

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกายในจังหวัดนครสวรรค์ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 – 2554
2. ระบบการดูแลและสวัสดิการผู้พิการ
3. ความหมายและประเภทของผู้พิการ
4. ผลกระทบความพิการ
5. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้พิการ
6. แนวคิดคุณภาพชีวิต
 - 6.1 ความหมายคุณภาพชีวิต
 - 6.2 ความสำคัญคุณภาพชีวิต
 - 6.3 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
 - 6.4 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 6.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550-2554

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 -2554 ได้รับการกำหนดขึ้นเป็นกรอบทิศทาง แนวทางในการดำเนินงานด้านคนพิการให้ภาคีภาครัฐและองค์กรเอกชนด้านคนพิการใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการ การดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และพันธกิจสู่วิสัยทัศน์ของแผนที่กำหนดได้ดังนี้ (คณะกรรมการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

1. วิสัยทัศน์

คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาค ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค

2. พันธกิจ

1. ปฏิรูประบบบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้เต็มตามศักยภาพ สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ

2. ส่งเสริมให้คนพิการ องค์กรคนพิการได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในสังคมเต็มที่ และเสมอภาค

3. ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของคน พิการในสังคม

3. เป้าประสงค์

3.1 เพื่อให้มีระบบบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน งบประมาณด้านคนพิการ อย่างบูรณาการ

3.2 เพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการพัฒนาตนเองในทุกมิติ ของสังคมสามารถเลือกรูปแบบการบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลและ สามารถดำรงชีวิตอิสระ

3.3 เพื่อให้องค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายมีความเข้มแข็ง ยั่งยืน สามารถส่งเสริม ศักยภาพคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิคนพิการ

3.4 เพื่อให้สังคมยอมรับและเปิดโอกาสให้คนพิการและองค์กรคนพิการมีส่วนร่วมใน ทุกกิจกรรมทางสังคมอย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพและเสมอภาคกับคนทั่วไป

3.5 เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้บริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ ข้อมูล ข่าวสารและการสื่อสาร เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะอื่น

4. ยุทธศาสตร์

4.1 ยุทธศาสตร์ด้านบริหารจัดการระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแนวทางและ มาตรการมีดังนี้

4.1.1 จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานด้านคนพิการแห่งชาติ เพื่อประสานงาน การบริหารจัดการระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยใช้ หลักธรรมาภิบาล

4.1.2 พัฒนาระบบบริการคนพิการทุกด้าน ทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคมให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึง

4.1.3 ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนมีการจัดซื้อ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือด้านอื่น สล่ามภาษามือ เอกสารอักษรเบลล์ หนังสือเสียง ภายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ

4.1.4 ส่งเสริมการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านคนพิการให้มีจำนวนเพียงพอและมีความรู้ความสามารถที่จะเป็นผู้ให้บริการทุกด้าน รองรับทันความต้องการที่จำเป็นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก

4.1.5 ผลักดันให้เกิดระบบการจัดสรรงบประมาณ เงินอุดหนุนและเพิ่มรายรับของกองทุนเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนสามารถให้บริการทุกด้านแก่คนพิการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

4.1.6 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกด้านและนำผลงานวิจัยไปปรับใช้เพื่อพัฒนางานด้านคนพิการ

4.1.7 สนับสนุนทุนการวิจัยและการเผยแพร่ผลงาน

4.1.8 สนับสนุนให้องค์กรที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านคนพิการให้เป็นระบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4.2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริม สนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แนวทางและมาตรการมีดังนี้

4.2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้ง และหรือการดำเนินงานขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายในด้านงบประมาณ วิชาการและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

4.2.2 สนับสนุนให้องค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการระดับท้องถิ่นถึงระดับชาติ เพื่อให้ข้อคิดเห็นนำไปสู่การตัดสินใจของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคนพิการ

4.2.3 ยกกระดับความสามารถในการแก้ปัญหา และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย

4.2.4 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการ

4.3 ยุทธศาสตร์ด้านเสริมสร้างเจตคติที่ดีของคนพิการ ครอบครัวและสังคมที่มีต่อความพิการและคนพิการ แนวทางและมาตรการมีดังนี้

4.3.1 พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมในทุกระบบ ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องให้คนพิการและครอบครัว สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

4.3.2 ส่งเสริมให้สตรีพิการมีโอกาสแสดงศักยภาพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

4.3.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ต่อความพิการ คนพิการและครอบครัว

4.3.4 สนับสนุนการจัดทำสื่อที่มีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วมและเสมอภาคของคนพิการ

4.3.5 ส่งเสริมสนับสนุนให้คนพิการมีงานทำ

4.3.6 ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนติดตามประเมินผลจำนวนคนพิการที่สามารถดำรงชีวิตอิสระ

4.4 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ แนวทางและมาตรการมีดังนี้

4.4.1 ผลักดันให้มีนโยบายและวาระแห่งชาติในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อก้าวสู่สังคมที่ปราศจากอุปสรรคเพื่อคนทั้งมวล และผลักดันให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

4.2.1 ยกร่าง/ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับอาคารสถานที่ การขนส่งบริการสาธารณะ โทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รวมทั้งเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคและบริการทุกด้านแก่คนพิการ

4.3.1 ส่งเสริมการจัดหลักสูตร และกระบวนการเรียนการสอนด้านการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรมชาติ

4.4.4 ส่งเสริมสนับสนุนสถานศึกษา ให้มีการจัดการเรียนการสอนด้านการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรมชาติ

4.4.5 พัฒนาและขยายศูนย์ส่งเสริมและสาธิตให้บริการด้านการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรมชาติสำหรับการเรียนการสอนและการขยายบริการสู่ชุมชน

4.4.6 สร้างกลไกการติดตาม กำกับ ดูแลและตรวจสอบด้านสภาพแวดล้อม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอุปสรรค

ระบบการดูแลและสวัสดิการผู้พิการ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมีจุดเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา การอาชีพและการจ้างงาน และด้านสังคม การดำเนินงานที่ผ่านมา มีสรุปที่สำคัญ(กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ดังนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้จัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาการด้านสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับคนพิการ สนับสนุนในเรื่องกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ขยายบริการทางการแพทย์โดยการจัดหน่วยเคลื่อนที่ ดำเนินการสำรวจค้นหาคนพิการ และเฝ้าระวังความพิการที่เกิดจากการเจ็บป่วย และแก้ไขความพิการโดยการรักษาด้วยยา ผ่าตัด และจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินการกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นหลัก ในการบริหารจัดการได้พัฒนามาตรฐานการบริการ เพื่อการรับรองคุณภาพโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลทุกแห่งปรับปรุงโครงสร้างขององค์กรโดยระบบที่เป็นมาตรฐานจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง จัดทำข้อมูลจากการรายงานกิจการสาธารณสุข ในแผนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และจำนวนผู้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ติดตั้งระบบคอมพิวเตอร์เพื่อใช้จัดตั้งระบบข้อมูลขึ้นทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ รวมทั้งดำเนินการให้ข้อมูลทุกแห่งเป็นเครือข่ายร่วมกัน และประสานหน่วยงานอื่น ๆ ในการจัดบริการส่งต่อในเรื่องการศึกษา การฝึกอาชีพ และการฟื้นฟูทางด้านสังคม

การป้องกัน และเฝ้าระวังความพิการ ได้ดำเนินการจัดทำแผนป้องกันโรคที่เกิดจากความพิการ รณรงค์การให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ หัดเยอรมัน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงการรณรงค์ส่งเสริมการดำรงชีวิตที่เป็นต้นเหตุของความเสียหาย เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานและสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข ฝึกอบรมให้มารดาดูแลทารกห้วงมีครรภ์ สำหรับในด้านการทำงาน ปรับปรุงระบบป้องกัน และแก้ไขอุบัติเหตุ อุบัติภัย และสาธารณสุข

ระบบบริการจัดการศึกษาเพื่อคนพิการ จัดทำแผนพัฒนาการศึกษาเพื่อคนพิการ สรุวจข้อมูล และพัฒนาระบบข้อมูลคนพิการเพื่อการศึกษา ได้เร่งผลักดันให้ศูนย์การศึกษาพิเศษทั้งระดับเขตและระดับจังหวัดมีความเข้มแข็งในการให้บริการตามภารกิจหน้าที่ และในการจัดการศึกษาที่เน้นการศึกษาแบบเรียนร่วม เพราะจำนวนเด็กพิการมีมากอยู่กระจายทุกพื้นที่

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านอาชีพการจ้างงานคนพิการ ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 กำหนดให้สถานประกอบการเอกชน ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจ้างคนพิการเข้าทำงาน ในการ



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... 05 ต.ค. 2555
เลขทะเบียน..... 249061
เลขเรียกหนังสือ.....

ดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ และการจ้างงานคนพิการ ยังมีหลายมาตรการที่ยังไม่ได้ดำเนินการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนสถานประกอบการที่จ้างงานคนพิการ เนื่องจากปัญหาทางด้านงบประมาณ ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านอาชีพ

การเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อคนพิการ การเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อคนพิการ ได้ดำเนินการในหลายด้าน ด้วยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ สนับสนุนให้คนพิการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การแข่งขันกีฬา การมีส่วนร่วมทางการเมืองการปกครอง ดำเนินการยกย่องบุคคลทั้งพิการและไม่พิการ ตลอดจนองค์กรที่ทำงานด้านคนพิการโดยการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณเป็นประจำทุกปี ในสังคมทั่วไปเจตคติต่อคนพิการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น เข้าใจในศักยภาพของคนพิการมากขึ้น

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมนับได้ว่ามีความก้าวหน้าเป็นอย่างยิ่ง คนพิการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติ มีการสนับสนุนเงินอุดหนุนการทำกิจกรรมให้แก่องค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ นอกจากนี้คนพิการได้รับโอกาส และการมีส่วนร่วมในการแสดงความสามารถ เช่น ด้านศิลปะ การกีฬา เป็นต้น การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน สนับสนุนให้เกิดการกระจายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานมีมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานเฉพาะที่ โดยทั้งหน่วยงานของรัฐ และองค์กรเอกชน

ความหมายและประเภทของผู้พิการ

1. ความหมายของผู้พิการ

ความหมายของคนพิการในทางวิชาการและในทางกฎหมายของประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่มีข้อยุติที่แน่นอน เพียงแต่มีคำจำกัดความอย่างกว้าง ๆ ว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย สมอง หรือจิตใจ อันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ (ชินษุสา เทวินทรภักดี, 2531, หน้า 6) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้คำจำกัดความ "คนพิการ" ไว้หลายแนวคิด ตามสาขาวิชาและวงการต่าง ๆ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ความพิการ ว่าเป็นความเสียเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกิดโดยความชำรุดหรือความสามารถบกพร่อง ทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือการกระทำอะไรให้เหมาะสมสอดคล้องได้ตามวัย เพศ สังคม และวัฒนธรรม

ปฏิญญาสากลว่าสิทธิของคนพิการขององค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายว่า หมายถึง บุคคลใดก็ตามที่ตนเองไม่แน่ใจว่าจะสามารถมีชีวิตเยี่ยงคนธรรมดา หรือมีชีวิตในสังคมได้ทั้งหมด หรือ เพียงบางส่วนได้อย่างคนปกติ อันเป็นผลมาจากความบกพร่องในความสามารถทางร่างกายหรือจิตใจ ไม่ว่าจะป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม (ปัญญาลี อาภัสสร, 2529, หน้า 1)

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ปี พ.ศ. 2534 ได้กล่าวถึงคนพิการว่า หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกระทรวง

กรมประชาสงเคราะห์ ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง ผู้ซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกายจนเป็นเหตุให้บุคคลนั้นไม่สามารถกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามปกติได้ โดยจำแนก ลักษณะความพิการดังต่อไปนี้คือ (1) เป็นง่อย (2) เป็นใบ้ (3) หูหนวก (4) ตาบอดสนิท (5) อื่น ๆ (ประสิทธิ์ ดิษฐ์พันธ์, 2526, หน้า 16)

พิมวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และนภาพรณัฏ ทะวานนท์ (2524, หน้า42) ให้ความหมายคนพิการคือ ผู้ซึ่งมีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย หรือจิตใจ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการกระทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ การประกอบอาชีพ และ มีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เหมือนคนปกติ

สรุปได้ว่า ผู้พิการ หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย และหรือจิตใจ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดความเสียเปรียบ ในการทำงาน ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้

ความหมายที่ระบุเกี่ยวกับคนพิการมักพบคำว่า “ความชำรุดบกพร่อง” “การไร้ความสามารถ” และ “ความพิการ” ความหมายของคำต่าง ๆ มีดังนี้ (พูนพิศ อมาตยกุล และคณะ, 2550)

