

บทความปริทรรศน์

ภาวะพึ่งพาตนเองและความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วยไทย

เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี*

บทคัดย่อ

ภาวะพึ่งพาตนเองและความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วยเป็นค่านิยมทางวัฒนธรรมตะวันตกที่เป็นพื้นฐานรูปแบบและการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา แต่ในสังคมวัฒนธรรมตะวันออก เช่น สังคมไทย ให้คุณค่าต่อภาวะพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ค่านิยมนี้อาจมีผลต่อการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยไทย ดังนั้นนักกิจกรรมบำบัดควรทำความเข้าใจภาวะพึ่งพาตนเองและความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วยให้ชัดเจนเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยไทยได้อย่างเหมาะสม จากงานวิจัยความต้องการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นของผู้ไทยและญาติได้ผลการศึกษาที่น่ามาอภิปราย ภาวะพึ่งพาตนเองและผู้อื่นของผู้ไทย ได้เหมาะสมกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทยมากขึ้น

มนุษย์นิยมมีอิทธิพลต่อกิจกรรมบำบัดในด้านความคิดที่ว่า “มนุษย์สามารถตัดสินใจ ควบคุม พฤติกรรมตนเอง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ตนเองต้องการได้” กิจกรรมบำบัดมองบุคคลคนหนึ่งว่ามีศักยภาพที่จะเพิ่มพูนสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองโดยการลงมือทำกิจกรรมที่มีความหมายและเป้าหมายต่อตนเองด้วยตนเอง นอกจากนี้กิจกรรมบำบัดยังจัดหาโอกาสให้บุคคลนั้นปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่มีความสำคัญต่อความภาคภูมิใจและความรู้สึกสมปรารถนา¹ ในสังคมตะวันตกค่านิยมเรื่องปัจเจกบุคคลเป็นพื้นฐานของมโนทัศน์เรื่องภาวะพึ่งพาตนเองและการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเอง ซึ่งมีมโนทัศน์เหล่านี้เป็นพื้นฐานของรูปแบบทางกิจกรรมบำบัดต่างๆ เมื่อผู้ป่วยแต่ละคนเป็นศูนย์กลางของการรักษา เป้าหมายหลักของกิจกรรมบำบัดก็คือผู้ป่วยแต่ละบุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับการจับจองกิจกรรมที่มีความหมายและจุดมุ่งหมายด้วยตัวเอง^{2,3} ปัจเจกบุคคล หมายถึง เสรีภาพ อิสรภาพ ความเสมอภาค ความเท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมอย่างสมัครใจ ความพึงพอใจ การแข่งขัน การกระทำที่เป็นประโยชน์ การสื่อสารที่เปิดเผยม การเชื่อตนเอง การปรับปรุงตนเอง ความโดดเด่น ภาวะพึ่งพาตนเอง และการแยกจากครอบครัว⁴ วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่ 2549; 39: 124-129.

คำรหัส: ภาวะพึ่งพาตนเองและผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา กิจกรรมบำบัด วัฒนธรรมตะวันตกและตะวันออก

* ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สังคมตะวันตกมีแนวโน้มให้คุณค่าต่อภาวะพึ่งพาตนเองและการเชื่อตนเอง^{1,5} ดังนั้นเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับค่านิยมของสาธารณชนในสังคมตะวันตกก็คือการเพิ่มภาวะพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยเนื่องจากกิจกรรมบำบัดเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ นักกิจกรรมบำบัดจึงรวมค่านิยมของภาวะพึ่งพาตนเองไว้ในเป้าหมายการรักษา ในปี 1993 สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งสหรัฐอเมริกา สนับสนุนเจตคติและค่านิยม 7 อย่างได้แก่ การทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น (altruism), ความเสมอภาค (equality), อิสราภาพ (freedom), ความยุติธรรม (justice), ศักดิ์ศรี (dignity), ความจริง (truth), และความสุ่มรอบคอบ (prudence)⁶ มโนทัศน์ของอิสราภาพ หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเลือกที่ตนเองต้องการ แสดงถึงการพึ่งพาตนเอง มีความริเริ่ม และชี้นำชีวิตของตนเอง⁶ (AOTA, 1993, หน้า 1085) จะเห็นว่าภาวะพึ่งพาตนเองและการเป็นตัวของตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของอิสราภาพ

ลักษณะของสิ่งแวดล้อมและส่วนบุคคลมีความจำเป็นสำหรับการบรรลุถึงภาวะพึ่งพาตนเอง “การพึ่งพาตนเองในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม” (Rogers, 1982) องค์ประกอบส่วนบุคคลของพฤติกรรมพึ่งพาตนเองคือความสามารถ (competence) และความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy), องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหมายถึง ปัจจัยทางกายภาพ, สังคม และเวลาที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมพึ่งพาตนเอง (Rogers, 1982) ความสามารถ (competence) หมายถึง ความสัมฤทธิ์ผลในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสิ่งแวดล้อมหรือควบคุมสิ่งแวดล้อม⁷ การมองการเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรมบำบัด หมายถึงการพัฒนาหรือเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง, การทำงานและการเล่นหรือ กิจกรรมยามว่าง ตัวอย่างเช่น การพึ่งพาตนเองด้านการดูแลสุขภาพอนามัยเป็นความสามารถพื้นฐานเพื่อการมีชีวิตรอดในชีวิตประจำวัน⁷

ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) หมายถึง ความมั่นใจในตนเองที่จะควบคุมชีวิตประจำวันของตนเอง

อันได้แก่ ความสามารถในการเลือกสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการ ความสามารถ และความปรารถนาของตนเองและต่อต้านการควบคุมจากแรงผลักดันภายนอกของสิ่งแวดล้อม

ความเป็นตัวของตัวเองแตกต่างจากภาวะพึ่งพาตนเอง ภาวะพึ่งพาตนเองโดยปกติทั่วไปหมายถึงความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรม^{8,9,10} ส่วนความเป็นตัวของตัวเองหมายถึงความสามารถในการตัดสินใจและเลือกสิ่งที่ตนต้องการถึงแม้ว่าความสามารถทางร่างกายไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ก็ตาม^{8,11} กิจกรรมบำบัดยึดความเชื่อที่ว่าความเป็นตัวของตัวเองของผู้พิการตัดสินใจเลือกสิ่งทีผู้พิการต้องการทำมากกว่าสิ่งที่เราคิดว่าเป็นความสนใจมากที่สุดของผู้พิการ⁷

สำหรับผู้พิการ ความสมดุลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งสนับสนุนภาวะพึ่งพาตนเอง อาจถูกขัดขวาง ความหมายของภาวะพึ่งพาตนเองสำหรับผู้พิการจากนักวิชาการต่างๆ คือการตัดสินใจด้วยตนเอง การชี้นำชีวิตของตนเองและประสบการณ์ของประสิทธิภาพในการควบคุมชีวิตของตนเอง^{12,13,14}

การเคลื่อนไหวสำหรับการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งพาตนเอง อธิบายศักดิ์ศรีการเสี่ยงของผู้พิการว่าพวกเขามีสิทธิอันถูกต้องที่จะเลือกสิ่งที่ดีหรือไม่ดี หรือสามารถพึ่งพาตนเองเพื่อให้สมปรารถนาของความเป็นมนุษย์ แม้แต่ผู้ที่พิการรุนแรงยังได้รับอนุญาตให้จัดการกับการดูแลสุขภาพส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจด้วยตนเองและภาวะพึ่งพาตนเอง ข้อสันนิษฐานหลัก 3 ประการของการเคลื่อนไหว สำหรับการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งพาตนเองมีดังนี้

1. บุคคลพิการเป็นผู้ตัดสินใจความสนใจของตนเองได้ดีที่สุดและควรตัดสินใจว่าบริการอย่างไรควรจัดให้กับตนเอง

2. การเชื่อตนเองซึ่งให้เห็นว่าผู้พิการต้องเชื่อการตัดสินใจของตนเองที่จะได้รับสิทธิและผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในการขึ้นทะเบียนผู้พิการ

