ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

นางปัทมา รัตนาธรรม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2556

Factors Affecting Family Care Behaviors for Person with Movement Disability in Chanthaburi Province

Mrs. Pattama Rattanathum

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Home Economics in Family and Social Development

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat Open University

2013

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี
ชื่อและนามสกุล	นางปัทมา รัตนาธรรม
วิชาเอก	การพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา	มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร เสี้ยนสลาย
	2. รองศาสตราจารย์ ดร. บุญเสริม หุตะแพทย์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2556

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร เสี้ยนสลาย)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญเสริม หุตะแพทย์)

.....ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี

ผู้วิจัย นางปัทมา รัตนาธรรม **รหัสนักศึกษา** 2517000150

ปริญญา คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร เสี้ยนสลาย (2) รองศาสตราจารย์ ดร. บุญเสริม หุตะแพทย์

ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี (2) หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการและปัจจัยของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว และ(3) ค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในครอบครัว จำนวน 332คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลคนพิการจำนวน 1 ฉบับ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ลักษณะครอบครัวของคนพิการและพฤติกรรมการดูแลคนพิการ สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสมการการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า (1) สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในภาพรวมในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของความพิการ เจตคติต่อคนพิการ ความรู้ในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว และแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในและภายนอกครอบครัว (3) ปัจจัยที่สามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว ความรู้ในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว ระดับความรุนแรงของความพิการ และเจตคติต่อคนพิการของสมาชิกครอบครัว โดยตัวแปรทั้ง 6 สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 24 ของความผันแปรทั้งหมด (R^2=.24)

คำสำคัญ คนพิการทางการเคลื่อนไหว ครอบครัว การดูแลคนพิการ

Thesis title: Factors Affecting Family Care Behaviors for Person with Movement Disability in Chanthaburi Province
Researcher: Mrs. Pattama Rattanathum; **ID:** 2517000150;
Degree: Master of Home Economics (Family and Social Development);
Thesis advisors: (1) Dr.Surapon Seansalai, Associate Professor;(2) Dr.Bonserm Hutabhaedya, Associate Professor; **Academic year:** 2013

Abstract

The objectives of this research were (1) to study the behaviors in caring for the person with movement disability of family members in Chanthaburi province; (2) to find the relationships of characteristics of the disabled, characteristics of the care givers, and family factors with the behaviors of family members in caring for movement disabled person in the family; and (3) to determine factors predicting the behaviors of family members in caring for the person with movement disability.

The sample consisted of 332 family members who had to take care of movement disabled person in the family in Chanthaburi province. The employed research instrument was a questionnaire for care givers of movement disabled person to be used for collecting data on characteristics of the movement disabled persons, characteristics of the care givers for the movement disabled persons, characteristics of the families of the movement disabled persons, and behaviors in caring for the movement disabled persons. Statistics for data analysis were the frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, Pearson's correlation, and regression equation.

The research findings showed that (1) the behavior as a whole of family members in caring for the person with movement disability was at the moderate level; (2) factors related to the behaviors of family members in caring for the person with movement disability included severity of disability, attitudes towards the disabled, knowledge on taking care of a disabled person, and motivation for caring of the movement disabled from within and outside of the family; and (3) factors that could predict the variance of behaviors in caring for the person with movement disability were the motivation within the family for taking care of the movement disabled person, commitment of family members, care giver's knowledge on taking care of the disabled person, motivation from outside of the family for taking care of the disabled person, severity level of disability, and family members' attitude towards the disabled; and the six factors could be combined to explain for the variance of behaviors in caring for the disabled by 24 per cent ($R^2 = .24$).

Keywords: Movement disabled person, Family, Care for the disabled

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย โดยเฉพาะ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เสี้ยนสลาย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. บุญเสริม หุตะแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล ประธานกรรมการสอบที่คอยให้คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้องในการทำวิจัย จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัง ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง อาจารย์พรหมมาตร์ ปฏิสังข์และอาจารย์ศรีลักษณ์ หังสสูตร ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของแบบสอบถาม และช่วยชี้แนะประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกอำเภอทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณทุกกำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ประกอบด้วย นายบุญช่วย รัตนาธรรม นางปทุม รัตนาธรรม บิดามารดาที่สนับสนุนส่งเสริมให้บุตรได้ศึกษาเล่าเรียนมาโดยตลอด คุณวิชาญ และเด็กหญิงรมิดา แซ่ตั๋น ที่เข้าใจและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ในท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้ทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้คุณพ่อคุณแม่ คณาจารย์ที่เคยอบรมสั่งสอนและคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการทุกท่าน

นางปัทมา รัตนาธรรม

กันยายน 2556

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ฎ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4
กรอบแนวคิดการวิจัย 5
สมมติฐานการวิจัย 7
ขอบเขตการวิจัย 8
นิยามศัพท์เฉพาะ 8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 12
แนวคิดความรู้เกี่ยวกับคนพิการ 12
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว 30
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 37
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 56
การเก็บรวบรวมข้อมูล 63
การวิเคราะห์ข้อมูล 64

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 66
ลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลคนพิการ 67
ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ครอบครัวดูแล 73
คุณลักษณะของครอบครัวที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 71
ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลคนพิการ 77
พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี 79
ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย 81
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 97
สรุปการวิจัย 97
อภิปรายผล 99
ข้อเสนอแนะ 104
บรรณานุกรม 107
ภาคผนวก 118
ก หนังสือขอเก็บข้อมูล 119
ข แบบสอบถาม 121
ประวัติผู้วิจัย 134

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 แนวทางการประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกายของกระทรวงสาธารณสุข 16
ตารางที่ 2.2 การวัดระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหวแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย 20
ตารางที่ 2.3 แสดงการเปรียบเทียบช่วงคะแนน Modified Barthel Index กับระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข 25
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการ 67
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกตามลักษณะทั่วไป 74
ตารางที่ 4.3 ลักษณะทางกายภาพของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี 72
ตารางที่ 4.4 ลักษณะทางเศรษฐกิจภาพรวมของครอบครัวผู้ดูแลคนพิการในจังหวัดจันทบุรี 73
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการดูแลคนพิการของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามชนิดการใช้จ่าย 74
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของลักษณะด้านความผูกพันของสมาชิกครอบครัว 75
ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะด้านเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ 76
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของความพร้อมในการดูแลคนพิการของผู้ดูแลคนพิการ 77
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกตามพฤติกรรมรายด้าน 79
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 80
ตารางที่ 4.11 จำนวนสมาชิกครอบครัวจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการและภาวะสุขภาพของคนพิการ 81
ตารางที่ 4.12 จำนวนสมาชิกครอบครัวจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการกับลักษณะความพิการ 82
ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r)ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว 83

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว 86
ตารางที่ 4.15 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านร่างกาย เป็นเกณฑ์(Y_1) 88
ตารางที่ 4.16 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านจิตใจ เป็นเกณฑ์ (Y_2) 90
ตารางที่ 4.17 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านเศรษฐกิจ เป็นเกณฑ์ (Y_3) 91
ตารางที่ 4.18 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านสังคม เป็นเกณฑ์(Y_4) 92
ตารางที่ 4.19 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวภาพรวม เป็นเกณฑ์ (Y_5) 94

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 6
ภาพที่ 2.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) 38

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนพิการเป็นคนกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของสังคมไทย ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปีพ.ศ. 2551 ระบุว่าประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3 ของประชากรทั้งประเทศ และจำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2551) หรือถ้าดูจากสถิติการจดทะเบียนคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคนพิการแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 31 กุมภาพันธ์ 2554 พบว่ามีคนพิการขึ้นทะเบียนทั้งหมด 1,112,534 คน โดยคนพิการกลุ่มที่มีมากที่สุดคือคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีจำนวน 503,646 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.27 ของคนพิการที่จดทะเบียนทั้งหมด คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอยู่อาศัยในครอบครัวที่กระจัดกระจายในทุกภูมิภาคและทุกจังหวัดของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุ (Banloo Siriphanich,1982:12-13) โดยเทียบอัตราส่วนต่อแสนประชากรของกลุ่มอายุที่พิการพบว่าส่วนใหญ่เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25-60 ปี) คิดเป็นร้อยละ 37.47 รองลงมาคือผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ27.49 วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 15-24 ปี) คิดเป็นร้อยละ 17.27 วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 7-14ปี) คิดเป็นร้อยละ 12.91 วัยเด็ก(อายุ 1-6ปี) คิดเป็นร้อยละ 4.70 และมีเพียงส่วนน้อยที่เกิดในวัยทารก (แรกเกิด- 1 ปี) คิดเป็นร้อยละ 0.16 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอายุที่พบความพิการมากที่สุดคือช่วงวัยผู้ใหญ่กับวัยผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการแพทย์ทำให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้น สังคมมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นก็ทำให้จำนวนคนพิการเพิ่มมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ตามธรรมชาติแล้วผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะมีปัญหาด้านความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำให้มีสภาพเป็นคนพิการได้ เช่น ความเสื่อมของข้อเข่าต่าง ๆ โดยธรรมชาติหรืออาจเกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อม โรครูมาตอยด์ โรคเกาท์ ข้อสะโพกกระดูกสันหลัง มีผลทำให้การเคลื่อนไหวได้ลำบาก เจ็บปวดทรมาน เกิดความพิการตามมา (สมชาย เอื้อรัตนวงศ์ ,2550:3-33) นอกจากนี้ผู้สูงอายุวัยผู้ใหญ่ตอนปลายอาจเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ แล้วอาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งผลให้ต้องตัด

อวัยวะ หรือมีภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทและหลอดเลือดแดง มีภาวะอัมพาตกลายเป็นคนพิการได้เช่นกัน

นอกจากความหลากหลายของอายุที่พบคนพิการ คนพิการยังมีความแตกต่างกันในลักษณะความพิการที่ปรากฏ ความรุนแรงของความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และพยาธิสภาพของโรคที่เกิดร่วม ทำให้การดูแลคนพิการแต่ละคน แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน และส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลรักษาที่ต้องอาศัยระยะเวลายาวนานต่อเนื่อง ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นการดูแลรักษาคนพิการส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงกลายเป็นภาระของคนในครอบครัวมากกว่าการดูแลรักษาในระบบของโรงพยาบาล หรือพูดอีกอย่างหนึ่ง ก็คือเป็นการดูแลรักษาโดยคนทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ แต่เป็นการดูแลคนพิการที่สอดคล้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง(Innovative care for chronic condition : ICCC) และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based rehabilitation: CBR) ขององค์กรอนามัยโลกซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เด่นชัดเป็นรูปธรรม เน้นการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน โดยบูรณาการเชื่อมโยงส่วนต่าง ๆ ทั้งองค์กรและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้อย่างเสมอภาค มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข (รัชนี สรรเสริญและคนอื่น ๆ,2551:ข-ค)

ในบริบทสังคมไทยการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาคนพิการสอดคล้องกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่มองว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน หน่วยย่อยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลพัฒนาคุณภาพของคนพิการคือ ครอบครัวของคนพิการ ซึ่งสอดคล้องกับ ขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540:51-101) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยที่สำคัญเป็นพื้นฐานในการช่วยเสริมสร้างให้คนพิการประสบความสุขความสำเร็จในชีวิตและได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ก็คือสภาพแวดล้อมของคนพิการ ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ใกล้ชิดสภาพแวดล้อมถิ่นที่กำเนิด ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อถือ ค่านิยม ทัศนคติ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อคนพิการอย่างยิ่ง คือ พ่อแม่ผู้ปกครอง และครอบครัวของคนพิการ หากบุคคลเหล่านี้ขาดความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่ยอมรับ พยายามผลักไสให้พ้นภาระ หรือให้ความรักความห่วงใยทะนุถนอม คอยโอบอุ้มคุ้มครองจนมากเกินไป ไม่เปิดโอกาสให้ช่วยเหลือตนเองและพัฒนาตนเอง คนพิการที่อยู่กับสภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในลักษณะนี้จะไม่มีโอกาสได้ประสบความสุขความสำเร็จในชีวิต

แนวคิดการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษา รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ถูกนำไปทดลองในทางปฏิบัติในโครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐานของอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรีแล้ว พบว่า การดูแลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องประกอบด้วยการดูแลจากภายในครอบครัว และการดูแลภายในชุมชนที่ต่อเนื่องเป็นเกลียวสัมพันธ์อย่างครบวงจร (รัชนี สรรเสริญและคนอื่น ๆ,2554) นอกจากนี้จากการถอดบทเรียนระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่พื้นที่ต้นแบบ 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลขลุง โรงพยาบาลบ้านตาก โรงพยาบาลตาคลี โรงพยาบาลภูกระดึง โรงพยาบาลแม่อาย โรงพยาบาลสิชล และโรงพยาบาลหนองกุงศรี รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพผ่านกระบวนการวิเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่าตัวผู้พิการต้องมุ่งมั่น อยากดูแล และช่วยเหลือตนเอง แต่ทั้งนี้ครอบครัวต้องคอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้ความร่วมมือและต้องระวังความเคยชินของคนพิการและครอบครัวกับการรอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ(รัชนี สรรเสริญและคนอื่น ๆ,2551)

แต่อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในการเป็นผู้รับผิดชอบงานดูแลคนพิการอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรีของผู้วิจัย พบว่าการดำเนินงานดูแลคนพิการที่ผ่านมานั้นทุกภาคส่วน ในชุมชนค่อนข้างให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่มีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับคนพิการและครอบครัวที่พบคือ ครอบครัวบางครอบครัวให้การดูแลคนพิการเป็นอย่างดี มีความต่อเนื่อง แต่ในบางครอบครัวกลับมีพฤติกรรมไปในลักษณะตรงกันข้าม ไม่ปฏิบัติหรือไม่สามารถให้การดูแลแก่คนพิการให้เหมาะสมได้แล้วส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการแตกต่างกันอย่างชัดเจน เช่น กรณีตัวอย่างคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวรายที่ 1 ชายไทย วัย 48 ปี เมื่อ 10 ปีประสบอุบัติเหตุแผ่นปูนซีเมนต์โรงงานน้ำปลาทับหลังทำให้เกิดความพิการตั้งแต่ระดับเอวลงมาถึงปลายเท้าอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร ครอบครัวให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ปัจจุบันคนพิการรายนี้ยังคงพิการอยู่ แต่สามารถประกอบอาชีพขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างช่วยเหลือครอบครัวได้ กรณีตัวอย่างคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวรายที่ 2 อายุ 67 ปี พิการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเดินไม่ได้มา 5 ปี อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร ชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ จัดหากายอุปกรณ์ให้ แต่คนพิการและครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลด้านสุขภาพ สุดท้ายคนพิการรายนี้อาการคงเดิม กรณีตัวอย่างคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวรายที่ 3 อายุ 36 ปี พิการทางกายและการเคลื่อนไหวร่วมกับโรคดาวน์ซินโดรมตั้งแต่กำเนิดอาศัยอยู่กับบิดา มารดา ชุมชน ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ คนพิการอยาก

เดินพยายามหัดเดินและเดินโชว์ให้ดูว่าเขาทำได้ บิดาดีใจและกล่าวว่า เป็นเพราะผมเองตอนเล็ก ๆ เห็นลูกหัดเดินแล้วเจ็บจึงไม่ให้ฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้ปัจจุบันลูกเดินแบบคลานเข่า

จากกรณีตัวอย่างเหล่านี้ จะเห็นว่าในสภาพความเป็นจริงนั้นครอบครัวไทยในปัจจุบันมีบทบาทและความสำคัญในการดูแลคนพิการตามแนวทางในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 อยู่แล้ว แต่พฤติกรรมของครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลคนพิการยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก บางครอบครัวทำหน้าที่ได้เป็นอย่างดี แต่บางครอบครัวยังทำหน้าที่ได้น้อย โดยมีข้ออ้างหรือเหตุผลแตกต่างกันไป และพฤติกรรมของครอบครัวก็ส่งผลต่อพัฒนาการของคนพิการแตกต่างกันไปด้วย จึงทำให้เกิดคำถามวิจัยที่น่าสนใจว่า ถ้าหากมองในภาพโดยรวมครอบครัวไทยในปัจจุบันมีพฤติกรรมในการดูแลดูแลคนพิการเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในกรณีกลุ่มคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวซึ่งมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวค่อนข้างมาก และคำถามที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลคนพิการของแต่ละครอบครัวนั้นเกิดจากปัจจัยใดได้บ้าง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อแสวงหาคำตอบของคำถามวิจัยเหล่านี้โดยเลือกทำการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่เป็นพื้นที่เริ่มต้นหรือพื้นที่นำร่อง เพื่อแสวงหาองค์ความรู้สำคัญที่จะช่วยอธิบายถึงความแตกต่างของครอบครัวในการดูแลคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหว ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาส่งเสริมสนับสนุนสถาบันครอบครัวให้สามารถดูแลคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

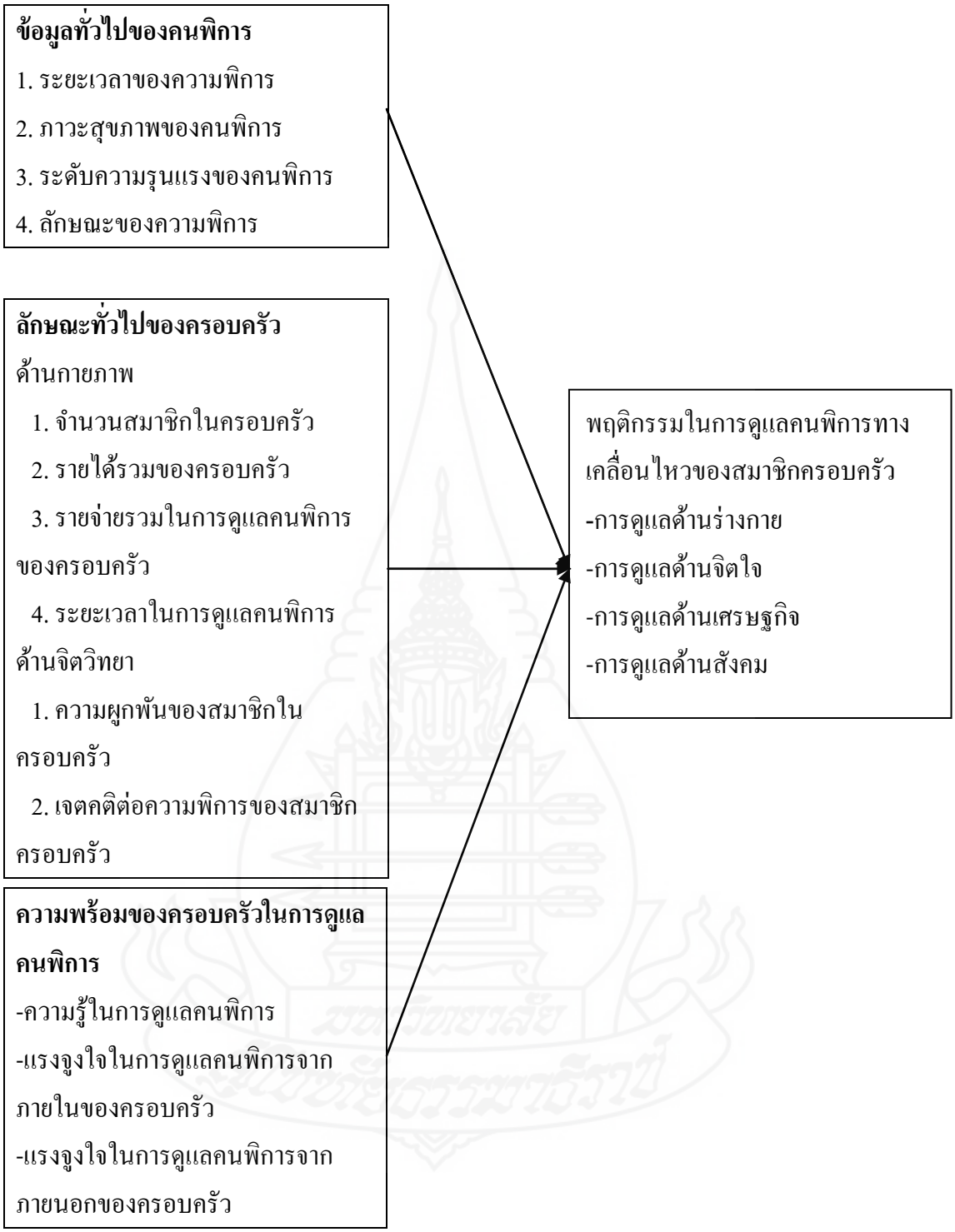
2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

2.2 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

2.3 เพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยเริ่มต้นจากแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition : ICCC) ซึ่งมองว่าการดูแลภาวะเรื้อรัง จะมีระบบที่เกี่ยวข้อง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (micro system) ระบบกลาง (meso system) และระบบใหญ่ (macro system) โดยระบบใหญ่ หมายถึงการดูแลในระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป เมื่อมนุษย์อยู่ในภาวะเจ็บป่วยอันตรายถึงแก่ชีวิตบุคคล จะต้องการผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาล ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยมีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเป็นผู้ดูแล แต่เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตของโรคไปแล้ว คงเหลือภาวะเรื้อรังของโรค/ภาวะทุพพลภาพ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีกหรือทั้งหมด คนพิการครึ่งท่อนล่างจากการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง ไม่จำเป็นต้องอยู่ที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพแล้วแต่ต้องกลับไปดูแลฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ อาชีพ การศึกษา ในระบบกลางซึ่งหมายถึง ชุมชน และ ระบบเล็กหรือในระดับของครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ ผู้วิจัยได้ให้ความสนใจศึกษาเฉพาะในระบบเล็ก(micro system) หรือครอบครัวเท่านั้น เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัย ในระดับครอบครัวอะไรบ้าง ที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่มคือ ลักษณะของคนพิการที่ต้องดูแล ลักษณะของครอบครัวของคนพิการ และความพร้อมในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล ดังกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย

4.1.1 ระยะเวลาของความพิการของคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.1.2 ภาวะสุขภาพของคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.1.3 ระดับความรุนแรงความพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรี

4.1.4 ลักษณะของความพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรี

4.2 ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย

4.2.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.2.2 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.2.3 รายจ่ายรวมในการดูแลคนพิการของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.2.4 ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.2.5 ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

4.2.6 เจตคติต่อความพิการของสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

4.3 ความพร้อมในการดูแลผู้พิการของสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย

4.3.1 ความรู้ในการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

4.3.2 แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

4.3.3 แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ประชากรในการวิจัย คือ สมาชิกของครอบครัวที่เป็นตัวหลักในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับ 3,4 และ 5 ทั้งที่จดทะเบียนหรือไม่จดทะเบียนคนพิการที่ อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยไม่คิดค่าตอบแทน ในจังหวัดจันทบุรีตามข้อมูลทะเบียนคนพิการของสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2556 จำนวน 2,432 คน หรือ ครอบครัว

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวมีอยู่จำนวนมาก แต่งานวิจัยนี้ได้กำหนดขอบเขตตัวแปรที่ทำการศึกษาไว้ตามกรอบแนวคิดที่กำหนด ประกอบด้วยตัวแปรต่อไปนี้

5.2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) ลักษณะของคนพิการในครอบครัว ได้แก่ ระยะเวลาของความพิการ ภาวะสุขภาพของคนพิการ ระดับความรุนแรงของคนพิการ ลักษณะของความพิการ

2) ลักษณะของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะด้านกายภาพ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน รายจ่ายรวมในการดูแลคนพิการของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ลักษณะด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว เจตคติต่อความพิการของสมาชิกครอบครัว

3) ความพร้อมในการดูแลคนพิการของครอบครัว คือความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากในครอบครัวและแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว

5.2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านเศรษฐกิจ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ศึกษาได้ให้คำจัดความของคำศัพท์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

6.1 ระยะเวลาความพิการ หมายถึง จำนวนเดือนและปี ที่คนพิการเริ่มมีความพิการจนถึงปัจจุบัน ณ วันที่เก็บข้อมูล

6.2 ระดับความรุนแรงของความพิการ หมายถึง ระดับความเข้มข้นของความพิการของคนพิการแต่ละคน สามารถวัดโดยดูจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน โดยเริ่มตั้งแต่ตื่นนอน การทำความสะอาดร่างกาย การสวมเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การจัดเตรียมหรือรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตนเองภายในบ้าน นอกบ้าน ทำให้สามารถจำแนกคนพิการเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ระดับ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือมาก ระดับ 3 ช่วยเหลือตัวเองได้ โดยใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการแต่ไม่สามารถออกสังคมได้ ระดับ 4 ช่วยเหลือตัวเองได้มากแต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการและสามารถออกสังคมที่มีสิ่งแวดล้อมอำนวยได้ ระดับ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการและสามารถออกสังคมได้ตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยประเมินด้วยแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย(บุษกร โลหารชุนและคนอื่นๆ,2551)

6.3 ภาวะสุขภาพของคนพิการ หมายถึง ผลการประเมินภาวะสุขภาพของคนพิการ ณ วันที่เก็บข้อมูลว่า มีโรคประจำตัวหรือไม่อย่างไร จำแนกเป็น ไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัว

6.4 ลักษณะของความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ลักษณะความผิดปกติหรือความบกพร่องของอวัยวะร่างกายในทางกายภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม จำแนกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มอวัยวะที่เป็นรยางค์ของร่างกาย (นิ้ว แขน

ขา)ขาดหรือมีไม่ครบ กลุ่มแขน/ขาอ่อนแรงหนึ่งหรือ 2 ข้าง กลุ่มพิการครึ่งท่อนล่างด้วยขาอ่อนแรง/เกร็งหนึ่งหรือสองข้าง ทั้งนี้ให้ผู้ตอบช่วยระบุถึงลักษณะความพิการที่ปรากฏให้เห็น

6.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกของครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน โดยระบุจำนวนสมาชิกที่มีอยู่ในปัจจุบันรวมถึงคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้วย

6.6 รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน หมายถึง รายได้ของสมาชิกครอบครัวทุกคนที่หารายได้มาจุนเจือครอบครัวทั้งรายได้หลักและรายได้เสริมจากแหล่งต่างๆ ต่อเดือนโดยยังไม่หักค่าใช้จ่าย

6.7 รายจ่ายรวมในการดูแลคนพิการของครอบครัวต่อเดือน หมายถึง ปริมาณของรายจ่ายทั้งหมดที่ครอบครัวจำเป็นต้องใช้จ่ายในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อเดือน

6.8 ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ หมายถึง ระยะเวลาที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแลคนพิการมาจนถึงปัจจุบัน ณ วันที่เก็บข้อมูล

6.9 ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การแสดงออกของการกระทำ หรือการสื่อสารที่บ่งบอกถึงความใกล้ชิด ห่วงใย เอื้ออาทร เห็นคุณค่า ช่วยเหลือเกื้อกูลกันของสมาชิกครอบครัว พร้อมทั้งจัดสรรทรัพยากรเวลาที่มีคุณค่าระหว่างกัน

6.10 เจตคติต่อความพิการของสมาชิกครอบครัว หมายถึง ปริมาณการยอมรับของสมาชิกครอบครัวในตัวคนพิการทางการเคลื่อนไหวว่าเป็นผู้มีประโยชน์หรือไร้ประโยชน์ มีความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจคนพิการทางการเคลื่อนไหวและมีความพร้อมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือหรือต่อต้านคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด

6.11 ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลคนพิการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัล ดูแลกัน และพักอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับคนพิการ

6.12 ความรู้ในการดูแลคนพิการ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิทธิของคนพิการ

6.13 แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว หมายถึง ปริมาณความมากน้อยของแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในตัวสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นมาจากปัจจัยภายในครอบครัวเอง

6.14 แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัว หมายถึง ปริมาณความมากน้อยของแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในตัวสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นมาจากปัจจัยภายนอกครอบครัว ทั้งในระดับชุมชน สังคมและวัฒนธรรม

6.15 พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ปริมาณความมากน้อยของการกระทำในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกในครอบครัวในช่วงเวลาที่กำหนด ประกอบด้วยการดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ และการดูแลทางด้านสังคม ตามการรายงานของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ประโยชน์ในทางปฏิบัติการ การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาคนพิการมีข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและดำเนินการพัฒนางานดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี เสมอภาคเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆในสังคม อีกทั้งช่วยลดปัญหาสังคมได้ โดยมีการดำเนินงานใน 3 ระดับ คือ