ความบกพร่องหรือความชำรุด (Impairment) หมายถึง การสูญเสีย หรือความผิดปกติในด้านโครงสร้างด้านหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ หรือสรีรวิทยา จะเป็นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ หมายรวมถึงความพิการของอวัยวะ (Anomaly) ความสูญเสียหรือขาดหายของอวัยวะตลอดจน กลไก ของร่างกาย (Body mechanism) และระบบการทำงานของจิตใจ (Mental Function system)

การไร้ความสามารถ (Disability) หมายถึง ความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด นิ้วด้วนหรือเนื่องมาจากความบกพร่องทางพฤติกรรม เช่น ปัญหาการเรียนรู้ทางสติปัญญา หรือประสาทรับรู้ Disability เป็นความพิการที่สามารถวัดได้เช่น คนนิ้วขาด อาจใช้มือนั้นไม่ได้เต็มที่ คนขาด้วน ไม่สามารถเดินได้ เป็นต้น จึงทำให้คนพิการไม่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างเท่าที่คนปกติทั่วไปสามารถทำได้

ความพิการ (Handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบที่เป็นอุปสรรคทำให้มีความยากลำบากในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ในขณะที่คนทั่วไปไม่มีปัญหา (ขนิษฐา เทวินทรภักดี, 2537, หน้า 6-7)

2. ประเภทของผู้พิการ

ประเทศไทยได้ตราพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในปี พ.ศ. 2534 หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเป็นกฎกระทรวง แบ่งคนพิการออกเป็น 5 ประเภท และกำหนดลักษณะความพิการไว้เป็นระดับต่าง ๆ โดยที่การวัดกำหนดให้เป็นระดับต่าง ๆ นั้น จะต้องผ่านการตรวจวัดทางการแพทย์โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์จะทำการตรวจวัดโดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการวัดการสูญเสียหน้าที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะออกมาเป็นตัวเลขทำให้สามารถแบ่งระดับความพิการได้ เว้นแต่บางเรื่องที่ไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ เช่น เรื่องของสุขภาพจิตและการสื่อสารทางการพูด ซึ่งจะมีวิธีวัดอย่างอื่นทดแทน ผู้พิการแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภทดังนี้ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

2.1 ผู้พิการทางการมองเห็น ได้แก่

2.1.1 คนที่มีสายตาสั้นที่ต่ำกว่า เมื่อใช้แว่นสายตารวมตาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือ

2.1.2 คนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2.2 ผู้พิการทางการได้ยินหรือการสื่อสารความหมาย ได้แก่

2.2.1 คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 Hertz ที่ 1000 Hz และที่ 2000 Hz ในหูข้างใดข้างหนึ่ง โดยมีความไวของหูเป็นความดังเฉลี่ยดังต่อไปนี้

1) สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี เกิน 40 เดซิเบลขึ้นไป จนไม่ได้ยินเสียง

2) สำหรับคนทั่วไปไม่เกิน 55 เดซิเบลขึ้นไป จนไม่ได้ยินเสียง หรือ

2.2.2 คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูด จนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

2.3 ผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่

2.3.1 คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ

2.3.2 คนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขนหรือลำตัวอันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคของข้อต่อหรือมีอาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรค

เรื่อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติ

2.4 ผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่

คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางความคิด ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เช่น เด็ก Autistic

2.5 ผู้พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองผิดปกติในหน้าที่ จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้ เช่น ปัญญาอ่อน

คนพิการทางกาย

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว หมายถึง คนที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้หรือเคลื่อนที่ได้ไม่ดีเท่ากับคนทั่วไป ความพิการนี้เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ พันธุกรรม คือ มีความผิดปกติของยีนส์และโครโมโซม ทำให้มีรูปร่างหรืออวัยวะผิดปกติ ระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การจราจร ภัยสงคราม หรือภัยธรรมชาติ เป็นต้น หรือเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้แก่ (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการกระทรวงสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

โรคโปลิโอ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่เซลล์ของไขสันหลัง มักเป็นกับเด็กภายหลังจากการเป็นโรคนี้แล้ว จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น แขนหรือขาอ่อนแรง

โรคสมองพิการ เป็นสภาพที่ศูนย์การควบคุมการเคลื่อนไหวทางกลไกสมองถูกทำลาย

โรคความพิการทางกระดูก เป็นโรคที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ เช่น กล้ามเนื้อพังผืดและประสาทที่ควบคุม ซึ่งประกอบกันทำหน้าที่พยุงร่างกายในการเคลื่อนไหวและทรงตัว

โรคระบบประสาท (อัมพาต) เป็นอาการที่เกิดจากการสูญเสียประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย รวมทั้งระบบเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว และอัมพาตแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง

โรคเรื้อน เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่สามารถเกิดอาการกับเส้นประสาท และผิวหนังส่วนใหญ่ซึ่งอาจมีผลทำให้พิการได้ อาการที่สำคัญคือ ผู้ป่วยอาจมีอาการจุกแสบ โหว เป็นอัมพาตในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย นิ้วกุด หรือหงิกงอ

โรคกล้ามเนื้อสลาย เกิดจากความเสื่อมของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะค่อย ๆ อ่อนแรงลงจนในที่สุดจะหยุดการเจริญเติบโต

การป้องกันการเกิดความพิการทางร่างกายสามารถกระทำได้โดยคู่สมรสที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการมีลูกพิการควรคุมกำเนิด หญิงมีครรภ์ควรฝากครรภ์กับแพทย์และรับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ ก่อนใช้ยาทุกชนิดระหว่างตั้งครรภ์ควรได้รับการแนะนำจากแพทย์ ให้เด็กได้รับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในระยะเวลาที่เหมาะสม ป้องกันอุบัติเหตุโดยการระมัดระวังและไม่ประมาท (สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย, 2552)

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย, 2552) ได้แก่

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าปามี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการ เคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าปามี ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

สรุป การศึกษาครั้งนี้ ผู้พิการทนายรวมถึงผู้พิการทางกายด้านการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าปามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม

ผลกระทบของความพิการ

ผลกระทบจากความพิการทางกาย มีดังนี้

1. ผลกระทบทางร่างกาย (Somatic impact) ความพิการแขนขาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เห็นชัดเจนทำให้เสียบุคลิกลักษณะ ขาดความสวยงาม ความสมบูรณ์ ความสมบูรณ์ประกอบของอวัยวะต่าง ๆ ที่ควรจะมี ทำให้มีลักษณะที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ข้อจำกัดทางร่างกายเป็นอุปสรรคใน

