เวลา หรือการรักษาได้และมีความครอบคลุมทุก ๆ ด้านของคุณภาพชีวิตข้อดี คือ สามารถนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบและวางแผนสำหรับการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันได้ ข้อเสีย คือ อาจไม่สามารถแสดงความแตกต่างที่เฉพาะโรคนั้น ๆ ได้ ซึ่งเครื่องมือประเภทนี้อย่างน้อยที่สุดต้องประกอบด้วยมิติทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เช่น The WHOQOL-100, WHOQOL-BRIEF, The Sickness Impact Profile, The Nottingham Health Profiles, The Quality of Well-Being Scale และการวัดคุณภาพชีวิตของยุโรป (The EuroQol Instrument) เป็นต้น

1.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นข้อบ่งชี้ในทางการแพทย์โดยเฉพาะเพื่อการประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายเฉพาะด้านหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา จึงให้ความละเอียดแต่ไม่สามารถนำไปใช้กับโรคอื่นและผลที่วัดได้ก็ไม่สามารถเปรียบเทียบกับโรคอื่น เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Disease specific instrument) และแบบเฉพาะอายุ (Age-specific instrument) เครื่องมือที่ใช้วัดประเภทนี้ เช่น The Arthritis Impact Measuring Scales (AIMS), Barthel Index, Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) เป็นต้น

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามการรายงานคะแนน

2.1 Profile scores เป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามมิติ (Domain/ Dimension) จะพบว่า เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ว่าแบบทั่วไปหรือแบบเฉพาะจะมีรายงานคะแนนตามมิติส่วนใหญ่แต่ไม่มีคะแนนรวมของทุกมิติที่เป็นตัวเลขเดียวซึ่งทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับย่อ (WHOQOL-BRIEF) ที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก โดยแบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคม และมิติทางด้านสิ่งแวดล้อม

2.2 Index scores เป็นเครื่องมือที่ใช้วิธีการวัดอรรถประโยชน์ (Utility) ซึ่งหมายถึงค่าที่แสดงให้เห็นถึงความประสงค์ที่อยากจะอยู่ หรือ ไม่อยากจะอยู่ในสถานะหนึ่ง ๆ ที่ให้กับสถานะสุขภาพตามความคิดเห็นเฉพาะตัวของบุคคลนั้น ๆ โดยจะให้คะแนนที่เป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียวอยู่ในช่วง 0-1 โดยทั่วไป 0 หมายถึง ความตาย (Death) หรือเทียบเท่ากับระดับคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุด และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Full health) หรือเทียบเท่ากับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด คะแนนอรรถประโยชน์อาจมีค่าติดลบ ซึ่งหมายถึง ภาวะสุขภาพที่เลวร้ายกว่า

การเสียชีวิตและค่าอรรถประโยชน์ใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์ทางสุขภาพ โดยสามารถนำมาคำนวณ หางานวนปีสุขภาพ (Quality-adjusted lifeyears: QALYs) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและนิยมใช้กันมากที่สุดใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ นอกจากนี้สามารถใช้เพื่อบ่งบอกถึงภาวะของผู้ป่วยและประชากรได้ แต่ข้อเสียของคะแนนอรรถประโยชน์ คือ ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และวิธีประเมินค่อนข้างยากโดยมีวิธีการวัด 2 แบบใหญ่ ๆ คือ

แบบที่ 1 วิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง (Directly measured utility methods)

ที่เป็นที่รู้จักกันอย่างดี ได้แก่ Standard gamble (SG), Visual analog scale (VAS) และ Time trade-off (TTO) โดยแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554; Torrance & Feeny, 1989)

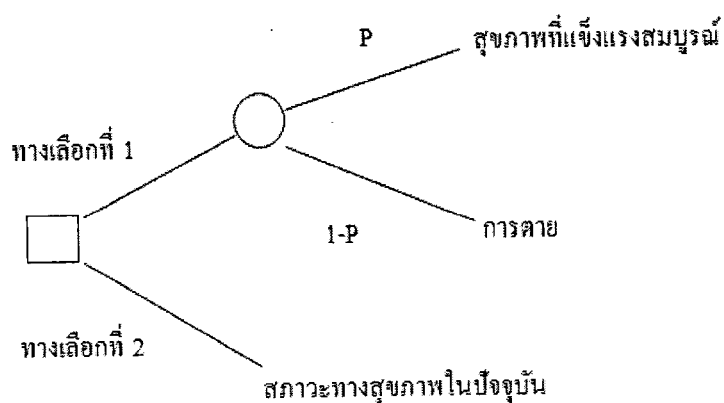
1. วิธีการวัดแบบมาตรฐานเกมเบอร์ (Standard gamble: SG) ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานของการประเมินค่าอรรถประโยชน์ทางตรงที่เป็นไปตามหลักการตามทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Expected utility theory) มีรากฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลภายใต้ความไม่แน่นอน (Rational decision-making under uncertainty) ของ John Von Neumann นักคณิตศาสตร์ และ Oscar Morgenstern นักเศรษฐศาสตร์ ในปัจจุบันเรียกทฤษฎีนี้ว่า Expected utility theory โดยมี 3 หลักการ ดังนี้

- 1.1 ความพึงพอใจมีอยู่และเคลื่อนย้าย (Preferences exist and are transitive)
- 1.2 ความเป็นอิสระต่อกัน (Independence)
- 1.3 ความต่อเนื่องของความพึงพอใจ (Continuity of preferences) ซึ่งหลักการทั้ง 3 ข้อ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สมมติว่า มีทางเลือกให้แต่ละบุคคลต้องตัดสินใจอยู่ 2 ทางเลือก โดยที่ทางเลือกที่ 1 เป็นทางเลือกที่มีความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอนของการเกิดขึ้นของผลลัพธ์ (Risky or uncertain prospects) โดยมีผลลัพธ์อยู่ 2 อย่าง คือ ผลลัพธ์ X_1 ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นด้วยความน่าจะเป็น P_1 และผลลัพธ์อีกอัน คือ X_2 ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นด้วยความน่าจะเป็น $1-p_1$ ทั้งนี้จะต้องเกิดผลลัพธ์นี้ อย่างไรก็ตามหนึ่งเพราะผลลัพธ์ทั้งสองเป็นอิสระต่อกัน (หลักการที่ 2) สำหรับทางเลือกที่ 2 เป็นทางเลือกที่มีผลลัพธ์เกิดขึ้นอย่างแน่นอนแทนค่าด้วย X_2 โดยที่ X_1 จะเป็นผลลัพธ์ที่ดีกว่า X_2 และ X_2 จะเป็นผลลัพธ์ที่ดีกว่า X_3 เพราะฉะนั้น X_1 จะเป็นผลลัพธ์ที่ดีกว่า X_3 ด้วย (หลักการที่ 1) เมื่อแต่ละบุคคลตัดสินใจเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจนถึงจุดที่เขาไม่รู้สึกว่าทางเลือกทั้งสองมีความแตกต่างกัน (Indifferent) ณ จุดนั้นจะมีความน่าจะเป็น p เกิดขึ้น (เป็นจุดที่บอกถึงอรรถประโยชน์หรือความพึงพอใจของบุคคลนั้น) ซึ่ง ณ จุดนี้ทางเลือกที่ 2 ที่มีผลลัพธ์ X_2 ไม่มีความแตกต่างจากทางเลือกที่ 1 ที่มีผลลัพธ์ X_1 ที่มีความน่าจะเป็นเท่ากับ p และผลลัพธ์ X_3

ที่ความน่าจะเป็นเท่ากับ $1-p$ (หลักการที่ 3)

วิธีการวัดแบบมาตรฐานเกมเบอ์ (Standard gamble: SG) ผู้ตอบจะมีทางเลือกที่ต้องตัดสินใจระหว่างกรณีชีวิตที่พิการกับการรักษาที่จะทำให้กลับมาใช้ชีวิตที่สมบูรณ์ แต่ต้องมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตถ้าการรักษาไม่ประสบความสำเร็จ เช่น สมมติว่ามีทางเลือกให้ผู้ตอบเลือกระหว่าง 2 ทางเลือก ให้แต่ละบุคคลต้องตัดสินใจอยู่ 2 ทางเลือก โดยทางเลือกที่หนึ่ง คือ มีความพิการทางการเคลื่อนไหวไปตลอดชีวิต และกำลังใช้ชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ทางเลือกที่สอง คือ สมมติว่ามีวิธีการรักษาที่สามารถทำให้หายจากความพิการทางการเคลื่อนไหว โดยรับการรักษาเพียงครั้งเดียว และกลับมาทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ การรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสที่จะหายจากความพิการด้วยค่าความน่าจะเป็นเท่ากับค่าหนึ่ง (p) อย่างไรก็ตามถ้าวิธีการนี้ไม่ได้ผล จะทำให้ผู้รับการรักษาเสียชีวิตโดยทันที แต่ปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ด้วยความน่าจะเป็นเท่ากับ $1-p$ สำหรับทางเลือกที่หนึ่ง เป็นทางเลือกที่มีผลลัพธ์เกิดแน่นอน ส่วนทางเลือกที่สองเป็นทางเลือกที่มีความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอน (Risky or uncertain prospective) เมื่อแต่ละบุคคลตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่งจนถึงจุดที่เขาารู้สึกว่าทางเลือกทั้งสองไม่แตกต่างกัน จุดนั้น คือ อรรถประโยชน์หรือความพึงพอใจของบุคคลนั้นต่อสถานะสุขภาพที่เขาเป็นอยู่ ซึ่งรายงานเป็นคะแนนดัชนี (Index score) อยู่ในช่วง 0 คือ ความตาย ถึง 1 คือ ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ซึ่งวิธี Standard gamble เป็นวิธีวัดอรรถประโยชน์ที่มีจุดแข็งที่ใช้หลักการตามทฤษฎีอรรถประโยชน์โดยตรง



ภาพที่ 3 การวัดอรรถประโยชน์โดยวิธี Standard gamble

2. วิธีวัดแบบประเมินจากภาพที่เห็น (Visual analog scale: VAS) มาจากแนวคิดทฤษฎีของการประมวล (Integration theory) ของ Frederik Funke and Ulf-Dietrich Reips ซึ่งเป็นวิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง โดยให้ผู้ตอบให้คะแนนสภาวะสุขภาพตนเองในวันที่ตอบตามสเกล ซึ่ง VAS จะเป็นสเกลในแนวตั้งหรือแนวนอนก็ได้โดยที่ขอบบน (Upper bound) จะมีคะแนน 100 คะแนน ซึ่งหมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Perfect health) หรือภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่สามารถนึกได้ และขอบล่างจะมี 0 คะแนน หมายถึง ความตาย (Death) หรือภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดที่สามารถนึกได้ คะแนนอรรถประโยชน์จะหาได้จากคะแนนที่ตอบหารด้วย 100 วิธี VAS มีข้อดี คือ เป็นเครื่องมือที่วัดอรรถประโยชน์ทางตรงที่ง่ายที่สุดและใช้เวลาไม่มาก ส่วนข้อเสีย คือ ค่าอรรถประโยชน์อาจเปลี่ยนแปลงตามรายละเอียดของขอบบนและขอบล่าง

3. วิธีการวัดแบบช่วงเวลาเสียชีวิต (Time trade-off: TTO) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งนอกเหนือจาก SG โดยวิธี TTO ผู้ตอบจะถูกถามให้เลือกระหว่างการมีชีวิตอยู่ในภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (h) ในช่วงระยะเวลา (t) กับการมีภาวะสุขภาพที่ดีแต่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่สั้นกว่า (x) ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าผู้ตอบมีทางเลือกระหว่างการมีชีวิตอยู่โดยที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลา 10 ปี กับการมีชีวิตอยู่ที่สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ โดยไม่มีความพิการแต่จะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 10 ปี อรรถประโยชน์จะหาจากระยะเวลาที่สั้นกว่า (x) หารด้วย 10 เป็นต้น วิธี TTO มีข้อดี คือ เป็นวิธีที่คล้ายคลึงกับแนวคิดของปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality adjusted life year: QALYs) ส่วนข้อเสีย คือ การกำหนดระยะเวลา (t) มีผลต่อคำตอบและวิธีการนี้อาจจะขัดต่อหลักการความเชื่อทางศาสนาหรือไม่สมเหตุผลสำหรับผู้ตอบ ซึ่งจะส่งต่อความเข้าใจของผู้ตอบและพบว่า บ่อยครั้งที่มีการปฏิเสธที่จะตอบ

แบบที่ 2 วิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirectly measured utility methods) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกให้ผู้ตอบประเมินภาวะสุขภาพของตนเองจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพแบบทั่วไป เช่น Quality of Well-being (QWB), EuroQOL (EQ-5D), และ Health Utility Index (HUI) และ SF-6D ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ หลังจากนั้นก็นำมิติที่ผู้ตอบมาคำนวณหาอรรถประโยชน์ โดยใช้ค่าสมการที่ได้จากการทำนายของสมการถดถอย (Regression) จากวิธีอรรถประโยชน์ทางตรงที่ได้จากการสำรวจในประชากรทั่วไปจำนวนมากที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการพัฒนามนุษย์เป็นค่าที่มีความหมายกว้างประกอบด้วยหลายมิติและสามารถประเมินได้หลายลักษณะ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะการดำรงชีวิตของตนเอง

ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและการให้คุณค่าที่เขาดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความตระหนักของแต่ละบุคคลที่เป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบในการกำหนดตัวแปรต้น ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว จึงได้จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัย ด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพทางกาย 2) ปัจจัย ด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนกับการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัย ด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต รวมทั้งการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารและบริการ โดยเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในภาพรวมจากทุกมิติที่วัดออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ด้วยวิธีมาตรฐานเกมเบอร์ (Standard gamble) เนื่องจากเป็นวิธีที่วัดตามหลักการทฤษฎีอรรถประโยชน์โดยตรง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มนี้ อีกทั้งยังสามารถนำผลการวิจัย ที่ได้ไปใช้ในการวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางของเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพล ต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย (Physical domain) ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับ ความพิการและภาวะสุขภาพทางกายของคนพิการ

