



คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาส ตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

วิระชัย อิ่มน้ำขาว พย.ม.*

ศิราณี อิ่มน้ำขาว พย.ม.*

ศุภวัฒน์ สุริโย พย.ม.**
ดิษฐ์พล ใจชื่อ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส ตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมดของผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาส กลุ่มละ 59 คน ศึกษาระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2553 โดยคณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เองและมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล 6 องค์ประกอบ และคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส 3 องค์ประกอบ คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 สถิติที่ใช้โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า

1) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49, S.D=0.79$) โดยพบว่า ด้านครอบครัว สังคม และร่างกาย มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}=3.91-3.66, SD=0.77-0.78$) ด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38-2.94, SD=0.74-0.89$) รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ รู้สึกอยากหนีไปจากสภาพความเป็นจริง รู้สึกว่าตนตกอยู่ภายใต้สิ่งบีบคั้น การดูแลผู้พิการทำให้มีรายได้ลดลง มีความเครียดหรือวิตกกังวลในการดูแลผู้พิการ การได้รับฝุ่น กลิ่นเหม็น เสียงดัง เป็นประจำ

2) คุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาสโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.44, S.D=1.16$) โดยพบว่า ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}=3.53, SD=1.26$) ด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.37-3.44, SD=1.01-1.23$) รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ มีโรคแทรกซ้อนไม่ได้รับการรักษา แพทย์ทางเลือกเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา หงุดหงิด โมโหง่าย และไม่มีผู้คอยช่วยเหลือตลอดเวลา

การวิจัยครั้งนี้้องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสงและวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนบริการวิชาการ อบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้พิการที่ด้อยโอกาสของตำบลวังแสง วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านให้ตรงตามปัญหาและความต้องการ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาสของตำบลวังแสงให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล ผู้พิการที่ด้อยโอกาส

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

**พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



ความสำคัญและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศทั่วโลกในปัจจุบันมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มากกว่าที่จะเป็นการพัฒนาวัตถุ ด้วยเชื่อว่าจะนำไปสู่ความเจริญที่ยั่งยืนถาวร และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรที่ดีกว่า องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก เป็นคนพิการ เมื่อศึกษาข้อมูลประเทศไทยมีคนพิการในปี พ.ศ.2537 ถึง พ.ศ.2553 จำนวน 990,659 คน พบว่า มีผู้พิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด จำนวน 379,605 คน¹ โดยความพิการที่พบ ประกอบด้วย ความพิการทางการเห็น การได้ยิน หรือสื่อความหมาย การเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา การเรียนรู้และความพิการซ้ำซ้อน ความพิการแสดงออกถึงการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น การเจ็บป่วย การได้รับการบาดเจ็บ ในการแก้ปัญหาหรือควบคุมปัญหานี้ไม่ให้ขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้น สามารถกระทำได้ด้วยวิธีการหลัก ๆ สองประการ คือ การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในกระบวนฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจประกอบด้วย การใช้วิธีต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม²

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลนั้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมาจากคุณภาพชีวิตหลายๆ องค์ประกอบ ไม่ใช่องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง การประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ส่วนมากมุ่งเน้นด้านความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่³ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในปัจจุบันเน้นที่การพัฒนาให้มีความเสมอภาคให้ใกล้เคียงกับบุคคลทั่วไป จนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในครอบครัว ชุมชน สังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม สิทธิของคนพิการจะได้รับการดูแลทุกด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้พิการ แต่ในทางปฏิบัติยังมีผู้พิการที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างจริงจังจากภาครัฐและสังคม แม้จะมีโครงการต่างๆ ช่วยเหลือผู้พิการ แต่บางครั้งอาจไม่ตรงตามความต้องการของผู้พิการอย่างแท้จริง จึงไม่เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้พิการ บาง

รายเข้าไม่ถึงความช่วยเหลือจากภาครัฐ จึงกลายเป็นผู้พิการที่ด้อยโอกาส ในขณะที่ผู้พิการบางคนอาจมีความสามารถหลาย ๆ ด้านซึ่งถ้าได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพ อาจทำประโยชน์และช่วยพัฒนาสังคมได้จากการดำเนินงานบริการวิชาการสู่สังคมของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พบว่าตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ผู้บริหารส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในความรับผิดชอบทุกพื้นที่ โดยมุ่งเน้นพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ในการจัดโครงการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครผู้ดูแลผู้พิการในพื้นที่ จากการเยี่ยมบ้านผู้พิการและผู้พิการในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า มีผู้พิการที่ด้อยโอกาสเป็นจำนวนมากถึง 59 ราย