การทำกิจกรรมต่าง ๆ การเคลื่อนไหว การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความไม่คล่องตัว ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ หรือมีความสามารถลดลง เกิดความเสียเปรียบในการทำงาน รวมทั้งเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในสังคม (กิตติยา รัตนากร, 2531, หน้า 39-40)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological impact) แลมเบอริก และแลมเบอริก (Lambert and Lambert, 1985, pp. 41-50) กล่าวว่า เนื่องจากอวัยวะแขนขาที่มีความจำเป็นต่อการเคลื่อนไหว ต่อความสามารถในการทำงาน และต่อความสวยงาม ดังนั้น จึงมีความหมายมากกว่าอวัยวะส่วนอื่น และจะเกิดลำดับขั้นของปฏิกิริยา แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น คุณค่าของสิ่งที่สูญเสีย ความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป ประสพการณ์เดิมเกี่ยวกับความสูญเสีย ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล และระบบสนับสนุนในสังคมเป็นต้น

3. ผลกระทบทางเพศ (Sexual impact) ความพิการทางกายที่ได้รับจะมีอิทธิพลต่อความนึกคิดเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศของพวกเขา (Woods, 1979 as cited in Lambert and Lambert, 1985: 58) คนพิการทางกายที่รู้สึกว่าคุณไม่สวย หรือดูน่าเกลียด อาจไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ แขนขาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเสน่ห์ และภาพลักษณ์ทางเพศ ดังนั้นผู้หญิงพิการแขนขาจึงมักคิดว่าตนไม่น่าสนใจสำหรับผู้ชายอีกต่อไป ส่วนผู้ชายพิการแขนขาจะรู้สึกว่าความเป็นชายของตนถูกคุกคาม พวกเขาจึงมักแสดงออกทางเพศ เพื่อทดสอบภาพลักษณ์ทางเพศของพวกเขา เช่น ในผู้หญิงจะสวมเสื้อผ้าที่สวยงามเป็นพิเศษ ส่วนผู้ชายอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น กระแทกประตูด้วยรถเข็น หรือใช้วาจาข่มขู่ลามพยายาลผู้หญิง

4. ผลกระทบต่ออาชีพ (Occupational impact) ผลกระทบต่ออาชีพมากน้อยแตกต่างกัน คนงานพิการทางกายบางคน อาจปรับตัวเพียงเล็กน้อยในการประกอบอาชีพ เช่น ใช้มือซ้ายทำงานแทนมือขวาที่ถูกตัดขาด แต่บางคนอาจต้องปรับตัวมาก เช่น กรณีต้องเปลี่ยนงานที่ต้องอาศัยการฝึกหัดใหม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดมาก ขณะที่คนพิการทางกายกำลังปรับตัวต่อการประกอบอาชีพนั้น บทบาทที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวลดลง สมาชิกในครอบครัวคนอื่นต้องรับผิดชอบแทน รายได้ของครอบครัวลดลง ทำให้คนพิการรู้สึกสูญเสียบทบาทในครอบครัว และกลัวต่อปัญหาทางเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นหากเขาไม่สามารถปรับตัวต่อการทำงานได้ การให้กำลังใจและการยอมรับว่าคนพิการยังมีความสามารถที่จะทำงานได้ของสมาชิกครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ

5. ผลกระทบทางสังคม (Social impact) บุคคลมิได้อยู่คนเดียวแต่แวดล้อมไปด้วยสังคม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ ดังนั้นภายหลังเมื่อบุคคลประสบอันตรายพิการทางกาย พวกเขาต้องพยายามปรับตัวจากสิ่งแวดล้อม สูโลกแห่งความเป็นจริงอีกครั้ง

สรุปผู้ที่มีความพิการทางกายจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเพศ ด้านอาชีพและด้านสังคม

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้พิการ

1. เพศ

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจเพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับต่างกัน รวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วย ก็แตกต่างกันด้วย (Andreason and Norris, 1972, pp. 352-362)

การศึกษาของเบล (Bell, 1977, pp. 30-141) พบว่า เพศชายและเพศหญิงเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1968 as cited in Lambert and Lambert, 1985, p. 57) กล่าวว่า คนพิการทางกายในผู้ชายจะก่อให้เกิดปัญหาน้อยกว่าในผู้หญิง และให้ความสำคัญต่อการสูญเสียแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ชายจะกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานที่ร่างกายสูญเสียไป ขณะที่ผู้หญิงจะกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่างที่ปรากฏ

รายงานของ Nation Mental Health ที่พบว่าเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานในการปรับตัวทุก ๆ ด้านมากกว่าเพศชาย เพศหญิงเป็นเพศที่มีความวิตกกังวล ขาดความสุขในชีวิต สมรส และมีแนวโน้มของความหวาดกลัวต่าง ๆ และมีพัฒนาการของปัญหาทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย (โสภา ชูพิกุลชัย, 2528, หน้า 141)

2. อายุ

เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่มีผลต่อการปรับตัว บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีการปรับตัวได้แตกต่างกัน ถ้าความเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นในเด็กเล็ก ก็จะมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก แต่ถ้าความพิการนั้นเกิดขึ้นกับวัยรุ่น ก็จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในผู้ใหญ่ปฏิบัติการตอบสนองก็จะแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยอาจรู้สึกโศกเศร้าใจต่อการสูญเสียที่มีใช่เฉพาะความเจ็บป่วย แต่รวมไปถึงความสามารถในการทำงาน วิถีทางดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์ทางเพศ รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและการยอมรับของสังคม ถ้าความพิการเกิดขึ้นในคนวัยชรา บางครั้งอาจจะมีความรู้สึกไม่ปรารถนาจะมีชีวิตยืนยาวต่อไป เนื่องจากความไร้สมรรถภาพหรือความพิการที่เกิดขึ้น รวมทั้งไม่

ปรารถนาจะเสียเงินทองในการรักษา (กันยา กาญจนบุรานนท์, 2534, หน้า 28) สุภาพ ไบแกว (2528, หน้า 13) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ๆ เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาและสนใจดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพได้ดีกว่า แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพจะลดลง

3. การศึกษา

โรเจอร์ (Roger, 1969, p. 157 อ้างอิงใน เพลินพิศ เลหาหะวิริยะกมล, 2531, หน้า 75) กล่าวว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใดก็มีความใคร่รู้มากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นหาหรือแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาตอบคำถามให้แก่ตนเองว่าจะมีปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งการแสวงหาความรู้นั้นก็มิใช่ออกกำลังกายได้ ทั้งโดยการอ่านเอกสารและการได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ ซึ่งต่างกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ย่อมใช้เวลานานในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอ่านให้ฟัง ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมาก หรือเกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดได้

4. ระดับความพิการ

ระดับความพิการที่แตกต่างกัน ทำให้ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแตกต่างกัน กันยา กาญจนบุรานนท์ (2534, หน้า 25) กล่าวว่า ความพิการที่รุนแรงมาก ทำให้ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย เมื่อผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก การปรับตัวด้านจิตใจจะเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้อื่นจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการทุกประการของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นมากกว่า จะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย และยังพบอีกว่า ในผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

5. ภาวะในครอบครัว

ความรับผิดชอบในการอุปการะบุคคลอื่นมิได้หมายถึงแต่เฉพาะเงินเท่านั้น แต่รวมถึงการดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดูด้วย ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบทบาทในครอบครัวที่พวกเขาดำรงอยู่ เช่น คนงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูภรรยาและบุตร ในขณะที่คนงานสวมบทบาทบุตร อาจไม่จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบอุปการะบุคคลใดเลยก็ได้ หากเขามีภาวะในครอบครัวซึ่งต้องรับผิดชอบในบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่นหรือสังคม บทบาททั้งสองมีความขัดแย้งกัน

6. รายได้

ในระหว่างเจ็บป่วยผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาส หรือความสามารถในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่ต้องพะวงกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะรับการรักษาย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่พอเพียงจากการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดไป นอกจากนี้ ความพิการเองยังอาจเป็นอุปสรรคในการทำงานหารายได้ ซึ่งทำให้ปัญหาเศรษฐกิจทวีมากขึ้น

7. ความมั่นคงในอาชีพ

‘ คนเมื่อมีความพิการทางกาย ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ผู้พิการต้องการความช่วยเหลือ ต้องการมีอาชีพที่มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย นายจ้างที่มีความเมตตาอาจเปลี่ยนหน้าที่ให้ตามความเหมาะสม แต่ส่วนใหญ่มักถูกเลิกจ้าง กลายเป็นคนว่างงาน (สำนักงานประกันสังคม, 2535, หน้า 1-2) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล สับสน ไม่แน่ใจรู้สึกไม่มั่นคง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเนื่องจากความไม่มั่นคงในอาชีพนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตต่อไป

8. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมและบริการข้อมูลข่าวสาร

บุคคลทุกคนในสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด นอกจากผู้ที่จัดอยู่ในระบบหรือเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมทั้งหมดที่สามารถเชื่อถือได้ว่า จะให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ (Thoits, 1982, p. 148) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิด และปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจาก ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้น แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดเครือข่าย (network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมมีที่มาจากครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติ คู่สมรส และกลุ่มสังคมในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรในวิชาชีพ อาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือชมรมต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (stewart, 1989, pp. 268 - 269)

โดยทั่วไป ครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดบุคคลมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการข้อมูลข่าวสาร และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจซึ่งกันและกัน รองลงมาจะเป็นกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตาม ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความ

ต้องการของบุคคลเป็นสำคัญ เช่น บุคคลที่กำลังเจ็บป่วยมีความต้องการ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น

สรุปปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้พิการ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระดับความพิการ ภาวะในครอบครัว รายได้ ความมั่นคงในอาชีพ และแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมและบริการข้อมูลข่าวสาร

แนวคิดคุณภาพชีวิต

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำนามธรรมที่มีความหมายกว้างและซับซ้อน การให้ความหมาย คุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้น ๆ (สายฝน จับใจ, 2540) ดังนี้

สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2548) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต (Quality of Life = QOL) หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ประชาชนมีหน้าที่พัฒนาตนเองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเพื่อพัฒนาให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตดี มีครอบครัวที่อบอุ่น มีที่อยู่อาศัย มีรายได้พอสมควร ประหยัด สร้างตนเองและครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตคือ การรับรู้ ความพึงพอใจ การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตน ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลต่อการดำเนินชีวิต

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีความสะดวกสบายของคนในจังหวัด ซึ่งได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจและสังคมในจังหวัดหนึ่งๆ

จริยวัตร คมพัยค์ม์ (2537) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ความผาสุก คือมีสุขภาพดี มีรายได้เพียงพอ ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) คุณภาพชีวิต หมายถึง ประสิทธิภาพของบุคคลที่จะดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระให้มากที่สุด มีสมรรถนะในการเข้าสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน



ยวดี เกตุสัมพันธ์ (2537) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคคล เกี่ยวกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ มีอยู่ ได้รับอยู่ และปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540, หน้า 18-19) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วินัยธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

พาดิลลา และคณะ (Padilla, et al. 1985) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทักษะคติต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

ชาน (Zhan, 1992) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ

เฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans and Powers , 1992, 1993) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในแต่ละองค์ประกอบซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ และเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น ๆ

คินเนย์และคณะ (Kinney, et al, 1996) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีมิติหลากหลาย ซึ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพได้ดีที่สุดโดยผ่านการประเมินด้วยเทคนิคการประเมินที่พิจารณาจากหลาย ๆ องค์ประกอบ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะที่มุมมองใดมุมมองหนึ่งเหมือนมุมมองของชีวการแพทย์ (Biomedical point)

สรุปการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้พิการทางกาย

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบุคคล ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่ การมีความสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. การมีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่นการมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเอง การมีงานทำที่น่าสนใจและได้รับผลตอบแทนที่ดี ตลอดจนการได้แสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. การมีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี เล่นกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น และมีส่วนร่วมในการสังคม

ซาน (Zhan, 1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่ว ๆ ไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิตซึ่งบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งเอาไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้เงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก
3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถในการเคลื่อนไหว
4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับผาสูกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตัวเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต โดยเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้จาก 3 ประการคือ การศึกษา อาชีพ และรายได้

เฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ส (Ferrans and Power, 1992, 1993) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทในสังคมที่ได้รับประกอบด้วยความสามารถในการทำประโยชน์หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคคลอื่นความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถที่จะทำหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างและความคาดหวังที่จะมีอายุยืนยาว

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิตการพึ่งพาตนเองด้านการเงิน การมีที่พักอาศัย การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การมีเพื่อน การได้รับสนับสนุนทางจิตใจและการได้รับการศึกษา