1.1 เพศ

เพศเป็นลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยาและการกำหนดบทบาท ทางสังคม ค่านิยม บุคลิกภาพ และการรับรู้คุณภาพชีวิตระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของเพศชายและหญิงแตกต่างกัน (Pinquart & Sorensen, 2006) ดังนั้น เมื่อเพศหญิง หรือเพศชายเจ็บป่วยก็จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง มีผลกระทบต่อ บทบาทและการทำหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคม ทำให้มีการรับรู้และประเมินได้ว่าตนมีคุณภาพ ชีวิตแตกต่างกันไป จากการศึกษาของ สวิขญา ทังหิรัญ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพ ชีวิตของผู้พิการทางกายในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = .211, p < .01$) การศึกษาของ ธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ

ทางกาย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.58$) และการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา พบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า เพศหญิง

1.2 อายุ

อายุเป็นตัวบ่งชี้ภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับภาวะจิตใจและการรับรู้ รวมทั้งบ่งบอกถึงพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและความสามารถนี้จะค่อยเพิ่มตามอายุซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 2001) ดังนั้น เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สถาพร ภูสีสุวรรณ (2547) ที่พบว่า อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีส่วนทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน คนที่อายุน้อยมักมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนบุคคลที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายลดลง (Allen, 1990; McArdele et al., 1991; Matteson et al., 1997 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551) โดยการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี ($r = -.211, p < .05$)

1.3 ระยะเวลาที่พิการ

ระยะเวลาที่พิการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตเพราะความพิการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามระยะเวลาที่ต่างกัน โดยจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเกอร์ (Schumacher, 1994) ได้กล่าวว่า โดยธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ดังนั้น หากบุคคลมีระยะเวลาที่พิการนานพอ อาจทำให้ยอมรับได้กับความพิการที่เกิดขึ้น และมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต โดยการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) พบว่า ผู้ที่มีความพิการเป็นระยะเวลานานจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่พิการในระยะแรก โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .168$) และการศึกษาของ ชูติมา มาลัย (2554) พบว่า คนที่มีระยะเวลาความพิการนานจะยอมรับความพิการของตนเอง มีความคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตหลาย ๆ ด้าน มากกว่าที่จะคิดอยู่เรื่องเฉพาะความพิการซึ่งส่งผลให้คนพิการมีการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.4 ระดับความพิการ

ระดับความพิการเป็นปัจจัยด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตซึ่งระดับความพิการมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับที่ช่วยเหลือตนเองได้ไปจนถึงระดับ

ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยผู้ดูแล หากมีระดับความพิการมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยผู้พิการที่มีความพิการระดับมาก ได้แก่ มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือลำตัว มากกว่า 2 ข้าง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรืออาจต้องอาศัยการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตมากกว่าคนพิการในระดับน้อย เพราะความพิการระดับน้อย จะสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง สามารถประกอบอาชีพได้ตามความสามารถ จึงมีแนวโน้มให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ดังนั้น ระดับความพิการจึงอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.153, p = .03$) โดยคนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้ และการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทย ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา พบว่า ความพิการระดับน้อยจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตน้อย แต่หากมีความพิการระดับมากก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยระดับความพิการตามรายละเอียดความพิการ ในกฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 พุทธศักราช 2537 (2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534 (2534) ซึ่งได้กำหนดลักษณะความพิการไว้ 5 ระดับ แต่ตามกฎหมายครอบคลุมผู้ที่มีความพิการระดับที่ 3 ขึ้นไป อีกทั้งเป็นระดับที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตมากขึ้น จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกคนพิการทางการเคลื่อนไหวตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1.6 ภาวะสุขภาพทางกาย

ภาวะสุขภาพทางกายเป็นองค์ประกอบทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งในการศึกษานี้หมายถึง ประวัติการมีโรคประจำตัว การรับรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายทางกาย การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งเหล่านี้อาจมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากคำกล่าวของ องค์การอนามัยโลก (WHOQOL group, 1994) ที่ว่า การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกายปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ รับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่เจ็บปวด รับรู้ถึงการพักผ่อนที่เพียงพอ ร่างกายสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างปกติจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับคำกล่าวของ Ferrans and Powers (1992) ที่ระบุว่า สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต หากมีการรับรู้ศักยภาพในการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้น ภาวะสุขภาพทางกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา และพรทิพย์ วัฒนาวาทิต (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้

ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในองค์ประกอบด้านร่างกายต่ำกว่าค่าปกติของคนไทย แสดงให้เห็นผลกระทบของการบาดเจ็บของไขสันหลังต่อร่างกาย โดยการลดความสามารถทางร่างกายอย่างชัดเจนซึ่งเป็นผลจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้และแสดงให้เห็นอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีต่อระดับคุณภาพชีวิต ($r = 0.38, p < 0.05$)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological domain) ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.1 การรับรู้ภาพลักษณ์ และรูปร่างของตน (Body image and appearance)

เป็นการรับรู้ที่แตกต่างกันในมุมมองของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะออกมาในทางที่ดีหรือไม่ดี ความสำคัญจะอยู่ที่ความพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่และผลกระทบที่มีต่อแนวคิดของตน รวมถึงการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดจากการเสริมแต่ง เช่น การเสริมสวย การใช้เบนชาเทียม (WHOQOL group, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของ วรลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรณพรศิริ, จรรยา สัตยากร และทวีศักดิ์ไพบุย์ (2550) พบว่า การไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย โดยรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกอาย ไม่กล้าพบปะผู้คน เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสอดคล้องกับการศึกษาของ Mamane (2009) ที่พบว่า ปัจจัยด้านภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2 สัปดาห์ ดังนั้น การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยได้มีผู้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับความพิการในทางจิตวิทยา ในด้านการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน ได้แก่

Roy, Whetsell, and Frederickson (2009) ได้กล่าวถึง การปรับตัวของบุคคลว่าเป็นพฤติกรรมตอบสนอง เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านสรีรวิทยา (Physiological mode) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence mode) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) ที่เน้นในด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลเกี่ยวข้องกับความเชื่อและความรู้สึกในการรับรู้ภายในตนเอง และปฏิกริยาจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวให้เข้ากับการดำรงชีวิต เช่น อัตมโนทัศน์ด้านกายภาพ (Physical self) ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์ของตน (Body image) เกิดขึ้นจากความคิดของตนเองหากบุคคลมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองในทางบวก ไม่รู้สึกว่ามียมด้อย มีกำลังใจในการปรับตัวก็จะส่งผลที่ดีต่อสภาพจิตใจ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการกาย

2.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

เป็นความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะแสดงความรู้สึกทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ออกมาทางน้ำเสียง ลักษณะท่าทาง กิริยา และการกระทำ (Coopersmith, 1981) ซึ่งจากการศึกษาของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการได้ ($\beta = .456$) การศึกษาของ ธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2551) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .664, p < .01$) การศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงกับคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Motl, McAuley, Snook and Gliottoni (2009) ที่ได้ศึกษาบทบาททางด้านอารมณ์ ความเจ็บปวด การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตที่เมืองอินเดียนา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเอง น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีผู้ให้ความหมายและกล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้

Coopersmith (1981) กล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเองและการแสดงถึงทัศนคติที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ตลอดจนความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ (Capable) ความสำคัญ (Significant) ความสำเร็จ (Successful) และความมีคุณค่าในตนเอง (Worthy) และหากบุคคลมีการให้คุณค่าในตนเองสูง ส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังใจในด้านบวก เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดเป็นแรงผลักดันในการเผชิญกับปัญหาซึ่งความสำคัญที่ได้กล่าวมาน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าในตนเอง

Branden (1981) ให้ความเห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการ เป็นความจำเป็นที่ไม่อาจขาดได้ ความต้องการในฐานะมนุษย์การเคารพตนเอง ความต้องการประสบความสำเร็จอันมีค่าซึ่งบุคคลจำเป็นต้องมีความมั่นใจในตนเอง ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะทำให้เกิดความซึมเศร้าและความกังวลต่างกับผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีพลังในการจัดการกับชีวิต ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเอง ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง (Bodyimage and appearance) กับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่มีผลต่อสภาพจิตใจภายใน

ตัวบุคคลที่มีผู้ได้กล่าวไว้อย่างหลากหลาย โดยอาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางบวกและทางลบขึ้นอยู่กับ การรับรู้และมุมมองของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองในทางบวก ประกอบกับมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จนเกิดเป็นแรงผลักดันให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นคนปกติ คนป่วย หรือแม้แต่ คนพิการ

3. ปัจจัยด้านสังคม (Social relationships) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาทุก ๆ ด้าน ช่วยส่งเสริมพัฒนา สติปัญญาของบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ เข้าใจปัญหา และวิธีการปฏิบัติตัวได้ดี เมื่อเป็นโรค สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (Venderburg, 1987 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551) การศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติตน จากการศึกษาการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่พบว่า ผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/ หรือขา ที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระดับการศึกษา น้อย โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .197$) กับการศึกษา ของ หยาดฝน รัตตะมาน (2554) พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันส่งผลให้ผู้พิการมีความเข้มแข็ง ในการพึ่งตนเองต่างกัน อาจส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดีได้ อีกทั้งการศึกษา ในต่างประเทศของ Pawlowska-Cyprysiak, Konarska, and Zolnierczyk-Zerda (2013) ที่ศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางร่างกาย ในเมืองวอซอร์ ประเทศโปแลนด์ พบว่า ระดับ การศึกษาเป็นปัจจัยหลักในการทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางด้านร่างกาย ดังนั้น ระดับ การศึกษาจึงสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลได้

3.2 อาชีพ

การประกอบอาชีพถือเป็นการทำงานในบทบาทหนึ่ง เพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ และก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่าไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมทั้ง สามารถบ่งบอกถึงสถานะทางสังคมได้ คนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มักจะมีปัญหา สุขภาพจิต โดยจะรู้สึกว่าคุณต้องเป็นภาระ (ณัฐวดี มณีพรหม, 2553) สอดคล้องกับศึกษาของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานคร

3.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญของบุคคลทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าคุณค่า (สถาพร ภู่วิสวรรณ, 2547) คนพิการที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ ภมร เข้มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวิณวรกุล และทัศนันท์ ศิริเสถียรรุจ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกในการปรับตัวทำให้การรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับดี

3.4 รายได้

บุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย หรือสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพสูงซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ หยาดฝน รัตตะมาน (2554) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งในการพึ่งตนเอง และการศึกษาของ สุภณดา แสงสมเรือง (2554) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีผลต่อคุณภาพผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .112$) กล่าวคือ ยิ่งมีรายได้มากขึ้น โอกาสของผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อรังก็ยิ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการศึกษาของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) พบว่า รายได้ต่อเดือนของบิดามารดาคนพิการทางกายมีมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายภายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ

3.5 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารหรือการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า ยังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคลที่ส่งผลช่วยประคับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Schaefer et al., 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา มีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($\beta = .573$) การศึกษาของ ธัญลักษณ์ หมีอ้อม และคณะ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในจังหวัดพิจิตร พบว่า การสนับสนุนมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($\beta = .45$) และการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในจังหวัดสมุทรปราการ ($r = .555, p < .01$) Carod-Artal, Egido, Gonzalez, and De Seijas (2000) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากที่รอดชีวิต 1 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

มาดริด เมืองซานคาโลส ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ($p < 0.001$)

โดยมีผู้ให้ความหมายและศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้
Cobb (1976) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสาร การได้รับข้อมูล
และทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า ยังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่องซึ่งทำให้
บุคคลรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ ยังแบ่งประเภทของ
การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า
บุคคลนั้นได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า
และความรู้สึกเป็นเจ้าของ
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงที่บอก
ให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่นรวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or network) เป็น
การแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม
ที่ให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Thoits (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายได้รับความ
ความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้บุคคล
สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และ
เห็นว่า เป็นมโนทัศน์หลายมิติซึ่งจะพิจารณาเพียงมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกับทุกคน
โดยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ
ด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท
หรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร
รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ
3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socio-emotional aid) หมายถึง
การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง
ของสังคม

House (1981) ได้อธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความผูกพัน ความไว้วางใจ ดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน

และกัน โดยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง แรงสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Schaefer et al. (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลให้เผชิญกับปัญหาและความเครียดในชีวิต โดยเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกัน จึงได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันความอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่
 2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทองและบริการ
 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล
- จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม โดยได้นำแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่กล่าวถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมร่วมกับแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของ เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลให้เผชิญกับปัญหา และความเครียดในชีวิต ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์และพัฒนาขึ้นเอง เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

4.1 ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัย

ด้านสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น สภาพสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบ้าน ควรต้องมีความปลอดภัย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสะดวกและมีความสุขสบาย ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดอุบัติเหตุ การรู้สึกรู้สึกว่ามีความปลอดภัยและได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของคนพิการจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในการดำเนินชีวิต ทำให้ค่าคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ตามแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994) ที่กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จากการศึกษาของ อนัญญา เจริญรัมย์ (2557) พบว่า คนพิการมีความต้องการ ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับมากและการศึกษาของ Pawlowska-Cyprysiak et al. (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางร่างกายพบว่า สภาพแวดล้อมและสถานที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหลักในการทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางด้านร่างกาย รวมทั้งการศึกษาของ ชุตติมา มาลัย (2554) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และการศึกษาของ ศุภัญญา แสงสมเรือง (2554) พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพของผู้สูงอายุพิการจาก โรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .117$)

