

## กลวิธีสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D.\* อโนชา ทศนาชนชัย, พยม.\*\* รัชณี สรรเสริญ, Ph.D.\*\*\*

### บทคัดย่อ

ความพิการเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การส่งเสริมให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมโดยเน้นศึกษากลวิธีสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย จากการสืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผ่านการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2542 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ดำเนินการสกัดข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบฟอร์มการประเมินคุณค่างานวิจัยที่ประยุกต์มาจาก Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลอง 3 เรื่อง กึ่งทดลอง 6 เรื่อง และเชิงปฏิบัติการ 3 เรื่อง ในภาพรวมงานวิจัยมีคุณภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูงถึงสูง มี 10 กิจกรรมหลักที่ใช้กลวิธีสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ คือ การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว การสร้างศักยภาพของชุมชน การทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพคนพิการ การสนับสนุนอุปกรณ์และให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์จากชุมชน การสนับสนุนการจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการฝึกอาชีพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการสนับสนุนการจัดการด้านสุขภาพ ยังมีส่วนน้อยที่ผสมผสานการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการ ผลการวิจัยส่วนใหญ่แสดงผลลัพธ์เชิงบวกต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเลือกกลวิธีต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามประเภทคนพิการ ชุมชนและบริบทของสถานบริการสุขภาพโดยบูรณาการงานคนพิการร่วมกับงานปกติ และเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน คือ คนพิการและครอบครัว ทีมสุขภาพ ผู้นำและประชาชนในชุมชน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการต่อไป

**คำสำคัญ :** คนพิการ คุณภาพชีวิต กลวิธี การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประเทศไทย

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* อาจารย์ ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\* รองศาสตราจารย์ และคณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

# Support Strategies for Enhancing Quality of Life of Persons with Disability in Thailand : A Systematic Review

Wannarat Lawang Ph.D.\* Anocha Tassanatanachai M.N.S.\*\*  
Rachanee Sunsern Ph.D.\*\*\*

## Abstract

Disability is a significant problem in Thailand. Improving quality of life of persons with disabilities is an important responsibility for all sectors. This systematic review focused on support strategies for enhancing quality of life of persons with disabilities in Thailand. From 1998 to 2013 international and Thai electronic databases and relevant grey literature were searched. The Critical Appraisal Skills Programme (CASP) tool was modified to appraise methodological quality.

Twelve papers published were found including three randomized controlled trials, six quasi-experimental researches, and three action research studies. Overall study quality was moderate-high to high. Ten main activities for enhancing quality of life were teaching and training, counselling and emotional support, strengthening support from family, improving community capacity, providing rehabilitation, providing equipment and community resource information, providing environment modification, employment training, empowering, and supporting of health management. However there were few studies that combined participation of stakeholders in community in caring persons with disability. The majority of papers reported positive results on quality of life of persons with disability

This systematic review suggested that nurses and health professionals may select and apply these strategies congruent with appropriate types of disability, community and health organization contexts by integrating with regular jobs and linking all sectors including persons with disabilities and their families, health care team, and community members in order to achieve the goal of quality of life of persons with disabilities.

**Keywords :** Disability ; Quality of life, Strategy ; Systematic review ; Thailand

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

"คนพิการ" บุคคลสำคัญกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังรายงานการสำรวจคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2520 ประเทศไทยมีคนพิการประมาณร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ. 2534 และเพิ่มเป็นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ. 2550 ถึงแม้จะลดลงเหลือร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ.2555 แต่ก็มีคนไทยมากถึง 1.5 ล้านคนที่มีความพิการ<sup>1</sup> ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของโรคเริ่หรือโรคเรื้อรัง การเกิดภัยพิบัติ และอุบัติเหตุต่างๆ ที่นำไปสู่ความพิการเพิ่ม รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และเทคโนโลยีสมัยใหม่ ที่การรักษาช่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตแต่ยังคงหลงเหลือความพิการไว้

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550<sup>2</sup> ที่เน้นสิทธิและความเท่าเทียมกันทางสังคมของคนทุกกลุ่มซึ่งหมายรวมถึงคนพิการไทยทุกคนรัฐต้องให้การดูแล คุ้มครอง และสงเคราะห์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550<sup>3</sup> ที่ให้ความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการไว้ว่าเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ อย่างไรก็ตามจากรายงานการศึกษาสถานการณ์คน พิการไทย<sup>4</sup> และการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555<sup>1</sup> พบว่า รัฐยังให้ความช่วยเหลือคนพิการไม่เพียงพอ รวมถึงสังคมไทยยังคงมีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นในกลุ่มคนพิการ โดยบุคคลเหล่านี้ได้รับโอกาสต่างๆ น้อย

