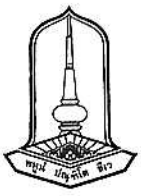
ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของผู้ดูแล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

นิตยา หลุ่มภู

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
ตุลาคม 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนิตยา หลุ่มภู แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์)	(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)
.....	กรรมการ
(รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์)	(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
.....	กรรมการ
(นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย)	(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)
.....	กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กฤษณา วุฒิสินธ์)	(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์)	(รศ.ดร.ไพฑูรย์ สุขศรีงาม)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
	วันที่ 20 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2554

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ ประธานกรรมการสอบ และรองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ สุขศรีงาม คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่กรุณาช่วยแนะนำและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรพร ลอยหา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นายประสพ สารสมัคร สาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล นายแพทย์อุดม โบจรัส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผล ที่อนุเคราะห์ให้ทำวิจัยในพื้นที่ นายสมัย พูลทอง สาธารณสุขอำเภอเขื่องใน ที่อนุเคราะห์ให้ทดลองเครื่องมือ ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นางวิภาพร แท่นคำ อาจารย์พยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) นายอภิสิทธิ์ บำรุงญาติ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ปฏิบัติงานในตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ สละเวลาช่วยตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่างอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีพร้อมทั้งสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้การสนับสนุนเงินทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2554 ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ ผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดยาลวน ทุกท่าน รุ่นพี่สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รุ่น 7 ตลอดทั้งเพื่อนสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รุ่น 8 วิทยาเขตอุบลราชธานี วิทยาเขตสุรินทร์และวิทยาเขตศรีสะเกษ ทุกคนที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือระหว่างที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ-คุณแม่ พี่ น้อง และเพื่อนๆ ทุกคน ผู้สนับสนุน เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือดูแลด้านทุนทรัพย์ ตลอดหลักสูตร ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในครั้งนี้ และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดี มีคุณธรรม

นิตยา หลุ่มภู

Mahasarakham University

ชื่อเรื่อง ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย นางสาวนิตยา หลุ่มภู

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

คณะกรรมการควบคุม รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์

นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2554

บทคัดย่อ

ปัญหาที่พบในผู้ดูแลคนพิการประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ ขาดความรู้ ทักษะ ขาดการปฏิบัติต่อคนพิการที่ถูกต้อง และมีเจตคติต่อคนพิการในด้านลบ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (one groups pretest - posttest design) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ให้ได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การใช้กระบวนการกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ paired samples t – test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลคนพิการ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

โดยสรุป การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลคนพิการมีความรู้ เจตคติด้านบวก และพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น จึงสามารถใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม; แรงสนับสนุนทางสังคม; ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

Mahasarakham University

TITLE Effects of the Application of the Participatory Learning Theory and Social Support on the Caregivers' Knowledge, Attitude, and Caring Behaviors in Taking Care of the Physically Disabled in Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province

AUTHOR Miss. Nitaya Lumpu

DEGREE Master Degree of Public Health . **MAJOR** Health System Management

COMMITTEE Assoc. Prof. Natchaporn Pichainarong, Dr.P.H.

Wuttigrai Munghmai, M.D.

UNIVERSITY Mahasarakharm University **YEAR** 2011

ABSTRACT

The problems found in taking care of were of four kinds: there was a lack of knowledge, skills, and a correct caring behaviors and there was a negative attitude to the disabled. That could result in the complications in the disabled who could not help themselves. This research was a quasi-experimental research using one group pretest –posttest design. The research aimed to study the effects of the participatory learning process with the social support, on the caregivers, knowledge, attitude, and caring behavior in taking care of the physically disabled. Forty subjects were selected by the simple random sampling technique according to the set criterion. The subjects were exposed to the 12 weeks program consisting of lecture, group process, practice, and data were collected using questionnaires from February to June, 2011. Statistical analysis was performed using mean, percentage, standard deviation and paired samples t-test for testing hypothesis .

The results of the research showed that the experimental group showed gains in knowledge, attitudes and caring behaviors from before the experiment ($p<0.05$). The physically disabled indicated gains in self-care behaviors in daily life from before the experiment ($p<0.05$).

In conclusion, the application of participatory learning theory and social supported could made caregivers' physically disabled have a good knowledge, positive attitude and better care behavior. This program could be used as a guide - line for taking care of physically disabled in other areas.

Key word; Participatory Learning; Social Support; Caregivers' Physically Disabled

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	6
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	7
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น	8
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ	11
2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	21
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	44
2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	46
2.5 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	57
2.6 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)	58
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)	62
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	66
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	67
3.1 รูปแบบการวิจัย	67
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	69
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
3.4 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	74
3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ	75
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	76

Mahasarakham University

หน้า

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล 80
3.8 สถิติที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล 80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 81
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 81
4.2 ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 82
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 82
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 82
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบผลการศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง 85
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง 88
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 89
5.1 สรุปผล 89
5.2 อภิปรายผล 91
5.3 ข้อเสนอแนะ 93
เอกสารอ้างอิง 95
ภาคผนวก 99
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ 100
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย 102
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม 113
ภาคผนวก ง การทดสอบค่า reliability analysis 123
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง 126
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอรับรองการอนุมัติในการทำวิจัยในมนุษย์ 136
ภาคผนวก ช หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย 138
ภาคผนวก ซ แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 144
ประวัติย่อผู้วิจัย 155

Mahasarakham University

สารบัญตาราง

		หน้า
ตาราง 1.1	การสำรวจคนพิการในประเทศไทย	1
ตาราง 2.1	การประเมินระดับความผิดปกติ	15
ตาราง 2.2	ระดับกำลังกล้ามเนื้อ	21
ตาราง 2.3	ภาวะที่เป็นปัญหา แนวทางการป้องกัน/บำบัด/รักษา และส่งต่อ	29
ตาราง 2.4	แนวทางการดูแลด้านความสามารถ	41
ตาราง 2.5	การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด	52
ตาราง 2.6	แผนการอบรมความรู้แบบมีส่วนร่วม	53
ตาราง 2.7	แผนการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม	55
ตาราง 2.8	แผนการอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วม	56
ตาราง 4.1	จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	82
ตาราง 4.2	ร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง	85
ตาราง 4.3	ร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง	86
ตาราง 4.4	ร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง	86
ตาราง 4.5	ร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง	87
ตาราง 4.6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)	88
ตาราง 4.7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)	88
ตารางภาคผนวก ค-1	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านความรู้	114
ตารางภาคผนวก ค-2	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านเจตคติ	117
ตารางภาคผนวก ค-3	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการดูแลคนพิการ	118
ตารางภาคผนวก ค-4	ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ	120

หน้า

ตารางภาคผนวก จ-1	คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล แยกรายข้อ	127
ตารางภาคผนวก จ-2	คะแนนเฉลี่ยเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว แยกรายข้อ	129
ตารางภาคผนวก จ-3	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลคนพิการของผู้ดูแลแยกรายข้อ	130
ตารางภาคผนวก จ-4	คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ (The Barthel index of activities of daily living) รายข้อ	132

Mahasarakham University

สารบัญภาพประกอบ

		หน้า
ภาพประกอบ 2.1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้กับพฤติกรรม	47
ภาพประกอบ 2.2	หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	48
ภาพประกอบ 2.3	กระบวนการกลุ่ม (Group Process)	51
ภาพประกอบ 2.4	หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม	54
ภาพประกอบ 2.5	หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม	56
ภาพประกอบ 2.6	กรอบแนวคิดในการวิจัย	66
ภาพประกอบ 3.1	รูปแบบการวิจัย	67
ภาพประกอบ 3.2	แผนการทดลอง	68

Mahasarakham University

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มของประชากร โดยในปี 2517 มีคนพิการประมาณ 2 แสนคน หรือร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็น 1.1 ล้านคน หรือร้อยละ 1.7 ในปี 2545 โดยอัตราร้อยละของคนพิการในช่วงปี 2517 – 2529 ค่อนข้างคงที่ แต่จะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี 2534 – 2545 เนื่องจากความแตกต่างของวัตถุประสงค์และลักษณะของข้อคำถาม ดังแสดงในตาราง 1.1

ตาราง 1.1 การสำรวจคนพิการในประเทศไทย

ปีสำรวจ	ประชากร (พันคน)	คนพิการ (พันคน)	อัตราร้อยละต่อประชากร
2517	39,796.9	209.0	0.5
2519	42,066.9	245.0	0.6
2520	44,211.5	296.0	0.7
2521	45,344.2	324.6	0.7
2524	47,621.4	367.5	0.8
2529	51,960.0	385.6	0.7
2534	57,046.5	1,057.0	1.8
2539	59,902.8	1,024.1	1.7
2544	62,871.0	1,100.8	1.8
2545	63,303.0	1,098.0	1.7

ที่มา : 1. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 – 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. การสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจคนพิการเมื่อปี 2550 พบว่า มีคนพิการจำนวนประมาณ 1,871,860 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด จำนวน 65,566,359 คน โดยเพศหญิงมี

Mahasarakham University

สัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ ร้อยละ 3.0 และร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 30.0) และแยกเป็นรายภาคได้ดังนี้ ภาคเหนือ ร้อยละ 4.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ภาคใต้ ร้อยละ 2.3 ภาคกลาง ร้อยละ 2.2 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 0.5

ประชากรที่พิการ 1.9 ล้านคน เป็นผู้ที่มีความลำบาก/ปัญหาสุขภาพประมาณ 1.8 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 97.9 ของประชากรพิการ มีความลำบากในการดูแลตนเอง ประมาณ 0.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.0 และมีลักษณะความบกพร่องประมาณ 1.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 70.5 สำหรับความรุนแรงของความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรก พบว่า มีผู้ที่มีความลำบากจนไม่สามารถทำได้เลยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ของร่างกาย ได้แก่ การนั่งยองๆ การขึ้นบันได 1 ชั้น และการเดินทางราบระยะ 50 เมตร ค่อนข้างมากกว่าความลำบากหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 12.5 ร้อยละ 11.9 และ ร้อยละ 9.9 ของประชากรพิการที่มีความลำบากหรือมีปัญหาสุขภาพทั้งหมด ตามลำดับ คนพิการที่มีความลำบากในการดูแลตนเองระดับรุนแรง คือ มีความลำบากมากหรือไม่สามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้ด้วยตนเอง มีจำนวน 2.4 แสนคน หรือร้อยละ 61.0 ของประชากรพิการที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ซึ่งคนพิการกลุ่มนี้ต้องการให้ผู้อื่นช่วยดูแล คนพิการยังต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ดูแลคนพิการก็ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐเช่นกัน เช่น การจัดหาเครื่องช่วยให้คนพิการ การจัดบริการพยาบาล/แพทย์ตรวจเยี่ยมเป็นประจำ การขยายโอกาสทางการศึกษาให้คนพิการหรือการจัดหางานที่เหมาะสมให้คนพิการทำ เป็นต้น สำหรับผู้ดูแลคนพิการต้องการฝึกอบรมให้สามารถดูแลได้ถูกต้อง พยาบาลมาเยี่ยมเป็นครั้งคราวและให้การดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และในชุมชน การจัดหางานที่สามารถทำไปพร้อมกับการดูแลคนพิการได้ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.)ได้ดำเนินการจดทะเบียนคนพิการ ตั้งแต่ปี 2537 ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 และปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการจดทะเบียนคนพิการ เป็นการออกบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ทั้งนี้คนพิการมีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว จำนวน 864,437 ราย (ณ เดือน ตุลาคม 2552) เป็นชาย จำนวน 507,128 ราย หญิง จำนวน 357,309 ราย แยกตามประเภทความพิการ ดังนี้ ความพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.35 รองลงมาคือ พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 13.77 พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 12.44 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 10.19

Mahasarakham University

ความพิการซ้อน ร้อยละ 8.74 พิการทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ 5.92 และไม่ระบุความพิการ ร้อยละ 0.59 ตามลำดับ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

จากการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ ของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 ในส่วนความต้องการการช่วยเหลือ พบว่า ร้อยละ 44.70 ต้องการการรักษาพยาบาล เครื่องช่วยความพิการ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฝึกการได้ยิน การแก้ไขการพูด จิตวิทยาคลินิก ร้อยละ 33.25 ต้องการเงินสงเคราะห์ครอบครัว และเบี้ยยังชีพ และร้อยละ10.81 ต้องการมีงานทำ เช่น การฝึกอาชีพ การส่งเข้าทำงาน เงินกู้ยืมประกอบอาชีพ (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554, 2550)

จังหวัดอุบลราชธานี (ณ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2552) ออกบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว 23,377 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.70 ของคนพิการทั้งประเทศ แยกเป็นความพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.75 รองลงมาคือ พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 16.85 พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 13.57 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 12.32 พิการทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ 5.19 ความพิการซ้อน ร้อยละ 4.21 และไม่ระบุความพิการ ร้อยละ 0.11 ตามลำดับ มีคนพิการระดับรุนแรงที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 56.1 ของประชากรพิการที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง โดยพบในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 53.16 รองลงมา คือ คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 30.10 คนพิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ ร้อยละ 16.74 ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำกายภาพบำบัด พบแพทย์ตามนัด เป็นต้น และการมีส่วนร่วมในชุมชน (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

อำเภอตระการพืชผลเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานีแบ่งพื้นที่ออกเป็น 23 ตำบล 22 อบต. 1 เทศบาลตำบล และ 234 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 128,443 คน (อำเภอตระการพืชผล, 2553) สถานการณ์คนพิการและผู้ดูแลคนพิการในปัจจุบันจากการสำรวจและเก็บรวมรวมข้อมูลของทีมสุขภาพ (นักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข) อำเภอตระการพืชผล (ณ มีนาคม 2553) พบว่า มีคนพิการทุกประเภท จำนวน 1,420 คน คิดเป็นร้อยละ 1.11 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอตระการพืชผล สูงเป็นอันดับ 3 รองจากอำเภอเดชอุดม และอำเภออำเภอม่วงสามสิบ (ร้อยละ11.66 และ 1.77 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ) เป็นชาย 788 ราย หญิง 632 ราย ส่วนใหญ่มีอายุมากว่า 50 ปี ร้อยละ 41.41 อายุ 30-50 ปี ร้อยละ 35.91 และอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 22.68 ของประชากรพิการทั้งหมดตามลำดับ แยกเป็นความพิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.64 รองลงมาคือ พิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 18.01 พิการทางการมองเห็น ร้อยละ 13.88 พิการทาง

การได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 12.75 พิการทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ 10.58 และความพิการอื่นๆระบุ ร้อยละ 0.14 ตามลำดับ ปัญหาที่พบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 20.81 ปัญหาการเดิน ร้อยละ 12.84 ด้านการเรียนรู้/สติปัญญา ร้อยละ 10.44 กล้ามเนื้อเกร็ง ร้อยละ 6.46 เป็นต้น สาเหตุของความพิการ พิการแต่กำเนิด ร้อยละ 37.77 โรคภัย ร้อยละ 24.75 ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 19.87 จากอุบัติเหตุ ร้อยละ 15.70 เป็นต้น ความต้องการความช่วยเหลือ ไม่ต้องการ ร้อยละ 63.05 จดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ 16.47 ทางการแพทย์ ร้อยละ11.30 ทางการเงิน ร้อยละ 5.61 เป็นต้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองไม่ต้องมีคนช่วย ร้อยละ 82.61 และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องมีคนคอยช่วย ร้อยละ 17.39 พบว่า คนพิการที่มีความพิการรุนแรงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เป็นกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 63.16 รองลงมา คือ คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 28.74 คนพิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ ร้อยละ 8.10 ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในชุมชน (โรงพยาบาลตระการพืชผล, 2553)

จากสถานการณ์ดังกล่าวถ้ามองที่คนพิการในด้านอัตราความชุกอาจจะปัญหาเป็นที่เล็กมาก เนื่องจากมีคนพิการแค่ ร้อยละ 1.11 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอตระการพืชผล แต่ถ้ามองในด้านความรุนแรงการที่มีคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพียงคนเดียวก็ถือว่าเป็นปัญหาแล้ว เนื่องจากการดูแลคนพิการต้องใช้ทั้ง คน เงิน ระยะเวลา และคนพิการส่วนใหญ่อายุ 50 ปี ขึ้นไป ซึ่งยังอยู่วัยแรงงาน บางคนเป็นเสาหลักของครอบครัว เมื่อมีคนพิการที่ช่วยเหลือตัวไม่ได้อยู่ในบ้านจำเป็นต้องมีผู้ดูแล คนพิการบางรายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยผู้ดูแลต้องดูแลตลอดจนไม่สามารถไปประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ แต่ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลตระการพืชผล, 2553)

ผู้วิจัยสัมภาษณ์คนพิการและผู้ดูแล 30 ราย ในเขตอำเภอตระการพืชผล โดยใช้คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงเป็นผู้ดูแลคนพิการ ร้อยละ 86.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-44 ปี ร้อยละ 30 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 96.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 70 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 16.7 รายได้เฉลี่ย 2,450 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 6.6 ปี ประเภทคนพิการที่ต้องดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 43.33 คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 16.67 คนพิการทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ 16.67 คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 13.33 คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ร้อยละ 10 คนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 40 ซึ่งเป็นคนพิการที่มีความรุนแรงระดับ 3,4 และ 5 จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นประจำ ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระทุกครั้ง ร้อยละ 66.7 การดูแลคนพิการเป็นหน้าที่ทุกครั้ง ร้อยละ 46.7 ดูแลคนพิการทุกกิจกรรมถูกต้องตามหลักการดูแลทุกครั้งเพียง ร้อยละ 26.7 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 40 รู้สึกท้อแท้หรือเบื่อหน่ายที่ได้ดูแลคนพิการ ร้อยละ 36.7

Mahasarakham University

เพราะมีความเชื่อว่าการเกิดความพิการเป็นเวรกรรม ไม่สามารถรักษาให้หายได้ถึง ร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรธรรม มงคลสวัสดิ์ และคณะ (2549) ครอบครัวที่มีลูกพิการมักจะเห็นว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมหรือพระเจ้าเป็นผู้กำหนด บางคนรู้สึกเหนื่อย รอรับความช่วยเหลือตามที่หน่วยงานหยิบยื่นให้ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยเหลืออย่างแท้จริง และกลไกของรัฐในท้องถิ่นขาดการสนับสนุนที่ดีจากส่วนกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน:กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 1) ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค ความพิการ และวิธีการฟื้นฟูสภาพคนพิการให้กลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม เนื่องจาก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยผู้ดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลได้และยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ 2) ต้องการข้อมูลข่าวสาร บางครั้งไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา การใช้สิทธิต่างๆรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือ เช่น เงินเบี้ยยังชีพ ว่าต้องติดต่อขอรับการช่วยเหลืออย่างไร กับหน่วยงานใดบ้าง รวมทั้งหลักฐานต่างๆ ที่จะต้องใช้ (นิตยา บัวสาย, 2551)

ระบบบริการในปัจจุบันของอำเภอตระการพืชผล มีผู้เชี่ยวชาญคือนักกายภาพบำบัดเพียงคนเดียว ต่อคนพิการ 1420 ราย จึงไม่เพียงพอ และจากการรายงานคนพิการได้รับการดูแลจากนักกายภาพบำบัด เพียง 1 ครั้ง /ปี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการเรียนรู้จะได้ผลดีต้องทำซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความรู้ เจตคติ พฤติกรรมและผู้วิจัยเห็นว่าถ้าผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดคนพิการมีความรู้ เจตคติ มีพฤติกรรมการดูแลคนพิการที่ถูกต้องจะช่วยให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

การทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่องสามารถสรุปปัญหาที่พบในผู้ดูแลคนพิการได้ 4 ประเด็น คือ ขาดความรู้ ทักษะ ขาดการปฏิบัติต่อคนพิการที่ถูกต้อง และมีเจตคติต่อคนพิการในด้านลบ จากคำพูดว่า "ความพิการเกิดจากเวรกรรม พระเจ้าเป็นผู้กำหนด ไม่สามารถรักษาให้หายได้" ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการแม้ว่าจะผิดบ้าง ถูกบ้าง การเรียนในผู้ใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อ สะสมความรู้ หรือเพื่อนำไปแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ในการดูแลคนพิการควรใช้แนวคิดพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลคนพิการพร้อมที่จะเรียนรู้ เนื่องจากได้มีการแบ่งปันประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและร่วมอภิปรายกัน ทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง รับฟังความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำนั้นๆ มีผลให้เกิดการดูแลคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ เคิร์ท เลวิน กล่าวว่าการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่ม

Mahasarakham University

และการตัดสินใจโดยกลุ่ม มีผลดีกว่าการให้ความรู้รายบุคคล เป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ปฏิบัติตามความคิดของกลุ่มเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

ผู้วิจัยในฐานะทีมสุขภาพจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากเป็นกลุ่มคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีปัญหาสุขภาพมากที่สุด มีความพิการระดับรุนแรง ที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงสนใจที่จะศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความรู้ เจตคติทางบวก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลคนพิการเพื่อให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้สร้างความรู้ จากประสบการณ์เดิมเกิดการเรียนรู้ใหม่ เกิดความคิดรวบยอด ซึ่งเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติ มีความเข้าใจ รู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้ เจตคติทางบวก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการที่ถูกต้อง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน จะช่วยเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพราะคนเราเกิดมาไม่ได้อยู่คนเดียวต้องอยู่ในสังคม มีความสัมพันธ์กันเป็นเครือข่าย มีการสื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการเกื้อหนุนกันช่วยเหลือกัน และเป็นตัวชี้นำแนวทางให้บุคคล มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่เหมาะสม ผลของการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ดูแล สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ดูแล สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

Mahasarakham University

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย เจตคติ ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลอง

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สูงกว่า ก่อนการทดลอง

1.4.2 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเจตคติ ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สูงกว่า ก่อนการทดลอง

1.4.3 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของผู้ดูแล สูงกว่า ก่อนการทดลอง

1.4.4 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว สูงกว่า ก่อนการทดลอง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ประชากร คือ ผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่จดทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2553 - มีนาคม พ.ศ. 2554

1.5.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้จากการใช้เกณฑ์คัดเข้าและสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 40 คน

1.5.3 ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2554

Mahasarakham University

1.5.4 ตัวแปรของการวิจัย

1.5.4.1 ตัวแปรอิสระ (independent variables) ได้แก่

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1) อบรมสร้างความรู้เกี่ยวกับความพิการและการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

2) อบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3) อบรมทักษะการทำกายภาพบำบัดแบบมีส่วนร่วม

4) อบรมทักษะการทำกิจวัตรประจำวันแบบมีส่วนร่วม

แรงสนับสนุนทางสังคม คือการเยี่ยมบ้านโดยทีมผู้วิจัย ผู้นำชุมชน นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดย

1) สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การตักเตือน

2) สนับสนุนทางอารมณ์ คือ การยอมรับ การห่วงใย

3) สนับสนุนด้านการประเมินผล คือ การบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและประเมินการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากการสังเกต

1.5.4.2 ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในเรื่อง

1) ความรู้ในการดูแลคนพิการ

2) เจตคติต่อการดูแลคนพิการ

3) พฤติกรรมการดูแลคนพิการ

4) การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

1.6.1 ผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3,4 และ 5 ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนน้อย จึงใช้กลุ่มเดียวในการทดลอง

1.6.2 การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับปัจจัยภายนอกเท่ากันจึงถือว่าไม่มีผลต่อการทดลอง

Mahasarakham University

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 ผู้ดูแลคนพิการ หมายถึง พ่อ แม่ คนในครอบครัวหรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลคนพิการ โดยคนพิการ 1 คน ต้องมีผู้ดูแลหลัก 1 คน

1.7.2 คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา

1.7.3 ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง

ระดับ 1 = ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก

ระดับ 2 = ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือ ขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้

ระดับ 3 = การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับ 4 = การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับ 5 = การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

1.7.4 ระดับการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

คะแนน 0-20 = ระดับ 5 มีความพิการรุนแรงมาก ต้องอยู่บนเตียงหรือรถเข็นตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นทั้งหมดในการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

คะแนน 25-45 = ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง เดินได้โดยมีผู้พยุงและต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ในการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

คะแนน 50-70 = ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง เดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือข้างที่พิการการแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

Mahasarakham University

คะแนน 75-95 = ระดับ 2 มีความพิการเล็กน้อย เดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย ในการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

คะแนน 100 = ระดับ 1 แทบไม่มีความพิการ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ

1.7.5 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง การเยี่ยมบ้านโดยทีมผู้วิจัย ผู้นำชุมชน นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร คือ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การตักเตือน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ การยอมรับ การห่วงใย จากผู้ให้การสนับสนุน และการสนับสนุนด้านการประเมินผล คือ การบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและประเมินการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากการสังเกต

1.7.6 การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ และการฝึกอบรม จนเกิดพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรอันรวมไปถึง ค่านิยม และความเชื่อมั่นในตนเอง

1.7.7 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) หมายถึง การอบรมที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะได้ดีที่สุด ซึ่งประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

1.7.8 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) หมายถึง การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Theory) อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และปรับเปลี่ยนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ 3 ประการ คือ 1) ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความรู้ 2) ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และ 3) ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกิดการขยายตัวในด้านทักษะอย่างกว้างขวาง

1.7.9 กระบวนการกลุ่ม (Group Process) หมายถึง การแบ่งกลุ่มย่อยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาการทางทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็นการทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมจะแก้ไขปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักทำการทำงานร่วมกับผู้อื่น

Mahasarakham University

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2.5 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.6 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