จากการศึกษาบริบท พบว่า มีผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาสต้องการให้ทางวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พัฒนาศักยภาพและดูแลผู้พิการให้เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของแต่ละคน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดกิจกรรม เพื่อการบริการวิชาการที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย คณะผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการศึกษา บริบทของผู้ดูแล และผู้พิการที่ด้อยโอกาส ตำบลวังแสง โดยยึดกรอบการศึกษาเพื่อนำมาวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อปี จำนวนปีที่ดูแล สถานภาพของผู้ดูแลกับผู้พิการที่ด้อยโอกาส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาดูแลผู้พิการที่ด้อยโอกาส ข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาสโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ประเภทความพิการ อายุ จำนวนปีที่มีความพิการ ข้อมูลการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส จำนวน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม⁵⁻¹²



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการที่ด้อยโอกาส
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มประชากรทั้งหมดของผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาส กลุ่มละ 59 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2553 โดยคณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เอง และมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย 3 ประการได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านร่างกายและด้านสังคม

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ คณะผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลใกล้เคียง จำนวน 15 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1-31 กรกฎาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดเกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนเชิงประเมินค่า (Rating scale) แบ่งระดับของคุณภาพชีวิต เป็น 5 ระดับ การคิดคะแนน

คุณภาพชีวิตรายข้อ โดยนำคะแนนในข้อนั้น ๆ ทั้งหมดรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด คะแนนจะเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตองค์ประกอบรายด้าน นำคะแนนในแต่ละข้อในแต่ละด้านรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดในด้านนั้น ๆ ซึ่งคะแนนจะออกมาเป็นค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และนำคะแนนค่าเฉลี่ยรวมในแต่ละด้านรวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนด้านทั้งหมด จำแนกคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และโดยรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้พิการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.4) เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 32.2) เป็นพี่น้อง / บิดามารดา / และบุตร เท่ากัน (ร้อยละ 28.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.2) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 61.0) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีระหว่าง 20,001-40,000 บาท (ร้อยละ 45.8) และพบว่า มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 20,000 บาทหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 45.8) จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน (ร้อยละ 52.5) และมีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 45.8)

2. ผู้พิการที่ด้อยโอกาส พบว่า ส่วนใหญ่พิการทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 32.2) รองลงมาเกี่ยวกับสติปัญญา (ร้อยละ 25.4) และน้อยที่สุดมีปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 6.8) อายุระหว่าง 31 - 60 ปี (ร้อยละ 28.8) และน้อยที่สุดอายุต่ำกว่า 15 ปี (ร้อยละ 10.2) และพิการมากกว่า 25 ปี (ร้อยละ 50.8) รองลงมา 6-10 ปี (ร้อยละ 15.3) และน้อยที่สุดต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 8.5)

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาส พบว่า

1) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.49, SD= 0.79) โดยพบว่า ด้านครอบครัว สังคม และร่างกาย มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.91-3.66, SD= 0.77-0.78) ด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.38-2.94, SD= 0.74-0.89) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อย



ได้แก่ รู้สึกอยากหนีไปจากสภาพความเป็นจริง รู้สึกว่าตนตกอยู่ภายใต้สิ่งบีบคั้น การดูแลผู้พิการทำให้มีรายได้ลดลง มีความเครียดหรือวิตกกังวลในการดูแล ผู้พิการ การได้รับฝุ่น กลิ่นเหม็น เสียงดังเป็นประจำ (ตารางที่ 1)

2) คุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาสโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.44$, $SD = 1.16$) โดยพบว่า ด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X}$