กว่าคนปกติอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นการส่งเสริมดูแลคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้จึงเป็นเป้าหมายหลักที่ควรจะได้รับพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญและร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมในสังคมไทย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายคุณภาพชีวิต (quality of Life: QOL) หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาที่จะทำให้คนพิการมีความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) หรือความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการมีสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) ดังนั้น กลวิธีที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการซึ่งคือโอกาสในสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณา กลวิธีที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับคนพิการ และสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทยมีเฉพาะ ในวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก และยังเป็น การทบทวนในบางแง่มุมของคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังขาดการทบทวนที่เป็นระบบและเสนอข้อสรุปในประเด็นกลวิธีสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่รวบรวม คัดเลือกและสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถตรวจสอบได้ ลดความคลาดเคลื่อนและอคติให้น้อยที่สุด ซึ่งนั่นคือ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อสรุปของวิธีการและประสิทธิผลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ อันจะนำไปใช้ในการสังเคราะห์กลวิธีสนับสนุนให้เหมาะสมกับคนพิการ พัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตของคนพิการต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม

เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เน้นการศึกษา กลวิธีสนับสนุนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการ ในประเทศไทย

วิธีดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ครั้งนี้ ศึกษาจากรายงานวิจัยปฐมภูมิ โดยมีขั้นตอน ในการดำเนินการ ดังนี้

### 1. การสืบค้นวรรณกรรม

วิธีการสืบค้นวรรณกรรมมี 2 วิธีคือ 1) การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic searches) ดำเนินการสืบค้นรายงานวิจัยที่ ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลนานาชาติ ได้แก่ CINAHL, MEDLINE และ PsychoInfo ฐานข้อมูลประเทศไทย ได้แก่ Thailand Library Integrated System (Thai LIS) และ Thai Journal Citation Index Center (TCI) โดยกำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตลอดจนกำหนดคำรวมระหว่าง “คุณภาพชีวิต” กับ “พิการ” และคำที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ “หลอดเลือด สมอง” “อัมพาต/อัมพฤกษ์” “บาดเจ็บไขสันหลัง/สมอง” “ตาบอด” “สูญเสียการได้ยิน” “หูหนวก” และ “จิตเภท” และ 2) การสืบค้นด้วยมือ (manual searching) จากรายการอ้างอิงทั้งหมดของการวิจัย ที่ทบทวนในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2542 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 ผลการสืบค้นวรรณกรรม อย่างเป็นระบบพบงานวิจัยจำนวน 101 เรื่อง

### 2. การคัดเลือกงานวิจัย

การคัดเลือกหรือคัดกรองงานวิจัยดำเนินการบนพื้นฐานเงื่อนไขการพิจารณาเลือกรายงานวิจัย ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ งานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาในบริบทประเทศไทย ทั้งที่ตีพิมพ์ เผยแพร่ทางวารสาร รายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์/คุณนิพนธ์ที่เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ และมีคุณลักษณะดังนี้

- รูปแบบการวิจัย (research design) การวิจัยเชิงทดลอง (true-experimental research) การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental

research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

- ประชากรเป้าหมาย(target population) : คนพิการอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และครอบคลุม<sup>4</sup> ประเภทของความพิการ ได้แก่ ความพิการทางการมองเห็นความพิการทางการได้ยิน/สื่อความหมายความพิการทางการเคลื่อนไหว/ทางร่างกายและความพิการทางจิตใจ/พฤติกรรม

- กลวิธีสนับสนุน (support strategy): แนวทาง/รูปแบบ/โปรแกรมทุกชนิดที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรต้นของงานวิจัย

- การวัดผลที่ได้จากการวิจัย (outcome): คุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรตามของงานวิจัย

- สถานที่ดำเนินการวิจัย (setting): ทั้งในบริบทของสถานบริการสุขภาพ และชุมชน 2.2 เกณฑ์คัดเลือกรายงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในขอบเขตเนื้อหาข้างต้น และนำเสนอเฉพาะความเป็นไปได้ของการปฏิบัติและไม่ใช้การศึกษาการทดลอง (non-experimental study)

ผู้ทบทวน 2 คน ร่วมกันคัดกรองงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าที่กำหนด และไม่ซ้ำซ้อนกันโดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อของแต่ละรายงานวิจัยและที่สามารถสืบค้นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ ซึ่งในขั้นตอนนี้มีงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาและนำไปทบทวนวรรณกรรมจำนวน 12 เรื่อง