4.2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการในปัจจุบันได้มีการประกาศให้การฟื้นฟู

สมรรถภาพคนพิการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการซึ่งระบุให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เพื่อมุ่งให้คนพิการมีสุขภาพดี ตามแนวทางพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการเป็นปัจจัยหนึ่งในด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ โดยจากการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) พบว่า การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ($r = .434, p < .01$)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ และภาวะสุขภาพทางกายของคนพิการ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนกับการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อาชีพ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้น พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การดูแลคนพิการทุกประเภทจึงควรตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเหล่านี้ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว และคาดว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ระบบบริการดูแลพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดความพึงพอใจ มีสถานะทางสุขภาพที่ดี มีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน อย่างมีคุณค่า และคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสัมพันธ์แบบทำนาย (Correlation predictive design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มาขึ้นทะเบียนคนพิการกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ประจำปี พ.ศ. 2557 จำนวนทั้งสิ้น 6,551 คน (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มาขึ้นทะเบียนคนพิการกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี ประจำปี พ.ศ. 2557 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
3. มีการรับรู้และสามารถประเมินสภาพต่าง ๆ รวมทั้งมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้
5. ไม่มีความพิการมากกว่า 1 ประเภท
6. เฉพาะคนพิการในภายหลัง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีทราบประชากร (Stanley, David, Janelle, & Stephen, 1990)

$$n = \frac{NZ^2\alpha_2\sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z^2\alpha_2\sigma^2]}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้

- N = จำนวนคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ที่มาจดทะเบียนคนพิการ ในจังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 6,551 คน
- $Z_{0.025}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025} = 1.96$)
- σ^2 = ความแปรปรวน คุณภาพชีวิตโดยรวมของคนพิการทางกายในจังหวัด นครสวรรค์ = $(0.36)^2$ ได้จากการศึกษาของ สวิขญา ทังหิรัญ (2555)
- e = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในการศึกษาคั้งนี้กำหนดให้ เท่ากับ .05

$$\text{แทนค่าในสูตรดังนี้} \quad n = \frac{6,551 \times (1.96)^2 \times (0.36)^2}{(0.05)^2 \times (6,551 - 1) + (1.96)^2 \times (0.36)^2}$$

$$n = 193.19$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 193 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Stanley et al., 1990) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 212 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนประชากรที่คิจริงใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ซึ่งมีขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratify random sampling) ตามขนาดอำเภอ โดยแบ่งอำเภอทั้งหมด 7 อำเภอออกเป็นพื้นที่ 3 กลุ่ม ตามจำนวนประชากร เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก (สำนักทะเบียนราษฎร์, 2557) แล้วสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random) มากุ่มละ 1 อำเภอได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พื้นที่ขนาดใหญ่ หมายถึง อำเภอที่มีจำนวนประชากรมากกว่า 200,000 คน และมีแหล่งอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ มีความหลากหลายของประชากรทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมซึ่งได้แก่ อำเภอลำลูกกา และอำเภอคลองหลวง อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอคลองหลวง

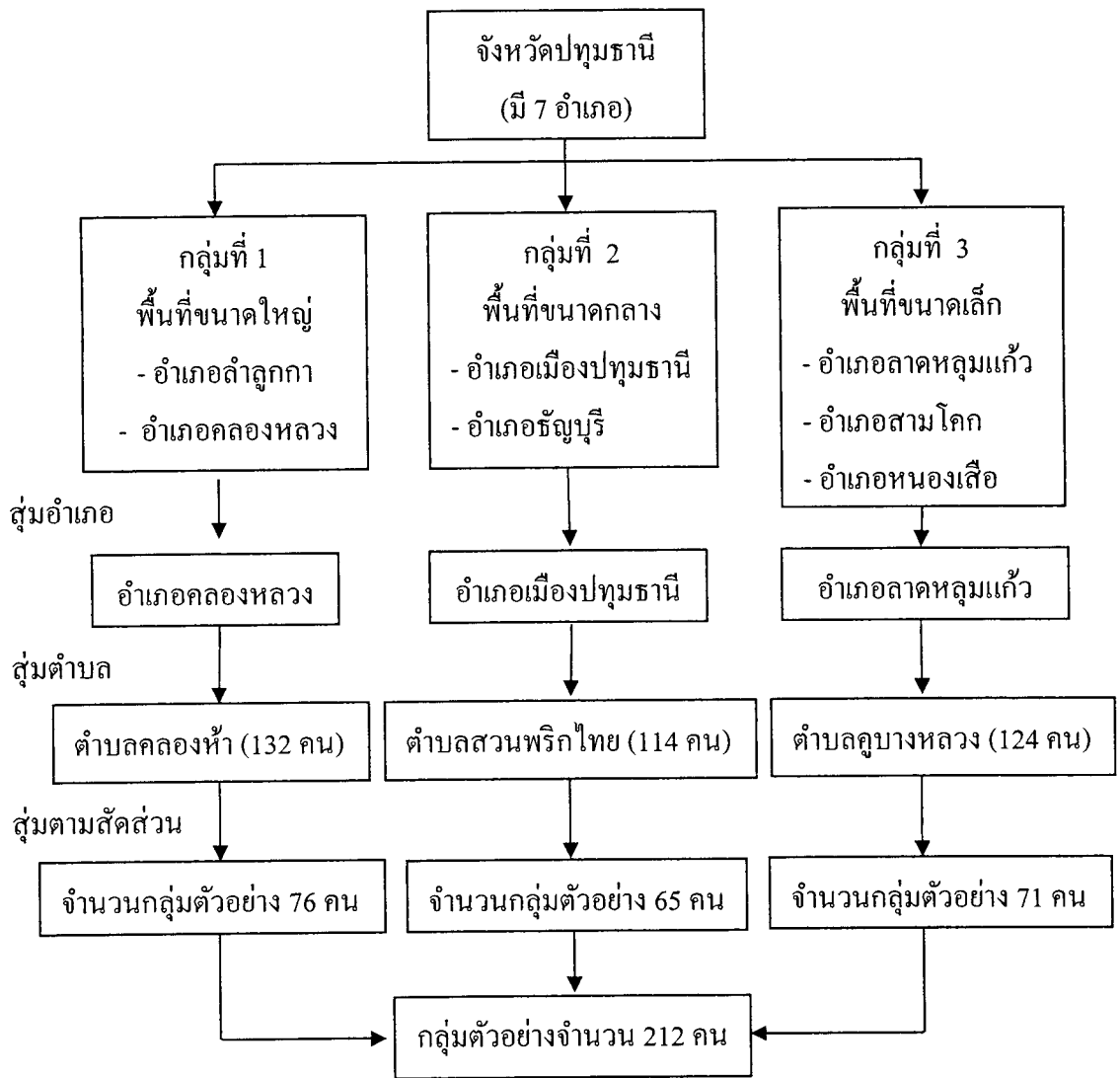
กลุ่มที่ 2 พื้นที่ขนาดกลางหมายถึง อำเภอที่มีประชากรอยู่ระหว่าง 100,000-200,000 คน มีทั้งแหล่งอุตสาหกรรมและการเกษตรกรรมใกล้เคียงกัน จึงมีความหลากหลายของประชากร ซึ่งได้แก่ อำเภอเมืองปทุมธานี และอำเภอธัญบุรี อำเภอที่สุ่มได้คือ อำเภอเมืองปทุมธานี

กลุ่มที่ 3 พื้นที่ขนาดเล็ก หมายถึง อำเภอที่มีประชากรน้อยกว่า 100,000 คน ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทางการเกษตรกรรมซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ อำเภอลาดหลุมแก้ว อำเภอสามโคก และอำเภอหนองเสือ อำเภอที่สุ่มได้ คือ อำเภอลาดหลุมแก้ว

ขั้นตอนที่ 2 นำอำเภอที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสุ่มเลือกตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) ตามตำบล สุ่มอำเภอละ 1 ตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling) ผลการสุ่มอำเภอคลองหลวงได้ตำบลคลองห้า มีจำนวนคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวทั้งหมด 132 คน อำเภอเมืองปทุมธานี ได้ตำบลสวนพริกไทย มีจำนวนคนพิการทั้งหมด 114 คน และอำเภอลาดหลุมแก้วสุ่มได้ ตำบลคูบางหลวงมีจำนวนคนพิการทั้งหมด 124 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 370 คน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละตำบลตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งหมดในตำบลที่สุ่มไว้ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 คน ได้ผลดังนี้ ตำบลคลองห้า จำนวน 76 คน ตำบลสวนพริกไทย จำนวน 65 คน และตำบลคูบางหลวงจำนวน 71 คน

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในแต่ละตำบล ตามจำนวนที่คำนวณได้โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ได้จากการทบทวนตำราหรือจากงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งเป็นแบบที่ผู้วิจัยประยุกต์และพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ระยะเวลาที่พิการ และระดับความพิการ (สังเกตโดยผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคกระดูกและข้อ รวมทั้งการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเรื่องความรู้สึกต่อความเจ็บปวดทางกาย และความไม่สุขสบายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประวัติการมีโรคประจำตัว ถ้ามีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ โรคมะเร็ง และโรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพองให้คะแนนโรคละ 1 คะแนน

การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องความรู้สึกต่อความเจ็บปวดทางกายและความไม่สุขสบายจากการพักผ่อน ไม่เพียงพอ มีจำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ มีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับความรู้สึก	คะแนน
มีแต่ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต	1
มีผลต่อการดำเนินชีวิตน้อย	2
มีผลต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก	3
มีผลต่อการดำเนินชีวิตมาก	4
มีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด	5

การแปลผล นำคะแนนประวัติการมีโรคประจำตัว ความรู้สึกต่อความเจ็บปวดทางกาย และความไม่สุขสบายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ มารวมกัน คะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน คะแนนรวมที่มาก หมายถึง ภาวะสุขภาพทางกายที่ไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านสภาพจิตใจ แบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเองกับ 2) ปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 (ไม่เลย/ น้อย/ ปานกลาง/ มาก/ มากที่สุด) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาเลือก ดังนี้

ระดับความรู้สึก	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลผลเพื่อพรรณนาระดับการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เกี่ยวกับการรับรู้ภาพลักษณ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยแบ่งสเกลอัตรากาชั้นของข้อมูลเป็น 5 สเกล (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วย จำนวนระดับที่ต้องการแบ่งซึ่งได้กำหนดเป็น 5 ระดับ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ด้วยคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการวัด}} = \frac{5-1}{5} = 0.80$$

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน แสดงว่า การรับรู้ภาพลักษณ์/ การเห็นคุณค่าของ
ตนเองอยู่ในระดับดีมาก/ มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน แสดงว่า การรับรู้ภาพลักษณ์/ การเห็นคุณค่าของ
ตนเองอยู่ในระดับดี/ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน แสดงว่า การรับรู้ภาพลักษณ์/ การเห็นคุณค่าของ
ตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างดี/ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน แสดงว่า การรับรู้ภาพลักษณ์/ การเห็นคุณค่าของ
ตนเองอยู่ในระดับแย่/ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน แสดงว่า การรับรู้ภาพลักษณ์/ การเห็นคุณค่าของ
ตนเองอยู่ในระดับแย่มาก/ น้อยมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านสังคมเพื่อวัดการรับรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยสร้างมาจากกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ สลาหมนันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2551) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 โดยมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ และมีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้ว่าตนได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองความต้องการจากครอบครัว ญาติ/ เพื่อน อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1- 5 (ไม่เลย/ น้อย/ ปานกลาง/ มาก/ มากที่สุด) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาเลือกดังนี้

ระดับความรู้สึก	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3

น้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลผล เพื่อพรรณนาระดับการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งสเกลอัตรากำหนดของข้อมูลเป็น 5 สเกล (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วย จำนวนระดับที่ต้องการแบ่งซึ่งได้กำหนดเป็น 5 ระดับ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแบบสอบถามการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ในเรื่องความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการต่าง ๆ ที่คนพิการควรจะได้รับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัย โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 (ไม่เลย/ น้อย/ ปานกลาง/ มาก/ มากที่สุด) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคะแนน ดังนี้

ระดับความรู้สึก	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลผลเพื่อพรรณนาระดับการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การแบ่งสเกลอัตรากำหนดของข้อมูล โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วย จำนวนระดับที่ต้องการแบ่งซึ่งได้กำหนดเป็น 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ได้เกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คะแนน แสดงว่า มีความปลอดภัยและสะดวกมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 คะแนน แสดงว่า มีความปลอดภัยและสะดวกมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 คะแนน แสดงว่า มีความปลอดภัยและสะดวกปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 คะแนน แสดงว่า มีความปลอดภัยและสะดวกน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คะแนน แสดงว่า มีมีความปลอดภัยและสะดวกน้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี

Standard gamble (SG) ซึ่งเป็นวิธีการวัดอรรถประโยชน์ทางตรง โดยมีการรายงานคะแนนเป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ที่มีค่าอยู่ในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (Death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Full health) โดยการสัมภาษณ์ด้วยข้อความสมมติ ผู้ตอบจะมีทางเลือกในการตัดสินใจระหว่างทางเลือกที่หนึ่ง คือ ภาวะปัจจุบันที่ท่านมีความพิการทางการเคลื่อนไหวไปตลอดชีวิต ทางเลือกที่สอง คือ การรักษาที่มีโอกาสหายจากความพิการและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยรับการรักษาเพียงครั้งเดียวด้วยค่าความน่าจะเป็นเท่ากับค่าค่าหนึ่ง แต่ถ้าการรักษาไม่ได้ผลจะทำให้เสียชีวิตทันที โดยปราศจากความเจ็บปวดและไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ซึ่งการสัมภาษณ์จะเปลี่ยนระดับความน่าจะเป็นในการรักษาที่ประสบความสำเร็จเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 10 และเพิ่มขึ้นทีละ 10 จนถึงร้อยละ 100 ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากการศึกษาของ พรหมทิพา ศักดิ์ทอง (2554)