3. ด้านจิตวิญญาณ (psychology / spiritual) เป็นการรับรู้จากผลของการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไปความพึงพอใจในตัวเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบทางใจ ความพอใจในรูปร่างหน้าตาของตน และความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (family) เป็นสภาพความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส ความสำเร็จของบุตรหลาน และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Cynthia and Pamela (1998) ได้อธิบายถึง 5 องค์ประกอบประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งความสุขทั้ง 4 ด้าน คือ

1. การคงไว้ซึ่งความสุขด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional - ability) การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายหรือความอ่อนล้า (strength/fatigue) การรับรู้ความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน (sleep and rest) การรับรู้ถึงสภาวะโดยรวม (overall physical health) และการรับรู้ถึงความสุขสมบูรณ์ของตนเอง (fertility)

2. การคงไว้ซึ่งความสุขด้านจิตใจ (Psychological well-being) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง หรือภาวะที่จิตใจเป็นสุข ประกอบไปด้วย การควบคุมและการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวล (anxiety) การจัดการกับภาวะซึมเศร้า (depression) และความรู้สึกกลัว (fear of recurrence)

3. การคงไว้ซึ่งความสุขด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social well-being) คือความสามารถในการจัดการกับปัญหาครอบครัว (family distress) การคงไว้ซึ่งการแสดงบทบาทและสัมพันธภาพ (role and relationship) และการจัดการกับผลกระทบทางด้านการทำหน้าที่ในเรื่องเพศ (sexual function) การสร้างความสนุกสนาน (enjoyment) การจัดการทางการเงิน (finances) การทำงาน (work) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (appearance)

4. การคงไว้ซึ่งความสุขจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ การรับรู้และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยในโรคที่เป็นอยู่ (meaning of illness) ศรัทธาและความเชื่อมั่นในศาสนา ความหวัง ความรู้สึกต่อความไม่แน่นอน และเข้มแข็งภายในจิตใจ

• สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2540, หน้า 18-19) พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- BREF-THAI ซึ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับ และการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์

2. ด้านจิตใจ (Psychology domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเองเช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการความเศร้า หรือกังวล การรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในการใช้เวลาว่าง เป็นต้น

พนิษฐา พานิชชีวกุล (2537) พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายโดยใช้กรอบแนวคิดของฟิลเลนบัม เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัยซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วยความสามารถของผู้สูงอายุทางกายภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชน และความพึงพอใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2. สุขภาพกาย ประกอบด้วย อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และความพึงพอใจในสุขภาพ

3. สุขภาพจิต ประกอบด้วย การประเมินสภาพจิตเสื่อมและภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในสุขภาพจิต โดยสภาพจิตเสื่อม ประเมินจากความสามารถทางสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้ การบันทึกจำ การตั้งใจและการคำนวณ การระลึก และด้านภาษาและการสื่อสาร

4. สภาพสังคม ประกอบด้วยสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความพึงพอใจในสภาพสังคม

5. สภาพเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ สภาพการเงินในรอบ 1 เดือน 1 ปี การมีทรัพย์สินอื่น ๆ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในสภาพเศรษฐกิจ

6. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วยสภาพที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ความปลอดภัยในบ้านและในหมู่บ้าน การรับรู้ข่าวสารบริการสวัสดิการในชุมชน และความพึงพอใจในสภาพแวดล้อม

จากการศึกษาครั้งนี้ องค์ประกอบคุณภาพชีวิต มี 4 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychology domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

3. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์การศึกษา การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีผู้กล่าวไว้หลายแนวทางดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980 อ้างอิงในปริศนา อัดถาผล, 2543) แบ่งเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่นซึ่งวัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงทางรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ และวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเชื่อว่าน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตของตัวบุคคลเอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต โดยมีแนวทางการประเมิน 2 แบบ คือ

1. การประเมินในแบบภาวะนิสัย (Perceived objective)
2. การประเมินในแบบอัตวิสัย (Self report subjective)

คานอฟกีและเบอร์เชแนล (Karnofsky and Burchenal, 1949 as cited in Browne, McGEE and O'Boyle, 1997) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 แนวทาง คือ

1. ความต้องการมาตรฐาน (Standard need) คือการประเมินความต้องการต่างๆไปของบุคคล
2. กระบวนการทางจิตวิทยา (Psychological process) คือการประเมินของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตอย่างไร

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตนิสัย เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

เบอร์ลิมและเฟลค (Berlim and Fleck, 2003) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งจะประเมินได้โดยให้บุคคลประเมินตนเอง (Self - rated)
2. การประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งจะประเมินโดยให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน (Clinician- rated)

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตัวเองโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตแคนทริล (Cantril, 1985 as cited in Oleson, 1990) สำหรับงานวิจัยที่ได้นำแบบประเมินของแคนทริลมาใช้คือ งานวิจัยของนัยนา พิพัฒน์เวณิษา(2535) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกไตเทียม เป็นต้น

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ คุณภาพชีวิตในลักษณะนี้จะขึ้นอยู่กับหลายมิติ ที่ประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงมากกว่าประเมินแบบมิติเดียว (Ferrans and Power, 1992; Zhan, 1992; Padilla and Grant , 1985)

เฟอร์แรนและพาวเวอร์ส (Ferrans and Power, 1992, 1993) ประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ คือ 1) ความพึงพอใจและ 2)การให้ความสำคัญ ต่อสิ่งที่ได้รับ ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลไม่มีความพึงพอใจเลยในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุดในสิ่งที่ตนเองได้ให้ความสำคัญมากที่สุด

การศึกษาคั้งนี้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการโดยตัวผู้พิการเป็นผู้ประเมินตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาจากผู้พิการโดยตรง

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดหรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมีดังนี้ (Raebum, Rootman (1996, pp. 20-23)

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับ โลก เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง ชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัว
2. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล

3. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ลักษณะทางด้านร่างกาย สมอองและพฤติกรรมที่ปรากฏตามพันธุกรรม ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย อุบัติเหตุ และอื่น ๆ ค่อนข้างเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

4. ปัจจัยด้านจิตวิทยาซึ่งเกี่ยวข้องกับนิสัย ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) อารมณ์ การรับรู้และประสบการณ์ ซึ่งสะท้อนลักษณะวิถีทางบุคคลที่จัดการหรือเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ และอาจเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้ก็ได้

