



โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

CAUSAL FACTORS MODEL OF EFFECTING QUALITY OF LIFE
OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES

เพ็ญนภา ศรีวิชัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2563



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

CAUSAL FACTORS MODEL OF EFFECTING QUALITY OF LIFE
OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Applied Psychology)
Graduate School, Srinakharinwirot University
2020
Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ของ

เพ็ญนภา ศรีวิชัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงทอง)

กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ กลีบบัว)

ชื่อเรื่อง	โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
ผู้วิจัย	เพ็ญนภา ศรีวิชัย
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2563
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุรการ



Title	
Author	PENNAPA SRIWICHAI
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2020
Thesis Advisor	Assistant Professor Amaraporn Surakarn , Ph.D.

The purpose of this research is to study the correspondence of the structural equation model of causal factors affecting quality of life among people with physical disabilities. The population consisted of 222 people with physical disabilities. The instrument was divided into five parts: general questionnaire, measure of resilience, measure of social support, measure of coping, and measure of quality of life. The reliability of questionnaire was .92, .94, .69, and .93, respectively. The data analysis and statistics used mean, standard deviation, confirmatory factor analysis (CFA), analysis of structural causal relationship and content analysis. The results of study were as follows: (1) the fit of the statistics for analysis, Chi-square= 57.98, df=42, *p-value*= 0.05, RMSEA= 0.04, CFI= 0.99, NNFI= 0.98, and the measurement model was valid and well-fitted to the empirical data; (2) the social support variable had a direct effect on the quality of life among people with physical disabilities. ($\beta = .13$) The variable did not have a direct effect on quality of life among people with physical disabilities, resilience ($\beta = .13$) or coping ($\beta = .02$) Social support had an indirect effect on quality of life among people with physical disabilities, which had resilience and coping as a mediator. ($\beta=.01$); (3) the variables in the model could explain variations of quality of life among people with physical disabilities at 38%.

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา
ประยุกต์ทุกท่านที่ให้ความรู้และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้ศึกษาในสถา
บันแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารเจ้าหน้าที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ
แพทย์ แห่งชาติ และและศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่กรุณา
สละเวลาในการเก็บแบบสอบถามและอำนวยความสะดวกให้ตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

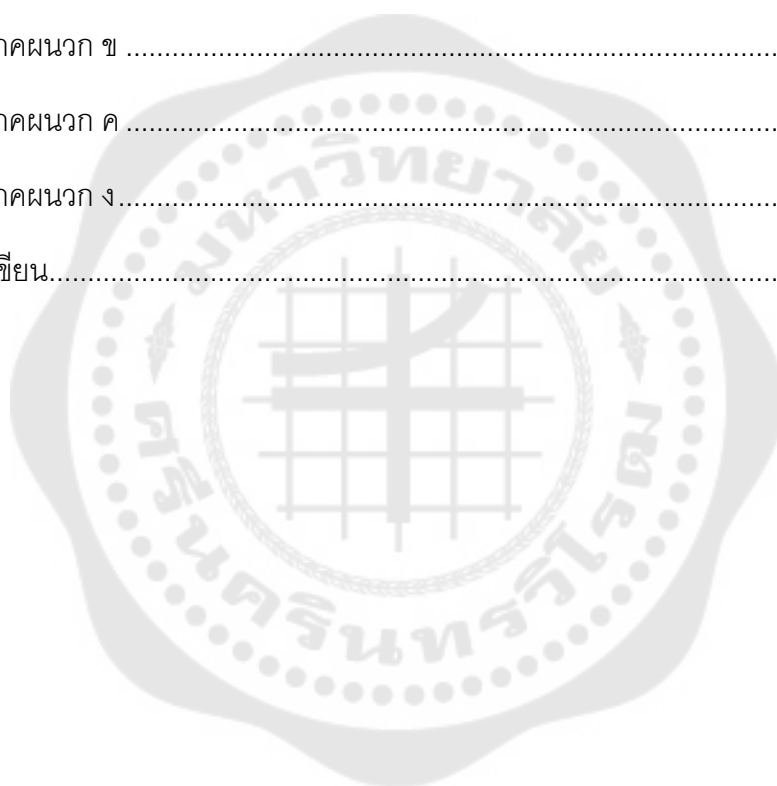
เพ็ญนภา ศรีวิชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
นิยามเชิงปฏิบัติการ	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
ตอนที่ 1 คนพิการทางการเคลื่อนไหว	14
1.1 ความหมายของคนพิการ	14
1.2 การวินิจฉัยตามพยาธิสภาพ.....	15
1.3 อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น	16
1.4 การยอมรับความพิการของคนพิการ	23
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (Quality of life)	25

2.1. ความหมายของคุณภาพชีวิตของคนพิการ	25
2.2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ	27
2.3. องค์ประกอบและการวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการ	34
ตอนที่ 3 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory)	36
3.1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition)	37
ตอนที่ 4 ปัจจัยเชิงสาเหตุในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ.....	43
4.1. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ.....	43
4.2. ปัจจัยเงื่อนไขด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support).....	53
4.3. ปัจจัยรูปแบบของการตอบสนอง คือ การเผชิญปัญหา (Coping).....	60
ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	66
สมมติฐานของการวิจัย.....	68
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	72
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล	85
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	89
ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	90
ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	94
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ มีดังนี้	99
บทที่ 5สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	103
1. สรุปผลการวิจัย.....	104

2. อภิปรายผลการวิจัย	105
3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย	112
4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	113
บรรณานุกรม	114
ภาคผนวก	128
ภาคผนวก ก	129
ภาคผนวก ข	131
ภาคผนวก ค	135
ภาคผนวก ง	138
ประวัติผู้เขียน	177



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	78
ตาราง 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	80
ตาราง 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบการเผชิญปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	82
ตาราง 4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตามแบบสอบถามในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	84
ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิจัย	91
ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Xiancai Cao, Chongming Yang, และ Dahua Wang) ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่า P-value ของไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว .	95
ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดล ($N=222$)	98
ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม	102
ตาราง 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบวัดปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	146

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 concept of quality of life: Unility approach	29
ภาพประกอบ 2 Comparison between QOL and ICF concepts: Adapted	31
ภาพประกอบ 3 Quality of life Index: QLI and its domain	32
ภาพประกอบ 4 โมเดลกรอบแนวคิดของเมลิส	42
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวความคิดการวิจัย	68
ภาพประกอบ 6 โมเดลสมมติฐานของงานวิจัย	69
ภาพประกอบ 7 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	78
ภาพประกอบ 8 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการสนับสนุนทาง สังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	81
ภาพประกอบ 9 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการเผชิญปัญหาของ คนพิการทางการเคลื่อนไหว	83
ภาพประกอบ 10 โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคน พิการทางการเคลื่อนไหว	85
ภาพประกอบ 11 ผลการประมาณค่าโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว	100

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี จากการรายงานของ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2563) รายงานจำนวนของคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563 มีจำนวนทั้งหมด 2,027,500 คน คิดเป็นร้อยละ 3.05 ของประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้หากพิจารณาถึงช่วงอายุคนพิการในประเทศไทย พบว่า คนพิการส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.24 ของจำนวนคนพิการทั้งหมด รองลงมาได้แก่ วัยทำงาน อายุตั้งแต่ 15-59 ปี ร้อยละ 41.71 ทั้งนี้ประเภทความพิการ พบว่าส่วนใหญ่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.54 เมื่อเทียบกับจำนวนคนพิการทั้งหมดในประเทศไทยโดยพิจารณาเปรียบเทียบจากสาเหตุของความพิการในปีพ.ศ. 2562 พบว่าสาเหตุจากความพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดจากภาวะความเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 0.26 รองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุ ร้อยละ 6.63 แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนร้อยละของความพิการในปัจจุบันมีสาเหตุที่สำคัญมาจากภาวะความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมหรือสิ่งแวดล้อมล้วนเป็นองค์ประกอบของแต่ละบุคคล (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) ดังจะเห็นได้จากแผนส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติมุ่งเน้นให้คนพิการสามารถดำเนินชีวิตได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) กำหนดนโยบายให้คนพิการได้รับสิทธิในการพัฒนาฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อความมั่นคงและยั่งยืนในการดำรงชีวิต โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ/เอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวและสังคม และมีโอกาสนำความรู้ความสามารถไปใช้ในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการในสังคม ประเทศชาติได้โดยเกิดประโยชน์สูงสุด