การคิดคะแนนอรรถประโยชน์ของ Standard gamble (SG) คือ จุดที่รู้สึกไม่แตกต่างระหว่าง 2 ทางเลือก (Indifference point) หรือเปอร์เซ็นต์ที่อยู่ระหว่างเลือกรับการรักษานี้กับ ไม่เลือกวิธีการนี้ เช่น เมื่อถามถึงข้อที่ผู้ตอบมีโอกาสดที่จะหาย 40% ผู้ตอบยังคงเลือกที่จะมีชีวิตอยู่แบบเดิมต่อไป แต่เมื่อเพิ่มโอกาสหายเป็น 50% แล้วผู้ตอบเลือกที่จะรักษาค่าอรรถประโยชน์จะเท่ากับ $(50 + 40) / 2 = 45\%$ หรือ 0.45 และหากผู้เลือกรับการรักษาตั้งแต่ครั้งแรก คือ มีโอกาสที่จะหาย ร้อยละ 10 จะให้คะแนนอรรถประโยชน์เท่ากับ 0 และถ้าผู้ใดไม่เลือกรับวิธีการรักษานี้เลย คือ แม้แต่จะรักษาหาย 100 เปอร์เซ็นต์ก็ไม่เลือก จะให้คะแนนอรรถประโยชน์เต็ม 1.0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม และแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

1. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านคนพิการ จำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์เภสัชกรที่มีความชำนาญด้านเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 1 ท่าน
4. พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1 ท่าน
5. พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านดูแลคนพิการที่ศูนย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 1 ท่าน

หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาปรับปรุง โดยตัดข้อคำถามที่ผู้ทรงให้คะแนน 1 และ 2 ออก ในบางข้อและแก้ไขเพิ่มเติมข้อคำถามในบางประเด็นให้มี ความชัดเจนในด้านเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา รวมทั้งเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพทางกาย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.00

ปัจจัยการรับรู้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.83

ปัจจัยการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.00

ปัจจัยการรับรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.81

ปัจจัยการรับรู้ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.88

ปัจจัยการรับรู้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.88

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาทดลองใช้ (Try out) กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการศึกษาที่ตำบลบ้านจาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาคำนวณ เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย แบบสอบถามการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เรื่องความปลอดภัยความสะดวกในการใช้ชีวิต และแบบสอบถามการรับรู้เรื่องโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .7 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2005) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .73, .70, .71, .84, .77 และ .76 ตามลำดับ

ส่วนแบบสัมภาษณ์การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard gamble (SG) เป็นแบบประเมินที่มีผู้เชี่ยวชาญแปลเป็นภาษาไทยและได้มีการทดลองใช้แล้ว จึงไม่ได้นำมาศึกษาความตรงตามเนื้อหา แล้วไม่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามเดียว และเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยคนเดียว จึงไม่จำเป็นต้องหาความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มไว้ ได้แก่ ตำบลคลองห้า ตำบลสวนพริกไทย และตำบลคูบางหลวง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. หลังจากได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการของแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของคนพิการที่ได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการ
4. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่าง และนัดวัน เวลา ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อตามทะเบียนคนพิการ โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ให้พาไปพบกับกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์ในการศึกษา รวมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประกอบกับเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการตอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง ในส่วนของแบบสอบถามส่วนที่ 1-5 ซึ่งผู้วิจัยจะให้ระยะเวลาแก่กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลด้วยตนเอง แต่หากกลุ่มตัวอย่างคนใดไม่สามารถเขียนหรือมีปัญหาในการอ่านผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จทั้ง 5 ส่วน ผู้วิจัยจึงนำส่วนที่ 6 มาประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามการรับรู้หรือความรู้ของตนที่เป็นอยู่
6. เมื่อผู้วิจัยรับแบบสอบถามแล้วได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบว่า คำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

7. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามจนครบตามจำนวนที่กำหนดและนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. เสนอ โครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06-05-2558
2. ผู้วิจัยติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ได้ทำการสุ่มไว้ เพื่อสะดวกในการเข้าไปแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละบุคคล
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. การตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุลจริง แต่ใช้รหัสแทน และจะถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด
5. ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น
6. กลุ่มตัวอย่าง สามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตแล้ว จึงทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. พรรณนาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่มีความพิการระดับความพิการ ภาวะสุขภาพทางกายของคนพิการ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยควอไทล์ (Inter quartile range) ตามระดับการวัดและการกระจายของข้อมูล

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดหาอำนาจการทำนายของตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่มีความพิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพทางกายของคนพิการ การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี รายละเอียดผลการวิจัยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนาระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 212)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	67.00
หญิง	70	33.00
อายุ		
15-20 ปี	2	0.90
21-40 ปี	46	21.70
41-60 ปี	90	42.50
61 ปีขึ้นไป	74	34.90

Median = 54.00 ปี (IQR = 23.00 ปี) min = 19 ปี max = 77 ปี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	52	24.50
คู่	107	50.50
หม้าย/ หย่า/ แยก	53	25.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	11.80
ประถมศึกษา	117	55.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	33	15.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	26	12.30
ตั้งแต่อนุปริญญา/ ปวส. ขึ้นไป	11	5.10
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	149	70.30
ประกอบอาชีพที่บ้าน	32	15.10
ประกอบอาชีพนอกบ้าน	31	14.60
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	68	32.10
5,001-10,000 บาท	80	37.70
10,001-15,000 บาท	38	17.90
มากกว่า 15,000-20,000 บาท	26	12.30
Median = 8,000 บาท (IQR = 8,000 บาท) min = 800 บาท		
max = 50,000 บาท		
ระยะเวลาที่มีความพิการ		
ระยะเวลา 1-10 ปี	155	73.10
ระยะเวลา 11-20 ปี	32	15.10
ระยะเวลา 21-30 ปี	11	5.20
มากกว่า 30 ปี	14	6.60
Median = 6.00 ปี (IQR = 8.00 ปี) min = 1 ปี max = 60 ปี		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพิการ		
ระดับที่ 1	104	49.10
ระดับที่ 2	103	48.60
ระดับที่ 3	5	2.30

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.00) มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 42.50 รองลงมาคืออายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.90 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 54 ปี (IQR = 23 ปี) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.50) ส่วนมากจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.20) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.30) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 37.70 รองลงมาคือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 32.10 ค่ามัธยฐานของรายได้ เท่ากับ 8,000 บาท (IQR = 8,000 บาท) ระยะเวลาที่พิการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 73.10) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 ปี (IQR = 8 ปี) โดยมีระดับความพิการอยู่ในระดับหนึ่ง ร้อยละ 49.10 รองลงมาคือพิการอยู่ในระดับสอง ร้อยละ 48.60

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามภาวะสุขภาพทางกาย
(n = 212)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	101	47.60
มีโรคประจำตัว *	111	52.40
โรคความดันโลหิตสูง	67	60.36
โรคเบาหวาน	35	31.53
ไขมันในเลือดสูง	14	12.61
โรคกระดูกและข้อ	8	7.21
โรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง	6	5.40
โรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง ลมชัก โรคไต	6	5.40

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านร่างกาย		
ไม่มี	123	58.00
มี	89	42.00
ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต	33	37.08
มีผลต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย	38	42.70
มีผลต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก	13	14.61
มีผลต่อการดำเนินชีวิตมาก	4	4.49
มีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด	1	1.12
ความรู้สึกไม่สุขสบายจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ		
ไม่มี	136	63.20
มี	76	36.80
ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต	43	56.58
มีผลต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย	25	32.89
มีผลต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก	8	10.53
คะแนนเฉลี่ย 2.30 (SD = 2.13 คะแนน) ต่ำสุด 0 คะแนน		
สูงสุด 9 คะแนน (คะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน		
โดยคะแนนมาก ถือว่าสุขภาพไม่ดี		
หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		

จากตารางที่ 2 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.40) ในจำนวนนี้เป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.36 หรือ ร้อยละ 31.60 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ร้อยละ 42 ในจำนวนนี้มีความเจ็บปวดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตระดับเล็กน้อย ร้อยละ 42.70 และระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 14.61 ส่วนความรู้สึกไม่สุขสบายจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอพบว่ามีปัญหา ร้อยละ 36.80 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 56.58 ระดับปัญหาไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต สรุปคะแนนรวมภาวะสุขภาพกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ย 2.30 คะแนน (SD = 2.13 คะแนน)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง
ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n = 212)

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับ
มีความสุขสงบ และมีความหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้	3.13	0.97	ปานกลาง
เป็นคนที่ไม่ห่วงไหวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต *	3.45	1.00	มาก
มักจะไม่ท้อแท้ใจกับสิ่งที่เป็นอยู่ *	3.20	1.12	ปานกลาง
มักจะมีความคิดดี ๆ ที่ทำให้ผู้อื่นคล้อยตามได้	2.85	0.94	ปานกลาง
ท่านสามารถเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ *	3.25	1.43	ปานกลาง
รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น	3.08	1.02	ปานกลาง
รู้สึกว่าตนเองยังมีข้อดีอยู่หลายประการ	3.08	0.95	ปานกลาง
รู้สึกว่าตนเองยังมีอะไรที่น่าภูมิใจ *	3.99	1.03	มาก
คิดว่าโลกนี้ยังมีอะไรน่าทำอีกมาก	3.39	0.93	ปานกลาง
มีความสุขในการอยู่กับผู้อื่น	3.42	0.94	มาก
ตลอดชีวิตที่ผ่านมายังมีสิ่งที่ดีในชีวิต *	4.31	0.90	มากที่สุด
มีความภาคภูมิใจในตัวเอง	3.48	0.76	มาก
รวม	3.39	0.16	ปานกลาง

หมายเหตุ * ได้มีการปรับข้อความให้เป็นเชิงบวกแล้ว

จากตารางที่ 3 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (SD = 0.16) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า มีชื่อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเพียงข้อเดียวคือ ตลอดชีวิตที่ผ่านมายังมีสิ่งที่ดีในชีวิต ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (SD = 0.90) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากมี 4 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ รู้สึกว่าตนเองมีอะไรที่น่าภูมิใจค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.99 (SD = 1.03) รองลงมา คือ มีความภาคภูมิใจในตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 (SD = 0.76) ส่วนข้ออื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางมากที่สุด 3 ลำดับ คือ คิดว่าโลกนี้ยังมีอะไรน่าทำอีกมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (SD = 0.93) รองลงมา สามารถเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (SD = 1.43) และมักจะไม่ท้อแท้ใจกับสิ่งที่เป็นอยู่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 (SD = 1.12) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มักจะมีความคิดดี ๆ ที่ทำให้ผู้อื่นคล้อยตามได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (SD = 0.94)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง
ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n = 212)

การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ขอมรับรูปร่างของตนเองที่เป็นอยู่ขณะนี้	3.55	1.06	มาก
2. เกี่ยวกับภาพลักษณ์และรูปร่างไม่มีสิ่งที่ไม่ชอบ และอยากเปลี่ยน *	3.70	1.28	มาก
3. ความพิการไม่ได้ทำให้ไม่ต้องการพบปะใครนอกจากคน ในครอบครัว *	3.91	1.26	มาก
4. ภาพลักษณ์และรูปร่าง ไม่ทำให้เกิดความยากลำบาก ในการใช้ชีวิต *	2.90	1.28	ปานกลาง
5. ความพิการไม่ได้ทำให้สูญเสียความมั่นใจที่จะแสดง ความสามารถที่มีอยู่*	3.30	1.19	ปานกลาง
รวม	3.47	0.09	มาก

หมายเหตุ * ได้มีการปรับข้อคำถามให้เป็นเชิงบวกแล้ว

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 (SD = 0.09) เมื่อพิจารณารายข้อ
พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความพิการไม่ได้ทำให้ไม่ต้องการ
พบปะใครนอกจากคนในครอบครัวค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.91 (SD = 1.26) รองลงมา คือ เกี่ยวกับ
ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนไม่มีสิ่งที่ไม่ชอบและอยากเปลี่ยนและขอมรับรูปร่างของตนเอง
ที่เป็นอยู่ขณะนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 (SD = 1.28), 3.55 (SD = 1.06) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ย
อยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ภาพลักษณ์และรูปร่าง ไม่ได้ทำให้เกิด
ความยากลำบากในการใช้ชีวิต ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.90 (SD = 1.28)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของของคนที่พิการ
ทางการเคลื่อนไหวจำแนกรายข้อ (n = 212)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์			
1. มีคนที่ไว้ใจ พุดคุย ระบายปัญหา เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	2.83	1.09	ปานกลาง
2. คนรอบตัวไม่แสดงท่าทางที่ทำให้รู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ	3.49	1.09	มาก
3. ได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่จากครอบครัว	3.75	1.00	มาก
รวม	3.36	0.05	ปานกลาง
การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า			
4. มีคนให้ความเคารพ นับถือ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ	3.63	0.95	มาก
5. คนในครอบครัวไม่มองว่าเป็นภาระของครอบครัว *	3.96	1.05	มาก
6. คนใกล้ชิดแสดงให้เห็นว่า ยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว และชุมชน	2.50	1.19	น้อย
7. คนใกล้ชิดให้ความไว้วางใจ ในการทำกิจกรรมหรืองานต่าง ๆ	2.42	1.17	น้อย
รวม	3.13	0.11	ปานกลาง
การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ			
8. ได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ อาหาร และสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็น อย่างเพียงพอ	2.63	0.90	ปานกลาง
9. ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ	2.25	0.96	น้อย
10. คนใกล้ชิดช่วยเหลือให้สามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามสมรรถภาพของตนเอง	3.15	1.01	ปานกลาง
11. ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย จากครอบครัวคนใกล้ชิด หรือหน่วยงานต่าง ๆ	3.50	0.98	มาก
12. ได้รับความช่วยเหลือเรื่องการทำงาน จากครอบครัวคนใกล้ชิด หรือหน่วยงานต่าง ๆ	2.38	1.09	น้อย
13. มีคนคอยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและคอยให้ ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา	3.07	0.94	ปานกลาง
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือ แก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัย ตามที่ต้องการ	2.69	0.86	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
รวม	2.81	0.07	ปานกลาง
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร			
15. ได้รับความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลกลุ่มต่าง ๆ	2.66	0.88	ปานกลาง
16. มีคนแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2.84	0.91	ปานกลาง
รวม	2.75	0.02	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกข้อ	2.98	0.10	ปานกลาง