3. สิทธิทางเศรษฐกิจและการเมืองระบุว่าผู้พิการสามารถทำตามความสนใจของตนเองในด้านเศรษฐกิจและการเมืองได้อย่างอิสระ¹³

ภาวะพึ่งพาตนเองด้านการทำหน้าที่ของร่างกายใน

การประกอบกิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วยดูเหมือนได้กระจายในการปฏิบัติการทางคลินิกของนักกิจกรรมบำบัด อย่างไรก็ตาม นักกิจกรรมบำบัดไม่ได้ค้นหาความหมายและข้อสันนิษฐานภายใต้ภาวะพึ่งพาตนเองนี้ หรือวิธีการที่จะนำภาวะพึ่งพาตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้^{15,16,8}

แต่กระนั้นก็ตามสำหรับผู้พิการ ความเป็นตัวของตัวเอง ภาวะพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่นเป็นประเด็นปัญหาที่ซับซ้อนและไม่ได้แยกจากกันเด็ดขาด ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะพึ่งพาตนเองในบางด้านของการประกอบกิจกรรม และพึ่งพาผู้อื่นในด้านอื่นของกิจกรรม เช่น ผู้ป่วย stroke สามารถเลือกสิ่งที่จะสวมใส่ แต่เลือกให้สมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งช่วยเหลือใส่เสื้อผ้าให้ ดังนั้นข้อสันนิษฐานและความหมายภายใต้ของภาวะพึ่งพาตนเองด้านการทำหน้าที่ในการประกอบกิจกรรมด้านต่างๆ ยังไม่แน่นอน และไม่ถูกนำไปใช้ในทฤษฎีและการปฏิบัติการทางคลินิกอย่างเป็นทางการ⁹ ภาวะพึ่งพาตนเองด้านการทำหน้าที่มีกรรมอยู่ในความเป็นตัวของตัวเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่ที่ดีรวมทั้งความหมายและเป้าหมายของการประกอบกิจกรรม อย่างไรก็ตาม "คุณค่าของภาวะพึ่งพาตนเองของแต่ละบุคคลแปรผันไปตามสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมและสังคม"¹⁷ ยกตัวอย่างเช่น ภาวะพึ่งพาตนเองซึ่งมีคุณค่าในสังคมตะวันตกอาจไม่มีค่าเท่าเทียมกันในสังคมอื่น¹⁸ ดังนั้น นักกิจกรรมบำบัดให้คุณค่าสิทธิของแต่ละบุคคลที่จะเลือกระดับของภาวะพึ่งพาตนเองตามที่พอใจและเกี่ยวข้องกับบทบาทของกิจกรรมในชีวิต และสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นประกอบกิจกรรม¹⁷ แนวโน้มปัจจุบันทางกิจกรรมบำบัด ขณะที่ยังคงให้ความสำคัญของภาวะพึ่งพาตนเองได้มุ่งเน้นที่กิจกรรมที่มีความหมายส่วนบุคคลและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยนั้นๆ ความต้องการของผู้ป่วย¹⁹ และความต้องการด้านกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Occupational needs) รวมทั้งความสามารถของแต่ละบุคคล²⁰ นั่นคือ กิจกรรมบำบัดมุ่งความสนใจที่ Occupation/activities ที่สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วยแต่ละคน

การมุ่งเน้นที่ภาวะพึ่งพาตนเองในสังคมตะวันตกอาจตรงข้ามกับการเลือกภาวะพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยใน

สังคมตะวันออก³ ในสังคมตะวันออกส่วนใหญ่ความผู้พันภายในครอบครัว การยกย่องครอบครัว และการยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญมากกว่าภาวะพึ่งพาตนเอง³ การเพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกายได้ด้วยตนเอง (independent function) อาจตรงข้ามกับบทบาทผู้ป่วยและยอมตามของผู้ป่วยในวัฒนธรรมจีน ซึ่งผู้รักษาและครอบครัวมีแนวโน้มจะทำทุกสิ่งทุกอย่างให้ผู้ป่วย²¹ ผู้รับการรักษาที่ยอมตามและพึ่งพาผู้อื่นเมื่อเจ็บป่วยและสูงอายุรวมทั้งการพึ่งพากันและกันภายในครอบครัวและชุมชน อาจตรงข้ามกับทัศนคติของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การช่วยเหลือตนเองและภาวะพึ่งพาตนเองทางกิจกรรมบำบัด² ชาวตะวันตกเน้นความเป็นอิสระในการเลือกการตัดสินใจด้วยตนเองและการชี้นำวิถีชีวิตตนเองขณะที่ชาวตะวันออกเน้นการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การยกย่องครอบครัวและการยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว³ ค่านิยมเหล่านี้มีผลกระทบต่อนโยบายพึ่งพาตนเองและความกระตือรือร้นในกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัด ทฤษฎีทางกิจกรรมบำบัดโดยพื้นฐานขึ้นอยู่กับทัศนคติของภาวะพึ่งพาตนเองและความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับบริการ การเลือกและการตัดสินใจด้วยตัวเอง แม้ว่าจะคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมก็ตาม แต่ขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างลึกถึงการนำทฤษฎีทางกิจกรรมบำบัดที่เน้นมโนทัศน์ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในสังคมตะวันออก สังคมไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสังคมตะวันออก ยึดถือวัฒนธรรมของการพึ่งพาหรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน²² เนื่องจาก 94% ของประชากรไทยเป็นพุทธศาสนิกชน²³ ซึ่งสอนในเรื่องของภาวะพึ่งพากันและกันและการอยู่ร่วมกันของสิ่งต่างๆ²⁴ ดังนั้น ภาวะพึ่งพาและช่วยเหลือกันจึงมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนไทยและการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาส เป็นไปได้ว่าเป้าหมายหลักเรื่องภาวะพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมของการรักษาทางกิจกรรมบำบัด อาจต้องเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะพึ่งพากันและการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งการเน้นที่กิจกรรมที่มีความหมายและมีจุดมุ่งหมายตามความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวของผู้รับบริการ เป้าหมายการ

รักษาที่เปลี่ยนแปลงนี้มีแนวโน้มเหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมไทย และตอบสนองตรงความต้องการของผู้รับบริการไทยมากขึ้น

จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชด้านการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น ในกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเอง (self-care) การทำงาน (work) และกิจกรรมยามว่าง (leisure) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) กับผู้ป่วยจิตเวช 5 คน พบว่า

ในด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาตนเอง ในประเด็น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพากับวิชาชีพในการแต่งกายและการเข้าสังคม (พูดคุยกับคนในบ้านและเพื่อนบ้าน) และการเดินทาง ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพากับบุคคลใกล้ชิด ในด้านการเข้าสังคม (พูดกับเพื่อนบ้าน)

ในด้านการทำงานผู้ป่วย สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด แต่มีญาติคอยช่วยเหลือทำให้ในด้านการดูแลเสื้อผ้า การทำความสะอาด การเตรียมอาหาร ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง แต่เลือกที่จะพึ่งพาตนเองในด้านการออมเงิน ผู้ป่วยเลือกที่จะพึ่งพากับบุคคลใกล้ชิด และสามารถทำกิจกรรมได้บางส่วนหรือมีปัญหาในการทำกิจกรรมด้านการเลือกซื้อของและการใช้จ่ายใช้สอยเงิน โดยรวมแล้วผู้ป่วยจิตเภทต้องการความช่วยเหลือจากนักกิจกรรมบำบัด ในการฝึกฝนองค์ประกอบและทักษะด้านการดูแลตนเอง ในด้านการแต่งกาย การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ การเข้าสังคม (พูดคุยกับคนในบ้านและเพื่อนบ้าน) และการเดินทาง ทักษะการทำงาน ในด้านการเลือกซื้อของ การจัดการเงิน ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท²⁵