### 3. การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม

ภายหลังการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยผู้ทบทวน 2 คน แยกกันอย่างอิสระในการอ่านงานวิจัยอย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลงานวิจัย และประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบฟอร์มการประเมินคุณค่างานวิจัยที่ประยุกต์มาจาก Critical Appraisal Skills Programme (CASP) ที่เฉพาะเจาะจงให้กับแต่ละรูปแบบการวิจัย 5 กรณีที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกันจะใช้การอภิปรายระหว่างผู้ทบทวน 2 คน หากความเห็นไม่สอดคล้องกันอีก จะทำการปรึกษาผู้ทบทวนคนที่สาม เพื่อหามติข้อตกลงร่วมกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ประยุกต์มาจาก Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

รูปแบบ	เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย	ระดับงานวิจัย
การวิจัยเชิงทดลอง (true-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม (randomized controlled trials: RCT)	1. มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดให้มีอำนาจทดสอบอย่างน้อยร้อยละ 80 2. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและสุ่มกลุ่มทดลอง 3. มีการปกปิดไม่ให้ตัวอย่างรู้ว่าอยู่กลุ่มใดตลอดการวิจัย และปกปิดไม่ให้ผู้วัดรู้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่กลุ่มใด 4. ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกนำมาใช้ในการสรุปผลของการศึกษา 5. กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มได้รับการติดตามและเก็บข้อมูลในลักษณะเดียวกัน	- สูง (5 คะแนน) - ก่อนข้างสูง (4คะแนน) - ปานกลาง (3คะแนน) - ก่อนข้างต่ำ (2คะแนน) - ต่ำ (1คะแนน)
การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (two-group pretest-posttest design)	1. มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดให้มีอำนาจทดสอบอย่างน้อยร้อยละ 80 2. มีการปกปิดไม่ให้ตัวอย่างรู้ว่าอยู่กลุ่มใดตลอดการวิจัย และปกปิดไม่ให้ผู้วัดรู้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่กลุ่มใด 3. ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกนำมาใช้ในการสรุปผลของการศึกษา 4. มีการทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนได้รับสิ่งทดลองมีลักษณะที่ไม่ต่างกัน 5. นอกเหนือจากการแทรกแซงกลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน	- สูง (5 คะแนน) - ก่อนข้างสูง (4 คะแนน) - ปานกลาง (3 คะแนน) - ก่อนข้างต่ำ (2 คะแนน) - ต่ำ (1 คะแนน)
การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) /เชิงปฏิบัติการ (action research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุม (one-group pretest-posttest design)	1. มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดให้มีอำนาจทดสอบอย่างน้อยร้อยละ 80 (เชิงกึ่งทดลอง)/กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติทดแทนประชากร (เชิงปฏิบัติการ) 2. จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาหลุดออกหรือหายไปจากการวิจัยไม่เกิน 20% 3. เครื่องมือในการประเมินหลังการทดลองมีการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่น	- สูง (3คะแนน) - ปานกลาง (2คะแนน) - ต่ำ (1คะแนน)

### ผลการทบทวนวรรณกรรม

#### 1. ข้อมูลพื้นฐานและคุณภาพของงานวิจัย

ในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา (ระหว่างปี พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2556) มีงานวิจัยปฐมภูมิที่ตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับกลวิธีสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการและนำมาทบทวนวรรณกรรมจำนวน

12 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย 7 เรื่อง<sup>6-12</sup> วิทยานิพนธ์/ดุญฎินิพนธ์ 4 เรื่อง<sup>13-16</sup> และรายงานการวิจัย 1 เรื่อง<sup>17</sup> โดยส่วนใหญ่ (10 เรื่อง) ตีพิมพ์ภาษาไทย แต่ทุกเรื่องมีบทคัดย่อภาษาอังกฤษ สำหรับรูปแบบการวิจัยพบว่า ครึ่งหนึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 6 เรื่อง (ทั้งที่มีกลุ่มควบคุมและไม่

มีกลุ่มควบคุม)<sup>7-10, 12, 15</sup> ส่วนที่เหลือเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือ RCT<sup>6, 13, 16</sup> และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>11, 14, 17</sup> อย่างละ 3 เรื่องเท่าๆกัน (ตารางที่ 2)

จากการประเมินคุณภาพเพื่อจัดระดับของงานวิจัยพบว่า มากกว่าครึ่งของงานวิจัย (7 เรื่อง) มีคุณภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง<sup>9, 15, 16</sup> จนถึงสูง<sup>6, 11, 13, 17</sup> แต่มีบางเรื่องที่ถูกจัดอยู่ในระดับปานกลาง (5 เรื่อง)<sup>7, 8, 10, 12, 14</sup> ทั้งนี้เนื่องมาจากวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ (power of test) อย่างน้อยร้อยละ 80 และไม่มีกรปกปิดไม่ให้กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าอยู่กลุ่มใด ตลอดจนการวิจัยและปกปิดไม่ให้ผู้วัดผลรู้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่กลุ่มใด