ถึงแม้ว่าปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการแพทย์จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บป่วยหรือมีภาวะจากโรค แต่ร่องรอยหลังการเจ็บป่วยยังสะท้อนถึงปัญหาด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยผลกระทบจากความพิการที่เกิดขึ้นจากสาเหตุใดก็ตามนั้น ทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย สุขภาพและสมรรถภาพร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปนั้น ส่งผลต่อเนื่องถึงสภาพจิตใจของคนพิการที่มีต่อรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความเจ็บป่วยในกลุ่มที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

ความสัมพันธ์ด้านคุณภาพชีวิต การดำรงชีวิตและความมั่นคงของชีวิต ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกทุกข์ทรมานต่อภาวะที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเจ็บปวด อ่อนล้า นอนหลับยากขึ้น หายใจลำบาก และมีการเคลื่อนไหวบกพร่องหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Aitken, Chaboyer, Kendall, & Burmeister E. 2012; BO, Chaboyer, & Wallis, 2008) ผู้ป่วยมักมีภาวะเครียดมากขึ้น จนกระทั่งคิดทำร้ายร่างกายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Bruckbauer, 1991) การศึกษาจาก Rainer, Yeung, Cheung, & Yuen (2014) ที่ศึกษาระยะเวลาหลังเกิดโรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยระยะ 1 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน มีระดับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาหลังเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 75, 56, และ 44 ตามลำดับ และในระยะหลังเกิดโรค 2 ปี พบร้อยละของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 64 (Kaske, Leferin, Trentzsc, & Driesse, 2014) กล่าวได้ว่า หากคนพิการมีการรับรู้ถึงผลกระทบจากภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลให้บุคคลรับรู้ได้ว่า หลังเกิดความพิการระยะเวลาลงหลังเกิดโรคในช่วง 1 ปีแรก และจะสามารถปรับตัวได้อีกครั้งและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะหลังเกิดโรค 2 ปีเป็นต้นไป โดยคนพิการมีการรับรู้ถึงความยากลำบากในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นหรือการมีส่วนร่วมในสังคม ไม่ว่าจะเป็น การไปเดินห้างสรรพสินค้า การไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร เช่นเดียวกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2555) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า บุคคลทั่วไปหรือบุคคลที่มีความพิการหลังเกิดโรค 2 ปีขึ้นไประดับคุณภาพชีวิตจะลดลงตามลำดับ ซึ่งคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบที่ครอบคลุม สอดคล้องตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 1997) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วยทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ชีวิตมีความมั่นคง และผาสุก

ในประเทศไทยด้านกฎหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามระบุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 71 (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) สาระสำคัญกล่าวว่า รัฐพึงส่งเสริมปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนรวมถึงผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส และคนพิการ ให้ดำเนินชีวิตอย่างอิสระ เช่นเดียวกับสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้เสนอแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560 – 2564 อ้างถึงการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ยังมีความแตกต่างกันในส่วนของการต้องการจากคนพิการและความเป็นอยู่ของคนพิการในสังคม ทั้งนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา อาชีพการงาน ความมั่นคงในชีวิต จากภาครัฐ (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) อาศัย

ตัวชี้วัดด้านสถานะสุขภาพที่สำคัญได้แก่ คุณภาพชีวิตของคนพิการที่ดี กล่าวคือ เป็นการรับรู้ ความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน การตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ จากสังคม และการตอบสนอง ต่อการวินิจฉัยโรค (พรพชร กิตติเพ็ญกุล, 2550) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าคนพิการ ทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ต่อสถานะและองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของ วัฒนธรรมและสังคมที่อาศัยอยู่ (ธิดารัตน์ นงค์ทอง, 2560; สุริยันต์ ปัญหาราช, 2560) รวมถึงคน พิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้หรือระดับความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในขณะนั้นระดับปาน กลาง ทั้งนี้หากคนพิการมีการยอมรับ ปรับตัว หรือสามารถจัดการปัญหาที่เข้ามาได้ ก็จะทำให้การ รับรู้ด้านคุณภาพชีวิตมีการพัฒนาในระดับที่ดีขึ้นได้ (Calman, 1984 as cited in Trevittaya, 2016)

กล่าวได้ว่าคนพิการที่สามารถพึ่งพาตนเองได้นั้นต้องอาศัยการรับรู้การเปลี่ยนแปลง และ การปรับตัวที่ดีต่อผลลัพธ์ที่มีของตนเองเพื่อการตอบสนองในระดับบุคคล ซึ่งการรับรู้ต่อการ เปลี่ยนแปลงนั้นประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาททางสังคมและ สิ่งแวดล้อมรอบข้างทำให้คนพิการรู้สึกกว่าตนเองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตมากขึ้นหลัง เกิดความพิการ นอกจากนี้การศึกษาของ Bruckbauer (1991) พบว่าผู้ที่มีภาวะความเจ็บป่วยจน เกิดความพิการขึ้นบางคนอาจมีความวิตกกังวล ความอดทนต่อภาวะเครียดลดน้อยลง บางคนคิด ทำร้ายตนเองและคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับ กระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคน พิการทางการเคลื่อนไหวทำให้บุคคลสามารถยอมรับการเปลี่ยนผ่านนั้นไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกิด จากทักษะ ประสบการณ์ใหม่ สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ เพื่อหลอมรวมเป็นอัตลักษณ์ ใหม่ของตนเองขึ้น (fluid integrative identities) ตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition Theory) โดย Maslow (1987; Schumacher & Meleis, 1994; Meleis (2010) ซึ่งการเปลี่ยนผ่าน เป็นภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจากปกติผ่านไปสู่ภาวะภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้ บุคคลนั้นสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2562; สุภาพร ดี เจริญเกียรติ, 2552; Gaugler, Roth, Haley, & Mittelman, 2011; Gaugler, Roth, Haley, & Mittelman, 2011) การศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งของคน พิการตามทฤษฎีนี้ในประเทศไทยส่วนใหญ่นำมาใช้อธิบายทางการพยาบาล (บุญมี ภูด่านจัว, 2556; เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, 2559; วิวรรณจนา งามศิริอุดม, 2553) และผู้วิจัยพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีนี้โดยการศึกษาของ สุภาพร ดีเจริญเกียรติ (2552) ที่กล่าวถึงชนิด

ของการเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเกิดจากการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับบุคคลและครอบครัว โดยรูปแบบการตอบสนองที่สำคัญต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Entering phase) ระยะระหว่างกระบวนการ (Passage phase) และระยะสิ้นสุดการเปลี่ยนผ่าน (Exiting phase) ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นต้องอาศัยคุณลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการเปลี่ยนผ่าน อาศัยประสบการณ์ตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ปัจจัยด้านเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน และรูปแบบของการตอบสนอง (Meleis, 2010)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน โดยผู้วิจัยอธิบายถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล และปัจจัยเงื่อนไขด้านสังคม การศึกษาของ บุญมี ภูด่านจัว (2556) ที่กล่าวถึงทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านโดยนำเสนอปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคลโดยความพิการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ จากความเจ็บป่วย/โรค รวมถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วให้บุคคลสามารถฟื้นพลังและดำเนินชีวิตหลังเกิดความเจ็บป่วยได้เป็นปกติสุข ซึ่งความพิการที่มีมาแต่กำเนิดก่อเกิดเพียงส่วนน้อยเท่านั้น เนื่องจากคนพิการแต่กำเนิดมีการรับรู้ถึงสภาพร่างกายและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตซึ่งต่างจากคนพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) คนพิการที่มีความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังเหล่านี้มักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต วิตกกังวล จากการสูญเสียการควบคุมทางร่างกายและจิตใจส่งผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559) ด้วยเหตุนี้เมื่อประยุกต์ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน การเผชิญการเปลี่ยนแปลงจึงต้องอาศัยปัจจัยภายในหรือการมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเพื่อการปรับตัวหลังเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังที่ Wagnild & Young (1993 อ้างถึงใน ฉัตรฤดี ภาระญาติ และคณะ, 2559; Silván-Ferrero, Recio, Molero, & Nouvilas-Pallejà, 2020) กล่าวคือ ปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีการเผชิญปัญหาและสามารถปรับตัวต่อปัญหาได้ ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเรื้อรังที่เกิดขึ้น

อีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ด้านเงื่อนไขด้านสังคม ซึ่งในงานวิจัยนี้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตและ

ด้านสุขภาพกายเช่นเดียวกับการศึกษาของ วิทยา วิสูตรเรืองเดช (2557) กล่าวว่าคนพิการจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่สนับสนุนจากบุคคลอื่นมากกว่าคนปกติทั่วไปที่จะช่วยส่งเสริมให้คนพิการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับภาวะหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและเป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (สุภัทรา ผิวนาว, ชนกพร จิตปัญญา, และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2560) อีกประการหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารและสิ่งของด้านรูปธรรมทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความสนใจและความจริงใจ ได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่าในตนเองและรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตามบทบาทหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือสังคม (อำนวยพร อาษานอก, 2549)

นอกจากนี้ตัวบ่งชี้กระบวนการของรูปแบบการตอบสนองในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประการหนึ่งคือ การเผชิญปัญหา ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีการปรับตัวที่ดีในสังคม โดยบุคคลจะสามารถเข้าใจบทบาททางสังคม รับรู้ถึงความเป็นอยู่ในชีวิตของตนเอง ยอมรับและสามารถนำตนเองไปสู่หนทางในการแก้ไขปัญหาที่ดี และเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการด้านอารมณ์ (emotive coping) และการเผชิญปัญหาทางอ้อมที่เกิดขึ้น (palliative coping) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jalowiec (1988 อ้างถึงใน วีรภัทรา ประภาพักตร์, 2554; สุภัทรา ผิวนาว, ชนกพร จิตปัญญา, และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2560; Greenglass, Fiksenbaum, และ Eaton, 2006) การเผชิญปัญหา เกิดจากการประเมินและแปลความหมายของเหตุการณ์ของบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะตัดสินใจหรือแปลความหมายสภาวะการณ์ใด ๆ อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคคลสามารถเรียนรู้และก้าวผ่านปัญหาเหล่านั้นได้ (Lazarus & Folkman, 1984) หากผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนเพื่อส่งเสริมการเผชิญปัญหา หรือมีสภาพจิตใจที่ไม่พร้อมต่อการรับมือกับปัญหา และไม่สามารถยืดหยุ่นได้ทำให้คุณภาพชีวิตหลังเกิดความพิการลดต่ำลง (Nygren, Alex, Jonsen, & Gustafson, 2005) กล่าวคือ แม้ว่าข้อจำกัดทางด้านร่างกายและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่งผลให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของคนพิการลดลงจนบทบาทในสังคมลดลงตามไปด้วยต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสภาพจิตใจเพื่อการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแก่คนพิการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ

งานวิจัยจำนวนมากยืนยันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยอาศัยปัจจัยความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (ลินธิพัฒนะคูหา, ปรัชญพร คำเมืองลือ, และ อภิชนา โสมวิริยะ, 2557; วีรภัทรา ประภาพักตร์, 2554; Barker, Kendall, Amsters, & Pershouse, 2009) ผลการศึกษาในงานวิจัยที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนผ่านของบุคคลที่เกิดขึ้น ทั้งความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี และการเผชิญปัญหาล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ ทำให้งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาโมเดลเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ส่งผลคุณภาพชีวิต เกิดความมั่นคงในชีวิตและพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญในการดำเนินชีวิตตามสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความพิการมีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประยุกต์ใช้ในทางจิตวิทยาซึ่งทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีทางด้านสุขภาพและทางการแพทย์ดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงสาเหตุที่อาศัยกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในกลุ่มคนพิการหลังเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนี้เป็นทฤษฎีที่เหมาะสมอาศัยการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพทางกายและจิตใจไปสู่สภาวะใหม่ที่สมดุล (บุญมี ภูตานัง, 2556; เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลง และเกิดการเปลี่ยนผ่านเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ในอนาคต

การศึกษานี้เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและภาวะหลังเกิดความเจ็บป่วยซึ่งมุ่งเน้นการศึกษาว່ปัจจัยใดเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างสูงสุด เพื่อนำไปใช้บูรณาการวางแผนได้อย่างตรงประเด็นกับเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยได้องค์ความรู้ที่ได้จากผลการศึกษาครั้งนี้นำไปใช้ได้อย่างครอบคลุมเหมาะสม เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้วย อีกทั้งยังได้แนวทางด้านจิตวิทยาและด้านสังคมศาสตร์ร่วมกัน ทั้งนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรม โดยให้การสนับสนุนทั้งระดับบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมจนกระทั่งการสร้างนโยบาย การปรับปรุงและวางแผนที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ
คนพิการทางการเคลื่อนไหว

ความสำคัญของการวิจัย

1. **ด้านทฤษฎี** งานวิจัยนี้ได้นำองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาทางด้านสุขภาพโดยอ้างอิงมา
จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 1994; Meleis 2010) มาประยุกต์ใช้กับคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหว โดยนำมาอธิบายถึงปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลซึ่งเป็นตัวแปรเชิงจิตวิทยา ได้แก่
ความเข้มแข็งทางใจ รวมถึงปัจจัยเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การสนับสนุนทาง
สังคม ปัจจัยรูปแบบของการตอบสนอง ได้แก่ ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ คือ การเผชิญปัญหา เน้น
ผลลัพธ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยจึงนำความรู้และตัวแปรที่
เกี่ยวข้องดังกล่าวมาใช้อธิบายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อ
ขยายผลในการอธิบายตัวแปรเชิงสาเหตุที่ได้จากการรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส ซึ่งจะเป็น
ประโยชน์ต่อการนำไปใช้ถึงผลลัพธ์และสาเหตุของปัจจัยต่อไป

2. **ด้านการนำไปใช้** จากโมเดลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะเป็น
ประโยชน์ในกลุ่มครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว บุคลากรทางการแพทย์ นักจิตวิทยา
เจ้าหน้าที่ของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจถึงปัจจัยเชิง
สาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในระดับบุคคล โดยสามารถส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง
ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคมมีต่อการเผชิญปัญหาของคนพิการต่อการ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตรงตามความต้องการของคนพิการเหล่านั้น ผู้การพัฒนาก็เกิดความพึง
พอใจในชีวิต เป็นพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาแนวทางด้านจิตวิทยาและด้านสังคมศาสตร์
ร่วมกัน ทั้งนี้ยังสามารถนำไปในการสร้างโปรแกรม อาศัยข้อมูลจากผลการศึกษานี้ต่อยอดความรู้
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยให้การสนับสนุนทั้งระดับบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคม
อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพตลอดจนกระทั่งการสร้างนโยบาย การปรับปรุงและวางแผนที่
เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบไปด้วยคนพิการที่
ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุบาดเจ็บที่สมองหรือไขสันหลังอยู่ใน

ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ในปีพ.ศ. 2563-2564 เป็นคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในสถานพยาบาล ได้แก่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานฟื้นฟู ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มาใช้บริการ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำแนกตามลักษณะการอ่อนแรงหรืออัมพาต แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อัมพาตครึ่งซีก 2) อัมพาตท่อนขา และ/หรือลำตัว และ 3) อัมพาตทั้งแขนขาหรือทั้งหมด กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวประเภท 3 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และได้รับการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการ
2. ระยะเวลาหลังเกิดโรคตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
4. รู้สึกตัวดี สามารถตอบแบบสอบถามหรืออ่านออกเขียนได้เอง พุดคุยสื่อสารเข้าใจ
5. ได้รับการประเมินความคิดความเข้าใจผ่านแบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) ที่ถูกดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) โดย Folstein et al., (1975) เพื่อทดสอบวัดระดับความคิดความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมอง ได้คะแนน 23 คะแนนขึ้นไป จาก 30 คะแนน แสดงว่าไม่มีความผิดปกติด้านความคิดความเข้าใจ
6. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท
2. คนพิการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบ หรือ มีความจำนงออกจากการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น พิจารณาตามกฎความเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล (Rule of Thumb) เป็นกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรสังเกตในโมเดลที่เพียงพอต่อการใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีสัดส่วน 10:1 (Schumacker; & Lomax. 1996 อ้างถึงใน รติพร ถึงฝั่ง, 2556;

Suksawang, 2015) ในงานวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรจำนวน 15 ตัว ดังนั้นจึงควรมีตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ 150-300 คน ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในรูปแบบโมเดลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้น ผู้วิจัยจึงนำเสนอตัวแปรที่เป็นตัวแปรแฝงภายในโมเดล และตัวแปรแฝงภายนอกโมเดล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรแฝงภายนอก ประกอบด้วย

ปัจจัยเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรม

2. ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสงบทางใจ ความอดทน ความเชื่อมั่นในตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต และการดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน

2.2 ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ ได้แก่ การเผชิญปัญหา แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์และการจัดการปัญหาทางอารมณ์

2.3 ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของคนพิการคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การควบคุมอารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

คนพิการ/คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าร่วมสังคมซึ่งผลมาจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ แขน ขา เท้า ศีรษะ ลำตัว โดยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยแบ่งออกตามลักษณะความพิการทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อัมพาตครึ่งซีก 2) อัมพาตท่อนขา และ/หรือลำตัว และ 3) อัมพาตทั้งแขนขาหรือทั้งหมด และมีบัตรประจำตัวคนพิการและมารับบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผลการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เกิดเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงคุณลักษณะเชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมต่อการปรับตัวที่ดีต่อภาวะการป่วยหรือการบาดเจ็บเรื้อรังของตนเองโดย สามารถนำตนเองกลับคืนสู่สภาพการณปกติ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

1.1 ความสงบทางใจ (Equanimity) หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงคุณลักษณะที่ทำให้จิตใจสงบและมั่นคง แม้ว่าจะอยู่ในสภาวะการณที่เป็นอุปสรรค แต่ยังสามารถพิจารณาปัญหา โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นเพื่อแก้ไขปัญหา และมีความยืดหยุ่นในการมองชีวิตอย่างเป็นกลาง

1.2 ความอดสาเห (Perseverance) หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงคุณลักษณะที่ใช้ความพยายามและความตั้งใจไปถึงเป้าหมายนั้น แม้พบเจอปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น จนอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ หรือผิดหวังแต่ยังคงพยายามสร้างหนทางในการดำเนินชีวิตใหม่หรือกลับคืนสู่สภาพปกติ

1.3 ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง และใช้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

1.4 การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต (Meaningfulness) หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงชีวิตตนมีความหมาย มีความภาคภูมิใจในตนเองต่อการขับเคลื่อนตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย แม้พบเจออุปสรรคแต่ก็สามารถก้าวเดินต่อไปได้

1.5 การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน (Existential aloneness) การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงเส้นทางในชีวิตของตนเองว่ามีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รับรู้ถึงอิสระในการดำเนินชีวิตของตนเอง รับรู้ถึงตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง แต่คนพิการมีการยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นได้

แบบวัดนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (resilience scale) ตามแนวคิดของ Wagnild & Young (1993) ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554) และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 21 ข้อ โดยแบบวัดนี้ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 0 คะแนน

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหว รับรู้ว่าตนเองได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการดูแลสุขภาพจากครอบครัว/ผู้ดูแล

2.2 ด้านอารมณ์ หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหว รับรู้ว่าตนเองได้รับความสนใจ เอาใจใส่ดูแล และกำลังใจจากครอบครัว/ผู้ดูแล

2.3 ด้านรูปธรรม หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหว รับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือในการกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจวัตรประจำวัน การเงิน สิ่งของจากครอบครัว/ผู้ดูแล

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 13 ข้อ โดยแบบวัดนี้ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่จริงเลย” ให้ 0 คะแนน

3. การเผชิญปัญหา (Coping) หมายถึง ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาและสามารถหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการใช้วิธีการแก้ไขปัญหารับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเพื่อควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ให้ดีขึ้น

3.2 การจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวเน้นวิธีการแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจหรือ เป็นทุกข์โดยการแสดงออกทางอารมณ์หรือระบายความรู้สึกออกมา

3.3 การจัดการปัญหาทางอ้อม หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยจัดการความไม่สบายใจลดลงชั่วคราว รวมถึงการแยกตัวหรือการหลีกเลี่ยงหนีต่อเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย มณฑา ลิ้มทองกุล และ สุภาพ อารีเอื้อ (2540) และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 13 ข้อ โดยแบบวัดนี้ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ใช้นั้นในการเผชิญปัญหาทุกครั้ง” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่เคยใช้นั้นในการเผชิญปัญหาเลย” ให้ 0 คะแนน

4. คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อตนเอง ทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ตามวัฒนธรรม แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1 ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสภาพร่างกาย ข้อจำกัดของร่างกายและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

4.2 ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสภาพจิตใจของตนเองต่อความคิด ความรู้สึกในการรับรู้เรื่องราวของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

4.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตโดยมีความปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง

ผู้วิจัยใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลก (WHOQL-BREF- THAI) ตามแนวคิดของ (World Health Organization (WHO), 1997) ที่พัฒนาขึ้นโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 22 ข้อ โดยแบบวัดนี้โดยแบบวัดนี้ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “พึงพอใจมากที่สุด” และ “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่พึงพอใจอย่างมาก” และ “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 0 คะแนน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เพื่อเป็นแนวทางการศึกษากำหนดกรอบแนวคิด ตัวแปร สมมติฐาน และแนวทางการดำเนินงานวิจัยโดยแบ่งการนำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 6 ตอน ซึ่งในตอนที่ 1 จะกล่าวถึงข้อมูลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อให้เข้าใจถึงความหมาย คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นข้อมูลเนื้อหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงลักษณะและความสำคัญของคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตอนที่ 3 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ผู้วิจัยใช้ประยุกต์ใช้อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุในตอนที่ 4 ได้แก่ ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล คือความเข้มแข็งทางใจ ปัจจัยเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน คือการสนับสนุนทางสังคม ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ คือการเผชิญปัญหาและตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ คือคุณภาพชีวิต ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย และตอนที่ 6 สมมติฐานของการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 คนพิการทางการเคลื่อนไหว

- 1.1 ความหมายของคนพิการ
- 1.2 การวินิจฉัยตามพยาธิสภาพ
- 1.3 อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น
- 1.4 คนพิการและการยอมรับความพิการ

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของคนพิการ (Quality of life)

- 2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ
- 2.2 ความหมายของคุณภาพชีวิตของคนพิการ
- 2.3 องค์ประกอบและการวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการ

ตอนที่ 3 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory)

ตอนที่ 4 ปัจจัยเชิงสาเหตุในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

- 4.1 ปัจจัยเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ
- 2) ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ
- 3) องค์ประกอบและการวัดความเข้มแข็งทางใจ
- 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

4.2 ปัจจัยเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเงื่อนไขด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
- 2) ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 3) องค์ประกอบและการวัดการวัดการสนับสนุนทางสังคม
- 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการตอบสนอง ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Coping)

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา
- 2) ความหมายของการเผชิญปัญหา
- 3) องค์ประกอบและการวัดการเผชิญปัญหา
- 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 6 สมมติฐานของการวิจัย