7.1.1 ระดับเล็ก ได้แก่ การส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว/สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้อยู่ร่วมกันในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

7.1.2 ระดับกลาง ได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียน วัดและหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านคนพิการตามศักยภาพและบทบาททางสังคม

7.1.3 ระดับใหญ่ ได้แก่ นำเสนอข้อมูลคืนกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด สภากาชาด เป็นต้น เพื่อเป็นฐานข้อมูลงานวิจัยด้านการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของจังหวัดจันทบุรี อีกทั้งเพื่อประกอบการเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ สิ่งของ นโยบายสนับสนุนให้เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวต่อไป

7.2 ประโยชน์ในทางวิชาการ สามารถนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. แนวคิดความรู้เกี่ยวกับคนพิการ
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

1.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคนพิการ

1.1.1 ความหมายของคนพิการ

ในปี 2523(ค.ศ.1980) องค์กรอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดความพิการตามกรอบทางการแพทย์ โดยจำแนกให้เห็นความแตกต่างของคำ 3 คำ คือ ความผิดปกติของร่างกาย (Impairment) ความพิการ (Disability) และความเสียเปรียบทางสังคม (Handicap) ซึ่ง ภัทราวุธ อินทรกำแหง (2552:3-4) ได้อธิบายความหมายไว้ ดังนี้

ความผิดปกติของร่างกาย (Impairment) หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายหรือการทำงานของร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อันเป็นผลพวงมาจากสภาวะเจ็บป่วย ถือเป็นความผิดปกติระดับอวัยวะ

ความพิการ (Disability) หมายถึง ข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมใดๆ เยี่ยงคนปกติ ซึ่งเป็นผลพวงมาจากความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญาหรือจิตใจ ความพิการจึงเป็นความผิดปกติระดับบุคคล

ความเสียเปรียบทางสังคม (Handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบทางสังคมของบุคคล ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ทัดเทียมกับคนปกติ ความเสียเปรียบทางสังคมจึงเกี่ยวข้องกับสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้พิการที่ใช้รถเข็นไม่สามารถขึ้นรถประจำทางได้ เป็นต้น

จากความหมายข้างต้นนี้ จะเห็นว่าคนพิการจะหมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของร่างกาย จนทำให้กลายเป็นข้อจำกัดหรือทำให้ขาดความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมใด ๆ เยี่ยงคนปกติจนเกิดเป็นความเสียเปรียบทางสังคมของบุคคล ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ทัดเทียมกับคนปกติ ดังนั้นถ้าบุคคลใดมีความผิดปกติของร่างกายบางประการ เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้านิ้วใดนิ้วหนึ่งขาดไปหรือ มีความพิการข้างหนึ่งแต่ไม่ได้เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใด ๆ เยี่ยงคนปกติก็ไม่ถือว่าเป็นคนพิการ

1.2 ประเภทของความพิการ

ในปี 2552 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้นิยามประเภทของคนพิการ โดยแบ่งความพิการเป็น 6 ประเภท โดยอ้างอิงพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (ดารณี สุวพันธ์และอดิศร์สุดา เฟื่องฟู,2553: 17-32) ดังนี้

1.2.1 ความพิการทางการเห็น มี 2 ระดับ คือ

คนพิการตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับแย่กว่า 3 ส่วน 60 เมตร หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

คนพิการตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต ไปจนถึงแย่กว่า 6 ส่วน 18 เมตร หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

1.2.2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน

เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

1.2.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

คนพิการทางการเคลื่อนไหวครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1) แขนหรือขาอ่อนแรง จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางสมอง อุบัติเหตุไขสันหลัง มะเร็ง โรคติดเชื้อที่สมองหรือไขสันหลัง ภาวะผิดปกติทางสมองหรือไขสันหลังตั้งแต่กำเนิด

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

3) โรคข้อ หรือกลุ่มอาการปวด เช่น รูมาตอยด์ ข้อเข่าเสื่อม

4) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนื่อยง่าย จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคปอด

คนพิการทางร่างกายครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1) ภาพลักษณ์ภายนอกร่างกายที่เห็นชัดเจน เช่น คนแคระที่มีขนาดลำตัวสั้นจนมีผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม

2) ใบหน้า หรือส่วนประกอบของใบหน้า หรือ ศีรษะที่ผิดปกติ เช่น หู ตา จมูก ปากที่ผิดรูป ผิดตำแหน่ง ผิดขนาด อาจจากสาเหตุอุบัติเหตุ ไฟไหม้ หรือโดนสารเคมี เช่น น้ำกรด มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ภายนอกอย่างรุนแรง

3) คอ หลัง ลำตัว ผิดปกติหรือผิดรูป เช่น กรณีหลังคด หรือผิดรูปอย่างรุนแรงที่เห็นเด่นชัดเมื่อดูด้วยตาเปล่า มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ภายนอกอย่างรุนแรง (กรณีนี้ต้องมีการตรวจประเมินว่าไม่สามารถจะทำการรักษาโดยการผ่าตัดได้แล้ว หรือผู้ป่วยไม่ยินยอมผ่าตัด)

4) โรคบางโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องที่ผิวหนังบริเวณใบหน้า ลำตัว หรือรยางค์ แล้วมีผลต่อภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นด้วยตาเปล่าอย่างเด่นชัด หรือมีผลต่อการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ตามร่างกาย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น โรคหนังแข็ง (Scleroderma) โรคสะเก็ดเงิน(Psoriasis) เด็กดักแด้(Epidermolysis Bullosa ; EB) โรคเท้าแสนปม

1.2.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก ได้แก่

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเปอเกอร์ (Asperger)

1.2.5 ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

1.2.6 ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่านการเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

1.3 การประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกาย

ในสังคมไทยนั้นคนพิการจะได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ดังนั้นจึงต้องมีเกณฑ์การพิจารณาว่าบุคคลใดเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกายหรือไม่ กระทรวง

สาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกาย มีรายละเอียดตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แนวทางการประเมินความพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกายของกระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อการพิจารณา	ลักษณะความพิการ	เกณฑ์ตามกฎกระทรวง	หมายเหตุ (ขยายความจากกฎกระทรวง)	สิทธิการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูจากระบบ UC
1. ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้	ความผิดปกติของ ศีรษะ ใบหน้า คอหลัง ลำตัว มือ แขน ขา เท้า แขนขาขาด เหนือศอก/ใต้ศอก/เหนือเข่า/ใต้เข่า ขาขาด มือขาด นิ้วขาด อัมพาต/อ่อนแรง อัมพาตทั้งตัวอัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตของแขนและขาโรคเรื้อรัง กลุ่มอาการปวด โรคข้อ โรคหัวใจ โรคปอด	คนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ก) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือข) คนที่มีความสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัวอันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาต หรืออ่อนแรงโรคข้อ หรืออาการ ปวด เรื้อรังรวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้	คนพิการตามกฎหมายครอบคลุมผู้ที่มีความผิดปกติระดับ 3 ขึ้นไป	คนพิการจะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เมื่อมีความพิการตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป
2. ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ลำตัว มือ แขน หรือขา				
3. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า ครึ่งตัว หรือ แขน ขา น้อยกว่า 2ข้าง				
4. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือแขน ขา เพียง 2 ข้าง				
5. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขา มากกว่า 2 ข้าง				

จากตารางที่ 2.1 แพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือแพทย์ในระบบสถานบริการของรัฐทุกแห่ง จะเป็นผู้มีสิทธิในการประเมินและออกหนังสือรับรองความพิการให้กับคนพิการได้ ซึ่งการประเมินความพิการนั้น แพทย์จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 ลักษณะความพิการทางร่างกาย/การเคลื่อนไหวที่ปรากฏ ได้แก่ ความผิดปกติของศีรษะใบหน้า คอหลัง ลำตัว มือ แขน ขา เท้า แขนขาขาด เหนือศอก/ใต้ศอก/เหนือเข่า/ใต้เข่า ขาขาด มือขาด นิ้วขาด อัมพาต/อ่อนแรง อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตของแขนและขา โรคเรื้อรัง กลุ่มอาการปวด โรคข้อ โรคหัวใจ โรคปอด

1.3.2 การประเมินทำงานของมือ เท้า แขน ขา เพื่อช่วยทำกิจวัตรในชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living :ADL) เช่น การดื่มน้ำจากแก้ว การจับช้อนหรือส้อม เพื่อรับประทานอาหาร การเดิน (ดารณี สุวพันธ์และอดิศร์สุดา เฟื่องฟู,2553:17-32) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ในกรณีที่ผิดปกติของรยางค์ส่วนบนวิธีการประเมินการทำงานของมือ หรือแขนในการประกอบกิจวัตรประจำวันของข้างที่มีความผิดปกติ โดยไม่มีอุปกรณ์ เครื่องช่วยพยุงหรือคนช่วย เช่น การดื่มน้ำจากแก้ว การรับประทานอาหาร การหวีผม การติดกระดุมเสื้อ

1) การดื่มน้ำจากแก้ว ให้ใช้มือข้างที่ผิดปกติ โดยให้ผู้ป่วยใช้มือจับแก้วที่มีน้ำอยู่ประมาณ 2 ใน 3 ยกแก้วขึ้นเพื่อดื่ม ถ้าไม่สามารถยกได้ หรือยกแก้วแล้วแก้วตก หรือยกแก้วแล้วมือสั่นน้ำหกเรี่ยราด น้ำไม่เข้าปาก ถือว่าไม่ผ่าน สามารถประเมินว่าเป็นคนพิการได้ ในกรณีนี้ถ้าแขนหรือมือขาดหาย ก็ให้ถือว่าเป็นคนพิการได้เลย

2) การรับประทานอาหาร ให้ใช้มือข้างที่ผิดปกติ หยิบช้อนหรือส้อมแสดงท่าตักอาหารเข้าปาก ถ้าไม่สามารถตักอาหารได้ หรือตักแล้วหก หรือตักแล้วมือสั่นอาหารหกเรี่ยราด ไม่เข้าปาก ถือว่าไม่ผ่าน สามารถประเมินว่าเป็นคนพิการได้ในกรณีนี้ถ้าแขน หรือมือขาดหาย ก็ให้ถือว่าเป็นคนพิการได้เลย

3) การหวีผม ให้ใช้มือข้างที่ผิดปกติ หยิบหวี แสดงท่าหวีผม

4) การติดกระดุมเสื้อ ด้วยมือข้างที่ที่ผิดปกติเพียงมือข้างเดียว

กิจกรรมเหล่านี้ ถ้าทำไม่ได้เพียงข้อเดียวก็ประเมินได้ว่าเป็นคนพิการ

5) ส่วนการเดิน (ประเมินขาข้างที่ขาด หรืออ่อนแรง โดยไม่มีเครื่องพยุงหรือคนช่วยใด ๆ) วิธีการประเมิน : โดยถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เพียง 1 ข้อ ก็พิจารณาได้ว่าเป็นคนพิการ

(1) เดินไม่ได้

(2) ยืนไม่ได้

*(3) เดินบนพื้นราบไม่ได้*ถึง 10 ก้าว หรือเดินได้ในระยะสั้นๆ ไม่เกิน 10 เมตร แล้วแต่มีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่มีแรงที่จะเดินต่อไป ต้องนั่งรถเข็นอยู่ตลอดเวลา

(4) เดินได้แต่ทรงตัวไม่ดี เช่น ล้มบ่อย เดินก้าวสั้นๆ และสั่น เดินแล้วเกร็งมาก เดินไม่มั่นคง

(5) เดินแล้วตัวโยกไปมา เนื่องจากขาสั้นมากกว่า 5 เซนติเมตร

(6) *เดินแล้วปลายเท้าตก* หรือข้อเท้ามีข้อยึดติดมากในท่าเขย่ง

1.3.3 ระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย มี 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือขา

ระดับที่ 3 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า ครึ่งตัว หรือ แขน ขา น้อยกว่า 2ข้าง

ระดับที่ 4 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขา มากกว่า 2 ข้าง

1.3.4 เกณฑ์ตามกฎกระทรวงคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่

*1) คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย*ที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้

2) คนที่มีความสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรังรวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

ทั้งนี้คนพิการตามกฎของกระทรวงสาธารณสุขนั้น จะคลอบคลุมผู้ที่มีความผิดปกติของความพิการระดับ 3 ขึ้นไป พร้อมทั้งคนพิการจะมีสิทธิเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมีความพิการตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป เมื่อได้รับเอกสารใบรับรองความพิการจากแพทย์แล้ว คนพิการหรือผู้ดูแลจะต้องนำเอกสารการรับรองความพิการจากแพทย์ไปยื่นจดทะเบียนรับบัตรประจำตัวคนพิการที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำ

จังหวัด เมื่อได้รับบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว คนพิการจะได้รับสิทธิการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการทั่วประเทศ พร้อมทั้งได้รับเบี้ยยังชีพความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่คนพิการอาศัยอยู่

1.4 การประเมินระดับความสามารถของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากทบทวนการประเมินความพิการหรือระดับความรุนแรงของความพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า หลักการดูแลผู้ป่วยหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ต้องประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นหลักเสมอ เพื่อช่วยประเมินอาการ ความจำเป็นของความต้องการ การดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งก่อนและหลัง ให้การดูแล ซึ่งเครื่องมือสำหรับการวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบประเมิน Barthel Index ในการศึกษาวิจัยวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย บุษกร โลหารชุน และคนอื่น ๆ (2551) มาเป็นเครื่องมือในการประเมินความสามารถของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อประกอบการพิจารณาระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีรายละเอียดของการประเมินการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 10 หมวด คือ

1.4.1 การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว

1.4.2 การอาบน้ำ

1.4.3 การกินอาหาร

1.4.4 การใช้ห้องน้ำ

1.4.5 การใส่เสื้อผ้า

1.4.6 การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

1.4.7 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

1.4.8 .การเคลื่อนที่ หรือการใช้รถเข็น

1.4.9 .การเคลื่อนย้าย

1.4.10 การขึ้นลงบันได

โดยในแต่ละหมวดจะมีระดับความสามารถ 5 ระดับ คือ ทำไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย และทำได้เอง มีรายละเอียดของการให้คะแนนการวัดระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหวแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โลหารชุน และคนอื่น ๆ,2551) ตามตารางที่ 2.2 ดังนี้

ตารางที่ 2.2 การวัดระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหวแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย

หมวดกิจกรรม	ระดับความสามารถ				
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ทำได้เอง
1. การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว	0 ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลสุขลักษณะส่วนตัวได้ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด เช่น แปรงฟัน หวีผม ล้างมือล้างหน้า โกนหนวด แต่งหน้า	1 ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนในการทำกิจกรรมผู้ป่วยอาจสามารถทำกิจกรรมเอง 1-2 อย่างแต่กิจกรรมส่วนใหญ่ต้องการผู้ช่วยทำมากกว่าทำเอง	3 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนในบางขั้นตอนของการทำแต่ละกิจกรรม โดยบางขั้นตอนอาจทำได้เองแต่บางขั้นตอนต้องอาศัยผู้ช่วย เช่น แต่งหน้า การเพิ่มแรงกดในการแปรงฟัน การโกนหนวดบริเวณใต้คาง การหวีผมด้านหลัง การเช็ดมือข้างเดียวให้แห้ง	4 สามารถทำกิจกรรมเองได้แต่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยช่วงก่อนหรือหลังทำกิจกรรม เช่น ความปลอดภัยในการเสียบ/ถอดปลั๊กไฟ การใส่ใบมีดโกนหนวด การต้มน้ำร้อน	5 ทำกิจกรรมเองได้ทั้งหมดอย่างปลอดภัย
2. การอาบน้ำ	0 ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	1 ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนในการอาบน้ำ ผู้ป่วยอาจสามารถล้างลำตัวและแขนเองได้	3 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนทั้งการเคลื่อนย้ายตัว รวมถึงการอาบและเช็ดตัว ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำเองได้ เรียบร้อยถ้าไม่มีผู้ช่วยคอยช่วยบางส่วนหรือคอยดูแล	4 ต้องอยู่ในสายตาของผู้ดูแลเพื่อความปลอดภัย เช่น การปรับความร้อนของน้ำหรือการเคลื่อนย้ายตัว สามารถอาบน้ำได้เองแต่ใช้เวลานานมากกว่า 3 เท่าของปกติ อาจต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์	5 สามารถอาบน้ำได้เองทั้งหมด อาจต้องดัดแปลงอุปกรณ์ในการใช้งานและอาจใช้เวลานานกว่าปกติถึง 2 เท่า

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

หมวดกิจกรรม	ระดับความสามารถ				
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ทำได้เอง
3. การกินอาหาร	0 กินอาหารทางสายยางโดยผู้อื่นทำให้ หรือสามารถเคี้ยวและกลืนได้โดยมีผู้อื่นป้อนเข้าปาก	2 สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยในการกินอาหารได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยตลอดเวลา เช่น ช่วยนำอาหารใส่ช้อนแล้วผู้ป่วยนำอาหารเข้าสู่ปากเพื่อกินได้	5 สามารถตักอาหารเข้าสู่ปากได้เอง อาจต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การรินน้ำใส่แก้ว เปิดกระป๋อง ตัดเนื้อเป็นชิ้น ๆ การติดอุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยกินได้เอง หลังจากผู้ช่วยเตรียมทุกอย่างให้แล้วจะต้องคอยเฝ้าดูเพื่อระวังการสำลัก การเคี้ยวหรือกลืนอาหารไม่ถูกต้อง	8 สามารถกินอาหารที่เตรียมไว้เรียบร้อยแล้วได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแลระหว่างการกิน แต่ใช้เวลาในการกินนานกว่าปกติ อาจต้องอาศัยผู้ช่วยเตรียมอาหาร เช่น ตัดเนื้อเป็นชิ้น เปิดภาชนะต่าง ๆ เช่น ขวด กระป๋องไว้ให้ก่อน หรือดัดแปลงอาหารให้กลืนง่าย	10 สามารถกินอาหารได้เองถ้ามีผู้เอาอาหารมาให้ในระยะที่เอื้อมถึง สามารถใส่อุปกรณ์ช่วย รินน้ำ ตัดเนื้อได้เองอย่างปลอดภัย
4. การใช้ห้องน้ำ	0 ต้องการความช่วยเหลือเต็มรูปแบบในการใช้ห้องน้ำ	2 ต้องการความช่วยเหลือทุกขั้นตอนของการใช้ห้องน้ำจากผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ในการเคลื่อนย้าย ถอดเสื้อผ้า การใช้กระดาษชำระและการทำความสะอาด	5 ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายหรือล้างมือ เช่น ต้องการผู้คอยดูหรือช่วยบางส่วนในการเคลื่อนย้าย การทรงตัวขณะล้างมือ การจัดเสื้อผ้าให้เข้าที่รูดซิป	8 ต้องการผู้คอยดูเรื่องความปลอดภัยขณะใช้ห้องน้ำปกติ อาจช่วยเล็กน้อย เช่น เตรียมกระดาษชำระให้ อาจต้องใช้หม้อปัสสาวะ (commode) ตอนกลางคืน แต่ต้องมีผู้ช่วยนำไปทิ้งและทำความสะอาดอุปกรณ์ให้	10 สามารถเข้าออกจากห้องน้ำ ปลดใส่เครื่องแต่งกาย ป้องกันการเปื้อนของเสื้อผ้าและใช้กระดาษชำระได้เองตอนกลางคืน อาจใช้หม้อปัสสาวะ (bed pan หรือ commode) แต่ทำความสะอาดได้เอง

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

หมวดกิจกรรม	ระดับความสามารถ				
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ทำได้เอง
5. การใส่เสื้อผ้า	0 ผู้ดูแลต้องใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทั้งหมด โดยผู้ป่วยสามารถทำได้แค่ช่วยขยับตัวไปข้างหน้า/ข้างหลังหรือจับราวข้างเตียงในการพลิกตะแคงตัวเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใส่เสื้อผ้าได้	2 ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าเองได้บางส่วน แต่ส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลต้องทำให้เกือบทั้งหมด ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถใส่เสื้อผ้าด้านหน้าได้แต่ติดกระดุมเสื้อไม่ได้ ไม่สามารถใส่เสื้อสวมศีรษะได้ สามารถช่วยดึงกางเกงที่ผู้ดูแลใส่ให้แล้วได้บ้างแต่ไม่สามารถผูกเชือกกางเกง รูดซิป ติดตะขอกางเกงเองได้	5 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ได้แก่ การเตรียมเสื้อผ้าให้เหมาะสมเพื่อสะดวกต่อการใส่/ถอด การดูแลในการใช้อุปกรณ์ช่วยการใส่/ถอดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย	8 ต้องการความช่วยเหลือน้อยมาก เช่น ต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือบางส่วนในการใส่อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เทียมก่อนการใส่เสื้อผ้า การติดกระดุม รูดซิป ติดตะขอเสื้อใน ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลานานมากในการใส่/ถอดเสื้อผ้าด้วยตนเองถึง 3 เท่าจากระยะเวลาปกติ	10 ผู้ป่วยสามารถใส่/ถอดเสื้อผ้า ชุดชั้นใน ถุงเท้า รองเท้า โดยอาจใช้อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เทียมได้ด้วยตนเองโดยใช้เวลาที่เหมาะสมและทำได้เรียบร้อย
6. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	0 ไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ (จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมตลอดเวลา)	2 ต้องการผู้ช่วยในการจัดท่าและการกระตุ้นเพื่อขับถ่าย เช่น การเหน็บ/สวนทวาร (ถ้าไม่มีผู้ช่วยผู้ป่วยอาจถ่ายบ่อยและต้องใส่ผ้าอ้อมไว้)	5 ผู้ป่วยสามารถจัดท่าในการขับถ่ายได้แต่ไม่สามารถกระตุ้นการถ่ายด้วยตนเอง ต้องการผู้ช่วยในการทำความสะอาด อาจถ่ายโดยไม่ตั้งใจบ่อยครั้งและยังต้องใช้ผ้าอ้อมเพื่อป้องกัน	8 ต้องมีผู้คอยดูเพื่อความถูกต้องและปลอดภัยเวลาผู้ป่วยกระตุ้นการถ่ายเอง เช่น การเหน็บหรือสวนทวารด้วยตนเอง อาจถ่ายโดยไม่ตั้งใจบ้างแต่น้อยครั้ง	10 ผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ด้วยตนเองทั้งหมดโดยไม่มีอุบัติเหตุ (การถ่ายโดยไม่ตั้งใจ) อาจต้องกระตุ้นการถ่ายแต่ทำได้เอง เช่น ใช้นิ้วกระตุ้น เหน็บ/สวนทวาร

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

หมวดกิจกรรม	ระดับความสามารถ				
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ทำได้เอง
7. การควบคุมการปัสสาวะ	0 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องใส่สายสวน (indwelling catheter) โดยผู้อื่นทำให้ทั้งหมด	2 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่สามารถช่วยผู้ช่วยเหลือในการใช้อุปกรณ์ช่วยขับถ่ายได้เล็กน้อย	5 ควบคุมการปัสสาวะได้เฉพาะในช่วงกลางวัน เวลากลางคืนควบคุมไม่ได้ ต้องการผู้ช่วยและอุปกรณ์ช่วยบางส่วน	8 ดูแลการปัสสาวะเองได้ทั้งกลางวันและกลางคืนโดยอาจใช้ยาหรืออุปกรณ์ช่วย อาจมีอุบัติเหตุบางครั้งถ้าเตรียมอุปกรณ์หรือเข้าห้องน้ำไม่ทัน อาจต้องการคนช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้	10 ควบคุมการปัสสาวะได้ อาจใช้อุปกรณ์หรือยาช่วย แต่ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด
8. การเคลื่อนที่	0 ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง	3 ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยอย่างมากระหว่างการเดิน อาจใช้ผู้ช่วย 1 คนหรือมากกว่า	8 สามารถเดินได้แต่ต้องอาศัยผู้ช่วย 1 คนในการส่งอุปกรณ์ช่วยเดินให้และช่วยในขณะเลี้ยวหรือเดินบนพื้นไม่เรียบ เช่น พรมหนา ๆ	12 สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเดินในระยะไม่เกิน 50 เมตรแต่ต้องมีคนคอยระวังเพื่อความปลอดภัย และเดินได้ช้ากว่าปกติ	15 สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเดินโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล
หรือการใช้รถเข็นนั่ง	0 มีผู้เข็นรถเข็นนั่งให้ทั้งหมด	1 สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้ในระยะสั้น ๆ เฉพาะบนพื้นราบและเรียบ แต่ส่วนใหญ่ต้องมีผู้ช่วยเข็นให้และต้องการความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนการใช้ เช่น เบรกล้อปรับที่วางแขน ใส่ที่รองนั่ง	3 สามารถเข็นรถเข็นนั่งเองได้ แต่ยังต้องมีผู้ช่วย เช่น การนำรถเข็นไปที่โต๊ะ/เตียง หรือในที่แคบ	4 สามารถเข็นรถเข็นนั่งได้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสม อาจต้องมีผู้ช่วยเล็กน้อยเมื่อต้องผ่านมุมแคบ	5 สามารถเข็นรถเข็นนั่งได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วย เป็นระยะทางอย่างน้อย 50 เมตร

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

หมวดกิจกรรม	ระดับความสามารถ				
	ทำไม่ได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	ทำได้เอง
9. การเคลื่อนย้าย	0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้เลย ต้องมีผู้ช่วย 2 คนในการเคลื่อนย้าย	3 มีส่วนร่วมในการเคลื่อนย้ายเล็กน้อย ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในทุกขั้นตอน	8 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายบางส่วนในบางขั้นตอน	12 ต้องการผู้ดูแลเพื่อความมั่นใจหรือเพื่อความปลอดภัย สามารถใช้ sliding board ปรับที่วางเท้า ล็อคล้อได้ด้วยตนเอง	15 สามารถเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นขึ้นลงเตียงหรือจากเก้าอี้ไปเตียงได้เองอย่างปลอดภัยและถูกขั้นตอน (รวมถึงการเปลี่ยนท่าจากนอนไปนั่ง หรือนั่งไปยืน) โดยไม่ต้องการผู้ช่วย อาจใช้เวลานานกว่าปกติแต่ไม่เกิน 3 เท่า
10. การขึ้นลงบันได	0 ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เลย	2 อาศัยผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ในทุกขั้นตอนรวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร่วมด้วย	5 สามารถขึ้นลงบันไดได้แต่ไม่สามารถถืออุปกรณ์ช่วยเดินไปด้วยได้ ต้องมีผู้คอยดูและช่วยเหลือบางส่วน	8 ไม่ต้องมีคนช่วย แต่ต้องมีผู้คอยดูเพื่อความปลอดภัย	10 สามารถขึ้นลงบันไดเองโดยปลอดภัย โดยอาจใช้ราวจับหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและสามารถถืออุปกรณ์ช่วยเดินขึ้นลงไปพร้อมกันได้

หมายเหตุ หมวดที่ 8 การเคลื่อนย้ายตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามตารางที่ 2.2 มีการพิจารณา 2 กรณี คือ

1. กรณีที่ไม่ได้ใช้รถเข็นให้ประเมินเฉพาะการเคลื่อนย้ายตนเองโดยไม่ใช้รถเข็นเท่านั้น จะมีคะแนนความสามารถตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน เมื่อรวมคะแนนการประเมินการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทุกหมวดแล้ว คนพิการทางการเคลื่อนไหวจะมีคะแนนระหว่าง 0 – 100 คะแนน

2. กรณีที่คนพิการใช้รถเข็นได้ให้ประเมินเฉพาะการเคลื่อนย้ายตนเองโดยใช้รถเข็นเท่านั้น จะมีให้คะแนนความสามารถตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน เมื่อรวมคะแนนการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทุกหมวด คนพิการทางการเคลื่อนไหวจะมีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 90 คะแนน

การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index จะช่วยพิจารณาระดับความรุนแรงของคนพิการตามแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุขในตารางที่ 1 ให้มีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งแบบประเมิน Modified Barthel Index สามารถแบ่งเป็นช่วงคะแนนได้ 5 ช่วง คือ

0 – 24 คะแนน หมายถึง การช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรงมากที่สุด

25 – 49 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรงมาก

50 – 74 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรงปานกลาง

75 – 90 คะแนน หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรงน้อย

91 – 100 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือใด มีความพิการทางการเคลื่อนไหวระดับไม่รุนแรง

ตารางที่ 2.3 แสดงการเปรียบเทียบช่วงคะแนน Modified Barthel Index กับระดับความรุนแรงของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข	คะแนน Modified Barthel Index
1. ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้	91 – 100 คะแนน ไม่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือขา	75 – 90 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

3. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขา น้อยกว่า 2ข้าง	50 – 74 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง	25 – 49 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือแขน ลำตัวซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขา มากกว่า 2 ข้าง	0 – 24 คะแนน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.5 สาเหตุความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการทางการเคลื่อนไหว นั้นผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมแล้วพบว่ามีหลายสาเหตุด้วยกัน ที่ทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวได้ ดังนี้

1.5.1 ความชรา เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีความเสื่อมลง ร่างกายอาจเจ็บป่วยเรื้อรังจนถึงขั้นทุพพลภาพ ได้แก่

1) ความเสื่อมของข้อเข่าในผู้สูงอายุ หรืออาจเกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อม โรครูมาตอยด์ โรคเกาท์ ข้อสะโพกกระดูกสันหลังจึงมีผลทำให้การเคลื่อนไหวได้ลำบาก หรือเกิดการเจ็บปวดทรมาน ซึ่งโรคข้อเสื่อม(Osteoartritis,OA)เป็นโรคที่ไม่ทำให้เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการ พบมากที่สุดทั้งในและต่างประเทศ ร้อยละ 30 ของผู้ที่มาพบแพทย์ เกิดกับผู้ป่วยที่มีอายุ 40-50 ปีขึ้นไป เป็นโรคที่พบบ่อยมากและมากขึ้นตามอายุ (สมชาย เอื้อรัตนวงศ์ ,2550:3-33)

*2) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*ที่มีรายงานการเฝ้าระวังโรคระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2552 ใน 44 จังหวัดที่มีผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขพบว่าโรคที่สำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มอายุ 60 ปีและมากกว่า 60 ปี (ค้นคืนวันที่ 22 กันยายน 2554 จากเวิลด์ไวด์เว็บ: http:/www.boe.moph.go.th/files/report/20110411_52687420.pdf) ภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวมีผลต่อการเกิดอาการหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการชาที่ซีกใดของใบหน้าหรือลำตัว เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ยกแขนไม่ขึ้นทั้งสองข้าง ถ้าจับยกขึ้นจะตกลงมา มุมปากตกเมื่อยิ้ม (ค้นคืนวันที่ 9 กันยายน 2553 จากเวิลด์ไวด์เว็บ: http://www.mayoclinic.com/health/stroke/DS00150/DSECTION=symptoms) และผู้ป่วยที่มีอาการ

โรคหลอดเลือดโคโรนารี ราว ๆ 1 ใน 3 หลังมีอาการผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว และ1 ใน 3 มีความพิการที่รุนแรงต้องได้รับการดูแลและต้องพักฟื้น ร่างกายสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก (ค้นคืนวันที่ 9 กันยายน 2553จากเวิลด์ไวด์เว็บ: http://www.virtualmedicalcentre.com/ diseases .asp? di d=823#Prognosis) และยังมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานคือ แผลติดเชื้อที่อวัยวะส่วนปลาย เช่น นิ้วเท้า และขาทำให้แพทย์จำเป็นต้องตัดอวัยวะที่มีการติดเชื้อและเนื้อตายออกทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะ

1.5.2 การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่มีระยะของโรคที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็งระยะที่ 3 หรือโรคมะเร็งหลังจากการรับเคมีบำบัด ซึ่งมะเร็งระยะที่มีอาการลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย มีอาการแสดงทุกระบบ ทำให้ผู้ป่วยมีความทรมานร่างกายและจิตใจ มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงการพักผ่อน เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่ถึงแก่ชีวิต (ปาริฉัตร กุลยาบาล,2550:20-24) กลุ่มอาการโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะเอดส์ (AIDS) ที่ภูมิต้านทานถูกทำลายไปมากทำให้ติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นในคนธรรมดา ที่เรียกว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีหลายชนิด ที่พบได้บ่อย คือ วัณโรคปอด ปอดบวมจากเชื้อ Pneumosystis Carinii เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา Cryptococcus มีอาการคอแข็ง มะเร็งหลอดเลือด มะเร็งต่อน้ำเหลืองต่างๆทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (เสาวลักษณ์ บุญโนนแต้ ,2547: 13) หรือในผู้ป่วยโรคหอบอย่างรุนแรง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตวาย วัณโรคไขสันหลัง เป็นต้น

1.5.3 โรคติดต่อ เช่น โรคโปลิโอ โรคระบบประสาท โรคไขสันหลังอักเสบ ทำให้กล้ามเนื้อขาลีบ เป็นต้น (เปล่ง วงษ์สมบัติ ,2550: 24)

1.5.4 โรคระบบผิวหนังเรื้อรังและรุนแรง เช่น โรคด่างแต้ โรคสะเก็ดเงิน โรคหนังแข็ง โรคตุ่มพองใส โรคเท้าแสนปม เป็นโรคผิวหนังที่รักษายากและไม่หายมีรอยโรคที่ผิวหนังชัดเจน ดำเนินชีวิตได้อย่างลำบากในสังคม

1.5.5 อุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการสัมผัสสารเคมี อุบัติเหตุไฟไหม้ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ หรือภัยสงคราม สิ่งแวดล้อม(เปล่ง วงษ์สมบัติ ,2550: 24) ผลต่อสมอง ไขสันหลัง การสูญเสียอวัยวะและโครงสร้างของร่างกายผิดรูปไปของอวัยวะ แขน-ขาขาด หลังโกง คอเอียง ข้อแขนหรือขามีความผิดปกติทางรูปร่างและยึดติด เป็นต้น

1.5.6 การขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ มีผลต่อการเจริญเติบโตทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตตามปกติ เตี้ยแคระ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สติปัญญาทึบ

1.5.7 การได้รับสารพิษทางอาหาร อากาศ น้ำ และยา ที่มารดารับประทานในระยะตั้งครรภ์ มีผลทำให้ทารกที่เกิดมามีความผิดปกติทางสมอง หรือโครงสร้างของร่างกายมีผลทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

1.5.8 ภาวะโภชนาการเกินมาก จนทำให้โครงสร้างร่างกายเปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น น้ำหนักมากจนเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือข้อเข่าโก่งจนผิดรูป ซึ่งสมชาย เอื้อรัตนวงศ์(2550:3-33) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงของข้อเข่าเสื่อม คือ ภาวะอ้วน มีอาการคือ ปวดข้อ(pain) การตึงของข้อ (stiffness) การสูญเสียการเคลื่อนไหว(loss of movement) เดินได้ลำบาก ปวดช่วงปลายของการเคลื่อนไหว ความรู้สึกข้อไม่มั่นคงแข็งแรง (sensation of insecurity or instability) ตรวจพบกล้ามเนื้อรอบข้อลีบ ไม่แข็งแรง และข้อบวม และผิดรูป (swelling and deformity)ได้

1.5.9 ความผิดปกติของสมองในเด็กเล็กมีผลต่อประสาทสั่งการและการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจเกิดในช่วงก่อนคลอด เช่น มารดาติดเชื้องูสวัด หัดเยอรมัน ความแตกต่างกลุ่มเลือดแม่กับลูก แม่เป็นเบาหวานหรือครรภ์เป็นพิษ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม สาเหตุช่วงระหว่างคลอดเด็กขาดออกซิเจน หรือมารดาได้รับฮอร์โมนเร่งคลอดที่ไม่เหมาะสม อุบัติเหตุขณะคลอด เช่น คลอดยาก เด็กตัวใหญ่ หรือแม่ตัวเล็กหรือแม่มีอายุน้อย ศีรษะเด็กผิดท่า ทำให้เส้นเลือดฉีกขาดและสมองถูกทำลาย และอีกส่วนหนึ่งไม่ทราบสาเหตุ

1.6 ผลกระทบจากความพิการ

1.6.2 ผลกระทบต่อคนพิการ

1) การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดหรือมีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ ความสามารถลดลงหรือต้องทำด้วยความยากลำบากมากขึ้น เช่น ปัญหาในการเคลื่อนไหวเคลื่อนย้ายตัวเองไปยังที่ต่างๆ มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทาน ดื่มน้ำ สุขอนามัยส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติด เอ็นหดรั้งปลายเท้าตกเป็นต้น (ภัชราภรณ์ กองเกิดและดาราวรรณ ประทุมทาน ,2550:93-95)

2) ความเจ็บปวดไม่สุขสบายจากลักษณะของโรคที่เป็น เช่น มะเร็งในระยะสุดท้าย การปวดข้อจากข้อเข่าเสื่อม โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ อาการปวดแสบร้อนจากการสัมผัสสารเคมีอย่างรุนแรง

3) ด้านจิตใจ การสูญเสียบุคลิกภาพจากลักษณะของความพิการที่ปรากฏย่อมส่งผลต่อจิตใจ ทำให้คนพิการเกิดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ปมด้อย ความมีคุณค่าในตัวลดลง ความน้อยเนื้อต่ำใจ อับอาย ท้อแท้ หมดหวัง เบื่อหน่าย เครียด คิดมาก หวาดระแวง ขาดความเชื่อมั่นมองโลกหรือผู้อื่นในแง่ร้าย อ่อนแอ เรียกร้อง เศร้าใจ วิตกกังวล ต้องการยอมรับ ส่งผลให้คนพิการ

มีพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น แยกตัว หลีกเลี่ยง หลบหนี เก็บตัว ก้าวร้าว อวดดี ดื้อรั้น เซื่องซึม โดดเดี่ยว ในขณะเดียวกันปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล เนื่องจากความพิการนั้นยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายได้หลายประการ เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิต เบื่ออาหาร ลำไส้ใหญ่อักเสบ

1.6.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

1) ค่าใช้จ่ายของครอบครัว เนื่องจากความพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือร่างกายที่มีอาการของโรคต่าง ๆอยู่นั้นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ต้องใช้วิธีการรักษาที่พิเศษ ต้องมีการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้าน มีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทางไปรับยาที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ค่าเดินทางไปทำกายภาพบำบัด ค่าจ้างผู้ดูแลคนพิการกรณีที่ญาติไม่สามารถดูแลได้ ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่ากายอุปกรณ์หรือวัสดุอุปกรณ์เฉพาะสำหรับคนพิการบางอย่างที่รัฐไม่ได้จัดบริการให้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก

2) รายได้ลดลงเพราะความพิการทำให้ต้องออกจากหน้าที่การงานหรือมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้อย่างเต็มที่ หากคนพิการเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นหลักหรือเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการหารายได้ของครอบครัว จึงมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก(ถนอมศรี ทองรักขาว,2544: 14 -16)

3) ปัญหาครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและความพิการจะทำให้สภาพของครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤติได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพิการที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดในครอบครัว ถ้าเกิดขึ้นกับสามีหรือภรรยา ย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ภายในครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศกับคู่ครอง การปรับตัว ภาระต่าง ๆ ที่ตามมา เช่น ภาระในการช่วยเหลือดูแล ความกังวลต่อบุคคลที่พิการในครอบครัว (Ardella M.Fraley,1992: 67-75 อ้างในกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร 2538 : 33-36) ถ้าพิการในวัยเด็ก จะมีผลกระทบต่อการปรับตัวของครอบครัว โดยเฉพาะระหว่างพี่น้อง เด็กพิการจะมีความรู้สึกอิจฉามีความเก็บกดมากกว่าเด็กปกติ มีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับคนในสังคม ในวัยรุ่นจะมีปัญหาภาวะความแปรปรวนของอารมณ์คนพิการเนื่องจากในวัยนี้ จะห่วงกังวลกับความสวยงามของร่างกายเนื่องจากเป็นเสน่ห์ในการดึงดูดเพศตรงข้าม การตามใจ และการปกป้องมากเกินไป จะทำให้เขาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวที่มีคนพิการด้านจิตใจหรือปัญญาอ่อน จะมีความกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ โดยเฉพาะเพศหญิงอาจต้องทำหมันเนื่องจากอาจถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ชายได้ง่าย คนพิการในวัยทำงาน ผู้ที่ยังโสด หรือผู้ที่หย่าร้างก็จะกลับเข้าสู่ครอบครัวเดิม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องปัญหาการเงิน ที่อยู่อาศัย ปัญหาที่สำคัญของคนพิการในวัยผู้ใหญ่ คือ มีผลกระทบกับคู่ครองและบุตร โดยเฉพาะ

ปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่ครอง สัมพันธภาพคนพิการกับบุตร โดยเฉพาะในเด็กที่ยังไม่เข้าใจภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว อาจทำให้ คนพิการมีความรู้สึกเครียดมากขึ้น

***1.6.4* ผลกระทบด้านสังคม**

เนื่องจากคนพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อมเหมือนคนปกติทั่วไป ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่าง ๆ ในปัจจุบันนั้นยังไม่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตของคนพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทำให้คนพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายขาดความเสมอภาคในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ตัวอย่างสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อคนพิการ เช่น บ้าน ตลาด ร้านค้าไม่มีทางลาด สถานที่ทำงาน 2 ชั้นขึ้นไปแต่ไม่มีลิฟต์ ห้องน้ำ ประตูเข้า – ออกแคบไม่สามารถเข็นรถเข็นเข้าออกได้ จากการสัมภาษณ์คนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้จัดการศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการกรุงเทพ (ณธกมล รุ่งทิม ,สัมภาษณ์:2555) กล่าวว่า เธอมีรายได้จากการเป็นล่ามแปลภาษาอังกฤษครั้งละ 3,000 บาท เดือนละประมาณ 4-5 ครั้ง รวมเป็นเงินเดือนประมาณเดือนละ 15,000 บาท แต่เธอจะต้องเดินทางแต่ละครั้งด้วยรถแท็กซี่ เนื่องจากไม่สามารถขึ้นรถประจำทางได้ ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป และเธอยังต้องเสียค่าใช้จ่ายจ้างผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมาก

2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

2.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนหรือมากกว่า ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือ การแต่งงาน อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน การรับประทานอาหาร และการดูแลคนพิการร่วมกัน (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร ,2538:19)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลักฐานรากสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะนอกเหนือจากครอบครัวที่ครบถ้วนทั้งบิดามารดา (นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556:4)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่สัมพันธ์และใช้ชีวิตร่วมกันทำหน้าที่สถาบันหลักที่เล็กที่สุดของสังคมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ตามความจำเป็นในการดำรงอยู่ของมนุษย์ (วิจิตร ศรีสอ้าน,2553:1)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก หรือบุคคลอื่นที่เป็นเครือญาติ หรือผูกพันกันโดยกฎหมาย ซึ่งคนเหล่านี้มีความผูกพันกันทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีการถ่ายทอด และรักษาวัฒนธรรม มีการพึ่งพิงกันทางด้านเศรษฐกิจ ไปมาหาสู่กัน อาศัยอยู่ในบ้านหรือบริเวณเดียวกัน แต่แกนของครอบครัวคือ พ่อ แม่ ลูก (เปล่ง วงษ์สมบัติ,2550:34)

สรุปได้ว่า ครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง ครอบครัวที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหว อาศัยอยู่ 1 คน ร่วมกับมีสมาชิกอื่นอีกอย่างน้อย 1 คน ขึ้นไป อาศัยอยู่บริเวณบ้านเดียวกัน อาจมีความผูกพันทางด้านกฎหมาย หรือ มีความผูกพันทางการสืบสายโลหิตเมื่อมีบุตรเกิดขึ้นในครอบครัว หรือผูกพันจากการลำดับญาติ หรือผูกพันโดยการแต่งงานหรือไม่แต่งงานก็ได้ เป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศก็ได้ และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างสม่ำเสมอ

2.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

2.2.1 บทบาทของครอบครัว

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2547 : 249) บทบาทหมายถึง กลุ่มพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานและตามความคาดหวังของสังคม ตามสภาพของบุคคล โดยมีตำแหน่งหรือสถานะทางสังคมของบุคคลเป็นตัวกำหนดบทบาทหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ส่วนพันธกิจเป็นภารกิจที่ถูกคาดหวังเมื่อบทบาทเปลี่ยนแปลงไป

2.2.2 หน้าที่ของครอบครัว

รุจา ภู่ไพบูลย์ (2541) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำ เพื่อประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวเนื่องกับโครงสร้างของครอบครัว ครอบครัวจะปฏิบัติหน้าที่ได้ดีหรือไม่เป็นผลมาจากลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ถ้าโครงสร้างของครอบครัวมีความเหมาะสมก็จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้เหมาะสมด้วยเช่นกัน

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตครอบครัวดำเนินไปอย่างมีความสุข เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและแสดงออกทางอารมณ์อย่างพอเหมาะ และการควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขต

จินตนา วัชรสินธุ์ (2549) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวควรปฏิบัติเพื่อความสมดุล ความสุขของครอบครัวหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว ซึ่งขึ้นกับลักษณะและโครงสร้างของครอบครัว และคุณภาพการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวย่อมมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว

ตามความหวังของสมาชิกในครอบครัวและความคาดหวังของสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

อโนชา ทัศนาธนชัย (2551: 6) การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ครอบครัวควรปฏิบัติ เพื่อความสมดุลในระบบครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นระบบของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวปฏิบัติต่อกันและกัน ให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้ ตามระยะพัฒนาการของครอบครัว ตั้งแต่การเริ่มต้นอยู่ด้วยกัน มีหรือไม่บุตร จนกระทั่งแยกย้ายหรือตายจากกันไป ซึ่งในการวิจัยนี้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวทั่วไปและหน้าที่ของครอบครัวที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย ดังนี้

1) การทำหน้าที่ของครอบครัวทั่วไป

ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547:38-40) ครอบครัวมีหน้าที่ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

(1) การทำหน้าที่ทางชีววิทยา ความต้องการจำเป็นทางสรีระอย่างหนึ่งของมนุษย์ คือเพศรส(Sex) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งให้มีบุตรได้ จึงนับว่าครอบครัวมีการหน้าที่ทางชีววิทยา คือการให้กำเนิดบุตรเพื่อสืบพันธุ์ บิดามารดาต้องเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพสามารถทำประโยชน์ต่อสังคม

(2) การทำหน้าที่ให้ความรัก การหน้าที่หลายอย่างของครอบครัวปัจจุบันมีตัวแทนทำได้ แต่การหน้าที่ให้ความรักไม่มีสถาบันใดทำแทนครอบครัวได้ ฉะนั้นความสำคัญของข้อนี้เด็กต้องได้รับความรักจากบิดามารดาหรือครอบครัวของตน เป็นความรักที่ต่อเนื่อง ไม่มีวันหมดสิ้น ความรักเช่นนี้จากครอบครัว เด็กที่ขาดความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวมักจะก่อเกิดปัญหาขึ้น เพื่อเรียกร้องความสนใจ มักจะมีความโกรธ ขี้อิจฉา ไม่รักใคร เมื่อต้องปรับตัวให้เข้ากับคนนอกครอบครัวก็มักจะปรับตัวไม่ได้หรือได้ไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อแต่งงานไปก็ปรับตัวให้เข้ากับคู่สมรสไม่ได้ ทำให้ชีวิตสมรสไม่เป็นสุข

(3) การทำหน้าที่กำหนดฐานะเด็กเกิดมาในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่างกัน ก็จะมีฐานะทางสังคมที่ต่างกัน เด็กที่มีฐานะร่ำรวยก็มีฐานะเป็นเจ้านายตั้งแต่เกิด เด็กลูกคนรับใช้ก็มีฐานะแค่ลูกคนรับใช้ ฐานะเช่นนี้เรียกว่า ฐานะที่ถูกกำหนดให้ (Ascribed) ฐานะอีกอย่างหนึ่ง คือฐานะที่หาได้ภายหลัง เป็นฐานะที่เกิดจากความสำเร็จ (Asdhived) เช่น บุคคลมีความพยายามขยันหมั่นเพียรทำมาหากินก็สามารถสร้างตัวเองให้มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ดีเด่นได้ ครอบครัวไม่ใช่เป็นผู้กำหนดฐานะเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้ให้แรงเสริม ให้กำลังใจ

ฝึกฝนอบรมสมาชิกครอบครัวให้เป็นคนมีความทะเยอทะยาน กระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะตัวเองให้สูงขึ้น

(4) การทำหน้าที่ปกป้องให้ปลอดภัย ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดที่ปกป้องให้ความปลอดภัย ซึ่งแม้ว่าวิทยาศาสตร์จะก้าวหน้า สมาคมต่าง ๆ จะมีส่วนช่วยในการดูแลสมาชิกของครอบครัว แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ครอบครัวต้องมีส่วนช่วยที่สำคัญ เช่น การนำเด็กสมาชิกในครอบครัวให้มีความปลอดภัย ทั้งชีวิตร่างกาย และจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ

(5) การทำหน้าที่ทางการศึกษา การศึกษาที่สำคัญที่สุดเริ่มจากครอบครัว บิดามารดาเป็นครูคนแรก และเป็นครูตลอดไปสำหรับบุตร ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีจะทำให้การศึกษาของสมาชิกครอบครัวเป็นไปด้วยดี การศึกษาในครอบครัวจะทำให้เด็กมีการฝึกฝนตนเอง มีวินัย รู้จักอยู่ร่วมกับผู้อื่น แรงเสริมจากคนในครอบครัวจะทำให้ประสบความสำเร็จ

(6) การทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจ คือต้องหาเงินมาใช้จ่ายเลี้ยงดู สนองปัจจัย 5 คือ อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย และการศึกษาซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน หากครอบครัวมีเศรษฐกิจดี มีกำลังซื้อดีก็จะให้เงินหมุนเวียนได้และรู้จักบริโภค ประเทศชาติก็จะมีเศรษฐกิจดีไปด้วย

(7) การทำหน้าที่ทางศาสนา สภาพสังคมที่มีปัญหาหลายอย่าง อาชญากรรม การฉ้อราษฎร์บังหลวง และไม่ละอายต่อบาป ความผาสุก ความสงบของสังคม ครอบครัวต้องตระหนักในศาสนา ต้องปฏิบัติทั้งกาย วาจา ใจ อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน

(8) การทำหน้าที่สันทนาการ ความต้องการของมนุษย์อย่างหนึ่ง คือ การปลดปล่อยทั้งกายและใจ นอกจากความสนุกเป็นค่านิยมอย่างหนึ่งสำหรับผู้ใหญ่ การปลดปล่อยความเครียดของเด็กก็มีความจำเป็น การจัดสันทนาการในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องจัดขึ้นทั้งภายในบ้าน และนอกบ้าน การเล่นในสวนจะทำให้ได้อยู่กับธรรมชาติ ได้รับแสงแดดและอากาศที่บริสุทธิ์อันจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัวทุกคน

(9) บรรยากาศในครอบครัว ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีขึ้นอยู่กับบรรยากาศของการเลี้ยงดูบุตร เจตคติของบิดามารดา บิดามารดาจะเลี้ยงอย่างออกคำสั่ง ใช้อำนาจเด็ดขาด เด็กก็ไม่ไว้ใจใคร ขาดความขยันขันแข็ง ดังนั้นครอบครัวควรมีบรรยากาศแบบประชาธิปไตย จะทำให้สมาชิกของครอบครัวได้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และตัดสินใจที่ดี สมาชิกจะเติบโตเป็นบุคคลที่เหมาะสมกับระบอบประชาธิปไตย

ชุษณะ รุ่งปัจฉิม (2547) ได้กล่าวถึง หน้าที่พื้นฐานของครอบครัวไว้ดังนี้

(1) สร้างสมาชิกใหม่ (Reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ เพราะสังคมต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่ตายไป หน้าที่นี้มีความสำคัญมาก ถ้ายังไม่มีการสร้างสมาชิกใหม่สังคมนั้นๆ ก็อาจต้องสูญหายไป การมีสมาชิกใหม่ก็ต้องมีให้สมดุลกับทรัพยากรภายในประเทศ คือ ไม่มากเกินไปหรือน้อยจนเกินไป ถ้ามีมากเกินไปจนทรัพยากรภายในประเทศไม่อาจอำนวยได้ สังคมก็ยากลำบากและเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ยากจน อาชญากรรม เป็นต้น แต่ถ้ามีสมาชิกน้อยเกินไปสังคมนั้นก็อาจประสบปัญหาขาดแคลนกำลังคน

(2) บำบัดความต้องการทางเพศ (Sexual Gratification) ซึ่งจะออกมาในรูปของการสมรส เป็นการลดปัญหาทางเพศบางอย่าง เช่น ข่มขืน การสมรสจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในสังคมที่มีการจัดระเบียบ เพราะการสมรสคือวิธีหนึ่งที่สังคมเข้าควบคุมความสัมพันธ์ให้อยู่ในขอบเขต แต่ไม่ได้หมายความว่าความต้องการมีความสัมพันธ์ทางเพศแต่อย่างเดียวจะต้องทำให้มนุษย์มีครอบครัวเสมอไป เพราะมนุษย์มีทางระบายออกทางอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว เพราะการสมรสให้มากกว่าความพอใจในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ

(3) เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance of Immature Children or Raising the Young) จะเห็นได้ว่าไม่มีสถาบันใดทำหน้าที่ได้ดีกว่าสถาบันนี้ เพราะเด็กจะหาความรักและความอบอุ่นจากที่อื่นใดเสมือนครอบครัวนั้นยากมาก พ่อแม่ส่วนใหญ่มีความรักลูกย่อมประคับประคองเลี้ยงดูลูกของตนเป็นอย่างดี แม้จะยากดีมีจนก็ตาม ครอบครัวจึงเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเติบใหญ่ การเลี้ยงดูจากที่อื่นแม้จะทำได้ เช่น สถานสงเคราะห์ โรงพยาบาล สถานเลี้ยงเด็ก ฯลฯ ก็ทำไม่ดีเท่า เพราะอาจให้เด็กได้แต่การเลี้ยงดูด้านร่างกาย แต่ด้านจิตใจนั้นทำได้ยากมาก เพราะมีเด็กเป็นจำนวนมาก การจะให้ความอบอุ่นแก่เด็กทุกคนเสมือนพ่อแม่นั้นทำไม่ค่อยได้ ฉะนั้น ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก เป็นสถานที่ส่วนใหญ่ที่เลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่เจริญเติบโตสมบูรณ์ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม ถ้าปราศจากครอบครัว การคงอยู่ของมนุษย์อาจไม่สมบูรณ์

(4) ให้การอบรมสั่งสอนแก่เด็กให้รู้จักระเบียบของสังคม (Socialization) ครอบครัวเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นสถาบันที่เตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่พ้นไปจากบ้าน ครอบครัวช่วยอบรมเด็กให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยม แบบของความประพฤติ ฯลฯ สอนให้เด็กปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม วิธีการอบรมอาจทำได้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยตรงก็โดยการสั่งสอนหรือดุด่าหรือว่ากล่าว

โดยอ้อมก็โดยการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี การอบรมนี้มีอยู่ตลอดเวลา จึงนับได้ว่าเป็นสถาบันที่ให้การอบรมแก่เด็กตั้งแต่เกิดจนตาย

(5) กำหนดสถานภาพ (Social Placement) บุคคลได้ชื่อสกุลจากครอบครัว ซึ่งก็เปลี่ยนได้ในเวลาต่อมา โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้หญิง เมื่อแต่งงานแล้วก็เปลี่ยนตามชื่อสกุลสามี สถานภาพ ตำแหน่ง ที่ครอบครัวให้ไว้นี้ทำให้รู้ว่าบุคคลเป็นใคร อยู่กับคนกลุ่มไหน เช่น ชื่อสกุลเป็นไทยก็จัดว่าเป็นคนไทย ชื่อสกุลเป็นคนแซ่ก็จัดว่าเป็นคนจีน เป็นต้น นอกจากนี้สถานภาพก็เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิด เช่น เป็นลูกคนจน ลูกคนรวย เป็นเชื้อพระวงศ์ เป็นลูกรัฐมนตรี เป็นลูกพ่อค้า เช่น เป็นสังคมปิดหรือสังคมเปิด เช่น เกิดเป็นลูกชาวนาก็ไม่จำเป็นต้องเป็นชาวนาตลอดไป อาจเปลี่ยนแปลงสถานภาพเป็นพ่อค้า เป็นข้าราชการ ทหาร ตำรวจ ก็ได้ถ้าสังคมนั้นเปิดโอกาส

(6) ให้ความรักและความอบอุ่น (Affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรักและความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ เป็นแหล่งที่ประกันว่าจะมีคนรักเราและคนที่เรารักเสมอ เช่น ความรักของสามีภรรยา หรือความรักของพ่อแม่ที่มีต่อลูก นอกจากนั้นถ้าสมาชิกคนใดประสบความผิดหวังไม่ว่าในด้านการงาน หรือด้านอื่น ๆ ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลุกปลอบใจเพื่อให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ สรุปแล้วครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครอง และความมั่นคงด้านจิตใจแก่สมาชิกทำให้สมาชิกมีพลังใจในการฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้