**2. ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง**  
ประชากรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 845 คน ประกอบด้วย คนพิการ 494 คน ญาติผู้ดูแล 180 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ (พยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน) 171 คน เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากรพบว่า คนพิการเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.6) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.8) มากกว่าหญิง (ร้อยละ 45.2) ส่วนประเภทของความพิการพบว่า เป็นความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด (ร้อยละ 49.6) รองลงมาคือ รวมทุกประเภท (ร้อยละ 35.8) และความพิการทางจิตจิตใจหรือพฤติกรรม (ร้อยละ 14.6) ซึ่งไม่มีงานวิจัยใดที่เฉพาะเจาะจงในคนพิการทางการมองเห็นและทางการได้ยิน/สื่อความหมาย

### 3. กลวิธีสนับสนุน

#### 3.1 การพัฒนาทฤษฎี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สองในสาม (8 เรื่อง) ของงานวิจัยมีการอธิบายชัดเจนถึงกรอบแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาทฤษฎีสนับสนุนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอยดัล แนวคิดของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย<sup>7, 10</sup> การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน<sup>14</sup> นวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง<sup>17</sup> แนวทางการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของไนเลอร์และคณะ<sup>13</sup> เป็นต้นแต่

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่เหลือแม้ไม่ได้ระบุแนวคิดทฤษฎีใดเป็นเฉพาะแต่ได้พัฒนาทฤษฎีโดยใช้หลักฐานที่รวบรวมจากบทวิจารณ์วรรณกรรมแทน

มีประเด็นที่น่าสนใจคือ มีงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 เรื่อง<sup>11, 14, 17</sup> ที่พัฒนาทฤษฎีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของตัวคนพิการเอง ครอบครัว พยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

#### 3.2 กิจกรรมดำเนินการ

ภาพรวมกิจกรรมต่างๆ ในกลวิธีสนับสนุนเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ มีกิจกรรมการดำเนินงานสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินความพร้อม/ศักยภาพ การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการดำเนินงาน ยิ่งไปกว่านั้นยังมีกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนพิการและครอบครัวในกระบวนการดังกล่าว ตัวอย่างเช่น การเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้<sup>16, 17</sup> การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน<sup>9, 15-17</sup> การสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหา<sup>15, 17</sup> และการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย<sup>17</sup>

กิจกรรมที่ใช้ในการปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของคุณภาพชีวิตคนพิการสามารถสรุปได้ 10 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง<sup>6, 7, 9, 10, 13, 15, 17</sup>
2. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์<sup>6, 7, 13, 15-17</sup>
3. การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว<sup>11, 13, 15, 17</sup>
4. การสร้างศักยภาพของชุมชน<sup>11, 12, 14, 17</sup>
5. การทำกายภาพและฟื้นฟูสภาพคนพิการ<sup>7, 10, 17</sup>
6. การสนับสนุนอุปกรณ์และให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ชุมชน<sup>11, 13, 17</sup>
7. การสนับสนุนการจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน<sup>11, 17</sup>
8. การสนับสนุนการฝึกอาชีพ<sup>12, 17</sup>

9. การเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>14</sup>

10. การสนับสนุนการจัดการด้านสุขภาพ<sup>6</sup>

สำหรับรูปแบบการจัดการบริการเป็นแบบรายบุคคลอย่างเดียวนมากที่สุด (7 เรื่อง) รองลงมาเป็นแบบรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม (4 เรื่อง)<sup>11, 12, 14, 17</sup> และรายกลุ่มอย่างเดียว (1 เรื่อง)<sup>16</sup>

งานวิจัยทุกเรื่องมีการระบุกิจกรรมการดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการผ่านการจัดการบริการให้กับคนพิการโดยตรง แต่มีงานวิจัยเกือบครึ่งหนึ่ง (5 เรื่อง)<sup>10, 11, 13, 14, 17</sup> ที่ระบุชัดเจนถึงกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ และมีงานวิจัย (4 เรื่อง)<sup>11, 12, 14, 17</sup> ที่สนับสนุนเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. พระ เป็นต้นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการบริการโดยแกนหลักการจัดการบริการส่วนใหญ่ของงานวิจัย (10 เรื่อง) เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือนักกายภาพ แต่มีบางส่วนที่จัดโดยนักพัฒนาชุมชน (2 เรื่อง)<sup>11, 14</sup>

### 3.3 สื่อที่ใช้ในการดำเนินการ

มีงานวิจัยครึ่งหนึ่ง (6เรื่อง) มีการระบุสื่อการเรียนรู้ที่เข้าร่วมกับแนวทางโปรแกรม ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ และ CD เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การดูแลคนดูแล และแหล่งประโยชน์การดูแลคนพิการ