ตอนที่ 1 คนพิการทางการเคลื่อนไหว

1.1 ความหมายของคนพิการ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายคำว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็นการได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับการมีอุปสรรคด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างบุคคลทั่วไป (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560)

คนพิการทางการเคลื่อนไหว จัดเป็นคนพิการประเภท 3 แบ่งตามประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) องค์การ

อนามัยโลกที่รับรองตามรหัส ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยแบ่งความพิการทางการเคลื่อนไหวและความพิการทางกาย ใกล้เคียงกันได้แก่ ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม โดยผลกระทบจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง หรือจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการทำงานของมือ แขน ขาหรือเท้า ส่วนความพิการทางกาย ซึ่งความหมายคล้ายคลึงกับความพิการทางการเคลื่อนไหว โดยหมายถึง สาเหตุที่แตกต่างกันคือมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายโดยชัดเจน กล่าวโดยสรุปความหมายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าร่วมสังคมซึ่งผลมาจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ แขน ขา เท้า ศีรษะ ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายโดยชัดเจน อาจมาจากสาเหตุอัมพาตหรือแขนขาอ่อนแรง

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าร่วมสังคมซึ่งผลมาจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ แขน ขา เท้า ศีรษะ ลำตัว

1.2 การวินิจฉัยตามพยาธิสภาพ

คนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นคนที่มีความผิดปกติหรือมีความความบกพร่องที่ทำให้สูญเสียหรือบกพร่องต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไป จากงานวิจัยของเพ็ญประภา ไสวดี (2558) พิจารณาการวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) แขนขาที่อ่อนแรงไปจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่ศีรษะหรือไขสันหลัง ภาวะผิดปกติตั้งแต่กำเนิด 2) แขนขาขาดจากอุบัติเหตุหรือจากโรคเบาหวาน มะเร็ง 3) โรคข้อหรือกลุ่มอาการปวด ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม รูมาตอยด์ และ 4) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

สาเหตุของความพิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มคนพิการโดยพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิดความพิการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มจากการกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 1997)

1) ความพิการแต่กำเนิด (Congenital disability) ได้แก่ อวัยวะผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะขาดออกซิเจนแต่กำเนิด ขาดวินแต่กำเนิด แคระ จากพันธุกรรมที่มีความผิดปกติจากยีนส์

หรือโครโมโซม หรือจากการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เช่น การติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา

2) ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired disability) จากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุไม่ว่าทางพาหนะ การทำงาน ภัยธรรมชาติ หรือสาเหตุจากโรคหรือพยาธิสภาพ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอก โรคทางระบบประสาท (อัมพาตหรือมีภาวะอ่อนแรง) ทำให้สูญเสียประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ส่งผลต่อระบบการเคลื่อนไหวหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย พบบ่อยได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งท่อน

3) ความพิการจากสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ความบกพร่องจากปัญหาขาดแคลนอาหารนำไปสู่ภาวะบกพร่องทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพจนเกิดความพิการได้

การพิจารณาประเภทความพิการ ระบุว่า ผู้วินิจฉัยความพิการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อระบุประเภทความพิการเพื่อประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2560 เว้นแต่นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัดแล้วแต่กรณี เห็นว่าบุคคลนั้นมีสภาพความพิการที่สามารถมองเห็นได้โดยประจักษ์จะไม่ต้องให้มีการตรวจวินิจฉัยก็ได้ การกำหนดหลักเกณฑ์ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ พ.ศ. 2552 และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 กล่าวว่า ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเกิดจากการสูญเสียหรือความบกพร่องของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา หรือมีสาเหตุเกิดจากอัมพาตอวัยวะการเคลื่อนไหว มีอาการอ่อนแรง หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีส่งผลต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องดังกล่าวขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลที่ต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนผ่าน เพื่อดำรงชีวิตประจำวันตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ อาจมีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้

1.3 อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น

สาเหตุหนึ่งมาจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) จัดเป็นสาเหตุที่สำคัญด้านสาธารณสุขของโลก เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วจะยังหลงเหลือความพิการอยู่ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ (จากรูวรรณ ปิยศิริ, ทวีศักดิ์ กลิน, และชฎาภา ประเสริฐทอง, 2561) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติทางระบบประสาท อันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้เกิดการไหลเวียนไปยังสมอง

ผิดปกติ โดยรูปแบบของหลอดเลือดเมื่อมีการแตก ตีบ หรืออุดตันจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดภาวะสมองตายหรือไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลให้อวัยวะที่ส่วนของสมองทำหน้าที่ควบคุมอยู่หยุดทำงานและสูญเสียสมรรถภาพ เกิดอาการอ่อนแรงและมีการรับรู้สิ่งที่ผิดปกติไป (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) อาการและผลกระทบจากโรคที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพ แต่บุคคลที่ได้รับผลมาจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะหรือไขสันหลังแล้วแต่มีข้อจำกัดด้านร่างกายทั้งสิ้น

ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความพิการแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ความพิการแบ่งตามอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นตามพยาธิสภาพหรือการวินิจฉัยโรค และผลกระทบของความพิการโดยรวมซึ่งอธิบายถึงผลกระทบต่อคนพิการในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.3.1 อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นแบ่งตามพยาธิสภาพหรือการวินิจฉัยโรคกลุ่ม

1) โรคหลอดเลือดสมอง

อาการที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นนาที ค่อนข้างรวดเร็ว กระทั่งนั้น อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้กระทั่งหลังตื่นนอน โดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติอยู่ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) โดยปกติอาการมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรงมาก แล้วแต่ตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด อาการทั่วไปคือ มีอาการชาบริเวณใบหน้า แขน ขา ส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างฉับพลัน มีอาการสับสน การมองเห็นผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลง ไม่ชัดเจน การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อมีปัญหา รวมถึงการมีปัญหากลืนอาหาร อ่อนแรงหรือสูญเสียการเคลื่อนไหวที่มือ แขน ขา และเท้า ชีงได้ชีงหนึ่ง กล้ามเนื้อเกร็ง บางคนบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ การพูดหรือการเข้าใจภาษาไม่ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ จนถึงการสูญเสียความรู้สึกทางระบบประสาท (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) อ้างถึงใน รัตนภรณ์ คงคา และวันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, (2552) โดยความรุนแรงของอาการจากโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 3 ระดับ ดังการศึกษาของ เพ็ญแข แดงสุวรรณ (2550) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) อาการน้อย มักเกิดในผู้ที่เกิดอาการหลอดเลือดสมองขนาดเล็กแตก ตีบ หรืออุดตัน แต่เซลล์ยังทำงานได้ปกติ ไม่ถูกทำลาย เป็นการการเลือดของสมองในช่วงเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 24 ชม. จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่บริเวณอวัยวะในการเคลื่อนไหว เช่น แขน ขา เพียงอย่างเดียว มุมปากตก พูดไม่ชัด หรือความจำเสื่อมชั่วคราว

2) อาการปานกลาง หรืออัมพฤกษ์ เกิดจากเซลล์สมองถูกทำลายบางส่วนแต่ยังไม่ทั้งหมด เมื่อได้รับการบำบัดรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 3-6 เดือนหลังเกิดโรค อาการที่

เกิดขึ้นคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ อาจสูญเสียความทรงจำ ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้า หรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ

3) อาการรุนแรง หรืออัมพาต เกิดจากเซลล์ของสมองถูกทำลายอย่างถาวร ผู้ป่วยจะมีอาการแขนและขาอ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว พุดไม่ได้ กล้ามเนื้อในหน้าทำงานไม่ประสานกัน อาจมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย เป็นต้น

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่า 1 ใน 3 มักมีความพิการถาวร จึงส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งในด้านร่างกายเกิดปัญหาด้านความสามารถในการทำงานของร่างกาย (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ความวิตกกังวล โศกเศร้า เกิดภาวะซึมเศร้า การเข้าร่วมในสังคมมีความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ เพิ่มภาระให้แก่ครอบครัว (Touhy และ Jett, 2010) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์จากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง รวมถึงการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพิงจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า ความกลัว และความกังวลต่อความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น