2.1.1 ความหมายของคนพิการ

"คนพิการ" หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

Mahasarakham University

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำระบบจำแนกความพิการระหว่างประเทศ (International Classification of Impairment Disability and Handicap (ICIDH) ในปี ค.ศ.1989 ซึ่งได้ให้คำนิยาม 3 ภาวะไว้ ดังนี้

1. ภาวะบกพร่อง (impairment) หมายถึง สภาพความบกพร่องหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจเป็นความบกพร่องทางกาย ทางจิตใจ ทางสติปัญญา ซึ่งอาจเกิดที่อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือระบบของร่างกายก็ได้ เช่น แขนหรือขาด้วน ตาบอด เป็นต้น

2. ภาวะทุพพลภาพ (disability) หมายถึง การไร้สมรรถภาพหรือการเสียความสามารถในการทำงาน เป็นการขาดความสามารถหรือข้อจำกัดของอวัยวะในการทำงานที่จะกระทำในขอบเขตที่ตัวเองเคยทำได้ ซึ่งครอบคลุมถึงความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายทำให้อวัยวะส่วนนั้นไม่อาจทำงานได้ดีเหมือนอวัยวะปกติ เช่น นิ้วด้วน 2 นิ้ว อาจเขียนหนังสือได้แต่ด้วยความลำบาก เป็นต้น

3. ภาวะด้อยโอกาส (handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบ/ด้อยโอกาสของบุคคลเมื่ออยู่ในสังคม อันเนื่องจากความบกพร่องของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือการทำงาน ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติสิ่งดังกล่าวได้ดีเท่าคนปกติ เช่น บุคคลที่แขนขาดทำให้เป็นคนที่มีความบกพร่องไม่สามารถใช้แขนข้างนั้นได้ หลังจากที่ใส่แขนเทียมและการฝึกการใช้แขนเทียมจนสามารถใช้งานได้ ข้อเสียเปรียบ (handicap) จะหมดไป จะมีเพียงสภาพความบกพร่อง (impairment) (รัชนี สรรเสริญ และคณ, 2551)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2546) นิยาม "คนพิการ" บุคคลซึ่งความสามารถถูกจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา หรือการเรียนรู้ และมีความต้องการจำกัดพิเศษด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า เป็นคนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2534)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นความหมายในระดับสากล ทางวิชาการ ตามกฎกระทรวง หรือพระราชบัญญัติ คนพิการ คือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา ซึ่งเป็นมาแต่กำเนิดหรือภายหลัง จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนคนปกติ

Mahasarakham University

2.1.2 ประเภทความพิการ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

1) ความพิการทางการเห็น

2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

5) ความพิการทางสติปัญญา

6) ความพิการทางการเรียนรู้

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเห็น ได้แก่

1. ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับแย่กว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

2. ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็นเมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงแย่กว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

1. หู หนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2. หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

3. ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

Mahasarakham University

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

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

2. ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ได้แก่

1. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

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

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่านการเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

Mahasarakham University

ตาราง 2.1 การประเมินระดับความผิดปกติ

ประเภทที่	ระดับที่	หัวข้อพิจารณา		ลักษณะความพิการ
1.ทางการมองเห็นระดับ 1-5	1	การมองเห็นของสายตา 6/18 ลงไปถึง 6/60	ลานสายตา แคบกว่า 30 องศา จนถึง 10 องศา	สายตาเลือนราง (ผิดปกติที่สายตา)
	2	สายตาน้อยกว่า 6/60 ลงไปถึง 3/60		สายตาพิการ(ผิดปกติที่ลานสายตา)
	3	สายตาน้อยกว่า 3/60 ลงไปถึง 1/60	ลานสายตา แคบกว่า 10 องศา จนถึง 5 องศา	ตาบอดชั้นหนึ่ง
	4	สายตาน้อยกว่า 1/60 ลงไปถึงเห็นเพียงแสงสว่าง	ลานสายตา แคบกว่า 5 องศา ลงไป	ตาบอดชั้นสอง
	5	มองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง		ตาบอดชั้นสาม
2.ทางการได้ยินหรือการสื่อความหมายระดับ 3 ขึ้นไป	1	ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 26-40 เดซิเบล		หูตึงน้อย
	2	ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 41-55 เดซิเบล		หูตึงปานกลาง
	3	ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 56-70 เดซิเบล		หูตึงมาก
	4	ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 71-90 เดซิเบล		หูตึงรุนแรง
	5	ได้ยินเสียงที่ความดังมากกว่า 90 เดซิเบล		หูหนวก
	1	สื่อความหมายในเนื้อหาที่มากกว่าการใช้ในกิจวัตรประจำวันหลักได้บ้างและมีปัญหาในการสื่อความคิดที่ซับซ้อน		พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง
	2	สื่อความหมายได้เฉพาะที่ใช้ในกิจวัตรประจำวันหลัก		
	3	สื่อความหมายที่ใช้ในกิจวัตรประจำวันหลักได้รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง		
	4	สื่อความหมายได้เพียงตอบรับหรือปฏิเสธ		
	5	สื่อความหมายไม่ได้เลย		

Mahasarakham University

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ประเภทที่	ระดับที่	หัวข้อพิจารณา	ลักษณะความพิการ
3.ทางกาย หรือการเคลื่อนไหว ระดับ 3 ขึ้นไป	1	ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก	ความผิดปกติของศีรษะ/ใบหน้า คอ หลัง ลำตัว มือ ขา เท้า แขน ขาขาด เหนือศอก/ใต้ศอก เหนือเข่า/ใต้เข่าขาขาด มือขาดนิ้วขาดอัมพาต-อ่อนแรง อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตของแขนและขาโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มอาการปวด/โรคข้อ โรคหัวใจ โรคปอด
	2	ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ลำตัว มือ แขน หรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้	
	3	การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง	
	4	การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือ แขน ขา เพียง 2ข้าง	
	5	การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขา มากกว่า 2 ข้าง	
4.ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม ระดับ 1-2	1	ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และรบกวนความสงบผู้อื่น (0 ถึง 1.5)	โรคจิต สมองผิดปกติ
	2	ผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (มากกว่า 1.5 ถึง 2.5)	
	3	ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง (มากกว่า 2.5 ถึง 3.5)	
	4	ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ (มากกว่า 3.5 ถึง 4.5)	
	5	ผู้ที่เลี้ยงตัวเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้ (มากกว่า 4.5)	

Mahasarakham University

ตาราง 2.1 (ต่อ)

ประเภทที่	ระดับที่	หัวข้อพิจารณา	ลักษณะความพิการ	
5. ทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ระดับ 3 ขึ้นไป	1	ความสามารถทางสติปัญญา I.Q. = 80-90	ปัญญาทึบ	สมองเสื่อม
	2	ความสามารถทางสติปัญญา I.Q. = 70-79	ปัญญาอ่อนคาบเส้น	
	3	ความสามารถทางสติปัญญา I.Q. = 50-69	ปัญญาอ่อนระดับน้อย	
	4	ความสามารถทางสติปัญญา I.Q. = 35-49	ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง	
	5	ความสามารถทางสติปัญญา I.Q. < 35	ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง	
6.กลุ่ม LD		การเรียนรู้	learning disability	

ที่มา : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2534)

สาเหตุของความพิการ

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Expert Committee) ได้จำแนกสาเหตุของความพิการการทางการแพทย์ไว้ ดังนี้

1. ความพิการแต่กำเนิด อาจมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ เช่น โรคอัมพาตกล้ามเนื้อลีบ ปัญญาอ่อน ตาบอด หูหนวก หรืออาจมีสาเหตุที่ไม่ใช่จากกรรมพันธุ์ เช่น มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก มารดากินยาแก้แพ้ แก้ปวด หรือยาคลายอารมณ์เครียดระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติต่างๆ ในระหว่างคลอด

2. โรคติดต่อ เช่น โปลิโอเนื่องจากการติดเชื้อไวรัส เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค เยื่อบุสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ปัญญาอ่อนเนื่องจากมารดาติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ในระยะ 3 เดือนแรก

3. โรคที่ไม่ติดต่อ เช่น โรคกระดูกผุเป็นหนอง โรคข้ออักเสบ ปวดหลัง กระดูกสันหลังโก่งหรือคด หูหนวก หูตึง ตาบอด เบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคลมชัก

4. โรคจิต เช่น โรคประสาทซึมเศร้าโรคประสาทชนิดย้ำคิดย้ำทำ โรคประสาทชนิดโฟเบีย (phobia เป็นความกลัวที่ผิดปกติ)

5. โรคพิษสุราเรื้อรัง และการติดสารเสพย์ติดต่างๆ

Mahasarakham University

6. ภยันตรายและการบาดเจ็บ เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ เช่น จากการสัญจรทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ จากอาวุธที่เป็นอันตราย ยาอันตรายบางชนิด น้ำยาเคมีต่างๆจากเมล็ดผลไม้บางชนิด หรือของเล่นหลุดเข้าไปในจมูกหรือหลอดลม

7. ภาวะทุพโภชนาการ คือ การขาดสารอาหารที่ทำให้ตาบอดหรือพัฒนาการทาสมองช้า

8. สาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะมลพิษของสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับพิษไอปรอทเรื้อรัง หรือการได้ยินเสียงอึกทึกเป็นประจำ การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกวิธี การฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย เป็นต้น

สิทธิตามกฎหมายของคนพิการ

สิทธิตามกฎหมายของคนพิการและสิทธิประโยชน์ที่สำคัญของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมายต่างๆ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 ได้แก่

1. เบี้ยความพิการ คนพิการทุกคนที่มีสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการคนละ 500 บาท/เดือน ในอนาคตจะมีการพิจารณาเพิ่มเบี้ยความพิการให้กับคนพิการที่มีฐานะยากจน และคนพิการระดับรุนแรงด้วย ทั้งนี้ คนพิการจะต้องแจ้งยืนยันว่าจะรับเบี้ยความพิการต่อทุกปีในเดือนพฤศจิกายน ถ้าไม่แจ้ง แสดงว่า สละสิทธิรับเบี้ยความพิการในปีถัดไป

2. การลดหย่อนภาษีเงินได้ สำหรับคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการที่มีรายได้มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้คนละ 60,000 บาท ตั้งแต่รายได้ของปี 2552 โดยไม่ต้องมีคำสั่งศาลให้คนพิการเป็นผู้ไร้ความสามารถ ดังนั้น คนพิการต้องระบุชื่อผู้ดูแลคนพิการในสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเพื่อขอรับสิทธิดังกล่าวและสิทธิอื่นๆ

3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์คนพิการมีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ รวม 26 รายการ ได้แก่

3.1 การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์

3.2 จิตบำบัด

3.3 ดนตรีบำบัด

3.4 พลบำบัดการแนะแนว การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี

3.5 การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัดฟื้นฟู เช่น การฉีดยาลดเกร็ง การรักษาด้วยไฟฟ้า hemoencephalography (HEG) เป็นต้น

3.6 การศัลยกรรม

3.7 การบริการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น

Mahasarakham University

3.8 กายภาพบำบัด

3.9 กิจกรรมบำบัด

3.10 การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)

3.11 พฤติกรรมบำบัด

3.12 ดนตรีบำบัด

3.13 ศิลปะบำบัด

3.14 การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน

3.15 การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย

3.16 การบริการส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม

3.17 การบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น นวดไทย ผังเข็ม เป็นต้น

3.18 การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสันทนาการ เป็นต้น

3.19 การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ

3.20 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว

3.21 การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

3.22 การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ

3.23 การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก

3.24 การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตสำหรับคนพิการ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น

3.25 การบริการทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น

3.26 การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

Mahasarakham University

4. บริการจัดการศึกษา คนพิการมีสิทธิเรียนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่สถานศึกษาของรัฐทั้งการ ศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปี รวมถึงการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรชั้นสูง และระดับปริญญาตรี

5. บริการจ้างงานคนพิการ กระทรวงแรงงานกำลังดำเนินการกำหนดระเบียบให้สถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงานในอัตราส่วนจำนวนลูกจ้างทั้งหมด 50 คน ต่อ คน 1 พิการ ทั้งนี้ หากสถานประกอบการเอกชนไม่รับคนพิการเข้าทำงานจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ เช่น ให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ทั้งนี้หน่วยงานราชการที่ไม่รับคนพิการเข้าทำงานไปต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนฯ แต่ต้องส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเช่นเดียวกัน

6. บริการล่ามภาษามือ คนพิการหรือคนหูหนวกมีสิทธิขอบริการล่ามภาษามือในกรณีต่อไปนี้

6.1 การใช้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข

6.2 การสมัครงานหรือการติดต่อประสานงานด้านการประกอบอาชีพ

6.3 การร้องทุกข์ การกล่าวโทษ หรือเป็นพยานในชั้นพนักงานสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายอื่น

6.4 การเข้าร่วมประชุม สัมมนา หรือฝึกอบรม รวมทั้งเป็นผู้บรรยายโดยหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรภาคเอกชนเป็นผู้จัดซึ่งมีคนพิการทางการได้ยินเข้าร่วมด้วย

บริการอื่นใดตามที่คณะอนุกรรมการ ส่งเสริมและพัฒนาล่ามภาษามือ

7. บริการสวัสดิการสังคม คนพิการมีสิทธิได้รับสวัสดิการตามความเหมาะสม ดังนี้

ผู้ช่วยคนพิการ (สำหรับคนพิการระดับรุนแรง) ซึ่งผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน และลงทะเบียนแล้ว

7.1 ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกที่สถานที่พัก

7.2 สถานที่เลี้ยงดูสำหรับคนพิการไร้ที่พึ่ง

8. บริการสิ่งอำนวยความสะดวก หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องจัดให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ได้ เช่น บริการข้อมูลข่าวสาร บริการขนส่งสาธารณะ บริการในการเดินทาง และบริการให้สัตว์นำทางเดินทางกับคนพิการ เป็นต้น

9. บริการเงินกู้ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิขอกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อการประกอบอาชีพได้ ทั้งการกู้รายบุคคลและการกู้เป็นกลุ่ม ทั้งนี้ ในกรณีการประกอบอาชีพเกิดความเสียหายจากภัยพิบัติใดๆ จะได้รับการพิจารณาตัดหนี้สูญด้วย

Mahasarakham University

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การดูแลตามปัญหาที่เกิดกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

1. กล้ามเนื้ออ่อนแรง

กล้ามเนื้ออ่อนแรง คือ ภาวะที่กล้ามเนื้อไม่สามารถหดตัวได้แรงเท่าปกติ จึงต้องประเมินกำลังกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพใด โดยจัดแบ่งระดับกำลังของกล้ามเนื้อตาม Medical Research Council (MRC)

ตาราง 2.2 ระดับกำลังกล้ามเนื้อ

ระดับ	การเคลื่อนไหว / การหดตัวของกล้ามเนื้อ
0	ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ
1	คลำได้การหดตัวของกล้ามเนื้อ
2	กล้ามเนื้อหดตัวทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหว เมื่อขจัดแรงโน้มถ่วง
3	กล้ามเนื้อหดตัวทำให้ข้อเคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วง ได้ตลอดพิสัยการเคลื่อนไหว
4	กล้ามเนื้อหดตัวทำให้ข้อเคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วง และแรงต้านของผู้ตรวจได้พอประมาณ
5	กล้ามเนื้อหดตัวทำให้ข้อเคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วง และแรงต้านของผู้ตรวจได้เต็มที่

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2547)

การบริหารร่างกาย มี 4 ประเภท คือ

1. การออกกำลังกายแบบคนพิการทำเองและมีผู้อื่นช่วย (active assisted exercise =AAE) ให้คนพิการเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อได้แต่เนื่องจากยังไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่จึงต้องมีผู้ช่วยจับและเคลื่อนไหวให้ (ใช้กับระดับ 1)

2. การออกกำลังกายแบบคนพิการทำเองได้หมด (active exercise = AE) ใช้กับคนพิการที่สามารถขยับแขนขาเองได้เต็มช่วง (ระดับ2) โดยขยับข้อให้ขนานกับพื้น รายที่ต้านแรงโน้มถ่วงโลกได้แต่ไม่สามารถต้านแรงภายนอกได้ (ระดับ 3) ก็ให้ยกแขนขาขึ้นลงโดยไม่ต้องใช้น้ำหนักถ่วง

3. การออกกำลังกายแบบคนพิการทำเองได้ทั้งหมดและมีแรงต้าน (resisted exercise = RE) ใช้กับคนพิการที่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาเองได้เต็มที่และต้องการให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้น แรงต้านที่ให้อาจเป็นถุงทราย,ตุ้มน้ำหนักหรือสิ่งของที่มีน้ำหนักที่หาได้โดยเริ่มจากน้ำหนักน้อยๆ

Mahasarakham University

ก่อนแล้วเพิ่มตามลำดับ

4. การเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำให้ทั้งหมด (passive exercise) ใช้กับคนพิการที่ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อและขยับแขนขาเองได้เลย (ระดับ 0) จึงจำเป็นต้องมีผู้อื่นช่วยขยับแขนขาให้ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่างๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อแต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสามารถทำได้ในทันทีที่พบคนพิการไม่ว่าจะรับรู้หรือไม่ก็ตาม หากบางรายรู้สึกตัว และพอมีแรง สามารถสอนให้คนพิการใช้แขนและขาข้างที่แข็งแรงมาช่วยยกขยับแขนขาข้างที่อ่อนแรง

การกระตุ้นไฟฟ้าใช้ในกรณีที่ไม่เกิดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ใน 3 เดือนแรก และกล้ามเนื้อเริ่มเกร็งตามที่คิดสั่งได้

การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ

ในกรณีที่คนพิการไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ควรมีผู้ดูแลทำการ เคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้คนพิการ

หมายเหตุ : ใช้ได้กรณีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หดรั้ง หรือเพื่อป้องกันข้อติดยึด

ข้อควรปฏิบัติการทำการเคลื่อนไหวข้อ

1. การเคลื่อนไหวข้อให้คนพิการควรทำช้าๆ
2. ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ หากมีการหดรั้งควรดึงยืดกล้ามเนื้อ
3. จนสุดช่วงการเคลื่อนไหว และรู้สึกตึง ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที
4. ทำในแต่ละท่าซ้ำๆท่าละ 10 - 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ
5. ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือในขณะคนพิการมีไข้
6. ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าคนพิการปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมาควรหยุดและปรึกษา
7. แพทย์หรือนักกายภาพบำบัด
8. ห้ามทำในกรณีที่สงสัยว่ามีข้อเคลื่อน หรือกระดูกหักในส่วนนั้นๆ

การบริหารส่วนแขน

1. การยกแขนขึ้นและลง
2. การกางแขนออก และหุบแขนเข้า
3. การหมุนข้อไหล่เข้า และออก
4. การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก
5. การกระดกข้อมือขึ้นลง
6. การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก

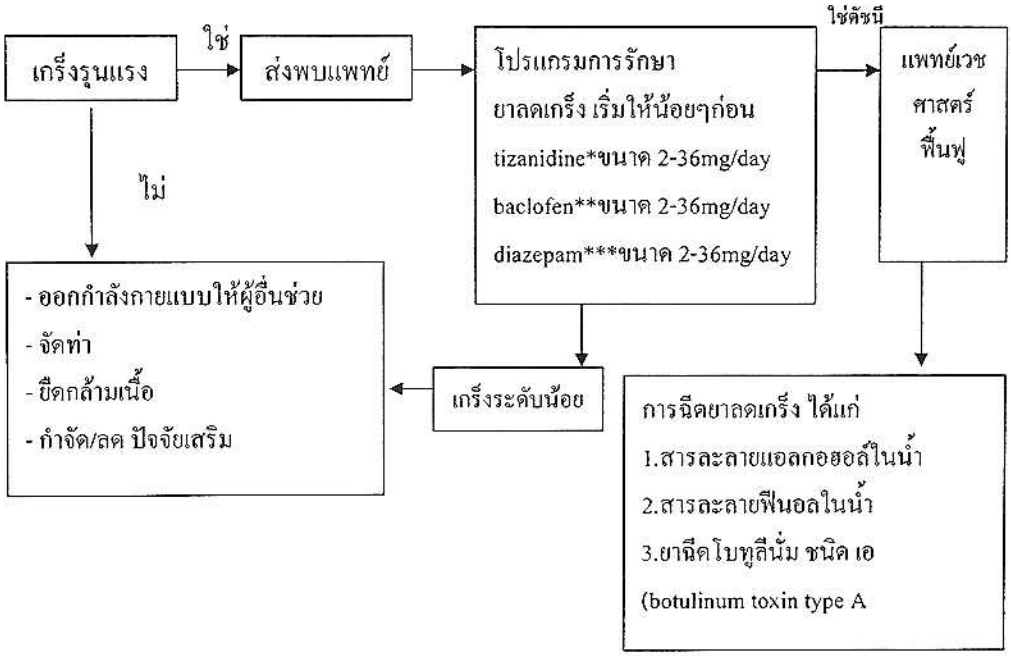
Mahasarakham University

7. การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง

การบริหารส่วนขา

1. การงอขาเข้า และเหยียดขาออกของข้อสะโพก และข้อเข่า
2. การหมุนข้อสะโพกเข้า และหมุนข้อสะโพกออก
3. การกางขาออก และหุบขาเข้าของข้อสะโพก
4. การกระดกข้อเท้าขึ้น และลง
5. การหมุนปลายเท้าคนพิการเข้า และออก

2. เกร็ง (spasticity)



* ควรระวังในผู้ที่มีความบกพร่องในการทำงานของตับ

** ควรระวังในผู้ที่มีความบกพร่องในการทำงานของไต

** ควรระวังในผู้ที่มีความบกพร่องในการทำงานของตับและในผู้สูงอายุ

เกร็งรุนแรง =การเกร็งที่ก่อให้อาการปวด หรือเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการนอน

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2547)

Mahasarakham University

การยืดกล้ามเนื้อ (stretching)

การยืดกล้ามเนื้อ หรือการยืดกล้ามเนื้อโดยผู้อื่นทำให้ใช้ในกรณีที่คนพิการมีการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ วิธีการคือทำการเคลื่อนไหวข้อต่อในทิศทางตรงกันข้ามกับการหดรั้งของกล้ามเนื้อจนสุดช่วงการเคลื่อนไหวและรู้สึกตึงแล้วยืดค้างไว้ในจุดนั้นประมาณ 10 วินาที เช่น หากคนพิการมีการงอติดของข้อศอกแสดงว่ากล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้าของคนพิการมีการหดรั้งให้ทำการยืดโดยการเหยียดข้อศอกออกให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว และรู้สึกตึงแล้วค้างไว้ประมาณ 10 วินาที

หมายเหตุ ในคนพิการบางรายสามารถยืดกล้ามเนื้อเองได้ผู้เกี่ยวข้องควรสอนท่ายืดกล้ามเนื้อที่ถูกต้องให้ เพื่อคนพิการสามารถกลับไปทำเองได้

ออกกำลังกายแบบผู้อื่นช่วย (passive range of motion)

การเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำให้ทั้งหมด ใช้กับคนพิการที่ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อและขยับแขนขาเองได้เลยจึงจำเป็นต้องมีผู้อื่นช่วยขยับแขนขาให้เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่างๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ สามารถทำได้ในทันทีที่พบคนพิการ ไม่ว่าจะรับรู้หรือไม่รับรู้ก็ตาม หากบางรายเริ่มรู้สึกตัวมีสติดีขึ้น สามารถสอนให้คนพิการใช้แขนและขาข้างที่แข็งแรงมาช่วยยกขยับแขนขาข้างที่อ่อนแรง การจัดท่าที่ดีจะช่วยลดอาการเกร็งได้

ลดปัจจัยเสริม หรือกระตุ้นให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. มีไข้
2. แผลกดทับ
3. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
4. เล็บขบ
5. ท้องผูก
6. กลัว กังวลหรือเครียด
7. อากาศเย็น
8. มีการกระตุ้นประสาทรับรู้ เช่น เสื้อผ้าคับ หรือกายอุปกรณ์เสริมคับ
9. อ่อนเพลีย
10. ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis)
11. กระดูกหักที่อาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน (unfound fracture)

3. การจัดท่าและการเดิน

การจัดท่าในการนอน

ท่านอนหงาย

1. หมอนไม่ควรให้สูงมา

Mahasarakham University

2. ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง

3. แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว

4. ข้อมือตรงคว่ำมือหรือหงายมือก็ได้นิ้วมือเหยียดออก

5. ขาเหยียดตรงมีผ้าขนหนูรองใต้เข่า ให้เข่างอเล็กน้อย

6. ปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็กๆ หรือถุงมือใส่น้ำรองด้านข้างของข้อเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรงกันแผลกดทับที่ตาตุ่ม

ท่านอนตะแคงทับข้างดี

1. ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย

2. แขนของคนพิการข้างที่อ่อนแรง ควรมีหมอนรองใต้แขนตั้งแต่ต้นแขนจนถึงปลายแขน โดยแขนของคนพิการยื่นไปข้างหน้า

3. ข้อศอกเหยียด

4. มือคว่ำบนหมอน

5. ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก

6. สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า จัดให้ข้อสะโพกและเข่างอประมาณ 30 องศา ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง

1. ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย

2. สะโพกและเข่าข้างดี มีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า

3. แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรง หงายมือ

4. ขาข้างที่อ่อนแรง เหยียดขา เข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

การนั่งข้างขอบเตียง

1. ศีรษะตั้งตรง

2. บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน

3. ลำตัวตรง ทิ้งน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง

4. มือวางบนเตียง

5. เท้าวางบนพื้น ทิ้งน้ำหนักเท่ากันทั้งสองข้าง

การเคลื่อนย้าย

ต้องเคลื่อนย้ายไปข้างที่ดีเสมอและต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของ พยาบาล นักกายภาพบำบัดหรือญาติคนพิการจนกว่าจะแน่ใจว่าคนพิการสามารถปฏิบัติเองได้และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง

Mahasarakham University

1. จัดรถเข็นหรือเก้าอี้เท้าแขนวางทะแยงมุมกับเตียงหันหน้าเข้าชิดทางแขนขาข้างที่ดีล็อครถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

2. โน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียง ดันตัวให้ลุกขึ้นยืน ให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างที่ดี

2.3 เอื้อมแขนข้างที่ดีเอามือจับพนักเก้าอี้หรือขอบรถเข็นด้านนอกค่อยๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้ แล้วค่อยหย่อนตัวลงนั่งในเก้าอี้ หรือรถเข็น

ส่วนการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นหรือเก้าอี้มายังเตียงนอนมีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

การเดิน

คนพิการส่วนใหญ่มักต้องใช้เครื่องช่วยในการเดิน อาจเป็นไม้เท้าขาเดียว ไม้เท้าสามขาไม้เท้าสี่ขาหรืออาจไม่ใช้เครื่องช่วยเดินก็ได้ แล้วแต่ความมั่นคงของการเดินของคนพิการในแต่ละรายไป

4. กิจวัตรประจำวัน (activity of daily living - ADL)

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำเป็นประจำในแต่ละวันเริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน ซึ่งคนพิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆเหล่านั้นด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของผู้อื่น

4.1 การรับประทานอาหาร

คนพิการที่มีปัญหาอ่อนแรงครึ่งซีกต้องมีอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวในการหยิบจับและรับประทานอาหารได้โดยสะดวก ต้องมีการจัดท่าที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยป้องกันการสำลักที่มักพบบ่อยในคนพิการประเภทนี้

4.2 อุปกรณ์ช่วย

4.2.1 ช้อนเสริมด้าม เพื่อจะหยิบจับได้สะดวกขึ้น

4.2.2 ที่กั้นอาหาร หรือชาม เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารหกเลอะเทอะ

4.2.3 แก้วมีหู

4.3 การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว

คนพิการที่มีปัญหาอ่อนแรงครึ่งซีกมักมีปัญหาด้านสุขอนามัยซึ่งเกิดจากอาการอ่อนแรงหรือความผิดปกติทางการรับรู้ เช่น การอาบน้ำฤดูตัวไม่ทั่วถึงเนื่องจากใช้มือข้างเดียวทำหรือจับแปรงสีฟันไม่ถนัดทำให้เกิดปัญหาช่องปากได้ ฉะนั้นคนพิการจึงควรได้รับการดูแลและคอยเตือนเสมอสำหรับอุปกรณ์ช่วยในการทำความสะอาดร่างกายก็มีการดัดแปรงเป็นพิเศษ เช่น

Mahasarakham University

1. ฟองน้ำถูตัวที่มีด้ามจับยาว
2. แปรงสีฟันเสริมด้าม และเพื่อความสะดวก ปลอดภัยควรใช้ผ้าเทปพัน
3. ผ้าขนหนูแบบมีห่วงทั้ง 2 ข้าง
4. แผ่นรองกันลื่น

4.4 การแต่งตัว

เมื่อสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่เสียเข้าไปก่อนจัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอดแขนข้างปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างนั้นสวมต่อจนเสร็จ

สำหรับการสวมรองเท้าและถุงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือไขว้ขาข้างที่เสียขึ้นมาเพื่อที่จะเอื้อมถึงบริเวณเท้าได้สะดวกสวมข้างที่เสียให้เสร็จก่อนแล้วสวมข้างปกติส่วนการถอดให้ถอดข้างที่เสียเป็นข้างสุดท้าย

กลืนลำบาก

คนพิการมีประวัติ หรืออาการต้องสงสัยว่าจะมีปัญหาการกลืนลำบาก หรือเสี่ยงต่อการสำลัก ได้แก่

1. มีประวัติป่วยติดเชื้อซ้ำซาก
2. มีอาการไอ สำลักในขณะพัก และ/หรือ ในเวลารับประทานอาหาร ดื่มน้ำ
3. มีอาการเสียงแหบ (wetvoice) ภายหลังการกลืนน้ำ อาหาร
4. มีระดับความรู้สึกตัวต่ำ เช่น ง่วงซึม
5. มีความลำบากในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อริมฝีปาก ขากรรไกรและลิ้นลดลงกว่าปกติ
6. มีอาการ drooling น้ำลายไหลยืด

การจัดท่าที่เหมาะสมในคนพิการที่มีภาวะกลืนลำบาก

ท่านั่ง

1. ควรคำนึงถึงสมดุลในการทรงท่าของศีรษะ ลำตัว คอ และเชิงกราน ไม่เอียงไปทางใดทางหนึ่ง
2. ควรนั่งบนพื้นผิวเรียบไม่ยืดหยุ่น เท้าวางกับพื้น
3. เข่างอ 90 องศา
4. ลงน้ำหนักบนสะโพกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน
5. ลำตัวโน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย
6. หลังตรง
7. มือวางบนโต๊ะ
8. ศีรษะอยู่กึ่งกลาง ก้มเล็กน้อย

Mahasarakham University

9. อาจจำเป็นต้องพิจารณาเครื่องพยุงในกรณีที่การทรงตัวไม่ดี

ในคนพิการที่ต้องนอนบนเตียง ควรจัดท่าให้สะโพกและเข่างอเล็กน้อยจะช่วยยับยั้งความตึงตัวของกลุ่มกล้ามเนื้อเหยียด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลำคอและควรให้มีการก้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อยทำได้โดยหนุนหมอนใต้หลังช่วงบนของคนพิการ

ลำดับขั้นการเลือกอาหารสำหรับคนพิการที่มีภาวะกลืนลำบาก เรียงจากง่ายไปยาก ดังนี้

1. อาหารบดหรือปั่นข้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั่น
2. อาหารบดหรือปั่นข้น เช่น เยลลี่ มันบด สังขยา
3. อาหารข้นอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวสวยนิ่มๆ เนื้อสัตว์บด
4. อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้สุก
5. อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นม

ปวดไหล่ (shoulder pain)

ปวดไหล่ พบได้จากสาเหตุดังนี้ arthritis, muscle spasm, acute soft tissue or joint injury chronic injury (กรณีที่มี shoulder subluxation ซึ่งทำให้ joint capsule ถูก stretch จากแรงโน้มถ่วงของโลก) หรือปวดไหล่จาก complex regional pain syndrome type II (CRPS type II)

การรักษา

ในรายที่มีอาการอักเสบของข้อ อาจให้ยาต้านการอักเสบ ที่ไม่ใช่สารสเตียรอยด์ (NSAIDS)

ถ้ามี muscle spasm ให้ประคบด้วยความร้อน นวด และบริหาร โดยช่วยขยับข้อ

กรณี joint capsule injury เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ดึงข้อไหล่อ่อนแรง ต้องป้องกันโดยการจัดท่าขณะนั่งให้มีที่รองแขน เช่น โต๊ะ ที่เท้าแขนของเก้าอี้ หรือขณะอยู่ในเตียงให้เคลื่อนย้ายคนพิการโดยการดึงผ้าที่รองตัวแทนการดึงที่หัวไหล่ นอกจากนี้ให้บริหารข้อไหล่ โดยตรวจดูว่าถ้าขณะขยับข้อไหล่นั้นสะบักมีการขยับน้อยมาก ให้ยกแขนประมาณ 900 ก็พอการบริหารข้อไหล่โดยใช้รอกดึงเหนือศีรษะต้องระวังไม่ยกแขนมากเกินไป เพราะจะบาดเจ็บมากขึ้น

ถ้าสงสัย complex regional pain syndrome type II (reflex sympathetic dystrophy, shoulder hand syndrome) ซึ่งเป็นภาวะที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน จะมีอาการปวด บวม ข้อไหล่ และข้อมือติด ผิวอาจเปลี่ยนสีเป็นสีคล้ำลง การให้ยาอาจให้ NSAID หรือ steroid therapy ก็ได้ (prednisolone 30-60 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 10 - 14 วัน) ร่วมกับการบริหารข้อและใช้ความร้อนประคบร่วมด้วย

Mahasarakham University

การจัดท่าเพื่อป้องกันข้อไหล่เคลื่อน

1. จัดให้ร่างกายสมดุลคือ ท่านั่งให้ศีรษะ คอ ลำตัวตั้งตรง ไหล่ทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน

2. นั่งบนเตียงควรมีหมอนรองแขนไปถึงปลายนิ้ว ศอกงอประมาณ 90 องศา ปรับความสูงของหมอนจนคลำไม่พบร่องบริเวณหัวไหล่ของด้านที่อ่อนแรง

3. นั่งบนรถเข็นให้วางแขนบนหมอนหรือบนที่พักแขน

4. นั่งบนเก้าอี้ให้วางแขนบนโต๊ะ

5. ขณะยืนหรือเดินให้ใช้ผ้าสามเหลี่ยมคล้องไหล่ จัดให้ศอก งอประมาณ 90 องศา และจัดผ้าให้รองรับมือและแขนทั้งหมด พิจารณาใช้ กรณีที่ไม่มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

ตาราง 2.3 ภาวะที่เป็นปัญหา แนวทางการป้องกัน/บำบัด/รักษา และส่งต่อ

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัด/รักษา	แนวทางส่งต่อ
1.กระดูกสันหลังหัก	ดูข้อมูลจากใบส่งตัวและ film X-ray	- เมื่อกระดูกสันหลังไม่ติด จำเป็นต้องใช้กายอุปกรณ์เสริมเพื่อตามกระดูกสันหลังตามระดับอัมพาตของกระดูกที่หักนั้นๆ จนกว่ากระดูกจะติดแข็งแรงดี ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-5 เดือน ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและวิธีการรักษา - X-ray ซ้ำเมื่อครบ 3 เดือน หากยังไม่ติด X-ray ซ้ำเมื่อครบ 5 เดือน - บริหารเกร็งกล้ามเนื้อลำตัวในขณะที่ใส่กายอุปกรณ์ตามกระดูกสันหลัง	- ควรส่งต่อเพื่อรับกายอุปกรณ์เสริมเมื่อมีอาการปวดหลังมากในบริเวณกระดูกสันหลังที่หัก หรือกระดูกสันหลังผิดรูป หรือ X-ray ในท่า flex เทียบกับ extend แล้วยังมีการขยับของ vertbra แสดงว่ากระดูกสันหลังที่หักยังมี instability

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/ บำบัดรักษา/ฟื้นฟู	แนวทางส่งต่อ
	เวียนศีรษะ คลื่นไส้ เหงื่อออก หน้าซีด ใจสั่น (ชีพจรเพิ่มมากกว่า 20 ครั้ง/นาที) และ systolic blood pressure ตกมากกว่า 20 มม.ปรอท เมื่อมีการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง	**การแก้ไข** - เมื่อเกิดอาการปรับเอนหัวเตียงหรือเอียงรถเข็นให้ศีรษะต่ำจนอาการลดลง - ถ้าได้รับยาที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว เช่นยาลดความดัน ควรเปลี่ยนหรือลดขนาดยา -ฝึกร่างกายให้คุ้นเคยกับการปรับความดันโดยหมุนศีรษะขึ้นนั่งพิงและเหยียดขาบ่อย ๆ - ให้น้ำและเกลือเพียงพอถ้าไตยังคงทำงานได้ดี - แก้ไขปัญหาซีด (ถ้ามี)	
2.ความดันโลหิตสูงในภาวะ autonomic dysreflexia (AD)	- มักเกิดกับคนพิการระดับอัมพาตอยู่เหนือต่อ T6 โดยเกิดอาการแบบเฉียบพลัน เช่น ปวดศีรษะแบบตุบ ๆ กระสับกระส่าย, เหงื่อออกบริเวณที่ไม่เป็นอัมพาต,หน้าแดง, คัดจมูกในรายที่รุนแรงอาจมีอาการตามัว ชัก หรือมีอาการที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง	**การป้องกัน** - ป้องกันไม่ให้เกิดสาเหตุกระตุ้น เช่น ปัสสาวะไม่ออก, ท้องผูก, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, แผลกดทับ, เล็บขบเป็นต้น **การรักษา** - ยกศีรษะขึ้นเพื่อช่วยลดความดันโลหิต	- ควรส่งต่อกรณีที่กำจัดสาเหตุกระตุ้นและให้ยา nifedipine แล้วความดันโลหิตยังไม่ลด เพื่อหาสาเหตุการกระตุ้นอื่น ๆ ต่อไป เช่น cholecystitis

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/ บำบัดรักษา/ฟื้นฟู	แนวทางส่งต่อ
	สิ่งตรวจพบความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จากภาวะปกติของคนพิการ 20-30 มม.ปรอท ดังนั้นรายที่ SP เดิม เท่ากับ 90 มม.ปรอท อาจมี AD เมื่อ SP 120-130 มม.ปรอทก็ได้อย่างไรก็ตามคนพิการไม่จำเป็นต้องมีอาการเหล่านี้ครบจึงวินิจฉัยการวินิจฉัยแยกกับภาวะความดันโลหิตสูงจากสาเหตุอื่นโดยภาวะ AD มักพบชีพจรช้ารวมด้วย สาเหตุเกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ที่มีต่อตัวกระตุ้นบางชนิดมากผิดปกติโดยที่ร่างกายไม่สามารถใช้กลไกของสมองและไขสันหลังเพื่อปรับสภาพร่างกายให้สมดุลได้	- หาและกำจัดสาเหตุ เช่น สวนปัสสาวะ หรืออุจจาระ(ใช้ lidocaine jelly แทน jelly ปกติ เพื่อลดการกระตุ้นมิให้ความดันเพิ่มขึ้นอีก) หรือใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีที่ติดเชื้อ - ถ้ากำจัดสาเหตุแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้ nifedipine 5-10 มก. บีบใส่ใต้ลิ้น ออกฤทธิ์ได้เร็งภายใน 5 นาที อาจใช้ยาควบคุมความดันไว้ทั้งวัน กรณีที่ไม่อาจแก้ไขสาเหตุได้รวดเร็ว - อาจใช้ hydraiazine 10 mg กินก็ได้	ถ้าไม่แน่ใจว่าเป็น DVT ให้ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา/ฟื้นฟู	แนวทางส่งต่อ
3.ขาบวม dependent edema	- มีอาการบวมเริ่มจากส่วนปลายของขาและเท้าทั้งสองข้าง เมื่อส่วนนั้น ๆ อยู่ต่ำกว่าระดับหัวใจและไม่มีอาการเคลื่อนไหว โดยต้องวินิจฉัยแยกโรคของอาการบวมจากสาเหตุอื่น เช่น กระดูกหัก deep vein thromdosis (DVT) (ข้อ 5) , ข้อติด (ข้อ12), กระดูกหัก	**การป้องกันและรักษา** - ยกขาที่บวมให้สูงกว่าระดับหัวใจ **การรักษา** - ใส่ถุงน่องที่เป็นยางยืดหรือใช้ผ้าผันขา, นวดลดบวม	
4. หลอดเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis)	- ควรคิดถึงโรคนี้เสมอเมื่อคนพิการมีอาการบวมขาข้างเดียว, แดงร้อนหรือไม่มีไข้ร่วม - ต้องตรวจแยกจากภาวะอื่น เช่น ภาวะติดเชื้อที่ขา (cellulites) หรือการอักเสบจากสาเหตุอื่น ๆ **หมายเหตุ** - คนที่เป็นอัมพาตมักไม่มีอาการปวดจึงอาจวินิจฉัยยากต้องอาศัยการตรวจพิเศษ	**การป้องกัน** ให้มีการเคลื่อนไหวของข้อเป็นประจำ **การรักษา** - เมื่อสงสัยว่าเกิดภาวะที่ต้องงดการเคลื่อนไหวข้างที่เป็นพันผ้ายืดและงดนวด เพราะอาจทำให้เกิดภาวะ pulmonary emdolism ควรพิจารณาส่งต่อ - การขยับข้ออาจเริ่มได้หลังจากคนพิการได้รับยากลุ่ม anticoagulation แล้ว 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีปัญหาทางปอดและหัวใจ แต่ก็ยังไม่ควรออกกำลังกายรุนแรง	- ส่งต่อเมื่อการวินิจฉัยที่แน่นอนและรักษา เช่น การทำ ultrasound, duplex scan ซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูงมากกว่า 95 % 13 หรือการทำ venogram

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/ บำบัดรักษา/ฟื้นฟู	แนวทางส่งต่อ
5. การทำงานของกระเพาะปัสสาวะและหูรูดผิดปกติ neurogenic biadder	- มีอาการปัสสาวะออกเหลือค้างมาก อาจออกกะปริดกะปรอย หรือกลั้นไม่อยู่ แล้วแต่พยาธิสภาพมักไม่รู้สึกอยากปัสสาวะ (loss / impaired sense of voiding)	- การฟื้นฟูระบบขับถ่ายปัสสาวะ (ภาคผนวก 2) โดยมีเป้าหมายหลักคือป้องกันการติดเชื้อและควสภาพการทำงานของไต ส่านเป้าหมายรอง คือ มิให้ปัสสาวะเล็ดราด (incontinence) และมีการถ่ายปัสสาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตรวมทั้งเป็นที่ยอมรับในสังคม - แนะนำการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่สวนถ่าย - จัดให้มีจำนวนน้ำดื่มและถ่ายปัสสาวะที่เหมาะสม - ในกรณีที่จำเป็นต้องสวนคาสายผ่านท่อปัสสาวะ (indwelling urethral catheterization) สายสวนปัสสาวะทุก 10-14 วัน หากสายสวนอุดตันอาจเปลี่ยนก่อนกำหนด - เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบขับถ่าย รวมทั้งรักษาในเบื้องต้น	- เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติตัวในการถ่านปัสสาวะ - เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รักษาเองไม่ได้ - เพื่อประเมินภาวะการทำงานของไตและกระเพาะปัสสาวะทุก 1-2 ปี - ส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือศัลยศาสตร์ยูโร - เพื่อทำการตรวจพิเศษ (urodynamic/cystometry /ultrasound kidney/ IVP)

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
6.การขับถ่ายอุจจาระ (neurogenicdowel)	-fecal Impact,แน่นท้อง, อุจจาระเล็ดราด หรือท้องผูก(ถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)	-ให้คำแนะนำการป้องกันท้องผูก - ให้คำแนะนำเรื่องการฝึกขับถ่ายอุจจาระและกระตุ้นให้คนพิการมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น	-พิจารณาส่งต่อเมื่อสงสัยมีการขับถ่ายอุจจาระผิดปกติรุนแรงและปฏิบัติตามแนวทางแล้วยังไม่ดีขึ้น
7.แผลกดทับ	แบ่งความรุนแรงของแผลกดทับเป็น 4 ระดับ ได้แก่ **ระดับที่1** ผิวหนังมีรอยแดงซ้ำ หลังจากถูกกดทับและไม่หายภายใน 30 นาที หลังหยุดกดทับ **ระดับที่ 2** เกิดแผลโดยมีการหลุดลอก/ตายของผิวหนังชั้น epidermis และชั้น dermis บางส่วนอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำใสบนรอยแดง **ระดับที่ 3** เกิดแผลโดยมีการหลุดลอกของผิวหนังทุกชั้น และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	**การป้องกัน** 1.ลดแรงกดทับ ใช้เบาะรองนั่ง เช่น เบาะฟองน้ำอัด, เบาะลม เบาะโพลียูรีเทน หรือซิลิโคน gel หรือนอนบนฟูกหรือเตียงลม - ขณะนอนให้พลิกตะแคงตัว 2 ชั่วโมง หรือฝึกยกให้ก้นลอยพ้นพื้น - ขณะนั่ง ยกตัวขึ้นให้ก้นลอยพ้นพื้น หรือเอียงตัวอย่างน้อยทุก 15 นาที 2.ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลได้ง่าย - ป้องกันผิวหนังชื้นแฉะ โดยควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะไม่เล็ดราด หากมีการเล็ดราดต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน	

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
7.แผลกดทับ(ต่อ)	ระดับที่ 4 แผลลุกลามไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ	หรือกางเกงโดยเร็ว หากใช้แผ่นรองซับปัสสาวะต้องเปลี่ยนวันละ 2-3 ครั้ง อย่าใส่แผ่นรองซับทั้งวัน ควรเปลี่ยนให้ผิวแห้งเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้อาจทาปิโตเลียมเจลลีรอบทวารหนัก เพื่อลดการเกาะตัวของน้ำปัสสาวะและอุจจาระ - หยุดสูบบุหรี่ 3.ดูแลคลำผิวหนังเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกซึ่งเป็นตำแหน่งที่อาจเกิดแผลกดทับได่ง่าย โดยตรวจอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง **การรักษา** 1.หลีกเลี่ยงไม่ให้มีการกดทับบริเวณแผล 2.การรักษาทั่งไป ได้แก่ การแก้ไขภาวะทุพโภชนาการโดนเฉพาะโปรตีน และแก้ไขปัญหาโลหิตจาง ซึ่งจะช่วยให้แผลหายได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ต้องลดภาวะเกร็งกระตุก ถ้าภาวะดังกล่าวทำให้เกิดการเสียดสีบริเวณแผล 3.การรักษาเฉพาะที่ ได้แก่ การทำแผลและตัดเนื้อตายบริเวณก้นแผลออก	พิจารณาส่งต่อเพื่อการผ่าตัดปิดแผลถ้าเหตุลุกลามมากขึ้นระดับ 3 หรือ 4 และเห็นว่า ทำแผลอย่างเดียวอาจต้องใช้เวลานาน

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
8.ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกพรุน	ภาวะกระดูกบางอาจพบได้ตั้งแต่ 3 เดือน ถึงหลายปีหลังจากได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง และพบภาวะกระดูกขาหักได้แม้มีการกระทบกระเทือนเพียงเบา ๆ ซึ่งคนพิการอาจไม่รู้สึกปวดมีเพียงบวมและ/หรือ deformity	**การป้องกัน** 1.ลงน้ำหนักผ่านกระดูกขาโดยจับยืนด้วย tilt table หรือยืนพิงเสาหรือในราวคู่โดยพยุงสะโพกและเข่า 2.รับประทานอาหารที่มีปริมาณแคลเซียมสูง 3.ควรให้คนพิการได้รับแสงแดดตอนเช้าหรือตอนเย็นอย่างน้อยวันละ 15 นาที	- ส่งต่อเมื่อสงสัยว่ามีกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน
9.ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้	คนพิการส่วนหนึ่ง(โดยเฉพาะระดับพยาธิสภาพสูงกว่า TB) ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติเมื่ออากาศร้อนคนพิการจะไม่มีเหงื่อในบริเวณที่เป็นอัมพาตจึงเกิดการสะสมความร้อนในทางกลับกันเมื่ออากาศเย็นร่างกายจะมีอุณหภูมิลดต่ำลงกว่าปกติเรียกภาวะนี้ว่า poikilothermia ซึ่งควรแยกภาวะนี้ออกจากโรคติดเชื้อ, ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน	**การป้องกันและการรักษา** 1.อยู่ในห้องที่มีอุณหภูมิพอเหมาะ/ห้องปรับอากาศ (ถ้ามี) 2.ถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงให้พ่นน้ำตามใบหน้าและลำตัวแล้วให้น้ำระเหยเองหรือเช็ดตัวบ่อย ๆ 3.ถ้าอุณหภูมิกายต่ำ สวมใส่เสื้อผ้าให้อบอุ่น 4. อย่าวางกระเป๋าน้ำร้อน/ผ้าห่มไฟฟ้า/ผิงไฟบริเวณที่มีความรู้สึกน้อย เพราะคนพิการจะไม่รู้สึกและปล่อยให้ผิวหนังไหม้พองได้	

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
10. ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity)	ให้การรักษาเมื่อมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ 1.รบกวนต่อการทำกิจวัตประจำวันของคนพิการ 2.รบกวนการนอน 3. ทำให้ปวด	**การป้องกันและรักษา** 1.การจัดทาในแต่ละอิริยาบถให้ถูกต้อง จะช่วยลดการเกร็งและป้องกันข้อยึดติด เช่น ผู้ที่มีปัญหาเกร็งแบบงอที่ ลำตัว สะโพก และเข่า (flexor spasticity) ให้จัดท่านอนคว่ำหรือยืนโดยใช้กายอุปกรณ์ช่วยดามขาให้ตรง ส่วนผู้มีปัณหาขาเกร็งในท่าเหยียดให้จัดท่าไม่ให้ข้อเท้าจิกลง (plantar flexion) 2. การบริหารยืดกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันข้อยึดติดให้บริหารข้อต่าง ๆ ข้อละ 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ โดยเหยียดค้างไว้ครั้งละประมาณ 30 นาที 3.การแก้ไขสาเหตุปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ได้แก่ อารมณ์เครียด อากาศเย็น แผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก เล็บขบ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ	- ควรส่งต่อหากรักษาดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวไม่สามรถแก้ปัญหาเรื่องกิจวัตรประจำวัน การนอนหรือความปวดได้ - การส่งต่อทำเพื่อการรักษาเพิ่มเติม เช่น