### 3.4 สถานที่ดำเนินการวิจัย

สองในสามของการวิจัย (8 เรื่อง) จัดบริการให้กับคนพิการที่บ้านส่วนที่เหลือจัดบริการให้ที่บ้านและโรงพยาบาล (มี 2 เรื่อง)<sup>9, 13</sup> และที่โรงพยาบาลอย่างเดียว (2 เรื่อง)<sup>8, 16</sup>

## 4. การวัดผลที่ได้จากการวิจัย

### 4.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการพิจารณาประเมินประสิทธิผลของกลวิธีสนับสนุนต่อคุณภาพชีวิตคนพิการมีลักษณะคล้ายกันคือ เป็นแบบวัดมาตรฐานระดับสากลที่มีการพัฒนาก่อนหน้านี้ และได้มีการแปลและทดลองใช้ในบริบทสังคมไทย

งานวิจัยทุกเรื่องใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมคือ เครื่องมือที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้หลายมิติ ตัวอย่างเช่น งานวิจัย 3 เรื่องใช้เครื่องมือWHOQOL-BREFF (World Health Organization Quality-of-Life Scale) ที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก<sup>12, 14, 17</sup> ที่ครอบคลุมการประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม หรือใช้เครื่องมือ SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form 36-item Health Survey)<sup>8</sup> Stroke Impact Scale<sup>6</sup> Ferrans and Power's Quality of Life Index for Stroke<sup>13</sup> และ Quality of Life Scale<sup>16</sup> อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่มีการประเมินเพิ่มเติมแบบมิติเดียว ตัวอย่างเช่น ประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายใช้เครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของสถาบันประสาทวิทยา<sup>9</sup> และ Barthel Activities of Daily Living Index (BAD)<sup>6, 13</sup> เครื่องมือประเมินทางด้านจิตใจ คือ แบบประเมินทางจิตเวช รพ. ศรีธัญญา<sup>12</sup> และ Thai Geriatric Depression Scale-short Form<sup>6</sup> และเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม คือ Modified Perceived Social Support From Family<sup>6</sup>

### 4.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตทุกงานวิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินการ

### 4.3 ผลลัพธ์การวิจัย

จากรายงานผลลัพธ์การดำเนินการผ่านกลวิธีต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ของงานวิจัย (10 เรื่อง) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตคนพิการโดยรวมและรายมิติเพิ่มขึ้นชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significance) ส่วนงานวิจัยบางเรื่อง<sup>17</sup> ถึงแม้คุณภาพชีวิตโดยรวมจะเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทางปฏิบัติ (practical significance) และมีหนึ่งเรื่อง<sup>12</sup> ที่คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เพิ่มขึ้น แต่รายมิติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปกลวิธีสนับสนุนเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทย

ผู้แต่งหลัก (ปี)	กลวิธีสนับสนุน (สถานที่, ระยะเวลา)	กลุ่มตัวอย่าง (ทดลอง/ควบคุม)	ตัวแปรผลลัพธ์ต่อคนพิการ (เครื่องมือ)	ประสิทธิผลภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม
<b>การวิจัยเชิงทดลอง (true-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่ม (randomized controlled trials: RCT)</b>				
ทศพร คำผลศิริ (2549)	โปรแกรมการปฏิบัติพยาบาลที่บ้าน (บ้าน, 3 เดือน) 1) การให้ความรู้ 2) การฝึกทักษะที่จำเป็น 3) การสนับสนุนการจัดการสุขภาพ 4) การให้คำปรึกษา	คนพิการทางกาย (หลอดเลือดสมอง) 58 คน(28/30)	- ความสามารถในการทำกิจกรรม (BAU) - การประเมินเครียด (Thai Geriatric Depression Scale-short Form) - การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Modified Perceived Social Support From Family) - คุณภาพชีวิต (Stroke Impact Scale)	- กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น - มีการประเมินเครียดลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรม มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น - และมีความเข้มแข็งลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ศาสดี เณิม วรรมพงษ์ (2552)	โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน(รพ.&บ้าน, 12 สัปดาห์) 1) การประเมินความพร้อมของคนพิการและผู้ดูแล 2) การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย: ให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่คนพิการและครอบครัว 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน: ยืนยันความพร้อมและเพิ่มเติมความรู้ แหล่งประโยชน์ ให้คำปรึกษา-กำลังใจ	คนพิการทางกาย (หลอดเลือดสมอง) และผู้ดูแล 67 คู่ (34/33)	- ความสามารถในการทำกิจกรรม (BAU) - คุณภาพชีวิต (Ferrans and Power's Quality of Life Index for Stroke)	- คุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มทดลองดีขึ้นหลัง 12 สัปดาห์ - อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งสองกลุ่มดีขึ้น แต่กลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สุรรชา แสงเขียวงาม (2545)	การทำจิตบำบัดระดับประจวบแบบกลุ่ม (รพ., 12 สัปดาห์) 1) การเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน 3) การระดับประจวบจิตใจ	คนพิการทางจิต (ผู้ป่วยจิตเภท) 22คน (12/10)	- คุณภาพชีวิต (Quality of Life Scale: QLS) เปรียบ โดย รณชัย คงสกันธ์ และคณะ)	- กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้แต่งหลัก (ปี)	กลุ่มตัวอย่าง (ทดลอง/ควบคุม)	ตัวแปรผลลัพธ์ต่อคนพิการ (เครื่องมือ)	ประสิทธิภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม
<b>การวิจัยที่ทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (two-group pretest-posttest design)</b>			
บรรณวรรณ หรือยุทธาระห์ (2549)	คนพิการทางกาย (ผู้ป่วยหลอดเลือด สมอง) 30 คน(15/15)	คณาจารย์ชีวิต (คัดเลือกแบบประเมินและเน้น ดัชนีคุณภาพชีวิตของสมมติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งสร้าง ตามแนวคิดของ Padilla และ Grant)	- คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเกินกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ
สนธยา ทองรุ่ง (2556)	คนพิการทางกาย (ผู้ป่วยหลอดเลือด สมอง)50 คน (25/25)	คณาจารย์ในการทำกิจกรรม (แบบประเมิน ความสามารถในการทำกิจกรรมของสถาบัน ประสาทวิทยา)	- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทุกช่วง เพิ่มก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ
สรีณี โต้ะทอง (2548)	คนพิการทางจิต (ผู้ป่วยจิตเภท) 40 คน (20/20)	สัมพันธภาพในครอบครัว (แบบวัดสัมพันธภาพ ในครอบครัว)	- คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
	สร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อเข้าใจตนเอง ร่วมกัน	- คุณภาพชีวิต (คัดเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิต ของสัมพันธ มณีรัตน์ ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Ferrans and Power)	- คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ
	3) การสนับสนุนให้ทำใจ ร่วมกัน		
	4) การเสริมทักษะที่จำเป็น		

**ตารางที่ 2 (ต่อ)**

ผู้แต่งหลัก (ปี)	กลวิธีสนับสนุน (สถานที่, ระยะเวลา)	กลุ่มตัวอย่าง (ทดลอง/ควบคุม)	ตัวแปรหลังวัดก่อนทำการ (เครื่องมือ)	ประสิทธิภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม
<b>การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุม (one-group pretest-posttest design)</b>				
อนัญญา บำรุงพันธุ์ (2553)	รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (รพ. ระยะเวลาก่อนจำหน่าย) 1) การประเมินปัญหาและความต้องการดูแล 2) การวางแผนการพยาบาลเพื่อจำหน่าย 3) การนำแผนสู่การปฏิบัติ 4) การติดตามและประเมินผล	- คนพิการทางกาย (ผู้ป่วยหลอด เลือดสมอง) 20 คน - พยาบาล 38 คน	- คุณภาพชีวิต (Medical Outcomes Study Short Form 36-item Health Survey: SF-36)	- คุณภาพชีวิตหลัง ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
อวนันท์ สุวรรณไตรย์ (2555)	โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (บ้าน, 8 สัปดาห์) 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย และฝึกการเคลื่อนไหว	- คนพิการทางกาย (ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง) และ ผู้ดูแล 20 คู่	- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (แบบประเมินความรู้) - คุณภาพชีวิต (คิดแปลงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของวิภาฯ ลินสุก)	- ความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนใช้ โปรแกรม (p<.01) - คุณภาพชีวิตหลัง ได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
รักสุดา กิจอรุณชัย (2549)	โครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิต (บ้านและชุมชน, 3 เดือน) 1) ผู้ป่วย: ผ่านการเตรียมความพร้อมก่อนลงชุมชนฝึกอาชีพ 2) ชุมชน: เตรียมผู้ดูแลที่บ้าน ที่จะให้ผู้ป่วยเข้าไปฝึกอาชีพ 3) ทีมบุคลากร: ติดตามเยี่ยม และทำกลุ่มจิตใจ	- คนพิการทางจิต (ผู้ป่วยจิตเภท) 10 ราย	- ทักษะการทำงานการใช้ชีวิตในสังคม (แบบประเมินทางจิตเวช รพ. ศรีธัญญา) - ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจิตเวช (แบบประเมินของสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต)	- ทักษะการทำงานการใช้ชีวิตในสังคมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (p<.05) - ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (p<.05) - คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง และไม่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้แต่งหลัก (ปี)	กลวิธีสนับสนุน (สถานที่, ระยะเวลา)	กลุ่มตัวอย่าง (ทดลอง/ควบคุม)	ตัวแปรผลลัพท์ต่อคนพิการ (เครื่องมือ)	ประสิทธิภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม
<b>การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุม (one-group pretest-posttest design)</b>				
ปราณี ประไพพัชรินทร์ (2551)	โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (บ้านและชุมชน) 1) การให้คุณค่า 2) การค้นหาความสามารถ 3) การเปลี่ยนวิถีคิดจากลบเป็นบวก 4) การวางแผนประเมินผล และสะท้อนผล	- คนพิการ 12 คน - ผู้ดูแล 8 คน - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ 46 คน	- คุณภาพชีวิต (WHOQOL-Brief-Thai)	- คุณภาพชีวิตของคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
รัชนี สรรเสริญ (2554)	รูปแบบระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (บ้านและชุมชน) 1) การดูแลต่อเนื่องจาก รพ.สู่ชุมชนที่ไร้รอยต่อ 2) การสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3) การสร้างศักยภาพของชุมชน 4) การเสริมการเรียนรู้ร่วมกันด้วยความเข้าใจตามเป้าหมาย	- คนพิการ 144 คน - ผู้ดูแล 64 คน - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ 60 คน	- คุณภาพชีวิต (WHOQOL-Brief-Thai)	- คนพิการได้รับการบริการสุขภาพจากภาคประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - คุณภาพชีวิตคนพิการคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางการปฏิบัติ
สุระพงษ์ ฝ่ายดนา (2556)	รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการแบบมีส่วนร่วม (บ้านและชุมชน) 1) การอบรมผู้ดูแล ผู้ในชุมชน อสม. 2) การเยี่ยมบ้าน 3) การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม 5) การพัฒนาปรับปรุงตามสภาพให้สามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น	- คนพิการทางการปฏิบัติ 21 คน - ผู้ดูแล 21 คน - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ 27 คน	- คุณภาพชีวิต (ไม่ระบุ) - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร (ไม่ระบุ) - ความสามารถในการดูแลคนพิการ (ไม่ระบุ)	- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ความสามารถในการดูแลคนพิการของผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - คุณภาพชีวิตของคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## สรุปและอภิปรายผล