หมายเหตุ * ได้มีการปรับข้อคำถามให้เป็นเชิงบวกแล้ว

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (SD = 0.10) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ รองลงมา คือ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 (SD = 0.05) 3.13 (SD = 0.11) ตามลำดับ ด้านที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 (SD = 0.02)

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (SD = 1.00) ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ มีคนที่ไว้ใจ พุดคุย ระบายปัญหา เมื่อไม่สบายใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (SD = 1.09) ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง

การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ คนในครอบครัวไม่มองว่าเป็นภาระของครอบครัวค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.96 (SD = 1.05) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่ได้รับการสนับสนุนระดับน้อยและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คนใกล้ชิดให้ความไว้วางใจ ในการทำกิจกรรมหรืองานต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 (SD = 1.17) รองลงมา คือ คนใกล้ชิดแสดงให้เห็นว่า ยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (SD = 1.19)

การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยจากครอบครัว คนใกล้ชิดหรือหน่วยงานต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50

(SD = 0.98) การสนับสนุนอยู่ระดับมาก ส่วนข้อที่ได้รับการสนับสนุนระดับน้อยและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.25

(SD = 0.96) รองลงมาได้รับความช่วยเหลือเรื่องการทำงาน จากครอบครัว คนใกล้ชิดหรือหน่วยงานต่าง ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (SD = 1.09)

การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 ข้อ ทั้งการได้รับความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากบุคคลกลุ่มต่าง ๆ และการมีคำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (SD = 0.88) และเท่ากับ 2.84 (SD = 0.91) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n = 212)

ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ
1. สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ช่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสะดวกและมีความสุขสบาย	3.38	0.93	ปานกลาง
2. สภาพสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ทั้งในและนอกบ้านช่วยให้อยู่อาศัยได้อย่างปลอดภัย	3.67	0.85	มาก
3. ชุมชนที่ท่านอยู่ มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้สามารถเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก	3.03	0.99	ปานกลาง
4. ชุมชนที่อยู่มีส่วนสาธารณะที่สามารถไปพักผ่อนได้อย่างสะดวก	2.43	0.99	น้อย
5. สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ส่งผลดีต่อสุขภาพ	3.36	0.85	ปานกลาง
6. รู้สึกว่าการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน มีความปลอดภัยดี	3.59	0.70	มาก
7. สถานที่สำคัญในชุมชนมีการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ทางเดิน ทางลาด สำหรับรถเข็น	3.19	0.87	ปานกลาง
รวม	3.24	0.10	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 (SD = 0.10) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ สภาพสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ทั้งในและนอกบ้านช่วยให้อยู่อาศัยได้อย่างปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (SD = 0.85) และรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีความปลอดภัยดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 (SD = 0.70) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ

ชุมชนที่ท่านอยู่มีส่วนสาธารณสุขที่สามารถไปพักผ่อนได้อย่างสะดวก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 (SD = 0.99)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n = 212)

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการอย่างต่อเนื่อง	2.38	1.04	น้อย
2. ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	2.75	0.87	ปานกลาง
3. ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์อย่างเต็มที่	2.76	0.93	ปานกลาง
4. ได้รับบริการทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยความพิการทางกาย อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับคนพิการอย่างเพียงพอ	3.15	0.79	ปานกลาง
5. สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ไปติดต่อราชการ ไปพักผ่อนหรือออกกำลังกาย เป็นต้น	3.26	0.81	ปานกลาง
6. เมื่อเจ็บป่วย สามารถไปรับการรักษาได้ตามที่ต้องการ	3.84	0.71	มาก
7. เมื่อเจ็บป่วย ได้รับบริการที่สะดวกจากสถานบริการที่ไปรับการรักษา	3.77	0.73	มาก
8. ได้รับการศึกษาหรือฝึกอาชีพตามต้องการ	1.96	1.10	น้อย
รวม	2.98	0.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (SD = 0.14) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ เมื่อเจ็บป่วยสามารถไปรับการรักษาได้ตามที่ต้องการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (SD = 0.71) และเมื่อเจ็บป่วยได้รับบริการที่สะดวกจากสถานบริการที่ไปรับการรักษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (SD = 0.73) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (SD = 1.04) และได้รับการศึกษาหรือฝึกอาชีพตามต้องการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD = 1.10)

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n = 212)

สื่อในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์*	จำนวนที่เข้าถึง	ร้อยละ
สื่อโทรทัศน์	184	86.4
สื่อวิทยุ	94	44.3
สื่อบุคคลของหน่วยงาน	81	38.2
สื่อแผ่นพับ/ ใบปลิว	42	19.8
สื่ออินเทอร์เน็ต	41	19.3
สื่อหนังสือพิมพ์	40	18.9
สื่อนิตยสาร/ วารสาร	15	7.1

หมายเหตุ * สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 86.40) รองลงมาเป็นสื่อวิทยุ (ร้อยละ 44.30) สื่อบุคคลของหน่วยงาน (ร้อยละ 38.20) เช่น เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น สื่อแผ่นพับ/ ใบปลิว (ร้อยละ 19.80) สื่ออินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 19.30) สื่อหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 18.90) และน้อยที่สุด คือ สื่อนิตยสาร/ วารสาร (ร้อยละ 7.1)

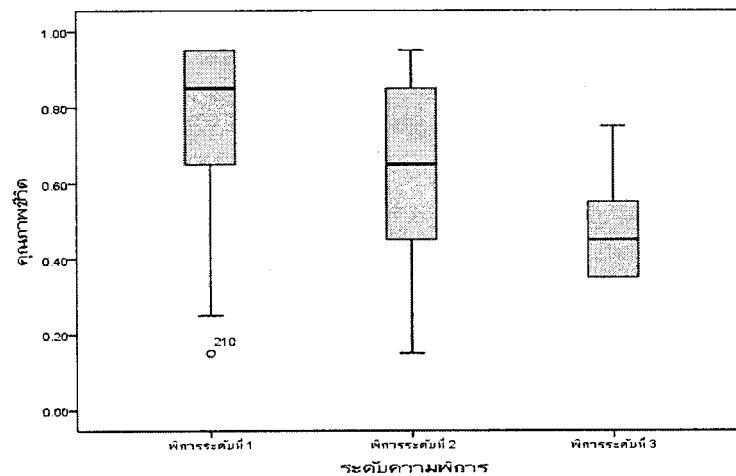
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 9 คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับความพิการ ประเมินด้วยวิธี Standard gamble (SG)

ระดับความพิการ	จำนวน	คุณภาพชีวิต			
		Median (IQR)	95% CI for mean	Min	Max
พิการระดับหนึ่ง	104	0.85 (0.30)	0.75-0.82	0.15	0.95
พิการระดับสอง	103	0.65 (0.40)	0.57-0.68	0.00	0.95
พิการระดับสาม	5	0.45 (0.30)	0.28-0.70	0.35	0.75

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ระดับความพิการ	จำนวน	คุณภาพชีวิต			
		Median (IQR)	95% CI for mean	Min	Max
รวม	212	0.75 (0.40)	0.75-0.85	0.00	0.95



ภาพที่ 5 แผนภาพกล่อง (Box plot) คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับความพิการ (n = 212)

จากตารางที่ 9 และแผนภาพกล่องภาพที่ 5 พบว่า คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี Standard gamble ได้ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.75 (IQR = 0.40) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.75-0.85 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 0.95 เมื่อจำแนกตามระดับความพิการ โดยภาพรวม พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการระดับหนึ่ง ระดับสองและระดับสาม มีค่ามัธยฐานคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.85 (0.30) 0.65 (0.40) และ 0.45 (0.30) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับ คุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

1. ตัวแปรตามเป็น Interval/ Ratio scale ในที่นี้ คือ ค่าคุณภาพชีวิต มีระดับการวัดเป็น Interval scale มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1
2. ตัวแปรต้นเป็น Interval/ Ratio scale หรือเป็นตัวแปรหุ่น Dummy variable ตัวแปรต้นมีทั้งหมด 14 ตัว แต่ละตัวมีระดับการวัดดังในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การจัดระดับการวัดของตัวแปรและการให้รหัสตัวแปรหุ่น

ตัวแปร	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
1. เพศ	Nominal scales	0 = หญิง 1 = ชาย
2. อายุ	Ratio scales	
3. ระยะเวลาที่พิการ	Ratio scales	
4. ระดับความพิการ	Ordinal scales	0 = พิการระดับหนึ่ง 1 = พิการสูงกว่าระดับหนึ่ง
5. ภาวะสุขภาพทางกาย	Ratio scales	
6. การเห็นคุณค่าในตนเอง	Interval scale	
7. การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน	Interval scale	
8. อาชีพ	Nominal scales	0 = ไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 = ประกอบอาชีพ
9. ระดับการศึกษา	Ordinal scale	0 = ไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษา 1 = สูงกว่าประถมศึกษา

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
10. สถานภาพสมรส	Nominal scales	0 = โสด 1 = สมรสหรือหม้าย หย่า แยก
11. รายได้	Ratio scales	
12. การสนับสนุนทางสังคม	Interval scale	
13. ความปลอดภัย ความสะดวก ในการใช้ชีวิต	Interval scale	
14. โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการ	Interval scale	

3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง จากการทำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันหรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับความพิการ การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน การสนับสนุนทางสังคม และความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต

4. ค่าคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติมีค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบจากการ Plot normal curve ของค่า Residual พบว่า Residual มีการกระจายแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.99 และจากการวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.83 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน

5. ตัวแปรอิสระ x_1 และ x_2 ต้องอิสระกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่ความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .85$) และไม่มีค่า Tolerance ของตัวแปรใด $< .02$ (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

6. ไม่มี Multivariate outliers พิจารณาจากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มี Multivariate outliers อยู่ 1 คน ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลง จึงได้ตัดกลุ่มตัวอย่างที่พบค่า Residual เกิน -3 ออก 1 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 211 คน

7. ค่าแปรปรวนของ ϵ คือ σ^2 ต้องคงที่ในทุกค่าของ X (Homoscedasticity) พิจารณาจากกราฟที่ Plot ระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน (ZRES) และค่ามาตรฐานของค่าทำนาย (ZPRED) พบว่า การกระจายของจุดบนกราฟไม่มีลักษณะที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จุดอยู่ห่างจากเส้น 0 ในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n = 211)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต	
	r	p (one-tailed)
เพศ (0 = หญิง, 1 = ชาย)	-.10*	.08
อายุ (ปี)	-.01	.42
ระยะเวลาที่พิการ (ปี)	.06	.19
สถานภาพสมรส (0 = โสด, 1 = สมรสหรือหม้าย หย่า แยก)	.14*	.02
อาชีพ (0 = ไม่ได้ประกอบอาชีพ, 1 = ประกอบอาชีพ)	.13*	.03
ระดับความพิการ (0 = พิการะดับ 1, 1 = สูงกว่าระดับ 1)	-.33*	< .01
ระดับการศึกษา (0 = ประถมศึกษา, 1 = สูงกว่าประถมศึกษา)	.02*	.40
รายได้ (บาทต่อเดือน)	.10	.08
ภาวะสุขภาพทางกาย (คะแนน)	.03	.35
การเห็นคุณค่าในตนเอง (คะแนน)	.49	< .01
การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน (คะแนน)	.49	< .01
แรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนน)	.52	< .01
ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต (คะแนน)	.41	< .01
โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ (คะแนน)	.29	< .01

หมายเหตุ * Point biserial correlation coefficient

จากตารางที่ 11 พบว่า เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($r = .14, p = .02$) อาชีพ ($r = .13, p = .03$) ระดับความพิการ ($r = -.33, p < .01$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = .49, p < .01$) การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน ($r = .49, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .52, p < .01$) ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต ($r = .41, p < .01$) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ ($r = .29, p < .01$)

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n = 211$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	T	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.006	.224	3.219	< .01
การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน	.012	.195	2.916	< .01
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.007	.193	2.829	< .01
ระดับความพิการ	-.076	-.147	-2.618	.01
ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต	.010	.155	2.467	.01

Constant = -.270, R^2 adj = .403, $R^2 = .417, F_{(1,205)} = 6.084, p < .01$

จากตารางที่ 12 เมื่อนำตัวแปรต้นทุกตัวเข้าไปวิเคราะห์ใน โมเดลด้วยวิธีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยโปรแกรมจะนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญ $< .10$ เข้าใน โมเดล ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนค่าคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับความพิการและความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของค่าคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 40.3 ($R^2 = .403, F = 6.084, p\text{-value} < .01$) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .006, .012, .007, -.076, และ .010 ตามลำดับ หมายความว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีการรับรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้น .006 หรือเมื่อมีการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนดีขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้น .012 หรือเมื่อการเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้น .007 หรือเมื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความพิการระดับสองและระดับสามจะมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่มีความพิการระดับหนึ่ง .076 และเมื่อความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ค่าคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้น .010