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
10. ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง(ต่อ)		4. การรักษาโดยใช้ยา เนื่องจากแต่ละคนจะตอบสนองต่อยาไม่เท่ากัน จึงมีหลักการใช้ยา คือ เริ่มให้ขนาดน้อยและปรับยาทุก 3-4 วัน จนได้ผลตามที่ต้องการ โดยที่คนพิการยังทนผลข้างเคียงของยาได้ และขนาดยาไม่เกินค่าสูงสุด ไม่ควรหยุดยากะทันหัน เพราะอาจเกิดผลข้างเคียง และควรตรวจการทำงานของตับเป็นระยะ ๆ ยาที่ใช้บ่อย คือ diazepam ขนาด 0.8 มก./กก./วัน ในเด็ก ส่วนผู้ใหญ่ 2-40 มก. เริ่มให้ก่อนนอน และแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง หากหยุดทันทีอาจมีปัญหา กังวลกระวนกระวาย สั่น ไวต่อการสัมผัสและชักได้	1. การให้ยาเพิ่ม เช่น tizanidine 2-36 มก./วัน หรือ baclofen 5-80 มก./วัน แบ่งให้วันละ 2-4 ครั้ง ผลข้างเคียงคือ ง่วงซึม คลื่นไส้การหยุดยากะทันหัน จะทำให้ชัก หรือประสาทหลอน 2.การทำ motor point block หรือ nerve block หรือ tenotomy
11.ข้อติด (contracture)	-ตรวจประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ - X-ray ข้อที่ติดและบวมเพราะอาจมีการเกาะของแคลเซียมที่	1.จัดให้ข้อต่าง ๆ อยู่ในท่าที่เหมาะสม 2.สอนญาติให้บริหารข้อให้เคลื่อนไหวและยืดกล้ามเนื้อและเอ็นข้อละ 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ	1.ในรายที่มีข้อติดและทำให้เกิดผลเสียต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ควรส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมขั้นต่อไป เช่น การรักษาร่วมกับการลดเกร็งการผ่าตัด การใช้กายอุปกรณ์เสริม

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
11.ข้อติด (contracture) (ต่อ)	กล้ามเนื้อหรือรอบ ๆ ข้อ (heterotopic ossification)	3.ข้อควรระวัง การใช้ความร้อนประคบบริเวณข้อ อาจทำให้เกิดแผลไหม้ เนื่องจากคนพิการสูญเสียความรู้สึก	2.ในรายที่ข้อติดมีการอักเสบรุนแรง ควรพิจารณาส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง
12.ปวด	พบอาการปวดได้สูงถึง 94% ของคนพิการ คนพิการอาจป่วยได้ต่อระดับออัมพาตแม้จะสูญเสียการรับความรู้สึกในระดับนี้ไปแล้วก็ตาม เกิดในคนพิการ incomplete cord lesion ได้บ่อยกว่า complete cord lesion 1.musculoskeletal pain เกิดจากการใช้งานของร่างกายส่วนที่ปกติเพื่อชดเชยกับส่วนที่เป็นอัมพาตมากเกินไป ที่พบบ่อยคือ ข้อไหล่ (impingement syndrome) ข้อมือ moyfascial pain syndrome ของกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่	**การป้องกัน** บริหารกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่หน้าอกและลำตัวส่วนบนให้ถูกต้องในรายที่ต้องใช้รถเข็นเป็นประจำ ควรฝึกเคลื่อนย้ายตัว (transfer training) และยกตัว (pressure relief training) ให้ถูกต้อง รวมทั้งอย่าปล่อยให้ข้อต่าง ๆ หักงอเกินพิสัยของข้อ **การรักษา** ลดอาการปวดด้วยการประคบความเย็นในระยะแรกและตามด้วยความร้อนอย่างระมัดระวังอาจทำให้ NSAID ตามความเหมาะสม	- หากรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น พิจารณาส่งต่อเพื่อรักษาขั้นต่อไป

Mahasarakham University

ตาราง 2.3 (ต่อ)

ปัญหา/ภาวะ	การวินิจฉัย	แนวทางการป้องกัน/บำบัดรักษา	แนวทางส่งต่อ
12.ปวด (ต่อ)	2.Central pain/peripheral segmentral nerve pain ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจปวดแสบร้อนคล้ายไฟลน แมลงไต่ หรือเหมือนถูกฉีก บิดหรือทับ มักปวดตลอดเวลา 3.Visceral Pain คนพิการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกปวดเมื่อมีพยาธิสภาพของอัวยวะภายในจึงอาจรู้สึกเพียงแค่แน่นท้องอืด ทำให้วินิจฉัยได้ยาก ต้องอาศัยอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ช่วย เช่น มี autonomic dysreflexia กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุกมากขึ้น มีไข้ คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก การขับถ่ายอุจจาระผิดไปจากเดิม หรือมีอาการปวดร้าวไปไกลจากบริเวณที่มีรอยโรค (referred pain) เช่น อาการปวดบริเวณไหล่ขวาจากไส้ติ่งอักเสบหรือกระเพาะอาหารเป็นแผลทะลุ	**การป้องกัน** ป้องกันตัวกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาทางจิตใจ ความเครียด สูบบุหรี่ อากาศเย็นชื้น แผลกดทับ การติดเชื้อ **การรักษา** 1.การใช้ยา เริ่มด้วย amnalgesic เช่น acetaminophen, NSAID อาจร่วมกับ antidepressant เช่น amitriptyline แต่ระวังผลข้างเคียง คือ ปัสสาวะไม่ออก 2.ถ้ามีการกายภาพบำบัด ใช้ transcutaneous electricalstimulation วางตามแนวเส้นประสาทที่ปวด 3.ลดความวิตกกังวลการรักษาตามพยาธิสภาพของอวัยวะภายในที่เกิดขึ้น	-ส่งต่อเมื่อใช้ยาแล้วเมื่ออาการปวดยังคงรบกวนการนอน/การทำงาน ซึ่งแพทย์ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ อาจเพิ่มยากลุ่ม anticonvulsant ให้ (carbmazepine, gabapentin) - พิจารณาส่งต่อหากรักษาแล้วไม่ดีขึ้นหรือเพื่อสืบค้นหาสาเหตุที่แท้จริง

ที่มา :กระทรวงสาธารณสุข, 2547

Mahasarakham University

ตาราง 2.4 แนวทางการดูแลด้านความสามารถ

ปัญหา	แนวทางการดูแล	การส่งต่อ
1. ลุกนั่งไม่ได้	- ฝึกเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนและลำตัว - ฝึกการลุกนั่ง - ปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำที่โหนเชือกโดยผูกกับเพดานหรือผูกกับปลายเตียง	ควรส่งต่อเมื่อให้การดูแลแล้ว ความสามารถของคนพิการไม่ถึงเป้าหมายและสมควรได้รับการฝึกฝนทักษะเพิ่มเติม
2. นั่งทรงตัวไม่ได้	- ฝึกเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อของลำตัว - ฝึกการทรงตัวในท่านั่ง	
3.การเคลื่อนย้ายตนเองจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง	- ฝึกเคลื่อนย้ายตัวเองจากเตียงไปรถเข็น - ดัดแปลงอุปกรณ์อื่นช่วย เช่น ไม้กระดานใช้วางพาดจากเตียงไปยังรถเข็น เพื่อทำให้เคลื่อนย้ายตัวได้ง่ายขึ้น,เตียงควรสูงเท่ากับรถเข็น - คนพิการบางรายมีปัญหาการทรงตัว ดังนั้น ต้องมีการฝึกการทรงตัวในท่านั่งก่อน	
4.การรับประทานอาหาร ล้างหน้าและแปรงฟัน	- ปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำโต๊ะรับประทานอาหาร หรืออ่างล้างหน้าที่สูงพอให้รถเข็นเข้าไปได้ ในกรณีที่ต้องใช้รถเข็น - คนพิการบางรายมีปัญหาการทรงตัว ดังนั้น ต้องมีการฝึกการทรงตัวในท่านั่งก่อน	
5.การอาบน้ำ	- ปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำประตูห้องน้ำให้กว้างพอที่รถเข็นจะเข้าไปได้ ทำทางลาดเข้าห้องน้ำ ในกรณีที่ต้องใช้รถเข็น	

Mahasarakham University

ตาราง 2.4 (ต่อ)

ปัญหา	แนวทางการดูแล	การส่งต่อ
6. การใช้รถเข็น	ต้องผ่านการฝึกการทรงตัวในท่านั่งให้ดี แล้วจึงฝึกใช้รถเข็นบนทางเรียบ, ทางขรุขระ และทางลาด **การพิจารณาให้รถเข็น** ให้ในกรณีที่คนพิการเดินไม่ได้ หรือเดินได้เพียงระยะทางสั้นๆ ขณะนี้ประเทศไทยมีรถนั่งคนพิการ (wheelchair) เพื่อให้คนพิการเบิกตามสิทธิ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 2 ประเภท คือ1. รถนั่งคนพิการชนิดมาตรฐาน (standard wheelchair) จะใช้ในกรณีที่คนพิการนั่งทรงตัวไม่ดี 2. รถนั่งคนพิการชนิดช่วยเหลือตนเองได้ (independent wheelchair) จะใช้ในกรณีที่คนพิการนั่งทรงตัวได้ดีการฝึกยืนนั้น คนพิการต้องนั่งทรงตัวได้ดี และไม่มีส่งต่อเพื่อรับกายอุปกรณ์เสริม ภาวะ orthostatic hypotension	ส่งต่อเพื่อรับรถนั่งคนพิการ
7. ยืนไม่ได้	**ขั้นตอนการฝึกยืน** 1. ต้องฝึกการทรงตัวในท่านั่งให้ดี 2. ฝึกกำลังกล้ามเนื้อ แขน ใช้หลัก weight training โดยค่อยๆ เพิ่มน้ำหนักตามความเหมาะสม 3. ฝึกกำลังกล้ามเนื้อลำตัวและขาส่วนที่ยังหลงเหลืออยู่ โดยพยายามให้คนพิการออกกำลังกล้ามเนื้อด้วยตนเอง แต่ถ้าทำไม่ได้เต็มที่ก็จะให้มีผู้ช่วย 4. ฝึกยืนทรงตัว โดยเริ่มต้นให้ยืนในราวคู่ขนาน (parallel bar) ในคนพิการที่กล้ามเนื้อเหยียดเข่า (quadriceps muscle) อ่อนแรงทำให้ไม่สามารถเหยียดเข่าได้ ต้องใช้ประกับขาทำด้วยไม้พันด้วยผ้ายืด หรือใช้เหล็กดามขา (brace) เพื่อดามเข่าให้เข่ายืดตรง	ส่งต่อเพื่อรับกายอุปกรณ์เสริม

Mahasarakham University

ตาราง 2.4 (ต่อ)

ปัญหา	แนวทางการดูแล	การส่งต่อ
8.การเดินไม่ได้	การฝึกเดินนั้น คนพิการต้องยืนทรงตัวได้ดีก่อน **ขั้นตอนการฝึกเดิน** 1. ต้องผ่านการฝึกยืนในขั้นตอนที่กล่าวข้างต้น 2. ฝึกการถ่ายน้ำหนักสลับลงขาแต่ละข้าง (shift weight) ในราวคู่ขนาน (parallel bar) 3. ฝึกก้าวเดินในราวคู่ขนาน (parallel bar) 4. ถ้าคนพิการมีกล้ามเนื้อเหยียดเข่า (quadriceps muscle) ร่วมกับกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า (tibialis anterior) อ่อนแรงอาจต้องใช้อุปกรณ์ประคองข้อเข่าและข้อเท้า (long leg brace) อาจใช้แบบชั่วคราว เช่น ประกับไม้ไผ่ 5. มีการอ่อนแรงเฉพาะกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า อาจพิจารณาใช้เพียงอุปกรณ์ประคองข้อเท้า (short leg brace) โดยในการฝึกเดินควรมีกระจกสะท้อนให้คนพิการดูตนเองในขณะเดินเพื่อปรับการทรงท่าให้ถูกต้อง 6. ฝึกเดินนอกราวคู่ขนานบนพื้นราบ ในขั้นต้นควรใช้อุปกรณ์ช่วยการเดิน เช่น เครื่องช่วยพยุงเดินสี่ขา walker, ไม้ค้ำยันรักแร้ (axillary crutches) หรือไม้เท้า (cane) โดยพิจารณาตามความเหมาะสม 7. ฝึกเดินบนพื้นขรุขระ, ทางลาด และขึ้นลงบันได	

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2547)

Mahasarakham University

ขั้นตอนการฟื้นตัว

1.ระยะ 3 เดือนแรก การฟื้นตัวเกิดขึ้นอย่างวดเร็ว

2.ระยะ 3 – 6 เดือน ประมาณครึ่งหนึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

3.ระยะ 6 – 1 ปี ประมาณสองในสามสามารถช่วยตัวเองได้

4.หลังจาก 1 ปีขึ้นไป การฟื้นตัวจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆในผู้ที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคแทรก มีการดูแลและฟื้นฟูอย่างถูกต้องต่อเนื่อง เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีกำลังใจที่เข้มแข็ง รับประทานอาหารถูกส่วน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม (อรุณี เจษฎาวิสุทธิ์และคณะ,2547)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.3.1 ความหมายของผู้ดูแล จำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย (Horowiz, 1985)

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อคนพิการโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหาร ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จักเตรียมให้รับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวคนพิการโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับกานเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลคนพิการโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่นั้นได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลคนพิการ แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

คนพิการแต่ละรายอาจมีเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลทั้งสองลักษณะร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดแบ่งความรับผิดชอบ ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นเอง การกำหนดว่าใครคือผู้ดูแลหลักหรือรองนั้น จะต้องพิจารณาถึงความพร้อมทั้งด้านเวลา อีกทั้งความเหมาะสมในแง่อื่นๆ เช่น ความสามารถในการดูแล ความสามารถในการเดินทาง ภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น การตัดสินใจว่าใครคือผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับคนพิการ มักเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงวัยกลางคนที่ให้การดูแลบิดามารดา ซึ่งมีความบกพร่องด้านร่างกาย หรือการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรังก็มักเป็นหน้าที่ภรรยามากกว่าสามี นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิง 7 ใน 10 คนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

Mahasarakham University

2.3.2 แนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแล

ด้วยภาวะในการดูแลหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกแล้ว นอกจากผู้ดูแลจะได้ผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล หรือคนพิการอาจถูกทอดทิ้งตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแลก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย (help carer before family breakdown) จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่อไปได้มีปัจจัย 4 ประการต่อไปนี้ (Parker, 1992)

1. มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off form caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้รับการดูแล

2. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help form others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม

3. ได้รับการบริหาร (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยลดภาวะเครียดในการดูแลเช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชนเป็นต้น

4. กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (carers support group) จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลพบปะผู้ที่เผชิญกับสภาพปัญหาเหมือนกัน เพื่อพูดคุยแสดงความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลเพิ่มขึ้น

2.3.3 ปัจจัยส่งเสริมการการดูแล

1. ความหวังและกำลังใจ ผู้ดูแลและครอบครัวทุกคนต่างมีความหวังในการดูแลต่อการหายของผู้พิการและรับรู้ถึงการกระทำกิจกรรมในการดูแลผู้พิการช่วยเหลือคนพิการจากความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย

2. ความมีคุณค่าและความมั่นใจในกระทำกิจกรรมการดูแล

3. การสนับสนุนทางครอบครัวและทางสังคม

4. ภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้ดูแล

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ

Mahasarakham University

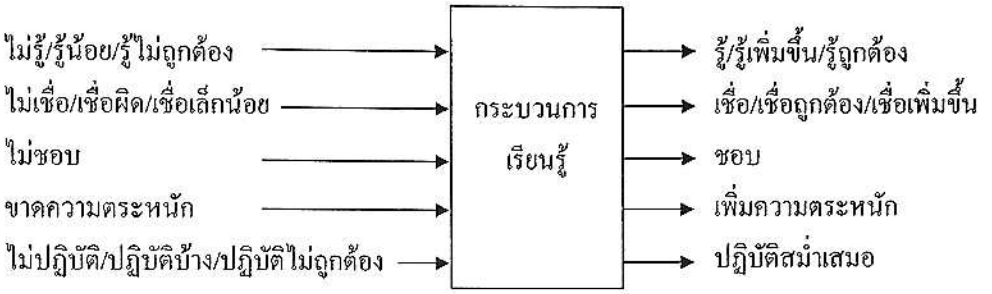
2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2.4.1 ความหมายของการเรียนรู้

การเรียนรู้ คำจำกัดความของการเรียนรู้ ขึ้นอยู่กับทฤษฎีการเรียนรู้ ที่เป็นรากฐานแนวความคิด ก่อนปี ค.ศ.1960 เป็นช่วงที่จิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม (behaviorism) มีอิทธิพลอย่างมาก ต่อวงการจิตวิทยา โดยนิยามการเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการปฏิบัติ (performance) ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ และการฝึกหัด (Shuell & Moran, 1994 อ้างใน สุปรียา ตันสกุล, 2548) เช่น Thorndike, Skinner มองว่า 1) การเรียนรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากข้างนอก สู่ข้างใน (the outside-in) นั่นคือ การจัดสิ่งแวดล้อมสามารถกระตุ้นให้บุคคลตอบสนอง 2) ผลกรรม หรือผลที่ตามหลังการกระทำ (consequences) เป็นตัวกำหนดความเป็นไปได้ ที่จะทำให้เกิดการตอบสนองสูงขึ้น หลังจากปี ค.ศ.1960 วงการจิตวิทยา ในสหรัฐอเมริกา ได้รับอิทธิพลจากนักจิตวิทยา ในยุโรป ที่ให้ความสำคัญกับ กระบวนการทางจิต ที่เกี่ยวข้องกับความคิด (mental process) จึงนำมาสู่นักจิตวิทยากลุ่มปัญญานิยม (cognitivism) ที่มองพฤติกรรมนั้น เกี่ยวกับสังคม วัฒนธรรม นิยามการเรียนรู้ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความรู้ ความเข้าใจ การได้มาซึ่งความรู้ของบุคคล ผู้เรียนรู้เป็นผู้กระทำด้วยตนเอง (active information processor) โดยให้ความสนใจ กับกระบวนการเชื่อมโยงภายใน (internal mediator) ว่า ผู้เรียนรับข้อมูลแล้ว ตีความอย่างไร เกิดกระบวนการภายในอะไร จึงเกิดการตอบสนองนักจิตวิทยา กลุ่มปัญญานิยม มองการเรียนรู้ ในเชิงการเรียนรู้อย่างมีความหมาย (meaningful learning) ที่มีลักษณะ 5 ประการ (Shuell & Moran, 1994 อ้างใน สุปรียา ตันสกุล, 2548) คือ

1. ผู้เรียน เป็นผู้กระทำกับข้อมูลที่ได้รับด้วยตนเอง
2. ผู้เรียนแต่ละคนรับรู้ ตีความข้อมูลใหม่ ขึ้นอยู่กับ ความรู้เดิม เจตคติที่เขามีอยู่
3. การเรียนรู้ใหม่ ต้องสัมพันธ์กับความรู้เดิม จึงจะเกิดความหมาย
4. ผู้เรียนจัดการกับกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยตัดสินว่า ตนจะทำอะไรต่อไป โดยใช้กระบวนการกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง
5. ผู้เรียนต้องกำหนดทิศทาง ความคาดหวังว่า การเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดประโยชน์อะไรกับเขา จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก ดังแผนภาพ

Mahasarakham University



ภาพประกอบ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้กับพฤติกรรม
ที่มา : สุปรียา ตันสกุล (2548)

จุฬาภรณ์ โสตะ (2546) ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการกระทำ การรับรู้ การหยั่งเห็น แรงจูงใจ ฯลฯ เพียงพออย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างในเวลาเดียวกัน อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านดีที่สังคมยอมรับ และในด้านเลวที่สังคมไม่ยอมรับ

ในงานวิจัยนี้การเรียนรู้ มีส่วนสำคัญ เนื่องจากปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลคนพิการมีพฤติกรรมไปในทางที่ไม่ถูกต้อง ส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ ทักษะ ในเรื่องของการดูแลคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อได้รับประสบการณ์ด้านการเรียนรู้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

2.4.2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

Bloom (1976) ได้แบ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านความรู้/พุทธิปัญญา (cognitive domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง

2. ด้านเจตคติ (affective domain) หมายถึง สภาวะทางด้านจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า

3. ด้านการปฏิบัติ (phychomotor domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่แสดงออกมา และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารการพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

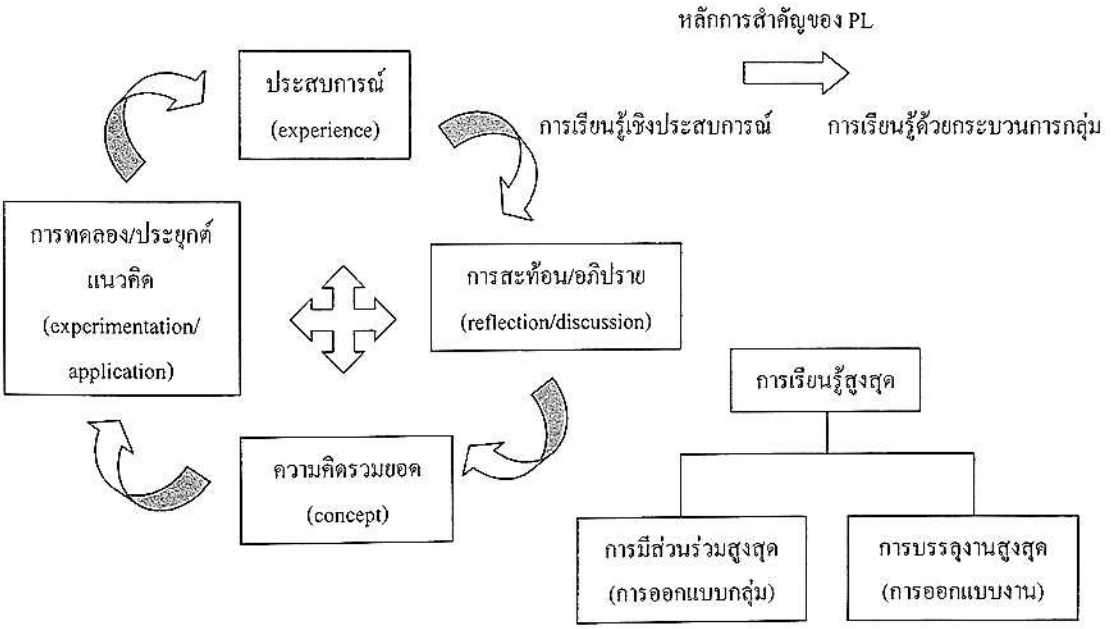
รูปแบบความสัมพันธ์เหล่านี้ สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่อที่จะสามารถดูความสัมพันธ์และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นตามกระบวนการทั้ง 4 รูปแบบโดยบางคนอาจเกิดขึ้นเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบก็ได้

Mahasarakham University

2.4.2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ D.J. Nicole (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธาณสุข, 2545) นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (meta analysis)จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย หลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง ดังแผน

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)



ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธาณสุข (2545)

ภาพประกอบ 2.2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2.4.2 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

1. ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Johnson (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธาณสุข, 2545) ให้ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ว่ามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Theory) อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และปรับเปลี่ยนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยมี

Mahasarakham University

จุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ 3 ประการ คือ 1) ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความรู้ 2) ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และ 3) ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกิดการขยายตัวในด้านทักษะอย่างกว้างขวาง

2. หลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

2.1 เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน

2.2 ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว

2.3 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน

2.4 ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

2.5 มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

3. องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ประสบการณ์ (experience) วิทยากรช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

2. การสะท้อนความคิดและการถกเถียง (reflection and discussion) เป็นขั้นตอนที่วิทยากรช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3. เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understand and conceptualization) เป็นขั้นตอนการสร้างความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจจะเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่มและผู้สอนเป็นฝ่ายช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกัน ผู้สอนอาจเป็นผู้นำทาง ผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4. การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) คือการให้ผู้เรียนได้มีโอกาสได้นำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ในลักษณะ หรือสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัตร (dynamic) คือ จะอยู่ไม่นิ่ง โดยอาจจะเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ที่สำคัญต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ

Mahasarakham University

2.4.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

จุฬาภรณ์ โสตะ (2546) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มว่า เป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาการทางเจตคติ ค่านิยมและพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็นการทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมจะแก้ไขปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักทำการทำงานร่วมกับผู้อื่น

จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม
2. เพื่อให้เข้าใจถึงหลักวิธีการในการทำงานของกลุ่ม
3. เพื่อให้รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันเป็นแนวทางต่างๆ ของการแก้ปัญหา
4. เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม
5. เพื่อให้บุคคลได้เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. เพื่อให้ได้นำเอาสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกระบวนการกลุ่ม นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

ในการทำกระบวนการกลุ่มนั้นสรุปประโยชน์ได้ดังนี้

1. ผลงานที่กลุ่มสร้างออกมา (product)
2. กระบวนการทำงานของกลุ่ม (process) ซึ่งมีดังนี้
   2.1 ประโยชน์ในด้านพัฒนาการ (development values)
   2.2 สนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม สร้างความอบอุ่นใจแก่สมาชิก เกิดความมั่นใจ
   2.3 ความต้องการความปลอดภัย
   2.4 ความต้องการยอมรับจากหมู่คณะ
3. การสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ทำให้สมาชิกได้รู้จักปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสังคมการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์
4. การพัฒนาด้านเจตคติ การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่จะพัฒนา ด้านเจตคติที่ดีจึงจะทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด ดังภาพประกอบ 2.3

Mahasarakham University

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

ภาพประกอบ 2.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

1. การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม มีตั้งแต่กลุ่มเล็ก 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ ซึ่งกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนั้นผู้สอนควรพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียนและกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อบ่งใช้และข้อจำกัดการที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่หลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมในแต่ละชั่วโมงสอนจะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการมีส่วนร่วมตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภท การทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ดีมาก มีการเคลื่อนไหวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