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ ได้แก่

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นตัวกำหนดบทบาทบุคลิกภาพและบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคล ที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่, พัทณี ธรรมวันนา, พนินทร วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546)

อายุ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ทั้งส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Tipayajuk, 2002) รายได้ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้พิการทางกายในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้พิการทางกาย มีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้พิการทางกายมีที่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการทางสุขภาพที่มีคุณภาพสามารถจัดซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวก หาความสุขสบาย (ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่, พัทณี ธรรมวันนา, พนินทร วงษ์ใหญ่ และคณะ, 2546)

สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และมีผลต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกาย เพราะครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้พิการทางกายทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคม เพราะการที่บุคคลได้รับการยอมรับถึงคุณค่า มีความสำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวจะรู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตน (ปกรณีย์ วชิรศกุล, 2541)

การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้พิการทางกายที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรม จะรู้สึก

ตนเองมีส่วนร่วมในสังคม เพิ่มความมีชีวิตชีวา รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้พัฒนาตนเองด้านความรู้และประสบการณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ อีกทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสนใจผู้พิการทางกายมากขึ้น เป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดั่งามของไทย ส่งผลต่อสังคมเพราะผู้พิการทางกายที่เข้าเป็นสมาชิกชมรมจะมีบทบาททางสังคม ไม่เล็ก เกี่ยวข้องกับสังคมสามารถช่วยประโยชน์แก่สังคม โดยใช้พลังสมาชิกจากชมรม ทำให้บุคคลในสังคมมองเห็นคุณค่ายกย่องให้เกียรติ จะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิต อารมณ์ (พิทักษ์ ทองสุข, 2548)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่า ปัจจัยได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การมีสัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมกิจกรรมของสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้พิการทางกายอย่างไรและปัจจัยใดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้พิการมีดังนี้

วิจัย ชำรูปดี (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคนพิการในกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงด้านข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของคนพิการด้านภูมิสถาปัตยกรรม เป็นการวิจัยเอกสารจากระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยการสำรวจสถานการณ์ด้านการมีส่วนร่วมของคนพิการในกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงด้านข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของคนพิการด้านภูมิสถาปัตยกรรม กลุ่มตัวอย่างคือคนพิการ 340 คน ในพื้นที่ ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร และการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ และปัญหาอุปสรรคที่คนพิการเผชิญอยู่ในปัจจุบันที่ทำให้คุณภาพชีวิตของคนพิการไม่ดี รวมทั้งการมีส่วนร่วมของคนพิการในกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงด้านข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของคนพิการด้านภูมิสถาปัตยกรรม โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก(In-depth interview) ผู้นำคนพิการใน 4 ภาค รวมทั้งสิ้น 21 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับคนพิการประเภทต่างๆ ใน 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี และภูเก็ต ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ ประเภทความพิการส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหว รองลงมาคือ พิการทางสายตา สติปัญญา และหูหนวก ตามลำดับ การมีส่วนร่วมของคนพิการในกิจกรรมทางสังคมพบว่า มีประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่เคยเข้าร่วม ผู้ที่เข้าร่วมทุกครั้งมีเพียงเล็กน้อย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่เห็นว่า โทรศัพท์ เข้าถึงง่ายที่สุด รองลงมา คือ วิทยุ โทรศัพท์มือถือ

หนังสือพิมพ์รายวัน และอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ ส่วนประโยชน์ที่ได้รับ พบว่า สื่อโทรทัศน์ ได้รับมากที่สุด รองลงมา คือ วิทยุ โทรศัพท์มือถือ หนังสือพิมพ์รายวัน และอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ การเข้าถึงบริการและใช้ประโยชน์ของคนพิการด้านภูมิสถาปัตยกรรมศาสตร์ของแต่ละภาค พบว่า ผู้พิการที่อยู่ในภาคเหนือ สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ โดยรวมได้เป็นอย่างดี บริการที่เข้าถึงได้ง่ายก็คือ โรงพยาบาลของรัฐ สถานือนามัยใกล้บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ คือ สนามบินคอนเมือง สนามบินสุวรรณภูมิ และสนามบินจังหวัด สำหรับการเข้าถึงได้ง่ายและใช้ประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารได้มาก คือ วิทยุ และโทรทัศน์ ภาคกลาง สามารถเข้าถึงบริการ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ โดยรวมได้ดีกว่าภาคอื่น และ แต่ละประเภทความพิการ พบว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ง่ายที่สุดมากกว่าผู้พิการประเภทอื่น

เดือนจิตร แซ่รัง (2552) ศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีม่ายสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี มีจุดมุ่งหมายและปัจจัยสนับสนุนการจัดการตนเองของสตรีม่ายสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีม่ายสูงอายุคนหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี (Colaizzi) ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมี 6 ประเด็นหลัก คือ 1) ยอมรับสัจธรรมในชีวิต 2) การยืนหยัดต่อไปเพื่อกายและใจเป็นสุข 3) สะสมบุญเพื่อผู้ที่ล่วงลับและตนเอง 4) การช่วยเหลือลูกหลานให้มีอนาคต 5) ปลอ่ยวาง และ 6) ช่วยเหลือสังคมตามกำลังความสามารถที่มี

ปรกรณ์ วชิรกุล (2541) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้พิการทางการมองเห็นและผู้พิการทางการได้ยินหรือการเคลื่อนไหวที่ได้รับการจดทะเบียนกับสำนักงานประชาสงเคราะห์ และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 348 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในระดับปานกลางทั้งสิ้น การประกอบอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาความพิการ สัมพันธภาพกับชุมชน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการพบว่า สัมพันธภาพกับชุมชน เขตที่อยู่

อาศัยประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประเภทของความพิการ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่พิการและอายุความสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้พิการได้ร้อยละ 55.2

นิภาพรรณ ทิพยจักร (2002) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายที่โรงเรียนพระมหาไถ่ พัทยา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางกายที่โรงเรียนอาชีวะพระมหาไถ่ พัทยาจำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า คนพิการมี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ยกเว้นวัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นคนพิการแต่กำเนิด และคนที่มีรายได้เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นคนที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่, พชณี ธรรมวันนา, พนินทร วงษ์ใหญ่ และคณะ (2546) ศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการและพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้พิการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการและพยาบาลที่ปฏิบัติงานของศูนย์ฯ จำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ ภาษาไทย 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF THAI 26) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson chi-square และ One way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการ ญาติหรือผู้ดูแลผู้พิการและพยาบาล มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.497 และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ปัจจัยด้านเพศ และสถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านอายุ การศึกษาและสถานภาพสมรสนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