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้ข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทยที่ดำเนินการมาแล้วทั้งหมด พบประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยภาพรวมยังไม่ครอบคลุมทุกประเภทคนพิการ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของคนพิการประเภทต่างๆ ในประเทศไทยที่พบว่าคนพิการกลุ่มนี้มีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ<sup>1</sup> แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการไม่ควรละเลยคนพิการกลุ่มอื่นๆ ที่ควรได้รับโอกาสหรือทางเลือกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกัน สำหรับกลวิธีสนับสนุนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการที่พบ มีกิจกรรม และการดำเนินการที่หลากหลายรวม 10 กิจกรรม ซึ่งจัดบริการในระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลเน้นให้ความรู้ ฝึกทักษะ เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนทางอารมณ์ อุปสรรค ข้อมูลแหล่งประโยชน์ ฝึกออาชีพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน และมุ่งพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน ผลการทบทวนสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการในบริบทที่บ้าน และชุมชน ซึ่งเป็นบริบทที่แท้จริงของการดูแลคนพิการ

อย่างไรก็ตามการให้บริการแก่คนพิการที่ได้จากการทบทวน พบว่า มีงานวิจัยส่วนน้อยที่มีการดำเนินงานโดยผสมผสานและบูรณาการการมีส่วนร่วมจากสมาชิกครอบครัว พยาบาลบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน จึงทำให้การดำเนินงานยังขาดความเชื่อมโยงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและความยั่งยืนของการดำเนินงานที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของคนพิการ ตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization,

2002)<sup>18</sup> ได้พัฒนากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC) ซึ่งกล่าวว่า การดูแลบุคคลที่มีภาวะเรื้อรังนั้นจำเป็นต้องเน้นการมีปฏิสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของภาคีเครือข่ายการดูแล อาทิเช่น คนพิการ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และสมาชิกของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ดังเช่น กระบวนการ WE CAN DO by TIM ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแบบเป็นหุ้นส่วน<sup>19</sup>

นอกจากนี้จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดบริการยังเป็นแบบแยกส่วน กล่าวคืองานวิจัยส่วนใหญ่ยังเน้นการจัดบริการให้เฉพาะคนพิการ โดยไม่ได้บูรณาการงานการดูแลคนพิการร่วมกับการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation : CBR)<sup>20</sup> จะเน้นพัฒนาศักยภาพ การจัดบริการให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตโดยอิสระโดยไม่ถูกแยกออกจากสังคมในทุกมิติ นั่นคือกิจกรรมการดำเนินงานคนพิการต้องพัฒนา รวมไปถึงการพัฒนามิติต่างๆของสังคม (Inclusive development) โดยควรบูรณาการการดูแลคนพิการร่วมไปกับการดูแลประชากรกลุ่มอื่นๆและการจัดกิจกรรมอื่นๆของชุมชนเพื่อให้คนพิการได้รับการยอมรับและอยู่ในสังคมดังคนปกติ