จากการศึกษาความต้องการของญาติต่อการให้ผู้ป่วยจิตเวชพึ่งพาตนเองและผู้อื่น ในกิจกรรมการดำเนินชีวิต ทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเอง (self-care) การทำงาน (work) และกิจกรรมยามว่าง (leisure) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) กับผู้ป่วยจิตเวช 5 คน พบว่าพบว่ามีญาติผู้ป่วยจิตเภทต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองในกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านที่ผู้ป่วยมีปัญหา คือ 1.การดูแลตนเอง ประกอบไปด้วย การจัด

การเกี่ยวกับยา การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งกาย การดูแลรักษาสุขภาพ การเข้าสังคม และการเดินทางไปที่ยังที่ต่าง ๆ ในชุมชน 2. ด้านการทำงาน ประกอบด้วย การเรียนและงานอาชีพ และ 3. ด้านกิจกรรมยามว่าง โดยพบว่าญาติต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองในด้านการดูแลตนเอง ด้านการทำงาน และกิจกรรมยามว่างตามลำดับ เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวและชุมชนน้อยที่สุด โดยญาติต้องการความช่วยเหลือจากนักกิจกรรมบำบัดในด้านดังกล่าว²⁶

จะเห็นว่าทั้งผู้ป่วยจิตเวชและญาติต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้ในด้านการดูแลตนเองพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ และต้องการพึ่งพาผู้อื่นในด้านการดูแลตนเองที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การเข้าสังคม การทำงานที่ผู้ป่วยมีปัญหา ทั้งงานบ้าน การดูแลบ้านซึ่งรวมถึงการเลือกซื้อของ การจัดการเงิน และการเรียนและงานอาชีพ นอกจากนี้ญาติยังต้องการให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้ด้านกิจกรรมยามว่างด้วย โดยต้องการความช่วยเหลือจากนักกิจกรรมบำบัดในด้านดังกล่าว ฉะนั้นภาวะพึ่งพาตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย จะขึ้นกับความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ในบริบทของสังคมไทยที่ยึดถือวัฒนธรรมของการพึ่งพาหรือช่วยเหลือกันและกัน จึงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับญาติ แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาผู้ปกครอง และไม่สามารถตัดสินใจเองได้ การตัดสินใจจึงเป็นของผู้ปกครอง ดังตัวอย่างการศึกษาความสามารถในด้านกิจกรรมการดำเนินชีวิตของเด็กออทิสติก และความต้องการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่นของผู้ดูแลในด้านกิจกรรมการดำเนินชีวิต 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง (self care) การเรียน (work) และกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจและการเล่น (leisure&play) โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) กับผู้ดูแลเด็กออทิสติกจำนวน 5 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ออทิสติกต้องการให้เด็กพึ่งพาตนเองในด้านการดูแลตนเองมากที่สุด และต้องการพึ่งพาผู้อื่น คือ การศึกษาแบบสหวิชาชีพเพื่อให้ได้ความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุมการรักษามากที่สุด และให้เด็กออทิสติกไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและชุมชน²⁷

ดังนั้นการพิจารณาถึงภาวะพึ่งพาตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยไทย ควรให้ความสำคัญต่อปฏิสัมพันธ์

ระหว่างผู้ป่วยกับญาติที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้คือพิจารณาทั้งความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกัน เพราะญาติผู้ป่วยเป็นบริบทด้านบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องอยู่ด้วย จึงมีความสำคัญต่อการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ภายใต้สังคมวัฒนธรรมไทย