Mahasarakham University

ตาราง 2.5 การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ประเภทกลุ่ม	ความหมาย	ข้อบ่งใช้	ข้อจำกัด
กลุ่มย่อยระดมสมอง (buzz group)	เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คนขึ้นไป เพื่อแสดงความเห็นร่วมกัน	ผู้เรียนในแต่ละกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันในเวลาสั้นๆ	ขาดความลึกซึ้งเพราะไม่มีการอภิปรายกันมาก
กลุ่มเล็ก (small group)	เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คนทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลามาก ถ้ามีการกำหนดบทบาท ทุกคนจะมีส่วนร่วมตามบทบาทที่กำหนด แต่ถ้าไม่มีบางคนอาจมีส่วนร่วมน้อย
กลุ่มแบ่งย่อย (subgroup)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอนจาก 8-12 คน แต่ละกลุ่มถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 กลุ่ม เพื่อให้ทำงานกลุ่มละ 1 งาน จากนั้นจึงให้กลุ่มย่อยมารวมกัน	ไม่มีวิทยากรประจำกลุ่มย่อยหลังแบ่งกันทำงานแล้วจะมาสรุปความเห็นในกลุ่มใหญ่	ในการทำงานกลุ่มใหญ่ต้องใช้วิทยากรประจำกลุ่มช่วยดำเนินการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545)

2. การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance)

จากประเภทของกลุ่มชนิดต่างๆ จะเห็นว่า แม้ผู้เรียนจะได้มีส่วนร่วมมาก แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ต้องใช้เวลามาก ขาดความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็นอภิปราย สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งเราสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงานให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน ดังนี้

1. กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนว่าจะแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยแค่ไหน

2. กำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มให้ชัดเจน

3. กำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาท

Mahasarakham University

เป็นกำหนดการที่ผู้สอนแจ้งแก่ผู้เรียนโดยทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจง ดังนี้

3.1 ใบงานเป็นข้อความกำหนดงานที่มีรายละเอียด เพื่อให้ผู้เรียนในกลุ่มทำงานได้สำเร็จ ผลงานที่ได้จากการทำงานตามใบงานจะเป็นข้อสรุปที่มีความลึกซึ้ง เป็นไปตามประเด็นที่ผู้สอนต้องการ ใบงานใช้มากในกิจกรรมองค์ประกอบสะท้อน/อภิปราย และการทดลอง/ประยุกต์แนวคิดและมีผลอย่างมากต่อการที่ผู้เรียนจะทำงานได้สำเร็จในเวลาที่จำกัด และตรงตามวัตถุประสงค์

3.2 ใบชี้แจง เป็นคำชี้แจงในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีรายละเอียดไม่มากนักจึงไม่ต้องทำเป็นใบงาน ผู้สอนอาจเขียนกระดานให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกัน ใช้มากในองค์ประกอบประสบการณ์หรือประยุกต์แนวคิด

ในงานวิจัยนี้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในหลายกลุ่ม บางช่วงเป็นกลุ่มใหญ่หลายคน แต่ถ้าต้องการให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็จะใช้เป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการมีส่วนร่วมตามลักษณะกลุ่ม มีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีความสนใจต่อเนื่อง

3. หลักการสอนด้านความรู้แบบมีส่วนร่วม

การสอนความรู้ (knowledge) ที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างพื้นฐานและเป็นองค์ประกอบร่วมทั้งหมด นั่นก็คือ ความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะการสอน ความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังตาราง

ตาราง 2.6 แผนการอบรมความรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของการเรียนรู้	กิจกรรม
ประสบการณ์ จับคู่	ตั้งคำถามโดยใช้ใบชี้แจงให้ผู้เรียนได้นำเสนอหรือแลกเปลี่ยนประสบกานณ์กัน
สะท้อนความคิดและอภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยน ทำกิจกรรมตามใบงาน อภิปรายตามประเด็นและเวลาที่กำหนดแล้วตัวแทนนำเสนอผลการอภิปราย

Mahasarakham University

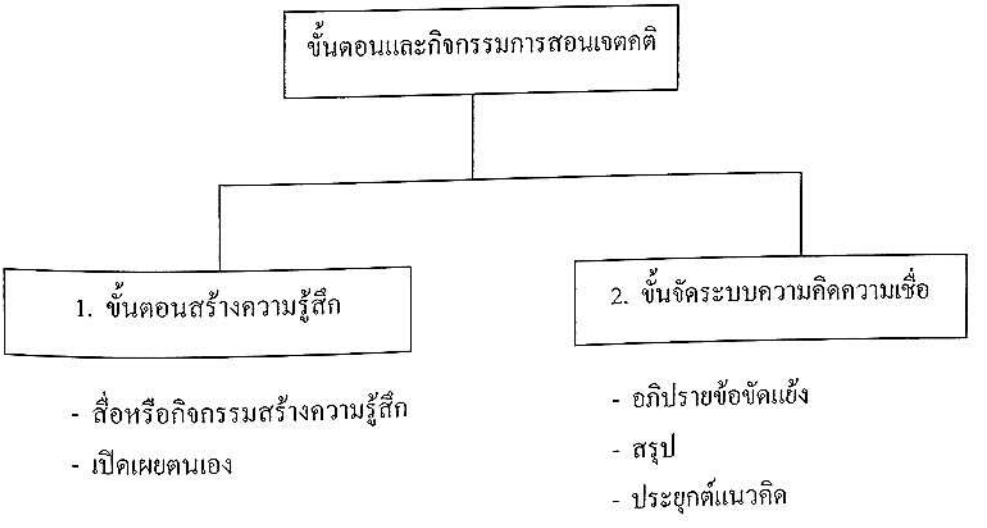
ตาราง 2.6 (ต่อ)

องค์ประกอบของการเรียนรู้	กิจกรรม
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	การบรรยาย (โดยผู้สอนหรือสื่อ) การรายงานผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อยโดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
ประยุกต์แนวคิด กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้นเช่น เขียนคำขวัญจัดบอร์ด ทำรายงาน เขียนเรียงความ หรือแนวทางปฏิบัติของตนเอง

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545)

4. หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

การสอนเจตคติจะมุ่งเน้นการสอนด้านเจตคติพิสัย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การสร้างความรู้สึกที่สอดคล้องกับเจตคติดังกล่าว และการจัดระบบความคิดความเชื่อ เมื่อนำมาสัมพันธ์กับหลักการทั่วไปของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสอนจึงต้องมีทั้ง 2 องค์ประกอบ ดังภาพประกอบ 2.4 ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545



ภาพประกอบ 2.4 หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

Mahasarakham University

ตาราง 2.7 แผนการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบการเรียนรู้/กลุ่ม	กิจกรรม
ขั้นสร้างความรู้สึก ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	ผู้สอนนำเสนอสื่อ/กิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึกให้ผู้เรียนรู้สึกร่วมกับเรื่องที่นำเสนอ เช่น วีดิทัศน์ เพื่อสร้างความรู้สึกเห็นใจไม่รังเกียจ หรือเกมช่วยกันแก้ปัญหา ช่วยเหลือกัน
ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ สะท้อนความคิด/อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนให้แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงาน คือ อภิปรายประเด็นที่ทำให้เกิดความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่แตกต่างกัน
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการอภิปราย ซึ่งจะได้ความคิด ความเชื่อและความรู้สึกที่หลากหลาย วิทยากรสรุปสิ่งที่ได้จากกลุ่มย่อยและกลุ่มบทความเพิ่มเติม
ทดลอง/ประยุกต์ กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนแต่ละกลุ่มช่วยกันทำกิจกรรมที่เป็นการประยุกต์ความคิดรวบยอดของเจตคติที่เกิดขึ้น เช่น ช่วยกันเขียนคำขวัญเชิญชวน หรือรณรงค์ การจัดบอร์ด การเขียนบทความเชิญชวนต่าง ๆ

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545)

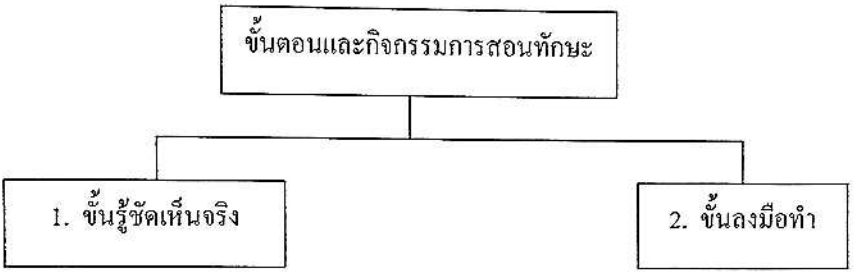
ในงานวิจัยนี้จะจัดให้มีหลายๆกลุ่มผสมผสานเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ดูแลผู้พิการโดยดูตามความเหมาะสม และความเป็นไปได้ว่าในแต่ละกิจกรรมควรจะจัดกลุ่มแบบใด ประเภทใด

5. หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม

การสอนทักษะต่าง ๆ ต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่าย และผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้ตัว ทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้ชำนาญ ดั้งนั้นการสอนทักษะ

Mahasarakham University

จึงต้องมี 2 ขั้นตอน 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนรู้ว่าทักษะเหล่านั้นมีความสำคัญและฝึกฝนให้ทำเป็นหรือทำได้อย่างไรและ 2) ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก ดังแผนภาพประกอบ 2.5



ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545)

ภาพประกอบ 2.5 หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม

ตาราง 2.8 แผนการอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบการเรียนรู้/กลุ่ม	กิจกรรม
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง **ความคิดรวบยอด** กลุ่มใหญ่	ผู้สอนบรรยายเนื้อหาที่จำเป็นในระยะเวลาสั้นๆ
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษา หรือสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวข้องกับทักษะที่สอน

Mahasarakham University

ตาราง 2.8 (ต่อ)

องค์ประกอบการเรียนรู้/กลุ่ม	กิจกรรม
สะท้อนความคิด/อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	แบ่งกลุ่มผู้เรียน ทำกิจกรรมตามใบงาน เช่น ให้ช่วยกันวิเคราะห์ขั้นตอนการฝึกทักษะ
ขั้นลงมือกระทำ **ประยุกต์แนวคิด** กลุ่ม 3 คน หรือกลุ่มย่อย	ผู้เรียนอาจใช้กลุ่ม 3 คน หมุนเวียนฝึกทักษะตามใบชี้แจงของผู้สอนหรืออาจใช้กลุ่มย่อยแสดงบทบาทสมมุติ/ฝึกซ้อมบทและมีการประเมินกันในกลุ่ม
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	ภายหลังการฝึกผู้สอนประเมินผลการฝึกของแต่ละกลุ่มแล้ว สรุปเป็นความคิดรวบยอด นำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545)

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอนและกิจกรรมการสอนทักษะทั้งสองขั้น ทั้งขั้นรู้ชัดเห็นจริงจนถึงขั้นของการลงมือกระทำ เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการได้ทั้งความรู้จากการเรียน การศึกษาจากกรณีศึกษา ได้ลงฝึกปฏิบัติรวมไปจนถึงได้ร่วมในการประเมินกิจกรรมและความสามารถของตนหลังได้รับกิจกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

2.5 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Good (นิ่มอนงค์ งามประภาสม, 2549 อ้างอิงจาก Good, 1959) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert behavior) และภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

จุฬาภรณ์ โสตะ (2546) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ความรู้สึกและการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยเพื่อการส่งเสริม

Mahasarakham University

สุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพ

นิ่มอนงค์ งามประภาสม (2549) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ การปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือ การแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือเว้นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพหรือดูแลให้ร่างกายอยู่ในภาวะสุขภาพดี และจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยได้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการ ด้านการทำกายภาพบำบัด การบริโภคอาหาร กิจกรรมบำบัด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

2.6 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

2.6.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539 อ้างอิงจาก House, 1985) ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางด้านสังคมว่า สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสารวัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Caplan (1977) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

2.6.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคม

Mahasarakham University

ถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.6.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Pilisuk (1982) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

2.6.4 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. emotional support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. appraisal support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. information support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

Mahasarakham University

4. instrumental support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

2.6.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ Gottlieb (1986) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.6.5.1 ระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2.6.5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

2.6.5.3 ระดับแคบ หรือระดับลึก (micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (affective support)

2.6.6 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ Berkman and Syme (Berkman and Syme. 1979) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ Cobb and Cassel (Berkman and Syme, 1979 cited in Cobb, 1976 ; Cassel, 1961) พบว่าคนพิการเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยา

Mahasarakham University

สังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (compliance to regismens)

มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่ง Burgler (Pilisuk, 1985 cited in Burgler, 1980) พบว่าคนพิการที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และคนพิการที่ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอบบ์ (Cobb, 1976) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. ผลต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย Gore (Minkler, 1981 cited in Gore, 1977) ศึกษาในผู้ชายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

ในงานวิจัยนี้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคนพิการที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมมาจากผู้วิจัย ผู้นำชุมชน นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Mahasarakham University

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)

ความหมายของเจตคติ

คำว่า เจตคติ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า attitude มาจากคำว่า aptus ในภาษาลาติน บางครั้งแปลคำนี้ว่า เจตคติ หรือท่าที ปัจจุบันคำนี้ก็ยังแพร่หลายอยู่ แต่มีนักวิชาการบัญญัติศัพท์ขึ้นมาใหม่ คือ เจตคติ โดยมีความต้องการใช้ศัพท์ให้ทันสมัยมากขึ้น (พิภพ วชังเงิน, 2547)

พจนานุกรมทางการศึกษา (dictionary of education) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า เจตคติ ว่า "เจตคติ " หมายถึงแนวโน้มและท่าทางที่มีต่อสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่ง หรือค่านิยมหนึ่งโดยปกติจะมีความรู้สึกและอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ในความเห็นนั้นเจตคติจะสังเกตไม่ได้แต่อารมณ์จะอนุมานได้จากพฤติกรรม ทั้งที่เป็นวาจาและท่าทาง

เจตคติเป็นคำสมาส ระหว่างคำว่า เจต และคำว่า คติ ซึ่งตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติ แปลว่าท่าที หรือ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และคำว่า คติ แปลว่า แบบอย่าง หรือวิธี หรือแนวทาง เมื่อรวมเข้าด้วยกัน แปลว่า แบบอย่างของความรู้สึก ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

จากคำจำกัดความที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เจตคติ เป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกนั้นเกิดจากการเรียนรู้ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีส่วนกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งโดยความรู้สึกหรือความเห็นนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตามประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังกล่าวว่า เจตคติ สามารถเกิดได้ 2 ลักษณะ คือ

1. เจตคติทางบวก (positive) เป็นความพร้อมที่จะตอบสนองในลักษณะของความพึงพอใจเห็นด้วย ทำให้บุคคลอยากกระทำอยากได้ หรืออยากเข้าใกล้สิ่งนั้น

2. เจตคติทางลบ (negative) เป็นความพร้อมที่จะตอบสนองในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งอาจทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่าย ชิงชังหรือต้องการหนีให้ห่างสิ่งนั้น

สรุปได้ว่า เจตคติมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือเป็นผลมาจากการปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของชีวิตซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นตัวชี้นำหรือความรู้สึกภายในที่บุคคล ประเมินมโนมติเกี่ยวกับลักษณะของสิ่งเร้าทั้งในด้านคุณภาพและความเข้มในด้านบวกไปจนถึงด้านลบ

องค์ประกอบของเจตคติ (Attitude Factors)

เจตคติเกิดจากองค์ประกอบหลายอย่างหรืออาจกล่าวอย่างกว้างๆได้ว่าเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เกิดจากวัฒนธรรมนั่นเองเจตคติสามารถเรียนรู้โดยบุคคลจากสิ่งแวดล้อมตลอดชีวิต

Mahasarakham University

ของบุคคลสถานที่แห่งแรกที่มีบทบาทในการปลูกฝังเจตคติคือบ้านหรือครอบครัว พ่อ-แม่ และสิ่งแวดล้อมในบ้านมีอิทธิพลต่อการเกิดเจตคติในตัวบุคคลได้มาก และมีผลต่อรูปแบบของการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในอนาคตด้วย นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังเจตคติซึ่งครอบครัวได้พิจารณาแล้วว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งเจตคติเกี่ยวกับการทำงานตลอดจนสัมฤทธิผลในการทำงานของบุคคลก็ปลูกฝังตั้งแต่ที่บ้านนอกจากนี้กลุ่มต่างๆ ที่บุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องตลอดช่วงชีวิตได้แก่ กลุ่มเพื่อนในโรงเรียน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อนในวิชาชีพเดียวกัน เป็นต้น กลุ่มอิทธิพลเหล่านี้จะมีบทบาทในการปลูกฝังเจตคติใหม่ส่งเสริมหรือปรับปรุงเจตคติเดิมของบุคคลได้ (สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2545)

ที่มาของเจตคติ

เจตคติหรือเจตคตินั้น มิได้มีในตัวบุคคลมาแต่กำเนิดหากแต่ค่อย ๆ เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล อันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ (learning) ที่ผ่านมาในชีวิตของบุคคลนั้นๆ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อเจตคติของบุคคลนั้น อาจเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ อาจอยู่ใกล้หรือไกลตัวบุคคลนั้นๆ ก็ได้อาจกล่าวว่าได้บ่อเกิดของเจตคตินั้นมีหลายทางดังนี้ (สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2545)

ประสบการณ์ส่วนบุคคล การมีประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นโดยทางตรงหรือทางอ้อมย่อมก่อให้เกิดเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆโดยทั่วไปประสบการณ์ส่วนบุคคลจะกระทบโดยตรงต่อองค์ประกอบด้านความคิดของเจตคติ ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกพอใจ ย่อมก่อให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ตรงกันข้ามหากประสบการณ์นั้น ๆ ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ บุคคลก็จะเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้นๆ อาทิ บุคคลบุคคลหนึ่ง มีผู้บังคับบัญชา ซึ่งทำหน้าที่ผู้บังคับบัญชาที่ดี เขาจึงเกิดเจตคติที่ดีต่อผู้บังคับบัญชาของเขา ซ้ำองค์การที่เขาเป็นสมาชิกอยู่นั้นก็เป็นองค์การที่ดี ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิผลประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เกิดเจตคติที่ดีต่อองค์การและต่องานที่ทำหรือการที่ผู้บังคับบัญชาไม่ทำหน้าที่ผู้บังคับบัญชาที่ดีและชอบดุว่าผู้ใต้บังคับบัญชาบ่อย ๆ ผู้ใต้บังคับบัญชาอาจเกิดเจตคติที่ไม่ดี ต่อผู้บังคับบัญชาคนนั้นได้

การศึกษาเล่าเรียน การอบรมสั่งสอน กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (socialization process) ทั้งที่ได้จากกลุ่มปฐมภูมิ (primary group) คือ ครอบครัวและกลุ่มทุติยภูมิ (secondary group)ได้แก่ โรงเรียน สมาคม พรรคการเมือง เป็นต้น ทั้งในรูปที่เป็นแบบแผนหรือเป็นทางการ (formal) อาทิ การเรียนในโรงเรียนการเป็นสมาชิกในองค์การ หรือในรูปที่ไม่เป็นแบบแผนหรือไม่เป็นทางการ (informal) อาทิ การได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากพ่อแม่พี่น้อง ความสัมพันธ์กับเพื่อน อิทธิพลของสื่อมวลชน รวมตลอดถึงสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีขนบธรรมเนียมประเพณี

Mahasarakham University

วัฒนธรรม ค่านิยมแวดล้อมอยู่ แนวทางต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ล้วนแต่เป็นทางที่จะหล่อหลอม ก่อให้เกิดเจตคติในตัวบุคคลได้ทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ยังมีบ่อเกิดอื่นๆ ของเจตคติอีก ได้แก่ การเลียนแบบผู้อื่น (imitation) ซึ่งเป็นการเลียนแบบอย่างที่ตนชอบ ยอมรับ หรือเคารพ เพื่อทำให้เข้ากับคนที่ตนนิยมรักใคร่ การลอกเลียนแบบนี้ อาจก้าวไปถึงการถ่ายแบบโดยพยายามทำตนให้เหมือนกับอีกบุคคลหนึ่งในแง่ความรู้สึกนึกคิดด้วย (identification) ทั้งนี้เพื่อจะทำตนให้เหมือนกับบุคคลที่ตนอยากเป็นพวกเดียวกับเขาความประทับใจที่รุนแรงก็มีส่วนในการสร้างเจตคติ เช่นกัน อาทิ เคยเห็นภาพยนตร์แสดงถึงความโหดเหี้ยมของนาซี ก็เกิดเจตคติไม่ดีต่อนาซี หรือแม้แต่บุคลิกภาพก็มีผลต่อการเกิดของเจตคติอาทิ คนที่มีบุคลิกภาพแบบชอบแสดงออก (extrovert) จะมีเจตคติที่ชอบสังคมไม่ต่อต้านสังคม

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

อารมย์ อร่ามเมือง (2551) ได้ศึกษาเรื่องผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูผู้สูงอายุเบาหวาน ชุมชนกระดังงา จังหวัดสมุทรสงคราม วิจัยกึ่งทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน repeated measure ANOVA และ independent t-test ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานเพิ่มทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ($p < 0.001$)

เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหน จังหวัดลำพูน วิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 43 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent t-test ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น ($p < 0.001$, $p < 0.040$ และ $p < 0.035$ ตามลำดับ)

2.8.2 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

อรสา บุพโกสุม (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ประเภทเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพของคนพิการทางสายตา ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายครอบครัวและ

Mahasarakham University

ญาติพี่น้องมีส่วนในการให้ความช่วยเหลือกับคนพิการเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ สิ่งของ และเงิน เครือข่ายกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสาร โรงเรียนสนับสนุนด้านการศึกษา

จุฬา อาจวิชัย (2550) ได้ศึกษาเรื่อง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนพิการเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษา พบว่า คนพิการเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

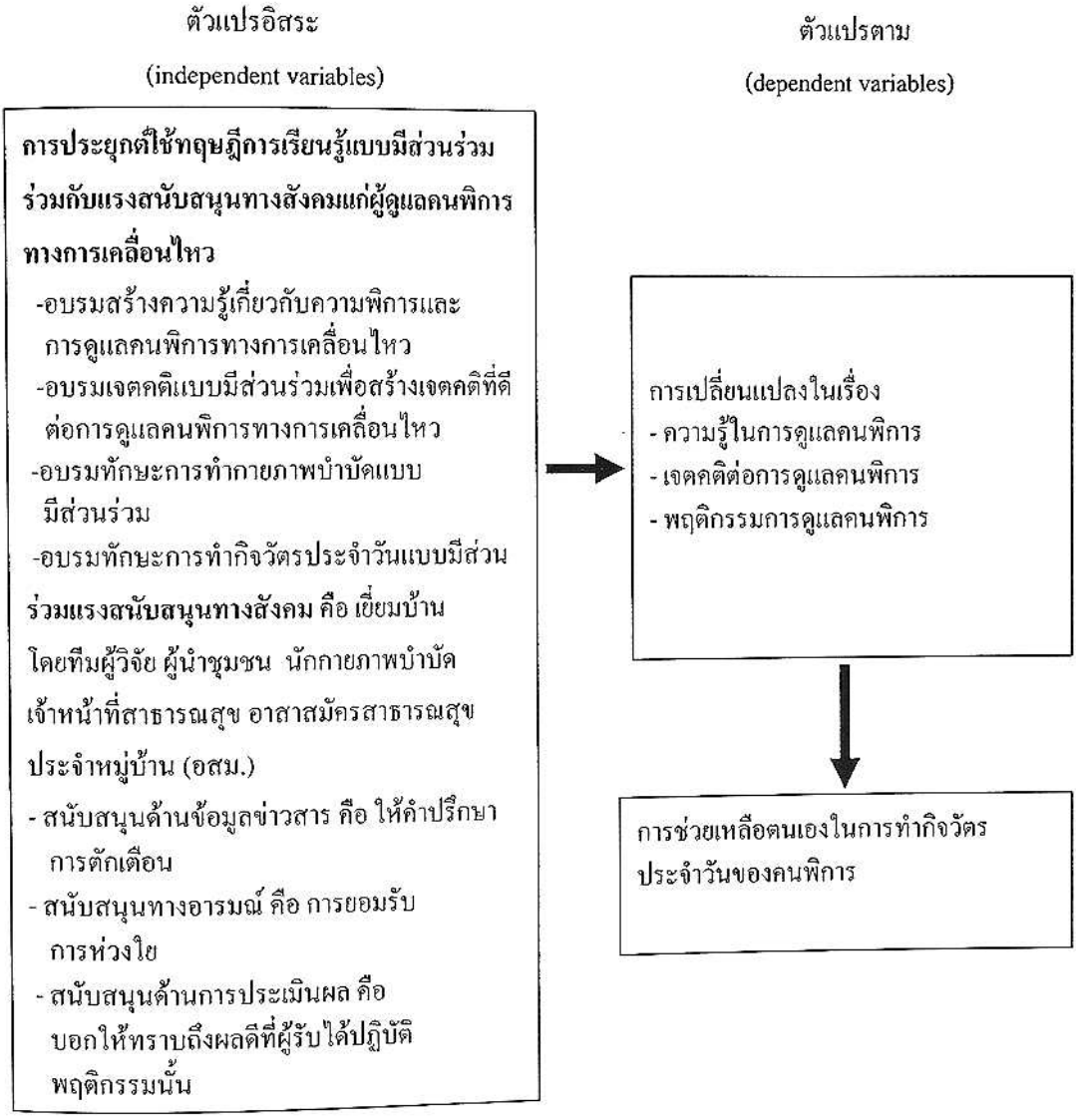
สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) ได้ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired samples t-test และ independent t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากร สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกัน และมีความรู้เรื่อง โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานการควบคุมโรคก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันหลังการให้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองความเชื่อด้านสุขภาพและการควบคุมโรคมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$)