$=3.53$, $SD=1.26$) ด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.37-3.44$, $SD=1.01-1.23$) รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ มีโรคแทรกซ้อนไม่ได้รับการรักษา แพทย์ทางเลือก เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาคงติด ไม่ค่อยง่าย และไม่มีผู้คอยช่วยเหลือตลอดเวลา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตรายองค์ประกอบ และโดยรวม ของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 6 ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	3.66	0.77	มาก
2. ด้านจิตใจ	2.94	0.84	ปานกลาง
3. ด้านครอบครัว	3.91	0.78	มาก
4. ด้านสังคม	3.82	0.73	มาก
5. ด้านเศรษฐกิจ	3.25	0.89	ปานกลาง
6. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.38	0.74	ปานกลาง
โดยรวม	3.49	0.79	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตรายองค์ประกอบ และโดยรวมของผู้พิการที่ด้อยโอกาส

คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 3 ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	3.44	1.23	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	3.37	1.01	ปานกลาง
3. ด้านสังคม	3.53	1.26	มาก
โดยรวม	3.44	1.16	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยรวม พบว่าด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยเฉพาะผู้ดูแลมีความรู้สึกอยากหนีไปจากสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนตกอยู่ภายใต้สิ่งบีบคั้น มีความเครียดหรือวิตกกังวลในการดูแลผู้พิการ และหงุดหงิด โมโหง่ายเป็นประจำ เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดูแล

ผู้พิการมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่ผู้พิการจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ภาระการดูแล เนื่องจากมีสถานภาพเป็นพี่น้อง บิดามารดาและเป็นบุตรของผู้พิการที่ด้อยโอกาส ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความยินดีเต็มใจที่จะดูแลผู้พิการ เนื่องจากไม่มีคนอื่นมาทำหน้าที่ทดแทนได้ ต้องไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว และส่วนใหญ่มีความรักใคร่กันดี สมาชิกในครอบครัวมี



ส่วนช่วยเหลือบ้างบางครั้งคราว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจ พบว่า การดูแลที่ผ่านมาทำให้มีรายได้ลดลง มีความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้พิการ แต่พึงพอใจกับจำนวนเงินช่วยเหลือผู้พิการที่ได้รับเนื่องจากส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 20,001-40,000 บาทต่อปี ต้องคอยดูแลมาเป็นเวลาที่ยาวนานมากกว่า 20 ปี ทำให้ไม่ได้ไปประกอบอาชีพสร้างรายได้ให้กับครอบครัว และผู้พิการที่ด้อยโอกาสยังมีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วย ต้องเข้ารับการรักษาเป็นประจำทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ตลอดจนเสียเวลาในการประกอบอาชีพทำให้มีรายได้ลดลง ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุ การทำงานหารายได้จึงค่อนข้างน้อย แต่ผู้ดูแลให้ข้อมูลไม่เดือนร้อนเกี่ยวกับเศรษฐกิจมากนัก เนื่องจากมีเงินช่วยเหลือผู้พิการจากรัฐจำนวน 500 บาทต่อเดือน บางคนยังได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอีกจำนวน 500 บาทต่อเดือน และยังสามารถจากหยิบยืมเงินจากผู้ญาติหรือคนในชุมชนได้สะดวก

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ดูแลได้รับฝุ่น กลิ่นเหม็น เสียงดัง การรบกวนจากสัตว์ และแมลงโรค เป็นประจำ เนื่องจากเป็นสังคมชนบทการตั้งบ้านเรือนอยู่ติดถนนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ได้รับเสียงดังโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ในหมู่บ้าน และได้รับการรบกวนจากยุงและแมลงวัน แต่มีบ้านที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบายเหมาะสมกับการดูแลผู้พิการ และพึงพอใจกับบ้านที่อยู่อาศัยของตนเอง

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนเพลียจากการดูแลผู้พิการเนื่องจากสูงอายุ ดูแลเป็นเวลานานมากกว่า 20 ปี นอกจากนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวแล้วผู้พิการยังมีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วย ต้องเข้ารับการรักษาเป็นประจำ การที่ผู้สูงอายุต้องดูแลผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวจากสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมตามวัย ความเหนื่อยล้าจึงเกิดขึ้น ร่วมกับการดูแลมาโดยตลอดเวลามากกว่า 20 ปี

ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการที่มีปัญหาทางสติปัญญาพบว่า ต้องเลี้ยงดูและให้มีคนดูแลผู้พิการตลอด 24 ชั่วโมงถือเป็นภาระการดูแลที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยครอบครัวคนพิการทางสติ

ปัญญาในจังหวัดพัทลุงที่พบว่าบทบาทของครอบครัวและชุมชน ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูลูกที่พิการตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการดูแลทุกอย่างในชีวิตประจำวัน ทั้งการอาบน้ำ ชำระล้างอุจจาระ ปัสสาวะ ป้อนข้าว เป็นต้น ทำให้ผู้ปกครองไม่มีโอกาสไปไหนเลย¹³ แต่ในบริบทของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของสมาชิกในหมู่บ้านโดยเฉพาะบ้านข้างเคียงทำให้พบว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพที่แข็งแรงที่พร้อมจะดูแลผู้พิการ มีเวลาพักผ่อนนอนหลับในแต่ละวันอย่างเพียงพอ มีเวลาว่างที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบอย่างเพียงพอ และได้รับประทานอาหารแต่ละวันอย่างเพียงพอ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในหมู่บ้านได้รับกำลังใจจากคนในหมู่บ้าน มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน เนื่องจากอาศัยอยู่ในเขตชนบทมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุของหมู่บ้าน ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีเครือข่ายแลกเปลี่ยนความรู้และต้องการการดูแลเยี่ยมเยียนจาก บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการบุคลากรทางสุขภาพควรมีการสนับสนุน อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ ด้วยการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ ทักษะและสร้างความมั่นใจในการทำงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้พิการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้พิการให้สูงขึ้น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรระดับท้องถิ่นที่ต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมด้านความเข้าใจในระบบการดูแลฟื้นฟูผู้พิการช่วยกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแล ผู้พิการและกำหนดระบบและกลไกการเชื่อมต่อประสานความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในการดูแลผู้พิการ¹⁴ และในการพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องให้ความสำคัญกับการมีกลยุทธ์ด้านการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมุ่งเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁵⁻¹⁸



คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านครอบครัว พบว่า ครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ผู้ดูแลกับผู้พิการ รักใคร่ผูกพันกันดี สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี แบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยดูแลผู้พิการ และมีความรู้สึกว่าการครอบครัวมีความสุข เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 3 คน สถานภาพสมรสคู่ มีความผูกพันแบบเครือญาติ อย่างไรก็ตามบางครอบครัวยังมีสมาชิกบางคนในครอบครัวสร้างความเดือดร้อนเป็นประจำ

2. คุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาสโดยรวม พบว่า ด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม มีค่าเฉลี่ยจากน้อยไปมาก ตามลำดับ ผู้พิการที่ด้อยโอกาสมีปัญหา ได้แก่ มีความหงุดหงิด โมโหง่าย เป็นประจำ เนื่องจาก ส่วนใหญ่เจ็บป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว สติปัญญา และการได้ยิน ส่วนใหญ่มีความพิการมากกว่า 25 ปี มีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วยบางครั้งผู้ดูแลไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตลอดเวลาได้เพราะต้องเข้าร่วมบุญประเพณีของหมู่บ้านเป็นบางครั้ง นอกจากนี้ผู้พิการที่ด้อยโอกาสยังไม่ได้ได้รับการรักษาดูแลรักษาจากแพทย์ทางเลือกเท่าที่ควร แต่การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่สามารถรับประทานอาหารได้ น้ำ ถ่ายอุจจาระและชำระความสะอาด อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ทงตัว เดินเองได้โดยไม่ต้องช่วยเหลือ สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติ ได้รับการรักษาดูแลรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง สามารถพูดจาสื่อสาร รับข่าวสารและสิ่งบันเทิงได้ พูดคุยสื่อสารกับคนในหมู่บ้านเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ดูแลผู้ด้อยโอกาสสร้างความเชื่อมั่น สร้างขวัญกำลังใจ โดยให้ความรู้ ทำความเข้าใจกับผู้ดูแลให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้พิการไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเองพร้อมที่จะต่อสู้กับชีวิตด้วยสุขภาพจิตที่ดีขึ้น
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแลผู้ด้อยโอกาสหรือผู้พิการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาส
3. ควรมีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้พิการด้อยโอกาสกลุ่มอื่นๆ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. National Office for Empowerment of Person with Disabilities and National disability statistics classified by gender and region.[Online] 2010 [cited 2010 December 31]. Availabl from: http://ecard.nep.go.th/nep_all/file/ December 2010.
2. Chalerm Wongjunta. The relationship between demographic data, social support and dependent care agency in care-takers of children with cerebral palsy. (Thesis). Bangkok; Mahidol University; 1996.
3. พนิษฐา พานิชชีวะกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. คุณภาพชีวิตเกษตรกรอีสาน: มุมมองประชาชน. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
4. Jiraput Peungnut. Some of the factors influence the behavior of a retarded child care in the community. Bangkok. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2002.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.ภาวะสุขภาพจิตและการใช้แบบทดสอบภาวะสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
6. กาญจนา แก้วเทพ. วิวัฒนาการเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต. ในอนุชาติ พวงสำลี (บรรณาธิการ). การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯพรินติ้ง; 2541.
7. สุภางค์ จันทวานิช, วิศนี คิลตระกูล. การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2541.
8. Andrews FM. Social indicator of well-being: Americans perception of life quality. New York: Plenum; 1985.
9. Ferrans CE. Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nursing & Health 1992; 15: 29-38.