(7) .ผลิตและกระจายสินค้าและบริการ (production and distribution of goods and services) สังคมอาจมีการกำหนดว่าควรมีการผลิตอะไร ผลิตอย่างไร ใครเป็นผู้ผลิต สังคมจึงมีการแบ่งงานกันทำให้กับสมาชิกของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแบ่งงานกันในระหว่างสมาชิกครอบครัวตามความแตกต่างทางเพศและอายุ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ที่ได้รับอย่างเหมาะสม เป็นสิ่งที่จะประกันได้ว่าสังคมนั้นจะมีสินค้าและบริการที่เพียงพอต่อความต้องการ มีการกระจายที่เหมาะสม ทุกคนในครอบครัวและสังคมได้รับความเสมอภาค

(8) รักษาแรงจูงใจในการดำรงชีวิตสืบต่อไป (maintaining motivation for survival) ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ก็คือ การแสวงหาความหมายของชีวิตและสร้างแรงจูงใจที่จะมีชีวิตต่อไป ครอบครัวจึงเป็นแบบให้กับสมาชิกในการค้นหาสิ่งเหล่านั้นจากศาสนาความเชื่อ คำสอนต่าง ๆ หรือการกำหนดวันสำคัญที่เป็นการให้คุณค่ากับชีวิต เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันเกิด วันสงกรานต์ (วันครอบครัว) เป็นต้น

จากการศึกษาทบทวนเอกสารต่าง ๆ สรุปได้ว่า ครอบครัวทั่วไปมีหน้าที่คือ การปฏิบัติต่อกันตามบทบาทที่ถูกกำหนดขึ้น เช่น พ่อแม่เมื่อมีการให้กำเนิดบุตร ต้องให้การ

อบรมเลี้ยงดูขัดเกลาบุตรให้ เจริญเติบโตสมวัยตามระยะพัฒนาการของครอบครัว เป็นคนดีของสังคม ให้การศึกษา คุ้มครองป้องกันภัย ถ้าเป็นคู่สามีภรรยา ต้องทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านเพศ ต้องให้ความรักความอบอุ่นระหว่างกัน ร่วมกันจัดการแก้ไขปัญหา ให้การช่วยเหลือกันยามเจ็บป่วย ร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ทำงาน หารายได้ เป็นต้น

2) การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีคนพิการ

เปล่ง วงษ์สมบัติ (2550: 35) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต่อสมาชิกในครอบครัวที่พิการเป็น 2 ส่วนด้วยกันคือ

1) บทบาทหน้าที่ของพ่อ แม่ที่ปฏิบัติต่อบุตร หรือสมาชิกอื่นที่พิการในครอบครัว ด้วยการให้ความรัก ความอบอุ่น ยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว พร้อมหาแนวทางป้องกัน และแก้ไขความพิการ ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพตามวิธีทางการแพทย์หรือนักวิชาชีพอย่างเหมาะสม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด

2) บทบาทหน้าที่ของคู่สมรสที่พิการปฏิบัติต่อกัน ซึ่งฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้พิการหรือพิการทั้งคู่ความพิการเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งของครอบครัว โดยเฉพาะถ้าผู้นำครอบครัวเป็นผู้พิการ ดังนั้นการปรับตัว การยอมรับสภาพความพิการ การเป็นขวัญและกำลังใจให้กัน ไม่ทอดทิ้งกัน เผชิญปัญหาร่วมกัน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีสติและสร้างสรรค์ เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ และดำเนินชีวิตครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว

ขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540: 51-101) มีแนวทางปฏิบัติของครอบครัวที่ควรปฏิบัติต่อคนพิการ ดังนี้

1) การยอมรับสภาพที่เป็นจริง พ่อแม่ผู้ปกครอง จะต้องทำความเข้าใจร่วมกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และปฏิบัติต่อคนพิการร่วมกันในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ และนักวิชาชีพในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ พึงระลึกเสมอว่า คนพิการนั้นหากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วที่สุดทันทีที่พบความผิดปกติ จะบังเกิดผลดีมากที่สุดกว่าการถูกปล่อยทิ้งไว้ให้เรื้อรังเนิ่นนานซึ่งจะทำให้การปรับสภาพนั้นยากลำบากมากขึ้น

*2) ศึกษาหาความรู้เพื่อติดต่อขอความร่วมมือและความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ให้บริการช่วยเหลือคนพิการ*ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม ตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการและความจำเป็นของแต่ละครอบครัว

3) ให้กำลังใจ ช่วยชี้แนะ ฝึกอบรม กระตุ้นพัฒนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็กให้มีพัฒนาการขึ้นตามวัยเพื่อป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

จากการศึกษาทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ ครอบครัวต้องทำความเข้าใจกับลักษณะของความพิการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว แสวงหาความรู้แนวทางการช่วยเหลือดูแล รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับลักษณะความพิการที่ปรากฏ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของคนพิการ และปฏิบัติตามบทบาททางสังคมที่กำหนดขึ้น เช่น พ่อแม่ลูก สามีภรรยา เป็นต้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3.1 ความหมายของการดูแล

มินตกาญจน์ ชะลอรักษ์ (2547: 28) กล่าวว่า การดูแลเป็นศิลปะและศาสตร์ที่อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง เป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ การสนับสนุนค้ำจุนและการอำนวยความสะดวกที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ โดยมีเทคนิควิธีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้และผู้รับบริการช่วยกันสร้างการสนองตอบความต้องการของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่มีความแตกต่างกันตามพื้นฐานวัฒนธรรม ซึ่งการกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตความรู้ทางวิชาการจริยธรรมและศีลธรรมโดยผ่านการยอมรับจากสังคมเพื่อให้เกิดความเจริญเติบโตเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าและมีความหมาย เกิดความพึงพอใจในชีวิตและช่วยกันยกระดับของความมีสุขภาพดี

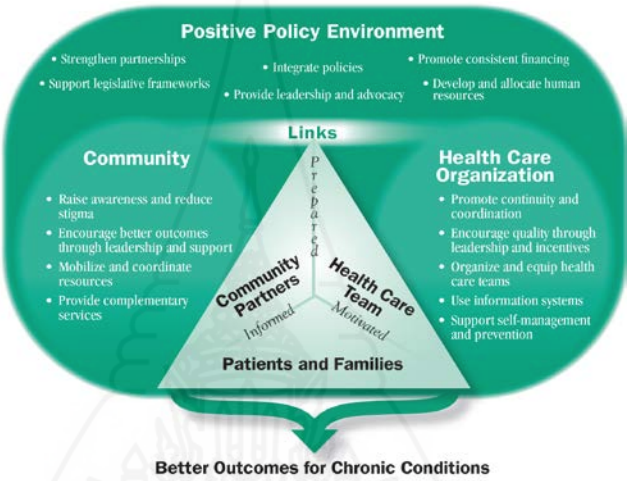
ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550: 33) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแล หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความคิด ความเข้าใจ ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ต่อบุคคลที่จะให้การดูแลอย่างแท้จริง และเป็นการแสดงออกที่ผู้ดูแลทำอย่างสม่ำเสมอต่อผู้ป่วย

จากการทบทวนความหมายการดูแล สรุปได้ว่า “การดูแล” หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่มนุษย์กระทำต่อกัน มุ่งหวังให้บุคคลที่ได้รับการดูแลสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล เช่น การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ หรือเพิ่มความสามารถให้บุคคล เป็นต้น

3.2 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง(Innovative care for chronic condition:ICCC)

สาเหตุของการเกิดความพิการนั้นมีความหลากหลายมากทั้งโดยกำเนิด เกิดขึ้นภายหลัง จากโรค อุบัติเหตุต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดความพิการ การช่วยเหลือดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพต้องอาศัยนักวิชาชีพหลายแขนงทั้งจากแพทย์เฉพาะทาง นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล

ฟื้นฟูสมรรถภาพ นักอาชีพบำบัดหรือการบำบัดด้วยศิลปะ ดนตรี และอื่นๆ อีกมากมาย ด้วยความพิการที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นล้วนเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลายาวนานในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ องค์กรอนามัยโลกจึงได้เสนอแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition : ICCC) ขึ้นในปี 1980 โดยชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้เจ็บป่วยในภาวะเรื้อรังต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ภายในโครงสร้างที่มีจุดศูนย์กลางร่วมกัน ของระบบล้อมรอบ 3 ระบบ คือ ระบบเล็ก (micro system) ระบบกลาง (meso system) และระบบใหญ่ (macro system) ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002)

ซึ่งรัชนี สรรเสริญและคณะ (2551) ได้อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมไว้ดังนี้

3.2.1 ระบบเล็ก (micro system) หมายถึง ระบบที่เป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงทีมสุขภาพด้วยในระดับนี้มองว่าความสำเร็จที่เป็นผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงทีมสุขภาพต้องได้รับการเตรียมดังนี้

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัวควรได้รับการเตรียม คือ

(1) ต้องได้รับการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การรักษารวมทั้งกลวิธีในการป้องกัน และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น

(2) การสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลจัดการตนเองในภาวะความเรื้อรัง

(3) การเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล เช่นในทักษะทางพฤติกรรมในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น ทักษะการดูแลตนเองเรื่องยา การจัดการกับอาการต่าง ๆ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การติดตามประเมินอาการตนเอง เป็นต้น

2) ชุมชนควรได้รับการเตรียม ในเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทุกประเภทและขอบเขตงานเป็นต้น

3) ทีมสุขภาพ ต้องได้รับการเตรียม ในเรื่องบทบาท และความรับผิดชอบบนขอบเขตของวิชาชีพ แต่ยังต้องทำงานอย่างใช้กระบวนการทีม ไม่ใช่แยกส่วนทำ และการใช้เทคโนโลยีช่วยในการทำงาน เป็นต้น

ระบบเล็กจะได้รับการสนับสนุน และรับอิทธิพลจากระบบกลางซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือหน่วยบริการด้านสุขภาพและชุมชน

3.2.2 ระบบกลาง (Meso level) แบ่งเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพและหน่วยกลางชุมชน โดยหน่วยบริการด้านสุขภาพสามารถสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม ที่จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทีมีภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) หน่วยบริการสุขภาพ

(1) ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยทีมีภาวะเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือในทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในเรื่องการติดตามเยี่ยม แผนการดูแลเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเรื้อรังอย่างฉับไว

(2) สนับสนุนให้มีการบริการที่มีคุณภาพ โดยการใช้ภาวะผู้นำ การให้แรงเสริมหรือรางวัลสำหรับหน่วยบริการที่มีกระบวนการทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ สามารถส่งผลต่อการบริหารจัดการและการป้องกันปัญหาเรื้อรัง

(3) บริหารจัดการและสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ เช่น วัสดุอุปกรณ์ และความรู้ ทักษะพิเศษ เช่นทักษะการสื่อสาร การเสริมความเชี่ยวชาญในการทำให้ผู้ป่วยมีเทคนิคการจัดการตนเอง การดึงพลังของผู้ป่วยในการช่วยตนเองให้ควบคุมภาวะต่างๆที่จะเกิดขึ้นบนความเรื้อรังของโรค เป็นต้น

(4) สนับสนุนให้มีกลวิธีในการจัดการตนเอง (self-management) การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันอาการ ภาวะแทรกซ้อน และความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ โยผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการตนเอง

(5) จัดให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย การบริการ และผลลัพธ์การดูแล จะเป็นช่องทางในการเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแล

2) ระบบชุมชน ชุมชนเป็นแหล่งที่สำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การให้ข้อมูล และการเตรียมแหล่งชุมชนจะเป็นการลดช่องว่างในการดูแลที่เกิดจากหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีแนวทางการดูแลดังนี้

(1) สร้างความตระหนักรู้ ความตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชน ในการสร้างความตระหนักรู้ ความตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชนนั้น ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องคือ ผู้นำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรือกลุ่มผู้สนับสนุนอื่นๆในชุมชน

(2) ส่งเสริมให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทาง/กลวิธี ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ในโครงสร้างคณะกรรมการในชุมชน สามารถเป็นตัวกระตุ้นผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนได้ดี โดยการช่วยค้นหาวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือสนับสนุน โดยให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม เพราะสมาชิกเหล่านี้ เป็นผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างยาวนาน จะรู้และเข้าใจบริบทได้ดี

(3) สนับสนุนงบประมาณและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์ ส่งเสริม ป้องกัน การประเมินความเสี่ยง การอบรมผู้ปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพ การแสวงหาอุปกรณ์ เครื่องมือช่วยในกิจกรรมการดูแล จำเป็นต้องมีงบประมาณเข้ามาสนับสนุน และคงไว้อย่างต่อเนื่อง

(4) จัดให้มีบริการเสริม เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรัง บริการเสริมดังกล่าวโดยการสนับสนุนจากทั้งหน่วยงานของรัฐ และเอกชน และองค์กรในชุมชนเอง เพราะทุกชุมชนจะมีเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการอยู่ เช่นอาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีคุณค่าต่อการจัดการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรัง

*3) ระบบใหญ่ (Macro level) เป็น*การกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้นำ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่นๆและหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่จะเพิ่มความลึกและเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบเป็นหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ซึ่งมีแนวทางและหลักปฏิบัติตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง คือ

(1) การตัดสินใจภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการกำหนดนโยบาย แผนการบริการ และการจัดการทางคลินิก

(2) มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายในการดูแล โดยการแยกบริการตามประเภทผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากกว่า

(3) มุ่งเน้นการป้องกัน เพราะโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ โดยในทุกระดับการดูแลสุขภาพจะต้องมุ่งเน้นการป้องกันไปด้วย

(4) มุ่งเน้นคุณภาพ การบริการทุกอย่างต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โยควรกำหนดไว้ในระดับนโยบาย

(5) บูรณาการ เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยบูรณาการทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิต้องดูแลเชื่อมโยงกันระหว่าง บุคลากรด้านสุขภาพ ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร

(6) ยืดหยุ่น ระบบบริการสุขภาพควรมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สิ่งที่คาดการณ์ไม่ถึง และข้อมูลใหม่ การเปลี่ยนแปลงในอัตราการเกิดโรค และภาระที่เกิดขึ้น การติดตาม เฝ้าระวังเป็นประจำเป็นการสะท้อนถึงความพร้อมในการปรับตัว

3.3 แนวคิดการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน(Community Base Rehabilitation : CBR)

แนวคิดการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน(Community Base Rehabilitation : CBR) นั้นเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่องค์กรอนามัยโลก(WHO,2004;2) ร่วมกับ องค์กรอิสระเพื่อคนพิการ(ILO) และ UNESCO ได้ร่วมกันกำหนดให้เป็นกลยุทธ์ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เนื่องจากคนพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน จึงจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชุมชน ซึ่งรัชนี สรรเสริญและคณะ(2551:41-47 อ้างถึง WHO, 2004) ได้รวบรวมและกล่าวถึง CBR ว่าเป็นแนวคิดที่มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

***3.3.1** เป็นยุทธศาสตร์ "เชิงรุก" เข้าถึงคนพิการในชุมชน* โดยคนพิการและครอบครัวตลอดจน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดฟื้นฟูคนพิการโดยระบบการรักษาพยาบาลในปัจจุบันที่อยู่ในลักษณะ "เชิงรับ"

***3.3.2** การดำเนินงานต้องเป็นไปตามความต้องการของชุมชน* เน้นการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของคนพิการ ครอบครัวและชุมชน โดยสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูทั้งในระดับการวางแผนและการดำเนินงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการประสานงานกัน

***3.3.3** แสวงหาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาชาวบ้าน* ความรู้เดิมของชุมชน เทคโนโลยีพื้นบ้าน และทรัพยากรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว หรืออาจกล่าวว่า จะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

ในชุมชนนั้นให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากที่สุด ไม่พึ่งพิงทรัพยากรภายนอกมากนัก

3.3.4 ใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้อง เหมาะสมและประหยัด

3.3.5 เงื่อนไขของ CBR กิจกรรมหรือโครงการที่จัดว่าเป็น CBR จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

*1) คนพิการจะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการ*นั้นทุกขั้นตอนของโครงการนับตั้งแต่เริ่มการออกแบบโครงการ

2 วัตถุประสงค์หลักของโครงการจะต้องเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality of Life,QOL) ของคนพิการ ให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living) ไม่ใช่มุ่งหวังเพียงให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living:ADL) อย่างที่ผ่านมาเท่านั้น

*3) มุ่งเน้นในการทำงานกับชุมชน*ในฐานะเป็นหุ้นส่วนเพื่อส่งเสริมให้คนพิการเกิดทัศนคติทางบวกในการใช้ศักยภาพของตนเอง และให้สมาชิกในชุมชนมีแรงจูงใจที่จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับโครงการ CBR

*4) ต้องเป็นโครงการที่มีความยืดหยุ่น*เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละแห่ง

5) ลักษณะของกิจกรรมถูกบูรณาการอยู่ในบริการอื่น ๆ เน้นกิจกรรมที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้ความต้องการของคนพิการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

*6) การดำเนินงานมีการเชื่อมโยงและการส่งต่อ*ถึงระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ CBR ประกอบด้วย

1) การสร้างความตระหนักในปัญหาความพิการและตระหนักในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2) การประสานทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ

3) การพัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะด้านให้แก่สมาชิกในชุมชน

4) การให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการทำโครงการ CBR ตั้งแต่การวางแผน การอำนวยการ การประเมินผล การปฏิบัติการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการพัฒนาที่ยั่งยืน

5) ระบบการส่งต่อในชุมชน โดยควรเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนทุกมิติ เช่น สังคมสงเคราะห์ การฝึกอาชีพ บริการสุขภาพ การศึกษาเป็นต้นทุกระดับ เช่น ประเทศ จังหวัด ตำบล ชุมชนเป็นต้น

บุคคลที่เกี่ยวข้องใน CBR(Bury, 2005อ้างถึงในรัชนี สรรเสริญและคณะ,2551;46)

1) คนพิการในชุมชนนั้น

2) ครอบครัวของคนพิการ

3) ชุมชนของคนพิการ

4) หน่วยงานภาครัฐ ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศ

5) องค์กรเอกชน ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ประเทศ และต่างประเทศ

6) บุคลากรทางการแพทย์ นักการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

7) นักธุรกิจ

3.4 ผู้ดูแลคนพิการในครอบครัว

ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550:27) ได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเครือญาติ ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักและไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน

ในวรรณกรรมทางการพยาบาลใช้คำว่า “ ญาติผู้ดูแล” หรือ “Family Caring” หรือ “Informal Caring” ซึ่งหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณโณ,2540 : 12) ซึ่งวรรณา รัชตะไพบูลย์ (2549:24)ได้ทบทวนและให้ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ 2 ลักษณะโดยจำแนกตามระดับ ขอบเขต ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาดูแล ประกอบด้วย

3.4.1 ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง(Direct Care) อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

3.4.2 ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลัก หรือมีญาติผู้ดูแลทั้งสองลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3.5 บทบาทของผู้ดูแลคนพิการ

เมื่อมีความชัดเจนว่าในครอบครัวที่มีคนพิการ ครอบครัวควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลคนพิการโดยกำหนดให้มีผู้ดูแลคนพิการในครอบครัวคนหนึ่งหรือหลายคน คำถามที่น่าสนใจก็คือ ผู้ดูแลคนพิการควรมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการอย่างไรบ้าง

เนื่องจากคนพิการมีสภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยบางประเภทที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยว่ามีบทบาทหน้าที่อะไร

ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550: 27) กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยว่ามีบทบาทที่เกี่ยวกับการดูแลดังนี้

1) ให้การดูแลโดยตรงกับสภาพการเจ็บป่วยแต่ละราย

2) จัดสภาพแวดล้อมในการดูแลและการเตรียมการดูแลต่างๆ

3) เป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์การทางสุขภาพ

4) ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

5) รับภาระงานอื่น ๆ เช่น การเงิน การบ้าน นิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

ธีรภัทร์ นาชิต (2547:19-20) กล่าวว่า กิจกรรมการดูแลยามเจ็บป่วยหรือพิการมีดังนี้

1) แสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้

2) รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ดำเนินผลดีที่สุด มีการแสวงหาความรู้พิจารณาประสิทธิผลความถูกต้องเหมาะสมและกำหนดเวลาให้กับตนเอง

4) ติดตามตรวจสอบตนเอง ตรวจแผนการรักษา เช่น เมื่อการเปลี่ยนแปลงยาหรือวิธีการรักษาพยาบาลใหม่

5) ปรับความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด การเหนื่อยล้าจากความเจ็บปวดและการรักษา

6) รักษาสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารที่ดีกับนักวิชาชีพสุขภาพ ครอบครัวและญาติมิตร เพื่อพัฒนาการดูแลตนเอง

7) ขจัดปัญหาและผลกระทบของความเจ็บปวดต่อพัฒนาการ เช่น การศึกษาอาชีพโดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับพละกำลังและศักยภาพที่มีอยู่

8) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ในการยอมรับการมีข้อจำกัด และผลของภาวะสุขภาพ

9) ยอมรับการพึ่งพาบุคคลอื่น เมื่อจำเป็น

10) บรรเทาภาวะเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะสูญเสียอำนาจ โดยหาวิธีการที่เหมาะสม

11) ปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

12) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การปรับการดูแลตนเองและส่งเสริมพัฒนาการโดยตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและเป็นไปได้

13) แสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งในระบบบริการสุขภาพและอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการดูแล

จากการศึกษาทบทวนผู้วิจัยพบว่า ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีบทบาทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกาย แยกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

3.5.1 การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ในด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ได้แก่ การล้างหน้า ล้างมือ การแปรงฟัน การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การอาบน้ำ การแต่งกาย การดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม เนื่องจากคนพิการบางรายมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเกร็งทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองจึงต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือให้สามารถรับประทานอาหารได้หรือบางรายอาจต้องมีการให้อาหารทางสายยางจึงต้องมีการเตรียมอุปกรณ์และอาหารสำหรับคนพิการด้วย (อรุณี เจษฎาวิสุทธิ์และสุธาทิพย์ เชื้อภักดี:2550)

2) การดูแลปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ต้องยึดหลักการให้ผู้ป่วย/ผู้พิการสามารถอาศัยได้และเอื้ออำนวยต่อความสามารถของผู้ป่วย/ผู้พิการที่พึงมีให้มากที่สุด เช่น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกซ้าย/ขวา ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน อาจจำเป็นต้องปรับสภาพบ้านให้มีความจำเพาะเจาะจง(ภัทราวุธ อินทรกำแหง, 2552 :200-210) ได้แก่

ทางเข้าบ้าน ควรเป็นทางเข้าออกสะดวก หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้รถเข็นพื้นควรเรียบและกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร หากมีพื้นที่ต่างระดับควรทำทางลาดเพื่อให้สามารถเข็นรถเข็นเข้าบ้านได้ โดยทางลาดควรมีความชันไม่เกิน 1:12 และควรมีราวจับด้านข้างเพื่อป้องกันการลื่นไถล

ประตูบ้าน ควรกว้างอย่างน้อย 80 เซนติเมตรหรือมากกว่า เพื่อให้รถเข็นสามารถผ่านเข้าออกได้สะดวก ถ้าธรณีประตูควรทำทางลาดหรือใช้ไม้กระดานพาดแทนทางลาด

การจัดเครื่องใช้ภายในบ้าน ควรให้มีพื้นที่ว่างเพียงพอสำหรับเข็นรถเข็นภายในบ้านได้ โต๊ะควรมีความสูงพอเหมาะกับรถเข็น และมีช่องว่างใต้โต๊ะให้สามารถเข็นรถเข็นเข้าชิดโต๊ะได้ ของใช้ต่าง ๆ ควรวางในตำแหน่งที่สามารถเอื้อมหยิบถึงได้ง่าย

เตียงนอน ควรมีความสูงระดับเดียวกับรถเข็น ที่นอนเรียบ ปูผ้าตึง เพื่อป้องกันการเสียดสีผิวหนังขณะ เคลื่อนย้ายตัว คนพิการบางรายอาจจำเป็นต้องใช้ราวเกาะข้างเตียงเพื่อช่วยในการพลิกตะแคงตัว ควรจัดเตียงให้ชิดข้างกำแพงเพื่อให้คนพิการสามารถลุกนั่งชิดกำแพงได้

ห้องน้ำ ควรอยู่ติดห้องนอน มีประตูกว้างให้รถเข็นสามารถเข็นเข้าไปได้ อาจใช้ประตูเลื่อนจะช่วยให้เปิดปิดได้ง่าย หรือใช้ม่านแทนประตู อ่างล้างหน้าและกระจกควรอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยที่ใช้รถเข็นสามารถใช้ได้ง่าย ก๊อกน้ำ ที่วางสบู่และของใช้ต่าง ๆ ควรวางในระยะที่ผู้ป่วยเอื้อมถึงได้ง่าย และควรมีราวเกาะในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

โถส้วม ควรเป็นแบบชักโครกและมีความสูงระดับเดียวกับรถเข็น เพื่อง่ายต่อการเคลื่อนย้ายตัว ถ้าเป็นโถส้วมแบบส้วมซึม อาจใช้เก้าอี้ดัดแปลงวางครอบโถส้วมแทน เก้าอี้ควรมีความทนทานและมีน้ำหนักพอสมควรเพื่อป้องกันเก้าอี้ล้ม หรือขาเก้าอี้หัก

3) การดูแลทางการแพทย์และการดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์,2550,ภัทราวุธ อินทรกำแหง,2552,ดุจใจ ชัยวานิชสิริและวสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล,2553,อรุณี เจษฎาวิสุทธิ์ และสุธาทิพย์ เชื้อภักดี,2550) ซึ่งประกอบด้วยการจัดท่าที่ถูกต้องในการนอนหงาย นอนตะแคง การลุกนั่งบนเตียง การบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้าย/การเคลื่อนไหวร่างกายไปยังที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดและลดภาระของญาติในการดูแล รวมทั้งการดูแลรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วยพาไปรักษาหรือการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้แก่

(1) การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งบางรายอาจเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การเลื่อนตัวไปมาและการลุกขึ้นจากท่านอน พร้อมทั้งการเคลื่อนย้ายตัว คนพิการทั้งตัวและครึ่งตัว จำเป็นต้องใช้ชีวิตบนรถเข็นเป็นส่วนใหญ่ จึงจำเป็นต้องฝึกการเคลื่อนย้ายตัวไป-กลับระหว่างรถเข็นกับที่ต่างๆ เช่น เตียง โถส้วม

เก้าอี้ เบาะรถยนต์ และพื้นบ้าน เป็นต้น(ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2550)

(2) การดูแลป้องกันแผลกดทับ เนื่องจากคนพิการทางกาย/เคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำกิจกรรมลดลง บางรายควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ การรับความรู้สึกลดลง ซึ่ง จงกลภรณ์ วงศ์วิเศษกาญจน์ (2550:87) กล่าวถึงการดูแลผิวหนังไว้ว่า ต้องมีการตรวจผิวหนังและตามปุ่มกระดูกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งว่ามีบาดแผล รอยแดงหรือไม่ ถ้ามีเปลี่ยนท่าแล้วรอยแดงหายไปใน 15-20 นาทีหรือไม่ ถ้าไม่หายไปแสดงว่ามีแผลกดทับระดับ 1 เกิดขึ้น การทำความสะอาดผิวหนังตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น สบู่ที่ใช้ควรเป็นสบู่อ่อนๆ เพื่อป้องกันการระคายเคือง ไม่ให้ผิวหนังแห้ง ไม่ควรใช้แรงในการขัดถู หากผิวแห้งควรใช้โลชั่นหรือครีมที่มี moisturizers ทา หลีกเลี่ยงการนวดบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากการนวดจะทำให้บริเวณที่ถูกกดนวดไม่มีเลือดไปเลี้ยง และเป็นการเพิ่มแรงกดให้ผิวหนังบริเวณที่นวด ป้องกันไม่ให้ผิวหนังสัมผัสกับความเปียกชื้นมากเกินควร และเป็นเวลานาน เช่น ภาวการณ์ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และเหงื่อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ถ้าไม่สะดวกในการพลิกตัวบ่อยครั้ง อาจใช้วิธีการจัดหาที่นอนพิเศษ ที่สามารถลดแรงกดทับเพื่อที่จะยืดเวลาในการพลิกตัว เช่น ที่นอนลมเป่าสลับท่อ