2.8.3 งานวิจัยเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว

นิตยา บัวสาย (2551) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน:กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 1) ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค ความพิการ และวิธีการฟื้นฟูสภาพคนพิการให้กลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม เนื่องจาก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยผู้ดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลได้และยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ 2) ต้องการข้อมูลข่าวสาร บางครั้งไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา การใช้สิทธิต่างๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือ เช่น เงินเบี้ยยังชีพ ว่าต้องติดต่อขอรับการช่วยเหลืออย่างไร กับหน่วยงานใดบ้าง รวมทั้งหลักฐานต่างที่จะต้องใช้

Mahasarakham University

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

Mahasarakham University

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำผลจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวมาในบทที่ 2 มาเป็นแนวคิดในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยขอนำเสนอการวิจัยเป็น 8 ตอน ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

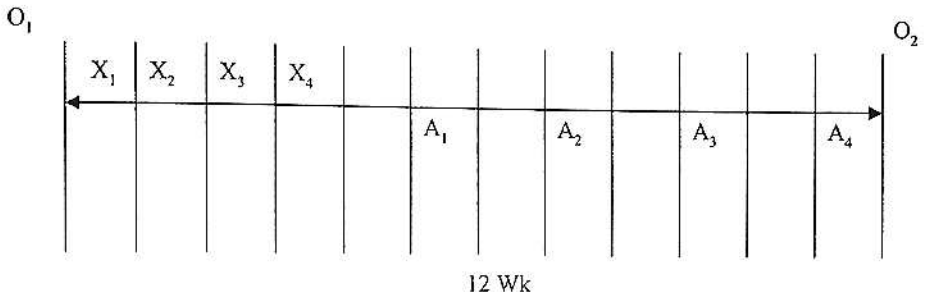
3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (one groups pretest - posttest design) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ดูแล สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังแผนภาพ

ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย

Mahasarakham University

กลุ่มทดลอง



ภาพประกอบ 3.2 แผนการทดลอง

O_1 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O_2 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X = การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แก่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อให้มี ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ เจตคติต่อการดูแลคนพิการ พฤติกรรมการดูแลคนพิการพร้อมฝึกปฏิบัติ ในเรื่อง การยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย กิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมคือ การติดตามเยี่ยมบ้านโดย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย เพื่อสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร คือ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การตักเตือน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ การยอมรับ การห่วงใย จากผู้ให้การสนับสนุน และการสนับสนุนด้านการประเมินผล คือ การบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและประเมินการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากการสังเกต

X1 = การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับความพิการและการดูแลคนพิการ ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรก

X2 = การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในเรื่อง เจตคติต่อการดูแลคนพิการ ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2

X3 = การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในเรื่องทักษะการยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3

X4 = การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในเรื่องทักษะการสอนคนพิการให้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4

Mahasarakham University

A_1 = การติดตามเยี่ยมบ้านโดย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย ครั้งที่ 1 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ของการดำเนินการทดลอง

A_2 = การติดตามเยี่ยมบ้านโดย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ของการดำเนินการทดลอง

A_3 = การติดตามเยี่ยมบ้านโดย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย ครั้งที่ 3 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 10 ของการดำเนินการทดลอง

A_4 = การติดตามเยี่ยมบ้านโดย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย ครั้งที่ 4 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ของการดำเนินการทดลอง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่จดทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2553 - มีนาคม 2554

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้จากการใช้เกณฑ์คัดเข้าและสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2550)

สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{\sigma^2_d (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu^2_d}$$

โดยกำหนดให้

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z_α = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ type I Error ที่ $\alpha = 0.05$ (1.64)

Z_β = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ type II Error ที่ $1-\beta = 0.9$ (1.28)

σ^2_d = ผลต่างความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง $(4.29)^2$

μ^2_d = ผลต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง $(2.09)^2$

กำหนดระดับนัยสำคัญ < 0.05

Mahasarakham University

จากการ pre-survey โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์เพื่อการสำรวจหาปัญหาในพื้นที่วิจัยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ตัวอย่าง ในช่วงเดือนมิถุนายน 2553 ผลการสำรวจได้ข้อมูลเพื่อคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลเท่ากับ 4.29 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลจากการ pre-survey กับค่าที่ผู้วิจัยคาดหวังภายหลังการทดลอง คือ 2.09

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{\sigma_d^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

$$= \frac{4.29^2 (1.64+1.28)^2}{2.09^2}$$

$$= 35.92 = 36$$

ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 36 คนแต่เพื่อป้องกันผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (dropout) และไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบโดยตรงต่อ statistical precition หรือ power ในการสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2548) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ โดยยึดหลัก principle of intention to treat ซึ่งมีหลักสูตรดังต่อไปนี้

โดยกำหนดให้

R = ค่าที่คาดว่าจะสูญหาย กำหนดไว้ที่ร้อยละ 5

สูตร

$$n_{ads} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

Mahasarakham University

แทนค่าในสูตร

$$= \frac{36}{(1.00 - 0.05)^2}$$

$$= 39.89$$

$$= 40 \text{ คน}$$

3.2.3 เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่ม (inclusion criteria)

1) ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับ 3,4 และ 5

2) อายุ 15 – 60 ปี

3) อ่านและเขียนหนังสือได้

4) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

5) ยินดีร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป

3.2.4 การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 637 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าเหลือ 64 คน และสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ ระยะเวลาการดูแล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ มีลักษณะเป็นแบบตัวเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ (ยุทธ ไกยวรรณ์, 2550) จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลความรู้กำหนดระดับคะแนน ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2525)

คะแนน ร้อยละ 80 – 100.00 หมายถึง มีความรู้ระดับดี (16-20 คะแนน)

คะแนน ร้อยละ 50 – 79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน)

คะแนน ร้อยละ 0 – 49.99 หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง (0-9 คะแนน)

Mahasarakham University

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติ เครื่องมือวัดเจตคติตามแบบวัดของ Likert (ยุทธ ไกยวรรณ์, 2550) เป็นชุดข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ ของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อความเป็น 2 ทาง คือ ทางบวก (positive statement) และทางลบ (negative statement) ในจำนวนข้อเท่าๆกัน โดยเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวตามความรู้สึก และความเชื่อ ที่ตรงกับข้อความในแบบสัมภาษณ์ แต่ละข้อความจะมีคำตอบ 5 ทาง ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าของระดับความคิดเห็นจะแบ่งตามลักษณะของข้อความเป็นแบบทางบวกและทางลบ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ย ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับ}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ที่มีลักษณะที่เป็นทางบวก ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน

Mahasarakham University

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติ	0

การแปลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ย ที่มีค่าตั้งแต่ 0.00 – 2.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ best (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับ}}$$

$$= \frac{2 - 0}{3} = 0.33$$

คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 0.34 – 1.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (The Barthel index of activities of daily living) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

เกณฑ์การประเมิน

คะแนน 0-20 = ระดับ 5 มีความพิการรุนแรงมาก ต้องอยู่บนเตียงหรือรถเข็นตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นทั้งหมดในการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

คะแนน 25-45 = ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง เดินได้โดยมีผู้พยุงและต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ในการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

คะแนน 50-70 = ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง เดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือข้างที่พิการการแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

Mahasarakham University

คะแนน 75-95 = ระดับ 2 มีความพิการเล็กน้อย เดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย ในการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ

คะแนน 100 = ระดับ 1 มีความพิการน้อยมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ ประกอบด้วย

1. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. คู่มือการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
3. อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อ สไลด์ประกอบคำบรรยาย วีดีทัศน์ การสาธิต แผ่นพับ

3.4 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3.4.1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาในเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างรวมทั้งทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.2 ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสารการวัดผลการศึกษาและการประเมินผลการศึกษา

3.4.3 ประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

3.4.4 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา เพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถูกต้องตามหลักการให้คะแนน

3.4.5 นำแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบพิจารณา เพื่อนำมาปรับปรุงให้ถูกต้อง

3.4.6 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามแล้วนำไปหาคุณภาพเครื่องมือ (try out) ต่อไป

3.4.7 วิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์เพื่อนำมาใช้จริง

Mahasarakham University

3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (face validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยพิจารณาคะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อคำถามได้ตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ - 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อคำถามไม่ได้ตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดข้อคำถามได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่

ใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง IOC

$$\text{สูตร} \quad IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชายทั้งหมด

3.5.2 การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (difficulty) ค่าอำนาจจำแนก (discrimination) และค่าความเชื่อมั่น (reliability)

3.5.2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ นำมาหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ข้อคำถามมีความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.39 - 0.63

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.89

3.5.2.2 แบบวัดเจตคติ นำมาหาคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบวัดเจตคติ ข้อคำถามมีความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.21 - 0.70

2) ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.83

3.5.2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว นำมาหาคุณภาพเครื่องมือ

Mahasarakham University

1) ข้อคำถามมีความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.21 – 0.82

2) ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.89

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แจ้งสาธารณสุขอำเภอตะการพืชผลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ทราบเพื่อขอเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่

2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนที่กำหนดในการเลือกตัวอย่าง

3. ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัย ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่รับทราบ

4. เก็บข้อมูลทั่วไป วัดความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการวิจัยและวิเคราะห์ร่วมกับทีมงานผู้ช่วยวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลองก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์

ขั้นดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการศึกษาวิจัย ได้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังต่อไปนี้

1.1 ระยะก่อนการทดลอง

1.1.1 ผู้วิจัยขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผล เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

1.1.2 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตระการพืชผลและสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผลที่รับผิดชอบงานดูแลคนพิการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด การทำวิจัย และขอความร่วมมือตลอดจนขอคำปรึกษา

1.1.3 พิจารณากลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยวิธีเลือกแบบสุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง

1.1.4 แจ้งผู้ดูแลคนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

1.1.5 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

Mahasarakham University

1.2 ระยะดำเนินการทดลอง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ดูแล สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ ประกอบด้วย แผนการอบรม 4 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านหลังการอบรม จำนวน 4 ครั้ง โดยเยี่ยม 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แผนการอบรมครั้งที่ 1 การสร้างความรู้เกี่ยวกับความพิการและการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 50 นาที

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแจกป้ายชื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม กล่าวแนะนำตัวผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยอีก 3 คน ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้

2. แบ่งกลุ่ม 5-6 คน เลือกประธาน เลขาฯ โฆษก ประจำกลุ่ม โดยประธานมีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น 1 คน/1 ความคิดเห็น เลขาฯมีหน้าที่จดบันทึก โฆษกมีหน้าที่นำเสนอ ทำกิจกรรมใบงานที่ 1 "ท่านดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเรื่องใดบ้างและดูแลอย่างไร" แจกใบงาน กระดาษพรู๊ฟและปากกาเคมี โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้และแนวทางในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากนั้นให้โฆษกกลุ่มนำเสนอ

3. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการนำเสนอของแต่ละกลุ่มทั้งในประเด็นที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องและเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาเพื่อบรรยายประกอบสไลด์ เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของคนพิการ ประเภทคนพิการ การประเมินระดับความผิดปกติ สาเหตุของความพิการ สิทธิคนพิการ และแนวทางการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้ผู้เข้าอบรมซักถามและแสดงความคิดเห็น

4. แบ่งกลุ่มเดิมทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2 เขียนสรุปแนวทางการดูแลคนพิการตามที่ได้ฟังการบรรยายจากวิทยากร แล้วสุ่มนำเสนอ 2-3 กลุ่ม เป็นการทบทวนความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เรียนมาเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องต่อไป

5. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ มอบของที่ระลึก จ่ายค่าเดินทาง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มาร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 แผนการอบรมครั้งที่ 2 เป็นการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 20 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าอบรม และทบทวนร่วมกันในสิ่งที่เรียนรู้กันในกิจกรรมครั้งก่อนและกล่าวเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมที่จะเรียนรู้ในวันนี้ โดยให้ผู้เข้าอบรมกล่าวแสดงความรู้สึกที่มีต่อคนพิการและความรู้สึกที่ต้องดูแลคนพิการ (ใบงานที่ 3)

2. สร้างความรู้สึก เป็นการโน้มน้าวให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์ ความรู้สึกรัก สนใจ ห่วงใย

Mahasarakham University

ไม่รังเกียจ อยากดูแลคนพิการและเห็นว่าคนพิการก็เป็นมนุษย์คนธรรมดาคนหนึ่งเหมือนคนอื่นทั่วๆไป เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ โดยการดูหนังสั้น เรื่อง "ขาดครบ 32"

3. ขั้นจัดระบบความคิด ความเชื่อ เพื่อให้ผู้ดูแลมีการปรับเจตคติที่ไม่เหมาะสม โดยแบ่งกลุ่ม 5-6 คน อภิปรายหนังสั้น ที่ได้ดูจบไป ในประเด็น ได้อะไรจากหนังเรื่องนี้ รู้สึกอย่างไรกับตัวเอกในหนัง และให้เขียนคำขวัญ/ข้อความเชิญชวน เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ (ใบงานที่4)

4. ผู้วิจัยอภิปรายและสรุปประเด็นสำคัญที่ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

5. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ มอบของที่ระลึก จ่ายค่าเดินทาง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มาร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 แผนการอบรมครั้งที่ 3 การอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วม ในเรื่อง การยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 50 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าอบรม และทบทวนร่วมกันในสิ่งที่เรียนรู้กันในกิจกรรมครั้งก่อน

2. บรรยายประกอบสไลด์ เรื่อง การยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย โดยนักกายภาพบำบัด

3. แบ่งกลุ่ม 5-6 คน ช่วยกันวิเคราะห์ขั้นตอนและวิธีการยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย (ใบงานที่ 5)

4. นักกายภาพบำบัดสาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเรื่อง การยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย โดยแบ่งกลุ่ม 3 คน สลับกันเป็นคนพิการและผู้ดูแล ผู้วิจัยและทีมช่วยสอนและให้คำแนะนำ หลังจากฝึกจนชำนาญแล้ว ให้ผู้ดูแลทุกคู่ได้ทดสอบปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

5. นักกายภาพบำบัด ผู้วิจัยและทีมประเมินผลการฝึกของแต่ละคู่

6. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ มอบของที่ระลึก จ่ายค่าเดินทาง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มาร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 แผนการอบรมครั้งที่ 4 การอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วม เรื่องการสอนคนพิการให้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างการ (ล้างหน้า

Mahasarakham University

แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 20 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าอบรม และทบทวนร่วมกันในสิ่งที่เรียนรู้กันในกิจกรรมครั้งก่อน

2. นักกายภาพบำบัดบรรยายประกอบสไลด์ เรื่อง วิธีการสอนคนพิการให้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างการ (ล้างหน้า แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได

3. นักกายภาพบำบัด ผู้วิจัยและทีม สาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเรื่อง ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างการ (ล้างหน้า แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได โดยแบ่งกลุ่ม 3 คน สลับกันเป็นคนพิการและผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทุกคู่ได้ทดสอบปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

4.แบ่งกลุ่ม 5-6 คน ช่วยกันวิเคราะห์ขั้นตอนและวิธีการทำกิจวัตรประจำวัน (ใบงานที่ 6)

5. นักกายภาพบำบัด ผู้วิจัยและทีมประเมินผลการฝึกของแต่ละคู่ และแจกคู่มือการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

6. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ตั้งแต่ครั้งแรก ถึงปัจจุบันนี้ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการนำไปปฏิบัติจริง พร้อมทั้งชี้แจงและแจกแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน มอบของที่ระลึก จ่ายค่าเดินทาง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6,8,10,12 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทุกคน การเยี่ยมบ้านใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ผู้วิจัย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน และ อสม. รวมเป็น 5 คน เพื่อให้กำลังใจ ทบทวนความรู้ และประเมินการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1.3 ระยะหลังการทดลอง สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองเพื่อบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

Mahasarakham University

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ตามจำนวนที่กำหนดแล้ว นำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ $p < 0.05$ เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ paired sample t – test

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired sample t – test

Mahasarakham University

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแล ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษาวิจัยได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการดูแลคนพิการ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาวิจัยขอนำเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้ศึกษาวิจัย ได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$\bar{X}$	แทนค่า	ค่าเฉลี่ย (mean)
S.D.	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
df	แทนค่า	ชั้นของความเป็นอิสระ (degrees of freedom)
t	แทนค่า	สถิติทดสอบ ที่ใช้พิจารณา paired sample t – test
Max	แทนค่า	ค่าสูงสุด (maximum)
Min	แทนค่า	ค่าต่ำสุด (minimum)
p-value	แทนค่า	กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

Mahasarakham University

4.2 ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาวิจัยขอนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบผลการศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
16 – 25	1	2.50
26 – 35	1	2.50
36 – 45	14	35.00
46 – 55	19	47.50
56 – 60	5	12.50
$\overline{X}$ ± S.D.	46.20 ± 8.96	
Min - Max	16 – 60	
เพศ		
ชาย	11	27.50
หญิง	29	72.50

Mahasarakham University

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	25	62.50
มัธยมศึกษา	14	35.00
ปริญญาตรี	1	2.50
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรม	37	92.50
ค้าขาย	2	5.00
กำลังศึกษา	1	2.50
รายได้หลักเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<3,000	14	35.00
3001 - 5,000	18	45.00
5001 - 10,000	8	20.00
$\overline{X}$ ± S.D.	4,562.50 ± 2,998.26	
Min - Max	1,000 – 10,000	
สถานภาพ		
โสด	4	10.00
คู่	28	70.00
หม้าย/หย่า/แยก	8	20.00
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ (ปี)		
1 – 3	14	35.00
4 – 6	9	22.50
7 – 8	17	42.50
$\overline{X}$ ± S.D.	5.25 ± 2.68	
Min - Max	1 – 8	

Mahasarakham University

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับคนพิการ		
พ่อแม่	3	7.50
คู่สมรส	6	15.00
พี่/น้อง	7	17.50
บุตร	24	60.00

จากตาราง 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 46 - 55 ปี (ร้อยละ 47.50) รองลงมาคืออายุระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 35.00) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.50) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.00) อาชีพหลักส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 92.50) รองลงมาคือค้าขาย (ร้อยละ 5.00) รายได้หลักเฉลี่ยต่อเดือน 3,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 45.00) รองลงมาคือ น้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 35.00) สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่คู่ (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 20.00) ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ 7-8 ปี (ร้อยละ 42.50) รองลงมาคือ 1 – 3 ปี (ร้อยละ 35.00) และ 4-6 ปี (ร้อยละ 22.50) ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ พี่/น้อง (ร้อยละ 17.50) และคู่สมรส (ร้อยละ 15.00) ตามลำดับ

Mahasarakham University

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบผลการศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.2 ร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n = 40)			
	ก่อน (n=40)		หลัง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	11	27.50	29	72.50
ระดับปานกลาง	28	70.00	11	27.50
ระดับต้องปรับปรุง	1	2.50	0	0.00

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 27.50) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ระดับดี (ร้อยละ 72.50) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.50)

Mahasarakham University

ตาราง 4.3 ร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	กลุ่มทดลอง (n = 40)			
	ก่อน (n=40)		หลัง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	0	0.00	0	0.00
ระดับดี	0	0.00	19	47.50
ระดับปานกลาง	26	65.00	21	52.50
ระดับน้อย	14	35.00	0	0.00
ระดับน้อยมาก	0	0.00	0	0.00

จากตาราง 4.3 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.00) รองลงมา คือ ระดับน้อย (ร้อยละ 35.00) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ระดับดี (ร้อยละ 47.50) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.50)

ตาราง 4.4 ร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	กลุ่มทดลอง (n = 40)			
	ก่อน (n=40)		หลัง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	1	2.50	35	87.50
ระดับปานกลาง	39	97.50	5	12.50
ระดับต้องปรับปรุง	0	0.00	0	0.00

Mahasarakham University

จากตาราง 4.4 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวก่อนการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.50) รองลงมาคือ ระดับดี (ร้อยละ 2.50) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ระดับดี (ร้อยละ 87.50) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.50)

ตาราง 4.5 ร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	กลุ่มทดลอง (n = 40)			
	ก่อน (n=40)		หลัง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 5 มีความพิการรุนแรงมาก	1	2.50	0	0.00
ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง	18	45.00	17	42.50
ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง	21	52.50	23	57.50
ระดับ 2 มีความพิการเล็กน้อย	0	0.00	0	0.00
ระดับ 1 มีความพิการน้อยมาก	0	0.00	0	0.00

จากตาราง 4.5 พบว่า กลุ่มคนพิการมีระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลอง อยู่ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง (ร้อยละ 52.50) รองลงมาคืออยู่ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง (ร้อยละ 45.00) และอยู่ระดับ 5 มีความพิการรุนแรงมาก (ร้อยละ 2.50) ตามลำดับ หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง (ร้อยละ 57.50) รองลงมาคืออยู่ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง (ร้อยละ 42.50)

Mahasarakham University

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความรู้	14.23	2.11	16.60	1.41	-8.81	39	<0.0001*
เจตคติ	27.43	2.10	34.65	1.87	-29.28	39	<0.0001*
พฤติกรรมการดูแล	20.30	4.77	29.48	2.81	-20.46	39	<0.0001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.6 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตาราง 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน	48.25	12.74	49.88	11.68	-2.82	39	<0.008*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.7 พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

Mahasarakham University

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (one groups pretest - posttest design) กลุ่มตัวอย่าง 40 ตัวอย่าง ผู้ศึกษาวิจัยได้เสนอ ตามลำดับดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

จากการศึกษาวิจัย สรุปผลได้ ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพ ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ ความสัมพันธ์กับคนพิการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 46 - 55 ปี (ร้อยละ 47.50) รองลงมาคืออายุระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 35.00) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.50) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.00) อาชีพหลักส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 92.50) รองลงมาคือค้าขาย (ร้อยละ 5.00) รายได้หลักเฉลี่ยต่อเดือน 3,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 45.00) รองลงมาคือ น้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 35.00) สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่คู่ (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 20.00) ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ 7-8 ปี (ร้อยละ 42.50) รองลงมาคือ 1 – 3 ปี (ร้อยละ 35.00) และ 4-6 ปี (ร้อยละ 22.50) ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ พี่/น้อง (ร้อยละ 17.50) และคู่สมรส (ร้อยละ 15.00) ตามลำดับ

5.1.2 ข้อมูลผลการศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

Mahasarakham University

กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 27.50) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ระดับดี (ร้อยละ 72.50) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.50)

กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.00) รองลงมาคือระดับน้อย (ร้อยละ 35.00) หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ระดับดี (ร้อยละ 47.50) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.50)

กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนการทดลอง อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.50) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 2.50) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ระดับดี (ร้อยละ 87.50) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.50)

กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลอง อยู่ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง (ร้อยละ 52.50) รองลงมาคืออยู่ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง (ร้อยละ 45.00) และอยู่ระดับ 5 มีความพิการรุนแรงมาก (ร้อยละ 2.50) ตามลำดับ หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ระดับ 3 มีความพิการปานกลาง (ร้อยละ 57.50) รองลงมาคืออยู่ระดับ 4 มีความพิการรุนแรง (ร้อยละ 42.50)

5.1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแลและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการทดลอง ได้ผลดังนี้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Mahasarakham University

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแล ให้ผู้ดูแล สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

5.2.1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1,2 และ 3 สามารถอธิบายได้ว่าการที่คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการได้รับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มทดลองได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่มและได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญและยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากผู้นำชุมชน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), นักกายภาพบำบัดและผู้วิจัยจากการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารมย์ อร่ามเมือง (2551) ศึกษาเรื่องผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูผู้สูงอายุเบาหวาน ชุมชนกระดังงา จังหวัดสมุทรสงคราม วิจัยกึ่งทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน repeated measure ANOVA และ independent t-test ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน เพิ่มทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหน จังหวัดลำพูน วิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 43 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent t-test ผลการศึกษาพบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น ($p < 0.001$, $p < 0.040$ และ $p < 0.035$ ตามลำดับ) และสุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน

Mahasarakham University

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired samples t-test และ independent t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากร สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายกัน และมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานการควบคุมโรคก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพและการควบคุมโรคมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$)

และพบว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นักกายภาพบำบัดและผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมให้ การสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนส่งผลให้กลุ่มทดลองดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้เป็นอย่างดี ถูกต้องตามหลักการแพทย์ มีเจตคติที่ดีต่อคนพิการ มีทักษะในการดูแล ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนจากแหล่งทุติยภูมิ และแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส House (สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539 อ้างอิงจาก House, 1985 มีผู้ศึกษาวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาแล้วพบว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ เช่น อรสา บุพโกสุม (2550) ศึกษาเรื่อง ประเภทเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพของคนพิการทางสายตา ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายครอบครัวและญาติพี่น้องมีส่วนในการให้ความช่วยเหลือกับคนพิการเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ สิ่งของและเงิน เครือข่ายกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสาร โรงเรียนสนับสนุนด้านการศึกษาจุฬา อาจวิชัย (2550) ศึกษาเรื่อง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนพิการเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษา พบว่า คนพิการเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

5.2.2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 จากการศึกษา พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ที่ดีขึ้นเฉพาะเรื่อง

Mahasarakham University

การรับประทานอาหาร นั้นเนื่องจากการจะฟื้นฟูอวัยวะนอกจากจะได้รับการดูแลอย่างดีถูกต้องตามหลักทางการแพทย์แล้ว ยังต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาฟื้นฟูอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี เจษฎาวิสุทธิ์และคณะ (2547) พบว่า หลังจาก 1 ปีขึ้นไป การฟื้นตัวจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ในผู้ที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคแทรก มีการดูแลและฟื้นฟูอย่างถูกต้องต่อเนื่อง เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีกำลังใจที่เข้มแข็ง รับประทานอาหารถูกส่วน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแล ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ มีข้อเสนอแนะ 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการนำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1.1 ด้านความรู้ในหัวข้อ สายสวนปัสสาวะควรเปลี่ยนทุก 10-14 วัน ก่อนทดลองมีผู้ตอบผิดร้อยละ 70 หลังการทดลองมีผู้ตอบผิดร้อยละ 40 ซึ่งลดลงเพียง ร้อยละ 30 เท่านั้น อธิบายได้ว่าการให้ความรู้เรื่องนี้อาจจะยังไม่มากพอ หรือกลุ่มเป้าหมายไม่สนใจ เนื่องจากคนพิการในความดูแลไม่ได้ใส่สายสวน ดังนั้นควรเน้นเนื้อหาหรือวิธีการสอนในเรื่องนี้เพิ่มขึ้น สื่อและอุปกรณ์ในการสอนต้องกระชับ ชัดเจน มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น สไลด์ต้องมีภาพประกอบเพื่อให้เห็นภาพชัดเจน การฝึกปฏิบัติต้องใช้อุปกรณ์จริง มีการกระตุ้นให้กลุ่มพูดคุยกันในกลุ่มทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการปรบมือและพูดชมเชยให้กับทุกคนที่แสดงความคิดเห็นไม่ว่าจะเป็นความคิดเห็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสร้างบรรยากาศในการเรียน

5.3.1.2 การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคม ภาวะผู้นำและความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ทำให้เกิดความศรัทธาและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ความห่วงใย ความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือ จากผู้นำชุมชน อสม. ช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการเผชิญกับปัญหา ข้อจำกัดในการดูแลรักษา ประกอบกับการให้ความร่วมมือของคนพิการจะช่วยลดภาระในการดูแลได้

5.3.1.3 การเก็บข้อมูลการดูแลเรื่อง การนอนของคนพิการ ระบุให้คนพิการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง นั้น จากการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมคนพิการควรนอนหลับต่างจากคนปกติ โดยให้คนพิการนอนหลับไม่ต่ำกว่า 7-9 ชั่วโมง จึงจะเพียงพอ (Timotty Morgenthaler, 2011)

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มคนพิการ หรือ ผู้ดูแลคนพิการพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

5.3.2.2 การประเมินพฤติกรรมการดูแลคนพิการ เป็นการประเมินช่วงระยะเวลาที่จำกัดในการวิจัย จึงไม่สามารถบอกถึงพฤติกรรมการดูแลที่ต่อเนื่อง ควรติดตามประเมินไม่น้อยกว่า 6 เดือน เพื่อดูผลและแนวโน้มการปฏิบัติตน

5.3.2.3 การศึกษาครั้งต่อไปการศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแลคนพิการในหน่วยงาน เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ

Mahasarakham University

เอกสารอ้างอิง

Mahasarakham University

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2534). *พ.ร.บ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534.* กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

————. (2546). *พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2546.* กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

————. (2550 ก). *พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.* กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

————. (2550 ข). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554.* กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

————. (2552 ก). *ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2552.* กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

————. (2552 ข). *รายงานสถานการณ์คนพิการ ปี 2552* . กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2537). *ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่าด้วยการจดทะเบียนคนพิการ พ.ศ. 2537.* กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย.* กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.* ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุฬา อาจชัย. (2550). *การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนพิการเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นิตยา บัวสาย. (2551). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Mahasarakham University

ประคอง กรรณสูต. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณากิจ.