พิทักษ์ ทองสุข (2548) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและหรือขา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้พิการที่สูญเสียแขนและหรือขาที่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุและได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ โรงเรียนอาชีวะพระมหาไถ่ พัทยา จังหวัดชลบุรี ศูนย์บริการสวัสดิการทางสังคมเฉลิมพระชนมพรรษา 5 รอบ

จังหวัดลพบุรี ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน จังหวัดปทุมธานี ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานประจำภาคตะวันออก จังหวัดระยอง ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จังหวัดนนทบุรีและองค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ จำนวน 187 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่คะแนนของคุณภาพชีวิตในมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่สูญเสียแขนหรือขาจนถึงปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่สูญเสียแขนหรือขาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 38.2

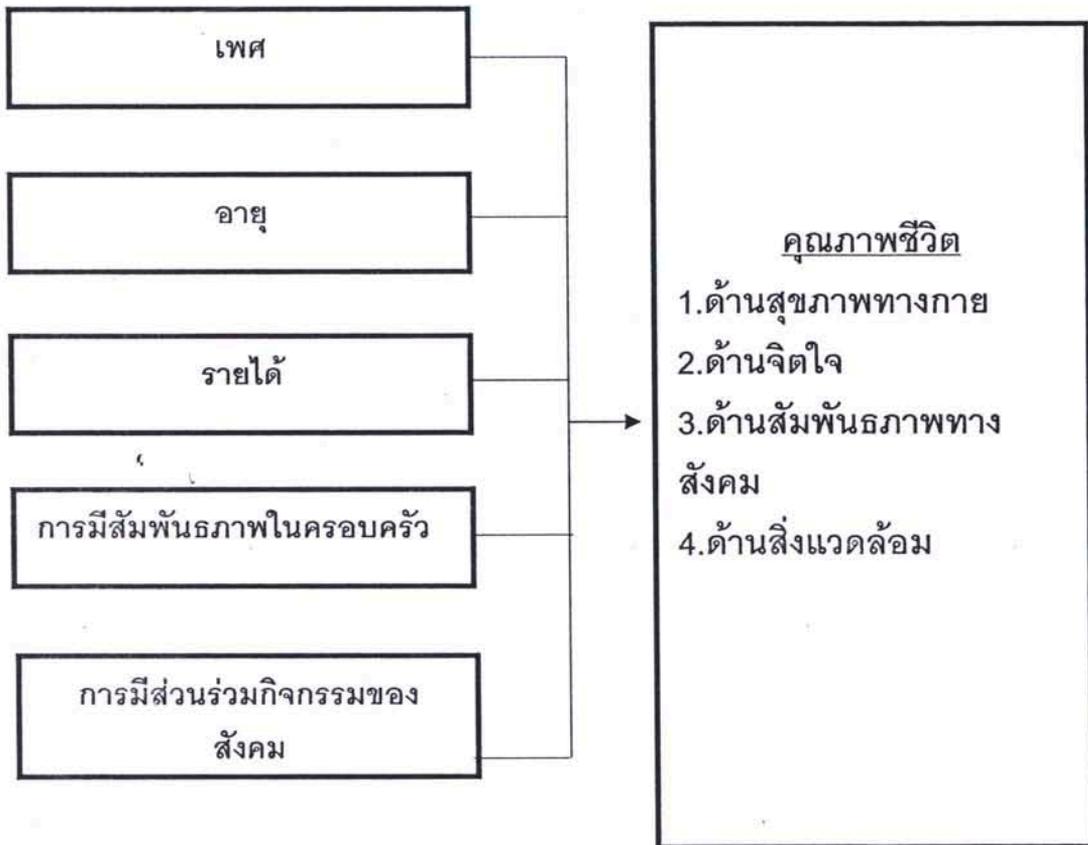
พรพิมล พรแก้ว (2551) ศึกษาความรู้สึกคิดเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่กำลังเข้ารับการฝึกอาชีพที่โรงเรียนอาชีวพระมหาไถ่ พัทยา และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน ปทุมธานี จำนวน 104 คน คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติที (T-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเพศชายมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับความพิการ ระยะเวลาความพิการและรายได้ ไม่มีผลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

ภิลิวัลย์ ฉัตรมณีฤกษ์ (2547) ศึกษาการการมองเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คนพิการที่เข้ามาฝึกอาชีพในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการทั้ง 8 แห่ง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 214 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติที (T-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำในระดับน้อย สำหรับการศึกษาค่าสัมพันธระหว่างตัวแปร คุณลักษณะเบื้องต้น พบว่า ประเภทของความพิการมีผลต่อระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิมพ์ใจ สุวรรณพฤษ (2551) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเชิงรุกแบบบูรณาการเบ็ดเสร็จ ณ จุดหน่วยบริการใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบคัดกรองความพิการและแบบประเมินความพึงพอใจ และเอกสารรับรองความพิการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า คนพิการที่มาใช้บริการพยาบาลเชิงรุกแบบบูรณาการเบ็ดเสร็จในปี 2549 – 2550 ทั้ง 4 ภาค มีจำนวนเท่ากับ 8,138 คน และ 6,522 คน เป็นคนพิการที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด รองลงมาคือ การได้ยินและการสื่อความหมายตามลำดับ ประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุดคือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รองลงมาคือ การลดภาระครอบครัวและความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

กรอบแนวคิด

คุณภาพชีวิตมีความหมายที่กว้างและมีหลายองค์ประกอบในการประเมิน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้พิการทางกายด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (1996) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปัจจัยหลายตัวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้พิการ ได้แก่ เพศ เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม และความสามารถของมนุษย์ อายุ มีผลต่อความสามารถบุคคลในการแก้ปัญหาและสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่เคยได้รับ รายได้ เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก สุขสบาย สัมพันธภาพในครอบครัวมีผลกระทบจากการที่ผู้พิการขาดการเอาใจใส่ จนทำให้ตัวเองรู้สึกไร้ค่า ตลอดจนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม จะส่งเสริมให้ผู้พิการรู้สึกว่าตัวเองไม่โดดเดี่ยว อ้างว้าง ดังนั้นการศึกษานี้จึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในเรื่อง เพศ อายุ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม โดยผู้พิการเป็นผู้ประเมินตนเอง และปัจจัยใดจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางกายด้านการเคลื่อนไหว ดังแสดงในกรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย