

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

เสาวภา เล็กวงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เสาวภา เล็กวงษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

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

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความมุ่งมั่นของผู้วิจัย และด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง และเอาใจใส่เป็นกำลังใจ ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพ และวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา นายแพทย์สุชาติ ตันตินิรมัย และคุณปวีตรา สุทธิธรรม ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลจันทนิมิต ตำบลเกาะขวาง ตำบลคานรูด ตำบลวันยาว ตำบลบ่อ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลุง จังหวัด จันทบุรี พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่กรุณาให้ความสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี หัวหน้าภาควิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้โอกาส ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตา แด่บุพการี บุรพอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

เสาวภา เล็กวงษ์

57920194: สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
 คำสำคัญ: สุขภาวะทางปัญญา/ ญาติผู้ดูแล/ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 เสาวภา เต็มวงษ์: ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ  
 ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (FACTORS AFFECTING THE SPIRITUAL WELL-BEING  
 AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITY)  
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณรัตน์ ลาวัณ, Ph.D., สมสมัย รัตนกรีฑากุล, Dr.P.H.  
 112 หน้า. ปี 2561.

สุขภาวะทางปัญญาเป็นมิติสำคัญทางสุขภาพที่เชื่อมโยงและส่งผลต่อสุขภาพด้านอื่น  
 ของญาติผู้ดูแล การวิจัยแบบหาคความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ  
 สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง  
 เป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน  
 180 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายชั้นตอน เก็บรวบรวมระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือน  
 สิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัมพันธภาพ  
 ระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การดูแล และสุขภาวะทางปัญญา  
 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .94, .83, .82 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล  
 โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาในภาพรวมอยู่ใน  
 ระดับมาก โดยมีสุขภาวะทางปัญญา 3 อันดับแรกมากที่สุด คือ ด้านการตั้งเป้าหมาย ( $\bar{X} = 4.17$ ,  
 $SD = 2.29$ ) ด้านความสุขสงบ ( $\bar{X} = 4.10$ ,  $SD = 3.29$ ) และด้านสติ สมาธิ และปัญญา ( $\bar{X} = 4.00$ ,  
 $SD = 5.89$ ) ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ( $B = 0.292$ )  
 การสนับสนุนทางสังคม ( $B = 0.169$ ) การรับรู้การดูแล ( $B = -0.175$ ) การปฏิบัติกิจกรรม  
 ทางศาสนา ( $B = 0.136$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ  
 ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายได้ร้อยละ 25.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = 0.258$ ,  $F = 4.03$ ,  
 $p < .05$ )

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการจัด  
 โปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญาโดยเน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล  
 และคนพิการ ส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญมีส่วนร่วมช่วยเหลือญาติผู้ดูแล ลดภาระ  
 การดูแล และสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแล  
 มีสุขภาวะทางปัญญานำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

57920194: MAJOR: COMMUNITY NURSING PRACTITIONER; M.N.S  
(COMMUNITY NURSING PRACTITIONER)

KEYWORD: SPIRITUAL WELL-BEING/ FAMILY CAREGIVER/ PERSONS WITH  
PHYSICAL DISABILITY

SAOWAPA LEKWONG: FACTORS AFFECTING THE SPIRITUAL WELL-BEING  
AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITY.

ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT LAWANG, Ph.D., SOMSAMAI  
RATTANAGREETHAKUL, Dr. P.H. 112 P. 2018.

Spiritual well-being is an important health domain that links and affects to the other health domains among family caregivers of persons with physical disability. This predictive correlational research aimed to determine factors affecting the spiritual well-being among family caregivers of persons with physical disability. A multi-stage cluster random sampling was used to recruit 180 participants of family caregivers of persons with physical disability in Chanthaburi province. Research instruments were interviews including religious activities, caregiver and care recipient relationships, social support, caregiving burden, and spiritual well-being. Their reliabilities were .88, .94, .83, .82, and .91 respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results revealed that the spiritual well-being among family caregivers was rated at a high level. The most three domains were goal setting ( $\bar{X} = 4.17, SD = 2.29$ ) peace of mind ( $\bar{X} = 4.10, SD = 3.29$ ) and mindfulness, meditation, and intelligence ( $\bar{X} = 4.00, SD = 5.89$ ) respectively. The caregiver and care-recipient relationship ( $B = .292$ ) social support ( $B = .169$ ) perceived caregiving burden ( $B = -.175$ ) and religious activities ( $B = .136$ ) could together explain 25.8 % ( $R^2_{adj} = 25.8, F = 4.03, p < .05$ ) of the variance accounted for in the spiritual well-being among family caregivers of persons with physical disability.

These findings suggest that nurse and other health personnel should develop the program to promote the spiritual well-being through promoting caregiver and care recipient relationships, encouraging family members, friends, or significant persons to provide support, reducing caregiving burdens, and promoting religious activities for family caregivers. Consequently, family caregiver's spiritual well-being would be enhanced and resulted in quality of life.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
2 การทบทวนวรรณกรรม .....	10
คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย .....	11
ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย .....	17
สุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแล .....	24
รูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ .....	33
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย .....	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	49
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน.....	52
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล.....	58
ส่วนที่ 3 สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล.....	59
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล.....	61
5 สรุปและอภิปรายผล .....	63
สรุปผลการวิจัย .....	63
อภิปรายผลการวิจัย .....	64
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	70
ข้อเสนอแนะการศึกษาและการวิจัยครั้งต่อไป .....	70
บรรณานุกรม .....	72
ภาคผนวก .....	80
ภาคผนวก ก .....	81
ภาคผนวก ข .....	83
ภาคผนวก ค .....	87
ภาคผนวก ง.....	91
ภาคผนวก จ.....	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	112

## สารบัญตาราง

### ตารางที่ หน้า

1	แบบประเมินสุขภาพทางปัญญา .....	29
2	การประยุกต์ PPCT Model กับการศึกษาญาติผู้ดูแล .....	39
3	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง .....	44
4	จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน .....	53
5	จำนวน และร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน .....	55
6	จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย .....	57
7	คะแนนเต็ม คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวม และแปลผลการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลคนพิการ ของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย.....	59
8	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สุขภาวะทางปัญญาจากการดูแลคนพิการ แยกรายด้านและโดยรวม.....	60
9	ผลการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย.....	62
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแล และสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย.....	111



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2 ขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง.....	43

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จากรายงานการสำรวจคนพิการทั่วโลกพบว่า ประชากรมากกว่า 1 พันล้านคนหรือร้อยละ 15 ของประชากรโลกมีชีวิตร่วมกับความพิการ โดยประเภทความพิการที่พบบมากที่สุด คือ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (World Health Organization [WHO], 2011, World Bank World, 2011) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีคนพิการอยู่ร้อยละ 1.7 ของประชากรไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2555 หรือประมาณ 1.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559) พบประชากรไทยที่เป็นคนพิการ และยังมีชีวิตร่วมมีจำนวน 1,562,133 คน โดยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) เป็นผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ทั้งนี้ ความพิการดังกล่าว ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลัง และมีสาเหตุสำคัญมาจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุทางจราจร (WHO, 2011; World Bank World, 2011) จากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งถ้าได้รับการดูแลไม่ดีพออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อาทิเช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ เป็นต้น ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งจากสถิติในปี พ.ศ. 2554 คนพิการเสียชีวิตประมาณ 130,000 คน ล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 240,000 คน (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ดังนั้น คนพิการโดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นกลุ่มบุคคลที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญและจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ปัจจุบันประเทศไทยมีแผนและนโยบายในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ อาทิเช่น แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2554) ที่เน้นการสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการ โดยบูรณาการการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วน จะเห็นได้จากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ขยายขอบข่ายการบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพแก่คนพิการ โดยการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ไปยังส่วนภูมิภาคมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ซึ่งระบบการดูแลคนพิการที่ดี และยั่งยืนต้องเป็นระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ในบริบทของชุมชนที่อาศัยอยู่ ส่งเสริมให้คนพิการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน (รัชนี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวรรณรัตน์ ลาวัณ , 2555) อย่างไรก็ตามด้วยความผิดปกติทางกาย และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้คนพิการจำเป็นต้องพึ่งพามุคคนอื่นในการดูแลสุขภาพ และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้คนพิการจำเป็นต้องพึ่งพามุคคนอื่นในการดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือในการดำรงชีวิตที่บ้านจากข้อมูลการสำรวจพบว่า คนพิการที่อาศัยอยู่ในบ้านต้องการการดูแลช่วยเหลือถึงร้อยละ 90 โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการในพื้นที่ชุมชนชนบทมีความต้องการมากถึง ร้อยละ 95 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าหลักในการดูแลเป็นส่วนใหญ่ เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล (Family caregiver)” ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่คอยช่วยเหลือคนพิการ เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวสามารถดำเนินไปได้ อย่างมีคุณภาพ ซึ่ง Levine, Halper, Peist, and Gould (2010) ได้เปรียบเทียบว่า ญาติผู้ดูแลเป็นเสมือนเสาหลักของการดูแลระยะยาว (Bedrock of long-term care)

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นภารกิจที่ทำทนายสำหรับญาติผู้ดูแล จากการศึกษาบริบทการดูแลพบว่า กิจกรรมการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้นมีจำนวนมาก เป็นงานที่หนัก และมีความซับซ้อนยุ่งยากในการตัดสินใจและการปฏิบัติ (อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพินผล, 2550; Lawang, Horey, & Blackford, 2015) ประกอบกับการดูแลด้านร่างกายที่ต้องดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลเรื่องโรค และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร แผลกดทับจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เป็นต้น (รณิดา สารวรงค์กูร, 2554; อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550) และการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งคนพิการมักเกิดความรู้สึกท้อแท้ น้อยใจต่อโชคชะตา รู้สึกว่าถูกหลอกลวง รังเกียจ ไม่อยากมาดูแล (พรนภา เจริญสันต์, 2553; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554) ซึ่งกิจกรรมการดูแลข้างต้น ยังต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลแต่ละวันเฉลี่ยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน (Lawang et al., 2015) จากบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายย่อมส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น สุขภาพแบบองค์รวมของญาติผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพต้องตระหนัก และให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยสุขภาพแบบองค์รวมของญาติผู้ดูแลตามคำนิยามของ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) หมายถึง ภาวะที่ญาติผู้ดูแลมีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของญาติผู้ดูแล ยังขาดความเป็นองค์รวม กล่าวคือ ส่วนใหญ่เน้นศึกษาผลกระทบจากการดูแลต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของญาติผู้ดูแล อาทิเช่น 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพกาย มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทางจิต โดยมีความรู้สึกเป็นภาระ ท้อแท้ เหนื่อย ขาดพลังในการดูแล อีกทั้งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง เมื่อเปรียบเทียบ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สุขภาพของตนเอง ทั้งทางกายและจิตต่ำกว่าผู้ซึ่งไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lawang et al., 2015) เช่นเดียวกันกับการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลเน้นที่การจัดการปัญหา ด้านสุขภาพจิตและกาย (Lawang, Horey, Blackford, Sunsern, & Riewpaiboon, 2013) ดังนั้น การศึกษาและพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องศึกษา และพัฒนาสุขภาพทางปัญญาควบคู่กับสุขภาพด้านอื่น ๆ (Delgado-Guay, Parsons, & Hui, 2010; Duffy & Blustein, 2005; Kim, Reed, Hayward, Kang, & Koenig, 2011)

สุขภาพทางปัญญา (Spiritual health) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง เป็นความรู้ที่แท้แท้ และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ อันจะนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม และเอื้อเพื่อพ่อแม่ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแล พบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2556; ไหมมุนีระ คลังข้อง, 2553; Delgado-Guay et al., 2012; Kim et al., 2011) และผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Spurlock, 2005) มีส่วนน้อยที่ศึกษาในผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (Lawang, 2013) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญมากเพราะสามารถเชื่อมโยงและส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพด้านอื่น ๆ อาทิ ถ้าสุขภาพทางปัญญาไม่ดีก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจ นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่แย่ง (Kim, 2008; Delgado-Guay et al., 2012) สุขภาพทางปัญญาที่ดียังช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลทำให้ผู้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมพร ปานผดุง และคณะ, 2556) ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางปัญญาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้นยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

ในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางปัญญาจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยที่กล่าวมาได้อย่างครอบคลุมชัดเจน รูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) เป็นกรอบแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่า มีประสิทธิภาพในการอธิบาย

พัฒนาการหรือสุขภาพที่ซับซ้อนของบุคคล รวมทั้งญาติผู้ดูแล (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชนิ สรรเสริญ, 2558) ซึ่งมีสมมติฐานว่า เมื่อคนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อพัฒนาการ การปรับตัว สุขภาพของบุคคล โดยมี 4 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง คือ 1) กระบวนการ (Process) สะท้อนถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นศูนย์กลางกับบริบท สิ่งแวดล้อมรอบตัว 2) บุคคล (Person) เป็นศูนย์กลางของระบบ 3) บริบทแวดล้อม (Context) สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล และ 4) เวลา (Time) รวมเรียกว่า PPCT Model ซึ่งเมื่อนำมาใช้ ในการอธิบายสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลที่มีความซับซ้อน พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อ สุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมีหลายประการ ดังนี้ ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการรับรู้ภาระ การดูแล ปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ ปัจจัยด้าน บริบทสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านเวลา ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแล

ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุเป็นที่แสดงถึงวุฒิภาวะ และความสามารถของบุคคล โดยอายุที่แตกต่างกันจะทำให้มีประสบการณ์ที่ต่างกัน และส่งผลให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณวรรณ ผาโคตร, 2554) ญาติผู้ดูแลที่อายุมากจะรู้สึกรบรูล เป้าหมายทางปัญญาได้มากกว่า ( $r = 0.29, p < .01$ ) (Lawang, 2013) การศึกษาเป็นปัจจัยที่แสดงถึง ความรู้ และความสามารถในการจัดการปัญหา โดยญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่ดี มีความสามารถในการมองชีวิต จึงแก้ปัญหาได้ดีกว่า และรู้สึกรบรูลเป้าหมายทางปัญญาได้ มากกว่า ( $t = 2.63, p < .01$ ) (Lawang, 2013) รายได้ของครอบครัวมีผลในด้านของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลและค่าใช้จ่ายภายในบ้าน จากการศึกษาพบว่า รายได้ที่สูงจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกรบรูล เป้าหมายทางปัญญาได้มากกว่า ( $t = 2.41, p < .05$ ) (Lawang, 2013) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาศีล สวดมนต์ ฟังธรรม ทำสมาธิ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้คนมีกำลังใจ เข้าใจตนเอง และช่วยให้จิตวิญญาณสมบูรณ์หรือเกิดความผาสุก ทางจิตวิญญาณ ( $t = 5.465, p < .001$ ) (วรรณวรรณ ผาโคตร, 2554) การรับรู้ภาระการดูแล เป็นความรู้สึกของญาติผู้ดูแลถึงความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลโดยการรับรู้ภาระ การดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพทางปัญญา ( $r = -.493, p < .01$ ) (Spurlock, 2005)

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการ คือ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ พบว่า หากญาติผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพัน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนพิการก็จะทำให้เกิดการดูแล อย่างเต็มใจ อิ่มใจในการดูแลเป็นอย่างดี และทำให้มีความมั่นคงทางปัญญา ( $r = 0.23, p < .01$ ) (อวยพร ภัทรภักดีกุล, สุทธิศา เจริญศิลป์ และชลธิชา ศรีดินันท์, 2553) ส่วนปัจจัยด้านบริบท

สิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความช่วยเหลือ ทั้งการประคับประคองจิตใจ การช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ทางจิตวิญญาณที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณดีมากขึ้น ( $r = 0.49, p < .05$ ) (Lawang, 2013) และปัจจัยด้านเวลา คือ ระยะเวลาการดูแลที่เป็นภาวะการณ์การดูแลเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการดูแลยาวนานมีผลให้สุขภาวะทางปัญญาแย่งลง ( $p < .05$ ) (Frost et al., 2012)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของญาติผู้ดูแลในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่มีกิจกรรมมาก ยาก ซ้ำซ้อน และต่อเนื่องยาวนาน อีกทั้งยังสะท้อนข้อจำกัดของการศึกษาด้านสุขภาวะทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะด้านอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่สมบูรณ์แบบองค์รวมและสามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการและยังเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลโดยการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

### สมมติฐานการวิจัย

อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ภาวะการดูแล สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ดูแล สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป และได้รับการจดทะเบียนคนพิการในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยมีตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล (อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้การดูแล) ปัจจัยด้านกระบวนการ (สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ) ปัจจัยด้านบริบทสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยด้านเวลา (ระยะเวลาที่ดูแล)
2. ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้รูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) มาใช้ในการอธิบายสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ได้อธิบายเกี่ยวกับพัฒนาการสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงของบุคคลว่า เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นอาจส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบ และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลก และรับรองว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการ และญาติผู้ดูแลได้ (วรรณรัตน์ ลาวัณ และรัชณี สรรเสริญ, 2558)

รูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ได้กล่าว ถึงองค์ประกอบหลักที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลง 4 องค์ประกอบ รวมเรียกองค์ประกอบเหล่านั้นว่า PPCT Model ได้แก่ 1) กระบวนการ (Process) สะท้อนถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นศูนย์กลางกับบริบทแวดล้อมรอบตัว เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดหรือเรียกว่า กระบวนการใกล้ชิดจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อบุคคล 2) บุคคล (Person) เป็นศูนย์กลางของระบบที่มีคุณลักษณะ 4 ด้าน คือ ด้านประชากร (Demographic characteristics) ด้านความต้องการของบุคคล (Demand characteristics) ด้านการแสดงออกของบุคคล (Disposition) และด้านทรัพยากรภายในตัวบุคคล (Bioecological resources) 3) บริบทแวดล้อม (Context) สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลสามารถแบ่งเป็น 4 ระบบ คือ ระบบเล็ก (Micro-system) ระบบกลาง (Meso-system) ระบบภายนอก (Exo-system) และระบบใหญ่ (Macro-system) และสุดท้าย คือ 4) เวลา (Time) สิ่งที่ใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นไปตามช่วงชีวิตปกติหรือนอกเหนือจากคาดคิด

เมื่อนำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า สุขภาวะทางปัญญาเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ เนื่องมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามองค์ประกอบของ PPCT Model ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านกระบวนการ คือ สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล และคนพิการ 2) ปัจจัยด้านตัวญาติผู้ดูแล คือ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการรับรู้ภาวะการดูแล 3) ปัจจัยบริบทแวดล้อม ซึ่งงานวิจัยนี้เน้นศึกษาเฉพาะระบบเล็ก คือ การสนับสนุนทางสังคม และสุดท้าย 4) เวลาที่เปลี่ยนแปลงไปในการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแล โดยช่วยให้ผู้วิจัยมองบุคคลอย่างเป็นระบบและสามารถนำมาปรับใช้ในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (Persons with physical disability) หมายถึง บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของ มือ เท้า แขน ขา หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน ที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป และได้รับการจดทะเบียนคนพิการ
2. ญาติผู้ดูแล (Family caregivers) หมายถึง บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน
3. สุขภาวะทางปัญญา (Spiritual well-being) หมายถึง สภาวะที่ญาติผู้ดูแล มีสติ สมาธิ ปัญญา สามารถรู้เท่าทันโลก และเข้าใจตนเอง มีความสุข สงบ ในการดูแลคนพิการและการใช้ชีวิต มีเป้าหมายในการดูแลคนพิการ และการใช้ชีวิต โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ที่ผู้วิจัยสร้างจากคำจำกัดความของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550) และจากการทบทวนวรรณกรรม
4. อายุ (Age) หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์ หากมีอายุเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ให้ปัดขึ้นเป็นปีถัดไป
5. การศึกษา (Education) หมายถึง จำนวนปีที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการศึกษาโดยนับตามวุฒิการศึกษาสูงสุดตามโครงสร้างการศึกษาของประเทศไทย หากระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ให้ปัดเป็น 1 ปี
6. รายได้ของครอบครัว (Family income) หมายถึง จำนวนเงินรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวญาติผู้ดูแล
7. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Religious activities) หมายถึง การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาศีล การทำสมาธิ รวมทั้งการไปวัด โบสถ์ มัสยิด ทำบุญ การตักบาตร การสวดมนต์ การฟังธรรม การทำละหมาด เป็นต้น โดยพัฒนาจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2543)

8. การรับรู้ภาระการดูแล (Caregiving burden) หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลถึงผลกระทบของการดูแลทั้งความยากลำบากในการกระทำกิจกรรม และการใช้เวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดยประเมินจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Zarit, (1990) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตา คุษฎี ทูลศิริ, รัชนิศร เสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) มี 4 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน

9. สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล และคนพิการ (Caregiver and care recipient relationship) หมายถึง ความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันในการแสดงความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือ โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการจากแบบวัด ความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker and Thompson (1983) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญใจ ตรีไพรวงศ์ (2540) ประเมินเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ

10. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยประเมินจากแบบ Multidimensional scale of perceived social support (Zimet, Dahiem, Zimet, & Farley, 1988) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย Wongpakaran, Wongpakaran, and Ruktrakul (2011) ครอบคลุมด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ

11. ระยะเวลาที่ดูแล (Duration of caregiving) หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เริ่มดูแลคนพิการจนถึงปัจจุบันเป็นปี หากระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ให้ปัดเป็น 1 ปี

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 1.1 คำจำกัดความของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 1.2 ผลกระทบจากความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 1.3 นโยบายการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 1.4 ความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
2. ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 2.1 คำจำกัดความของญาติผู้ดูแล
  - 2.2 บริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 2.3 ผลกระทบจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - 2.4 กลวิธีช่วยเหลือญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
3. สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล
  - 3.1 คำจำกัดความของสุขภาวะทางปัญญา
  - 3.2 ความสำคัญของสุขภาวะทางปัญญากับญาติผู้ดูแล
  - 3.3 การประเมินสุขภาวะทางปัญญา
4. รูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์
5. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

## คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

### คำจำกัดความของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก และประเทศไทยที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (2550) ให้ความหมายว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเภท (ช็อกกฎหมาย ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555, 2555) คือ

1. ความพิการทางการเห็น
2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
5. ความพิการทางสติปัญญา
6. ความพิการทางการเรียนรู้

การศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาในคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ซึ่งพระราชบัญญัติส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ได้กำหนดนิยามของความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ดังนี้

ความพิการทางการเคลื่อนไหว (Disability of mobility) หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของ มือ เท้า แขน ขา

ความพิการทางร่างกาย (Disability of physical) หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและการให้รหัส International classification of functioning, Disability and health (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ก็ให้คำจำกัดความเช่นเดียวกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ความหมายคนพิการ และคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตามคำนิยามของ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี พ.ศ. 2550

สรุป คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย คือ บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของมือ เท้า แขน ขา หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

สาเหตุความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามช่วงเวลาที่เกิดความพิการดังต่อไปนี้ (WHO, 2005 อ้างถึงใน รณิดา สารวรงค์กูร์, 2554)

1. ความพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital disability) มีสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งสาเหตุของความพิการแต่กำเนิดมาจากการติดเชื้อไวรัส หัดเยอรมัน การกินยาบางชนิดระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์ ความผิดปกติต่าง ๆ ระหว่างการคลอด เกิดจากกรรมพันธุ์ มีสาเหตุมาจากการมีความผิดปกติของยีนส์ และ โครโมโซม สมองมีการเจริญช้า ทำให้มีรูปร่างหรืออวัยวะผิดปกติแต่กำเนิด มีรูปร่างไม่สมประกอบ ระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อผิดปกติ เป็นต้น

2. ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired disability) ซึ่งมีปัจจัย และสาเหตุดังนี้

2.1 การบาดเจ็บ อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ ภัยสงคราม ภัยธรรมชาติ ที่ทำให้อวัยวะถูกตัดขาด กระดูกสันหลังถูกกระแทกหรือไขสันหลังถูกตัดขาด

2.2 ความพิการที่เกิดจากโรคหรือพยาธิสภาพในกลุ่มโรคติดต่อและไม่ติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคไขสันหลังอักเสบ โรคเรื้อน โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้เหลือความพิการทางร่างกาย เช่น อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตทั้งตัว และอัมพาตแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น

2.3 สาเหตุอื่น เช่น จากโรคพิษสุราเรื้อรัง และการติดสารเสพติดชนิดต่าง ๆ เรื้อรังรุนแรง จนมีอาการอัมพาตของแขนขา แขนขาอ่อนกำลัง และทรงตัวไม่อยู่ ภาวะทุพโภชนาการ

เกิดจากการขาดสารอาหาร ทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตตามปกติ ร่างกายแคระแกรน เกิดความผิดปกติในการเดิน การเคลื่อนไหว และจากวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่เจริญมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีช่วงอายุยืนยาวมากขึ้นเกิดความพิการตามมา

ระดับความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (คูใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2552, หน้า 10)

ระดับที่ 1 ความผิดปกติหรือความพร้อมของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 2 ความผิดปกติหรือความพร้อมในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขนหรือขา แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้

ระดับที่ 3 ความผิดปกติหรือความพร้อมในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือแขนขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับที่ 4 ความผิดปกติหรือความพร้อมในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือแขนขาเพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการสามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัวหรือแขนขา มากกว่า 2 ข้าง

โดยการวินิจฉัยคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามกฎหมายจะไม่รวมคนที่มี ความผิดปกติหรือความพร้อมของร่างกาย ระดับ 1 และระดับ 2 สำหรับคนที่มี ความผิดปกติหรือความพร้อมของร่างกายที่รักษาไม่ได้แล้ว เช่น แขน ขาขาด แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็น คนพิการตามกฎหมายได้เลยแต่หากความผิดปกติหรือความพร้อมนั้นสามารถดีขึ้นได้ เช่น อัมพาต ครึ่งซีก ฯลฯ ทำการรักษาแล้ว แต่ยังมี ความผิดปกติอยู่ ควรผ่านการดูแลที่ถูกต้อง และต่อเนื่องนาน 6 เดือน (คูใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2552)

จากระดับของความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จะเห็นว่า คนพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือประกอบกิจวัตร หลักในชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อให้คนพิการ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาระดับของความพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป

#### **ผลกระทบจากความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**

ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่องของร่างกายอย่างรุนแรง และถาวรของคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจนเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมต่าง ๆ

ในชีวิตประจำวันหรือการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนหรือสังคม ความพิการดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อคนพิการทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง ทำให้มีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัว เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และอาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ จากการนอนนาน เช่น หลอดเลือดดำอุดตัน โรคปอดบวม ถ่ายปัสสาวะไม่ออก การติดเชื้อ และย่อยอาหารลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดแผลกดทับ เป็นต้น (สุภาณี อ่อนชื่นจิต และฤทัยพร ศรีตรง, 2549) ด้านจิตใจทำให้เกิดความซึมเศร้า จากการไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมกับคนในครอบครัวได้ (อโนชา ทศนาชนชัย, นุจรี ไชยมงคล และสุนทราวดี เขียวพิเชฐ, 2552) เกิดความรู้สึกท้อแท้ขาดพลัง (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2555) เกิดความรู้สึกอับอายเมื่อต้องออกไปนอกบ้านจากความพิการของร่างกาย (รัชณี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2556) เกิดความเครียดจากการต้องพึ่งพาคนอื่น จากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ความเหงาจากการเจ็บป่วยนาน ครอบครัว และเพื่อนละเลยไม่มาเยี่ยม (สุภาณี อ่อนชื่นจิต และฤทัยพร ศรีตรง, 2549) ส่วนผลกระทบด้านสังคมไม่สามารถออกนอกบ้านได้ ทำให้การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งเมื่อเป็นระยะเวลาานจะทำให้คนพิการถูกจำกัดบทบาทไปและถูกมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาส (อภิรักษ์ พิศุทธิ์อารักษ์ และคณะ, 2550) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ คนพิการอาจขาดความภาคภูมิใจในตนเองและคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมในเรื่องใด ๆ ของสังคมได้ (มยุรี ศิวสุวรรณ และคณะ, 2556)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว คือ เพิ่มภาระต่อครอบครัว ความพิการที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลนั้น ๆ (รัชณี สรรเสริญ, 2551; Lawang, 2013) ในด้านเศรษฐกิจครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น จากค่ารักษาพยาบาลหรือดูแลคนพิการ ค่าอุปการณ์ต่าง ๆ ค่าเดินทาง เป็นต้น แต่รายได้ลดลงจากการที่สมาชิกในครอบครัวอาจสูญเสียรายได้เนื่องจากต้องออกจากงานหรือลางานมาดูแลคนพิการ จนอาจทำให้เกิดหนี้สินได้ (พัชริน วิจิตรลงกรณ์, อรรถพงษ์ ตรีัญญา และปาริรัชย์ เพิ่มเพียร, 2550) ด้านสุขภาพ จากการที่ต้องดูแลคนพิการ ทำให้การดูแลตนเองลดลง เช่น การพักผ่อน ที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย เป็นต้น (Lawang, 2013) อาจส่งผลทำให้สมาชิกซึ่งเป็นผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยตามมาหรือภาวะโรคที่เป็นอยู่

มีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตัวจากการยก และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างไม่ถูกวิธี หรือผู้ป่วยมีขนาดตัวใหญ่เกินกำลังของญาติผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) เกิดความเครียดจากการดูแล การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ลดลง ด้านความสัมพันธ์ในกับสมาชิกครอบครัวจะลดลงเนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้น (รินดา สารวรงค์กูร, 2554)

3. ผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติ กระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระในการจัดบุคลากรในการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รัฐบาลต้องรับภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นจำนวนมากโดยการสนับสนุนงบประมาณด้านการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ประมาณ 657,059,400 บาท ให้แก่หน่วยบริการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดเกี่ยวกับค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ช่อมผลิตอุปกรณ์ ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ บริการผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชน ค่าฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ ประมาณ 73,278,000 บาท ให้แก่หน่วยบริการ องค์กรคนพิการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด เกี่ยวกับการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการตามความพร้อม ส่งเสริมศักยภาพ องค์กรคนพิการ/ ผู้ดูแล ส่งเสริมระบบบริการในชุมชนร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่งเสริมกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมการจัดบริการรูปแบบใหม่ และพัฒนาองค์ความรู้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

จากความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นภาวะเรื้อรัง ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวคนพิการเอง ครอบครัวและสังคมและประเทศชาติ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งคนพิการ คนในครอบครัว

#### **นโยบายการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ขยายขอบข่ายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยการกระจายอำนาจ และบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบไปยังส่วนภูมิภาคหรือพื้นที่ร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ด้วยการสนับสนุนงบประมาณด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์ให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน และการมีส่วนร่วมขององค์กรคนพิการ อีกทั้งภาคีอื่น ๆ ในพื้นที่มากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ประกอบกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ.



2555-2559 ซึ่งยึดหลักการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรอบด้าน และบูรณาการการดำเนินงาน ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วน โดยเน้นผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานเพื่อให้คนพิการดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน โดยการสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการ และทุกคนในสังคม เสริมพลังคนพิการให้เข้าถึงระบบบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการขับเคลื่อนองค์กรด้านคนพิการ และเครือข่ายอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ และสร้างสังคมให้มีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการ และคนพิการ (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2554)

จะเห็นได้ว่า นโยบายการดูแลคนพิการของภาครัฐเน้นการดูแลระยะยาวที่บ้าน คือ การจัดบริการสาธารณสุขหรือบริการสังคมเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรทางสาธารณสุข) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) เน้นการทำงานร่วมกันขององค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน เช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมคนพิการ เป็นต้น เพื่อให้การดูแลคนพิการในชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ ให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับทุกคนในสังคมของตนเองได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน (รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2555) ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลคนพิการที่บ้านหรือที่เรียกว่า ญาติผู้ดูแล จึงมีความสำคัญทั้งต่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และต่อประเทศชาติ

#### **ความต้องการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**

จากนโยบายการดูแลคนพิการเน้นการดูแลคนพิการระยะยาวที่บ้าน โดยให้คนพิการซึ่งอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนให้สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยการร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรภายในชุมชน การดูแลคนพิการต่อที่บ้านจึงจำเป็นต้องดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการการดูแล (Caregiving demand) ของคนพิการเพื่อการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า คนพิการมีความต้องการพยาบาลมาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว และให้การดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้โดยสะดวก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ต้องการความช่วยเหลือด้านการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว รับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัว (อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550) เนื่องจากข้อจำกัดที่เกิดจากความพิการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมต่อไป

2. ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว (อภริกษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550) เนื่องจากความพิการเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน จนอาจทำให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงเกิดความเคยชินจนละเลยการมาเยี่ยมและเอาใจใส่ ต้องการนักจิตวิทยา อสม. มาพบปะพูดคุยกับคนพิการ ให้คำปรึกษาคนพิการเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี (ณฤทัย เกตุหอม, 2555; อนุรักษ์า เจียนรัมย์, 2557)

3. ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้าน การจัดหาอาชีพ และการจัดสวัสดิการผู้พิการต้องการให้มีบริการพาหนะเวลาจำเป็นต้องไปที่อื่น (ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ชันวิเศษ, 2554; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถเดินทางไปต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก และความต้องการด้านการศึกษา ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย (ณฤทัย เกตุหอม, 2555)

4. ความต้องการด้านปัญญา ต้องการการให้คำปรึกษา และแนวทางแก้ปัญหา ในการดำเนินชีวิต การสนับสนุนกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา (ณฤทัย เกตุหอม, 2555) เพื่อให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเกิดการมอง โลกตามความเป็นจริง และสามารถดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับความพิการได้อย่างมีความสุข

จะเห็นได้ว่า ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และยังมีความต้องการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากข้อมูลการสำรวจพบว่า คนพิการที่อาศัยอยู่ในบ้านต้องการการดูแลช่วยเหลือถึงร้อยละ 90 และในพื้นที่ชุมชนชนบทพบมากถึงร้อยละ 95 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล และช่วยเหลือคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ส่วนใหญ่คือ ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล (Family caregiver)” ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญมากในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวที่บ้าน ญาติผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือน เสาหักของการดูแลระยะยาว (Bedrock of long-term care) (Levine et al., 2010) ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

### **ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**

การศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากความต้องการการดูแล (Caregiving demand) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตาม โรคจากบุคคลอื่น ประกอบกับนโยบาย

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเน้นการดูแลต่อที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีการให้ความหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

### คำจำกัดความของญาติผู้ดูแล

“ผู้ดูแล” มีนักวิชาการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลไว้หลากหลาย เช่น

รัชณี สรรเสริญ (2551, หน้า 3) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อันมีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือแหล่งอาศัยในชุมชน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2554, หน้า 286) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ผู้ดูแลอาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

Carers (2012) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเกิดการเจ็บป่วย ความพิการ หรือการสูงอายุ

ประเภทของผู้ดูแล สามารถแบ่งได้หลายแบบตามลักษณะการพิจารณา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ดังนี้

#### 1. พิจารณาตามมิติความเป็นทางการ

1.1 ญาติผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการพยาบาลหรือกลุ่มองค์กร ที่ผ่านการอบรมมาก่อน และได้รับค่าตอบแทนเป็นเงิน เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบ่งได้ดังนี้

1.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ ผ่านการศึกษาจากสถาบันที่ชัดเจนมีใบประกอบวิชาชีพ มีกฎหมายคุ้มครองการให้บริการ และมีองค์กรวิชาชีพดูแล และให้การช่วยเหลือมักเป็นบุคคลที่ทำงานด้านการดูแลด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน

1.1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ อาจเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ มาก่อนที่ไม่ใช่วิชาชีพหรือเป็นผู้ดูแลที่ไม่ผ่าน

การอบรม แต่เข้ามาทำหน้าที่ให้การดูแลร่วมกับทำงานบ้าน ดูแลกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะพื้นฐานของตนเอง และประสบการณ์ชีวิตในการดูแล

1.1.3 ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร หมายถึง ผู้ที่มีความยินดีให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแล โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ดูแลจากหน่วยงานที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ และเคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลเบื้องต้นอย่างน้อย 3-5 วัน

1.2 ญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่า มักเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน และที่สำคัญคือไม่ได้รับเงินตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

## 2. พิจารณาแบ่งตามมิติความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแล

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติ อาจประกอบด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันบ้าน บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือที่ไม่ใช่ญาติ (Non-family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือข่ายสังคมอื่น ๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่ใช้การช่วยเหลือนงานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนบุญคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

## 3. พิจารณาตามมิติของความรับผิดชอบต่อการดูแล

3.1 ผู้ดูแลหลัก (Main/ Primary caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่า เป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วยหรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุดหรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

3.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจจะเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

การศึกษานี้เน้นศึกษาใน “ญาติผู้ดูแล” ผู้ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่บ้านเป็นหลัก เนื่องจากบริบทสังคมไทย พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย คือ ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Lawang (2013, p. 19) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า บุคคลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ใหญ่ที่มีความพิการทางร่างกายที่ไม่สามารถดูแลตนเองในบ้านหรือที่พักอาศัยในชุมชน

ธนิดา สารวรงค์กูร (2554, หน้า 10) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า บุคคลทั้งชายและหญิงที่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือไม่มี ความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน สะใภ้ ที่พักอยู่ในครอบครัว และมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลที่บ้านให้กับคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นอย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในรูปค่าจ้าง และเป็นผู้ที่พาคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ

การศึกษานี้ให้คำจำกัดความของญาติผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือต้องการการดูแลตามแผนการรักษา ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน

#### **บริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**

จากการทบทวนวรรณกรรม จากงานวิจัยต่างประเทศ (Delgado-Guay et al., 2012; Kim, Reed, & Kang, 2013; Spurlock, 2005) และงานวิจัยในประเทศ (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2555; สมพร ปานผดุง และคณะ, 2556; Lawang et al., 2013) สามารถสรุปคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลได้ดังนี้ ผู้ดูแลทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนมากอยู่ในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 48-51 ปีโดย มีอายุอยู่ในช่วงตั้งแต่ 17-73 ปี มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ในขณะที่ญาติผู้ดูแล

ในต่างประเทศส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายน้อย

ในบริบทของสังคมไทย ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่ได้รับการดูแล คือ เป็นบุตร รongลงมา คือ เป็นคู่สมรส ซึ่งทำให้ เหตุผลการเป็นผู้ดูแล คือ ความรักหรือการมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด และเป็นหน้าที่หรือ ความรับผิดชอบเป็นส่วนใหญ่ และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (สมพร ปานผดุง และคณะ, 2556; Lawang, 2013; Spurlock, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรม (พรนภา เจริญสันต์, 2553; รณิดา สารวรงค์กูร, 2554; อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550; Lawang et al., 2013) พบว่า กิจกรรม การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีจำนวนกิจกรรมที่มาก (ครอบคลุมกาย จิต สังคม) โดยญาติผู้ดูแลให้ความเห็นว่า เป็นงานที่หนัก และมีความซับซ้อนยุ่งยากในการปฏิบัติ เนื่องจากต้องดูแลช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การทำ ความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การเตรียมอุปกรณ์และการช่วยในการเคลื่อนย้าย การขับถ่าย เป็นต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้คนพิการมีการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อเพื่อป้องกัน ภาวะกล้ามเนื้อลีบหรือข้อติดแข็ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดไป การดูแลเรื่องโรค การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ซึ่งที่พบบ่อย คือ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร การป้องกันการเกิด แผลกดทับ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อีกทั้งการดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และต้องดูแลคนพิการทั้ง 7 วัน/ สัปดาห์ เป็นต้น การดูแลด้านจิตใจ เนื่องจาก คนพิการมักเกิดความรู้สึกท้อแท้ น้อยใจต่อโชคชะตา รู้สึกว่าถูกหลอกลวงรังเกียจ ไม่อยาก มาดูแล และไม่ได้เข้าสังคม หรือพบปะเพื่อนเหมือนเช่นเคย เพราะฉะนั้นการดูแลอย่างเอื้ออาทร เอาใจใส่จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นกิจกรรมการดูแลที่ยากมาก และซับซ้อน และมีการดูแลระยะยาวต่อเนื่อง จึงเป็นงานที่ผู้ดูแลต้องมีความพร้อม และความมุ่งมั่น ในการเผชิญบทบาทดังกล่าว จึงมักพบปัญหาหรือข้อจำกัด เรื่องที่พบมาก คือ การขาดความรู้ และขาดความมั่นใจในการดูแล (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2555; Lawang, 2013) ซึ่งการดูแลนั้น ก็คือ การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้านที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาของโรคหรืออาการนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลบาดแผล การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลเกี่ยวกับ กิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารทางสายยาง การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายคนพิการ เป็นต้น (รณิดา สารวรงค์กูร, 2554; อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และคณะ, 2550; อรุณี ขุนหบดี, ธิจารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรภรณ์ ทองไสย, 2555) ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมี ประสบการณ์การดูแลมาก่อน จึงทำให้เกิดไม่มีความรู้และเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลขึ้น (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2555)

### ผลกระทบจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

จากการศึกษาผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทำให้ญาติผู้ดูแลได้ทดแทนบุญคุณหรือได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำหรือตอบแทนคุณความดี ในฐานะสามี/ ภรรยา หรือบุตรหลาน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่สะท้อนผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามความหมายของสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550) ที่ว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย จากการดูแลคนพิการทำให้ญาติผู้ดูแล ดูแลตัวเองน้อยลง เช่น การพักผ่อนที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย (Tsukasaki et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตัวจากการยก และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างไม่ถูกวิธีหรือผู้ป่วยมีขนาดตัวใหญ่เกินกำลังของญาติผู้ดูแลอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรงเนื่องจากพักผ่อนน้อย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยกับร่างกาย โดยโรค 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง กระดูกและข้อ และโรคเบาหวาน (Lawang, Horey, & Blackford, 2015) โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วกำเริบมากขึ้น เนื่องจากเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง ทำให้ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหาร ไม่ตรงเวลา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; Lawang, 2013)

2. ผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตใจ จากการที่ต้องดูแลคนพิการที่มีความซับซ้อน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางครั้งยังต้องรองรับอารมณ์ของคนพิการ ทำให้ผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ให้เกิดความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับสูง คือ ความเครียดที่เกิดจากการดูแลคนพิการ ได้แก่ การดูแลตามอาการ การเผชิญกับอารมณ์ และพฤติกรรมของคนพิการ การรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงความเครียดที่เกิดจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ และการต้องใช้เวลาไปกับคนในครอบครัวมากขึ้น รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ ขาดพลังในการดูแลขึ้นได้ นอกจากนี้ยังรู้สึกโดดเดี่ยวจากการต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วาทัญญู และสุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2555; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

3. ผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคม จากการเป็นผู้ดูแลซึ่งมีกิจกรรมจำนวนมาก และมีระยะเวลาในการดูแลต่อวันนาน และอาจต้องดูแลทั้ง 7 วัน จึงส่งผลให้การพบปะทางสังคมลดลง บางคนอาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบการทำงาน ต้องมีการปรับตัว บางคนเปลี่ยนแปลงจากทำงานเป็นเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแล หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ

เวลาการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง (รัชนิ ศรเสริญ, 2551: ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2554; อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2555; Delgado-Guay et al., 2012)

4. ผลกระทบต่อสุขภาพทางปัญญา ญาติผู้ดูแลสะท้อนถึงความไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะต้องทำต่อไปในอนาคต (Davey & Keeling, 2004) ความสุขในชีวิตลดลง (รัชนิ ศรเสริญ และคณะ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นผลกระทบจากการดูแลที่เกิดกับญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนสุขภาพทางด้านปัญญาพบน้อยมาก และยังไม่ชัดเจน

#### **กลวิธีช่วยเหลือญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่รับบทบาทหน้าที่ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งทำให้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำรงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลต่อไปได้ รัฐบาลมีนโยบายการจ่ายเบี้ยคนพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบคณะกรรมการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติคนละ 500 บาท เป็นการเพิ่มรายได้ของครอบครัวซึ่งถือเป็นการสนับสนุนญาติผู้ดูแลคนพิการด้วยกัน มีการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการให้แก่หน่วยบริการ/ องค์กรคนพิการ/ กองทุนฟื้นฟูจังหวัด ส่งเสริมศักยภาพองค์กรคนพิการ/ ผู้ดูแล ส่งเสริมระบบบริการในชุมชนร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่งเสริมกำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมการจัดบริการรูปแบบใหม่ และพัฒนาองค์ความรู้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชน ซึ่งผลลัพธ์พบว่าผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ มีความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการมากขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลงและความเข้มแข็งในครอบครัวมากขึ้น (รัชนิ ศรเสริญ และคณะ, 2555)

นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง กลวิธีหรือกิจกรรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว (Lawang et al., 2013) พบว่าในประเทศไทย มีการจัด โปรแกรมเพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีด้านร่างกาย จิต และสังคม ซึ่งนำไปสู่กิจกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับญาติผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การรักษาบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล โดยเน้น โปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันหรือจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ผลของรูปแบบการฝึกญาติผู้ดูแลโดยใช้วิดีโอต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล รองลงมา คือ สุขภาพทางกาย เช่น ผลของการสอน และการฝึกทักษะต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และสุขภาพของ



ผู้ป่วย และสภาวะทางสังคม เช่น ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความสามารถของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้ป่วยที่สำคัญสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น คือ ยังไม่พบไม่มีการสนับสนุนส่งเสริมสภาวะปัญญา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาในประเทศสะท้อนภาพอย่างชัดเจนว่า ญาติผู้ดูแลมีความสำคัญกับระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีบริบท การดูแลที่มีกิจกรรมมาก หนัก ยาก และระยะเวลาการดูแลนาน ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แต่การศึกษาที่ผ่านมากลับมุ่งเน้นเพียงผลที่ตามมาต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเท่านั้น ในทางกลับกันการประเมินผลกระทบต่อในมิติทางด้านปัญญาของญาติผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ยังขาดการศึกษาที่ชัดเจนประกอบกับ โปรแกรม การช่วยเหลือก็ยังละเลยมิติดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงองค์ความรู้ที่ขาดหายไป และเห็น ความจำเป็นของการศึกษาภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทาง ร่างกาย เพื่อที่จะได้ข้อมูลพื้นฐานทางด้านปัญญา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การพัฒนาการจัด โปรแกรมเพื่อพัฒนาปัญญาของญาติผู้ดูแล ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดีจะทำให้สามารถดำรง รักษาทบเทาการดูแลได้ดีและคุณภาพชีวิตของคนพิการดีตามมา

### สภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

มิติด้านปัญญา เป็นมิติที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพองค์รวมมีความเชื่อมโยงทั้งมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกจากกันเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสุข และสุขภาพ ของบุคคลได้ และเป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง ซึ่งในเอกสารวิชาการพบการใช้ทั้งคำ จิตวิญญาณ และปัญญา และมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการใช้คำทั้งสอง โดยเกิดความชัดเจน และเป็น ทางการมากขึ้น เมื่อสำนักปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติตัดสินใจใช้คำ ปัญญา แทนคำ จิตวิญญาณ เพื่อให้ ตรงกับหลักของพระพุทธศาสนามากขึ้น โดยอาจยังมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการใช้คำ จิตวิญญาณ และปัญญา มีบทความเสนอให้ไม่ต้องหาข้อยุติในประเด็นดังกล่าว เนื่องจากหาข้อยุติได้ยาก และในทางปฏิบัติควรยึดนิยามที่ครอบคลุมมิติ 4 ด้านในภาษาไทย (วิชัย โชควิวัฒน์, 2552) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า ปัญญา แทน จิตวิญญาณ เพื่อให้สอดคล้องตามนิยามของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550)

#### คำจำกัดความของสภาวะทางปัญญา

ปัญญา เป็นมิติหนึ่งของสุขภาพที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550) และได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผล แห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม

และเอื้อเพื่อพ่อแม่ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) ในภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า Spirituality ซึ่งมีรากศัพท์ จากคำว่า Spiritus ซึ่งเป็นภาษาละติน แปลว่า ลมหายใจ ความมีชีวิต วิญญาณ และจิตใจ รวมกับ คำว่า Enthusiasms ซึ่งแปลว่า พระเจ้าสถิตภายใน หรือพลังอำนาจ ศักดิ์สิทธิ์ของชีวิต (พัชนี สมกำลัง, 2556; บุปผา ชอบใช้, 2546)

สุขภาวะทางปัญญาได้รับความสนใจมากขึ้นในประเทศไทย เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางสุขภาพ จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้ทำการศึกษา และให้คำนิยามเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาไว้หลากหลาย เช่น

พัชนี สมกำลัง (2556) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่จิตวิญญาณได้รับการพัฒนาต่อเนื่องจนงอกงาม เกิดปัญญาหยั่งรู้ เข้าใจความจริงสูงสุดของชีวิต ค้นพบเป้าหมาย ความหมายของชีวิต มีคุณภาพในความสัมพันธ์ภายในตนเอง ความสัมพันธ์กับบุคคล สิ่งแวดล้อม และ/ หรือพลังเหนือธรรมชาติ มีความรู้สึกสงบ มีความสุข มีความเข้าใจในตนเอง เข้าใจในธรรมชาติ และความเป็นจริงในชีวิต และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

ทัศนีย์ ทองประธิป (2549) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุข ความปิติ ความอิ่มใจ ความสงบ ความรู้สึกพอเพียง และ/ หรือมีความหวังในชีวิต และยังให้ ความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่าหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสุขหรือความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของตน มีความสุข มีศรัทธา และปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ รู้คุณค่าของการเกิดมาเป็นมนุษย์ มีความรัก ความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ และสัตว์อื่น ตระหนักในคุณค่าของธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งสองคำมีความหมายที่ใกล้เคียงกันมากจึงแยกกันยาก ในเอกสารทางวิชาการจึงพบได้ทั้งสองคำ

รัตติกรณ์ จงวิศาล, ศยามล เอกะกุลานันต์, พนมพร พุ่มจันทร์, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร และนำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล (2557) ให้นิยามของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่าสภาวะสงบสุข ที่มีความประณีต เป็นความสุขที่แท้จริงที่สุด พ้นจากการยึดติดกับวัตถุ แต่เป็น ภาวะที่เปี่ยมล้นด้วยความปิติ อิ่มเอิบ อิ่มเต็มจากภายใน มีความอ่อนโยน เบิกบาน จิตใจสงบนิ่ง ไม่วุ่นวาย สับสน มีพลังในการมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหมาย มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนพึงพอใจ ในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เข้าใจโลก และชีวิตตามความเป็นจริงและมีความสามารถในการเผชิญ และแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความสุข ความสงบ อย่างแท้จริงในชีวิต และหน้าที่การงาน มีสิ่งที่ศรัทธา ยึดเหนี่ยวจิตใจ ค้นพบคุณค่า ความหมาย ในตัวเอง มีเป้าหมายในการใช้ชีวิตอย่างชัดเจน รู้เท่าทัน เข้าใจตนเองและชีวิตอย่างถูกต้อง

ตามความเป็นจริง ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมมีคุณค่า มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตของตน

สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล หมายถึง สภาวะที่ญาติผู้ดูแล มีสติ สมาธิ สามารถรู้เท่าทันโลก และเข้าใจตนเอง มีความสุขสงบ ในการดูแลคนพิการและการใช้ชีวิต มีเป้าหมายในการดูแลคนพิการและการใช้ชีวิต

### ความสำคัญของสุขภาวะทางปัญญากับญาติผู้ดูแล

ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญเกี่ยวกับมิติทางปัญญามากขึ้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้มีการระบุด้านปัญญาเป็นมิติหนึ่งของสุขภาพ โดยพัฒนาสุขภาพแห่งชาติก็ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต้องครอบคลุมปัญญาด้วย คือ ต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

มิติปัญญาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางสังคม (พัชนี สมกำลัง, 2556; รัตติกรณัฏ จงวิศาล และคณะ, 2557) การวัดด้านปัญญาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะมีผู้ป่วยจำนวนมากบอกว่า จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล (Gary, 2006) และพบว่า จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพทางกายของทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแล คือ เมื่อมีจิตวิญญาณสูงสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก็จะมีสุขภาพที่ดี (Delgado-Guay et al., 2012; Kim et al., 2011) และจิตวิญญาณและศาสนายังช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเจ็บป่วยของคนที่เรารักได้ (Delgado-Guay et al., 2012) และการศึกษาของ Kim (2008) พบว่า จิตวิญญาณของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งก็คือหากผู้ป่วยมีสุขภาพที่ไม่ดีก็จะส่งผลต่อผู้ดูแล และหากผู้ดูแลสุขภาพไม่ดีก็จะส่งผลให้สุขภาพของผู้ป่วยไม่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ปานผดุง และคณะ (2556) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ จิตวิญญาณยังเป็นกำลังใจให้ผู้ดูแลสามารถทำภารกิจหรืองานสำเร็จ ได้ด้วยดีเนื่องจากผู้ดูแลทั้งหมดมีหลักยึดเหนี่ยวในชีวิตรวมทั้งเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว (ไหมมุนีระ คลังช่อง, 2553) แต่ถ้าหากผู้ดูแลมีความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณก็จะทำให้กลวิธีในการแก้ปัญหาแย่งลง หรือคิดปกติไป และคุณภาพชีวิตแย่งลงมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณ (Delgado-Guay et al., 2012)

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายการศึกษาสนับสนุน การประเมิน และการดูแลทั้งผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลในด้านปัญหาว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและมีติ ด้านปัญหาจำเป็นต้องได้รับการประเมิน (Delgado-Guay et al., 2012; Duffy & Blustein, 2005; Kim et al., 2011) และมีหลายการศึกษาที่สนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมที่เกี่ยวกับด้านปัญหา ให้แก่ ญาติผู้ดูแลเพื่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล (Spurlock, 2005; Kim et al., 2011)

สุขภาพทางปัญญามีความสำคัญทางด้านสุขภาพต่อทั้งญาติผู้ดูแลและคนพิการ และยัง ส่งผลต่อการดำรงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการ เพราะถ้าญาติผู้ดูแลมีสุขภาพทางปัญญาที่ดี ก็จะส่งผลมีสุขภาพที่ดี และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี มีกำลังใจ และเป้าหมาย ในการดำรงบทบาทของตนได้ต่อไป

### การประเมินสุขภาพทางปัญญา

สุขภาพทางปัญญาเป็นสิ่งที่จำเป็นและสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องให้ ความสำคัญในการประเมิน และการดูแลมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การประเมินสุขภาพทางปัญญาเพื่อให้สามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุม

### มุมมองการประเมินสุขภาพทางปัญญาตามบริบทวัฒนธรรม แบ่งได้ดังนี้

1. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันตก เป็นความรู้สึกรู้สึกของความกลมกลืน ระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ รวมทั้งสิ่งสูงสุดที่ดำรงอยู่เหนือเวลาและสถานที่ เป็นสิ่งที่บรรล จากกระบวนการเจริญเติบโตแบบบูรณาการที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในเป้าหมายที่สูงสุดในชีวิต เป็นความรู้สึกที่ได้มาเมื่อบุคคลค้นพบความสมดุลระหว่างคุณค่าในชีวิต เป็นสภาวะที่บุคคล มีความสมบูรณ์พร้อมของร่างกาย และจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข รู้สึก มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีความรัก ความศรัทธา ความหวัง การค้นหา ความหมายในชีวิต มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีความเมตตาต่อผู้อื่น มีการยอมรับนับถือในชีวิตตนเอง และในสังคม (วรุณวรรณ ภาโคตร, 2548)

2. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออก เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสุข ในทุกอณูของร่างกายอย่างลึกซึ้ง และประณีต เป็นความสุขที่เกิดจากความดีหรือการมีกิเลสน้อย การไม่เห็นแก่ตัว จิตใจมีความสงบ มีความสุข มีความเป็นอิสระ มีภูมิคุ้มกันทางจิต มีกระแสรับรู้ ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ มีการเข้าถึงสิ่งสูงสุด และมีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณ คือ มีเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา มีสติ สมาธิ และปัญญา มีความสดชื่นเบิกบานในชีวิตและหน้าที่การงาน อย่างแท้จริง (วรุณวรรณ ภาโคตร, 2548)

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้มุมมองการประเมินสุขภาพทางปัญญาตามแนวคิดตะวันออก เนื่องจากสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่เป็นสังคมพุทธ

### วิธีการประเมินสุขภาวะทางปัญญา

ลักษณะการประเมินสุขภาวะทางปัญญาต้องประเมินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ทักษะการประเมินในหลายทักษะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง ดังนี้

1. การสังเกต ได้แก่ การสังเกตท่าทาง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก สีหน้า การพูด เน้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมหรือพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ สวดมนต์ การอ่านหนังสือธรรมะ การสวมนัตถุมงคล วิธีการปฏิบัติศาสนกิจ ความศรัทธาของตน ความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทางศาสนา หรือเมื่อมีปัญหาได้ใช้สิ่งใดปลอบใจบ้าง (วรรณวรรณ ผาโคตร, 2548)

2. การสัมภาษณ์ อาจใช้ร่วมกับการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องตามการรับรู้ และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. การใช้แบบประเมิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาวะทางปัญญาไว้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินสุขภาวะทางปัญญา

เครื่องมือ	คำจำกัดความ	องค์ประกอบ	รายละเอียด	กลุ่มตัวอย่าง
Spiritual well being scale (Paloutzian & Ellison, 1982)	The degree to which a person has a sense of well-being in relation to God and sense of life purpose and life satisfaction, with no reference to anything specifically religious	1. ความผาสุกที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา 2. ความผาสุกในการดำรงชีวิต	20 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ	ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ
Spiritual perspective scale (Read, 1987)	Awareness of one's inner self and sense of connection to a higher being, nature, others or to some purpose greater than one self	1. ทศนคติต่อสุขภาวะทางปัญญา 2. พฤติกรรม	10 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ	ผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลเด็ก
Functional assessment of chronic illness therapy- spiritual well- being scale (Kim, Carver, & spillers, 2010)	The degree to which participants reported finding spiritual well-being, in the form of faith, meaning and peace	1. ความศรัทธา 2. การให้ความหมาย 3. ความสงบ	12 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ	ผู้ป่วยมะเร็ง และคู่สมรสของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

เครื่องมือ (ที่มา)	คำจำกัดความ	องค์ประกอบ	รายละเอียด	กลุ่มตัวอย่าง
แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Unsanit, Sunsern, Kunsongkeit, O'Brien, & McMullen, 2012)	One's expression of harmony with respect to a sense of well-being in relation to a Supreme Being, as well as to a sense of meaning, purpose and satisfaction with life.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Happiness in life</li> <li>2. Acceptance of illness</li> <li>3. Life equilibrium</li> <li>4. Passion for life</li> <li>5. Self-transcendence</li> <li>6. Optimistic personality</li> <li>7. A purpose in life</li> <li>8. Willingness to forgive</li> </ol>	41 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ	ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

เครื่องมือ (ที่มา)	คำจำกัดความ	องค์ประกอบ	รายละเอียด	กลุ่มตัวอย่าง
แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Unsanit, Sunsern, Kunsongkeit, O'Brien, & McMullen, 2012)	One's expression of harmony with respect to a sense of well-being in relation to a Supreme Being, as well as to a sense of meaning, purpose and satisfaction with life.	1. Happiness in life 2. Acceptance of illness 3. Life equilibrium 4. Passion for life 5. Self-transcendence 6. Optimistic personality 7. A purpose in life 8. Willingness to forgive	41 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ	ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก (สมพร ปานผดุง และคณะ, 2556)	ลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกเมื่อมีประสบการณ์ที่สมบูรณ์ในตนเอง เป็นพลังและแรงขับเคลื่อนสูงสุดของชีวิตทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี	1. ความสุข ความสงบ 2. ความเบิกบานในการทำหน้าที่ 3. การมีสติ สมาธิ ปัญญา	36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช



ตารางที่ 1 (ต่อ)

เครื่องมือ (ที่มา)	คำจำกัดความ	องค์ประกอบ	รายละเอียด	กลุ่มตัวอย่าง
แบบวัดสุขภาพทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนา (รัตติกรณ์ จงวิศาล, ศยามล เอกะกุลนันต์, พนมพร พุ่มจันทร์, วิรัช กิตติพิชัย, ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร และ นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล, 2557)	สภาวะสงบสุข ที่มีความประณีต เป็นความสุข ที่แท้จริงที่สุด พ้นจากการยึดติดกับวัตถุ แต่เป็น ภาวะที่เปี่ยมล้นด้วยความปิติ อิ่มเอิบ อิ่มเต็ม จากภายใน มีความอ่อนโยน เบิกบาน จิตใจสงบ นิ่ง ไม่วุ่นวาย สบาย มีพลังในการมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหมาย มีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน พึงพอใจในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เข้าใจโลก และชีวิตตามความเป็นจริง และมีความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ต่าง ๆ ในภาวะวิกฤติได้อย่างเหมาะสม	1. การกล้ายืนหยัดทำในสิ่งที่ ถูกต้อง 2. เมตตากรุณา 3. มีเป้าหมายและเพียงพอ 4. ให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ 5. อ่อนน้อม 6. ให้อภัย 7. มีความเป็นมิตร	38 ข้อ ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ	บุคลากรระบบ สุขภาพ (ส่วนใหญ่ เป็นพยาบาล)

ผู้วิจัยจึงสร้างแบบประเมินสุขภาพทางปัญญาขึ้นมา โดยพิจารณาจากคำจำกัดความตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทางปัญญาที่สอดคล้องกับมิติสุขภาพที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย อีกทั้งยังนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลและบุคลากรทางระบบสุขภาพที่ดูแลผู้อื่น

จากการทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์สุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแล  
ในต่างประเทศจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
ระยะลุกลาม Delgado-Guay et al. (2012) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 43 คน  
Kim et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งและคู่สมรสที่ดูแล จำนวน 361 คู่ ผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์  
Spurlock (2005) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางปัญญา และภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์  
จำนวน 150 คน ซึ่งในภาพรวมพบว่า ญาติผู้ดูแลบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพทางปัญญา

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ดูแล  
ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเช่นเดียวกัน การศึกษาของ ไหมมุนีะ คลังข่อง  
(2553) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 9 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถ  
ยอมรับต่อการเจ็บป่วย ต่อปัญหาและอุปสรรคได้ มีกำลังใจในการดูแลมาจากจิตวิญญาณที่ใกล้ชิด  
กับความเชื่อของหลักศาสนา และการศึกษาของ สมพร ปานผดุง และคณะ (2556) ศึกษาญาติผู้ดูแล  
ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง  
ในภาคใต้ จำนวน 45 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางปัญญาอยู่ในระดับ  
ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2010) ที่ศึกษาบางแง่มุมของสุขภาพทางปัญญา  
ในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแลบางส่วนมีปัญหาด้าน  
สุขภาพทางปัญญา และมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมี  
การศึกษาสถานการณ์เพิ่มเติม

### รูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์

ในการอธิบายสุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว  
หรือทางร่างกาย ต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่สามารถอธิบายบริบทการดูแลที่ซับซ้อนรวมทั้งปัจจัย  
ที่เกี่ยวข้องได้ จากการทบทวนวรรณกรรมกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาเป็นกรอบแนวคิดหนึ่ง  
ที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนของบุคคลผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง  
บุคคล และสิ่งแวดล้อม สำหรับการศึกษานี้ได้ประยุกต์รูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ  
Bronfenbrenner (2005) ซึ่งเป็นหนึ่งในทฤษฎีนิเวศวิทยาที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลก  
ว่าสามารถนำมาประยุกต์ในบริบทของการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชนิ  
สรเสริญ, 2558) ซึ่งในการศึกษานี้คือ บริบทของการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทาง  
ร่างกาย

รูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับพัฒนาการของบุคคลเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นส่งผลต่อพัฒนาการ การปรับตัว สุขภาพของบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบ รูปแบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ทำให้ผู้วิจัยหรือผู้ปฏิบัติงานมองบุคคลอย่างเป็นระบบและสามารถนำมาปรับใช้ในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน หรือที่เรียกว่า PPCT Model (Process-Person-Context-Time) กล่าวคือ องค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ การปรับตัว หรือสุขภาพของบุคคล (Bronfenbrenner, 2005) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บุคคล (Person) คือ บุคคลที่เป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีคุณลักษณะที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้
  - 1.1 ด้านประชากร (Demographic characteristics) เป็นลักษณะประชากรที่มีผลต่อพัฒนาการหรือการปรับตัว เช่น เพศ อายุ และเชื้อชาติ
  - 1.2 ด้านความต้องการ (Demand characteristics) เป็นศักยภาพของบุคคลที่จะแสดงให้เห็นถึงการร้องขอหรือขาดความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น โรค ข้อจำกัด และการพึ่งพิง
  - 1.3 ด้านการแสดงออก (Disposition) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะแสดงให้เห็นถึงการสร้างและคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมต่าง ๆ
  - 1.4 ทรัพยากรภายใน (Bioecological resources) คือ แหล่งสนับสนุนภายในของบุคคลที่จะแสดงให้เห็นถึงการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์
2. กระบวนการ (Process) สะท้อนถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นศูนย์กลาง กลับบริบทสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และมีอิทธิพลต่อพัฒนาการหรือการปรับตัวของบุคคลในอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อพัฒนาการหรือการปรับตัวของบุคคล เรียกว่า กระบวนการใกล้ชิด (Proximal processes)
3. บริบทแวดล้อม (Context) คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลที่มีความซับซ้อนสามารถแบ่งได้ 4 ระบบ ดังนี้
  - 3.1 ระบบเล็ก (Micro-system) เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคลนั้น
  - 3.2 ระบบกลาง (Meso-system) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในระบบเล็กด้วยกัน

3.3 ระบบภายนอก (Exo-system) เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีอิทธิพลกับระบบกลาง และระบบเล็ก แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับตัวบุคคล

3.4 ระบบใหญ่ (Macro-system) เป็นสิ่งแวดล้อมที่ใหญ่ที่สุด เป็นโครงสร้างที่มีผลต่อทั้งระบบ เช่น ศาสนา วัฒนธรรม นโยบาย เศรษฐกิจ เป็นต้น

4. เวลา (Time) คือ สิ่งที่ใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมี 2 ลักษณะ คือ

4.1 การเปลี่ยนแปลงตามช่วงชีวิตปกติ เช่น เข้าโรงเรียน แต่งงาน

4.2 การเปลี่ยนแปลงนอกเหนือช่วงชีวิตปกติหรือสิ่งไม่คาดคิด เช่น เจ็บป่วย ตายเป็นต้น

### ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

เมื่อประยุกต์รูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่มีความซับซ้อนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมีหลายประการ ดังนี้ ปัจจัยด้านตัวญาติผู้ดูแล (อายุ การศึกษารายได้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการรับรู้ภาวะการดูแล) ปัจจัยด้านกระบวนการ (สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแล และคนพิการ) ปัจจัยด้านบริบทสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยด้านเวลา (ระยะเวลาที่ดูแล) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

#### ปัจจัยด้านตัวญาติผู้ดูแล

1. อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานเฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงวุฒิภาวะ ความสามารถในการกระทำตามช่วงวัย เมื่ออายุมากขึ้นประสบการณ์ในการใช้ชีวิตหรือการเผชิญสิ่งต่าง ๆ จึงมากขึ้น และส่งผลต่อการรู้เท่าทันโลก การเข้าใจตนเอง และการใช้ชีวิตตามความเป็นจริง การเผชิญและการแก้ปัญหา จึงทำให้อายุเป็นปัจจัยมีผลต่อสุขภาพทางปัญญา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (รินดา สารวรงค์กูร, 2554; Delgado-Guay et al., 2012; Lawang, 2013) และการศึกษาของ วุฒวรรณ ผาโคตร (2554) ที่ศึกษาความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของแม่หลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร และในส่วนภูมิภาค จำนวน 1,200 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของแม่หลังคลอด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับจิตวิญญาณ โดยอายุที่แตกต่างกัน จะทำให้มีประสบการณ์ที่ต่างกัน และส่งผลให้มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ต่างกัน

อายุมากขึ้นจะมีสุขภาวะทางปัญญาเพิ่มขึ้น ( $F = 190.959, p < .001$ ) จากการศึกษาของ Lawang (2013) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่อายุมาก การรับรู้จะเป็นไปในทางบวก และจะรู้สึกบรรลุปเป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า ( $r = 0.29, p < .01$ )

2. การศึกษา เป็นปัจจัยที่แสดงถึงการพัฒนาด้านสติปัญญาความรู้ ความสามารถในการจัดการปัญหาปัญญาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการเรียนรู้ที่ได้ทำให้คนเข้าถึงความจริงและเรื่องชีวิต (พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, 2550) จึงทำให้การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญา จากการศึกษาของ วรณวรรณ ผาโคตร (2554) ที่ศึกษาความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของแม่หลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในเขตกรุงเทพฯ และในส่วนภูมิภาค จำนวน 1,200 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของแม่หลังคลอด พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ต่างกันเพราะความรู้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการมองชีวิต ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้ดีจะทำให้มีความรู้ในการดูแล การแก้ปัญหาที่มากกว่า ( $F = 3241.25, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2013) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า การศึกษาที่สูงจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกบรรลุปเป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า ( $t = 2.63, p < .01$ )

3. รายได้ของครอบครัว เป็นจำนวนเงินรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวญาติผู้ดูแลภาวะด้านเศรษฐกิจและรายได้ของครอบครัวหรือผู้ดูแล มีผลในด้านของค่าใช้จ่ายภายในบ้าน และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับบทบาทและความยินดีในการเป็นผู้ดูแล และส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้ในที่สุด จากการศึกษาของ วรณวรรณ ผาโคตร (2554) ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของแม่หลังคลอดซึ่งเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้าน ในเขตกรุงเทพฯ และในส่วนภูมิภาค จำนวน 1,200 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของแม่หลังคลอด พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันจะมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ต่างกัน ( $F = 1069.83, p < .001$ ) จากการศึกษาของ Lawang (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า รายได้ที่สูงจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกบรรลุปเป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า ( $t = 2.41, p < .05$ )

4. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาศีล การทำสมาธิ รวมทั้งการไปวัด/ โบสถ์/ มัสยิด ทำบุญ การตักบาตร การฟังธรรม การสวดมนต์/ การทำละหมาด เป็นต้น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น จะช่วยให้คนมีกำลังใจ และเข้าใจตนเอง

(ไทมมูเน่ คลังซ็อง, 2553) และเป็นสิ่งที่ช่วยขัดเกลาคติใจของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจ ในการดูแลคนพิการ การได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญา จากการศึกษารายชื่อ วรณวรรณ ผาโคตร (2554) ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของแม่หลังคลอดซึ่งเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้านในเขตกรุงเทพและในส่วนภูมิภาค จำนวน 1,200 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณของแม่หลังคลอด พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติในทางศาสนามากกว่าจะช่วยให้อารมณ์จิตวิญญาณสมบูรณ์ขึ้นมากกว่า ( $t = 5.465, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า กิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือส่งผลให้บุคคลนั้นมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = 0.28, p < .01$ )

5. การรับรู้ภาระการดูแล เป็นการรับรู้ความรู้สึกรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงผลกระทบของการดูแลทั้งความยากลำบากในการกระทำกิจกรรม และการใช้เวลาในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับบทบาทและความยินดีในการเป็นผู้ดูแล มีความพอใจในการใช้ชีวิตและส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้ในที่สุด จากการศึกษารายชื่อ Spurlock (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ จำนวน 150 คน พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางปัญญา คือ เมื่อการรับรู้ภาระการดูแลที่มากสุขภาวะทางปัญญาจะต่ำ ( $r = -.493, p < .01$ )

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลอื่น ๆ ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญา คือ เพศ การประกอบอาชีพ และปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล (Lawang, 2013) นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของคนพิการ ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาในระดับน้อย และเพศ ระดับการพึ่งพาและโรคร่วมกับความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญา (Lawang, 2013)

### ปัจจัยด้านกระบวนการ

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ เป็นความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายและสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกันในการแสดงความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือ ซึ่งถ้าญาติผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพัน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนพิการ ก็จะทำให้เกิดการดูแลอย่างเต็มใจและการดูแลอย่างดี ในทางตรงกันข้าม หากความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยไม่ดีก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย และการดูแล

อาจไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลความอ่อนนุ่มต่อมตน การให้อภัย ความเป็นมิตรและ การเข้าใจซึ่งกันและกันในครอบครัว ทำให้เกิดยอมรับบทบาท และมีความยินดีในการเป็นผู้ดูแล มีความพอใจในการทำหน้าที่และส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้ในที่สุด จากการศึกษาของ อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะทำให้มีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ( $r = 0.23, p < .01$ )

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการด้านอื่น ๆ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาในระดับน้อย คือ ปัญหาคารคุณแล (Lawang , 2013) ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ได้นำมาศึกษา

#### **ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม**

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีว่าตนเองมีคุณค่าต่อบุคคลอื่น เกิดสมดุลระหว่างการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจในการต่อสู้กับความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแลและส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญาได้ จากการศึกษาของ Lawang (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า การได้รับการช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อม และแหล่งการช่วยเหลือหรือสนับสนุนที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดีมากขึ้น ( $r = 0.248, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันดิตรระกูล และสุริพร ธนศิลป์ (2552) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 110 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี และอโรคาพยาบาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ประเมินโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ( $r = 0.49, p < .05$ )

สำหรับปัจจัยด้านบริบทสิ่งแวดล้อมด้านอื่น ๆ พบว่า มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาในระดับน้อย คือ การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลก่อนทำหน้าที่ (Lawang , 2013) ซึ่งการศึกษานี้ยังกล่าวถึงอิทธิพลจากระบบวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อพัฒนาการ

การปรับตัว สุขภาพของบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ บริบทของศาสนาและวัฒนธรรม เป็นระบบใหญ่ (Macro system) ที่มีบทบาทในกระบวนการจัดกลไกคนในสังคม (Bronfenbrenner, 2005)

### ปัจจัยด้านเวลา

ระยะเวลาที่ดูแล การดูแลคนพิการเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการดูแลยาวนาน ทำให้ส่งผลต่อความสุขสงบ ในการดูแลคนพิการ และการใช้ชีวิต รวมทั้งเป้าหมาย ในการดูแลคนพิการและการใช้ชีวิตด้วยเช่นกัน และส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญาได้ในที่สุด จากการศึกษาของ Frost et al. (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญา และคุณภาพชีวิตของ หญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ และคู่สมรส พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปคู่สมรสของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ สุขภาวะทางปัญญาแยกลง ( $p < .05$ )

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยพิจารณาคัดสรรเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สุขภาวะทางปัญญาในระดับกลางขึ้นไปมาใช้เป็นตัวแปรต้นในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (ดังตารางที่ 2) อีกทั้ง การศึกษานี้ยังคำนึงถึงบริบทความแตกต่างของด้านศาสนา และวัฒนธรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญา โดยนำมาใช้ในการพิจารณาเลือกพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 การประยุกต์ PPCT Model กับการศึกษาญาติผู้ดูแล

องค์ประกอบ	การประยุกต์สำหรับการศึกษาญาติผู้ดูแลคนพิการ
1. บุคคล (Person)	
1.1 ด้านประชากร	1. อายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว
1.2 ด้านการแสดงออก	2. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
1.3 ด้านความต้องการ	3. การรับรู้ภาวะการดูแล
2. กระบวนการ(Process)	4. สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ
3. บริบทแวดล้อม (Context)	5. การสนับสนุนทางสังคม
4. เวลา (Time)	6. ระยะเวลาที่ดูแล

โดยสรุป คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งระดับชาติและระดับประเทศ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลง



ของสัดส่วนประชากร วัยผู้สูงอายุที่มากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อหรือโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุต่าง ๆ ถ้าคนพิการได้รับการดูแลไม่ดีอาจเกิดความผิดปกติหรือโรคแทรกซ้อน และมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายต้องได้รับการดูแลระยะยาวที่ดีจาก “ญาติผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน” การศึกษาญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์เป็นบุตร รองลงมาคือ คู่สมรส การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นภารกิจที่มีกิจกรรมในการดูแลที่มาก ยาก และซับซ้อน และยังใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางปัญญาในประเทศไทยพบน้อยมากที่มีเป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มมะเร็ง การศึกษาในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายก็เฉพาะพื้นที่ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดยประยุกต์ใช้รูปแบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถนำมาปรับใช้ในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกและรับรองว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังทั้งผู้ป่วย โรคเรื้อรังคนพิการและญาติผู้ดูแลได้ โดยปัจจัยที่ศึกษาครอบคลุมปัจจัยจากญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การรับรู้ภาวะการดูแลสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติผู้ดูแล และคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการดูแล เพื่อที่จะได้ข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดีจะทำให้สามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้ดี และคุณภาพชีวิตของคนพิการดีตามมา

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ญาติผู้ดูแลหลักของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่ประมาณการจากการจดทะเบียนคนพิการที่มีชีวิตอยู่ และอาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2559 จำนวน 6,356 คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

##### กลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลหลักของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่ประมาณการจากการจดทะเบียนคนพิการ และอาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2559 จำนวน 180 คน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. บุคคลอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลบิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตรหรือญาติ ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ ในกรณีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องได้รับการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MIMSETHAI 2002 (Mini-mental state examination: Thai version) และมีคะแนนผ่านเกณฑ์

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดเล็กเท่ากับ .08 เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณ (Table for multiple regression) ของ Polit and Beck (2012, p. 442) ที่จำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยทั้งหมด 180 คน

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกกลุ่มอำเภอตัวอย่าง โดยแบ่งตามลักษณะของความหลากหลายทางศาสนา และวัฒนธรรมในอำเภอจังหวัดจันทบุรี แบ่งได้ 2 กลุ่มพื้นที่ ดังนี้

กลุ่มพื้นที่ 1 อำเภอที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอท่าใหม่ อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอขลุง

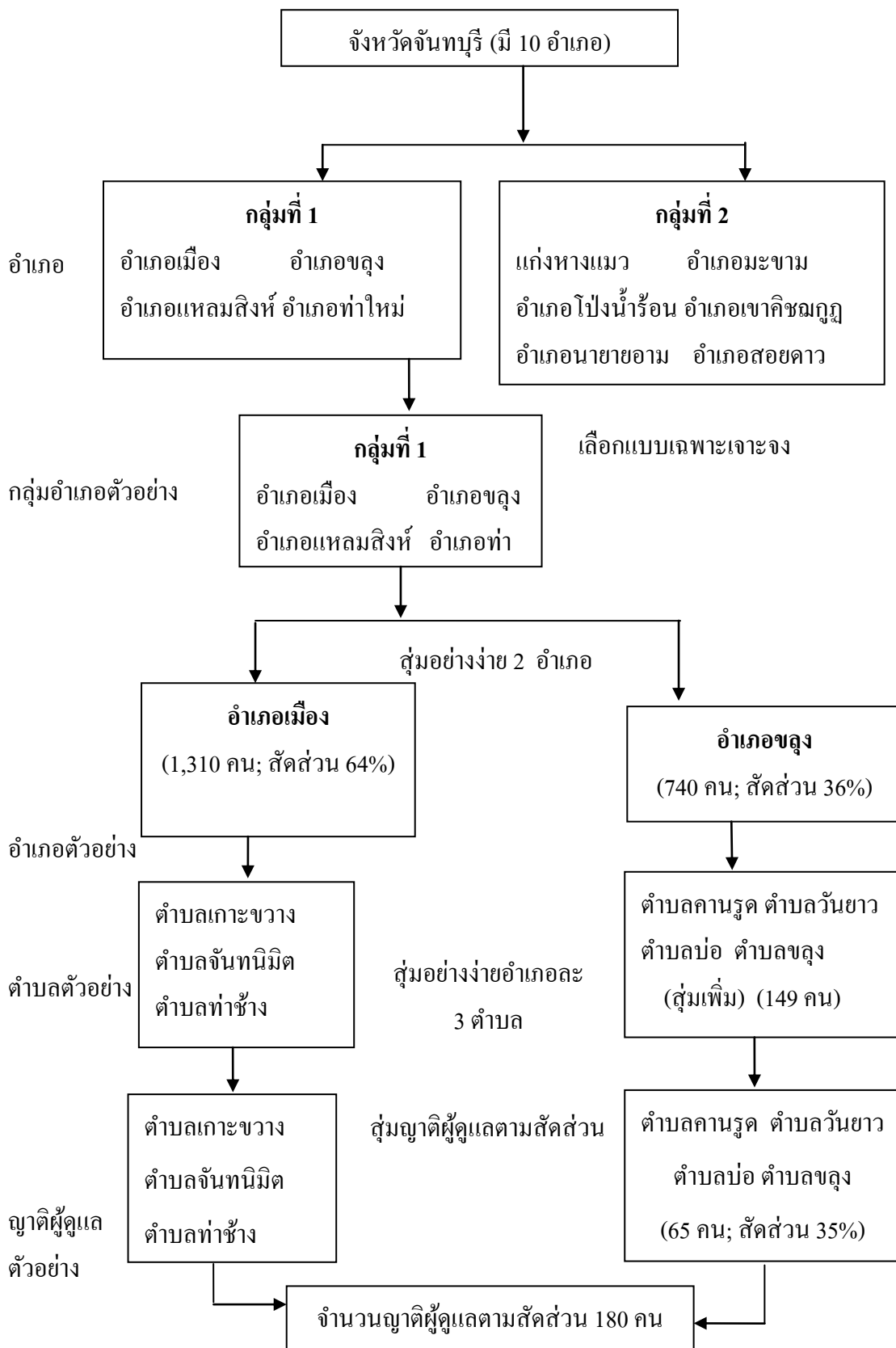
กลุ่มพื้นที่ 2 อำเภอที่ไม่มีความหลากหลายทางศาสนา และวัฒนธรรม ได้แก่ อำเภอแก่งหางแมว อำเภอมะขาม อำเภอโป่งน้ำร้อน อำเภอเขาคิชฌกูฏ อำเภอนายายอาม และอำเภอสอยดาว

การศึกษานี้พิจารณาเลือกกลุ่มอำเภอที่มีลักษณะกลุ่มคนในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งวิถีชีวิต ประเพณี และศาสนาที่นับถือทั้งพุทธ คริสต์ และอิสลาม ซึ่งมีผลให้บุคคลมีความเชื่อ ความรู้สึก และการกระทำในลักษณะที่แตกต่างกันได้กลุ่มอำเภอตัวอย่าง คือ อำเภอที่มีความหลากหลายทางศาสนา และวัฒนธรรม ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอท่าใหม่ อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอขลุง

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง จากกลุ่มอำเภอที่เลือกได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยสุ่มเลือกอำเภอตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) มาจำนวน 2 อำเภอ ได้อำเภอเป้าหมาย คือ อำเภอเมือง และอำเภอขลุง

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตำบลตัวอย่าง จากแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยสุ่มเลือกตำบลตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) อำเภอละ 3 ตำบล ได้ตำบลเป้าหมายจำนวน 6 ตำบล คือ ตำบลท่าช้าง ตำบลจันทนิมิต ตำบลเกาะขวาง (อำเภอเมือง) ตำบลคานรูด ตำบลวันยาว ตำบลบ่อ (อำเภอขลุง)

ขั้นตอนที่ 4 การสุ่มญาติผู้เฒ่าตัวอย่างจากแต่ละตำบลที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 3 โดยเริ่มจากคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในพื้นที่ให้ได้จำนวนตัวอย่าง 180 คน ตามที่คำนวณได้ (ดังตารางที่ 3) จากนั้นนำรายชื่อคนพิการที่จำเป็นต้องมีญาติผู้เฒ่าตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดมาสุ่มเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) แต่ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอขลุงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่พอจึงทำการสุ่มตำบลเพิ่ม 1 ตำบล คือ ตำบลขลุง สรุปรูปขั้นตอน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	ตำบล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
อำเภอเมือง	1. ตำบลเกาะขวาง	17
	2. ตำบลจันทนิมิต	38
	3. ตำบลท่าช้าง	60
อำเภอขลุง	1. ตำบลคานรูด	13
	2. ตำบลวันยาว	12
	3. ตำบลบ่อ	20
	4. ตำบลขลุง (สุ่มเพิ่ม)	20
รวม		180

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองสภาพสมองของญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมินจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MIMSETHAI 2002 (Mini-mental state examination: Thai version) ที่พัฒนาโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) มีจำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 1) การรับรู้เวลาในปัจจุบัน 2) การรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน 3) การบันทึกความจำ 4) การใช้สมาธิและการคำนวณ 5) การระลึกความจำ ระยะสั้น 6) การบอกชื่อสิ่งของที่เห็น 7) การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน 8) การเข้าใจ ความหมาย และการทำตามคำสั่ง 9) การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ 10) การเขียนภาษา อย่างมีความหมาย และ 11) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตา และมือ โดยต้องมีคะแนนประเมิน ผ่านเกณฑ์ ดังนี้

1.1 ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนน > 14 (คะแนนเต็ม 23 คะแนน)

1.2 ญาติผู้ดูแลที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนน > 17 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

1.3 ญาติผู้ดูแลที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาต้องได้คะแนน > 22 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview) ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานะทางการเงิน และปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักพิการ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่มีความพิการ ความสามารถในการพึ่งตนเอง และโรคอื่น ๆ

3. ข้อมูลบริบทการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและนักพิการ ประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา เหตุผลในการดูแลนักพิการ ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแล ต่อวัน กิจกรรมการดูแล ผู้ช่วยในการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2543) ได้มีการนำไปทดลองใช้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับได้ .94 ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- |         |             |         |   |
|---------|-------------|---------|---|
| 0 คะแนน | ไม่เคยทำ    | หมายถึง | กิจกรรมนั้นไม่เคยทำ                       |
| 1 คะแนน | นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | กิจกรรมนั้นกระทำนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 1-25) |
| 2 คะแนน | บางครั้ง    | หมายถึง | กิจกรรมนั้นกระทำบางครั้ง (ร้อยละ 26-50)   |
| 3 คะแนน | บ่อยครั้ง   | หมายถึง | กิจกรรมนั้นกระทำบ่อยครั้ง (ร้อยละ 51-75)  |
| 4 คะแนน | ประจำ       | หมายถึง | กิจกรรมนั้นกระทำเป็นประจำ (ร้อยละ 76-100) |

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง เกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ

- คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน แสดงว่า ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามระดับต่ำ  
 คะแนนอยู่ในช่วง 7-13 คะแนน แสดงว่า ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามระดับปานกลาง  
 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 14-20 คะแนน แสดงว่า ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับนักพิการ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker and Thommpson (1983) ที่นำมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) มีข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมการแสดงความรัก

ความเสียดสี ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ ของกันและกัน ความผูกพัน และความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ ซึ่งนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 แล้วนำไปใช้จริงในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 มีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้ คะแนน ดังนี้

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 0 คะแนน ระดับที่ 1 หมายถึง | ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย |
| 1 คะแนน ระดับที่ 2 หมายถึง | รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก   |
| 2 คะแนน ระดับที่ 3 หมายถึง | รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง  |
| 3 คะแนน ระดับที่ 4 หมายถึง | รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง |
| 4 คะแนน ระดับที่ 5 หมายถึง | รู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอด |
| 5 คะแนน ระดับที่ 6 หมายถึง | รู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา  |

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-85 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีสัมพันธภาพระดับสูง เกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) คือ

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8-28 คะแนน    | แสดงว่า มีสัมพันธภาพระดับต่ำ     |
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 28.1-56 คะแนน | แสดงว่า มีสัมพันธภาพระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 56.1-85 คะแนน | แสดงว่า มีสัมพันธภาพระดับสูง     |

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล ผู้วิจัยผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระในการดูแล (Zarit burden interview) ที่สร้างขึ้นโดย Zarit (1990) นำมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) มีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ครอบคลุมด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน ซึ่งได้นำมาทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .92 มีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- |                     |  |
|---------------------|--|
| 0 คะแนน ไม่เคยเลย   | หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย  |
| 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นน้อยครั้ง<br>(ร้อยละ 1-25)                    |
| 2 คะแนน บางครั้ง    | หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้น<br>ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50) |

- 3 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 51-75)
- 4 คะแนน ประจำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำสม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100)

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแล เป็นภาระอยู่ในระดับมาก เกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 4 ระดับ (Zarit, 1990 อ้างถึงใน วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547) คือ

- คะแนนเฉลี่ย < 21 แสดงว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแล เป็นภาระระดับน้อย ถึงไม่เป็นภาระเลย
- คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 21-40 แสดงว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแล ผู้ป่วย เป็นภาระ ระดับน้อยถึงปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41-60 แสดงว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแล ผู้ป่วย เป็นภาระ ระดับปานกลางถึงรุนแรง
- คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 61-88 แสดงว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแล เป็นภาระระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ความรู้สึก หลากหลายมิติเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคมที่สร้างขึ้น โดย Zimet et al. (1988) ที่นำมาแปลเป็น ฉบับภาษาไทยโดย Wongpakaran et al. (2011) มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ เกี่ยวกับการสนับสนุนการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคล สำคัญ ซึ่งได้นำมาทดสอบในกลุ่มนักศึกษาแพทย์และผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 462 ราย มีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .9 และ .87 ซึ่งมีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นผู้ตอบอย่างมาก
- 2 คะแนน ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบปานกลาง
- 3 คะแนน เฉย ๆ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย
- 4 คะแนน ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย



5 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก

หรือความคิดเห็นของผู้ตอบอย่างมาก

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลมีการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก เกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ (Wongpakaran et al., 2011) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 12-34 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 35-47 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 48-60 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์สุขภาพทางปัญญา ผู้วิจัยสร้างจากคำจำกัดความของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านความสุขสงบ ด้านสติ สมาธิ และปัญญา และด้านการตั้งเป้าหมาย มีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความ/ เป็นตัวท่าน น้อยที่สุด

2 คะแนน น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความ/ เป็นตัวท่าน น้อย

3 คะแนน ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความ/ เป็นตัวท่าน ปานกลาง

4 คะแนน มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความ/ เป็นตัวท่าน มาก

5 คะแนน มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความ/ เป็นตัวท่าน มากที่สุด

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง คือ ผู้ดูแลมีสุขภาพทางปัญญาอยู่ในระดับสูง เกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1-2.33 คะแนน แสดงว่า มีสุขภาพทางปัญญา อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.34-3.66 คะแนน แสดงว่า มีสุขภาพทางปัญญา อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.67-5.00 คะแนน แสดงว่า มีสุขภาพทางปัญญา อยู่ในระดับมาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล APN 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาวะทางปัญญา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เพื่อให้เกิดความถูกต้องครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) โดยผู้วิจัยได้รวบรวมผลการพิจารณา และข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ และนำมาคำนวณหาค่า CVI พบว่า แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้ค่า CVI = 0.8 และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ได้ค่า CVI = 0.91 ส่วนแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การดูแล นำมาจากแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานแล้ว จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การดูแล และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญาไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ในตำบลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การดูแล และแบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88, .94, .83, .82 และ .91 ตามลำดับ ซึ่งสามารถยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักสิทธิส่วนบุคคลและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้กับผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงมีการนำโครงการวิจัยเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีมติเห็นชอบรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01-09-2559 และมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยผู้ร่วมวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวม โดยจะทำลายทิ้งหลังสิ้นสุดงานวิจัย และขอความร่วมมือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สุกดท้ายหากยินยอม

ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอมโดยการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 3 เดือน (เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลญาติผู้ดูแลผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน คือ อาจารย์พยาบาล ซึ่งกำลังศึกษาระดับปริญญาโท ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย และจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ตลอดจนร่วมฝึกปฏิบัติและหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .90 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน พบว่า เท่ากับ 1

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการทั้ง 7 ตำบล ดังกล่าวข้างต้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมญาติผู้ดูแล โดยสุ่มกลุ่มญาติผู้ดูแลตัวอย่างจากรายชื่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีญาติผู้ดูแล และมีคุณสมบัติตรงตามกำหนดในवेशะเบียน
2. ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน ขอความร่วมมือในการประสานงานภายในหมู่บ้าน และการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับช่วงเวลาที่เหมาะสมให้ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลที่บ้าน

3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าบ้านพร้อม อสม. ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 35-40 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ อสม. จะเป็นผู้ดูแลคนพิการ

4. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์ และมอบเอกสารการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมแบบสัมภาษณ์ตามที่ได้แบ่งหน้าที่การเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ตามการแบ่งเขตการดูแลของ อสม. จนครบ 180 คน และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลนั้นไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล และสุขภาพทางปัญญาด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปรต่าง ๆ กับสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ภาวะการดูแลสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแล และคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่อาศัยในจังหวัดจันทบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งจะนำเสนอการศึกษาแบบบรรยายประกอบตาราง 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 2) ข้อมูลพื้นฐานคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และ 3) ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

##### 1. ข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-77 ปี มัชชฐาน 52 ปี (IQR = 17) มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 43.3) มากกว่า 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.9) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.5) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.2) ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพและมีรายได้ (ร้อยละ 74.4) ได้แก่ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.2) รองลงมา คือ ค้าขาย (ร้อยละ 23.9) และ ทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 10) ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 40) ความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่เพียงพอและมีหนี้สินมากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมา คือ พอใช้ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 28.9) และ เพียงพอและมีเงินเก็บ (ร้อยละ 26.1) ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.2) ส่วนที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 32.8) มีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 25.6) พบ 3 อันดับแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.4) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.1) และโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 3.9) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ( $n = 180$ )

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44)	51	28.3
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59)	78	43.4
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69)	40	22.2
ผู้สูงอายุตอนกลาง (69-79)	11	6.1
(Min = 22, Max = 77, Median = 52, IQR = 17)		
เพศ		
หญิง	142	78.9
ชาย	38	21.1
สถานภาพสมรส		
คู่	118	65.5
โสด	39	21.7
หม้าย	19	10.6
หย่า/ แยกกันอยู่	4	2.2
การศึกษา		
ประถมศึกษา	103	57.2
มัธยมศึกษา	50	27.8
อนุปริญญา	12	6.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	8.3
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	46	25.6
รับจ้าง	67	37.2
ค้าขาย	43	23.9
ทำไร่/ ทำสวน	18	10.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	6	3.3
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน)		
< 5,000	42	23.3
5,000-10,000	72	40.0
10,001-15,000	34	18.9
> 15,000	32	17.8
(Min = 2,500, Max = 27,000, Median = 9,000, IQR = 7,000)		
ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	54	30.0
เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม	52	28.9
เพียงพอมีเงินออม	47	26.1
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	27	15.0
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	121	67.2
มีโรคประจำตัว 1 โรค	46	25.6
มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป	13	7.2
ชนิดของโรคประจำตัว*		
โรคความดันโลหิตสูง	35	19.4
โรคเบาหวาน	20	11.1
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	7	3.9
ภูมิแพ้	5	2.7
(อื่น ๆ เช่น ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง, ไมเกรน, ภาวะ	5	2.7
อาหาร)		

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ข้อมูลพื้นฐานคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่ได้รับการดูแล  
คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่าง มีอายุ  
ระหว่าง 22-100 ปี เฉลี่ย 64.4 ปี ( $SD = 16.08$ ) อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด  
(ร้อยละ 28.3) รองลงมา คือ ช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี) (ร้อยละ 24.4) และวัยผู้สูงอายุตอนปลาย  
(80 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 22.2) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7)

ในด้านของระยะเวลาที่พิการ พบว่า ระยะเวลาที่พิการอยู่ในช่วง 1-36 ปี มีฐาน = 6.0  
( $IQR = 7.0$ ) อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 37.2) โดยอยู่  
ในกลุ่มพึ่งพาตนเองได้บางส่วน (ร้อยละ 60) กลุ่มไม่สามารถพึ่งตนเองได้ (ร้อยละ 25) คนพิการ  
ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมกับความพิการ (ร้อยละ 56.6) ส่วนที่มีโรคร่วมกับความพิการ (ร้อยละ 43.4)  
มีโรคร่วมกับความพิการ 1 โรค (ร้อยละ 32.8) และมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมกับ  
ความพิการ (ร้อยละ 28.8) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำแนกตามข้อมูล  
พื้นฐาน ( $n = 180$ )

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44)	20	11.1
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59)	44	24.4
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69)	51	28.3
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79)	25	14.0
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	40	22.2
(Min = 22 ปี, Max = 100 ปี, Mean = 64.4, $SD = 16.08$ , Median = 64.5, $IQR = 23$ )		
เพศ		
ชาย	94	52.2
หญิง	86	47.8
ระยะเวลาที่พิการ (ปี)		
1-5	76	42.2
6-10	67	37.2



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
>10	37	20.6
(Min = 1 ปี, Max = 36 ปี, Median = 6, IQR = 7)		
ความสามารถในการพึ่งตนเอง		
ไม่สามารถพึ่งตนเองได้	45	25.0
พึ่งตนเองได้บางส่วน	108	60.0
พึ่งตนเองได้ทั้งหมด	27	15.0
โรคร่วมกับความพิการ		
ไม่มีโรคร่วม	102	56.6
มีโรคร่วม 1 โรค	59	32.8
มีโรคร่วม 2 โรค ขึ้นไป	19	10.6
ชนิดโรคร่วมกับความพิการ*		
โรคความดันโลหิตสูง	52	28.8
โรคเบาหวาน	31	17.2
โรคลมชัก	6	3.3
ความจำเสื่อม	3	1.7
(อื่น ๆ ภาวะไขมันในเลือดสูง, โรคเก๊าท์, ไทรอยด์)	5	2.7
เป็นพิษ		

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### 3. ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแล

ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดา/ มารดามากที่สุด (ร้อยละ 36.2) รองลงมาเป็นสามี/ ภรรยา (ร้อยละ 32.2) และพี่น้อง (ร้อยละ 12.8) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลคนพิการมาก่อน (ร้อยละ 88.9) เหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจดูแลคนพิการมากที่สุด คือ ความรัก/ ความผูกพัน (ร้อยละ 46.1) รองลงมา คือ เป็นหน้าที่/ ความรับผิดชอบ (ร้อยละ 33.9) มีระยะเวลาในการดูแลคนพิการระหว่าง 1-20 ปี มัธยฐาน = 6.0 (IQR = 7.0) โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.4) รองลงมา คือ 6-10 ปี (ร้อยละ 38.9) โดยทำหน้าที่ดูแลคนพิการ ระหว่าง 3-24 ชั่วโมง/ วัน มัธยฐาน = 6.0 (IQR = 7.0) โดยอยู่ในช่วง 6-12 ชั่วโมง มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) รองลงมาอยู่ในช่วง

1-6 ชั่วโมง/ วัน (ร้อยละ 28.9) โดยญาติผู้ดูแลส่วนมากปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลคนพิการในระดับมาก (ร้อยละ 73.9) และญาติผู้ดูแลส่วนมากมีผู้ช่วยในการทำกิจกรรม (ร้อยละ 67.8) โดยส่วนใหญ่มีบุตรช่วยบิดา/ มารดา ดูแลคนพิการ (ร้อยละ 26.1) รองลงมาเป็นที่น้องช่วยพี่น้องดูแลคนพิการ (ร้อยละ 23.9) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย ( $n = 180$ )

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ		
บุตร	65	36.2
สามี/ ภรรยา	58	32.2
พี่น้อง	23	12.8
พ่อ/ แม่	17	9.4
หลาน	17	9.4
ประสบการณ์การดูแลคนพิการ		
ไม่เคย	160	88.9
เคยดูแลพ่อแม่	12	6.7
เคยดูแลญาติอื่น ๆ	8	4.4
เหตุผลในการตัดสินใจดูแล		
เป็นความรัก/ ความผูกพัน	83	46.1
เป็นหน้าที่/ ความรับผิดชอบ	61	33.9
เป็นการตอบแทนบุญคุณ	26	15.0
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ (ปี)		
1-5	80	44.4
6-10	70	38.9
> 10	30	16.7
(Min = 1 ปี, Max = 20 ปี, Median = 6, IQR = 7, Mean = 7.02, SD = 4.98)		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลคนพิการ (ชั่วโมง /วัน)		
1-6 ชั่วโมง	52	28.9
7-12 ชั่วโมง	66	36.7
13-18 ชั่วโมง	17	9.4
19-24 ชั่วโมง	45	25.0
(Min = 3, Max = 24 ชั่วโมง, Median = 10, SD = 12.75)		
ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล		
ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลปานกลาง	47	26.1
ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมาก	133	73.9
(Min = 11, Max = 30 , Mean = 23.5, SD = 4.46)		
ผู้ช่วยในการทำกิจกรรม		
ไม่มี	58	32.2
บุตร	47	26.1
พี่น้อง	43	23.9
สะใภ้	13	7.2
ลูกจ้าง	10	5.6
หลาน	9	5.0

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

ข้อมูลตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลที่ศึกษานอกระยะนี้  
จากข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ได้แก่

1. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนนเฉลี่ย 12.4 คะแนน ( $SD = 0.32$ ) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง

2. สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการอยู่ระหว่าง 28-85 คะแนน เฉลี่ย 66 คะแนน ( $SD = 1.02$ )

โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการอยู่ในระดับสูง

3. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 33-60 คะแนน เฉลี่ย 49.7 คะแนน ( $SD = 0.47$ ) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

4. การรับรู้ภาระการดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-55 คะแนน เฉลี่ย 18 คะแนน ( $SD = 1.02$ ) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงไม่เป็นภาระ

ตารางที่ 7 คะแนนเต็ม คะแนนจริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ( $n = 180$ )

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะทางปัญญา	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	0-20	5-20	12.4	0.32	ปานกลาง
สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับ คนพิการ	0-85	28-85	66	1.02	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	12-60	33-60	49.7	0.47	สูง
การรับรู้ภาระการดูแล	0-88	0-55	18	1.02	น้อยถึง ไม่เป็นภาระเลย

### ส่วนที่ 3 สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาวะทางปัญญาอยู่ระหว่าง 60-100 คะแนน เฉลี่ย 81.32 คะแนน ( $SD = 0.75$ ) โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.07) ตลอดจนรายด้านทุกด้าน และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับมากเช่นกัน  
ดังนี้

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ด้านการมีเป้าหมาย (คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.17) มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความสุขสงบ (คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.10) และด้านการมีสติ สมาธิ ปัญญา (คะแนนเฉลี่ยภาพรวม 4.00) ตามลำดับ โดยความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแล ( $\bar{X} = 4.41$ ,  $SD = 0.67$ ) เป็นข้อที่มีคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือ ความหวังในการดูแลคนพิการ ( $\bar{X} = 4.31$ ,  $SD = 0.69$ ) และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ( $\bar{X} = 4.27$ ,  $SD = 0.83$ ) ตามลำดับ การช่วยเหลือผู้อื่น ( $\bar{X} = 3.81$ ,  $SD = 0.83$ ) เป็นข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด ข้อรายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สุขภาวะทางปัญญาจากการดูแลคนพิการ แยกรายด้านและโดยรวม ( $n = 180$ )

สุขภาวะทางปัญญา	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ภาพรวม
โดยรวมสุขภาวะทางปัญญา	20-100	60-100	81.32	0.75	มาก
			(ภาพรวม 4.07)		
ด้านสติ สมาธิ และปัญญา	10-50	25-50	40.00	5.89	มาก
			(ภาพรวม 4.00)		
1. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต	1-5	1-5	4.28	0.83	มาก
2. การควบคุมอารมณ์ตนเอง	1-5	2-5	3.95	0.78	มาก
3. การมองปัญหาในข้อดีและมีทางออก	1-5	2-5	3.99	0.77	มาก
4. การยอมรับคำแนะนำจากผู้อื่น	1-5	2-5	4.00	0.77	มาก
5. การให้อภัยผู้อื่น	1-5	1-5	3.83	0.91	มาก
6. การพูดคุยกับผู้อื่น	1-5	3-5	4.14	0.73	มาก
7. การเคารพในศักดิ์ศรีตนเองและผู้อื่น	1-5	3-5	4.20	0.65	มาก
8. การช่วยเหลือผู้อื่น	1-5	2-5	3.81	0.84	มาก
9. การยื่นหยัดทำในสิ่งที่เห็นว่าถูกต้อง	1-5	1-5	3.85	0.80	มาก
10. การใช้ข้อผิดพลาดเป็นแรงผลักดัน	1-5	2-5	3.93	0.70	มาก
ด้านความสุขสงบ	6-30	18-30	24.63	3.29	มาก
			(ภาพรวม 4.10)		
11. การอดทนต่อความยากลำบาก	1-5	1-5	4.13	0.81	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

สุขภาวะทางปัญญา	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล ภาพรวม
12. ความยินดีดูแลในการดูแล	1-5	1-5	4.26	0.73	มาก
13. การมีความสุขเมื่อคนพิการ พันทุกข์	1-5	1-5	4.23	0.79	มาก
14. ความพอใจในชีวิตของตนเอง	1-5	1-5	3.97	0.80	มาก
15. พลังในการดำเนินชีวิต	1-5	2-5	3.99	0.74	มาก
16. ความมั่นใจในคุณค่าตนเอง และผู้อื่น	1-5	1-5	4.03	0.72	มาก
ด้านมีเป้าหมาย	4-20	11-20	16.68	2.29	มาก
			(ภาพรวม 4.17)		
17. ความมุ่งมั่นตั้งใจดูแล	1-5	3-5	4.41	0.67	มาก
18. ความหวังในการดูแลคนพิการ	1-5	2-5	4.31	0.69	มาก
19. เป้าหมายในการดำเนินชีวิต	1-5	1-5	3.96	0.77	มาก
20. นำเป้าหมายเป็นแนวทางในชีวิต	1-5	1-5	3.99	0.72	มาก

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติเบื้องต้น (ดังภาคผนวกหน้า 109)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ( $\beta = 0.292, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = 0.169, p < .05$ ) การรับรู้การดูแล ( $\beta = -0.175, p < .05$ ) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ( $\beta = 0.136, p < .05$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกายได้ร้อยละ 25.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = 0.258, F = 4.03, p < .05$ ) และสามารถเขียนเป็นสมการทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปของคะแนนดิบ คือ

สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล = 52.037 + 0.215 (สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ) + 0.266 (การสนับสนุนทางสังคม) - 0.128 (การรับรู้ภาวะการดูแล) + 0.312 (การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา)

2. สมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

$Z_{\text{สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล}} = 0.292 (Z_{\text{สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ}}) + 0.169 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}) - 0.175 (Z_{\text{การรับรู้ภาวะการดูแล}}) + 0.136 (Z_{\text{การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา}})$

จากสมการข้างต้นจะเห็นได้ว่า

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ( $\beta$ ) เท่ากับ 0.292, 0.169 และ .136 ตามลำดับ หมายความว่า เมื่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ คงที่ จะทำให้สุขภาวะทางปัญญาเพิ่มขึ้น 0.292, 0.169 และ 0.312 หน่วยคะแนนมาตรฐาน

ในขณะที่การรับรู้ภาวะการดูแลเป็นปัจจัยลำดับต่อมาที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล โดยมีความสัมพันธ์เชิงผกผันและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ( $\beta$ ) เท่ากับ -0.175 หมายความว่า เมื่อการรับรู้ภาวะการดูแลเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ คงที่ จะทำให้สุขภาวะทางปัญญาลดลง 0.175 หน่วยคะแนนมาตรฐาน รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย ( $n = 180$ )

ตัวแปรที่เข้าสมการ	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i> -value
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ	0.215	9.12	0.292	4.04	.000
การสนับสนุนทางสังคม	0.266	8.90	0.169	2.33	.021
การรับรู้ภาวะการดูแล	- 0.128	8.77	-0.175	-2.57	.011
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	0.312	8.70	0.136	2.00	.046
ค่าคงที่	52.037			9.099	.000

$R = .524, R^2 = .274, R^2_{adj} = .258, F = 4.037, p < .05$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่อาศัยในอำเภอเมือง และอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 180 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมิถุนายน-เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ครอบคลุมสาระเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ภาระในการดูแล และ 6) สุขภาวะทางปัญญา เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .94, .83, .82 และ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 4.07) โดยมีสุขภาวะทางปัญญาด้านมีเป้าหมาย (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 4.17) มากที่สุด รองลงมา คือ สุขภาวะทางปัญญาด้านความสุขสงบ (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 4.10) และสุขภาวะทางปัญญาด้านสติ สมาธิ ปัญญา (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 4.00) ตามลำดับ โดยความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแล ( $\bar{X} = 4.41, SD = 0.67$ ) มีคะแนนมากที่สุด รองลงมา คือ ความหวังว่าคนพิการจะไม่ทุกข์มากกว่านี้และมีความสุข ( $\bar{X} = 4.31, SD = 0.69$ ) และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ( $\bar{X} = 4.27, SD = 0.83$ ) ตามลำดับ ในขณะที่การช่วยเหลือผู้อื่นตามความเหมาะสม ( $\bar{X} = 3.81, SD = 0.83$ ) มีคะแนนน้อยที่สุด

ตัวแปรที่สมการทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมี 4 ตัวแปร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ( $\beta = 0.292, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = 0.169, p < .05$ ) การรับรู้ภาระการดูแล ( $\beta = -0.175, p < .05$ ) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ( $\beta = 0.136, p < .05$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหว



หรือทางร่างกายได้ร้อยละ 25.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2_{adj} = 0.258, F = 4.03, p < .05$ ) และสามารถเขียนเป็นสมการทำนายสภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลได้ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปของคะแนนดิบ คือ

สภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล =  $52.037 + 0.215$  (สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ) +  $0.266$  (การสนับสนุนทางสังคม) -  $0.128$  (การรับรู้ภาวะการดูแล) +  $0.312$  (การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา)

2. สมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

$Z_{\text{สภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล}} = 0.292 (Z_{\text{สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ}}) + 0.169 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}) - 0.175 (Z_{\text{การรับรู้ภาวะการดูแล}}) + 0.136 (Z_{\text{การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา}})$

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายและปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในบริบทของสังคมไทยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนา จึงเป็นการศึกษาที่ช่วยให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับสภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. สภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีสภาวะทางปัญญาจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในภาพรวม รายด้านทุกด้าน และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ญาติผู้ดูแลยังคงรู้เท่าทันและเข้าใจตนเอง มีเป้าหมายในการดูแลคนพิการและการใช้ชีวิต มีความสุขสงบ และมีสติและสมาธิ ถึงแม้ว่าข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลจะสะท้อนว่า ญาติผู้ดูแลนั้นทำบทบาทดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่ต้องการการพึ่งพา มีโรคร่วมกับความพิการ มีกิจกรรมการดูแลมาก ทั้งของเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีระยะเวลาในการดูแลแต่ละวันที่ค่อนข้างนาน เป็นระยะเวลามากกว่า 6 ปี (ร้อยละ 55.6) โดยส่วนใหญ่ทั้งที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ (ร้อยละ 88.9) อีกทั้งบางส่วนยังไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแล (ร้อยละ 32.2)

เหตุผลที่ญาติผู้ดูแลมีสภาวะทางปัญญาในระดับมาก อาจเนื่องมาจากในบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับ คนพิการ บุคคล

รอบข้าง และสิ่งแวดล้อมในทุกระบบ จึงมีผลต่อการปรับตัว การพัฒนาของสุขภาพทางปัญญาของ ญาติผู้ดูแล โดยการมีปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบริบทแวดล้อมแต่ละระบบนั้นมีความสำคัญ เชื่อมโยงกัน ซึ่ง Bronfenbrenner (2005) กล่าวว่า บริบทแวดล้อมระบบเล็ก (Micro-system) และระบบกลาง (Meso-system) เป็นสิ่งแวดล้อมที่ได้รับอิทธิพลมาจากระบบภายนอก (Exo-system) ซึ่งก็ได้รับอิทธิพลมาจากระบบใหญ่ (Macro-system) ที่เป็นโครงสร้างสำคัญ เช่น ศาสนา วัฒนธรรม และนโยบาย ดังนั้น การที่สุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ใน ระดับมากสืบเนื่องมาจากโครงสร้างในระบบใหญ่เช่นกัน

ศาสนาเป็นบริบทแวดล้อมระบบใหญ่ที่มีผลต่อทั้งระบบย่อย เป็นสิ่งที่ช่วยในการขัดเกลา จิตใจของคนในสังคม เพราะทุกศาสนามีหลักคำสอนให้ทุกคนทำความเข้าใจโลก และทำความดี กล่าวคือ ศาสนาพุทธ เน้นให้รู้ว่า ความพิการเหมือนเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ เข้าใจในกฎแห่งกรรม จำเป็นและเหมาะสมที่จะได้รับการดูแล โดยคนในสังคมต้องเป็นกัลยาณมิตรต่อกัน ทำให้ความเป็น คนอื่นในสังคมหมดไป นอกจากนี้การดูแลคนพิการของญาติผู้ดูแลถือเป็นการสร้างสมบุญ โดยการกระทำดีในปัจจุบัน การดูแลตนเองและคนพิการ ย่อมส่งผลดีทั้งในปัจจุบันและอนาคต (อนุพันธ์ และคณะ, 2550) ในขณะที่ศาสนาคริสต์ เน้นการให้ความรักต่อกัน เพราะทุกคนเป็นบุตร และเป็นส่วนหนึ่งของพระเจ้า ทุกคนควรดูแลเอาใจใส่ในการช่วยเหลือคนพิการดังเช่นที่พระเจ้า เอาใจใส่คนอ่อนแอ (อนุพันธ์ ดันติวงศ์, ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์ และสุชาย สุนทรภา, 2550) สอดคล้อง กับศาสนาอิสลามที่เชื่อมั่นในพระเจ้า โดยมองว่า การที่ญาติผู้ดูแลได้รับบทบาทการเป็นผู้ดูแล คือ สิ่งที่พระอัลเลาะห์ทรงเมตตา ไว้วางใจ และมอบหมายภารกิจที่ยิ่งใหญ่และมีเกียรติ เพื่อทดสอบ ความอดทนและความเป็นมนุษย์ (อณิส อมาตยกุล, 2549) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ขณะให้ การดูแลคนพิการญาติผู้ดูแลยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 12.4$ ,  $SD = 0.32$ ) ซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลยังมีความเข้มแข็ง เข้าใจตนเอง ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีสติ และมีกำลังใจในการดูแลคนพิการ ทำให้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเป้าหมายที่ชัดเจน คือ มุ่งมั่น ตั้งใจดูแลคนพิการให้ดีที่สุด รวมทั้งมีความหวังว่าคนพิการจะไม่ทุกข์มากกว่านี้และมีความสุข ประกอบการที่ญาติผู้ดูแลมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตและเข้าใจว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตในระดับมากนั้น ส่งผลให้สุขภาพทางปัญญาอยู่ในระดับมาก