พิภพ วชังเงิน. (2547). *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.

ยุทธ ไกยวรรณ์. (2550). *การสร้างเครื่องมือวิจัย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

โรงพยาบาลตระการพืชผล. (2553). *รายงานคนพิการอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลตระการพืชผล.

รัชนี สรรเสริญ และคณะ. (2551). *ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่นส์ จำกัด.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*.กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุปรียา ตันสกุล. (2548). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง)* . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สุภรธรรม มงคลสวัสดิ์ และอัครพรรณ ขวัญชื่น. (2546). *ครอบครัวคนพิการทางสติปัญญาในจังหวัดพัทลุง*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์. (2552). *การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ. (2542). *พฤติกรรมองค์การ : ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2529). *สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ*. กรุงเทพฯ: งานสถิติการศึกษาและทัศนคติฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

————. (2534). *สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ*. กรุงเทพฯ: งานสถิติการศึกษาและทัศนคติฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

Mahasarakham University

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *สรุปจำนวนคนพิการจากการสำรวจ*. กรุงเทพฯ: งานสถิติการศึกษาและทัศนคติฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.

อารมณ์ อร่ามเมือง. (2551). *ผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูผู้สูงอายุเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรสา บุพโกสุม. (2550). *ประเภทเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพของคนพิการทางสายตา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อรุณี เจษฎาวิสุทธิ์, สุธาทิพย์ เชื้อภักดี. (2550). *การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปรีธาธร อินเตอร์พริ้นจำกัด.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2550). *ชีวสถิติ*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่. (2552). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหน จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อำเภอตระการพืชผล. (2553). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล ประจำปี 2553*. อุบลราชธานี: อำเภอตระการพืชผล.

Bloom, B.S. (1976). *Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognative Domain* . New York: David Mackay.

Caplan, B.H., Cassel, Gore & Susan. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15, 47-58.

Cobb,S. (1976). *Social Support Moderator of Life Stress*. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Gottiled, Benjamin H. (1986). *Social Support Strategies*. California: Sage Publications.

House, J.S. (981). *Work stress and social support*. Reading. M.A.: Adison- Wesley.

Timotty, Morgenthaler. (2011). *Healthy Lifestyle. How many hours of sleep are enough?* [Online]. Available from: http://www.mayoclinic.com/health/how-many-hours-of-sleep-are-enough/AN01487 [accessed 1 October 2011].

Mahasarakham University

ภาคผนวก

Mahasarakham University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

Mahasarakham University

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์

วุฒิการศึกษาสูงสุด Doctor of Public Health (หลักสูตรนานาชาติ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. นางวิภาพร แท่นคำ

วุฒิการศึกษาสูงสุด วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สร้างเสริมสุขภาพ)

ตำแหน่ง ปฏิบัติงานอาจารย์พยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

3. นายอภิสิทธิ์ บำรุงญาติ

วุฒิการศึกษาสูงสุดวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (กายภาพบำบัด)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ปฏิบัติงานในตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลตระการพืชผล

Mahasarakham University

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

Mahasarakham University

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อการศึกษา เรื่อง ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ศึกษาขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์จากท่านให้ตรงกับความคิดเห็นและความเป็นจริงให้มากที่สุด และขอรับรองว่าแบบสัมภาษณ์นี้ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ฉะนั้นคำตอบหรือการแสดงความคิดเห็นของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลและคนพิการเอง

แบบสอบถามข้อมูลชุดนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติ จำนวน 10ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลคนพิการจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการจำนวน 10 ข้อ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณที่ท่านได้สละเวลาตอบคำถามทุกข้ออย่างถูกต้องครบถ้วน

นางสาวนิตยา หลุ่มภู
นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Mahasarakham University

เลขที่แบบสอบถาม □□

ส่วนที่ 1ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจงขอให้กาเครื่องหมาย (√) ลงหน้าช่องที่ตรงตามความจริงมากที่สุด

	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ ( )1. ชาย ( )2. หญิง	sex□
2. อายุ .....ปี (อายุเต็ม)	age□□
3. การศึกษา ( )1.ไม่ได้เรียน ( )2.ประถมศึกษา ( )3.มัธยมศึกษา ( )4.ปวช./ปวส./อนุปริญญา ( )5.ปริญญาตรีขึ้นไป	edu□
4. อาชีพหลัก (อาชีพที่ทำรายได้มากที่สุด) ( )1. เกษตรกรรม ( )2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( )3. รับจ้าง ( )4. ค้าขาย ( )5. อื่นๆ(ระบุ.....)	occ□
5. ครอบครัวมีรายได้หลักเฉลี่ยต่อเดือน .....บาท	inc□□□□□□
6. สถานภาพ ( )1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก	sta□
7 ระยะเวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว..... ปี	time□□
8.ความสัมพันธ์กับคนพิการ ( )1. พ่อ แม่ ( )2. คู่สมรส ( )3. พี่/น้อง ( )4. อื่นๆ(ระบุ.....)	rel□

Mahasarakham University

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล

ลำดับที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1	คนพิการจะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้มีการยื่นขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนในจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่ แล้วเท่านั้น			N 1( )
2	คนพิการมีสิทธิได้รับบริการในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ทางลาด ลิฟต์ ห้องน้ำ ฯลฯ			N2( )
3	ผู้ดูแลควรปรับสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงทุกส่วนที่จำเป็นของบ้านได้ เช่น ราวจับ ทางเดินเรียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง			N3( )
4	คนพิการมีสิทธิทุกอย่างเท่าเทียมคนปกติ			N4( )
5	การทำกายภาพบำบัดไม่ทำให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น			N5( )
6	คนพิการที่ใช้รถเข็นเป็นประจำ ควรฝึกเคลื่อนย้ายตัวเอง			N6( )
7	คนพิการไม่ควรออกกำลังกายด้วยตนเองเพราะจะทำให้เหนื่อย			N 7( )
8	สายสวนปัสสาวะควรเปลี่ยนทุก 10-14 วัน			N 8( )
9	การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ที่อ่อนแรง เป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น			N 9( )
10	กรณีข้อติด ควรบริหารข้อให้เคลื่อนไหว ยืดกล้ามเนื้อและเอ็น ข้อละ 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ โดยเหยียดค้างไว้ครั้งละประมาณ 30 นาที			N 10( )
11	การใช้ความร้อนประคบบริเวณข้อต่อ อาจทำให้เกิดแผลไหม้			N 11( )
12	อาการปวดจากการหกล้มควรลดด้วยการประคบร้อนในระยะแรกและตามด้วยประคบเย็นอย่างระมัดระวัง			N12( )
13	การดูแลคนพิการควรปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด			N 13( )
14	คนพิการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่ควรออกกำลังกาย			N14( )
15	การเคลื่อนไหวร่างกายช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น			N 15( )
16	คนพิการควรนอนท่าเดิมไม่ควรพลิกตัวเพราะจะทำให้เหนื่อย			N 16( )

Mahasarakham University

ลำดับที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
17	การใช้แผ่นรองซับปัสสาวะต้องเปลี่ยนวันละครั้ง			N17( )
18	ขณะนอนให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ			N 18( )
19	กรณีสงสัยว่าคนพิการข้อเคลื่อนหรือกระดูกหัก แสดงว่าคนพิการสามารถเคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ			N 19( )
20	เบาะรองนั่ง เช่น เบาะฟองน้ำอัด เบาะลม ที่นอนฟูก เตียงลม ช่วยลดแรงกดทับได้			N 20( )

Mahasarakham University

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจงขอให้กาเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ดูแลมากที่สุด

"เห็นด้วยอย่างยิ่ง" หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านทุกครั้ง

"เห็นด้วย" หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านบ่อยครั้ง

"ไม่แน่ใจ" หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านบางครั้ง

"ไม่เห็นด้วย" หมายถึง ข้อความนั้นไม่ค่อยจะตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่าน

"ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สำหรับผู้ศึกษา
1	ท่านรู้สึกอายที่มีคนพิการในครอบครัว						A 1( )
2	คนพิการควรทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ตามความสามารถ						A 2( )
3.	คนพิการควรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่เป็นส่วนรวม						A 3( )
4	ไม่ควรมองคนพิการด้วยสายตารังเกียจ						A 4( )
5	คนพิการควรมีสิทธิเท่าเทียมกับคนปกติ						A 5( )
6	ท่านปฏิบัติต่อคนพิการด้วยความเต็มใจ						A 6( )
7	ท่านรู้สึกว่าการดูแลคนพิการเป็นภาระ						A 7( )
8	การดูแลคนพิการเป็นไปตามหน้าที่						A 8( )
9	ท่านท้อแท้หรือเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลคนพิการ						A 9( )
10	ความพิการเกิดจากเวรกรรม						A 10( )

Mahasarakham University

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลคนพิการของผู้ดูแล

คำชี้แจงขอให้กาเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

"เป็นประจำ" หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นทุกวัน

"บางครั้ง" หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น 4-5 วัน/สัปดาห์

"ไม่เคย" หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์

ลำดับที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	สำหรับผู้ศึกษา
1	ท่านกำกับการกินยาของคนพิการตามคำแนะนำของแพทย์				P 1( )
2	ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้คนพิการรับประทานยานอนหลับ				P 2( )
3	ท่านดูแลเรื่องการนอน การจัดท่านอน ได้ถูกต้องตามสภาพของคนพิการ				P 3( )
4	ท่านพาคนพิการไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ				P 4( )
5	ท่านพาคนพิการไปตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี				P 5( )
6	ท่านดูแลให้คนพิการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่				P 6( )
7	ท่านดูแลให้คนพิการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว				P 7( )
8	ท่านดูแลให้คนพิการรับประทานอาหารตรงเวลาวันละ 3 มื้อ				P 8( )
9	ท่านดูแลไม่ให้คนพิการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				P 9( )
10	ท่านดูแลให้คนพิการได้นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง				P 10( )
11	ท่านพาคนพิการไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ				P 11( )
12	ท่านพาคนพิการไปทำบุญตามสถานที่ต่างๆ				P 12( )
13	ท่านหากิจกรรม เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฯลฯ ให้คนพิการเพื่อคลายเครียดและเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ				P 13( )

ลำดับที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	สำหรับผู้ศึกษา
14	ท่านรับฟังปัญหาของคนพิการทุกเรื่อง				P 14( )
15	คนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือจุนเจือกันดี				P 15( )
16	ท่านบริหารกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงให้คนพิการสม่ำเสมอทุกวัน				P 16( )
17	ท่านดูแลเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนพิการ				P 17( )
18	ท่านทำกายภาพบำบัดให้คนพิการทุกวัน				P 18( )
19	ท่านแนะนำคนพิการทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองในส่วนที่คนพิการทำได้เอง				P 19( )
20	ท่านเคยพาคนพิการไปออกกำลังกายนอกบ้าน เช่น สวนสุขภาพ ลานกีฬา เป็นต้น				P 20( )

Mahasarakham University

ส่วนที่ 5 แบบวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

(The Barthel Index of Activities of Daily Living)

คำชี้แจงขอให้ใส่ตัวเลขคะแนน ลงในช่องคะแนนที่ได้ ที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ลำดับที่	ข้อความ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	สำหรับผู้ศึกษา
1	การรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 5 = ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 10 = ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	10		D 1( )
2	การเคลื่อนย้าย (พลิกตะแคง ลุกนั่ง เคลื่อนย้ายบนเตียง) 0 = ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 5 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้ายนั่งทรงตัวได้ 10 = เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนคอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 15 = สามารถลุกจากเตียง ที่นอนหรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถล๊อคล้อเก้าอี้เข็นได้	15		D 2( )
3.	ล้างหน้าหวีผมแปรงฟันโกนหนวดในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 0 = ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 5 = สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	5		D 3( )
4	การใช้ส้วม 0 = ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือการสอดดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 5 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 10 = สามารถเข้า-ออก ห้องสุขาหรือการสอด-ดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังจากการขับถ่าย	10		D 4( )

ลำดับที่	ข้อความ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	สำหรับผู้ศึกษา
5	การอาบน้ำเช็ดตัว 0 = ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ดตัวดูแลความสะอาดของร่างกายได้ ต้องการความช่วยเหลือ ในบางขั้นตอน 5 = สามารถอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัวหรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	5		D 5( )
6	การเคลื่อนที่ 0 =เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 =ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือ ประตูได้ 10 =เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่นพยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 =เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	15		D 6( )
7	การขึ้น-ลงบันได 1 ขั้น 0 = ไม่สามารถทำได้ 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ 10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	10		D 7( )
8	การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 = ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง 5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 10 = แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	10		D 8( )

Mahasarakham University

ลำดับที่	ข้อความ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	สำหรับผู้ศึกษา
9	การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 = กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 5 = กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 10= กลั้นได้ และ/หรือต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง	10		D 9( )
10	การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 =กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือ ดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะให้ 5 =กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และ ต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ 10 = กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอยในกรณีที่คาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง	10		D 10( )

ชื่อ-สกุล ผู้ตอบแบบสอบถาม.....

ที่อยู่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้

Mahasarakham University

ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_1 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านความรู้

ข้อคำถามด้านความรู้	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
1.คนพิการทุกคนมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์พัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากรัฐบาลตามกฎหมาย	0	0	3	0	0.00
2.คนพิการจะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้มีการยื่นขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนในจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่ แล้วเท่านั้น	2	1	0	2	0.67
3.คนพิการมีสิทธิได้รับบริการในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ทางลาด ลิฟต์ ห้องน้ำ ฯลฯ	3	0	0	3	1.00
4.ผู้ดูแลควรปรับสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านเพื่อให้คนพิการฯสามารถเข้าถึงทุกส่วนที่จำเป็นของบ้านได้ เช่น ราวจับ ทางเดินเรียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง	3	0	0	3	1.00
5.การทำกายภาพบำบัดไม่ทำให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น	2	1	0	2	0.67
6.คนพิการมีสิทธิทุกอย่างเท่าเทียมคนปกติ	3	0	0	3	1.00
7.เมื่อมีคนพิการในบ้าน ผู้ดูแลควรอยู่เฉยๆ ไม่ต้องช่วยเหลืออะไร	0	0	3	0	0.00
8.คนพิการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่ควรออกกำลังกาย	3	0	0	3	1.00
9.กรณีสงสัยว่าคนพิการข้อเคลื่อนหรือกระดูกหัก แสดงว่าคนพิการสามารถเคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ	2	0	1	2	0.67

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_1 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านความรู้	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
10.คนพิการไม่ควรออกกำลังกายด้วยตนเองเพราะจะทำให้เหนื่อย	2	0	1	2	0.67
11.การดูแลคนพิการควรปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด	3	0	0	3	1.00
12.คนพิการควรนอนท่าเดิมไม่ควรพลิกตัวเพราะจะทำให้เหนื่อย	3	0	0	3	1.00
13.การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ที่อ่อนแรง เป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น	3	0	0	3	1.00
14.คนพิการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง ต้องดูแลจัดท่าและออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ	3	0	0	3	1.00
15.กรณีข้อติด ควรบริหารข้อให้เคลื่อนไหว ยืดกล้ามเนื้อและเอ็น ข้อละ 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ โดยเหยียดค้างไว้ครั้งละประมาณ 30 นาที	3	0	0	3	1.00
16.การใช้ความร้อนประคบบริเวณข้อต่อ อาจทำให้เกิดแผลไหม้	2	0	1	2	0.67
17.คนพิการที่ใช้รถเข็นเป็นประจำ ควรฝึกเคลื่อนย้ายตัวเอง	2	1	0	2	0.67
18.อาการปวดควรลดด้วยการประคบร้อนในระยะแรกและตามด้วยประคบเย็นอย่างระมัดระวัง	3	0	0	3	1.00

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_1 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านความรู้	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
19.คนพิการผู้ที่มีปัญหากล้ามเนื้อเกร็งแบบงอที่ ลำตัว สะโพก และเข่า ให้จัดท่านอนคว่ำหรือยืนโดยใช้กายอุปกรณ์ช่วยดามขาให้ตรง	0	1	2	0	0.00
20.การยกขาที่บวมให้สูงกว่าระดับหัวใจช่วยลดอาการขาบวม	0	1	2	0	0.00
21.การใช้ผ้าหรือผ้าที่เป็นยางยืดพันขาช่วยลดอาการบวม	1	2	0	1	0.33
22.สายสวนปัสสาวะควรเปลี่ยนทุก 10-14 วัน	3	0	0	3	1.00
23.การเคลื่อนไหวร่างกายช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น	3	0	0	3	1.00
24.ขณะนอนให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ	3	0	0	3	1.00
25.การใช้แผ่นรองซับปัสสาวะต้องเปลี่ยนวันละครั้ง	3	0	0	3	1.00
26.เบาะรองนั่ง เช่น เบาะฟองน้ำอัดเบาะลม ที่นอนฟูก เตียงลม ช่วยลดแรงกดทับได้	3	0	0	3	1.00

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านเจตคติ

ข้อคำถามด้านเจตคติ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้	ไม่แน่ใจ	ใช้ไม่ได้	คะแนน	ค่า IOC
	1	0	-1		
1.คนพิการมีสิทธิเท่าเทียมกับคนปกติ	2	1	0	2	0.67
2.คนพิการควรทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ตามความสามารถ	2	1	0	2	0.67
3.ควรสงสารคนพิการแต่ไม่ควรเวทนา	0	1	2	0	0.00
4.ไม่ควรมองคนพิการด้วยสายตารังเกียจ	2	1	0	2	0.67
5.ไม่ควรจับกลุ่มนินทาเวลาเห็นคนพิการ	0	2	1	0	0.00
6.ท่านปฏิบัติต่อคนพิการด้วยความเต็มใจ	2	1	0	2	0.67
7.ท่านไม่รู้สึกว่าการดูแลคนพิการเป็นภาระ	3	0	0	3	1.00
8.การดูแลคนพิการเป็นไปตามหน้าที่	3	0	0	3	1.00
9.คนพิการน่าเวทนา น่าสงสาร	0	2	1	0	0.00
10.ความพิการเกิดจากเวรกรรม	3	0	0	0	1.00
11.ท่านไม่ท้อแท้หรือเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลคนพิการ	3	0	0	3	1.00
12.ท่านรู้สึกอายที่มีคนพิการในครอบครัว	3	0	0	3	1.0
13.คนพิการควรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่เป็นส่วนรวม	3	0	0	3	1.0

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_3 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการดูแลคนพิการ

ข้อคำถามด้านพฤติกรรมการดูแลคนพิการ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
1.ท่านกำกับการกินยาของคนพิการตามคำแนะนำของแพทย์	3	0	0	3	1.0
2.ท่านจัดอาหารที่มีผักและผลไม้อกเหนือจากข้าวและเนื้อสัตว์ให้แก่คนพิการ	1	1	1	1	0.33
3.ท่านดูแลเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนพิการ	3	0	0	3	1.0
4.ท่านอาบน้ำหรือเช็ดตัวให้คนพิการอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1	1	1	1	0.33
5.ท่านดูแลเรื่องการนอน การจัดท่านอน ได้ถูกต้องตามสภาพของคนพิการ	3	0	0	3	1.0
6.ท่านดูแลให้คนพิการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3	0	0	3	1.0
7.ท่านดูแลให้คนพิการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3	0	0	3	1.0
8.ท่านดูแลให้คนพิการรับประทานอาหารตรงเวลาวันละ 3มื้อ	3	0	0	3	1.0
9.ท่านดูแลไม่ให้คนพิการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3	0	0	3	1.0
10.ท่านดูแลให้คนพิการได้นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง	3	0	0	3	1.0
11.ท่านพาคนพิการไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ	2	1	0	2	0.67
12.ท่านพาคนพิการไปทำบุญตามสถานที่ต่างๆ	3	0	0	3	1.0

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_3 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านพฤติกรรมการดูแลคนพิการ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
13.ท่านหากิจกรรม เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฯลฯ ให้คนพิการเพื่อคลายเครียดและเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ	2	1	0	2	0.67
14.ท่านบริหารกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงให้คนพิการสม่ำเสมอทุกวัน	2	1	0	2	0.67
15.ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้คนพิการรับประทานยานอนหลับ	2	1	0	2	0.67
16.ท่านพาคนพิการไปตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	3	0	0	3	1.0
17.ท่านพาคนพิการไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ	2	1	0	2	0.67
18.ท่านรับฟังปัญหาของคนพิการทุกเรื่อง	3	0	0	3	1.0
19.คนในครอบครัวช่วยท่านดูแลคนพิการ	1	1	1	1	0.33
20.คนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันช่วยเหลือจุนเจือกันดี	3	0	0	3	1.0
21.ท่านเคยพาคนพิการไปออกกำลังกายนอกบ้าน เช่น สวนสุขภาพ ลานกีฬา เป็นต้น	3	0	0	3	1.0
22.ท่านทำกายภาพบำบัดให้คนพิการทุกวัน	3	0	0	3	1.0

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_4 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

ข้อคำถามด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
1.การรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 5 = ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 10 = ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	3	0	0	3	1.0
2.การเคลื่อนย้าย (พลิกตะแคง ลุกนั่ง เคลื่อนย้ายบนเตียง) 0 = ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 5 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้ายนั่งทรงตัวได้ 10 = เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนคอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 15 = สามารถลุกจากเตียง ที่นอนหรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถล๊อคล้อเก้าอี้เข็นได้	3	0	0	3	1.0
3.ล้างหน้าหวีผมแปรงฟันโกนหนวดในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 0 = ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 5 = สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	3	0	0	3	1.0

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_4 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
4.การใช้ส้วม 0 = ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขาหรือการสอดดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 5 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 10 = สามารถเข้า-ออก ห้องสุขาหรือการสอด-ดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังจากการขับถ่าย	3	0	0	3	1.0
5.การอาบน้ำเช็ดตัว 0 = ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ดตัวดูแลความสะอาดของร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 5 = สามารถอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัวหรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	3	0	0	3	1.0
6.การเคลื่อนที่ 0 =เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 =ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 10 =เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่นพยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 =เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	3	0	0	3	1.0