จากตารางที่ 12 สามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว
ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + \dots + b_n X_n$$

$$Y_{\text{utility}} = b_0 + b_{\text{Social}} X_{\text{Social}} + b_{\text{Self image}} X_{\text{Self image}} + b_{\text{Self esteem}} X_{\text{Self esteem}} + b_{\text{Level}} X_{\text{Level}} \\ + b_{\text{Safety}} X_{\text{Safety}}$$

แทนค่าในสูตร

$$Y_{\text{utility}} = -.270 + .006X_{\text{Social}} + .012X_{\text{Self image}} + .007X_{\text{Self esteem}} + (-.076)X_{\text{Level}} \\ + .010X_{\text{Safety}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{utility}} = .224Z_{\text{Social}} + .195Z_{\text{Self image}} + .193Z_{\text{Self esteem}} + (-.147)Z_{\text{Level}} + .155Z_{\text{Safety}}$$

ในที่นี้

Y_{utility} = ตัวแปรตาม (คุณภาพชีวิต)

b_0 = ค่าคงที่

b_1, b_2, b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression coefficient)

$X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$ = คะแนนของตัวแปรอิสระตัวที่ 1, 2, n

Utility = ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต

Social = แรงสนับสนุนทางสังคม

Self image = การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน

Self esteem = การเห็นคุณค่าในตนเอง

Level = ระดับความพิการ

Safety = ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสัมพันธ์แบบทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งไม่มีปัญหาในการสื่อสาร มีการรับรู้และสามารถประเมินสภาพต่าง ๆ รวมทั้งมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยเป็นคนพิการที่จดทะเบียนตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการในจังหวัดปทุมธานี มีจำนวน 212 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.00) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.50) ค่ามัธยฐานอายุ เท่ากับ 54 ปี (IQR = 23 ปี) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.50) มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.20) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.30) ค่ามัธยฐานรายได้ เท่ากับ 8,000 บาท (IQR = 8,000 บาท) โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 37.70) รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 32.10) ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่มีความพิการเท่ากับ 6 ปี (IQR = 8 ปี) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 73.10) เกือบครึ่งมีระดับความพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับหนึ่ง (ร้อยละ 49.10) คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว น้อยกว่าครึ่งตัวหรือแขนขา น้อยกว่า 2 ข้าง ส่วนด้านภาวะสุขภาพทางกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.40 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.36) และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ร้อยละ 47.62 และมีความรู้สึกไม่สุขสบายจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ร้อยละ 36.80 ซึ่งสรุปเป็นคะแนนรวมภาวะสุขภาพกาย (คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพทางกายไม่ดี) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพทางกายเท่ากับ 2.30 คะแนน (SD = 2.13 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน

คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยการประเมินด้วยวิธี Standard Gamble (SG) ได้ค่ามัธยฐานคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.75 (IQR = 0.40) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.75-0.85 เมื่อจำแนกตามระดับความพิการ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับ ความพิการระดับหนึ่งจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระดับสองและระดับสาม โดยมีค่ามัธยฐานคุณภาพ ชีวิตเท่ากับ 0.85 (0.30), 0.65 (0.40) และ 0.45 (0.30) ตามลำดับ

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ แรงสนับสนุน ทางสังคม ($b = .006$) การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน ($b = .012$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($b = .007$) ระดับความพิการ ($b = -.076$) และความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต ($b = .010$) สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้ร้อยละ 40.3 ($R^2 = .403$, $F = 6.084$, $p\text{-value} < .01$) ซึ่งสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{utility}} = -.270 + .006X_{\text{Social}} + .012X_{\text{Self image}} + .007X_{\text{Self esteem}} + (-.076)X_{\text{Level}} + .010X_{\text{Safety}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{utility}} = .224Z_{\text{Social}} + .195Z_{\text{Self image}} + .193Z_{\text{Self esteem}} + (-.147)Z_{\text{Level}} + .155Z_{\text{Safety}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัด ปทุมธานี สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.75 (IQR = 0.40) ซึ่งอยู่ในระดับ ที่ค่อนข้างสูงซึ่งอาจเป็นเพราะในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างทั่วถึงมากขึ้น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550, 2550) อีกทั้งได้มีการ ประกาศให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการพัฒนา คนพิการให้ได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น จัดหาอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต อาทิ เช่น อุปกรณ์ช่วยในการทรงตัว ช่วยเดิน หรือรถเข็นในการเคลื่อนย้าย ทำให้คนพิการสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวัน (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, 2555) อีกทั้งจัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีระบบบริการเชิงรุก เพื่อเข้าไปดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน รวมทั้งให้ได้รับเบี้ยยังชีพ ความพิการมุ่งให้คนพิการมีสุขภาพดี (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550, 2550) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ญาณิศา วรรณศิริ (2553) ที่ประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยของอรรถประโยชน์ทางตรง

ที่วัดด้วยวิธี Standard Gamble (SG) มีค่า 0.72 (SD = 0.22) แตกต่างจากหลาย ๆ การศึกษาที่ศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว โดยการให้คะแนนตามมิติของคุณภาพชีวิต (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548; พรนภา เจริญสันต์, 2553; ศศินันท์ วาสิณ, 2556; สวิขญา ทังหิรัญ, 2555; อโนชา ทัศนาศนชัย, 2552) ที่พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาที่ยังถือว่าไม่สูงมากนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 52.40 ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ ร่วมกับความพิการที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งต่อตนเองและครอบครัว อีกทั้งยังพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ถึงความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพียงระดับปานกลางเท่านั้น ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จึงต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับการบริการต่าง ๆ ให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น เพื่อส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า

2.1 การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานีได้ ($b = .006$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ($Beta = .224$) จากการศึกษาพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความต้องการให้มีการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการให้มากขึ้น เช่น ให้มีการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านการเงินหรือสนับสนุนด้านการทำงาน เพื่อให้มีอาชีพ และต้องการให้คนใกล้ชิดให้ความไว้วางใจ สนับสนุนให้ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและชุมชน ทำให้บุคคลนั้นสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยให้การสนับสนุนและทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า ยังมีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง รวมถึงรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามคำกล่าวของ Cobb (1976) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ของบุคคลที่ส่งผลช่วยประคับประคองจิตใจ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิตส่งผลให้เกิดความสุขทางใจและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Schaefer et al., 1981) สอดคล้องกับแนวความคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งเกิดแรงจูงใจให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของที่ดีขึ้นของคนพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการไทย

ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา มีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($\beta = .573$) การศึกษาของ ธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในจังหวัดพิจิตร พบว่า การสนับสนุนมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($\beta = .45$) และการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในจังหวัดสมุทรปราการ ($r = .555, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายได้ อีกทั้ง การศึกษาในต่างประเทศของ Carod-Artal et al. (2000) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากที่รอดชีวิต 1 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาดริด เมืองซานกาลอส ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Avolio et al. (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ประเทศอิตาลีที่พิการและไม่พิการพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พิการ

2.2 การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ ($b = .012$) เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ อธิบายได้ว่า การปรับตัวของบุคคลเป็นพฤติกรรมการตอบสนอง เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง เป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับ มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการปรับตัวของ Roy et al. (2009) ในเรื่องของพฤติกรรมปรับตัวของบุคคลที่กล่าวว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคง ด้านจิตใจ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในเรื่องเกี่ยวกับภาพลักษณ์หรือรูปร่างหน้าตาเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือสิ่งแวดล้อม เมื่อใดที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกว่าสภาพร่างกายหรือภาพลักษณ์ของตนเองบกพร่อง ทำให้ไม่สามารถยอมรับได้จะนำมาซึ่งความสูญเสีย วิตกกังวล ไม่สบายใจหรือเจ็บปวดทางด้านจิตใจ แต่หากบุคคลมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองในทางบวก ยอมรับกับภาพลักษณ์และรูปร่างของตนที่เกิดจากความพิการ ไม่รู้สึกลำบากใจ มีกำลังใจในการปรับตัว และสามารถเผชิญปัญหา ส่งผลดีในด้านจิตใจ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mamane (2009) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 250 คน พบว่า ปัจจัยด้านภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยที่ยอมรับกับภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเองจะเกิดความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ(2550) พบว่า การไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย โดยรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกอาย ไม่กล้าพบปะผู้คนเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

ในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้

2.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ ($b = .007$) เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ($b = .007$) อธิบายได้ว่า ในเรื่องของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองนั้นจะสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองได้จากการที่บุคคลสำคัญในชีวิตของเขา เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อน ปฏิบัติต่อเขาในลักษณะที่เป็นการยอมรับ เคารพและให้เกียรติ รวมทั้งการที่บุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จที่ได้กระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้เขาได้รับการยอมรับ เป็นความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Coppersmith, 1981) ดังนั้น บุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับก็จะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะทำให้เกิดความซึมเศร้า ความกังวล ท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต ซึ่งต่างจากบุคคลที่ได้รับการยอมรับจะเห็นคุณค่าในตนเองสูง จนเกิดเป็นพลังในการจัดการกับชีวิต ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ ในการพัฒนาตนเอง (Branden, 1981) ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองจึงมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการได้ ($\beta = .456$) การศึกษาของ ธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2551) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .664, p < .01$) การศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงกับคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Motl et al. (2009) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เมืองอินเดียนา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต

2.4 ระดับความพิการ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยพบว่า ผู้ที่มีระดับความพิการมากจะมีค่าคุณภาพชีวิตลดลง ($b = -.076$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับความพิการมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไปจนถึงระดับที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยผู้พิการที่มีความพิการระดับมาก ได้แก่ มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือลำตัว มากกว่า 2 ข้าง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรืออาจต้องอาศัยการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตมากกว่าคนพิการในระดับน้อย เพราะความพิการระดับน้อย จะสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง สามารถประกอบอาชีพได้ตามความสามารถจึงมีแนวโน้มให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ดังนั้น ระดับความพิการจึงเป็น

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.153, p = .03$) โดยคนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้และการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา พบว่า ความพิการระดับน้อยจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตน้อย แต่หากมีความพิการระดับมากก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากได้

2.5 ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ ($b = .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ อธิบายได้ว่า ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น สภาพสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบ้าน ต้องมีความปลอดภัย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสะดวกและมีความสุขสบายไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดอุบัติเหตุการรู้สึกว่ามีความปลอดภัยและได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของคนพิการ จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในการดำเนินชีวิต ทำให้ค่าคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ตามแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994) ที่กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุญา เจียนรัมย์ (2557) ที่พบว่า คนพิการมีความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ Pawlowska-Cyprysiak et al. (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางร่างกาย ในเมืองวอซอร์ ประเทศโปแลนด์ พบว่า สภาพแวดล้อมและสถานที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหลักในการทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางด้านร่างกาย รวมทั้งการศึกษาของ ชุตติมา มาลัยและคณะ (2554) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และการศึกษาของ สุกัญดา แสงสมเรือง (2554) พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพของผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05 (\beta = .117)$

2.6 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างทั่วถึงมากขึ้น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพุทธศักราช 2550, 2550) โดยได้มีการประกาศให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เป็นยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดการเข้าถึงในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ ระบุให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ

ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เพื่อมุ่งให้คนพิการ มีสุขภาพดี (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550) และมีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของคนพิการในชุมชนที่จะทำให้คนพิการได้รับการบริการที่ดีขึ้น (พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2549, 2549) อีกทั้ง ได้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่มุ่งหวังให้มีการดำเนินงานดูแลคนพิการให้ได้รับการบริการอย่างเข้าถึง และเท่าเทียมกัน โดยผู้มีสิทธิคนพิการสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ตามที่คนพิการสะดวก โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) จึงทำให้ความสัมพันธ์ที่พบมีระดับต่ำ จนไม่สามารถเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิธ เขียวแก้ว (2553) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการขัดแย้งกับการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) ที่พบว่า การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ($r = .434, p < .01$)

2.7 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า คนที่มีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่า/ แยก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าคน โสด อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ คนโสดในกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือเป็นกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาจากบุคคลในครอบครัว สังเกตได้จากขณะทำการเก็บข้อมูล ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่บ้านเพียงลำพัง แม้จะโสด หรือหม้าย หย่า/ แยก ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายที่จะคอยให้ความช่วยเหลือกันในระดับหนึ่ง จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จนไม่สามารถเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ เมื่อถูกควบคุมด้วยปัจจัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิณ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี พบว่า สถานภาพสมรสมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการ ($r = .127, p < .05$) และการศึกษาของ อนัญญา เกียนรัมย์ (2557) ที่พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่ทำให้ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการแตกต่างกัน ขัดแย้งกับการศึกษาของ ภัทร คุ้มรักษา และคณะ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้วมีปัญหาทางด้าน การเคลื่อนไหวทางกาย พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกในการปรับตัว ทำให้การรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ หยาดฝน รัตตะมาน (2554) ที่ศึกษาพบว่า คนพิการที่มีสถานภาพสมรสจะมีความเข้มแข็งในการพึ่งตนเองในทุกด้าน ดังนั้น เมื่อเกิดความเข้มแข็งก็จะมีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหา เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิตส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.8 อาชีพ มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.3) และเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 37.90) ซึ่งยอมรับได้ในข้อจำกัดของการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จึงไม่ได้รู้สึกว่าคุณค่าสอดคล้องกับการศึกษาของ อดิญา เจียนรัมย์ (2557) ที่พบว่า อาชีพของคนพิการที่แตกต่างกัน ไม่ได้ทำให้ความต้องการในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการแตกต่างกัน อาชีพจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แต่อย่างไรก็ตามการประกอบอาชีพถือเป็นการทำงานที่นำมาซึ่งรายได้ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น และสามารถบ่งบอกสถานะทางสังคมได้ ดังการศึกษาของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายหรือ การเคลื่อนไหวในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร อีกทั้งคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มักจะมีปัญหาสุขภาพจิต โดยจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองต้องเป็นภาระของผู้อื่น (ณัฐวดี มณีพรหม, 2553)