10. Ferrans, Power MJ. Quality of life Index: Development and Psychometric Properties. *Advances in Nursing*, 8 (October) 1985: 15-24.
11. The WHOQOL Group. [cited 2003 July 17]. Available from: <http://www.WHO.ch/intro-ducung>
12. The WHOQOL instrument; 1996.
13. Zhan L. Quality of Life : Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17 (7): 795-800.
14. Ariya Deepasret. Mental health and Caring behaviors of caregivers of children with mental retardation. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1999.
15. Susern,R.Integrating Community Based Rehabilitation into Overall Primary Health Care: Lesson Learned from Thailand. *Journal of Nursing and Education* 2010; 3(2).
16. Lamom Chaisiri, Somjit Danseekaew. Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of life of Working-age People with HIV/AIDS. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(4): 79-89.
17. ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. Exploring Patient's Problems to Improve Quality of Life after Stroke in Community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(4): 6-14.
18. เกศินี สราญฤทธิชัย. The evaluation of health behavioral changing: Lesson learned from a multiprofessional intervention and training for ongoing volunteer-based community health programme. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(4): 15-21.



Quality of Life's Caregiver and persons with disabilities at Tambon Wangsang Mahasarakham Province.

Weerachai Imnamkhao M.N.S.*

Siranee Imnamkhao M.N.S.*

Suppawat Suriyo M.N.S.**

Dittapol Jaisuer M.N.S.**

Abstract

This research was descriptive approach the objective for study the quality of life's Caregiver and persons with disabilities at Tambon Wangsang Mahasarakham Province. A tool use in the research be the quality of life questionnaire. It is reliability get 0.87 confidence levels. The samples were 59 from Caregiver and persons with disabilities of advantage. The data analytical statistics were frequency, percentage, means and standard deviation.

1) Quality of life's caregiver overall were the moderate level ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.79) The dimensions are high level of quality of life compose family, social, mental health, and physical ($\bar{X}$ = 3.91-3.66, SD = 0.73-0.78) The dimensions are moderate level of quality of life compose environment, economy and mental health. ($\bar{X}$ = 3.38-2.94, SD = 0.74-0.89) Quality of life's caregiver lays 5 least of level the rank. It show problem about of the want to escape from reality, feelings of frustration, decrease of income, stressing anxiety in caretaker the disabilities and The smell of dust and noise on a regular basis frequently. ($\bar{X}$ = 1.81-2.54, SD = 0.91-0.95)

2) Quality of life for people with disabilities overall were the moderate level ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 1.16) The dimensions are high level of quality of life compose social. ($\bar{X}$ = 3.53, SD = 1.26) The dimensions of moderate level of quality of life compose mental health and physical. ($\bar{X}$ = 3.37-3.44, SD = 1.01-1.23) Quality of life's persons with disabilities have level lays 5 least the rank. It show problem about of complication with disease, not receive alternative treatment, illness to be treatment from professional, irritability and anger and non caregiver to help at all times

Based on these results, Organization that has direct responsibility and Srimahasarakham Nursing College use this research for planning to help and home-visit for increase quality of life's caregiver and persons with disabilities together.

Keywords: Quality of Life, Caregiver's advantage, persons with disabilities

* Registered nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College

** Registered nurse, Srimahasarakham Nursing College