บรรณานุกรม

1. Baum, C., & Christiansen, C. (1997). The occupational therapy context. Philosophy-principle-practice. In C. Christiansen & C. Baum (Eds), Occupational therapy: Enabling function and well-being (pp.26-45). Thorofare, NJ: Slack.
2. Dyck, I (1991). Multiculturalism and occupational therapy: Sharing the challenge. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 224-226.
3. Kinebanian, A., & Stomph, M. (1992). Cross-cultural occupational therapy: A critical reflection. American Journal of Occupational Therapy, 46, 751-757.
4. Triandis, H.C. (1995). Individualism and collectivism. San Francisco: Westview Press.
5. Christiansen, C. (1991). Occupational therapy: Intervention for life performance. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), Occupational therapy: Overcoming human performance deficit (pp. 3-43). Thorofare, NJ: Slack.
6. American Occupational Therapy Association (1993). Core values and attitudes of occupational therapy practice. American Journal of Occupational Therapy, 47, 1085-1086.
7. Rogers, J.C. (1982). The spirit of independence: The evolution of a philosophy. American Journal of Occupational Therapy, 36, 709-715.
8. Crabtree, J. (2000). What is a worthy goal of occupational therapy. Occupational therapy in health care, 12, 111-126.
9. Jackson, K. (1999). Living a meaningful existence in old age. In R. Zemke & F. Clarke (Eds.), Occupational Science: The evolving discipline (pp. 339-361). Philadelphia: F.A. Davis.
10. Turnbull, A., & Turnbull, H.R. (1985). Developing independence. Journal of Adolescent Health, 6, 108-119.
11. Stephens, M., & Yoshida, K.K. (1999). Independence and Autonomy among people with rheumatoid arthritis. Canadian Journal of Rehabilitation, 12, 229-243.
12. Campbell, J. (1994). Equipped for independence or self determination. British Journal of Occupational Therapy, 57, 89-90.
13. DeJong, G. (1978, November 17, 1978). The movement for independent living: Origins, ideology, and implications for disability research. Paper presented at the annual meetings of the American Congress of Rehabilitation. Medicine, New Orleans, Louisiana.
14. Mocellin, G. (1992). An overview of occupational Therapy in the context of the American influence on the profession, part 1 and 2. British Journal of Occupational Therapy, 55, 55-60.
15. American Occupational Therapy Association (1994). Uniform terminology for occupational therapy-third edition. American Journal of Occupational Therapy, 48, 1047-1054.
16. American Occupational Therapy Association (1995). Position paper: Broadening the construct of independence. American Journal of Occupational Therapy, 49, 1014.
17. Dunn, W., Foto, M., Hinojosa, J., Schell, B., Thomson, L. K., & Hertfelder, S.D. (1995). Position paper : Broadening the construct of independence. American Journal of Occupational Therapy, 49, 1014.
18. Whiteford, G.E., & Wilcock, A.A. (2000). Cultural relativism: Occupation and independence recon-

- sidered. Canadian Journal of Occupational Therapy, 67, 324-336.
19. Baum, C., & Baptiste, S. (2002). Reframing occupational therapy practice. In M Law, C.M. Baum & S.Baptiste (eds.), Occupation-based practice: Fostering performance and participation. Therofare: Slack.
 20. Hagedorn, R. (1995). Occupational Therapy : Perspectives and processes. New York : Churchill Livingstone.
 21. Jang, Y. (1995). Chinese cultures and occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy, 58, 103-106.
 22. Thailand Junior Encyclopedia Project. (2002). Thai society and culture. Retrieved April, 16, 2002, from <http://Kanchanapisak.or.th/kp6/Book16/Chapter5/t16-5-1.htm>.
 23. Anonymous. (2002). Thai Buddhism. Retrieved April, 17, 2002, from <http://www.thaiworldview.com/buddha/buddha.html>.
 24. Miles, M. (1999). Some influences of religions and attitudes towards disabilities and people with disabilities. In R.L. Leavitt (Ed.), Cross-cultural Rehabilitation : An international perspective (pp.49-58). London. W.B. Saunders
 25. ศรีวรรณ รุ่งโรจน์ (2547) ความต้องการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นทางด้านกิจกรรมบำบัด ของผู้ป่วยจิตเภท ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 26. สุพรรณ นามไชยยา (2547) ความต้องการของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง และผู้อื่นในกิจกรรมการดำเนินชีวิต ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 27. กัญญารัตน์ ยูลพันธ์ (2547) ความสามารถในการดำเนินชีวิตของเด็กออทิสติกและความต้องการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นของผู้ดูแล ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่