2.9 รายได้ มีความสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 69.8) และปัจจุบันคนพิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ และสามารถเบิกจ่ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ทั้งนี้จึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของคนพิการและครอบครัว สามารถนำรายได้ที่มีอยู่ไปจัดหาสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ จึงทำให้พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำ รายได้จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ หยาดฝน รัตตะมาน (2554) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งในการพึ่งตนเอง และการศึกษาของ ศุภัญญา แสงสมเรือง (2554) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีผลต่อคุณภาพผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .112$) กล่าวคือ ยังมีรายได้มากขึ้น โอกาสของผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อรังก็ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) พบว่า รายได้ต่อเดือนของบิดามารดาคนพิการทางกายมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายภายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ

2.10 ระยะเวลาที่พิการไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานีไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีค่ากลางระยะเวลาที่พิการ 6 ปี ซึ่งอาจเป็นระยะเวลาที่นานพอ ทำให้ยอมรับได้กับความพิการที่เกิดขึ้นและมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher (1994) เพราะ โดยธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต จึงอาจทำให้ระยะเวลาที่พิการไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิณ (2556) ที่พบว่า ระยะเวลาที่พิการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคนพิการ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) พบว่า ผู้ที่มีความพิการเป็นระยะเวลานานจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่พิการในระยะแรก ๆ โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .168$) และการศึกษาของ ชูติมา มาลัย และคณะ (2554) พบว่า คนที่มีระยะเวลาความพิการนานจะยอมรับความพิการของตนเอง มีความคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตหลาย ๆ ด้านมากกว่าที่จะคิดอยู่เรื่องเฉพาะความพิการซึ่งส่งผลให้คนพิการมีการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี

2.11 ภาวะสุขภาพทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพทางกาย ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึง ประวัติการมีโรคประจำตัว การรับรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายทางกายหรือการรับรู้จากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ โดยภาวะสุขภาพทางกายที่พบในกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 คะแนน (SD = 2.13 คะแนน) ซึ่งเป็นระดับคะแนนที่มีภาวะสุขภาพทางกายค่อนข้างดี อีกทั้งการไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง และอาจมีการควบคุมการรักษาที่ดี เช่น การรับประทานยาความดันโลหิต และยาเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ความสัมพันธ์ที่พบมีระดับต่ำ จนไม่สามารถเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา และพรทิพย์ วัฒนาวีวัฒน์ (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิต ($r = 0.38, p < 0.05$) แสดงให้เห็นผลกระทบของการบาดเจ็บของไขสันหลังต่อร่างกายซึ่งเป็นผลจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

2.12 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และขัดแย้งกับ คำกล่าวที่ว่า ระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาทุก ๆ ด้าน ช่วยส่งเสริม พัฒนาสติปัญญาของบุคคลช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความเข้าใจปัญหา และวิธีการปฏิบัติตัวได้ดี เมื่อเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (Venderburg, 1987 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551) อีกทั้งคำกล่าวที่ว่า การศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้

และเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติตน ระดับการศึกษาของบุคคล จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพอนามัย (Pender, 1987) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่พบว่า ผู้พิการไทย ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระดับการศึกษาน้อย โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .197$) หรือการศึกษาของ Pawlowska-Cyprysiak et al. (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางร่างกาย ในเมืองวอซอร์ ประเทศโปแลนด์ พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหลักในการทำนายคุณภาพชีวิตของคนพิการทางด้านร่างกาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือมีผู้คอยกระตุ้นเตือน ให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรคและความช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการรับรู้และเรียนรู้ มีประสบการณ์ ในการปฏิบัติตน เพื่อดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของตนเองหรือช่วยตนเองได้ตามศักยภาพ ที่มีอยู่ จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ วาสิน (2556) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.13 เพศไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า เพศ เป็นลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยาและการกำหนดบทบาททางสังคม ค่านิยม บุคลิกภาพ และการรับรู้คุณภาพชีวิตระหว่างเพศหญิงและเพศชาย การรับรู้ที่ต่างกันจะส่งผล ให้มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันของทั้งเพศชาย และหญิง (Pinquart & Sorensen, 2006) เป็นไปตามการศึกษาของ สวิขญา ทังหิรัญ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกายในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = .211, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ หมือ้ม และคณะ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายจังหวัดพิษณุโลก พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.58$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.00) และด้วยวัฒนธรรมและหน้าที่ทางสังคม ในปัจจุบันเพศหญิงหรือเพศชายต่างมีบทบาทหรือหน้าที่การทำงานเท่าเทียมกัน ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็ นเพศใด เมื่อเกิดความพิการย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัวไม่แตกต่างกัน จึงทำให้เพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัญญา แสงสมเรือง (2554) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พิการ

2.14 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดปทุมธานี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ขัดแย้งกับคำกล่าวที่ว่าอายุมีอิทธิพล

ในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และความสามารถนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อวัยชรา (Orem, 2001) และการศึกษาที่ว่า คนที่อายุน้อย มักมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ สามารถดูแลตนเองได้ (สถาพร ภู่วิสวรรณ, 2547) ส่วนบุคคลที่มีอายุมาก จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายลดลง (Allen, 1990 ; Mc Ardele et al., 1991; Matteson et al., 1997 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 54 ปี ซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในวัยทำงานและวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในการปรับตัวและจัดการดูแลสุขภาพตนเองมาพอสมควร จากการตั้งสมมติฐานตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้อายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิม รัตนะโสภา (2553) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ศศิพันธ์ วาสิน (2556) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี ($r = -.211, p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับท้องถิ่น

การจะพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้นั้น หน่วยงานกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล รวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชน ควรให้การส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนำปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับความพิการ และความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตมากำหนดเป็นนโยบายและแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยออกแบบระบบบริการแบบองค์รวม และพัฒนาให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เน้นการทำงานเชิงรุกตามสภาพปัญหาและความต้องการ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด โดยข้อที่มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย คือ คนใกล้ชิดยังไม่ให้ความไว้วางใจในการทำงานต่าง ๆ และไม่แสดงให้เห็นว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน จึงควรมีการสนับสนุนและผลักดันให้ชุมชนและครอบครัว มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม โดยจัดอบรมคนใกล้ชิดที่ดูแลคนพิการ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในครอบครัว ให้เกิดการยอมรับและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน หรือจัดกิจกรรมให้คนพิการได้เข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชนในวันสำคัญต่าง ๆ และการศึกษาพบว่า การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และบริการยังอยู่ในระดับน้อย จึงควรมีนโยบายให้ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินที่เพียงพอ

โดยให้การช่วยเหลือเรื่องการทำงาน จัดให้มีการฝึกอาชีพตามศักยภาพที่สามารถทำได้ รวมทั้งจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาในชุมชน มีศูนย์ประสานงาน มีเครือข่ายบริการอย่างทั่วถึงภายในชุมชน

1.2 การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน จากการศึกษาพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน ทำให้ตนเองมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตอยู่ในระดับมาก ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อไม่ให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพที่ตนเองมี

1.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาพบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ คนพิการรับรู้ว่าตนเองมีความคิดที่ทำให้ผู้อื่นคล้อยตามน้อย และรู้สึกว่าคุณค่าไม่เท่าเทียมผู้อื่น ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรมให้มีการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น หรือให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองจากบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน แต่ไม่ท้อแท้ชีวิต จนประสบความสำเร็จ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่นได้ รวมทั้งควรมีนโยบายการปลูกฝังให้คนในสังคมมีทัศนคติกับคนพิการในเชิงบวก

1.4 ปรับสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต โดยจะเห็นว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ว่า ชุมชนที่อาศัยอยู่มีสวนสาธารณะที่สามารถไปพักผ่อนน้อย และไม่สามารถเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ ได้สะดวก ดังนั้น หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิตของคนพิการ เช่น ควรมีงบประมาณในการจัดหาสวนสาธารณะในชุมชน เพื่อให้สามารถเดินทางไปพักผ่อนได้อย่างสะดวก รวมทั้งมีนโยบายให้การช่วยเหลือปรับปรุงบ้านทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และความสะดวกสำหรับคนพิการและครอบครัว โดยกำหนดเป็นนโยบายและแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง

1.5 ควรให้ความสำคัญกับผู้พิการที่มีระดับความพิการค่อนข้างมากคือ มีความพิการของแขนหรือขามากกว่า 3 ข้างขึ้นไปเป็นลำดับแรก เพราะพบว่าคนที่มีความพิการระดับมากมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนที่มีความพิการในระดับที่น้อยกว่า

2. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาล หรือพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบบริการ เพื่อการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้เกิดความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับความพิการ และ

ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต มาใช้ในการกำหนดแนวทางการทำงาน และส่งเสริมสุขภาพ ให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วมระหว่างคนพิการและคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล เผื่อระวังไม่ให้ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น แนะนำให้คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ไม่ควรมองว่าเป็นภาระ ควรสนับสนุน ใ้วางใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามศักยภาพที่มีอยู่ให้ได้มากที่สุด เป็นต้น หรืออาจจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา เพื่อให้มีการพบปะพูดคุย กระตุ้นเตือน ให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง หรือให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดปัญหา

2.2 ส่งเสริมให้มีการรับรู้สภาพสภาพความพิการ และความสามารถที่เหลืออยู่ เพื่อให้เกิด การยอมรับภาพลักษณ์และรูปร่างของตน และเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ฝึกพัฒนาความคิด ให้เป็นไปในเชิงบวก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมด้านจิตใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งควรจัดกิจกรรมประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้า หากพบความผิดปกติ ส่งพบผู้ให้การปรึกษาหรือให้การรักษา ในผู้ที่มีความผิดปกติรุนแรงอย่างทันที่ควรเผื่อระวัง ไม่ให้มีการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน หรือการเห็นคุณค่าในตนเองในด้านลบ เนื่องจาก อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การทำร้ายตนเองได้

2.3 ด้านความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต ควรจัดกิจกรรมให้มีการรณรงค์ ช่วยเหลือกันในการปรับสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและชุมชน เพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสะดวก และมีความปลอดภัยในการใช้ชีวิต อีกทั้งยังส่งผลดี ต่อสุขภาพ หากมีสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ดี

2.4 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการประเมินคุณภาพการบริการ ประเมินผลลัพธ์ เพื่อนำมาปรับปรุง และพัฒนางานให้มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งจะให้เห็นถึงอิทธิพลของ ตัวแปรมากขึ้น เช่น ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตคนพิการในเมืองกับชนบทหรือกลุ่มที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ กับอยู่ในชุมชน กลุ่มที่มีความพิการไม่นานและพิการมานานแล้ว เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นปัญหาความต้องการของคนพิการควบคู่ กับเชิงปริมาณ ซึ่งจะเป็แนวทางพัฒนาระบบการดูแลคนพิการได้ดียิ่งขึ้น

3. ควรทำวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมหรือจัดรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เช่น ศึกษาวิจัย พัฒนารูปแบบในกระบวนการสร้างเครือข่ายคนพิการ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ควรมีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะหรือใช้ข้อมูลในเชิงคุณภาพมาประกอบ เพื่อช่วยในการสร้างเครื่องมือที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้อย่างสมบูรณ์
5. ควรมีการพัฒนาวิธีการหรือรูปแบบการบริการที่เสริมพลังอำนาจ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้ในเชิงการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือต้นทุน-อรรถประโยชน์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดในเชิงนโยบายต่อไป

บรรณานุกรม

- กฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 พุทธศักราช 2537 ออกตามความในพระราชบัญญัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 (2537, 11 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-31.
- คณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)*. เข้าถึงได้จาก 203.155.220.230/info/Plan/plan_5/bma_plan5_2.htm.
- คณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2555). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เพื่อประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพของประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก www.hitap.net/system/files/proposal_eq5d5l.pdf
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: แนวคิด และประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- เฉลิม รัตนะโสภาก. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- เฉลิมขวัญ สิงห์วี. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายภายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชุติมา มาลัย. (2554). *รูปแบบการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขต อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี*. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี.
- ณานิสาวรรณศิริ. (2553). *อรรถประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ณัฐวดี มณีพรหม. (2553). *ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้พิการเนื่องจากการตัดขาที่มา
รับบริการที่ศูนย์กายอุปกรณ์ในประเทศ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
สุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญลักษณ์ หมี่อ้อม, พัทธมณท์ มังมดี และสุภษา คำเขียน. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคน
พิการทางกาย จังหวัดพิจิตร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
สาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธนเรศวร.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
เรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษราคม์ คาบเพ็ชร. (2553). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก
โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา และพรทิพย์ วัฒนาวินาศ. (2559). *คุณภาพชีวิตและการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง*. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 49(2), 185-196.
- พรณา เจริญสันต์. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายและการ
เคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์.
- พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534. (2534, 25 พฤศจิกายน).
ราชกิจจานุเบกษาฉบับพิเศษ. หน้า 1.
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
พุทธศักราช 2542. (2542, 11 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 5-9.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2556.
(2556, 29 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 6.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550. (2550, 27 กันยายน).
ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8-24.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550. (2552, 29 พฤษภาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 77 ง หน้า 2.