3.5.2 การดูแลด้านจิตใจ

เนื่องด้วยคนพิการทางร่างกาย/การเคลื่อนไหว นั้นร่างกายสูญเสียหน้าที่ การทำงานส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และสมอง ผลที่ตามมาก็มีทั้งปัญหาทางร่างกาย จิตใจที่สำคัญ คือ อารมณ์ การรับรู้ และสติปัญญา ทำให้คนพิการมีปฏิกิริยา ทางด้านจิตใจตอบสนองต่อการเป็นอัมพาตได้เช่นเดียวกับโรคทางร่างกายอื่น ๆ นั้น จิตใจมีส่วนสำคัญในการดูแลคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหวอย่างมาก การดูแลด้านจิตใจจึงควรมีแผนและการกระทำควบคู่กันไปกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางกาย (อรุณี เจษฎาวิสุทธิ์และสุธาทิพย์ เชื้อภักดี,2550) พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมการให้กำลังใจ และความหวังการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การชี้แนะให้ข้อมูล การช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย การให้ความเมตตา การจัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การตอบสนองความต้องการที่จำเป็น แต่ละด้าน(ยุวดี รอดจากภัยและคณะ,2550:61)

3.5.3 การดูแลด้านสังคม

เป็นการเอื้อให้คนพิการได้มีโอกาส ศักดิ์ศรีในสังคมเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทั้งในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทำหน้าที่ทางสังคมให้กับคนพิการ เนื่องจากคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหว นั้นจะมีปัญหาที่ระบบประสาท กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็น

อัมพาตครึ่งซีกหรือทั้งตัว ทำให้มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารและการแสดงพฤติกรรม ฉะนั้นผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการประสานข้อมูลข่าวสารสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้กับคนพิการ การเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เข้าการศึกษา และประกอบอาชีพตามสภาพความพิการ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านวัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล (พัชรินทร์ กิตติธงโสภณ ,2541 อ้างถึงในปาริฉัตร กุลยาบาล,2550:6)

3.5.4 การดูแลด้านเศรษฐกิจ

เนื่องจากเมื่อเกิดความพิการแล้วทำให้คนพิการประกอบอาชีพได้ยากลำบากกว่าคนอื่น อีกทั้งสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้บางครั้งไม่สามารถประกอบอาชีพได้แต่คนพิการยังคงต้องดำเนินชีวิตต่อไป มีต้องความจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเหมือนเช่นคนอื่นๆ ในครอบครัว ดังนั้นคนพิการจึงต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายจากสมาชิกในครอบครัว มีสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการจากรัฐ ดังนั้นคนพิการจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายหรือการทำธุระทางการเงินหรือการสนับสนุนให้สามารถประกอบอาชีพได้เป็นต้น

นอกจากนี้การดูแลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคนพิการที่กล่าวมาแล้วนั้นส่วนหนึ่งก็เชื่อมโยงกับการที่ประเทศไทยมีการกำหนดพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 อ้างถึงในราชกิจจานุเบกษา (2550:9) ให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งหมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ โดยสรุปแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1) การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการหรือปรับสภาพความพิการ เครื่องช่วยความพิการ หรือเครื่องส่งเสริมพัฒนาการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

2) การฟื้นฟูสภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation) ให้เข้าเรียนในสถานศึกษาต่าง ๆ ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการศึกษา ติดต่อขอรับบริการได้ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการหรือศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด

3) การฟื้นฟูสภาพทางอาชีพ *(Vocational Rehabilitation)* จัดให้บริการเพื่อการมีงานทำ การคุ้มครองแรงงาน การประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการทำงานและการประกอบอาชีพ

4) การฟื้นฟูสภาพทางสังคม (Social Rehabilitation) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการในด้านอาคาร สถานที่ และบริการสาธารณะต่าง ๆ

*(1) จัดบริการให้ความช่วยเหลือคนพิการ*ให้ได้รับพัฒนาคุณภาพชีวิตมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนสวัสดิการที่เหมาะสม

*(2) ส่งเสริมให้คนพิการเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วม*ในการดำเนินกิจกรรมทางสังคมให้เท่าเทียมคนทั่วไปทั้งในด้านอาชีพ การคมนาคม การใช้ชีวิตประจำวัน นันทนาการ หรือการแข่งขันกีฬาคนพิการ ฯลฯ

*(3) ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ*ที่มีฐานะยากจน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยส่งเสริมให้ชุมชน ตั้งแต่คนพิการ ครอบครัว องค์กรท้องถิ่นในทุกระดับทั่วประเทศ ใช้ทรัพยากรชุมชนและภูมิปัญญาชาวบ้านให้เกิดประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาให้คนพิการมากที่สุด

*(4) ให้ครอบครัว ชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วม*ในการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการในชุมชนรวมทั้งการจัดบริการด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล (2541:35) ได้ศึกษา การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของครอบครัวคนพิการเป็นครอบครัวขยาย รายได้ต่ำกว่า 50,000 บาท/ปี คุณลักษณะคนพิการ มีอายุ 15-60 ปี เป็นเพศชาย ระยะเวลาความพิการหลังกำเนิด ไม่เคยมีประสบการณ์ในการศึกษา หรือฝึกหัดอาชีพและไม่เคยมีประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มากที่สุด ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ด้านบวกคือ รายได้ของคนพิการและประสบการณ์ของคนพิการในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านลบคือการศึกษาของคนพิการ ประสบการณ์ของคนพิการในการฝึกอาชีพ การศึกษา ประเภทและลักษณะความพิการ การสนับสนุนทางสังคม ปัญหาครอบครัวของคนพิการ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลคือ

ปัญหาครอบครัวของคนพิการ การศึกษาของคนพิการ ลักษณะของความพิการ ประเภทความพิการ รายได้ของคนพิการ ประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาหรือฝึกอาชีพ ปัญหาครอบครัวคนพิการส่งผลถึง การปรับตัวของครอบครัวในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในครอบครัวคนพิการที่มีความเครียดหลาย ๆ อย่าง เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว จะส่งผลถึงการอยู่ร่วมกันการตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในด้านการที่ต้องการการดูแล

4.2 วาสนา ปานดอก (2545) ศึกษาเรื่อง กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านโดยรวมเป็นบางครั้ง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นประจำ ในขณะที่ด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นผู้ดูแลแทบจะไม่ได้ปฏิบัติเลย แต่จะปฏิบัติเป็นบางครั้งในด้านการบริหารยา

4.3 ธีรภัทร์ นาชิต (2547) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กิจกรรมในการดูแลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมากคือ ด้านการสื่อสาร (ร้อยละ 45.55) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.55) ส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 63.33) คือภาวะแทรกซ้อน

4.4 มินตกาญจน์ ชลอรักษ์ (2547) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15-77 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้ 3,001 – 6,000 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นคู่สามีภรรยากัน ระยะเวลาในการดูแลนานมากสุด 6 เดือน ไม่เคยให้การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการกินยาจะช่วยให้ผู้ป่วยรักษาหายจากวัณโรคมากขึ้นแต่เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยวัณโรคภาพรวมอยู่ในระดับดี มีความสนิทสนมกันมานาน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางข้างมากทั้งในด้านอารมณ์ ด้านยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุ สิ่งของ เงิน

ทองและบริการต่างๆ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลรายด้านพบว่ามีผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลด้านการรักษาพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำ ดูแลด้านจิตใจ ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลทางด้านสังคมและพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านการให้คำปรึกษาแนะนำดูแลทางด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล รองลงมา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้ป่วย

4.5 ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) ศึกษาเรื่อง การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (60ปีขึ้นไป) ที่มีชีวิต ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย จำนวน 235 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจในการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่และด้านการยอมรับและให้ความสำคัญ ในภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และสถานภาพทางสังคมต่างกัน ได้รับการดูแลจากครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในอนาคต แต่ละครอบครัวในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย ควรให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นกว่าเดิม

4.6 ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข (2550) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาที่นำบุตรที่ป่วยด้วยภาวะสมองพิการที่มีอายุ 3 เดือน – 6 ปี มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา ดังนี้ 1) การทำความสะอาดร่างกาย 2) การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ 3) การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณที่เพียงพอ 4) การดูแลให้การขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติ 5) การดูแลให้มีระบายอากาศให้เป็นไปตามปกติ 6) การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน 7) การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 8) การดูแลให้มีการพักผ่อนหย่อนใจ 9) การรับรู้อาการ

ผิดปกติ 10) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และการกระตุ้นพัฒนาการมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติอย่างเพียงพอในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรส่งผลให้มารดามีพลังความสามารถในการดูแลบุตรสมองพิการ

4.7 ยุวดี รอดจากภัยและคนอื่น ๆ (2550) ศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนมีนาคม 2547- เดือนมีนาคม 2549 พบว่า พฤติกรรมการดูแลของญาติที่ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ระหว่างก่อนทดลอง กับหลังการทดลอง พบว่าดีขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ค่าพี น้อยกว่า 0.001) หลังทดลองพฤติกรรมการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังดีกว่าก่อนทดลอง โดยมีพฤติกรรมการให้กำลังใจ และความหวังการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การชี้แนะให้ข้อมูล การช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย การให้ความเมตตา การจัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การตอบสนองความต้องการที่จำเป็น แต่ละด้าน ให้กับผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติที่ดูแลผู้ป่วยมีดังนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัยไม่มีเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ญาติที่ดูแลผู้ป่วยบางคนมีฐานะยากจน บ้านผู้ป่วยบางรายอยู่ห่างจากสถานีอนามัย ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนจบการพัฒนารูปแบบ

4.8 ปาริฉัตร กุลษาบาล (2550) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 40-59 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ส่วนมากรายได้ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยามากที่สุด ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลมากที่สุดคือ 1- 6 เดือน มีปริมาณเวลาในการดูแลมากที่สุดคือ 4 – 6 ชั่วโมง ส่วนมากมีผู้ช่วยเหลือสับเปลี่ยนในการดูแลมากที่สุด มากกว่าครึ่งไม่เคยดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในเขตภาคตะวันออก พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการดูแล อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ภาพรวมของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับดีมาก ภาพรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ภาพรวมของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ปริมาณเวลาในการดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และ

สามารถทำนายกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4.9 วรธิดา มาศเกษม (2552) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกหน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 140 คน พบว่า พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทัศนคติการรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยเอื้อได้แก่สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.001และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.001

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Servey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว พร้อมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และค้นหาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่อยู่ในจังหวัดจันทบุรีโดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับความสามารถ 3 ,4 และ 5 ที่จดทะเบียนกับโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดจันทบุรี ประจำปี 2556 โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักไม่รับค่าตอบแทนอาจมีความผูกพันกันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมายหรือการอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาที่ไม่ได้จดทะเบียนก็ได้ จำนวน 2,432 คน จาก 2,432 ครอบครัว

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนจากสมาชิกของครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับคนพิการ ไม่รับค่าตอบแทนในการดูแลคนพิการ โดยอาจมีความผูกพันกันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมายหรือการอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาที่ไม่ได้จดทะเบียนก็ได้ จำนวน 2,432 คน โดยสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถโต้ตอบและสื่อความหมายเข้าใจได้ พร้อมทั้งยินดีตอบแบบสอบถาม รายละเอียดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane,1973 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.2549,น.88) การวิจัยครั้งนี้มีขนาดประชากรที่เป็นครอบครัวของคนพิการทาง การเคลื่อนไหวจำนวน 2,432 ครอบครัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร จำนวน 344 คน/ครอบครัวเลือกตัวอย่างจากทุกอำเภอของจังหวัดจันทบุรี ตามสัดส่วนโดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) มีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมรายชื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวของทุกอำเภอจากโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอใน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 คัดกรองกลุ่มตัวอย่างเฉพาะครอบครัวที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับความสามารถ 3 , 4 และ 5 จากโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดจันทบุรี 9 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ ที่อาศัยอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูลจำนวน 2,432 ครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างครอบครัวที่มีคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับความสามารถ 3 , 4 และ 5 จำนวน 344 ครอบครัว ซึ่งมีจำนวนสัดส่วนจำแนกตามพื้นที่แต่ละอำเภอดังนี้

1. อำเภอโป่งน้ำร้อน $\frac{189 \times 344}{2,432} = 27$ ครอบครัว
2. อำเภอแหลมสิงห์ $\frac{207 \times 344}{2,432} = 29$ ครอบครัว
3. อำเภอมะขาม $\frac{218 \times 344}{2,432} = 30$ ครอบครัว
4. อำเภอนายายอาม $\frac{204 \times 344}{2,432} = 29$ ครอบครัว
5. อำเภอแก่งหางแมว $\frac{196 \times 344}{2,432} = 28$ ครอบครัว
6. อำเภอขลุง $\frac{239 \times 344}{2,432} = 32$ ครอบครัว
7. อำเภอเขาคิชฌกูฏ $\frac{168 \times 344}{2,432} = 23$ ครอบครัว
8. อำเภอท่าใหม่ $\frac{511 \times 344}{2,432} = 72$ ครอบครัว
9. อำเภอสอย $\frac{226 \times 344}{2,432} = 37$ ครอบครัว
10. อำเภอเมือง $\frac{274 \times 344}{2,432} = 38$ ครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มตัวอย่างครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในแต่ละอำเภอ โดยวิธีการจับสลากจนครบตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยสุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 344 ครอบครัว และเก็บข้อมูลจากตัวแทนสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหลักครอบครัวละ 1 คนเป็นจำนวน 344 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บจากสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ(ผู้ดูแลหลัก) โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับคนพิการ มีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระยะเวลาที่พิการ ภาวะสุขภาพ สาเหตุความพิการ ลักษณะความพิการและระดับความรุนแรงของความพิการ โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด(เติมคำในช่องว่าง) ยกเว้นแบบวัดความรุนแรงของความพิการ เป็นแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โลหารชุนและคนอื่นๆ,2551) เป็นแบบวัดประมาณค่าจำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยคำตอบมีตั้งแต่ทำเองไม่ได้เลย(0 คะแนน) ไปจนถึงทำได้เอง(15 คะแนน) และแปลผลระดับความรุนแรงของความพิการตามเกณฑ์ของแบบ Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย ที่กำหนดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการเป็นช่วงคะแนน 5 ระดับด้วยกันดังนี้

ระดับคะแนนช่วง 0 – 24 หมายถึง ความรุนแรงมากที่สุด
ระดับคะแนนช่วง 25 – 49 หมายถึง ความรุนแรงมาก
ระดับคะแนนช่วง 50 – 74 หมายถึง ความรุนแรงปานกลาง
ระดับคะแนนช่วง 75 – 90 หมายถึง ความรุนแรงน้อย
ระดับคะแนนช่วง 91 – 100 หมายถึง ไม่รุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลครอบครัว ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) คำถามเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน รายจ่ายรวมในการดูแลคนพิการของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด (เติมคำในช่องว่าง)

2) แบบวัดความผูกพันของสมาชิกครอบครัว มีลักษณะคำถามเป็นแบบวัดประมาณค่าจำนวน 11 ข้อ เพื่อประเมินระดับความผูกพันของสมาชิกครอบครัวคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนความรู้ งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวมากที่สุด
มาก หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวมาก
ปานกลาง หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวปานกลาง
น้อย หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว
ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว

การให้คะแนนแบบวัดความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายบวก

มากที่สุด	ให้	5 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ให้	1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายลบ

มากที่สุด	ให้	1 คะแนน
มาก	ให้	2 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	4 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ให้	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์(Best,1977 : 14 อ้างถึงในภรภัทร อิ่มโอฐ,2550:55) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum – Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

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

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง สมาชิกของครอบครัวมีความผูกพันดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง สมาชิกของครอบครัวมีความผูกพันปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง สมาชิกของครอบครัวมีความผูกพันไม่ดี

3) แบบแบบวัดเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนความรู้ งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของครอบครัวมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของครอบครัวค่อนข้างมาก

เฉย หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของครอบครัวปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของครอบครัวเป็นอย่างมาก

การให้คะแนนแบบวัดเจตคติของครอบครัวให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
เฉยๆ	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน

เฉยๆ ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์(Best,1977 : 14 อ้างถึงในภรภัทร อิ่มโอฐ,2550:55) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum – Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

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

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีเจตคติต่อคนพิการในระดับดีหรือเชิงบวก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีเจตคติต่อคนพิการในระดับปานกลางหรือเฉยๆ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีเจตคติต่อคนพิการในระดับไม่ดีหรือเชิงลบ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความพร้อมในการดูแลคนพิการของครอบครัว ประกอบด้วยแบบวัดความรู้และแบบวัดแรงจูงใจของครอบครัวในการดูแลคนพิการ มีรายละเอียดดังนี้

1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 15 ข้อผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนความรู้และแนวทางการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือถูก หรือผิด ซึ่งมี 2 คำตอบดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน ผลระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ โดยใช้วิธีอิงเกณฑ์(Criterion refernce) ความยากง่ายข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ระดับความรู้ที่ประเมินแต่ละระดับต้องได้คะแนนเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม (Gronlund,1981 อ้างถึงในบุญธรรม ปรีดานันท์ ;199-201) คือ

ความรู้ดีมาก หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 95-100 ของคะแนนเต็ม (14 - 15 คะแนน)

ความรู้ดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 85-94 ของคะแนนเต็ม (12 - 13 คะแนน)

ความรู้พอใช้ หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 75-84 ของคะแนนเต็ม (11 คะแนน)

ความรู้น้อย หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 65-74 ของคะแนนเต็ม (9 - 10 คะแนน)

ความรู้ไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละน้อยกว่า 64 ของคะแนนเต็ม (8 คะแนนลงไป)

2) แบบวัดแรงจูงใจของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการ วัดด้วยมาตรประมาณค่า(Rating Scale)ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นแรงจูงใจจากภายในของครอบครัวจำนวน 13 ข้อ แรงจูงใจจากภายนอกของครอบครัวจำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ข้อความที่มีความหมายบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
เฉยๆ	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
เฉยๆ	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์(Best,1977 : 14 อ้างถึงในภรภัทร อิ่มโอฐ,2550:55) ดังนี้

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

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

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ครอบครัวมีแรงจูงใจที่ดี(บวก)

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ครอบครัวมีแรงจูงใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ครอบครัวมีแรงจูงใจไม่ดี(ลบ)

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว วัดด้วยแบบวัดประเภทมาตรประมาณค่า(Rating Scale) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ครอบครัวของท่านดูแลปฏิบัติกับคนพิการทุกวัน ให้ 5 คะแนน

ปฏิบัติมาก หมายถึง ครอบครัวของท่านดูแลปฏิบัติกับคนพิการสัปดาห์ละ 4-5 วัน ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ครอบครัวของท่านดูแลปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 วัน ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ครอบครัวของท่านดูแลปฏิบัติสัปดาห์ละ 2 วัน ให้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ครอบครัวของท่านไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

การแปลผล เกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว แบ่งระดับค่าเฉลี่ยตามวิเชียร เกตุสิงห์(2538) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ(คะแนนเต็ม 1-5คะแนน)

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับน้อยมาก

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทาง การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทาง การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทาง การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทาง การเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมากที่สุด

2.2 การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ส่วน โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบบวัดความผูกพันของสมาชิกครอบครัว แบบวัดเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลคนพิการภายนอกครอบครัว และแบบวัดพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลคนพิการ

2.2.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลคนพิการ
  โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน 2 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 1 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลดูแลคนพิการ 1 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 1 ท่าน

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความคลอบคลุมของเนื้อหาสาระ และความสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมไทย เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปหาความเชื่อมั่นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปใช้ในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวจำนวน 30 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องแล้ว นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น แบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย แบบวัดความผูกพันของสมาชิกครอบครัว แบบวัดเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในและภายนอกครอบครัว แบบวัดพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลคนพิการ โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิอัลฟาของ Cronbach’s Alpha Coefficient ได้ดังนี้

แบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.96
แบบวัดความผูกพันของสมาชิกครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89
แบบวัดเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86
แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลคนพิการของครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

แบบวัดพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลคนพิการได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.77

แบบวัดความรู้การดูแลคนพิการใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์สัน(KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น.71

2.2.3 ผู้วิจัยจัดพิมพ์แบบสอบถาม และนำแบบสอบถามไปเก็บรวมรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจนครบตามเป้าหมาย

2.2.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวรับทราบ โดยจะไม่มีการบังคับกลุ่มครอบครัวตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อคนพิการหรือครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการเซ็นต์ใบยินยอมในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ส่วนแบบสอบถามจะไม่มีชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม จะใช้รหัสเลขที่แทน เพื่อรักษาความลับของข้อมูล แบบสอบถามทุกชุดจะถูกรวบรวมเก็บอย่างมิดชิดโดยจะนำไปใช้ในทางการศึกษาวิจัย วิชาการเพื่อการเรียนรู้เท่านั้นส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมและข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะมีการทำลายข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังจากผลงานวิจัยตีพิมพ์และเผยแพร่วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

3. การเก็บรวมรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ขั้นเตรียมการ

3.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ เอกพัฒนาครอบครัวและสังคม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ผู้อำนวยโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยแก่ผู้อำนวยโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอแหลมสิงห์ อำเภอนายายอาม อำเภอมะขาม อำเภอสอยดาว อำเภอแก่งหางแมว อำเภอเขาคิชฌกูฏ อำเภอสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ อำเภอขลุง และอำเภอเมือง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

3.2.1 สำรวจรายชื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ในทะเบียนโรงพยาบาล และทำการสุ่มอย่างง่ายให้ได้จำนวนครอบครัวเท่าที่ต้องการ

3.2.2 ซักถามคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือสมาชิกครอบครัวว่าใครคือผู้ที่รู้ ทุกเรื่องของครอบครัวรวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวในครอบครัวมากที่สุด สามารถให้ข้อมูลได้เพื่อที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยและสร้างสัมพันธภาพกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้วิจัยแนะนำตัวในฐานะผู้วิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากครอบครัว ทุกครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3.2.3 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูลทุกครั้ง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวเมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล

3.2.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างครอบครัวมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ถ้า ครอบครัวที่ไม่พร้อมในวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ครอบครัวจะเป็นผู้นัดหมายวันเวลา ที่จะให้ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูล

3.2.5 อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามโดยอธิบายรายละเอียดก่อนและให้ข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือมีปัญหา สามารถสอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ทุกคำถาม เมื่อเข้าใจจึงเริ่มแจกแบบสอบถาม

3.2.6 หลังตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบให้สมบูรณ์ ถ้าพบข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบทุกข้อแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่(Frequency)และหาค่าร้อยละ(Percent) ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)

4.2 วิเคราะห์คะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว โดยรวม โดยหาค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.3 วิเคราะห์ความสามารถของตัวแปรอิสระที่ศึกษา มี2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นตัวแปรกลุ่ม ได้แก่ ภาวะสุขภาพคนพิการ ลักษณะความพิการ วิเคราะห์ด้วยไควแสวร์ ส่วนตัวแปรที่เป็น Rating scaleได้แก่ ความรู้ในการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ ในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว โดยการวิเคราะห์พหุคูณแบบถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวใน จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และค้นหาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลมาจากครอบครัวกลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 ครอบครัว แต่เก็บได้จริง 332 ข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 97 มาประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ในบทนี้จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยจำแนกเป็น ตอน คือ

1. ลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลคนพิการ
2. ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ครอบครัวดูแล
3. คุณลักษณะของครอบครัวที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
4. พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี
5. ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลคนพิการ
6. ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันผู้วิจัยจึงได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนนักเรียนในกลุ่ม
M	แทน	ค่าเฉลี่ย(Mean, $\bar{X}$)
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)
Min	แทน	ค่าคะแนนต่ำสุด(Minimum)
Max	แทน	ค่าคะแนนสูงสุด (Maximum)
t	แทน	สถิติทดสอบ t
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลคนพิการ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในครอบครัว จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 332 คน มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ หาค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ ฐานะความสัมพันธ์กับคนพิการ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลตามตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการ (n=332)

ลักษณะทั่วไปของสมาชิก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	80	24.0
หญิง	252	76.0
รวม	332	100
อายุ		
วัยรุ่นตอนปลาย(18- 20 ปี)	4	1.2
วัยผู้ใหญ่(21 - 40 ปี)	75	22.6
วัยกลางคน(41 - 65 ปี)	191	57.5
วัยสูงอายุ(66 ปีขึ้นไป)	62	18.7
รวม	332	100
ความสัมพันธ์กับคนพิการ		
บุตร	117	35.2
สามี/ภรรยา	88	26.5
บิดา/มารดา	59	17.8
พี่/น้อง	31	9.3
ปู่ยาตายาย	3	9.0
ญาติ	18	5.4
หลาน	16	4.8
รวม	332	100

จากข้อมูลในตารางที่ 4.1 สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหลักของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีที่เลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 332 คน จำแนกเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นเพศชายร้อยละ 24 กลุ่มตัวอย่างหากจำแนกตามช่วงวัยของสมาชิกครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลคนพิการในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นคนวัยกลางคน (อายุระหว่าง 41 - 66 ปี) คิดเป็นร้อยละ 57.5 ของผู้ดูแลทั้งหมด รองลงมาคือ คนกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 21-40 ปี) คิดเป็นร้อยละ 22.6 หรือถ้าจำแนกถึงความเกี่ยวพันกับคนพิการพบว่า เป็นบุตรของคนพิการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.2 ของผู้ดูแลคนพิการทั้งหมด รองลงมา คือ สามีหรือภรรยาของคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 26.5 และ เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 17.8

2. ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ครอบครัวดูแล

เนื่องจากงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งจะผันแปรไปตามลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องดูแล ดังนั้นในขั้นตอนนี้จะนำเสนอข้อมูลลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล ว่ามีลักษณะโดยรวมเป็นอย่างไร ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุของคนพิการที่ครอบครัวดูแล ระยะเวลาที่พิการ ภาวะสุขภาพของคนพิการ สาเหตุของความพิการ ลักษณะความพิการที่ปรากฏ และระดับความรุนแรงของคนพิการ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกตามลักษณะทั่วไป(n=332)

ลักษณะทั่วไปของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	170	51.0
หญิง	162	49.0
อายุ		
วัยเด็ก(4-12ปี)	7	2.0
วัยรุ่นตอนปลาย(13- 20 ปี)	14	4.0
วัยผู้ใหญ่(21 - 40 ปี)	34	10.0
วัยกลางคน(41 - 65 ปี)	106	32.0
วัยผู้สูงอายุ(66 ปีขึ้นไป)	171	52.0
ระยะเวลาที่พิการ		
ไม่เกิน 1 ปี	27	8.1
>1 ปี– 2 ปี	30	9.0
2 ปี1 เดือน – 5 ปี	95	28.6
5 ปี1 เดือน- 10 ปี	74	22.3
10 ปี1 เดือน- 20 ปี	66	20.0
20 ปี1 เดือน- 76 ปี	40	12.0
$\bar{x}$ =10.59 ,SD=12.10, Min=0.08, Max=76		
สาเหตุของความพิการ		
เป็นตั้งแต่กำเนิด	37	11.1
อุบัติเหตุ		
อุบัติเหตุจราจรทั้งทางบก ทางน้ำ และ อากาศ	52	15.7
อุบัติเหตุที่เกิดจากการพลัด/ตก/หกล้มเกิดภายในบริเวณบ้าน	23	7.0
อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพทุกประเภท	17	5.1
อุบัติเหตุภัยคุกคามต่อชีวิต/ การทำร้ายร่างกาย / ภัยพิบัติธรรมชาติทุกรูปแบบ	10	3.1

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ความเจ็บป่วย		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	80	24.0
กลุ่มโรคเบาหวาน/ไขมัน/ความดันโลหิตสูง	44	13.3
กลุ่มโรคกระดูกและข้อ	8	2.4
กลุ่มโรคมะเร็งทุกชนิด	5	1.5
ชราภาพ	26	7.8
อื่น ๆ	30	9.0
ลักษณะความพิการ		
อวัยวะที่เป็นรยางค์ของร่างกายขาด/มีไม่ครบ	55	16.6
แขน/ขาอ่อนแรง/เกร็ง 1 ข้าง/เกร็ง 2 ข้าง	211	63.5
อวัยวะครึ่งท่อนล่างเกร็ง/อ่อนแรง 1 ข้าง/2 ข้าง	66	19.9
ระดับความรุนแรงของความพิการ		
รุนแรงมากที่สุด	149	44.9
รุนแรงมาก	36	10.8
รุนแรงปานกลาง	47	14.2
รุนแรงน้อย	96	28.9
ไม่รุนแรง	4	1.2
ภาวะสุขภาพของคนพิการ		
ไม่มีโรคประจำตัว	162	48.8
มีโรคประจำตัว	170	51.2
รวม	332	100