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก ค_4 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ใช้ได้ 1	ไม่แน่ใจ 0	ใช้ไม่ได้ -1	คะแนน	ค่า IOC
7.การขึ้น-ลงบันได 1 ขั้น 0 = ไม่สามารถทำได้ 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ 10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	3	0	0	3	1.0
8.การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 = ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง 5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 10 = แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	3	0	0	3	1.0
9.การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 = กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 5 = กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 10= กลั้นได้ และ/หรือต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง	3	0	0	3	1.0
10.การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 =กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือ ดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะให้ 5 =กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ 10 = กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย ในกรณีที่คาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง	3	0	0	3	1.0

Mahasarakham University

ภาคผนวก ง

การทดสอบค่า reliability analysis

Mahasarakham University

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
K1	14.1000	22.9897	.5407	.8870
K2	14.3333	22.4368	.5114	.8878
K3	14.2000	22.4414	.5761	.8857
K4	14.2000	22.5103	.5591	.8862
K5	14.1333	22.9471	.5096	.8877
K6	14.1333	22.9471	.5096	.8877
K7	14.0667	23.2368	.5228	.8877
K8	14.1333	23.3609	.3998	.8907
K9	14.1333	22.9471	.5096	.8877
K10	14.2000	22.5103	.5591	.8862
K11	14.1667	22.3506	.6302	.8842
K12	14.2667	22.5471	.5099	.8878
K13	14.2333	22.5989	.5151	.8876
K14	14.0667	23.2368	.5228	.8877
K15	14.2333	22.5989	.5151	.8876
K16	14.2000	23.0621	.4247	.8903
K17	14.2000	22.8552	.4747	.8888
K18	14.3000	22.0793	.6034	.8847
K19	14.2333	22.9437	.4340	.8901
K20	14.2000	22.9931	.4413	.8898

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 20

Alpha = .8927

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
A1	24.9667	19.2057	.3943	.8321
A2	25.0000	19.7241	.3317	.8369
A3	24.9333	17.9954	.6861	.8067
A4	24.8667	17.6368	.6758	.8058
A5	24.7333	18.1333	.7014	.8065
A6	25.0000	18.6207	.4830	.8240
A7	24.9667	17.6195	.5413	.8189
A8	24.8667	17.2920	.6361	.8084
A9	25.6000	20.1793	.2159	.8488
A10	24.9667	16.5851	.6665	.8045

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 10

Alpha = .8351

ภาคผนวก จ
การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล แยกรายข้อ

ความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
1.คนพิการจะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้มีการยื่นขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนในจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่แล้วเท่านั้น	0.70	0.46	ดี	0.88	0.34	ดี
2.คนพิการมีสิทธิได้รับบริการในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ทางลาด ลิฟต์ ห้องน้ำ ฯลฯ	0.75	0.44	ดี	0.90	0.30	ดี
3.ผู้ดูแลควรปรับสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงทุกส่วนที่จำเป็นของบ้านได้ เช่น ราวจับ ทางเดินเรียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง	0.85	0.36	ดี	0.92	0.27	ดี
4.คนพิการมีสิทธิทุกอย่างเท่าเทียมคนปกติ	0.75	0.44	ดี	0.85	0.36	ดี
5.การทำกายภาพบำบัดไม่ทำให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น	0.77	0.42	ดี	0.85	0.36	ดี
6.คนพิการที่ใช้รถเข็นเป็นประจำ ควรฝึกเคลื่อนย้ายตัวเอง	0.73	0.45	ดี	0.77	0.42	ดี
7.คนพิการไม่ควรออกกำลังกายด้วยตนเองเพราะจะทำให้เหนื่อย	0.75	0.44	ดี	0.83	0.39	ดี
8.สายสวนปัสสาวะควรเปลี่ยนทุก 10-14 วัน	0.57	0.50	ปานกลาง	0.75	0.44	ดี
9.การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ที่อ่อนแรง เป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น	0.88	0.34	ดี	0.95	0.22	ดี
10.กรณีข้อติด ควรบริหารข้อให้เคลื่อนไหวยืดกล้ามเนื้อและเอ็น ข้อละ 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ โดยเหยียดค้างไว้ครั้งละประมาณ 30 นาที	0.50	0.51	ปานกลาง	0.65	0.48	ปานกลาง
11.การใช้ความร้อนประคบบริเวณข้อต่อ อาจทำให้เกิดแผลไหม้	0.50	0.51	ปานกลาง	0.65	0.48	ปานกลาง
12.อาการปวดจากการหกล้มควรลดด้วยการประคบร้อนในระยะแรกและตามด้วยประคบเย็นอย่างระมัดระวัง	0.60	0.50	ปานกลาง	0,70	0.46	ดี

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_1 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
13.การดูแลคนพิการควรปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด	0.87	0.33	ดี	0.97	0.16	ดี
14.คนพิการที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่ควรออกกำลังกาย	0.65	0.48	ปานกลาง	0.87	0.34	ดี
15.การเคลื่อนไหวร่างกายช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น	0.77	0.42	ดี	0.85	0.36	ดี
16.คนพิการควรนอนท่าเดิมไม่ควรพลิกตัวเพราะจะทำให้เหนื่อย	0.80	0.41	ดี	0.90	0.30	ดี
17.การใช้แผ่นรองซับปัสสาวะต้องเปลี่ยนวันละครั้ง	0.57	0.50	ปานกลาง	0.70	0.46	ดี
18.ขณะนอนให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ	0.77	0.42	ดี	0.90	0.30	ดี
19.กรณีสงสัยว่าคนพิการข้อเคลื่อนหรือกระดูกหักแสดงว่าคนพิการสามารถเคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ	0.65	0.48	ปานกลาง	0.85	0.36	ดี
20.เบาะรองนั่ง เช่น เบาะฟองน้ำอัด เบาะลม ที่นอนฟูก เตียงลม ช่วยลดแรงกดทับได้	0.77	0.42	ดี	0.85	0.36	ดี

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_2 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว แยกรายข้อ

เจตคติของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
1.ท่านรู้สึกอายที่มีคนพิการในครอบครัว	2.97	0.86	ปานกลาง	3.50	0.64	ดี
2.คนพิการควรทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ตามความสามารถ	2.85	0.70	ปานกลาง	3.55	0.55	ปานกลาง
3.คนพิการควรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่เป็นส่วนรวม	2.70	0.61	ปานกลาง	3.62	0.63	ปานกลาง
4.ไม่ควรมองคนพิการด้วยสายตารังเกียจ	2.78	0.53	ปานกลาง	3.83	0.50	ดี
5.คนพิการควรมีสิทธิเท่าเทียมกับคนปกติ	2.75	0.59	ปานกลาง	3.80	0.61	ดี
6.ท่านปฏิบัติต่อคนพิการด้วยความเต็มใจ	2.53	0.72	น้อย	3.38	0.59	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกว่าการดูแลคนพิการเป็นภาระ	2.60	0.67	น้อย	3.43	0.50	ดี
8.การดูแลคนพิการเป็นไปตามหน้าที่	2.75	0.54	ปานกลาง	2.98	0.58	ปานกลาง
9.ท่านห้อแท้หรือเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลคนพิการ	2.88	0.65	ปานกลาง	3.28	0.45	ปานกลาง
10.ความพิการเกิดจากเวรกรรม	2.62	0.63	ปานกลาง	3.33	0.46	ปานกลาง

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลคนพิการของผู้ดูแลแยกรายข้อ

พฤติกรรมการดูแลคนพิการของผู้ดูแล	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
1.ท่านกำกับการกินยาของคนพิการตามคำแนะนำของแพทย์	1.28	0.55	ปานกลาง	1.35	0.58	ดี
2.ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้คนพิการรับประทานยานอนหลับ	0.80	0.56	ปานกลาง	1.58	0.50	ดี
3.ท่านดูแลเรื่องการนอน การจัดท่านอน ได้ถูกต้องตามสภาพของคนพิการ	1.30	0.69	ปานกลาง	1.58	0.50	ดี
4.ท่านพาคนพิการไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ	1.28	0.72	ปานกลาง	1.57	0.50	ดี
5.ท่านพาคนพิการไปตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	0.78	0.58	ปานกลาง	1.33	0.47	ปานกลาง
6.ท่านดูแลให้คนพิการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1.20	0.65	ปานกลาง	1.33	0.47	ปานกลาง
7.ท่านดูแลให้คนพิการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	1.25	0.74	ปานกลาง	1.43	0.50	ดี
8.ท่านดูแลให้คนพิการรับประทานอาหารตรงเวลาวันละ 3มื้อ	0.95	0.82	ปานกลาง	1.25	0.54	ปานกลาง
9.ท่านดูแลไม่ให้คนพิการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.23	0.95	ปานกลาง	1.95	0.22	ดี
10.ท่านดูแลให้คนพิการได้นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง	1.63	0.59	ดี	1.95	0.22	ดี
11.ท่านพาคนพิการไปพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ	0.70	0.76	ปานกลาง	0.85	0.70	ปานกลาง

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_3 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
12.ท่านพาคนพิการไปทำบุญตามสถานที่ต่างๆ	0.83	0.71	ปานกลาง	0.83	0.71	ปานกลาง
13.ท่านหากิจกรรม เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฯลฯ ให้คนพิการเพื่อคลายเครียดและเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ	1.25	0.59	ปานกลาง	1.32	0.47	ปานกลาง
14.ท่านรับฟังปัญหาของคนพิการทุกเรื่อง	0.95	0.60	ปานกลาง	1.15	0.36	ปานกลาง
15.คนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือจุนเจือกันดี	0.73	0.51	ปานกลาง	1.80	0.41	ดี
16.ท่านบริหารกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงให้คนพิการสม่ำเสมอทุกวัน	0.92	0.62	ปานกลาง	1.70	0.46	ดี
17.ท่านดูแลเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนพิการ	0.77	0.53	ปานกลาง	1.58	0.50	ดี
18.ท่านทำกายภาพบำบัดให้คนพิการทุกวัน	0.83	0.64	ปานกลาง	1.70	0.46	ดี
19.ท่านแนะนำคนพิการทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองในส่วนที่คนพิการทำได้เอง	0.83	0.68	ปานกลาง	1.82	0.39	ดี
20.ท่านเคยพาคนพิการไปออกกำลังกายนอกบ้าน เช่น สวนสุขภาพ ลานกีฬา เป็นต้น	0.83	0.68	ปานกลาง	1.43	0.50	ดี

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_4 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของคนพิการ (The Barthel Index of Activities of Daily Living) รายข้อ

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
1.การรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 5 = ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 10 = ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้	7.00	2.95	เล็กน้อย	8.00	2.48	เล็กน้อย
2.การเคลื่อนย้าย (พลิกตะแคง ลุกนั่ง เคลื่อนย้ายบนเตียง) 0 = ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 5 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้ายนั่งทรงตัวได้ 10 = เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 15 = สามารถลุกจากเตียง ที่นอนหรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เข็นและสามารถล็อคล้อเก้าอี้เข็นได้	9.75	2.99	ปานกลาง	9.75	2.99	ปานกลาง
3.ล้างหน้าหวีผมแปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 0 = ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด 5 = สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้	4.25	1.81	น้อยมาก	4.25	1.81	น้อยมาก

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_4 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
4.การใช้ส้วม 0 = ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือการสอดดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/ ใส่เสื้อผ้าการล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่าย 5 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 10 = สามารถเข้า-ออก ห้องสุขาหรือการสอด-ดึงกระโถนรวมทั้งการถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำความสะอาดภายหลังจากการขับถ่าย	4.50	3.51	รุนแรง	4.50	3.55	รุนแรง
5.การอาบน้ำเช็ดตัว 0 = ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ดตัวดูแลความสะอาดของร่างกายได้ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน 5 = สามารถอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัวหรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน	3.00	2.48	ปานกลาง	3.00	2.48	ปานกลาง
6.การเคลื่อนที่ 0 =เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 5 =ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 10 =เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่นพยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 15 =เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	3.88	3.30	รุนแรง	4.13	3.18	รุนแรง

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_4 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
7.การขึ้น-ลงบันได 1 ขั้น 0 = ไม่สามารถทำได้ 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ 10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	2.75	2.52	รุนแรงมาก	2.75	2.52	นแรงมาก
8.การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า 0 = ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง 5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 10 = แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้	5.38	2.37	ปานกลาง	5.75	1.81	ปานกลาง
9.การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 = กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 5 = กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ 10= กลั้นได้ และ/หรือต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง	4.13	3.56	รุนแรง	4.13	3.56	รุนแรง

Mahasarakham University

ตารางภาคผนวก จ_4 (ต่อ)

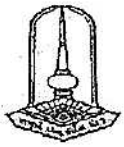
ข้อความ	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)		
	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ
10.การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0 =กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย/ต้องสวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะให้ 5 =กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณวันละ 1 ครั้ง และต้องการความช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ 10 = กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอยในกรณีที่คาสายสวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง	3.63	3.20	รุนแรง	3.63	3.20	รุนแรง

Mahasarakham University

ภาคผนวก ฉ

หนังสือขอรับรองการอนุมัติในการทำวิจัยในมนุษย์

Mahasarakham University



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0077 / 2554

ชื่อโครงการวิจัย : ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนิตยา หลุ่มภู
หน่วยงานต้นสังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา ประเทพา)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 6 / พฤษภาคม / 2554

Mahasarakham University

ภาคผนวก ช
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

Mahasarakham University

ที่ ศธ 0530.18/ ว2839

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
44150

๒๔ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์

ด้วย นางสาวนิตยา หนุ่มภู นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยฌรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เลาห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร/โทรสาร 0-4375-4353

Mahasarakham University

ที่ ศธ 0530.18/ ว 2638

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
44150

๑๐ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางวิภาพร แท่นคำ

ด้วย นางสาวนิตยา หลุ่มภู นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยฌรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เลาห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร./โทรสาร 0-4375-4353

Mahasarakham University

ที่ ศธ 0530.18/ ว 1838

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
44150

30 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นายอภิสิทธิ์ บำรุงญาติ

ด้วย นางสาวนิตยา หลุ่มภู นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เลาห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร./โทรสาร 0-4375-4353

Mahasarakham University

ที่ ศธ 0530.18/ ว 3840

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล

ด้วย นางสาวนิตยา หลุ่มภู นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยฌรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นางสาวนิตยา หลุ่มภู เก็บรวบรวมเครื่องมือกับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2554 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เลาห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร./โทรสาร 0-4375-4353

Mahasarakham University

ที่ ศธ 0530.18/ ว 3839

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๐ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเชื่องใน

ด้วย นางสาวนิตยา หลุ่มภู นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยฌรงค์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และนพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาต ให้ นางสาวนิตยา หลุ่มภู ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ใน อำเภอเชื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง มีนาคม 2554 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เลาห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร./โทรสาร 0-4375-4353

Mahasarakham University

ภาคผนวก ซ
แผนการอบรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

Mahasarakham University

แผนการอบรมครั้งที่ 1 การสร้างความรู้เกี่ยวกับความพิการและการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 40 คน

ระยะเวลาที่สอน 2 ชั่วโมง 50 นาที

จุดประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความพิการและการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สื่อการสอน

1.ใบงานที่ 1,2

2.สไลด์ประกอบคำบรรยายเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

การประเมินผล

1.สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม

2.การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

กิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นสร้างสัมพันธภาพ/ประสบการณ์	1.แนะนำตัวผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัย 2.ผู้วิจัยแจกป้ายชื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม 3.ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อละลายพฤติกรรมและสร้างสัมพันธภาพ โดยยืนเป็นวงกลม 2 วงซ้อนกัน เดินเป็นวงกลมไปตามจังหวะเพลงและหยุดเป็นช่วงๆเพื่อหาคู่ที่อยู่ตรงกันแนะนำชื่อและทักทายกัน ทำเช่นนี้ไปเรื่อยจนจบเพลง 4.ชี้แจงให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้ ใช้เวลา 30 นาที	ป้ายชื่อ

Mahasarakham University

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
สะท้อนความคิดและอภิปราย/กลุ่มย่อย 5-6 คน	1.แบ่งกลุ่ม 5-6 คน เลือกประธาน เลขาฯ โฆษก ประจำกลุ่ม โดยประธานมีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น 1 คน/1 ความคิดเห็น เลขาฯมีหน้าที่จดบันทึก โฆษกมีหน้าที่นำเสนอ ทำกิจกรรมใบงานที่ 1 "ท่านดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเรื่องใดบ้างและดูแลอย่างไร" 2.แจกใบงาน กระดาษพรู๊ฟและปากกาเคมี โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้และแนวทางในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 3.โฆษกกลุ่มนำเสนอ ใช้เวลา 30 นาที	
ความคิดรวบยอด/กลุ่มใหญ่	1.ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการนำเสนอของแต่ละกลุ่มทั้งในประเด็นที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องและเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาเพื่อบรรยายประกอบสไลด์ เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของคนพิการ ประเภทคนพิการ การประเมินระดับความผิดปกติ สาเหตุของความพิการ สิทธิคนพิการและแนวทางการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2.ให้ผู้เข้าอบรมซักถามและแสดงความคิดเห็น ใช้เวลา 30 นาที	สไลด์ประกอบคำบรรยายเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ โดยนักกายภาพบำบัด

Mahasarakham University

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ประยุกต์แนวคิด/ กลุ่มย่อย 5-6 คน	1.แบ่งกลุ่มเดิมทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2 เขียนสรุปแนวทางการดูแลคนพิการตามที่ได้ฟังการบรรยายจากวิทยากร 2.สุ่มนำเสนอ 2-3 กลุ่ม เป็นการทบทวนความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เรียนมาเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องต่อไป 3.ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป ใช้เวลา 60 นาที	ใบงานที่ 2

Mahasarakham University

แผนการอบรมครั้งที่ 2 เป็นการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 40 คน

ระยะเวลาที่สอน 2 ชั่วโมง 20 นาที

จุดประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สื่อการสอน

1.หนังสั้น เรื่อง " ขาดครบ 32"

2.ใบงานที่ 3,4

การประเมินผล

1.สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม

2.การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

กิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นสร้างความรู้สึก/ประสบการณ์กลุ่มใหญ่	1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าอบรม และทบทวนร่วมกันในสิ่งที่เรียนรู้กันในกิจกรรมครั้งก่อนและกล่าวเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมที่จะเรียนรู้ในวันนี้ โดยให้ผู้เข้าอบรมกล่าวแสดงความรู้สึกที่มีต่อคนพิการและความรู้สึกที่ต้องดูแลคนพิการ 2.สร้างความรู้สึก เป็นการโน้มน้าวให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์ความรู้สึกรัก สนใจ ห่วงใย ไม่รังเกียจ อยากดูแลคนพิการและเห็นว่าคนพิการก็เป็นมนุษย์คนธรรมดาคนหนึ่งเหมือนคนอื่นทั่วๆไป เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ โดยการดูหนังสั้น เรื่อง "ขาดครบ 32" ใช้เวลา 30 นาที	หนังสั้น เรื่อง " ขาดครบ 32"

Mahasarakham University

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ/กลุ่มย่อย 5-6 คน	1.แบ่งกลุ่ม 5-6 คน อภิปรายหนังสั้น ที่ได้ดูจบไป ในประเด็น 1)ได้อะไรจากหนังเรื่องนี้ 2)รู้สึกอย่างไรกับตัวเอกในหนัง ใช้เวลา 30 นาที	ใบงานที่ 3
ความคิดรวบยอดกลุ่มใหญ่	1.ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลการอภิปรายตามใบงานที่ 3 2.ผู้วิจัยอภิปรายและสรุปประเด็นสำคัญที่ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ ใช้เวลา 30 นาที	
ทดลอง/ประยุกต์กลุ่มย่อย 5-6 คน	1.ให้แต่ละกลุ่มเขียนคำขวัญ/ข้อความสิ่งที่คาดหวังว่าจะทำเกี่ยวกับการดูแลคนพิการ/ข้อความให้กำลังใจคนพิการ ใช้เวลา 30 นาที 2.ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป	ใบงานที่ 4

Mahasarakham University

แผนการอบรมครั้งที่ 3 การอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วม ในเรื่อง การยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 40 คน

ระยะเวลาที่สอน 2 ชั่วโมง 50 นาที

จุดประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สื่อการสอน

1.สไลด์ประกอบคำบรรยาย

2.การสาธิตและตัวบุคคล

3.ใบงานที่ 5

การประเมินผล

1.สังเกตการมีส่วนร่วมในกลุ่ม การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

2.สังเกตการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าอบรม และทบทวนร่วมกันในสิ่งที่เรียนรู้กันในกิจกรรมครั้งก่อน 2.บรรยายประกอบสไลด์ เรื่อง การยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย	สไลด์ประกอบคำบรรยาย โดยนักกายภาพบำบัด
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	1.นักกายภาพบำบัดและผู้ช่วย สาธิต เรื่องการยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย กับคนพิการจริงๆ	1.การสาธิต 2.ตัวบุคคล (คนพิการ)

Mahasarakham University

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
สะท้อนความคิด/อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	1.แบ่งกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ขั้นตอนและวิธีการยืดกล้ามเนื้อ การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อ การบริหารส่วนแขน การบริหารส่วนขา การจัดท่านอน นั่ง การเดิน การยืน การลุกนั่ง การเคลื่อนย้าย	ใบงานที่ 5
ขั้นลงมือกระทำประยุกต์แนวคิด กลุ่ม 3 คน	1.กลุ่ม 3 คน แสดงบทบาทสมมุติ สลับกันเป็นคนพิการและผู้ดูแลเพื่อฝึกปฏิบัติ 2.ผู้วิจัยและทีมช่วยสอนและให้คำแนะนำ	
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	1.ให้ผู้ดูแลทุกคู่ได้ทดสอบปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 2.นักกายภาพบำบัด ผู้วิจัยและทีมประเมินผลการฝึกของแต่ละคู่ 3.ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ในวันนี้ พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป	

Mahasarakham University

แผนการอบรมครั้งที่ 4 การอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วม เรื่องการสอนคนพิการให้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 40 คน

ระยะเวลาที่สอน 3 ชั่วโมง

จุดประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สื่อการสอน

1.สไลด์ประกอบคำบรรยาย

2.การสาธิตและตัวบุคคล

3.ใบงานที่ 6

การประเมินผล

1.สังเกตการมีส่วนร่วมในกลุ่ม การตอบคำถามและการร่วมแสดงความคิดเห็น

2.สังเกตการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง **ความคิดรวบยอด** กลุ่มใหญ่	1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าอบรม และทบทวนร่วมกันในสิ่งที่เรียนรู้กันในกิจกรรมครั้งก่อน 2.บรรยายประกอบสไลด์ เรื่อง วิธีการสอนคนพิการให้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างกาย (ล้างหน้า แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได	สไลด์ประกอบคำบรรยาย โดยนักกายภาพบำบัด

Mahasarakham University

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรมการสอน	เนื้อหา/สื่อ
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	1.นักกายภาพบำบัดและผู้ช่วย สาธิต เรื่องทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างการ (ล้างหน้า แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได กับคนพิการจริงๆ	1.การสาธิต 2.ตัวบุคคล (คนพิการ)
สะท้อนความคิด/อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	1.แบ่งกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ขั้นตอนและวิธีการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การทำความสะอาดร่างการ (ล้างหน้า แปรงฟัน ทาแป้ง หวีผม โกนหนวด) การใช้ห้องส้วม (ถอดใส่เสื้อผ้า ทำความสะอาดตนเอง ราดน้ำ กดชักโครก) การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินบนพื้นราบ/ใช้รถเข็น การขึ้น-ลงบันได	ใบงานที่ 6
ขั้นลงมือกระทำ **ประยุกต์แนวคิด** กลุ่ม 3 คน	1.กลุ่ม 3 คน แสดงบทบาทสมมุติ สลับกันเป็นคนพิการและผู้ดูแลเพื่อฝึกปฏิบัติ 2.ผู้วิจัยและทีมช่วยสอนและให้คำแนะนำ	
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	1.ให้ผู้ดูแลทุกคู่ได้ทดสอบปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 2.นักกายภาพบำบัด ผู้วิจัยและทีมประเมินผลการฝึกของแต่ละคู่ 3.แจกคู่มือการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 4.ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ตั้งแต่ครั้งแรก ถึงปัจจุบันนี้ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการนำไปปฏิบัติจริง พร้อมทั้งชี้แจงและแจกแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน	

Mahasarakham University

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 5,8,10,12 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทุกคน โดยผู้วิจัย นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน และ อสม. การเยี่ยมบ้านใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ด้านข้อมูลข่าวสาร คือการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การตักเตือน ด้านอารมณ์ คือการให้การยอมรับ การห่วงใย ด้านการประเมินผล คือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและประเมินการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากการสังเกต

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่.....วันที่เยี่ยมบ้าน.....

ชื่อคนพิการ .....HN .....วันที่ขึ้นทะเบียน.....

เลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่ .....

อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โทร. .....

ชื่อผู้ดูแล .....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ที่อยู่ .....อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

โทร. .....

รายละเอียดการเยี่ยม

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้เยี่ยม.....วันนัดครั้งต่อไป.....

Mahasarakham University

ประวัติย่อผู้วิจัย

Mahasarakham University

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวนิตยา หลุ่มภู
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2522
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านบึงหอม ตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
	พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านหนองผือ ตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
	พ.ศ. 2541 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเขมราฐพิทยาคม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
	พ.ศ. 2545 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	พ.ศ. 2554 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดยาลวน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี 34130
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 40 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 34170
ทุนการศึกษา	- ทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2554 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	-ทุนสนับสนุนการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2554

Mahasarakham University