ดังนั้นผู้ป่วยจะเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกไม่ปลอดภัยเนื่องจากมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (Hilton, 2002 อ้างถึงใน สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548) ในบางรายอาจมีความคิดต่อตนเองว่าไม่มีคุณค่า จนแสดงออกทางด้านพฤติกรรมถดถอย เอาแต่ใจ ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ไม่กล้าพบเจอผู้คน ไม่อยากไปทำงานหรือเข้าสังคม หลีกเลี่ยงการพบแพทย์หรือการเข้ารับการรักษา (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) และประเด้นสุดท้ายต่อผลกระทบด้านสังคม อันเนื่องมาจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกต้องการแยกตัวออกจากสังคม (ทศพร คำผลศิริ, 2548) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียด้านภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากบทบาทเดิมเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ สุดท้ายจะสูญเสียเป้าหมายในชีวิตของตนเอง (Hilton, 2002 อ้างถึงใน สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเกิดการเจ็บป่วยแล้ว มักมีความพิการทางการเคลื่อนไหวและด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งหมายถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งบทบาทในหน้าที่และการเข้าร่วมสังคมเกิดการสูญเสียคุณค่าและภาพลักษณ์ต่อตนเอง

2) กลุ่มภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury)

กลุ่มภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากการถูกกระทบกระเทือน หรือตรวจพบถึงการมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก กระทั่งการเปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกตัว เพียงชั่วขณะอาจพบว่าสาเหตุข้างต้นเกิดขึ้นได้ทั้งหมดหรืออย่างใดอย่างหนึ่งแต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้า (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นกับกะโหลกศีรษะ เนื้อสมอง เนื้อเยื่อ และส่วนประกอบต่าง ๆ ภายในกะโหลกศีรษะ (Hickey, 2003; Oregon, 2006) อาการบาดเจ็บภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าระดับความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าอาการส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว (ชนิษฐา อรัญดร, ประณีต ส่งวัฒนา, นฤมล อนุมาศ, และชมนกัษ รัตติโชติ, 2559) ซึ่งสาเหตุของการบาดเจ็บเกิดขึ้นได้หลายประการ ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุจากที่สูงหรือหกล้ม อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา และจากถูกทำร้ายร่างกาย ผลกระทบของผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นต่อร่างกาย พฤติกรรม บุคลิกภาพ ด้านสังคมและด้านจิตใจ

ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีหลายด้าน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลกระทบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนี้

1) การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย ผลต่อระบบประสาททำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็งร่วมกับความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวอื่น ๆ เช่น อาการชัก (Post traumatic seizure) ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ การเห็นภาพซ้อน เป็นต้น บางครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ได้แก่ การติดเชื้อทางระบบหายใจ การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง การคั่งค้างของเหลวในสมอง หรือแผลกดทับ

2) ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาด้านบุคลิกภาพ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ อาการเฉยเมย นิ่งเฉย มีปัญหาด้านการเรียนรู้ และปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว การสูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม มีพฤติกรรมผิดปกติทางเพศ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมตนเองไม่ได้ อารมณ์แปรปรวน มีความวิตกกังวล เป็นต้น

3) ด้านจิตใจ เกิดการสูญเสียด้านภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง เนื่องจากความพิการและการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จนคิดว่าตนเองเป็นภาระกับผู้อื่น การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง กลัวการทอดทิ้ง เกิดปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ สับสน หงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539 อ้างถึงใน นุบผา ลาภทวี, 2556)

4) ด้านสังคม เกิดความบกพร่องด้านการปรับตัวในสังคม จากความพิการที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำงานโดย Ruffolo, Friedland, Dawson, & Colantonio (1999) กล่าวถึงผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ พบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการแต่ทำงานเดิมได้ คิดเป็นร้อยละ 12 และคนพิการที่ต้องเปลี่ยนงานใหม่ร้อยละ 30 เกิดปัญหา ด้านสังคมตามมา เช่น การว่างงาน การหย่าร้าง ส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยอย่างมาก

3) กลุ่มภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง

กลุ่มภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง หมายถึง คนที่บาดเจ็บจากไขสันหลังซึ่ง กระดูกสันหลัง ประกอบด้วยเส้นประสาททั้งหมด 31 คู่ รูปแบบของการบาดเจ็บไขสันหลังเกิดได้จากสาเหตุทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง เกิดขึ้นจากการโดนของแหลมแทงทะลุกระดูกไขสันหลัง หรือบาดเจ็บจากการถูกยิงบริเวณไขสันหลัง หรือทางอ้อมเกิดจากการแตกร้าว กระดูกสันหลังหัก เสื่อมทรุด หรือมีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังจากการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการหมุนตัว ก้มตัวหรือการถูกกดหรือกระแทก (Benzel, 2012 อ้างถึงใน นาริรัตน์ พุทธกุล, 2557) ซึ่ง ตำแหน่งของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับระดับของไขสันหลัง แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ (Cervical level) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความบอบบางมากกว่าบริเวณอื่น ๆ อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณนี้ เกิดจากศีรษะกระแทกพื้นอย่างแรง หรือคอสะบัดไปด้านหลังจากการถูกรถชนท้ายอย่างรุนแรง 2) การบาดเจ็บไขสันหลังระดับทรวงอก (Thoracic level) สาเหตุเช่นเดียวกับ 3) การบาดเจ็บไขสันหลังระดับเอว (Lumbar level) เป็นตำแหน่งที่พบบ่อยจากสาเหตุการประสบอุบัติเหตุทางพาหนะ การถูกยิงหรือจากการตกจากที่สูง หรือโดนกระแทกจากของหนัก (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2543)

นอกจากนี้การแบ่งประเภทของการบาดเจ็บของไขสันหลังได้เป็นผู้ป่วย อัมพาตทั้งตัว (Tetraplegia หรือ Quadriplegia) และอัมพาตท่อนล่าง (Paraplegia) ผลกระทบจากการบาดเจ็บไขสันหลังต่อการทำงานระบบประสาทสั่งการและประสาทรับความรู้สึกส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก เป็นต้น

การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลังแบ่งออกเป็น 5 ระดับตาม สมาคมการบาดเจ็บไขสันหลังของอเมริกา (American Spinal Injury Association : ASIA) (นาริรัตน์ พุทธกุล, 2557; Sommers, 2010; Sisto, Druin, & Sliwinski, 2009)

ระดับ A หมายถึง การบาดเจ็บทั้งหมด (Complete) กล่าวคือ สูญเสียกำลัง กล้ามเนื้อและการรับความรู้สึกทั้งหมดที่ควบคุมด้วยไขสันหลัง

ระดับ B หมายถึง การบาดเจ็บไม่ทั้งหมด (Incomplete) กล่าวคือ กล้ามเนื้อ อัมพาตทั้งหมดแต่การรับรู้ลึกที่ผิวหนังยังคงอยู่

ระดับ C หมายถึง การบาดเจ็บไม่ทั้งหมด (Incomplete) กล่าวคือ ประสาทสั่งการในส่วนที่อยู่ใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บยังทำหน้าที่ได้ แต่กล้ามเนื้อหลักมีกำลัง กล้ามเนื้อน้อยกว่าระดับ 3 (ระดับ 0-2)

ระดับ D หมายถึง การบาดเจ็บไม่ทั้งหมด (Incomplete) กล่าวคือ ประสาทสั่งการในส่วนที่อยู่ใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บยังทำหน้าที่ได้ รวมถึงกล้ามเนื้อใต้ต่อระดับไขสันหลังมีกำลังกล้ามเนื้อเท่ากับหรือมากกว่าระดับ 3

ระดับ E หมายถึง ปกติ (Normal) กล่าวคือ ประสาทรับรู้ลึกและระบบประสาทสั่งการมีการกำหนดหน้าที่ปกติในทุกระดับโดยก่อนหน้านี ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางระบบประสาท

กลุ่มตัวอย่างที่จะผู้วิจัยต้องการศึกษาคั้งนี้ พิจารณาจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคดังที่กล่าวมาข้างต้นอันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มที่ต้องการศึกษาตามเกณฑ์สรุปได้ทั้งหมด 4 กลุ่มซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมีบัตรประจำตัวคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้

1) อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) เกิดจากการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อมีอาการอ่อนแรงหรือสูญเสียการเคลื่อนไหวที่มือแขน ขาและเท้าซีกใดซีกหนึ่ง

2) อัมพาตท่อนขา และ/หรือลำตัว หรือเรียกว่าอัมพาตครึ่งท่อน (Paraplegia) กลุ่มภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง จากสาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนแรงหรือสูญเสียการเคลื่อนไหวของขาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง และ/หรือลำตัวตั้งแต่ระดับอกลงมา

3) อัมพาตทั้งแขนขา หรือทั้งหมด (Tetraplegia) กลุ่มภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตท่อนขา หรือทั้งขาและลำตัว อาจเป็นทั้งหมดหรือบางส่วนแขนหรือขา รวมถึง อาจเกิดการอ่อนแรงบริเวณลำตัวหรือระดับอกด้วย

4) กลุ่มภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury) เป็นกลุ่มที่ลักษณะความพิการอาจเป็นได้ทั้งอัมพาตครึ่งซีก และอัมพาตทั้งแขนขาหรือทั้งหมดได้ ขึ้นอยู่กับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของบุคคลนั้น

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าร่วมสังคมซึ่งผลมาจากความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหว ทั้งแขนขา เท้า ศีรษะ ลำตัว ตามเกณฑ์ข้างต้น ซึ่งความพิการจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับประสบการณ์ด้านสุขภาพดังกล่าวสามารถแบ่งตามผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการอย่างครอบคลุม

1.3.2 อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นแบ่งตามผลกระทบในด้านต่าง ๆ

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อวิเคราะห์ด้านผลกระทบของความพิการโดยรวมตามด้านต่าง ๆ พบว่าการศึกษาของ ปิยะพิมพ์ กิตติสุทธธรรม, (2544 อ้างถึงใน ณัฐพงศ์ เป็นลาภ, 2558) ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านคุณภาพชีวิต โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบของคนพิการด้านร่างกาย ผลกระทบโดยตรงและมีผลกระทบต่อคนพิการเป็นอย่างมากเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูกและข้อที่ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ กระดูกบางก่อนวัย ระบบผิวหนังจากการนั่งหรือนอนนาน ๆ ระบบหายใจและหมุนเวียนเลือดมีปัญหาในผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ อาจเกิดความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า

2. ผลกระทบของคนพิการด้านจิตใจ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับรู้สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สภาพจิตใจและอารมณ์ของคนพิการ คนพิการจะรู้สึกอับอายและมองผู้อื่นในแง่ร้าย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จนส่งผลต่อความผิดปกติของระบบประสาท อาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เป็นผลมาจากสมองได้ สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวของคนพิการด้วยตนเอง โดยครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ควรทำความเข้าใจถึงปัญหาเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของคนพิการได้อย่างเหมาะสม

3. ผลกระทบของคนพิการด้านคุณภาพชีวิต เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นคนพิการที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงจากสภาพร่างกาย ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยปัญหา อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายด้าน คนพิการยังมีพฤติกรรมที่แปรปรวนเกิดขึ้นร่วมกัน ย่อมทำให้คนพิการขาดโอกาสในแง่ของเศรษฐกิจและสังคมด้วย

จากผลกระทบของความพิการที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผลจากความสำคัญหรือความรุนแรงที่เห็นได้ชัดเจนมากที่สุดจากการศึกษาของ ปิยะพิมพ์ กิตติสุทธธรรม, (2544 อ้างถึงใน ณัฐพงศ์ เป็นลาภ, 2558) คือ ผลกระทบด้านจิตใจของคนพิการ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่

ว่าจะเป็นคนพิการที่มาจากโรคหลอดเลือดสมองหรือกลุ่มภาวะการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง หรือกลุ่มภาวะบาดเจ็บที่สมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของคนพิการที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผลกระทบของความพิการต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์กันในเชิงสาเหตุอย่างไร ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการได้เป็นอย่างดี

1.4 การยอมรับความพิการของคนพิการ

คนพิการที่มีการรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง ทำให้บุคคลนั้นเกิดภาพลักษณ์ของตนเองว่าด้อยกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจที่รับรู้ว่าจะทำอะไรซึ่งความสามารถ ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มองสังคมในแง่ร้าย วิตกกังวลและหวาดระแวง กลัวว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทั้งนี้คนพิการที่ไม่สามารถรับสภาพที่ร่างกายหรือจิตใจเปลี่ยนแปลงไป ไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจ กระทั่งไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นสิ่งหนึ่งที่สำคัญต่อการปรับตัวของคนพิการ ได้แก่ การยอมรับกับความพิการ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปรายละเอียดของขั้นตอนการยอมรับความพิการจากการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับการยอมรับความพิการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การยอมรับความพิการ หมายถึง การยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการยอมรับเงื่อนไขต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายที่แท้จริงของตนเอง การมองภาพรวมถึงความพิการตามสภาพทั่วไป อย่างเป็นกระบวนการและขั้นตอน ซึ่งในบางคนอาจใช้ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนไม่เท่ากัน จากสมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวสากลโดยศิริชัย ทรัพย์ศิริ (2563) กล่าวว่า การยอมรับความพิการมีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การยอมรับด้านร่างกาย การยอมรับด้านจิตใจ และการยอมรับด้านสังคม โดยขั้นตอนการยอมรับความพิการ เป็นขั้นตอนที่คนพิการจะสามารถยอมรับความพิการได้ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดผลกระทบต่อคนพิการเป็นสิ่งที่คนพิการไม่สามารถหลีกเลี่ยงนี้ได้ นอกจากนี้ลำดับขั้นตอนของการยอมรับความพิการจากการศึกษาของนายแพทย์อุเอเดะ (Ueda) จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยโตเกียว ที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในญี่ปุ่น (วิทยา วิสูตรเรืองเดช, 2557) ดังนี้

1. **ช่วงข้อคิด** เป็นลักษณะของสภาพด้านจิตใจ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาการป้องกันความรู้สึกตนเองเกี่ยวกับชีวศาสตร์ ได้แก่ การไม่สนใจตนเอง การแยกตัวออกจากความเป็นจริง (depersonalization)

2. ช่วงปฏิเสธ หลังจากผ่านช่วงข้อคิดมาซึ่งจะเกิดขึ้นช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจะไม่คงอยู่ตลอดไป ในช่วงปฏิเสธนี้สภาพร่างกายเริ่มมีความมั่นคงมากขึ้น ปฏิกริยาป้องกันตนเองด้านชีวศาสตร์จะเริ่มหายไป ในขณะที่เดียวกันคนพิการจะเริ่มเรียนรู้ว่าความพิการที่เกิดขึ้นไม่สามารถรักษาให้หายได้อย่างง่ายดาย ช่วงนี้ปฏิกริยาของบุคคลหลังผ่านช่วงข้อคิดมาจะปฏิเสธต่อโรคที่เกิดขึ้นหรือความพิการหลังเกิดการเจ็บป่วยนั้น

3. ช่วงสับสน ช่วงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิเสธสภาพความเป็นจริงว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ดังเดิม ช่วงนี้คนพิการมักมีอาการแปรปรวนมากขึ้น อาจแสดงออกในรูปแบบก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่น และโทษว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้อื่น มีปฏิกริยาตอบโต้ด้วยความโกรธแค้น หรือบางครั้งแสดงออกต่อตนเองโดยการตำหนิตนเอง หรือคิดฆ่าตัวตาย ไม่ต้องการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วงนี้คนพิการจะรู้สึกสับสนในช่วงปฏิเสธได้