จากข้อมูลตารางที่ 4.2 พบว่า ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีที่เลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 332 คนนี้ จำแนกเป็นหัวข้อย่อยได้ ดังนี้

2.1 ลักษณะทั่วไป พบว่า เป็นเพศชาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทั้งหมด คนพิการส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ วัยกลางคน (อายุระหว่าง 41-65 ปี) คิดเป็นร้อยละ 32.0 และวัยผู้ใหญ่ (อายุ 21-40 ปี) คิดเป็นร้อยละ 10.0 ระยะเวลาที่พิการ พบว่า มีระยะน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่พิการมากกว่า 2 ปี คือ ระยะเวลา 2 ปี 1 เดือน – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 ระยะเวลา 5 ปี 1 เดือน – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.3 ระยะเวลาที่พิการ 10 ปี 1 เดือน – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.0 ระยะเวลาที่พิการ 20 ปี 1 เดือน – 76 ปี คิดเป็นร้อยละ12.0

2.2 สาเหตุของความพิการทางการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสาเหตุของความพิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า เป็นความพิการตั้งแต่กำเนิดเพียงร้อยละ 11.0 คน พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง คิดเป็นร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 41.2 โรคที่เป็นสาเหตุทำให้พิการมากที่สุด คือโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 24.0 ส่วนกลุ่มโรคเบาหวาน/ไขมัน/ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 13.3 รองลงมาคือ อุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 30.7 อุบัติเหตุที่ทำให้พิการมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจราจรทั้งทางบก ทางน้ำ และอากาศ คิดเป็นร้อยละ 15.7 และพิการจากความชราภาพโดยไม่มีโรค คิดเป็นร้อยละ 7.8

2.3 ลักษณะความพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ส่วนใหญ่พิการแขน/ขาอ่อนแรง/เกร็ง 1 ข้าง/ 2 ข้าง คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาคือ อวัยวะครึ่งท่อนล่างอ่อนแรง/เกร็ง 1 ข้าง/ 2 ข้าง คิดเป็นร้อยละ 19.9 และอวัยวะที่เป็นรยางค์ของร่างกายขาด/มีไม่ครบ คิดเป็นร้อยละ 16.6

2.4 ระดับความรุนแรงของคนพิการ พบว่าส่วนใหญ่ มีความพิการระดับรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.9 กล่าวคือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลักทุกด้าน

2.5 ภาวะสุขภาพของคนพิการ พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 51.2

3. คุณลักษณะของครอบครัวที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าลักษณะของครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นในขั้นตอนต่อไปนี้จะนำเสนอข้อมูลลักษณะของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีที่ให้การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย ลักษณะด้านกายภาพของ

ครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ให้การดูแลคนพิการ ลักษณะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แก่ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน รายจ่ายรวมของครอบครัวในการดูแลคนพิการต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบทางการเงินของครอบครัว และลักษณะจิตวิทยาของครอบครัว ได้แก่ ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลคนพิการประกอบด้วยความรู้ในการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัวและแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

3.1 ลักษณะทางกายภาพของครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางกายภาพของครอบครัวปรากฏข้อมูลตามตารางที่4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 ลักษณะทางกายภาพของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี (n= 332)

ลักษณะทั่วไปของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	225	67.8
ครอบครัวขยาย	107	32.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2 - 4 คน	207	62.0
5 – 7 คน	115	35.0
8 – 10 คน	10	3.0
ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ		
1 เดือน- 1 ปี	30	9.0
1 ปี1 เดือน – 2 ปี	38	11.4
2 ปี1 เดือน – 5 ปี	94	28.0
5 ปี1 เดือน- 10 ปี	75	23.0
10 ปี1 เดือน- 20 ปี	60	18.1
20 ปี1 เดือน- 76 ปี	35	10.5
$\bar{x}$ =10.59 SD= 12.10Min= 0.08 Max=76		

ข้อมูลจากตารางที่ 4.3 แสดงลักษณะทางกายภาพของครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 67.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 4 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการพบว่า ส่วนใหญ่ดูแลคนพิการมากกว่า 2 ปี 1 เดือน –

5 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.0 ดูแลคนพิการ 5 ปี 1 เดือน – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.0 และดูแลคนพิการ 10 ปี 1 เดือน – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.1

3.2 ลักษณะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางกายภาพของครอบครัวปรากฏข้อมูลตามตารางที่ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.4 ลักษณะทางเศรษฐกิจภาพรวมของครอบครัวผู้ดูแลคนพิการในจังหวัดจันทบุรี(n= 332)

ลักษณะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
≤5,000	111	33.4
5,001 – 15,000	144	43.4
15,001 – 25,000	42	12.7
25,001ไป	35	10.5
$\bar{X}$=12621,SD=13274.39, Min=500 Max=100000		
รายจ่ายในการดูแลคนพิการต่อเดือน(บาท)		
≤5,000	233	67.2
5,001 – 15,000	93	28.0
15,001 – 25,000	12	3.6
25,001 ขึ้นไป	4	1.2
$\bar{X}$=4,372.70,SD=7,064.63,Min=400,Max=50,800		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอมีเงินออม	58	17.5
เพียงพอไม่มีเงินออม	132	39.8
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้	65	19.6
ไม่เพียงพอมีหนี้	77	23.0
ผลกระทบทางการเงินของครอบครัว		
ไม่กระทบต่อสถานะการเงิน	108	32.5
กระทบทำให้ไม่มีเงินออม	108	32.5
กระทบทำให้มีหนี้สิน	22	6.7
กระทบทำให้รายได้ลดลง	37	11.1
ผลกระทบมากกว่า1 ข้อ	57	17.2

จากข้อมูลตารางที่ 4.4 จะเห็นลักษณะทางเศรษฐกิจที่สำคัญของครอบครัวที่ดูแลคนพิการในจังหวัดจันทบุรี ดังนี้

3.2.1 รายได้ของครอบครัว พบว่าครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีที่ต้องดูแลคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.4 ของครอบครัวที่ดูแลคนพิการทั้งหมด รองลงมาจะมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.4

3.2.2 รายจ่ายในการดูแลคนพิการ จากข้อมูลในตารางพบว่า ครอบครัวที่ดูแลคนพิการต่อเดือน โดยเฉลี่ย 4,372.70 บาทต่อเดือน ($\bar{x}$=4,372.70,SD=7,064.63) แต่ละรายจ่ายมีความแปรปรวนสูง หากจำแนกออกเป็นกลุ่มตามระดับรายจ่าย พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวที่ดูแลคนพิการในจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 67.2 มีรายจ่ายในการดูแลคนพิการต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท อีกประมาณร้อยละ 28.0 ของครอบครัวผู้ดูแลคนพิการมีรายจ่ายนี้ในช่วง 5,001 – 15,000 บาท

นอกจากข้อมูลรายจ่ายในการดูแลคนพิการของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้สอบถามถึงรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการของครอบครัว จำแนกเป็นรายจ่ายด้านต่าง ๆ ข้อมูลตามตารางที่ 4.5 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการดูแลคนพิการของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามชนิดการใช้จ่าย

ชนิดของการใช้จ่าย	$\bar{x}$	SD	Max	Min
1.ค่าอาหาร	2,634.05	2,570.36	15,000	400
2.ค่ายารักษาโรค	610.18	2,124.86	10,800	0
3.ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป	672.14	1,108.32	12,000	0
4.ค่าเสื้อผ้า	117.47	313.17	3,000	0
5.ค่าเดินทาง	338.86	947.92	10,000	0
รวม	4,372.70	7,064.63	50,800	400

จากตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ต่อเดือนในการดูแลคนพิการของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี พบว่า รายการค่าใช้จ่ายที่มากที่สุดในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคือ ค่าอาหาร มีค่าเฉลี่ย 2,634.05 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,570.36 รองลงมาคือ ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีค่าเฉลี่ย 672.14 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1,108.32 และค่าใช้จ่ายที่น้อยที่สุดคือ ค่าเสื้อผ้า 117.47 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 313.17

3.2.3 ความพอเพียงของรายได้ จากข้อมูลตามตารางที่ 4.4 พบว่า ครอบครัวที่ดูแลคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่มีเงินออม คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมามีรายได้ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ซึ่งจากการที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการพบว่า ส่งผลกระทบทางการเงินของครอบครัวที่ดูแลคนพิการเป็นอย่างมากถึงร้อยละ 67.5

3.3 ลักษณะทางด้านจิตวิทยาของครอบครัว

ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะทางด้านจิตวิทยาของครอบครัว ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ดังนี้

3.3.1 ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางด้านความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ปรากฏข้อมูลตามตารางที่ 4.6 ดังนี้

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของลักษณะด้านความผูกพันของสมาชิกครอบครัว (n= 332)

ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการสื่อสาร		
ไม่ดี(1.00-2.33)	14	4.2
ปานกลาง(2.34-3.67)	190	57.2
ดี(3.68-5.00)	128	38.6
$\bar{X}$ = 2.4 SD= .5		
ด้านการจัดสรรทรัพยากร		
ไม่ดี(1.00-2.33)	28	8.4
ปานกลาง(2.34-3.67)	127	38.3
ดี(3.68-5.00)	177	53.3
$\bar{X}$ = 3.7 SD= .6		
ด้านการช่วยเหลือเกื้อกูล		
ไม่ดี(1.00-2.33)	21	6.3
ปานกลาง(2.34-3.67)	106	31.9
ดี(3.68-5.00)	205	61.7
$\bar{X}$ = 3.8 SD= .6		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่ดี(1.00-2.33)	19	5.7
ปานกลาง(2.34-3.67)	143	43.1
ดี(3.68-5.00)	170	51.2
$\bar{X}$ = 3.7 SD= .6		

จากตารางที่ 4.6 ลักษณะด้านความผูกพันของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกของครอบครัวที่ดูแลคนพิการมีความผูกพันต่อกันในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.7 SD= .6) ซึ่งสมาชิกของครอบครัวที่ดูแลคนพิการมีการแสดงออกให้เห็นถึงความผูกพันในครอบครัว จำแนกเป็นรายด้านพบว่า สมาชิกของครอบครัวส่วนใหญ่มีความผูกพันด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.2 ส่วนด้านการจัดสรรทรัพยากรและด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกันนั้นอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ53.3 และ 61.7 ตามลำดับ

3.3.2 เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางด้านเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ ปรากฏข้อมูลตามตารางที่ 4.7 ดังนี้

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะด้านเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ (n= 332)

เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ		
ไม่ดี(เชิงลบ)	71	21.4
ปานกลาง(เฉยๆ)	214	64.5
ดี(เชิงบวก)	47	14.2
$\bar{X}$ = 2.9 SD= .5		

จากตารางที่ 4.7 พบว่า สมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ ในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมมีเจตคติต่อคนพิการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.9 SD= .5) เมื่อจำแนกกลุ่มตาม

ระดับเจตคติต่อคนพิการพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการส่วนมากหรือร้อยละ 64.5 มีเจตคติในระดับปานกลางต่อคนพิการ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการอีกร้อยละ 21.4 มีเจตคติต่อคนพิการในระดับไม่ดีหรือมีเจตคติเชิงลบ และสมาชิกครอบครัวที่เหลืออีกร้อยละ14.2 มีเจตคติต่อคนพิการในระดับดีหรือมีเจตคติเชิงบวก

4. ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลคนพิการ

ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลคนพิการ ในที่นี้หมายถึง ความพร้อมของผู้ดูแลคนพิการในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดภายในครอบครัวและแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว ทั้งนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกความพร้อมแต่ละด้านได้ตามตารางที่ 4.8 ดังนี้

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของความพร้อมในการดูแลคนพิการของผู้ดูแลคนพิการ(n= 332)

ความพร้อมในการดูแลคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการดูแลคนพิการ		
ดีมาก(14 -15 คะแนน)	65	19.6
ดี(12-13 คะแนน)	157	47.3
พอใช้(11คะแนน)	67	20.2
น้อย(9-10คะแนน)	32	9.6
ไม่ดี (ต่ำกว่า 8 คะแนน)	11	3.3
$\bar{X}$=12.09,SD= 1.64,Min=5.00, Max=15		
แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว		
ไม่ดี(1.00-2.33)	1	.3
ปานกลาง(2.34-3.67)	120	36.1
ดี(3.68-5.00)	211	63.6
$\bar{X}$ = 3.9, SD= .6		
แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว		
ไม่ดี(1.00-2.33)	9	2.7
ปานกลาง(2.34-3.67)	123	37.0
ดี(3.68-5.00)	200	60.3
$\bar{X}$ = 3.8, SD= .7		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 4.8 พบว่า ครอบครัวที่ดูแลคนพิการมีความพร้อมในแต่ละด้าน ดังนี้

4.1 ความรู้ในการดูแลคนพิการ พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิทธิของคนพิการในภาพรวมนั้น อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=12.09,SD= 1.64) จำแนกตามกลุ่มระดับความรู้ พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการ ส่วนมากมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 47.3 สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการมีความรู้พอใช้ มีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 20.2และ19.6 ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ระดับต่ำมาก ร้อยละ 3.3

4.2 แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว หมายถึง ปริมาณความมากน้อยของแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลคนพิการในตัวของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นจากภายในครอบครัวเอง พบว่า สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ ในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมมีแรงจูงใจจากภายในครอบครัวอยู่ในระดับที่ดีหรือเชิงบวก $\bar{X}$= 3.9 ,SD=.6 เมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับแรงจูงใจในการดูแลคนพิการพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการส่วนมากหรือร้อยละ 63.6 มีแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัวในระดับที่ดี สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการอีกร้อยละ 36.1 มีแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัวระดับปานกลาง และมีเพียงส่วนน้อยที่สมาชิกครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัวระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ.3

4.3 แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว หมายถึง ปริมาณความมากน้อยของแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลคนพิการในตัวของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นจากภายปัจจัยภายนอกครอบครัว ทั้งในระดับชุมชน สังคมและวัฒนธรรม พบว่า สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ ในจังหวัดจันทบุรี โดยรวมมีแรงจูงใจจากภายนอกครอบครัวอยู่ในระดับที่ดีหรือเชิงบวก $\bar{X}$= 3.8 ,SD=.7 เมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับแรงจูงใจในการดูแลคนพิการพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการส่วนมากหรือร้อยละ 60.3 มีแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัวในระดับที่ดี สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการอีกร้อยละ 37.0 มีแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัวระดับปานกลาง และมีเพียงส่วนน้อยที่สมาชิกครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกครอบครัวระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 2.7

5. พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

เนื่องจากงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นในขั้นตอนต่อไปนี้จะนำเสนอการพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจการดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านเศรษฐกิจ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4.9 ดังนี้

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามพฤติกรรมรายด้าน (n= 332)

ระดับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลด้านร่างกาย		
ระดับน้อยมาก	15	4.5
ระดับน้อย	42	12.7
ระดับปานกลาง	83	25.0
ระดับมาก	136	41.0
ระดับมากที่สุด	56	16.9
การดูแลด้านจิตใจ		
ระดับน้อยมาก	2	.6
ระดับน้อย	13	3.9
ระดับปานกลาง	76	22.9
ระดับมาก	159	47.9
ระดับมากที่สุด	82	24.7
การดูแลด้านสังคม		
ระดับน้อยมาก	3	.9
ระดับน้อย	34	10.2
ระดับปานกลาง	148	44.6
ระดับมาก	119	35.8
ระดับมากที่สุด	28	8.4
การดูแลด้านเศรษฐกิจ		
ระดับน้อยมาก	7	2.1
ระดับน้อย	116	34.9
ระดับปานกลาง	154	46.4
ระดับมาก	42	12.7
ระดับมากที่สุด	13	3.9

จากข้อมูลตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกตามพฤติกรรมรายด้าน จำนวน 332 ราย มีพฤติกรรมการดูแลดังนี้

5.1 พฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกายระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.0 และระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.9

5.2 พฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.7 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.9

5.3 พฤติกรรมการดูแลด้านสังคม พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลด้านสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาคือ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 35.8 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.2 ระดับ

5.4 พฤติกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจ พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลเศรษฐกิจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.4 ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 34.9 ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 12.7

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว (n= 332)

พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	$\bar{X}$	SD	แปลผล
การดูแลด้านร่างกาย	3.5	1.0	ระดับมาก
การดูแลด้านจิตใจ	3.9	.8	ระดับมาก
การดูแลด้านสังคม	3.4	.8	ระดับปานกลาง
การดูแลด้านเศรษฐกิจ	2.8	.8	ระดับปานกลาง
รวม	3.3	.7	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลคนพิการในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทุกด้านในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง $\bar{X}$= 3.3,SD= .7 เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลคนพิการรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลคนพิการมีพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$= 3.5,SD= 1.0 พฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$= 3.9 ,SD= .8

พฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$= 3.4,SD= .8 และพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$= 2.8 ,SD= .8

6. ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

6.1 ผลการทดสอบไคสแควร์

ในการวิจัยนี้มีสมมติฐานการวิจัย 2 ข้อที่จำเป็นต้องทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ เนื่องจากตัวแปรอิสระมีระดับการวัดเป็นกลุ่ม คือ

- *ภาวะสุขภาพของคนพิการ* มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว
- *ลักษณะความพิการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องดูแล* มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว

ผลการทดสอบปรากฏ ดังนี้

6.1.1 ภาวะสุขภาพของคนพิการกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ

ผลการวิเคราะห์ไคสแควร์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของคนพิการกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ปรากฏข้อมูลตามตารางที่ 4.11 ดังนี้

ตารางที่ 4.11 จำนวนสมาชิกครอบครัวจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการและภาวะสุขภาพของคนพิการ

ภาวะสุขภาพของคนพิการ	พฤติกรรมการดูแลคนพิการ			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
ไม่มีโรค	62	87	13	162
มีโรค	60	97	13	170
รวม	122	184	26	332

χ^2 = 1.360 p-value = 0.715

จากตารางที่ 4.11 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มภาวะสุขภาพของคนพิการกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ พบว่า ค่าไคสแควร์(χ^2) เท่ากับ 1.360 ค่า p = 0.715 ซึ่งมากกว่า 0.05 จึงกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพของคนพิการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแล

คนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว พบว่า สัดส่วนของคนพิการที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวนั้น ได้รับการดูแลจากสมาชิกของครอบครัวไม่แตกต่างกัน

6.1.2 ลักษณะความพิการของคนพิการกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ

ผลการวิเคราะห์ไคสแควร์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความพิการกับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ปรากฏข้อมูลตามตารางที่ 4.12 ดังนี้

ตารางที่ 4.12 จำนวนสมาชิกครอบครัวจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการกับลักษณะความพิการ

ลักษณะความพิการ	พฤติกรรมการดูแลคนพิการ			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
อวัยวะขาด/มีไม่ครบ	16	34	5	55
กล้ามเนื้ออ่อนแรง1หรือ2ข้าง	82	115	14	211
พิการครึ่งท่อนล่าง	24	35	7	66
รวม	122	184	26	332

$\chi^2 = 4.000$ p-value = 0.677

จากตารางที่ 4.12 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มลักษณะความพิการกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ พบว่า ค่าไคสแควร์(χ^2) เท่ากับ 4.000 ซึ่งมีค่า p-value เท่ากับ .677 ซึ่งมากกว่า .05 จึงกล่าวได้ว่า ลักษณะความพิการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ต้องดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว พบว่า สัดส่วนของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทุกประเภทได้รับการดูแลในระดับปานกลาง

6.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว

สมมติฐานการวิจัยที่เหลืออีก 10 ข้อ เป็นการหาความความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของคนพิการ ลักษณะครอบครัว และลักษณะความพร้อมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 2 กลุ่มหรือสมมติฐานหลัก 2 ข้อ คือ

6.2.1 ระดับความรุนแรงของความพิการ ระยะเวลาที่พิการ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัวเจตคติต่อคนพิการของสมาชิกครอบครัว ความรู้ในการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว

แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัวและแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว

6.2.2 ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r)ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4.13 ดังนี้

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r)ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r)	ความหมาย
ระดับความรุนแรงความพิการ	-0.12*	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.08	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ของครอบครัว	0.05	ไม่มีความสัมพันธ์
รายจ่ายในการดูแลคนพิการของครอบครัว	-0.01	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่พิการ	-0.02	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ	-0.02	ไม่มีความสัมพันธ์
เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ	0.42**	มีความสัมพันธ์ต่ำ
ความรู้ในการดูแลคนพิการ	0.48**	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว	0.50**	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว	0.45**	มีความสัมพันธ์ต่ำ
แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว	0.40**	มีความสัมพันธ์ต่ำ

**. ที่ระดับความสำคัญ 0.01

*. ที่ระดับความสำคัญ 0.05

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของคนพิการ ลักษณะครอบครัว และลักษณะความพร้อมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว พบว่า ระดับความรุนแรงของความพิการ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว เจตคติต่อคนพิการของสมาชิกครอบครัว ความรู้ในการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัวและแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งระดับความรุนแรงของความพิการ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนจำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการของครอบครัว ระยะเวลาที่พิการ และระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว

6.3 หาสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการ เริ่มจากการพิจารณาคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ โดยศึกษาจากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทบทวนเอกสารและทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับคนพิการ ครอบครัว และการการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว แล้ววิเคราะห์หาความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน เพื่อให้ได้ตัวแปรอิสระที่ดีที่สุดเข้าสู่การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression Analysis) มีรายละเอียดดังนี้

6.3.1 การคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับคนพิการ ครอบครัว และการการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า มีตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทั้งหมด 11 ตัวแปร ได้แก่ ระดับความรุนแรงของความพิการ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ระยะเวลาที่พิการ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว เจตคติต่อคนพิการของสมาชิกครอบครัว ความรู้ในการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัวและแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว

6.3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน

หลังจากคัดเลือกตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร เข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งการวิเคราะห์พบว่ามีตัวแปรอิสระคู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด คือ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการและระยะเวลาที่พิการ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เท่ากับ 0.93 (ดูรายละเอียดตามตารางที่ 4.14) ซึ่งลักษณะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไปนี้ จะทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity โดยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ใช้ประมาณค่า ขาดความแม่นตรง จึงแก้ปัญหาด้วยการตัดตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งทิ้งไป (สุมิตรา รัฐประเสริฐ 2538 : 88) ผู้วิจัยจึงตัดสินใจตัดตัวแปรระยะเวลาที่พิการออก เพราะเป็นตัวแปรอิสระเช่นเดียวกับระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ ซึ่งน่าจะแทนกันได้ เพราะการทราบระยะเวลาที่ดูแลคนพิการน่าจะประมาณระยะเวลาที่พิการได้ ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรระยะเวลาในการดูแลคนพิการนี้ไว้เพื่อการศึกษาในขั้นต่อไป

6.3.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่ใช้ในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร และตัวแปรตาม 5 ตัวแปร มีการกำหนดตัวแปรดังนี้

ตัวแปรตาม X_1 คือ ระดับความรุนแรงความพิการ

X_2 คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

X_3 คือ รายได้ของครอบครัว

X_4 คือ รายจ่ายในการดูแลคนพิการของครอบครัว

X_5 คือ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ

X_6 คือ เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อความพิการ

X_7 คือ ความรู้ในการดูแลคนพิการ

X_8 คือ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว

X_9 คือ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว

X_{10} คือ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว

ตัวแปรตาม Y_1 คือ พฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย

Y_2 คือ พฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจ

Y_3 คือ พฤติกรรมการดูแลด้านสังคม

Y_4 คือ พฤติกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจ

Y_5 คือ พฤติกรรมการดูแลนพิการในภาพรวม

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว รายละเอียดตามตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัว

ตัวแปร	ระดับความรุนแรงความพิการ	จำนวนสมาชิก	รายได้	รายจ่าย	ระยะเวลาดูแล	ระยะเวลาพิการ	เจตคติ	ความรู้
ระดับความรุนแรงความพิการ	1	-.07	-.073	-.19**	.21**	.23**	.20**	.10
จำนวนสมาชิก		1	.30**	.10	-.10	-.10	.01	.03
รายได้			1	.21**	-.02	-.02	.12*	.15**
รายจ่าย				1	-.21**	-.21**	.04	.02
ระยะเวลาดูแล					1	.93**	-.03	-.04
ระยะเวลาพิการ						1	-.04	-.06
เจตคติ							1	.22**
ความรู้								1
ความผูกพัน								
แรงจูงใจภายใน								
แรงจูงใจภายนอก								
พฤติกรรมรวม								
ดูแลด้านร่างกาย								
ดูแลด้านจิตใจ								
ดูแลด้านสังคม								
ดูแลด้านเศรษฐกิจ								

**. ที่ระดับความสำคัญ 0.01

*. ที่ระดับความสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ตัวแปร	ความผูกพัน	แรงจูงใจภายใน	แรงจูงใจภายนอก	พฤติกรรมภาพรวม	ดูแลด้านร่างกาย	ดูแลด้านจิตใจ	ดูแลด้านสังคม	ดูแลด้านเศรษฐกิจ
ระดับความรุนแรงความพิการ	.06	-.10	.08	-.12*	-.44**	-.07	.12*	.17**
จำนวนสมาชิก	.05	.10	-.07	.08	.02	.04	.07	.02
รายได้	.06	.08	-.10	.05	.04	.16**	-.03	-.04
รายจ่าย	-.04	-.01	-.10	-.01	.11*	.10	.05	-.12*
ระยะเวลาดูแล	-.02	-.13*	.04	-.02	-.22**	-.00	.03	.20**
ระยะเวลาพิการ	-.01	-.10	.04	-.04	-.24**	-.03	.04	.18**
เจตคติ	.04	-.25**	-.10	.42	-.11*	-.05	.11*	.17**
ความรู้	.11	.07	-.05	.48**	.41*	.36**	.40**	.31*
ความผูกพัน	1	.40**	.13*	.50**	.12*	.38**	.41**	.16**
แรงจูงใจภายใน		1	.05	.45**	.20**	.37**	.30**	.07
แรงจูงใจภายนอก			1	.40**	.04	.23**	.24**	.25**
พฤติกรรมรวม				1	.54**	.66**	.71**	.62**
ดูแลด้านร่างกาย					1	.36**	.16**	.15**
ดูแลด้านจิตใจ						1	.54**	.30**
ดูแลด้านสังคม							1	.53**
ดูแลด้านเศรษฐกิจ								1

**. ที่ระดับความสำคัญ 0.01 *

. ที่ระดับความสำคัญ 0.05

6.3.4 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการของสมาชิกครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี

ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งการวิเคราะห์วิธีนี้เลือกตัวแปรอิสระตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด มาสร้างเป็นสมการถดถอยสมการแรกก่อน ขั้นต่อไปจึงหาตัวแปรตัวที่สองที่นำมารวมกับตัวแปรแรก สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่นๆ ในขั้นต่อไปจึงหาตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่ยังเหลืออยู่มาเข้าสมการต่อๆ ไปตามลำดับ ความสามารถในการอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม(สุมิตรา รัฐประเสริฐ 2538 : 88) ผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระที่คัดเลือกแล้ว 10 ตัวแปร(จากตารางที่ 4.14) มาดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว โดยนำเสนอตามลักษณะของตัวแปรตามเป็น 5 สมการดังนี้

สมการที่ 1 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย(Y_1)

สมการที่ 2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจ(Y_2)

สมการที่ 3 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลด้านสังคม(Y_3)

สมการที่ 4 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจ(Y_4)

สมการที่ 5 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลนพิการในภาพรวม(Y_5)

รายละเอียดตามตารางที่ 4.15 , 4.16 , 4.17 , 4.18 และ 4.19 ตามลำดับ ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.15 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านร่างกาย เป็นเกณฑ์(Y_1)

ตัวแปร	b	SE b	Beta	T	Sig.
ระดับความรุนแรงของคนพิการ(X_1)	-.32	-.41	-.41	8.30	.00
แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)	.39	.14	.21	4.33	.00
ความรู้ในดูแลคนพิการ(X_7)	.14	.14	.13	2.81	.01
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ(X_5)	.08	-.11	.11	2.33	.02
Constant	2.53			5.98	.00

$R = 0.52$	Adjusted $R^2 = 0.26$
$R^2 = 0.27$	Std. Error =.91
$F = 30.45$	Signif F = .00