บริบทสังคมไทยที่เน้นเรื่องการกตัญญู สังคมไทยจะปลูกฝังและขัดเกลาให้ตอบแทน บุญคุณผู้มีพระคุณ โดยเฉพาะบุตรดูแลบิดา/ มารดาเมื่อมีอายุมากหรือเกิดการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ ควรกระทำ จากการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59) ที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการที่ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 28.3) ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการส่วนใหญ่ คือ บุตรทำหน้าที่ในการดูแล

บิดามารดา ส่งผลให้ผลการศึกษพบว่า เหตุผลที่ตัดสินใจดูแลคนพิการส่วนใหญ่เป็นความรัก/ ความผูกพัน ทำให้สัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลและคนพิการอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 66, SD = 1.02$ ) คือ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ดูแลคนพิการอย่างจริงใจและเต็มที่ แสดงถึงความรักและความกตัญญูต่อบิดา/ มารดา จึงทำให้มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศิริพันธ์์ สาสัตย์ (2554) พบว่า การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนพิการทำให้ญาติผู้ดูแลได้ทดแทนบุญคุณ หรือได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำหรือตอบแทนคุณความดีในฐานะสามี/ ภรรยา หรือบุตรหลาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cassidy (2013) พบว่า การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นต่างทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รักได้แสดงความรักต่อผู้มีพระคุณ

บริบทแวดล้อมในระบบใหญ่ทั้งศาสนา วัฒนธรรม และนโยบายข้างต้น ส่งผลต่อระบบภายนอก ระบบกลาง และระบบเล็ก ทำให้ผลการศึกษพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ( $\bar{X} = 49.7, SD = 0.47$ ) จากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระบบเล็กที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคลนั้น จึงทำให้มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล

เมื่อญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีย่อมส่งผลที่ดีต่อทั้งคนพิการและการดำรงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการ เพราะถ้าญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี ก็จะส่งผลมีสุขภาพที่ดี และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี มีกำลังใจและเป้าหมายในการดำรงบทบาทของตนได้ต่อไป (สมพร ปานผดุง และคณะ, 2556; ไหมมูณะ คลังช่อง, 2553)

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนวยสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การสนับสนุนทางสังคมภาวะการดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันทำนวยสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายได้ร้อยละ 25.8 ถึงแม้จะไม่สูงมากแต่ก็เป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่จะช่วยทำให้สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายให้เพิ่มขึ้นได้

สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและคนพิการ เป็นตัวแปรที่ทำนวยได้เนื่องจากเป็นสัมพันธภาพที่มีความใกล้ชิดกัน คือ เป็นบุคคลในครอบครัว ผลการศึกษพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรที่ดูแลบิดามารดา และสามี/ ภรรยาที่ดูแลกัน และสัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลและคนพิการอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 66, SD = 1.02$ ) สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการใกล้ชิด

นั้นจะส่งผลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมากที่สุด หากญาติผู้ดูแลและคนพิการต่างมีความรักและความผูกพัน ให้แก่กันและกัน เกิดการยอมรับ ให้เกียรติและไว้วางใจต่อกัน เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน ส่งผลให้เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดี และเมื่อญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนพิการ ก็จะส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างเต็มใจและการดูแลอย่างดี จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีความหมาย มีคุณค่า และมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดีในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ (2553) และพินณา แสงสาคร (2554) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันต่อกันจะทำให้มีความมั่นคงทางสุขภาวะทางปัญญา

การสนับสนุนจากทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายได้เนื่องจาก เมื่อญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นในครอบครัว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือ จากคนในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ( $\bar{X} = 49.7$ ,  $SD = 0.47$ ) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมการดูแล รวมทั้งสิ่งของต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลคนพิการหรือมีบุคคลที่คอยเป็นกำลังใจ ให้คำปรึกษา รวมถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ว่า พัฒนาการของบุคคลเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นบริบทแวดล้อมระบบเล็ก (Micro-system) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับญาติผู้ดูแลมากที่สุด จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ายังมีคนที่คอยช่วยเหลือ เป็นที่รักของคนในครอบครัวและรอบข้าง และรู้สึกมีคุณค่า เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจในการต่อสู้กับความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแล ความสามารถในการเผชิญกับทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาจาก การดูแลนำไปสู่การที่ญาติผู้ดูแลจะมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์, 2552; ศิริลักษณ์ ปัญญา และเพ็ญญา แดงค่อมยุทธ, 2558; Lawang, 2013)

การรับรู้ภาระการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้การเป็นภาระน้อยจนเกือบไม่รู้สึกรับภาระ ( $\bar{X} = 18$ ,  $SD = 1.02$ ) และเป็นตัวแปรที่ทำนายได้เนื่องจาก จากการที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร และสามี/ ภรรยา ของคนพิการ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรัก ความผูกพันต่อกัน ทำให้การดูแลคนพิการเป็นสิ่งที่เต็มใจและยินดีที่จะดูแลคนพิการ ส่งผลให้จากการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ตัดสินใจดูแลคนพิการส่วนใหญ่เป็นความรัก/ ความผูกพัน และรองลงมาจึงเป็นหน้าที่/ ความรับผิดชอบ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลก็ยังมีเวลาเป็นของตัวเอง สามารถมีสังคมหรือพบปะ สังสรรค์กับเพื่อนได้เป็นบางครั้ง ประกอบกับบริบทสังคมไทยที่มีศาสนาสอนให้รู้ว่าการดูแลบุคคลอื่นเป็นการสะสมความดี เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนพิการ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเพื่อน

ทำให้การรับรู้ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลถึงผลกระทบของการดูแล ทั้งความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมและการใช้เวลาในการดูแล รับรู้การเป็นภาระน้อยจนเกือบไม่รู้สึกเป็นภาระเมื่อต้องดูแลคนพิการ ซึ่งกันสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) คือบุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบ ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลนี่จะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการร้องขอหรือข้อขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางปัญญา ดังนั้นเมื่อความรู้สึกถึงภาระการดูแลที่น้อยจึงทำให้มีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (Spurlock, 2005)

ตลอดจนการที่ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นตัวแปรที่ทำนายได้เนื่องจากศาสนาเป็นสถาบันสำคัญของคนไทย เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีการนำหลักธรรมพื้นฐานมาใช้ในการดำเนินชีวิต และผลการศึกษายังพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 12.4, SD = 0.32$ ) สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบระบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ได้จัดเป็นศาสนาเป็นบริบทแวดล้อมคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบบุคคลที่เป็นระบบใหญ่เป็นโครงสร้างที่มีผลต่อระบบทั้งหมด ต่อบรรทัดฐานของสังคม ส่งผลให้ความเชื่อทางศาสนานั้นมีผลต่อ พัฒนาการ การปรับตัว สุขภาพของบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบ (Lawang, 2013) ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาไม่ว่าจะเป็น การรักษาศีล การทำสมาธิ รวมทั้งการไปวัด/โบสถ์/ มัสยิด ทำบุญ การตักบาตร การฟังธรรม การสวดมนต์/ การทำละหมาด เป็นต้น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น จึงเป็นสิ่งที่ช่วยขัดเกลากจิตใจของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง และเข้าใจตนเองมากขึ้นจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลคนพิการ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลางนั้น จึงเป็นตัวช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะทางปัญญาที่ดี (ไหมมูณะ คลังช่อง, 2553; อวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ, 2553) และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลนั้นมีสุขภาวะทางปัญญาตามพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 (2550) คือ การรู้ทราฐูเท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกแยะในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ อันจะนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงาม และเอื้อเพื่อแผ่แผ่ ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ปัจจัยที่ไม่ร่วมทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

1. อายุ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-77 ปี มีรชฐาน 52 ปี (IQR = 17) บางคนเริ่มเป็นญาติผู้ดูแลตั้งแต่อายุน้อย บางคนได้รับบทบาทผู้ดูแลเมื่อมีอายุมาก

จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างของประสบการณ์ในการใช้ชีวิตหรือการเผชิญสิ่งต่าง ๆ ในการดูแล รวมถึงการรู้เท่าทันโลก และการแก้ปัญหา จึงทำให้อายุไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2013) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่อายุมาก การรับรู้จะเป็นไปในทางบวก และจะรู้สึกรับรู้เป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า

2. การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับเดียวกัน คือ ระดับประถมศึกษา และในปัจจุบันมีแนวทางการดูแลคนพิการที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อม ก่อนกลับบ้านที่จำเป็นเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ ประกอบกับนโยบาย มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข ใกล้เคียงบ้านและการปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแหล่งที่คอยให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัจจุบันมีสื่อเทคโนโลยี มีแหล่งในการศึกษาหาความรู้ที่หลากหลาย ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้พิการได้ด้วยตนเองได้มากขึ้น ทำให้ การศึกษาไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2013) ที่พบว่า การศึกษาที่สูงจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกรับรู้เป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า

3. รายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง เดียวกัน คือ 5,000-10,000 บาท ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อย แต่อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากภาครัฐและญาติพี่น้องในด้านสิ่งของที่ใช้ในการดูแล และค่าใช้จ่าย ทำให้สามารถช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลคนพิการได้ การได้รับการช่วยเหลือที่มากพอ ทำให้รายได้ของครอบครัวนั้นไม่ส่งผลต่อการยอมรับบทบาทและความยินดีในการเป็นผู้ดูแล จึงทำให้ไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawang (2013) ที่พบว่า รายได้ที่สูงจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกรับรู้เป้าหมายทางจิตวิญญาณได้มากกว่า

4. ระยะเวลาการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ที่ 6 ปี (Median = 6) อาจเนื่องมาจากเมื่อระยะเวลาผ่านไปทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และเกิดความเข้มแข็งในการทำบทบาทนั้น รวมทั้งการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือ ส่งผลให้การใช้ชีวิตและการบทบาทของตนเองสามารถดำเนินต่อไปอย่างมีความสุข และมีคุณค่า จึงไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Frost et al. (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาและคุณภาพชีวิตของหญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ และคู่สมรส พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปคู่สมรสของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่สุขภาวะทางปัญญาแยกลง อาจเนื่องมาจากการดำเนินของระหว่างโรคมะเร็ง และความพิการเมื่อระยะเวลาผ่านไปที่มีความแตกต่างกัน ทำให้ส่งผลต่อสุขภาวะทางปัญญาที่ต่างกัน

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพทางปัญญาในระดับสูง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประเมินญาติผู้ดูแลด้านปัญญาด้วย เพื่อเป็นการประเมินสุขภาพอย่างครบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทางปัญญา โดยเน้นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ดูแล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลให้ลดลง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ด้านนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย คือ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ดูแล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการประเมินสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
4. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์สามารถนำผลการวิจัยที่พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ดูแล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแล ไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านและการดูแลญาติผู้ดูแลด้านสุขภาพทางปัญญา

### ข้อเสนอแนะการศึกษาและการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นของตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจสามารถทำนายสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายได้โดยศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพจากญาติผู้ดูแลในสถานการณ์จริงที่หลากหลายบริบท และสรุปเป็นตัวแปรที่จะนำไปศึกษาเชิงทำนายต่อไป จะเป็นการหาองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายต่อไป

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของญาติผู้ดูแล  
คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย



## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สภาพจิตจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: เอช. เอ็น. กรุ๊ป.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *การดำเนินงานจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ*. เข้าถึงได้จาก [https://www.msociety.go.th/article\\_attach/16125/19141.pdf](https://www.msociety.go.th/article_attach/16125/19141.pdf)
- ข้อกฎหมาย ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555. (2555, 26 กรกฎาคม 2555) *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 22.
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ 4 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ 5 พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ณชนก เอียดสุข, สุกร วงศ์วัณญู และสุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2555). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ณฤทัย เกตุหอม. (2555). ความต้องการได้รับสวัสดิการทางสังคมของคนพิการในเขตอำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- คูจใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2552). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประธิป. (2549). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุปผา ขอบใจ. (2546). *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก*.  
 ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:  
 ยูเออนด์ไอมีเดีย.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย  
 โรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
 การพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พงศ์เทพ สุธีรวิทย์. (2550). *ขอบเขตของสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบทไทย*. เข้าถึงได้จาก  
<https://www.gotoknow.org/posts/6002>
- พรนภา เจริญสันต์. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว  
 ในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
 เวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (2550, 27 กันยายน 2550).  
 ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม 2550). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1.
- พินณา แสงสาคร. (2554). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบท  
 ของสังคมไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัย  
 พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชนี สมกำลัง. (2556). *จิตวิญญาณของผู้นำทางการพยาบาล ฟลอเรนซ์ ในดิงเกล*. กรุงเทพฯ:  
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชริน วิจิตรลงกรณ์, อรรถพงษ์ ตรีญา และปาริย์ เพิ่มเพียร. (2550). *โครงการเสริมสร้าง  
 สุขภาพคนพิการในชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา ภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่น  
 อีสานจังหวัดอุบลราชธานี*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ  
 ทางกายแห่งชาติ.
- เพียงใจ ดิเรพรวงค์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิก  
 ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี ผิวสุวรรณ, ดารณี สุวพันธ์, วิไลภรณ์ โคตรบึงแก, ปิยะมาส อุมัยเจียร, Heinicke-Motsch, K., &  
 McGlade, B. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย*.  
 กรุงเทพฯ: พรีเมียม เอ็กซ์เพรส.

- ยศพล เหลืองโสมนภา, ศาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ชันวิเศษ. (2554). คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(2), 98-109.
- รณิดา สารวรางค์กูร. (2554). ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- รัชณี สรรเสริญ. (2551). ญาติผู้ดูแล: ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(3), 1-13.
- รัชณี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(3), 25-41.
- รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2555). การพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน: กระบวนการ We can do by TIM. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(3), 17-36.
- รัตติกรณ์ จงวิศาล, ศยามล เอกะกุลานันต์, พนมพร พุ่มจันทร์, วิรัชธี กิตติพิชัย, ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพ็ชร และนำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล. (2553). รายงานฉบับสมบูรณ์การศึกษาและพัฒนาเครื่องมือประเมินและตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจางภัย. (2547). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 15(2), 17-31.
- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2558). PPCT Model: รูปแบบชีวนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ ผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(2), 15-20.
- วรรณวรรณ ผาโคตร. (2554). ความผาสูกทางด้านจิตวิญญาณของแม่หลังคลอดซึ่งเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(2), 131-146.
- วรรณวรรณ ผาโคตร. (2548). การนำกระบวนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม. กรุงเทพฯ: เค. เอส. พี. การพิมพ์.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2552). การศึกษาว่าด้วยมิติทั้ง 4 ของสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 3(3), 323-335.

- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุริพร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-35.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2558). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263-278.
- สมพร ปานผลุง, กิตติกร นิลมานัต และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์. (2556). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจคนพิการ พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชัน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *บทบาทภาครัฐเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือมาตรฐานกลาง ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ไหมมูณะ คลังข้อง. (2553). *สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อนัส อมาตยกุล. (2549). *การวิจัยเรื่องเกียรติศักดิ์และศักดิ์ศรีของผู้พิการตามหลักคำสอนอิสลาม*. เข้าถึงได้ที่ <http://muslimchiangmai.net/index.php?topic=2639.0;wap2>

- อนัญญา เจียนรัมย์. (2557). ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.  
วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 25(1), 63-70.
- อนุพันธ์ ต้นดวงศ์, ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ และสุชาย สุนทรภา. (2550). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: เอช. พี. เพรส.
- อโนชา ทศนาชนชัย, นุจรี ไชยมงคล และสุนทราวดี เขียรพิเชฐ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2), 21-31.
- อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพินผล. (2550). ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. วารสารพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 18(2), 43-53.
- อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2554) ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 24(1), 1-9.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, สุทิสรา เจริญศิลป์ และชลธิชา ศรีดินันท์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย. วารสารเกื้อการุณย์, 17(2), 66-80.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson Education.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. California: Sage.
- Carers, U. K. (2012). *Facts about Carers 2012*. Retrieved from [http://www.carersuk.org/media/k2/attachments/Facts\\_about\\_carers\\_Dec\\_2012.pdf](http://www.carersuk.org/media/k2/attachments/Facts_about_carers_Dec_2012.pdf)
- Cassidy, T. (2013). Benefit finding though caring: The cancer caregiver experience. *Psychology & Health*, 28, 250-266.
- Davey, J. A., & Keeling, S. (2004). *Combrining work and eldercare: A study of employee in two city councils who provide inform care for older people*. Retrieves from <http://www.dol.govt.nz/PDFs/Eldercare.pdf>

- Delgado-Guay, M. O., Parsons, H. A., & Hui, D. (2012). Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(5), 455-461.
- Duffy, R. D., & Blustein, D. L. (2005). The relationship between spirituality, religiousness, and career adaptability. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 429-440.
- Frost, M. H., Johnson, M. E., Atherton, P. J., Petersen, W. O., Dose, A. M., Kasner, M. J., Burger, K. N., Sloan, J. A., & Pipe, T. B. (2012). Spiritual well-being and quality of life of women with ovarian cancer and their spouses. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 72-80.
- Gary, J. (2006). Measuring spirituality: Conceptual and methodological consideration. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 10(2), 56-84.
- Kim, S. S., Reed, D. H., & Kang, Y. (2013). Psychological, physical, social, and spiritual well-being similarities between Korean older adults and family caregivers. *Geriatric Nursing*, 34, 35-40.
- Kim, S. S. (2008). *Interdependence of spirituality and well being among Korean elders and family caregivers*. Doctoral dissertation, Nursing Sciences, Graduate College, The University of Arizona.
- Kim, S. S., Reed, P. G., Hayward, R. D., Kang, Y., & Koenig, H. G. (2011). Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Research in Nursing & Health*, 34(2), 103-115.
- Kim, Y., Carver, C. S., & Spillers, R. L. (2010). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psycho-Oncology*, 20(7), 762-770.
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adults with a physical disability: A community-based action research study*. Doctoral dissertation, Health Sciences, La Trobe University Australia.
- Lawang, W., Horey, D. E., & Blackford, J. (2015). Family caregivers of adults with acquired physical disability: Thai case-control study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 70-77.

- Lawang, W., Horey, D. E., Blackford, J., Sunsern, R., & Riewpaiboon, W. (2013). Support interventions for caregiver of physically disabled adults: A systematic review. *Nursing and Health Sciences, 15*, 534-545.
- Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. A. (2010). Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Aff (Millwood), 29*(1), 116-124.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley Interscience.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health, 10*(5), 335-344.
- Spurlock, W. R. (2005). Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing, 26*(3), 154-161.
- Tsukasaki, K., Kido, T., Makimoto, K., Naganuma, R., Ohma, M., & Sunaga, K. (2006). The impact of sleep in terruption on vital measurements and chronic fatigue of female caregivers providing home care in Japan. *Nursing and Health Sciences, 8*, 2-9.
- Unsanit, P., Sunsern, R., Kunsongkeit, W., O'Brien, M. E., & McMullen, P. C. (2012). Development and rvaluation of the yhai spiritual well-being assessment tool for elders with a chronic illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(1), 13-28.
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and Family, 45*(4), 841-849.
- World Health Organization [WHO] & World Bank World. (2011). *World report on disability*. Malta: World Health Organization.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Cclinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 7*, 161-166.
- Zarit, S. H. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.

Zimet, G. K., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**  
**ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย**

- |  |  |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ          | คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ<br>มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง                         |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา                                  |
| 3. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา                      | อาจารย์ประจำ<br>ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน<br>วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 4. นายแพทย์สุชาติ ตันตินิรมัย                | แพทย์ประจำ<br>โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                                       |
| 5. คุณปวีตรา สุทธิธรรม                       | พยาบาลวิชาชีพประจำ<br>โรงพยาบาลนายายอาม จันทบุรี                                 |

ภาคผนวก ข

แบบรายงานการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

Factors Affecting the Spiritual well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability

ชื่อนิติ นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์

รหัสประจำตัวนิสิต 57920194

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 09 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 180 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ บ้านของญาติผู้ดูแล หรือสถานที่ญาติผู้ดูแลสะดวก ในจังหวัดจันทบุรี

- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 7 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

Factors Affecting the Spiritual well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability

2. ชื่อนิสิต นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์

รหัสประจำตัวนิสิต 57920194      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

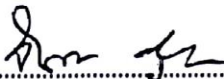
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 09 - 2559

ให้เพิ่มเติมสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ ตำบลขลุ่ย อำเภอขลุ่ย จังหวัดจันทบุรี

4. วันที่ให้การรับรอง: 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
Factors Affecting the Spiritual well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability

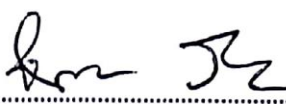
2. ชื่อ นิสิต นางสาวเสาวภา เต็มวงษ์

รหัสประจำตัวนิสิต 57920194 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 09 - 2559  
ไว้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 29 มกราคม 2561 ถึง วันที่ 29 มกราคม 2562

4. วันที่ให้การรับรอง: 29 เดือน มกราคม . พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเอกสารชี้แจง





## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการ  
ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม การวิจัยนี้จะไม่มีการทรมานใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

(นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์)



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-09-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่การศึกษาวิจัยนี้กำหนด เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสัมภาษณ์มีจำนวน 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 3) แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ 4) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม 5) แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล และ 6) แบบสัมภาษณ์สุขภาวะทางปัญญา ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที การวิจัยนี้อาจจะไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อท่าน และผู้ที่ท่านให้การดูแลทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ-สกุลหรือสิ่งใด ๆ ที่อาจจะอ้างอิงหรือทราบว่าเป็นของท่าน ข้อมูลท่านที่เป็นแบบสัมภาษณ์และใบอนุญาตนการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บอย่างมิดชิดและปลอดภัย ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อก ส่วนข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์จะถูกลบรหัสผ่าน โดยจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอ

ผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งภายหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากญาติผู้คามีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 085-295-0777 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102843

นางสาวเสาวภา เล็กวงษ์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร.038-102823

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัยเรื่อง**  
**“ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแลคนพิการ**  
**ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย”**

**แนะนำตัว**

ดิฉันได้รับทราบว่า ท่านเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญยิ่งในการดูแลช่วยเหลือ [ชื่อคนพิการ] ขณะนี้เป็นเวลาที่ดีในการสอบถามข้อมูล ไม่ทราบว่าความสะดวกที่จะให้สัมภาษณ์หรือไม่ (ถ้าญาติผู้ดูแลสะดวกให้สัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณและดำเนินการสัมภาษณ์ แต่หากญาติผู้ดูแลไม่สะดวก ขอบคุณและนัดเวลาอื่นเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์)

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนพิการ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์สุขภาพทางปัญญา

### เครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : (MMSE-Thai 2002)

#### คำชี้แจง

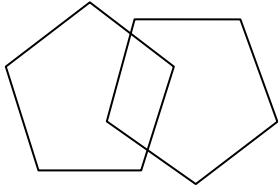
1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช่ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนนตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)
2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

ข้อความ	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใด ข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
กรณีอยู่ที่บ้านพักคนชรา		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อ ของสาวมอย่าง คุณ(ตา, ยาย, ...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะ บอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน)		

ข้อความ	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
<p>พุดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย, ...) พุดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบ ทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกรับชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)</p>		
<p>( ) ดอกไม้ ( ) แม่น้ำ ( ) รถไฟ</p>		
<p>( ) ต้นไม้ ( ) ทะเล ( ) รถยนต์</p>		
<p>4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใด ข้อหนึ่ง</p>		
<p>ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย, ...) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2</p>		
<p>4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา” บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด)ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ โดยไม่ต้อง ย้ายไปทำข้อ 4.2</p>		
<p>4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย, ...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย, ...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัว หลังไปตัวแรก” คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนุ-สระอา-วอ แหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย, ...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ</p>	<p>..... .. .. ว า น ะ ม</p>	
<p>5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)</p>		
<p>( ) ดอกไม้ ( ) แม่น้ำ ( ) รถไฟ</p>		

ข้อความ	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
( ) ต้นไม้ ( ) ทะเล ( ) รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ขึ้นคินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
6.2 ชี้นำพิกาะข้อ่มือให้ผู้สูงอายุดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้คุณ (ตา, ยาย, ...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีละคำเดียว ” “ใคร ใคร ขาย ไก่ ไช้”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดีนะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วคุณ (ตา, ยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่..... (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ ( ) รับด้วยมือขวา ( ) พับครึ่ง ( ) แล้ววางที่.... (พื้น, โต๊ะ, เติง)		
9. Written command (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย, ..) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย, ..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุดู หลับตา ( ) หลับตาได้		



ข้อความ	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
10. Writing (1 คะแนน)		
<p>ข้อความเป็นคำสั่งให้คุณ (ตา, ขาย, ...) เขียนข้อความ อะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เองหรือมีความหมายมา 1 ประโยค .....</p>		
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		
<p>ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่าง ด้านข้างของภาพตัวอย่าง</p>  <p>รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกัน ต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมภายในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้ คะแนน 1 คะแนน</p>		
<b>คะแนนรวม</b>		

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์.....

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน

#### ข้อมูลญาติผู้ดูแล

ฉันจะขอเริ่มคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของตัวท่านก่อน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปีเต็ม
2. เพศ  ชาย  หญิง (บันทึก ไม่ต้องถาม)
3. ....
4. สถานภาพสมรสของท่าน คือ  
 โสด  คู่  หม้าย  หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่ (ถ้าประกอบ) ประกอบอาชีพอะไร  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  รับจ้าง  ทำไร่/ ทำสวน  
 ค้าขาย  รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ....
7. สถานะทางการเงินของครอบครัวท่านโดยรวม เป็นอย่างไร  
 เพียงพอและมีเงินออม  เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม  
 ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน  ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
8. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้ามี) ปัญหาสุขภาพนั้นคืออะไร  
 ไม่มี  มี โปรดระบุ.....

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการ

ต่อไปจะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของ (ชื่อคนพิการ) ที่ท่านให้การดูแล

9. ....
10. เพศของคนพิการ  ชาย  หญิง (บันทึก ไม่ต้องถาม)
11. ....
12. ปัจจุบัน (ชื่อคนพิการ) สามารถพึ่งตนเองได้ระดับไหน  
 ไม่สามารถพึ่งตนเอง  พึ่งพาตนเองได้บางส่วน  
 พึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด

13. (ชื่อคนพิการ) มีปัญหาสุขภาพ/ โรค อื่น นอกเหนือจากความพิการหรือไม่ (ถ้ามี)  
ปัญหาสุขภาพนั้นคืออะไร

ไม่มี  มี ระบุ.....

#### ข้อมูลบริบทการดูแล

ต่อไปจะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับบริบทหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

14. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับอย่างไรกับ [ชื่อคนพิการ] หรือ ท่านเป็นอะไรกับ (ชื่อคนพิการ)

บิดา/ มารดา  บุตร  หลาน  
 พี่น้อง  อื่น ๆ โปรดระบุ.....

15. ท่านเคยมีประสบการณ์ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมาก่อนหรือไม่ (ถ้าเคย) ดูแลใคร

ไม่เคย  เคย ระบุคนที่ดูแล.....

16. เหตุผลหลักที่ท่านตัดสินใจดูแล [ชื่อคนพิการ] คืออะไร (ตอบได้ข้อเดียว)

เป็นการตอบแทนบุญคุณ  เป็นความรัก/ ความผูกพัน  
 เป็นหน้าที่/ ความรับผิดชอบ  เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ  
 เป็นผู้ที่มียาวมากกว่า/ สะดวกคนอื่น  อื่น ๆ ระบุ.....

17. ....

18. ....

19. ....

กิจกรรมการดูแล	1 ไม่เคยเลย	2 เล็กน้อย/ บางครั้ง	3 ส่วนมาก/ ทั้งหมด
1. การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (เช่น ขับถ่าย อาบน้ำ หรือแต่งตัว)			
2. การรับประทานอาหารและการเตรียมอาหาร			
3. .... .....			
4. ....			

กิจกรรมการดูแล	1 ไม่เคยเลย	2 เล็กน้อย/ บางครั้ง	3 ส่วนมาก/ ทั้งหมด
.....			
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (เช่น ออกกำลังกาย กล้ามเนื้อ ฝึกการยืน-เดิน)			
6. .... .....			
7. .... .....			
8. การดูแลทางด้านอารมณ์ (เช่น ปลอดภัยให้กำลังใจ)			
9. .... .....			
10. การสนับสนุนทำกิจกรรมทางศาสนา (เช่น สวดมนต์ ทำบุญ เปิดธรรมะ)			

20. ....

.....

.....

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของท่าน โปรดตอบคำถามให้ตรงกับกระทำของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

- 0 คะแนน ไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยทำ
- 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นกระทำนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 1-25)
- 2 คะแนน บางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นกระทำบางครั้ง (ร้อยละ 26-50)
- 3 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นกระทำบ่อยครั้ง (ร้อยละ 51-75)
- 4 คะแนน ประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นกระทำเป็นประจำ (ร้อยละ 76-100)

ข้อความ	0 (ไม่เคยทำ)	1 (นาน ๆ ครั้ง)	2 (บาง ครั้ง)	3 (บ่อย ครั้ง)	4 (ประจำ)
1. ท่านรักษาศีล และพยายามหลีกเลี่ยง สิ่งที่ผิดศีลธรรมตามหลัก ศาสนาของท่าน					
2. ท่านทำสมาธิ เพื่อให้ จิตใจสงบตามแนวปฏิบัติ ทางศาสนาของท่าน					
3. ....					
4. ....					
5. ....					

### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่ปฏิบัติต่อกันในการแสดงความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือ โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

- 0 คะแนน ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย
- 1 คะแนน ระดับที่ 2 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก
- 2 คะแนน ระดับที่ 3 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง
- 3 คะแนน ระดับที่ 4 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง
- 4 คะแนน ระดับที่ 5 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอด
- 5 คะแนน ระดับที่ 6 หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

ข้อความ	ความถี่ของความรู้สึก					
	0 (ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น เลย)	1 (รู้สึก เช่นนั้น น้อย มาก)	2 (รู้สึก เช่นนั้น บาง ครั้ง)	3 (รู้สึก เช่นนั้น บ่อย ครั้ง)	4 (รู้สึก เช่นนั้น เกือบ ตลอด)	5 (รู้สึก เช่นนั้น ตลอด เวลา)
1. ท่านและ (ชื่อคนพิการ) ต่างต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน						
2. ท่านรับรู้ได้ว่า (ชื่อคนพิการ) รักท่าน						
3. ท่านและ (ชื่อคนพิการ) ต่างไว้วางใจกัน						
4. ....						
5. ....						
6. ....						
7. ....						

ข้อความ	ความถี่ของความรู้สึก					
	0 (ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น เลย)	1 (รู้สึก เช่นนั้น น้อย มาก)	2 (รู้สึก เช่นนั้น บาง ครั้ง)	3 (รู้สึก เช่นนั้น บ่อย ครั้ง)	4 (รู้สึก เช่นนั้น เกือบ ตลอด)	5 (รู้สึก เช่นนั้น ตลอด เวลา)
8. ....						
9. ....						
10. ....						
11. ....						
12. ....						
13. ....						
14. ....						
15. ....						
16. ....						
17. ....						

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัว (สมาชิกในครอบครัว) และบุคคลสำคัญ (เพื่อน/ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง) โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

- |         |                     |         |  |
|---------|---------------------|---------|--|
| 1 คะแนน | ไม่เห็นด้วย         | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นผู้ตอบอย่างมาก    |
| 2 คะแนน | ค่อนข้างไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบปานกลาง  |
| 3 คะแนน | เฉย ๆ               | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย |
| 4 คะแนน | ค่อนข้างเห็นด้วย    | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย       |
| 5 คะแนน | เห็นด้วย            | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบอย่างมาก    |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1 (ไม่เห็นด้วย)	2 (ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย)	3 (เฉย ๆ)	4 (ค่อนข้าง เห็นด้วย)	5 (เห็นด้วย)
1. ท่านมีบุคคลสำคัญ ที่คอยช่วยเหลือ หากท่านต้องการ ความช่วยเหลือขึ้นมา					
2. ท่านได้รับ การสนับสนุน และช่วยเหลือ จากครอบครัว ตามที่ท่านต้องการ					



ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1 (ไม่เห็นด้วย)	2 (ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย)	3 (เฉย ๆ)	4 (ค่อนข้าง เห็นด้วย)	5 (เห็นด้วย)
3. ท่านมีบุคคลสำคัญ ที่สามารถร่วมทุกข์ร่วม สุขกับท่านได้					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10.....					
11.....					
12.....					

### ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลคนพิการ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงภาวะในการดูแลคนพิการของญาติผู้ดูแล โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่านหรือความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

- 0 คะแนน ไม่เคยเลย หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย
- 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นน้อยครั้ง (ร้อยละ 1-25)
- 2 คะแนน บางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้น ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50)
- 3 คะแนน บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็น ส่วนมาก (ร้อยละ 51-75)
- 4 คะแนน ประจำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	0 (ไม่เคยเลย)	1 (นาน ๆ ครั้ง)	2 (บางครั้ง)	3 (บ่อยครั้ง)	4 (ประจำ)
1. ท่านรู้สึกว่ (ชื่อคนพิการ) ร้องขอความช่วยเหลือ มากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่ท่านไม่มีเวลา เพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่ใช้เวลา ในการดูแล (ชื่อคนพิการ) มาก ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง					
3. ท่านรู้สึกเครียดทั้งงาน ที่ต้องดูแล(ชื่อคนพิการ) และงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ....					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	0 (ไม่เคยเลย)	1 (นาน ๆ ครั้ง)	2 (บางครั้ง)	3 (บ่อยครั้ง)	4 (ประจำ)
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					
21. ....					
22. ....					

### ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์สภาวะทางปัญญา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะทางปัญญา ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกล้วนลึกภายในจิตใจของท่าน โปรดตอบคำถามให้ตรงกับตัวท่าน/ หรือความรู้สึกลึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

- |         |            |         |   |
|---------|------------|---------|---|
| 1 คะแนน | น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านรู้สึกเช่นเดียวข้อความ/ เป็นตัวท่านน้อยที่สุด |
| 2 คะแนน | น้อย       | หมายถึง | ท่านรู้สึกเช่นเดียวข้อความ/ เป็นตัวท่านน้อย       |
| 3 คะแนน | ปานกลาง    | หมายถึง | ท่านรู้สึกเช่นเดียวข้อความ/ เป็นตัวท่านปานกลาง    |
| 4 คะแนน | มาก        | หมายถึง | ท่านรู้สึกเช่นเดียวข้อความ/ เป็นตัวท่านมาก        |
| 5 คะแนน | มากที่สุด  | หมายถึง | ท่านรู้สึกเช่นเดียวข้อความ/ เป็นตัวท่านมากที่สุด  |

ข้อความ	1 (น้อยที่สุด)	2 (น้อย)	3 (ปานกลาง)	4 (มาก)	5 (มากที่สุด)
1. ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตและเข้าใจว่าการเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต					
2. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และรู้ตัวเสมอ ไม่ว่าจะคิด จะพูด หรือจะทำ					
3. ท่านคิดเสมอว่าทุกปัญหาที่เผชิญย่อมมีข้อดีแฝงอยู่และมีทางออกเสมอ					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					

ข้อความ	1 (น้อยที่สุด)	2 (น้อย)	3 (ปานกลาง)	4 (มาก)	5 (มากที่สุด)
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					

ภาคผนวก จ  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติเบื้องต้น ดังนี้

ตัวแปรตาม คือ สุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย เป็น Interval scale และมีการแจกแจงปกติ

ตัวแปรต้น มีทั้งหมด 8 ตัว คือ อายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลเป็น Ratio scale การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมเป็น Interval scale มีการแจกแจงปกติ สำหรับการศึกษาใช้เป็นจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาซึ่งเป็น Ratio scale แต่มีการแจกแจงไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงได้แปลงตัวแปรให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy variable) คือ 0 หมายถึง ประถมศึกษา ส่วน 1 หมายถึง มัธยมศึกษาขึ้นไป

ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติมีคะแนนเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบจากการ Plot normal curve ของค่า Residual พบว่า Residual มีการกระจายแบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.98 และจากการวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.77 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน

ไม่มี Multivariate outliers จากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง +/-3

ค่าความแปรปรวน ไม่มีลักษณะที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระต่อกัน ไม่ Multicollinearity

โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใด ที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า  $r < .85$ ) (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแล และสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแล คนพิการทางการไหวหรือทางร่างกาย ( $n = 180$ )

ตัวแปร	<i>Y</i>	<i>X1</i>	<i>X2</i>	<i>X3</i>	<i>X4</i>	<i>X5</i>	<i>X6</i>	<i>X7</i>	<i>X8</i>
สุขภาวะทางปัญญา ( <i>Y</i> )	.00								
อายุ ( <i>X1</i> )	.012	1.00							
การศึกษา ( <i>X2</i> )	.064	-.517***	1.00						
รายได้ของครอบครัว ( <i>X3</i> )	.102	-.197**	.348***	1.00					
ระยะเวลาที่ดูแล ( <i>X4</i> )	-.030	.128*	-.097	-.088	1.00				
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ( <i>X5</i> )	.250***	.081	.037	.217**	.113	1.00			
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคนพิการ ( <i>X6</i> )	.434***	.068	.048	-.004	.045	.179**	1.00		
ภาระการดูแล ( <i>X7</i> )	-.306***	.211**	-.171*	-.110	-.024	-.050	-.312***	1.00	
การสนับสนุนทางสังคม ( <i>X8</i> )	.354***	-.034	.023	.129*	-.080	.308***	.374***	-.195**	1.00

$p < .05^*$ ,  $p < 01^{**}$ ,  $p < 001^{***}$