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพุทธศักราช 2550. (2550, 19 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 1-18.
- พิทักษ์ ทองสุข. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนหรือขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พลี้อ เจียวแก้ว. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล และทัศนัท ศิริเสถียรรุจ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 3(2), 1-14.
- วรลักษณ์ ทองใบประสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สัตยากร และทวีศักดิ์ ไพบูลย์. (2550). ประสิทธิภาพการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(1), 72-84.
- สถาปนันท์ หงษ์สวัสดิ์. (2551). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศินันท์ วาสิน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดนนทบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 7(2), 83-96.
- ศิรินาถ ดงศิริ. (2554). โครงการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเครื่องมือประเมินความพิการ. เข้าถึงได้จาก http://www.healthyability.com/loadfile/J_25550314_Final.pdf
- สุกัญดา แสงสมเรือง. (2554). การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานาฏการนโยบายสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. (2555). แนวทางการดูแลสุขภาพคนพิการสำหรับองค์กรในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). ผู้มีความเป็นธรรมระบบบริการสุขภาพคนพิการ. เข้าถึงได้จาก <http://old.hsri.or.th/sites/default/files/hsri-forum7-website.pdf>

- สถาพร ภู่วัฒน. (2547). *ปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาแบบ แพทย์ทางเลือก ศูนย์การแพทย์ผสมผสาน โรงพยาบาลบางปะกอก 1. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.*
- สวิษฐา ทังหิรัญ. (2555). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกายในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.*
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 16. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพเยาวชนผู้พิการด้านการศึกษา. เข้าถึงได้จาก <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=16&chap=10&page=t16-10-Infodetail02.html>/สาเหตุของความพิการ.*
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานฉบับสมบูรณ์ สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการ และคุณภาพ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.*
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ. เข้าถึงได้จาก <http://www.oppd50.com/oppd/index.php>*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.*
- สำนักทะเบียนราษฎร. (2557). *เขตการปกครองและประชากรกลางปีจังหวัดปทุมธานี ประจำปี พ.ศ. 2557. ปทุมธานี: สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย.*
- หยาดฝน รัตตะมาน. (2554). *ความเข้มแข็งในการพึ่งตนเองของผู้พิการ กรณีศึกษาค่าบลท่าชัย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.*
- อนัญญา เจียนรัมย์. (2557). *ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 25(1), 63-70.*
- อโนชา ทศนาชนชัย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิต คนพิการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*

- Avolio, M., Montagnoli, S., Marino, M., Basso, D., Furia, G., Ricciardi, W., & De Belvis, A. (2013). Factors influencing quality of life for disabled and nondisabled elderly population: the results of a multiple correspondence analysis. *Current gerontology and geriatrics research, 2013*.
- Branden, N. (1981). *The Psychology of Self-Esteem* (15th ed.). New York: Bantam Book's.
- Breslin, S. (1991). Quality of life: how is it measured and defined? *Urologia Internationalis, 46*(3), 246-251.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing: Conduct, critique, and utilization*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Carod-Artal, J., Egado, J. A., González, J. L., & De Seijas, E. V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke experience of a stroke unit. *Stroke, 31*(12), 2995-3000.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Coopersmith, S. E. (1981). Object-instinctual and developmental aspects of perversion. *Psychoanal Rev, 68*(3), 371-383.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in nursing & health, 15*(1), 29-38.
- Fox-Rushby, J., & Cairns, J. (2008). *Economic Evaluation*. Glasgow: Bell & Bain.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work Stress and Social Support*. Philadelphia: Addison-Wesley Publishing.
- Mamane, E. (2009). *Factors effecting quality of life among patient with post-operative breast cancer in roi-et province, thailand*. Master's thesis, College of Public Health Sciences, chulalongkorn University.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 18*(1), 32-38.
- Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M., & Gliottoni, R. C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med, 14*(1), 111-124.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practices* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pawlowska-Cyprysiak, K., Konarska, M., & Zolnierczyk-Zreda, D. (2013). [Determinants of quality of life people with physical disability]. *Med PR*, 64(2), 227-237.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45.
- Roy, S. C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy adaptation model and research. *Nurs Sci Q*, 22(3), 209-211.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Schumacher, K. L. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Shamsul, A., Mohd Rohaizat, H., Muholan, K., Noor Zaiha, H., Ang, W., Sei, F., Zulfadli, M., Nurul Husna, A. (2013). Quality of life and its influencing factors among physically disabled teenagers in Kuala Lumpur, Malaysia. *Journal of Public Health Medicine*, 13(2), 11-19.
- Stanley, L., David, W. H., Janelle, K., & Stephen, K. L. (1990). *Adequacy Of Sample Size In Health Studies*. Chi Chester: John Wiley & Sons.
- Stromberg, M. F. (1984). Selection and instrument to measure quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 11(1), 88-91.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.
- Torrance, G. W., & Feeny, D. (1989). Utilities and quality-adjusted life years. *International journal of technology assessment in health care*, 5(04), 559-575.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 24-56.

- WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Retrieved from www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2011). *World report on disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวอย่างแบบสอบถาม
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว
จังหวัดปทุมธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพทางกายของคนพิการ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความปลอดภัยและความสะดวกในการใช้ชีวิต กับโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ

แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 63 ข้อ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	

ขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลของท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

นางสาวสมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์
นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง (.....) และเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- [] 1. ชาย [] 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี (จำนวนปีเต็ม เศษของเดือนปัดทิ้ง)

3. สถานภาพสมรสของท่าน

- [] 1. โสด [] 2. คู่
[] 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือ

- [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา
[] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น [] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
[] 5. อนุปริญญา/ ปวส. [] 6. ปริญญาตรี
[] 7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

- [] 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
[] 2. ทำที่บ้าน

ระบุลักษณะงาน.....

- [] 3. ทำนอกบ้าน

ระบุลักษณะงาน.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และตัวท่านเฉลี่ย.....บาท/เดือน (ถ้าไม่มีรายได้ให้ใส่ 0 บาท)

7. ระยะเวลาที่ท่านเริ่มมีความพิการทางการเคลื่อนไหวจนถึงปัจจุบัน.....ปี

8. ระดับความพิการ (สังเกตโดยผู้วิจัย)

- [] ระดับที่ 1 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขนขาน้อยกว่า 2 ข้าง
- [] ระดับที่ 2 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือแขน ขาเพียง 2 ข้าง
- [] ระดับที่ 3 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย

คำชี้แจง: กรุณาเติมคำในช่องว่าง และเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

[] ไม่มี ข้ามไปตอบข้อ 3 [] มี

2. โรคประจำตัวที่ท่านเป็นคือ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] โรคเบาหวาน

[] โรคความดันโลหิตสูง

[] โรคมะเร็ง

[] โรคกระดูกและข้อ

[] โรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง

[] อื่น ๆ ระบุโรคที่ท่านเป็นอยู่ทั้งหมด.....

3. ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว หรือไม่

[] ไม่มี ข้ามไปตอบข้อ 5 [] มี

4. ความเจ็บปวดมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเพียงใด

[] ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตมาก

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด

5. ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกไม่สุขสบายจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอหรือไม่

[] ไม่มี ข้ามไปตอบส่วนที่ 3 [] มี

6. ความรู้สึกไม่สุขสบายจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเพียงใด

[] ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตมาก

[] มีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านจิตใจ

คำชี้แจง: แบบสอบถามส่วนนี้แบ่งเป็น 2 ตอน ให้ขีดเครื่องหมาย \surd ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนั้นเลย
 น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นระดับปานกลาง
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นระดับมาก
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นระดับมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1.	ท่านรู้สึกมีความสุข สงบ และมีความหวังกับชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.	ข้าพเจ้ามีความภาคภูมิใจในตัวเอง					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1.	ท่านยอมรับรูปร่างของตนเองที่เป็นอยู่ขณะนี้					
2.	..... ..... .....				
3.	..... ..... .....				
4.	..... ..... .....				
5.	ความพิการทำให้ท่านสูญเสียความมั่นใจ ที่จะแสดงความสามารถที่มีอยู่					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: ให้ขีดเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 เดือน

ที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนั้นเลย
 น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์						
1.	ท่านมีคนที่น่าไว้วางใจ พุดคุย ระบายปัญหา เมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ					
2.	..... .....				
3.	ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ จากครอบครัวท่าน					
การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า						
4.	มีคนให้ความเคารพ นับถือ ไม่แสดงท่าที รังเกียจท่าน					
5.	..... .....				
6.	..... .....				
7.	คนใกล้ชิดให้ความไว้วางใจท่าน ในการทำ กิจกรรมหรืองานต่าง ๆ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เงิน และบริการ						
8.	ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ อาหาร และสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ					
9.	..... .....				
10.	.....				
11.	..... .....				
12.	..... .....				
13.	..... .....				
14.	ท่านได้รับความช่วยเหลือ แก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยตามที่ต้องการ					
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
15.	ท่านได้รับความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากบุคคลกลุ่มต่าง ๆ					
16.	ท่านมีคนแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง: แบบสอบถามส่วนนี้แบ่งเป็น 2 ตอน ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของ

ท่านมากที่สุด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนั้นเลย
 น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ชีวิต

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1.	สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ช่วยให้ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างสะดวก และมีความสุขสบาย					
2.	..... .....				
3.	..... .....				
4.	..... .....				
5.	..... .....				
6.	..... .....				
7.	สถานที่สำคัญในชุมชนมีการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ทางเดิน ทางลาด สำหรับรถเข็นห้องน้ำ					

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ

ข้อ	ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ของคนพิการอย่างต่อเนื่อง					
2.	..... .....				
3.	..... .....				
4.	..... .....				
5.	..... .....				
6.	..... .....				
7.	..... .....				
8.	ท่านได้รับการศึกษาหรือฝึกอาชีพตามต้องการ					

9. ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการจากสื่อในรูปแบบใด

ลำดับ	สิทธิคนพิการ	เข้าถึง	ไม่สามารถเข้าถึง
1.	วิทยุ		
2.	โทรทัศน์		
3.	แผ่นพับ/ ใบปลิว		
4.	หนังสือพิมพ์		
5.	นิตยสาร/ วารสาร		
6.	อินเทอร์เน็ต		
7.	สื่อบุคคลของหน่วยงาน โปรครระบุ.....		

ข้อความจำลองทางเลือก	เลือกวิธีการ รักษานี้	ไม่เลือกวิธีการ รักษานี้
.....		
.....		
.....		
.....		
ถ้าวิธีการรักษานี้ได้ผล 10 เปอร์เซ็นต์ หรือมีโอกาเสียชีวิต 90 เปอร์เซ็นต์ (หมายถึงว่าคนที่รับการรักษานี้ 100 คน, มี 10 คนหายจากความพิการ และ 90 คนที่เสียชีวิต)		

ผลสรุป: คุณภาพชีวิต =

ภาคผนวก ข
เอกสารรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

Factors Influencing Quality of Life among Mobility Impairment People in Pathumthani Province

ชื่อนิติ นางสาวสมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์

รหัสประจำตัวนิติ 54920151 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06-05-2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 212 ราย สถานที่เก็บรวบรวม

ข้อมูลคือ ชุมชนตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง ชุมชนตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง และชุมชนตำบลคูบางหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

Factors Influencing Quality of Life among Mobility Impairment People in Pathumthani Province

2. ชื่อ นิสิต นางสาวศมนรัญษ์ สุวรรณทรัพย์

รหัสประจำตัวนิสิต 54920151 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

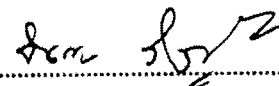
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 05 - 2558

ให้เพิ่มเติมสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ ชุมชนตำบลบ้านดาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

4. วันที่ให้การรับรอง: 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จันทนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-05-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศมนรัักษ์ สุวรรณทรัพย์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ขึ้นทะเบียนคนพิการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีผู้ร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 212 ราย ช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ในการตอบแบบสอบถามจะใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที โดยไม่ต้องระบุชื่อ-สกุล แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วให้เก็บในซองกระดาษ

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำข้อมูลที่ได้นี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและช่วยเหลือให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในการเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบแบบสอบถาม สามารถปฏิเสธได้ โดยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งทางผู้วิจัยขอชี้แจงว่าการตอบแบบสอบถามนั้น ท่านไม่จำเป็นต้องระบุชื่อ-สกุล ผู้วิจัยจะใช้รหัสตัวเลขแทนแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วจะถูกเก็บอย่างมิดชิดในซองกระดาษ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล และผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม มิได้เป็นการรายงานรายบุคคล และจะไม่มีเปิดเผยรายชื่อของท่านแก่บุคคลอื่นทราบในทุกกรณี การทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยแพร่และตีพิมพ์แล้ว หากท่านยินดีให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอความกรุณาท่านลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 084-359-6160 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ลีรัตนวิระอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-5903787

นางสาวสมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว
ในจังหวัดปทุมธานี

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้า ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้ได้ แต่มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยการแสดงออกในกิริยาท่าทางด้วยความเต็มใจ ก็ถือว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องลงนามหรือประทับลายนิ้วมือก็ได้ แต่หากมีญาติหรือผู้ดูแลให้ลงนามเป็นผู้แทนหรือพยาน

ลงนาม.....ผู้แทน โดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสมนรรักษ์ สุวรรณทรัพย์)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง

เอกสารขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๐๒๙



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

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวศมนรัักษ์ สุวรรณทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลัคณาวิระ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้ นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๖๕ ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนพริกไทย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวชน์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและประกันคุณภาพการศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๔-๓๕๙๖๑๖๐

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนพริกไทย

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๐๒๗

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

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอลาดหลุมแก้ว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลีนาวีระ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๗๑ ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบางหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและประกันคุณภาพการศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๔-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๔-๓๕๕๖๑๖๐

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบางหลวง

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๗๐๖๗

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

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอคลองหลวง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวศมนรัักษ์ สุวรรณทรัพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยวดี ลีลัคนาวีระ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๗๖ ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและประกันคุณภาพการศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๔-๓๕๙๖๑๖๐

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า