จากตารางที่ 4.15 พบว่า มีตัวแปร 4 ตัวแปร ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) ส่วนตัวแปรระดับความรุนแรงของคนพิการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว ตัวแปร แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว (Beta = 0.21) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกายมากกว่าตัวแปรความรู้ของสมาชิกในครอบครัว (Beta = 0.13) ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ(Beta = 0.11) ระดับความรุนแรงของคนพิการ (Beta = -0.41) โดยที่ทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูและคนพิการด้านร่างกายได้ร้อยละ 27 (R^2 =0.27) โดยใช้สมการที่อธิบายพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย ในรูปของคะแนนดิบ ดังนี้

$Y_1 = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4$

$Y_1 = 2.53 - .32X_1 + .39X_2 + .14X_3 + .08X_4$

Y_1 = พฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_1)

X_1 = ระดับความรุนแรงของความพิการ (X_1)

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_2)

X_2 = ระดับแรงจูงใจภายในครอบครัว (X_9)

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_3)

X_3 = ความรู้ในการดูแลคนพิการ(X_7)

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_4)

X_4 = ระดับความรู้(X_5)

ตารางที่ 4.16 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านจิตใจ เป็นเกณฑ์ (Y_2)

ตัวแปร	b	SE b	Beta	T	Sig.
แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)	.39	.25	.26	5.14	.00
ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว(X_8)	.32	.25	.27	5.32	.00
แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})	.22	.20	.20	4.07	.00
ความรู้ในดูแลคนพิการ(X_7)	.09	.10	.11	2.30	.02
รายจ่ายในการดูแลคนพิการ (X_4)	.13	.10	.10	2.18	.03
Constant	0.98			0.28	.00

$R = 0.56$ Adjusted $R^2 = 0.30$

$R^2 = 0.32$ Std. Error = 0.69

$F = 29.95$ Signif F = 0.00

จากตารางที่ 4.16 มีตัวแปร 5 ตัวแปร ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจ ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว ตัวแปร ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว (Beta = 0.27) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้านจิตใจมากกว่าตัวแปร แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว(Beta = 0.26) แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว(Beta = 0.20) ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว (Beta = 0.11) รายจ่ายในการดูแลคนพิการ (Beta = 0.10) โดยที่ทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูและคนพิการด้านร่างกายได้ร้อยละ 32 ($R^2 = 0.32$) โดยใช้สมการที่อธิบายพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจ ในรูปของคะแนนดิบ ดังนี้

$Y_2 = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$

$Y_2 = 0.98 + .39X_1 + .32X_2 + .22X_3 + .09X_4 + .13X_5$

Y_2 = พฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_1)

X_1 = แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_2)

X_2 = ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว(X_8)

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_3)

X_3 = แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_4)

X_4 = ความรู้ในดูแลคนพิการ(X_7)

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_5)

X_5 = รายจ่ายในการดูแลคนพิการ (X_4)

ตารางที่ 4.17 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านเศรษฐกิจ เป็นเกณฑ์ (Y_3)

ตัวแปร	b	SE b	Beta	T	Sig.
ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว(X_8)	.40	.29	.34	6.60	.00
แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})	.21	.21	.18	3.78	.00
ความรู้ในดูแลคนพิการ(X_7)	.10	.13	.13	2.64	.01
เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ(X_6)	.20	.20	.17	3.32	.00
แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)	.27	.14	.19	3.38	.00
รายได้ของครอบครัว (X_3)	.10	.10	.12	2.47	.01
Constant	.62			1.58	.00

R = 0.56	Adjusted R^2 = 0.30
R^2 = 0.31	Std. Error = 0.68
F = 24.80	Signif F = 0.00

จากตารางที่ 4.17 มีตัวแปร 6 ตัวแปร ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว ความรู้ในดูแลคนพิการ เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว ตัวแปร ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว (Beta = 0.34) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจมากกว่าตัวแปร แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของ

ครอบครัว (Beta = 0.19) แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว(Beta = 0.18) รายได้ของครอบครัว (Beta = 0.18) เจตคติของสมาชิกครอบครัว (Beta = 0.17) ความรู้ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการ (Beta = 0.13) รายจ่ายในการดูแลคนพิการ (Beta = 0.12) และ โดยที่ทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูและคนพิการด้านเศรษฐกิจได้ร้อยละ 34 (R^2 =0.34) โดยใช้สมการที่อธิบายพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านเศรษฐกิจ ในรูปของคะแนนดิบ ดังนี้

$Y_3 = a + b1X_1 + b2X_2 + b3X_3 + b4X_4 + b5X_5 + b6X_6$

$Y_3 = .62 + .40X_1 + .21X_2 + .10X_3 + .20X_4 + .27X_5 + .10X_6$

Y_3 = พฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านเศรษฐกิจ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_1)

X_1 = ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว(X_8)

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_2)

X_2 = แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_3)

X_3 = ความรู้ในดูแลคนพิการ(X_7)

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_4)

X_4 = เจตคติของสมาชิกครอบครัว(X_6)

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_5)

X_5 = แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_6)

X_6 = รายได้ในการดูแลคนพิการ (X_3)

ตารางที่ 4.18 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวด้านสังคม เป็นเกณฑ์(Y_4)

ตัวแปร	b	SE b	Beta	T	Sig.
แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})	.27	.25	.24	4.50	.00
เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ(X_6)	.29	.23	.25	4.67	.00
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ(X_5)	.12	.21	.21	4.03	.00
แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)	.21	.14	.14	2.64	.00
Constant	.32			.69	0.00

R = 0.40	Adjusted R^2 = 0.15
R^2 = 0.16	Std. Error = 0.76
F = 15.07	Signif F = 0.00

จากตารางที่ 4.18 มีตัวแปร 4 ตัวแปร ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคม ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ และแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว ตัวแปรเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ (Beta = 0.25) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้านสังคมมากกว่าตัวแปรแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว(Beta = 0.24) ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ (Beta = 0.21) แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว(Beta = 0.14) และโดยที่ทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคมได้ร้อยละ 34 (R^2 =0.34) โดยใช้สมการที่อธิบายพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคม ในรูปของคะแนนดิบดังนี้

$Y_4 = a + b1X_1 + b2X_2 + b3X_3 + b4X_4$

$Y_4 = .32 + .27X_1 + .29X_2 + .12X_3 + .21X_4$

Y_4 = พฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคม

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_1)

X_1 = แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_2)

X_2 = เจตคติของสมาชิกครอบครัว(X_6)

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_3)

X_3 = ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ(X_5)

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_4)

X_4 = แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)

ตารางที่ 4.19 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวภาพรวม เป็นเกณฑ์ (Y_5)

ตัวแปร	b	SE b	Beta	t	Sig.
แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)	.32	.20	.27	4.76	.00
ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว(X8)	.16	.19	.18	3.20	.00
ความรู้ในการดูแลคนพิการ(X7)	.09	.18	.13	2.58	.01
แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})	.15	.17	.16	3.22	.00
ระดับความรุนแรงของความพิการ(X_1)	.08	-.14	.16	3.11	.00
เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ(X6)	.11	.18	.12	2.22	.03
Constant	.46			1.38	.00

R= .49	Adjusted R^2 = .23
R^2 = .24	Std. Error = .58
F= 17.24	Signif F = 0.00

จากตารางที่ 4.19 มีตัวแปร 6 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการในภาพรวม ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ความรู้ในการดูแลคนพิการเจตคติ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว ระดับความรุนแรงของความพิการ เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว ตัวแปรแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว (Beta = 0.27) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลภาพรวมมากกว่าตัวแปรความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว (Beta = 0.18) ความรู้ในการดูแลคนพิการ(Beta = 0.13) แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว(Beta = 0.16) ระดับความรุนแรงของความพิการ (Beta = 0.16) เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ(Beta = 0.12) และ โดยที่ทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูและคนพิการภาพรวมได้ร้อยละ 24 (R^2 =0.2 4) โดยใช้สมการที่อธิบายพฤติกรรมการดูแลคนพิการภาพรวม ในรูปของคะแนนดิบ ดังนี้

$Y_5 = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6$

$Y_5 = .46 + .32X_1 + .16X_2 + .09X_3 + .15X_4 + .08X_5 + .11X_6$

Y_5 = พฤติกรรมการดูแลคนพิการภาพรวม

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_1)

X_1 = แรงจูงใจเกิดจากภายนอกครอบครัว(X_{10})

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_2)

X_2 = ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว(X_8)

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_3)

X_3 = ความรู้ในการดูแลคนพิการ(X_7)

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_4)

X_4 = แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_5)

X_5 = แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร(X_6)

X_6 = แรงจูงใจเกิดจากภายในครอบครัว(X_9)

สรุปผลการวิเคราะห์ทั้ง 5 สมการ ได้ดังนี้

สมการที่ 1 ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามคือแรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ส่วนตัวแปรระดับความรุนแรงของคนพิการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านร่างกาย

สมการที่ 2 ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านจิตใจ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามคือ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการ

สมการที่ 3 ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านเศรษฐกิจ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามคือ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว ความรู้ในดูแลคนพิการ เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว

สมการที่ 4 ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลคนพิการด้านสังคม พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามคือ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ และแรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว

สมการที่ 5 ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลคนพิการภาพรวม พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามคือ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ความรู้ในการดูแลคนพิการเจตคติ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายในครอบครัว ระดับความรุนแรงของความพิการ เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ

ผลการวิเคราะห์ทั้ง 5 สมการ สรุปได้ว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี คือ ระดับความรุนแรงของคนพิการ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ รายได้ของครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ ความรู้ในการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในของครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายนอกของครอบครัว ส่วนตัวแปร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ

บทที่ 5
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยของครอบครัว ได้แก่ คุณลักษณะของคนพิการ คุณลักษณะของครอบครัว ความพร้อมของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี ประชากรในการวิจัยเป็นสมาชิกของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรีที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประจำปี 2556 จำนวน 2,432 คน/ครอบครัว โดยสุ่มเลือกตัวอย่างจำนวน 344คน/ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ฉบับ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวแบบสอบถามลักษณะทั่วไปของครอบครัวแบบสอบถามปัจจัยความพร้อมในการดูแลคนพิการของครอบครัว และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การทดสอบสมมุติฐานด้วยไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า

1.1 สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลและเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหลักของครอบครัวในจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่อยู่ในช่วงวัยกลางคนและส่วนใหญ่ เป็นบุตรของคนพิการนั่นเอง

1.2 ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ มีความพิการมากกว่า 2 ปี ซึ่งเป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง สาเหตุของความพิการที่พบมากที่สุดคือ การเจ็บป่วย โดยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ทำให้มีความพิการมากที่สุด ส่วนการเกิดอุบัติเหตุนั้นเป็นสาเหตุรองลงมาที่ทำให้คนมีความพิการได้ในภายหลัง ซึ่งอุบัติเหตุที่ทำให้พิการมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจราจรทั้งทางบก ทางน้ำ และอากาศ ส่วนใหญ่คนพิการมีลักษณะความพิการแบบพิการแขน/ขาอ่อนแรง/เกร็ง 1 ข้าง/ 2 ข้างและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับคนพิการและคนพิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย

1.3 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว แบ่งเป็น2 ด้าน คือ

1.3.1 ลักษณะทางกายภาพของครอบครัวคนพิการ พบว่า ส่วนใหญ่คนพิการอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ส่วนใหญ่ให้การดูแลคนพิการมากกว่า 2 ปี ครอบครัวที่ดูแลคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้5,001 – 15,000 บาท/เดือนครอบครัวส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ซึ่งรายการค่าใช้จ่ายที่มากที่สุดในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวคือ ค่าอาหารเฉลี่ย 2,634.05 บาท/เดือน ครอบครัวที่ดูแลคนพิการส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย แต่จากการที่ครอบครัวต้องดูแลคนพิการนั้นส่งผลกระทบทางการเงินของครอบครัวคือ ทำให้ครอบครัวไม่มีเงินออม

1.3.2 ลักษณะด้านจิตวิทยาของครอบครัว พบว่า สมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวนั้นส่วนใหญ่มีความผูกพันต่อกันในระดับดี มีเพียงส่วนน้อยที่สมาชิกของครอบครัวมีความผูกพันที่ไม่ดี ส่วนในด้านเจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการนั้น พบว่า สมาชิกของครอบครัวส่วนใหญ่มีเจตคติต่อคนพิการในระดับปานกลางหรืออาจกล่าวได้ว่ารู้สึกเฉยๆ คือไม่ได้รังเกียจแต่ก็ไม่ได้รู้สึกดีที่มีคนพิการในครอบครัว และพบว่ามีสมาชิกของครอบครัวจำนวนน้อยมากที่มีเจตคติที่ดีกับคนพิการ

1.4 สมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิทธิของคนพิการในภาพรวมนั้น อยู่ในระดับดี มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ระดับต่ำมาก โดยสมาชิกของครอบครัวที่ดูแลคนพิการส่วนใหญ่มีแรงจูงใจจากภายในครอบครัวและจากภายนอกของครอบครัวอยู่ในระดับที่ดีหรือเชิงบวก

1.5 สมาชิกของครอบครัวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทุกด้านในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง จำแนกรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมการดูแลด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง

1.6 ภาวะสุขภาพของคนพิการ ลักษณะความพิการ จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลคนพิการ ส่วนรายได้ของครอบครัว รายจ่ายในการดูแลคนพิการ ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว เจตคติของสมาชิกครอบครัวต่อคนพิการ ความรู้ในการดูแลคนพิการ แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในและภายนอกของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ และระดับความรุนแรงของคนพิการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการ

2. การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยขออภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัวในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยการดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมการดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โลหารชุนและคนอื่นๆ,2551)ที่ระบุไว้ว่าระดับความพิการที่รุนแรงมากที่สุดนั้นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประวันในระดับมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มคนพิการส่วนใหญ่มีความพิการในระดับรุนแรงมากที่สุดลักษณะความพิการที่พบเป็นแบบกล้ามเนื้อแขน/ขา เกร็งหรืออ่อนแรง 1 หรือ 2 ข้าง เป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ที่มีความพิการมากกว่า 2 ปี อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของคนพิการ จึงกล่าวได้ว่าการดูแลจะเน้นให้คนพิการสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเน้นให้การดูแลเฉพาะด้านร่างกาย และการให้กำลังใจ มากกว่าการดูแลด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ

สอดคล้องกับปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข (2550)ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา ดังนี้ 1) การทำความสะอาดร่างกาย 2) การป้องกันโรคและอุบัติเหตุ 3) การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณที่เพียงพอ 4) การดูแลให้การขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติ 5) การดูแลให้มีระบายอากาศให้เป็นไปตามปกติ 6) การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน 7) การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 8) การดูแลให้มีการพักผ่อนหย่อนใจ 9) การรับรู้อาการผิดปกติ 10) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และการกระตุ้นพัฒนาการและสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550:77-78) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่ในระดับดี

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550:77-78) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า พฤติกรรมด้านการให้กำลังใจและให้ความหวังอยู่ในระดับดี ซึ่งจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ความพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลัง ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของคนพิการเป็นอย่างยิ่ง

เนื่องจากรูปร่างและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง คนพิการจึงต้องการขวัญและกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้สอดคล้องกับเปล่ง วงษ์สมบัติ (2550: 35) และ ขนิษฐา เทวินทรภักติ (2540: 51-101) ที่เสนอแนวทางปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต่อสมาชิกในครอบครัวที่พิการว่า ครอบครัวต้องให้ความรัก ความอบอุ่น ยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เติมขวัญและกำลังใจให้แก่กัน ไม่ทอดทิ้งกัน

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความพิการรุนแรงมากที่สุดส่วนใหญ่มีความพิการเกิน 2 ปีซึ่งการขึ้นทะเบียนบัตรคนพิการนั้นจะอยู่ในช่วงปีแรกของความพิการ และเมื่อขึ้นทะเบียนบัตรคนพิการแล้วบัตรมีอายุ 8 ปี นับจากวันที่ออก(สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,2556) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดสิริ หิรัญชุณหะ (2541: 143) พบว่า การส่งเสริมความสามารถการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ใช้ระยะเวลาในการศึกษาแต่ละรายไม่น้อยกว่า 3 เดือน และไม่น้อยกว่า 9 เดือน พบว่ามีปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นคล้ายกันคือ เรียกว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 4 ระยะ คือ ระยะตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ ระยะแสวงหา/ปรับวิธีใหม่ และระยะชีวิตที่ลงตัว และต่อมาผู้ดูแลจะสามารถพิจารณาได้เองว่าเมื่อใดต้องดูแลเองและเมื่อใดจะขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพอื่น

จากข้อมูลที่กล่าวมาแล้วนั้น จึงเป็นไปได้ว่าลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่พบในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป) รองลงมาคือ วัยกลางคน (อายุระหว่าง 41-65 ปี) ส่วนใหญ่พิการมากกว่า 2 ปี ครอบครัวมีการปรับตัวจนถึงระยะชีวิตที่ลงตัวแล้ว พฤติกรรมด้านสังคมเกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับข้องกับคนพิการ การพาคนพิการไปทำกิจกรรมต่างๆ นอกบ้านสม่ำเสมอ การประสานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ แทนคนพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของคนพิการ กิจกรรมการดูแลด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพให้กับคนพิการ จึงอยู่ในนั้นจึงอยู่ในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับการศึกษาของภรภัทร อิ่มโอฐ (2550: 67) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้านการดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการดูแลจิตสังคม

สอดคล้องกับเสาวลักษณ์ บุญโนนแต้ (2547) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และผลลัพธ์ทาง

ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จังหวัดชัยภูมิ โดยภาพรวมมีการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ให้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับธีรภัทร์ นาชิต (2547) พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก รายด้าน พบว่า กิจกรรมในการดูแลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมากคือ ด้านการสื่อสารรองลงมาคือ ด้านการรับรู้ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยคือภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาของจันทนา ชาญประโคน (2550: บทคัดย่อ) เรื่อง สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดตามบริบทของครอบครัวกิจกรรมการดูแลโดยครอบครัว ได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกายและการทำความสะอาดร่างกาย

สังเกตได้ว่าการดูแลกันในครอบครัวนั้นจะเน้นการดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำให้เพื่อให้คนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหวมีชีวิตอยู่ได้ ส่วนด้านอื่น ๆ ค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับวาสนา ปานดอก (2545) พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลรายด้านพบว่าผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับสูงโดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระดับต่ำและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของครอบครัวกับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของความพิการ เจตคติต่อคนพิการ ความรู้ในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในและภายนอกครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550) พบว่า ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวรธิดา มาศเกษม (2552) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550: 79) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์และ

เยาวนาถ สุวลักษณ์ (2550:17) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแลพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ การเป็นพ่อ/แม่ หรือเป็นสามี/ภรรยา การเป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก ความรักความผูกพัน ความห่วงใยเอื้ออาทรและความมีจิตสำนึก จะทำให้การดูแลเป็นไปอย่างแท้จริง

สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ชาญประโคน (2550: ง) เรื่อง สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันสมาชิกมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย เกิดกระบวนการที่สมบูรณ์ ครอบครัวที่สัมพันธภาพขัดแย้ง สมาชิกจะร่วมกันดูแลน้อย จะเป็นภาระของผู้ดูแลหลักเป็นส่วนใหญ่ ผลการดูแลทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความภูมิใจ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ช่างสุวรรณ์ (2548: ง) ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและที่เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ดูแลมีเหตุผลของการจัดการตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยสืบเนื่องจากความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบเข้าใจสภาพผู้ป่วย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย

สอดคล้องกับ รุ่งรัตน์ งามจิรัฐิติกาล (2550: 40) กล่าวว่า การสนับสนุนจากสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและองค์กรช่วยเหลือต่างๆ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ที่มากระทบได้และมีสุขภาพดี สอดคล้องกับรัชนี หลงสวาสดิ์ (2554:62) พบว่าแรงจูงใจของการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นเพราะความรักความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความสัมพันธ์ทางสายเลือดในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบิดา หรือมารดา จึงถือโอกาสนี้เป็นการตอบแทนบุญคุณหรือความดีของผู้ป่วย และสอดคล้องกับรัชนี สรรเสริญและคนอื่น ๆ (2554) การดูแลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบด้วย ครอบครัวต้องมีความผูกพันต่อกัน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความเข้าใจ ยอมรับสภาพความพิการ ค้นหาแรงจูงใจภายในครอบครัว มีการเตรียมความรู้และทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับความพิการ จัดระบบการดูแล จัดสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อคนพิการ ดูแลให้คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและชุมชน ภายนอกครอบครัว เช่น อบต. หน่วยบริการด้านสุขภาพ ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ มีการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลตามสภาพปัญหา กำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการดูแลคนพิการ เป็นต้น

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดจันทบุรี

จากการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในครอบครัว ความผูกพันของสมาชิกครอบครัว ความรู้ในการดูแลในการดูแลคนพิการของผู้ดูแล แรงจูงใจในการดูแลคนพิการที่เกิดจากภายนอกครอบครัว ระดับความรุนแรงของคนพิการ และเจตคติต่อคนพิการของสมาชิกครอบครัว โดยตัวแปรทั้ง 6 สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 24 ของความผันแปรทั้งหมด (R^2=.24)

สอดคล้องกับการศึกษาของปาริฉัตร กุลยาบาล (2550) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเขตภาคตะวันออก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และปริมาณเวลาในการดูแลตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36.0 (R^2 = . 360,p<.01)

สอดคล้องกับภรภัทร อิ่มโอฐ (2550) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลต่อวัน และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=-.540, .284, .562, 526, .475, Eta.=.369, p-value= < .01 ตามลำดับ)

สอดคล้องกับมินตกาญจน์ ชะลอรักษ์ (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออก พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง(r=.41,p<.01) และ(r=.59,p<.01) ตามลำดับ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการวิจัย พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อลดจำนวนคนพิการรายใหม่ที่มาจากกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้

3.1.2 จากผลการวิจัย พบว่า สาเหตุของความพิการที่รองลงมาคืออุบัติเหตุโดยอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด รองลงมาคืออุบัติเหตุภายในบ้านและจากทำงานตามลำดับ ซึ่งควรนำข้อมูลสาเหตุความพิการจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ไปวางแผนพัฒนางานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุตามสาเหตุที่พบ เช่น รณรงค์หรือหารูปแบบป้องกันอุบัติเหตุจราจร ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นต้น อีกทั้งเผยแพร่ความรู้เรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้องเมื่อได้รับอุบัติเหตุ เพื่อลดความการบาดเจ็บของไขสันหลัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการตามมาได้หากเคลื่อนย้ายผิดวิธี

3.1.3 จากการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการดูแลคนพิการจากภายในและภายนอกครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการ ดังนั้นผู้ที่รับผิดชอบงานดูแลคนพิการภาครัฐในพื้นที่ต่างๆ ต้องมีการทบทวนบทบาทตนเองเพื่อจัดบริการที่เอื้อต่อคนพิการ/ครอบครัว อีกทั้งกระตุ้นหรือร่วมค้นหาแรงจูงใจของครอบครัว เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลคนพิการได้และหากครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ภาครัฐหรือชุมชนก็ต้องสนับสนุนตอบสนองให้ความช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวตามสภาพปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงบริการได้มากขึ้น ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่รวดเร็วต่อเนื่อง ส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศชาติ

3.1.4 จากการวิจัย พบว่า ชุมชนควรมีการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการและครอบครัว เป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับบุคคลทั่วไป คนพิการ ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียมกันพร้อมกันนี้คนพิการ/ครอบครัวต้องช่วยกันแสวงหาความรู้ เสนอปัญหาและความต้องการของตนเองให้ชุมชนรับทราบเพื่อจะได้สนองความต้องการของคนพิการและครอบครัวได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการ

3.1.5 จากการวิจัย พบว่า ความผูกพันของสมาชิกครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยไม่เกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว แม้จะมีกัน 2 – 4 คน ก็สามารถดูแลกันได้ไม่แตกต่างจากครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสถาบันครอบครัว ควรมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความผูกพันหรือสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปหากมีปัญหาหรือมีคนพิการขึ้นในครอบครัว

3.1.6 จากการวิจัย พบว่า รายจ่ายในการดูแลคนพิการต่อเดือน ที่มากที่สุดคือค่าอาหารและค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป จึงควรหาแนวทางให้การช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าอาหารหรือค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ให้กับครอบครัวที่มีรายได้น้อย

3.1.7 จากการวิจัย พบว่า ลักษณะครอบครัวคนพิการส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยสุด คือ 2 คน ดังนั้นคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกของครอบครัวอีกคนต้องให้การดูแล ย่อมมีผลต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน ต้องช่วยกันหาแนวทางให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เช่น สนับสนุนอาชีพสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน หรือมีผู้ช่วยเหลือคนพิการในบางเวลาที่สมาชิกครอบครัวอีกคนไปประกอบอาชีพให้ผู้ดูแลประจำได้พักผ่อนบ้าง เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ และมีการสังเกตพฤติกรรมสมาชิกของครอบครัว คนพิการ และชุมชนควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้นเนื่องจากการศึกษาเชิงปริมาณ จะมีบางประเด็นที่คำถามอาจมีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้ตอบมากๆ การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมบางอย่างอาจได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

3.2.2 ควรศึกษาประเด็นเศรษฐศาสตร์ครอบครัวของคนพิการ เช่น การบริหารจัดการการเงิน อยู่ได้อย่างไรกับเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือน หรือศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับนักวิชาชีพหรือการจ้างผู้อื่นดูแล เพื่อนำมาวิเคราะห์แล้ววางแผนเกี่ยวกับการจัดเก็บภาษีที่จะเอื้อกับครอบครัวเดี่ยวหรือคนที่ไม่มีครอบครัว ซึ่งนับวันประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้นถ้าสูงอายุและพิการด้วย และไม่มีครอบครัว ไม่มีบุตร เพื่อวางแผนให้การดูแลหรือจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อไป

3.2.3 ควรศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับสถานการณ์ และนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการและครอบครัวในชนบท

3.2.4 ควรศึกษาประเด็นอื่น ๆ ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการประเภทอื่น ๆ เนื่องจากมีลักษณะความพิการและสาเหตุการเกิดที่ต่างกัน การดูแลให้ความช่วยเหลือในแต่ละประเภทย่อมมีความแตกต่างกัน

3.2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับเล็ก กลาง ใหญ่ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามความต้องการของนักวิชาการ วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประหยัดทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อน ได้ประเด็นตามมุมมองของนักวิชาชีพต่าง ๆ อีกทั้งยังนำผลที่ได้มาพัฒนางานด้านคนพิการในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ชุมชน และครอบครัวไปพร้อม ๆ กันได้ เพราะกลุ่มประชากรเป้าหมายล้วนเป็นคนพิการ/ครอบครัว ที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐ เอกชน องค์กรต่าง ๆ ต้องให้การดูแล เช่น โรงพยาบาลดูแลด้านสุขภาพ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ข้อมูลความเป็นอยู่สวัสดิการต่าง ๆ กระทรวงศึกษาด้านการศึกษา อบต./อปท./อบจ.ด้านสภาพแวดล้อม การออกแบบผังเมือง ออกแบบบ้าน สาธารณูปโภคให้ทุกคนทุกวัยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเท่าเทียม ไม่เอื้อต่ออีกฝ่ายจนหลงลืมกลุ่มอื่น ๆ ว่ามีอยู่ในสังคมไทยเช่นกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย* ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

กรมควบคุมโรค (2550) “รายงานการเฝ้าระวังโรคระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2552 ” สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 22 กันยายน 2554 จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110411_52687420.pdf

กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) “ระบบการดูแลระยะยาว : การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย” หน้า 385-399

กัลยา วานิชย์บัญชา (2555) *การใช้SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* พิมพ์ครั้งที่ 20 กรุงเทพมหานคร ธรรมสาร

กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร (2538) “การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กุหลาบ รัตนสัจธรรม และคณะ (2540) *รายงานการวิจัยเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหายาเสพย์ติดและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับอาชีวะศึกษาในภาคตะวันออก* ชลบุรี กมลศิลป์การพิมพ์

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2548) *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยสภา คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์

กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537) “บทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เกษร พันธุ (2543) “ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ขนิษฐา เทวินทรภักดิ (2540) *สภาพปัญหาผู้พิการและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสถาบันครอบครัว* สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เจพริ๊นซ์ (อัดสำเนา)