ประเด็นสุดท้ายจากผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัยยังพบว่า การวิจัยเชิงทดลองบางงานวิจัยยังใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและไม่มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวิธีการวิจัย ตลอดจนไม่มีการปกปิดผู้วัดผล ซึ่งยังเป็นประเด็นปัญหาที่พบในงานวิจัยอื่นๆในประเทศไทย<sup>5</sup> และต่างประเทศ<sup>21</sup> ดังนั้น นักวิจัยควรให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวในการออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง

### ข้อเสนอแนะการนำผลการทบทวนไปใช้

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพจำเป็นต้องนำผลการทบทวนวรรณกรรมไปใช้และนำไปต่อยอดการพัฒนากลยุทธ์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการทั้งในเรื่องของกลวิธี เครื่องมือในการประเมิน ตามบริบทสถานบริการสุขภาพและชุมชนให้เหมาะสม โดยบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานการให้บริการประชาชนกลุ่มอื่นๆและกิจกรรมทางด้านสังคมต่างๆ และควรผสมผสานเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งคนพิการ ครอบครัว ทีมสุขภาพ ผู้นำและประชาชนในชุมชนในการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

- ศึกษาเพิ่มเติมหรือศึกษาซ้ำในหน่วยงานเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีการออกแบบวิจัยที่ดีเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำกัดปัจจัยแวดล้อมที่มีผลให้น้อยที่สุด ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่มีกำลังการทดสอบระดับสูง และใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน

- ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลวิธีการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลคนพิการในการเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องต่อเนื่องโดยเฉพาะในคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิงสูง โดยเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เฮอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2556.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2550.
3. ราชกิจจานุเบกษา. พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2550.
4. แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; 2556.
5. Lawang W, Horey D, Blackford J, Sunsem R, Riewpaiboon W. **Support interventions for caregivers of physically disabled adults: A systematic review.** Nursing and Health Sciences. 2013;15(4):534-45.
6. ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง, สิริรัตน์ ปานอุทัย. โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2549; 50(10):707-25
7. บรรณชาวรรณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, พวงพยอม ปัญญา. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร. 2550;34(1 ):110-20.

8. อัญญา บำรุงพันธุ์, กรรณิกา อำพันธ์, พัชรินทร์ ศิลปกิจเจริญ. ผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารกองการพยาบาล 2553;37(3):1-14.
9. สนธยา ทองรุ่ง, สันตยากร จ, ยูยงค์ จันทรวิจิต, ปกรณ์ ประจันบาน. ผลของโปรแกรมการปรับตัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2556;7(3):88-97.
10. ภูวนันท์ สุวรรณไต้ย, พนมพร จินดาสมุทร, สำราญ กำจัดภัย. การใช้โปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2555;9(44):189-98.
11. สุระพงษ์ ฝ่ายเคนา, พุฒิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์. 2556;10(3):46-52.
12. รักสุดา กิจอรุณชัย, ฉันทนา บุญคล้าย. การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.2549;14(2):124-33.
13. Chalermwannapong S. **Effects of transitional care program on functional ability and quality of life of stroke survivors.** Graduation School: Chiang Mai University; 2009.
14. ปราณี ประไพวัชรพันธ์. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลครบุรี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2551.
15. สาริณี โต๊ะทอง. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
16. สุจรรยา แสงสีเขียว. ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
17. รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, วรรณรัตน์ ลาวัง, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2554.

18. Organization WH. **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report 2002.** Available from: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>.
19. รัชณี สรรเสริญ, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, สมพร รักความสุข, วรณรัตน์ ลาวัจ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ. **การพัฒนารูปแบบภาคีเครือข่ายการดูแลคนพิการในชุมชนแต่เป็นหุ้นส่วน: กระบวนการ WE CAN DO by TIM.** วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2555;5(3):17-36.
20. WHO, ILO, UNSECO. **CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities.** Joint position paper 2004. Geneva, Switaerland: WHO; 2004. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf).
21. Hsiao C, Van Riper M. **Research on caregiving in Chinese families living with mental illness: A critical review.** J Fam Nurs. 2010;16(1):68-100. PubMed PMID: 2010573475. Language: English. Entry Date: 20100423. Revision Date: 20100423. Publication Type: journal article.