จันทนา ชาญประโคน (2551) “สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

จรรยา สุวรรณทัต (2547) “ระบบครอบครัวกับระบบสังคม” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 5* หน้า 1-43 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2547) “แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 1* หน้า 1-57 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

จินตนา วัชรสินธุ์ (2549) *ทฤษฎีการพยาบาลขั้นสูง* ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

จอม สุวรรณโณ (2540) “ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

จงกลภรณ์ วงศ์วิเศษกาญจน์ (2550) *แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาทเจ็บไขสันหลัง* (อัดสำเนา)

เจียมจิต แสงสุวรรณและพรรณงาม พรรณเชษฐ์ (2544) *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน* พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่นการพิมพ์

เฉลิมขวัญ สิงห์วี (2548) “ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชญาดา เพ็ญสุข (2549) “การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพของคนพิการในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดอุบลราชธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ชนัญชิดา โพธิประสาท (2547) “พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ณธกมล รุ่งทิม (2555) *ผู้จัดการศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการกรุงเทพมหานคร* สัมภาษณ์โดย ปัทมา รัตนาธรรม 18 ตุลาคม 2555 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ

ดารณี สุวพันธ์และอดิศร์สุดา เฟื่องฟู (2553) *การประชุมวิชาการด้านการฟื้นฟูเนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ* โดย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ดุจใจ ชัยวานิชศิริและวสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล (2553) *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เติมศักดิ์ คทวนิช (2546) *จิตวิทยาทั่วไป* กรุงเทพมหานคร ส.เอเชียเพลส

ถนอมศรี ทองรักขาว (2544) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของคนพิการในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน: กรณีศูนย์การฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชุษณะ รุ่งปัจฉิม (2547) "วิวัฒนาการและลักษณะของครอบครัว" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยา ครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 2 หน้า 60-187 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) "การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล (2547) "การประเมินครอบครัว" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 8 หน้า 1-69 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ธีรภัทร์ นาชิต (2547) "ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา" การค้นคว้าอิสระปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นริศรา ฉัพพรรณรังสี (2549) "เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขังศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น" วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นิยวรรณ (พลวัฒนะ) วรรณศิริ (2550) *มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม* กรุงเทพมหานคร ธนาเพลส

น้ำเพชร มาตาชนก (2550) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดวัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2545) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2547) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2549) *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร จามจุรีโปรดักท์

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2549) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร จามจุรีโปรดักท์

บุญไทย กลีบแก้ว (2553) *ภรรยาคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตำบลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี* สัมภาษณ์โดย ปัทมา รัตนาธรรม 10 สิงหาคม 2553 โรงพยาบาลนายายอาม

บุญเสริม หุตะแพทย์ (2547) "ปัญหาครอบครัวและแนวทางจัดการ" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 9 หน้า 71-129 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ (2542) *รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล* ทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บุษกร โลหารชุน และคณะ (2551) "ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย" *พุทธชินราชเวชสาร, 25*,3: 842-851

ปกรณ์ วชิรุคกุล (2541) "ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก" ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปนันสุ หาระบุตร (2552) "ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ปภัสพร พันธ์จูม (2551) "การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษา ตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี" รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปาริฉัตร กุลยาบาล (2550) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา

ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข (2550) “พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา

เปล่ง วงษ์สมบัติ (2550) “การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพการครองชีวิตคู่ของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวในกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาคหกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เปรมสุดา ผลพิกุล (2549) “แนวทางการดำเนินการเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการที่จดทะเบียนกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุตรดิตถ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

พนาดร แสนใจ (2554) ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเองและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น จังหวัดสมุทรปราการ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 61 ก(27 กันยายน 2550) [on-line] ค้นคืนวันที่ 20 มีนาคม 2553 จาก http//www.ratchakitcha.soc.go.th

พรรณี สมเทศน์ (2550) “การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว : กรณีศึกษาบ้านนาศรีดงเค็ม ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พูนศิริ วัจนะภูมิ (2548) *“การนำเสนอวิทยานิพนธ์”* ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 3* หน่วยที่ 11 หน้าที่ 103-159 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์

ฟาริดา อิบราฮัม (2546) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สามเจริญพานิชย์

ฟาริดา อิบราฮัม (2539) *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สามเจริญพานิชย์

ภัชราภรณ์ กองเกิดและดาราวรรณ ประทุมทาน (2550) *กิจกรรมบำบัดเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัวและอัมพาตครึ่งท่อน* (อัดสำเนา)

ภัทราวุธ อินทรกำแหง (2552) *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* กรุงเทพมหานคร นำอักษรการพิมพ์

มนูญ บัญชรเทวกุล (2552) *การฟื้นฟูอาการอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก พยากรณ์การฟื้นตนเองของผู้ป่วย แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัด* พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร อุษาการพิมพ์

มินตกาญจน์ ชะลอรักษ์ (2547) "ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออก" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา

ยุทธ ไกยวรรณ์ (2555) *หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS* พิมพ์ครั้งที่ 3 แอคทีฟ พริ้นท์

ยุพเยาว์ วิศพรรณ์ (2548) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัวคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดจันทบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาคหกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกพัฒนาครอบครัวและสังคม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ยุวดี รอดจากภัย และคณะ (2547) *รายงานการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี* ใน *The Public Health Journal of Burapha University Vol.2 No.1 Jan-Jun.2007 : 58-62, 2550*

ยุวดี เกตสัมพันธ์ และคณะ (2552) *การดูแลแผลกดทับ ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ไทย*เอฟเฟคท์สตูดิโอ

รัชนี สรรเสริญ และคณะ (2554) *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน* กรุงเทพมหานคร แผนงานสร้างเสริมคนพิการ

รัชนี สรรเสริญ และคณะ (2551) ถอด*บทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน* ศูนย์พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพภาคตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รัชนี หลงสวาสดิ์ (2554) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

รุ่งรัตน์ งามจิรัฐติกาล (2550) "ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลตาคลี อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา

รุจา ภู่ไพบูลย์ (2537) *การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้* สาขาการพยาบาลครอบครัว ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมการจัดพิมพ์ตำรา มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิมพ์ครั้งที่ 2 ขอนแก่นการพิมพ์

วรรณา รัชตะไพบูลย์ (2549) "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ของผู้ป่วยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง" วิทยานิพนธ์ปริญญาคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพัฒนาครอบครัวและสังคม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วรธิดา มาศเกษม (2552) "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก หน่วยโรคทางระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษาภาควิชาพลศึกษา

วาสนา ปานดอก (2545) "กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล" การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิจิตร ศรีสอ้าน (2553) *การศึกษาตลอดชีวิตเพื่อแก้วิกฤติครอบครัวไทย เอกสารประกอบการบรรยายการสัมมนาวิชาการการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อแก้วิกฤติครอบครัวไทย เนื่องในโอกาสวันสถาปนามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชครบรอบ 32 ปี* สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วินิรณี ทัศนะเทพ (2549) *จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน* บุรีรัมย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) *สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร มิสเตอร์ก๊อปปี้ประเทศไทย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (ม.ป.ป) *สถาบันครอบครัว มุมมองของนักสวัสดิการสังคม* กรุงเทพมหานคร เจพริ้นต์

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2547) "การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการปรับตัวในครอบครัว ใน*ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา*" หน่วยที่ 7 หน้า 112-169 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์

ศิริ นามประเสริฐ (2544) “ครอบครัวและชุมชนกับการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2551) *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล* พิมพ์ครั้งที่ 2 แอคทีฟ พริ้น

ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย (2552) สภากาชาดไทย *การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน* โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543) *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน* กรุงเทพมหานคร อักษรพิพัฒน์

สันต์ หัตถีรัตน์ (2552) *การดูแลผู้ป่วยให้หายดี* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน

สุกัลยา อมตฉายาและวรวรรณ คำฤาชา (2552) *การเดิน การเคลื่อนย้ายตัวและอุปกรณ์ช่วย* สายวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่2 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุนารี หน่อไชย (2547) “บทบาทของสถาบันครอบครัวต่อการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการทางจิต” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุมล เจนอักษรกุล (2547) “บทบาทของกลุ่มคนพิการและครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต(การศึกษานอกระบบ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุวิมล ติรกานันท์ (2542) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ* โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุธิสา เต็มทับ และคณะ (2548) “อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา” *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร* 23, 6 (พฤศจิกายน-ธันวาคม) : 445-454

สุวัฒนา เลิศมโนรัตน์ (2546) “ระบบประกันสังคมของญี่ปุ่น: กรณีศึกษาการดูแลระยะยาว” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาญี่ปุ่นศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2547) “บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* หน่วยที่ 4 หน้า 247-277 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์

สุมิตรา รัฐประเสริฐ (2537) "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตสมรสของครูสังกัดกรมสามัญศึกษา" วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

สมจินต์ เพชร์พันธุ์ดีและถนอมขวัญ ทวีบูรณ์ (2552) *การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ : ประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุ* พิมพ์ครั้งที่3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ศุภวนิชการพิมพ์

สมชาย เอื้อรัตนวงศ์ (2550) *ตำราอายุรศาสตร์ การดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม* หจก.สามลดา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย (STATISTICAL YEARBOOK THAILAND)* กรุงเทพมหานคร ดอกเบี้ย

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคนพิการแห่งชาติ (2554) สาระสังเขปออนไลน์ ค้นคืนวันที่ 9 พฤษภาคม 2554 จาก http://www.tddf.or.th/tddf/library/files/pdf

เสาวลักษณ์ บุญโนนแต้ (2547) "ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดชัยภูมิ" วิทยานิพนธ์ปริญญาคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกพัฒนาครอบครัวและสังคม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อรุณี เจษฎาวิสุทธิ์และสุธาทิพย์ เชื้อภักดี (2550) *การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ปรีชาธรอินเตอร์พริ้น

อรัญญา ไพรวัลย์ (2550) "ความต้องการของผู้ดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร

อโนชา ทัศนาธนชัย (2551) "ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา

อัจฉรา จิตต์สันติสุข (2544) "บทบาทของชุมชนในการดูแลคนพิการ" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อัมพรพรรณ ธีรานุตรและคณะ (2544) *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน* ม.ป.ท.

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2550) *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* พิมพ์ครั้งที่ 5 ซันต้าการพิมพ์

Banloo Siriphannich. (1982). "Diseases and Condition Stroke." Summary Report on the Filed Survey Study Epidemiology of Disability and Aging in Thailand support by World Health Organization, Retrieved September 9,2010, from http://www.mayoclinic.com/health/stroke /DS00150/DSECTION =symptoms

ILO , UNESCO and WHO. (2002). *"*Community Base Rehabilitaion,CBR, for and people with Disability

Ronda C.Talley.and John E.Crews (2007). *"*Framfing the Public Health of Careging *"* In *Caring for the Most Vulnerable American Journal of Public Health*,Vol. 97, No.2 February pp.224-228

Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). "Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation". *Journal of Clinical Epidemiology*, *42*, 8 : 703-709

Shah, S. Modified Barthel Index or Barthel Index (Expanded). (1998) In S. Salek. (Ed). Compendium of quality of life instruments Part II. Chichester: Wiley and Sons. *"Stroke or Cerebrovascular accident ; CVA "* Retrieved September 9, 2010 from http://www.virtualmedicalcentre.com/ diseases .asp? di d=823#Prognosis

World Health Organization. (2012)**.** **.***Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* Retrieved October 1, 2012 from http://www.who. int/disabetesactiononline /about/icccreport/en/index.html.

World Health Organization. (2004). *CBR "*Strategy for Rehabilitaion,Equalization of Opportunities,Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disability. Geneva,Switzerland".

World Health Organization. (2012)**.** *CBR Guidelines Health component* , Retrieved January 18, 2012, from http://www.who. int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html

World Health Organization. (2005). *Disability and Rehabilitaion WHO Action Plan 2006-2011* Geneva,Switzerland .

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอเก็บข้อมูล

ใบยินยอมให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

ตามที่ นางปัทมา รัตนาธรรม นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาคณะมนุษยนิเวศศาสตร์ สาขาพัฒนาครอบครัวและสังคม ในฐานะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ซึ่งข้าพเจ้ามีความเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในการข้อมูลโครงการวิจัยดังกล่าวด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการให้ข้อมูลโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการให้ข้อมูลการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า และคำตอบของข้าพเจ้าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และจะไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล ไม่ระบุชื่อ-สกุล สถานที่อยู่ของข้าพเจ้า หรือข้อความใด ๆ ที่สร้างความเสียหาย หรือมีผลต่อการดำเนินชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอสนับสนุนการสรุปโดยส่วนรวม เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ พร้อมทั้งสนับสนุนความสะดวกให้กับคนพิการและครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ……..ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม ……..พยาน

(.....)

ลงนาม……..ผู้ทำวิจัย

(นางปัทมา รัตนาธรรม)

วัน/เดือน/ปี ที่ลงนามยินยอมให้ข้อมูลการวิจัย...../...../2556

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถามในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยในครอบครัว และมีความใกล้ชิดกับคนพิการมากที่สุด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการและ**พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการ** จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ตามข้อเท็จจริง เพื่อความถูกต้องของผลการวิจัย

แบบสอบถามประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ส่วนที่ 3 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความพร้อมในการดูแลคนพิการของครอบครัว

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัว

นางปัทมา รัตนาธรรม
รหัสนักศึกษา 2517000150
นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาวิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสอบถามในการวิจัย

ID...

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดจันทบุรี

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

โปรดกาเครื่องหมาย √ ลงในวงเล็บ หรือ เติมข้อความให้ตรงตามสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. **เพศ** ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ความเกี่ยวข้องกับคนพิการ

( ) 1. พ่อ/แม่ ( ) 2. สามี/ภรรยา

( ) 3. พี่/น้อง ( ) 4. หลาน

( ) 5. บุตร ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1. **อายุ**.....ปี 2. **เพศ** ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

3. **ระยะเวลาที่พิการ**……..ปี.....เดือน

4. **ภาวะสุขภาพของคนพิการ**

( ) 1.ไม่มีโรคประจำตัว ( ) 2.มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....

5. สาเหตุของความพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. ตั้งแต่กำเนิด ( ) 2. ไม่ทราบสาเหตุ ( ) 3. กรรมพันธุ์

( ) 4. การเจ็บป่วย

( ) 4.1 โรคเบาหวาน ( ) 4.2 โรคความดันโลหิตสูง

( ) 4.3 โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ( ) 4.4 โรคมะเร็ง

( ) 4.5 โรคเอดส์ ( ) 4.6 ข้อเข่าเสื่อม

( ) 4.7 โรคอื่นๆ โปรดระบุ.....

( ) 5. ชรา

( ) 6. อุบัติเหตุ

( ) 6.1 จราจรทางบก ( ) 6.2 จราจรทางน้ำ

( ) 6.3 การทำงานโรงงาน ( ) 6.4 การทำงานเกษตรกรรม

( ) 6.5 การทำประมง/เลี้ยงสัตว์ ( ) 6.6 ภายในบ้านเรือน

( ) 6.7 ภัยพิบัติ ( ) 6.8 อื่นๆ โปรดระบุ

6. ลักษณะของความพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวที่ปรากฏ

( ) 1. การสูญเสียอวัยวะ โปรดระบุตำแหน่ง……..

( ) 2. ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง/เกร็ง โปรดระบุตำแหน่ง…….....

( ) 3. อื่นๆ ระบุ.....

7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการในครอบครัวที่ท่านดูแล

คำชี้แจง ขอให้ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหว แล้วใส่เครื่องหมาย √ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

หมวดกิจกรรม	**ระดับความสามารถ**					สำหรับผู้วิจัย
	ทำเองไม่ได้เลย (1)	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ (2)	ต้องช่วยเหลือเป็นบางส่วน (3)	ต้องช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย (4)	ทำได้เอง (5)	
1. การดูแลสุขลักษณะส่วนตัว						
2. การอาบน้ำ						
3. การกินอาหาร						
4. การใช้ห้องน้ำ						
5. การใส่เสื้อผ้า						
6. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ						
7. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ						
8. การเคลื่อนที่หรือการใช้รถเข็นนั่งภายในห้องหรือในบ้าน						
9. การเคลื่อนย้ายลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้						
10. การขึ้นลงบันได(ตนเอง/ใช้อุปกรณ์)						

ส่วนที่ 3 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว

1. ลักษณะของครอบครัวประกอบด้วย ☐พ่อ แม่ ลูก ☐พ่อ แม่ ลูก พี่/ป้า/น้า/อา/ปู่ย่า/ตายาย
2. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันรวมทั้งคนพิการด้วยจำนวน.....คน
3. รายได้หลักและรายได้เสริมของครอบครัว.....บาท/เดือน
4. ภาพรวมรายได้ของครอบครัว

( ) 1.เพียงพอและมีเงินออม ( ) 2.เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม

( ) 3.ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ( ) 4.ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน

5. ค่าใช้จ่ายภาพรวมในการดูแลคนพิการต่อเดือนระบุ.....บาท

( ) 1.ค่าอาหาร.....บาท/เดือน

( ) 2. ค่ายา.....บาท/เดือน

( ) 3. ค่าเสื้อผ้า.....บาท/เดือน

( ) 4. ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป.....บาท/เดือน

( ) 5. ค่าเดินทาง.....บาท/เดือน

( ) 6. รายจ่ายอื่นๆระบุ.....บาท/เดือน

6. การดูแลคนพิการมีผลต่อสถานะการเงินของครอบครัว

( ) 1.ไม่กระทบสถานะการเงิน ( ) 2.กระทบสถานะการเงิน ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ (โปรดระบุ)

( ) 2.1 ไม่มีเงินออม( ) 2.2 มีหนี้สินเพิ่มขึ้น ( ) 2.3 ขาดรายได้

7. ระยะเวลาที่ให้การดูแลคนพิการมาจนถึงปัจจุบัน……ปี.....เดือน

แบบประเมินความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่าที่ผ่าน**มา<u>สมาชิกในครอบครัว</u>**ของท่านได้ทำกิจกรรมในแต่ละข้อต่อไปนี้ร่วมกันมากน้อยเพียงใด โดยให้ใส่เครื่องหมาย √ ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้ทำเลย	สำหรับผู้วิจัย
1. พูดคุย หรือเล่าเรื่องต่าง ๆ ให้กันและกันฟังอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบหน้าหรือคุยผ่านทางโทรศัพท์						
2. บ่อยครั้งที่มีการพูดกระทบกระทั่งกันหรือแสดงความไม่พึงพอใจกัน						
3. สามารถรับรู้อารมณ์ของกันและกันได้โดยไม่ต้องพูด						
4. ร่วมกันรับผิดชอบดูแลค่าใช้ในบ้าน						
5. จัดสรรเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร สังสรรค์ รวมญาติ หรือไปทำบุญที่วัด						
6. ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน เตรียมอาหาร ล้างจาน รดน้ำต้นไม้ ฯลฯ						
7. ช่วยเหลือดูแลทุกข์สุขของกันและกัน อย่างสม่ำเสมอ						
8. ช่วยกันคิดจัดการหรือแก้ไขปัญหาของคนในครอบครัวเสมอ						
9. เมื่อท่านมีปัญหาไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด ท่านจะนึกถึงญาติพี่น้องในครอบครัวก่อนเสมอ						
10. รับฟังความคิดเห็น ความต้องการของกันและกัน						
11. มีการแสดงความชื่นชม ยินดีต่อกันและให้กำลังใจกันเสมอ						

แบบประเมินเจตคติของครอบครัวต่อคนพิการ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความดังต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าโดยรวมครอบครัวของท่านเห็นด้วยกับข้อความแต่ละข้อเพียงใด โดยให้ใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของครอบครัวของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความเห็นของครอบครัว					สำหรับผู้วิจัย
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. ความพิการเกิดจากเวรกรรมหรือกรรมเก่าของคนพิการและครอบครัว						
2. คนพิการไม่สามารถฟื้นฟูได้						
3. คนพิการไม่เท่าเทียมกับคนอื่นเพราะอวัยวะไม่ครบ 32						
4. คนพิการสามารถเดินทางท่องเที่ยวได้ทุกสถานที่						
5. คนพิการต้องได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือจากผู้อื่นเสมอ						
6. คนพิการจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น						
7. คนพิการคือภาระของครอบครัวและสังคม						
8. คนที่ช่วยซื้อของที่คนพิการขายเพราะสงสาร และอยากทำบุญ						
9. ครอบครัวที่มีคนพิการต้องทำงานหนัก						
10. คนพิการทำให้ครอบครัวไม่ประสบความสำเร็จ						
11. ครอบครัวท่านจะมีความสุขมากกว่านี้ถ้าไม่มีคนพิการ						

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความพร้อมในการดูแลคนพิการของครอบครัว

แบบวัดความรู้ในการดูแลคนพิการของครอบครัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านและคนในครอบครัวของท่าน

การดูแลคนพิการของครอบครัว	ความคิดเห็น		สำหรับผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	
1. ผู้ดูแลต้องส่งเสริมให้คนพิการช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันตามความสามารถของสภาพร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว กินอาหาร เป็นต้น			
2. คนพิการทั่วไปกินอาหาร 3 มื้อแต่ถ้าเป็นอาหารทางสายยางต้องให้วันละ 5 มื้อ			
3. หากคนพิการกลืมกินยามื้อเช้า ผู้ดูแลต้องให้เพิ่มขนาดยาในมื้อถัดไป			
4. คนพิการที่มีปัญหานอนติดเตียงต้องได้รับการดูแลจัดท่า เปลี่ยนท่า เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ			
5. คนพิการที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง ญาติควรนำสิ่งของไปวางไว้ข้างที่นอนเพื่อความสะดวกในการใช้งาน			
6. ผู้ดูแลควรทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนคนพิการเพื่อความสะดวกรวดเร็ว			
7. คนพิการไม่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพราะกล้ามเนื้อต่าง ๆ จะค่อย ๆดี ขึ้นเอง			

การดูแลคนพิการของครอบครัว	ความคิดเห็น		สำหรับผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	
8. การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนพิการ เช่น ทางลาด ราวจับในห้องน้ำ ประตูห้องกว้าง 90 ซม.เป็นต้น			
9. ครอบครัวต้องยอมรับและเข้าใจลักษณะของคนพิการที่อาจมีร่างกายไม่เหมือนคนอื่น			
10. ครอบครัวควรให้กำลังใจกับคนพิการอย่างสม่ำเสมอ			
11. ครอบครัวต้องคอยกระตุ้นให้คนพิการเห็นคุณค่าของตนเอง			
12. เมื่อจดทะเบียนเป็นคนพิการแล้ว คนพิการจะมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการจากอบต./เทศบาล			
13. คนพิการทุกคนมีสิทธิได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือความพิการจากโรงพยาบาลของรัฐ			
14. ครอบครัวควรจัดกิจกรรมให้กับคนพิการโดยแยกจากคนทั่วไป			
15. ครอบครัวควรพาคนพิการร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นประจำ			

แบบวัดแรงจูงใจของครอบครัวในการดูแลคนพิการ

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย √ ที่ตรงกับความรู้สึกโดยรวมครอบครัว

เหตุผลในการดูแลคนพิการของครอบครัว	**เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)**	**เห็นด้วยมาก (4)**	**เห็นด้วยปานกลาง (3)**	**ไม่เห็นด้วย (2)**	**ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)**	สำหรับผู้วิจัย
แรงจูงใจภายในครอบครัว (การช่วยเหลือคนพิการด้วยเหตุผลนี้) 1.เป็นความกตัญญู ได้ทดแทนบุญคุณ						
2.เป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบ						
3.เป็นการทำบุญกับญาติ/คนพิการ						
4.เพราะมีความรักความผูกพันในตัวคนพิการ						
5.มั่นใจว่ามีความสามารถในการดูแลคนพิการ						
6.การดูแลคนพิการมีโอกาสได้ทรัพย์สินมากกว่าคนอื่น ๆ						
7.เป็นภาระที่ต้องดูแลคนพิการในครอบครัว						
8.เป็นแบบอย่างที่ดีที่สามารถสืบทอดให้สมาชิกในครอบครัวดูแลกันและกัน						
9.อยากเห็นคนพิการมีความสุข						
10.มีความหวังว่าคนพิการจะมีอาการดีขึ้น						
11.มีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลคนพิการ						
12.ท่านรู้สึกมีคุณค่า ที่ได้ดูแลคนพิการ						
13.ท่านมีความพร้อมในการดูแลคนพิการ						

เหตุผลในการดูแลคนพิการของครอบครัว	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	สำหรับผู้วิจัย
<u>แรงจูงใจภายนอกครอบครัว (การช่วยเหลือคนพิการด้วยเหตุผลนี้)</u> 14.มีเครือข่ายภาคประชาชน ในชุมชนที่ช่วยสนับสนุนการดูแลคนพิการ						
15.ครอบครัวท่านรู้สึกมั่นใจการดูแลคนพิการเพราะมีหลายหน่วยงานสนับสนุนการดูแล เช่น อบต. รพช. รพ.สต. เป็นต้น						
16.เจ้าหน้าที่รพ./รพสต. คอยดูแลให้คำปรึกาแนะนำ สม่ำเสมอ						
17.หน่วยบริการสุขภาพสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลคนพิการแก่ครอบครัว						
18.หน่วยบริการสุขภาพ เช่น รพ. /รพสต. ติดต่อประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง						
19.อบต./เทศบาล สนับสนุนเบี้ยความพิการ						
20.อบต./เทศบาล สนับสนุน / เอื้ออำนวยบริการรถรับส่งคนพิการ						
21.อบต./เทศบาล สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์การดูแลคนพิการ						
22.ชุมชนให้การยกย่อง ชื่นชมการดูแล						
23.ครอบครัวให้การดูแลคนพิการเพราะกลัวเพื่อนบ้านมองในแง่ไม่ดี						
24.ครอบครัวมั่นใจว่าถ้ามีปัญหาการดูแลชุมชนจะช่วยเหลือกันต่อไป						

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัวของท่าน

พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหว	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1.ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ดูแลทำความสะอาดร่างกาย จัดเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำ เป็นต้น						
2.ดูแลให้ได้รับประทานอาหาร เช่น จัดเตรียมอาหาร ป้อนอาหารให้ เป็นต้น						
3.ดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลให้ยาครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง						
4.ฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น ช่วยออกกำลังกายร่างกายคนพิการส่วนไม่สามารถขยับได้เอง						
5.ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น การช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง						
6.พูดให้กำลังใจคนพิการสม่ำเสมอ						
7.เสริมพลังให้คนพิการรู้สึกมีคุณค่า เช่น กล่าวชื่นชมยินดี						
8.หาวิธีผ่อนคลายความเครียดให้กับคนพิการทุกครั้งที่มีปัญหา						
9.สังเกตอารมณ์และความต้องการคนพิการทุกวัน						
10.ชวนคนพิการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกภายในครอบครัวสม่ำเสมอ เช่น พูดคุย ทำงานอดิเรกร่วมกัน						

พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลคนพิการทางกาย/การเคลื่อนไหว	ระดับการปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
11.ดูแลสิทธิคนพิการ เช่น ต่ออายุบัตรคนพิการ						
12.แสวงหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคนพิการ						
13.พาคนพิการไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้านสม่ำเสมอ						
14.ประสานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ แทนคนพิการสม่ำเสมอ						
15.ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของคนพิการ เช่น ปรับบ้านให้เคลื่อนย้ายเตียง รถเข็นได้สะดวก						
16.ช่วยบริหารจัดการค่าใช่จ่ายในชีวิตประจำวันของคนพิการ						
17.ดูแลรับเบี้ยยังชีพให้กับคนพิการ						
18.จัดหา จัดเตรียมวัตถุดิบ ให้คนพิการประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ						
19.ประสานหาแหล่งเงินทุนให้กับคนพิการ จากภาครัฐและเอกชน						
20.ดูแลให้คนพิการพัฒนาฝีมือแรงงาน เช่น ส่งฝึกอบรมอาชีพที่คนพิการต้องการ						

ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางปัทมา รัตนาธรรม
วัน เดือน ปีเกิด	17 พฤษภาคม 2520
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลท่าใหม่ อำภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ.2538-2542
	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2552
	คหกรรมศาสตร์ เอกโภชนาการชุมชน
	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2556
	คหกรรมศาสตร์ สาขาพัฒนาครอบครัวและสังคม
	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (โภชนาการชุมชน) 2527
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนายายอาม งานเวชศาสตร์ครอบครัว
	และบริการปฐมภูมิ
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