4. ช่วงพยายามแก้ไข ช่วงที่เกิดความพยายามเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาให้ถูกต้องจากการจัดการสิ่งภายนอก การรับผิดชอบต่อตนเองโดยจัดการความรู้สึกต่อตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ในช่วงนี้คนพิการจะรู้สึกด้อยค่ากว่าคนทั่วไป ในช่วงนี้คนพิการจะเริ่มต้องการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อสังเกตตนเองเกี่ยวกับความก้าวหน้าด้านการรักษาทางการแพทย์ โดยการเปรียบเทียบกับคนพิการที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และคนพิการในช่วงนี้จะเริ่มค้นหาตัวตน ค้นหาข้อดี ค้นหาคุณค่าในตนเอง ทำให้กระบวนการการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาเกิดขึ้นต่อไป

5. ช่วงยอมรับ ช่วงที่ค่านิยมของคนพิการมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างสมบูรณ์ เกิดอัตลักษณ์ใหม่จนสามารถยอมรับความพิการว่าเป็นส่วนหนึ่งของตนเองได้ คนพิการในช่วงนี้จะเริ่มหากิจกรรมใหม่ แสวงหาหนทางการดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์กับความพิการใช้ศักยภาพและความสามารถที่เหลืออยู่อย่างเท่าเทียมบุคคลธรรมดา

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการปรับตัวในคนพิการจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อยอมรับความพิการกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด โดยพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด โดยขั้นตอนการยอมรับความพิการของคนพิการจากข้างต้นเป็นการตอบสนองของจิตใจ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นลำดับขั้นตอน อาจเกิดขึ้นสลับและย้อนกลับไปได้เสมอ แต่ละช่วงที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นพร้อมกันได้ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเดือนเท่านั้นโดยเฉลี่ย 6-8 เดือน ขึ้นอยู่กับสภาวะทางจิตใจของคนพิการซึ่งหากคนพิการมีการยอมรับความพิการได้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นแก่คนพิการเพื่อให้คนพิการมีการวางแผนเกี่ยวกับความสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างอิสระของตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (Quality of life)

คุณภาพชีวิตถือเป็นตัวชี้วัดด้านสถานะด้านสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย ความสมบูรณ์ด้านสังคม อารมณ์ และคุณภาพชีวิตโดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรคหรือการตอบสนองต่อการรักษาจากภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง โดยวัดจากความสามารถในการทำกิจกรรมตามหน้าที่ของร่างกาย บทบาทและวัฒนธรรม ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกถึงการได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลแต่ละรายนั้นจะมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของแต่ละคนในขณะนั้น (พรพชร กิตติเพ็ญกุล, 2550)

แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตที่ซับซ้อน ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งภาวะสุขภาพมีหลากหลายมิติ ซึ่งมีมิติด้านสุขภาพร่างกายส่งผลต่อมิติด้านสังคมอีกทั้งยังส่งผลต่อมิติด้านจิตใจอีกด้วย ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้นเกิดขึ้นทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรม โดยองค์ประกอบด้านนามธรรม ประกอบด้วย ความรู้สึกของแต่ละบุคคล และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล เช่น ความมั่นใจในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต อีกประการหนึ่งในด้านรูปธรรม ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การปฏิบัติตามหน้าที่ของร่างกาย และสภาพเศรษฐกิจสังคม ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจะเปลี่ยนผันไปตามเวลา เพศ อายุ เชื้อชาติ สังคม วัฒนธรรม และสถานะความเจ็บป่วย (Lau & McKenna, 2001; World Health Organization (WHO), 1997)

2.1. ความหมายของคุณภาพชีวิตของคนพิการ

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดแสดงภาพรวมของบุคคล โดยกล่าวว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นของบุคคลในแต่ละบุคคล (Zhang, Yang, Yuan, & Zhou, 2003 อ้างถึงใน ศศิพันธ์ วาสิน, 2556; Wasin, Kerdwichai, & Chankong, 2013 อ้างถึงในธิดารัตน์ นงค์ทอง และพิมพ์พร ขจรธรรม, 2560) โดยอธิบายคุณภาพชีวิตว่าเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกสุขสบายใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปต่อภาวะสุขภาพตามการทำงานของร่างกาย เจตคติ และการรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากสังคม (Geraldine & M., 1985) เช่นเดียวกับการให้ความหมายโดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อชีวิตของตนเองในด้านความเป็นอยู่และความสัมพันธ์กับความคาดหวัง การมีเป้าหมายและมาตรฐานตามบริบทและวัฒนธรรม โดยสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดี (WHOQOL group, 1995 as cited in Mandzuk & McMillan, 2005)

การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเชิงสอดคล้องกับความผาสุก (well being) คือ การรับรู้ถึงความพึงพอใจหรือไม่พอใจในชีวิต ความรู้สึกของบุคคลตามประสบการณ์ในแต่ละบุคคล (Orem, 1985; Ferrans & Powers, 1985 อ้างถึงใน อำนวยพร อาษานอก, 2549) นักวิชาการในประเทศไทยกล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึก ความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตตามอัตมโนทัศน์ หรือสุขภาพกายและจิตใจ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย (ปริศนา อุดมผล, 2543 อ้างถึงใน อำนวยพร อาษานอก, 2549)

หากกล่าวถึงคุณภาพชีวิตของคนพิการมักมีองค์ประกอบที่แตกต่างและซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากคนพิการที่ได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และจะมีความยากลำบากมากขึ้นต่อการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ การให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตของคนพิการ ยังพบว่าสามารถแบ่งการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามปัญหาความเจ็บป่วยจากผลกระทบของโรคอ้างอิงจากการศึกษาของ (ฮานี เวาะและ, 2559) โดยแบ่งความหมายของคุณภาพชีวิตของคนพิการตามปัญหา ดังนี้

1. ประสบการณ์การเจ็บป่วย หมายถึง การตอบสนองด้านร่างกายของคนพิการต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะสุขภาพทั้งด้านสุขภาพที่เกิดความพิการทุพพลภาพ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

2. ความสามารถในการทำกิจกรรม หมายถึง ความสามารถของคนพิการต่อการทำกิจกรรมโดยอิสระ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพตนเอง

3. การรับรู้ของบุคคล หมายถึง การรับรู้ของคนพิการต่อตนเองและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ อันส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

4. แรงกระตุ้นภายใน หมายถึง ตัวกำหนดขอบเขตของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการอันมาจากการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลนั้นได้รับแรงกระตุ้นภายในและภายนอกทั้งความเชื่อ การให้คุณค่ากับตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแล

โดยตามแนวคิด Health- Related Quality of Life (HQOL) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจว่าเป็น ระดับความสมบูรณ์และความพึงพอใจต่อชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือการรักษาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในนิยามความหมายจากองค์การอนามัยโลกที่ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการ

รับรู้ในหลายมิติของบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่อาศัยอยู่ สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (World Health Organization (WHO), 1997)

จากความหมายของคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ผู้วิจัยได้ศึกษามา ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 1997) เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อตนเอง ทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ตามวัฒนธรรม แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

4.1 ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสภาพร่างกาย ข้อจำกัดของร่างกายและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

4.2 ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสภาพจิตใจของตนเองต่อความคิด ความรู้สึกในการรับรู้เรื่องราวของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

4.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตโดยมีความปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิต

2.2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ

คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมักเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของแต่ละบุคคล รวมถึงผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือจิตใจเช่นเดียวกัน ซึ่งกล่าวได้ว่า คนพิการที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ กล่าวคือ เป็นผลกระทบต่อความผาสุกด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมเช่นกัน อย่างไรก็ตามการนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ยังนำเสนอเฉพาะแนวคิดของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล (individual preference) เนื่องจากทางการแพทย์เป็นที่ยอมรับหากบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยจากการศึกษาของปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา (2559) จำแนกคุณภาพชีวิตของคนพิการได้ 6 ประเด็นดังนี้

1) Normal life หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ปราศจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจที่กระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพด้านร่างกายที่ดีและยืนยาวมากขึ้น มีการยอมรับในความสามารถของด้านร่างกายตนเอง และจิตใจ สอดคล้อง

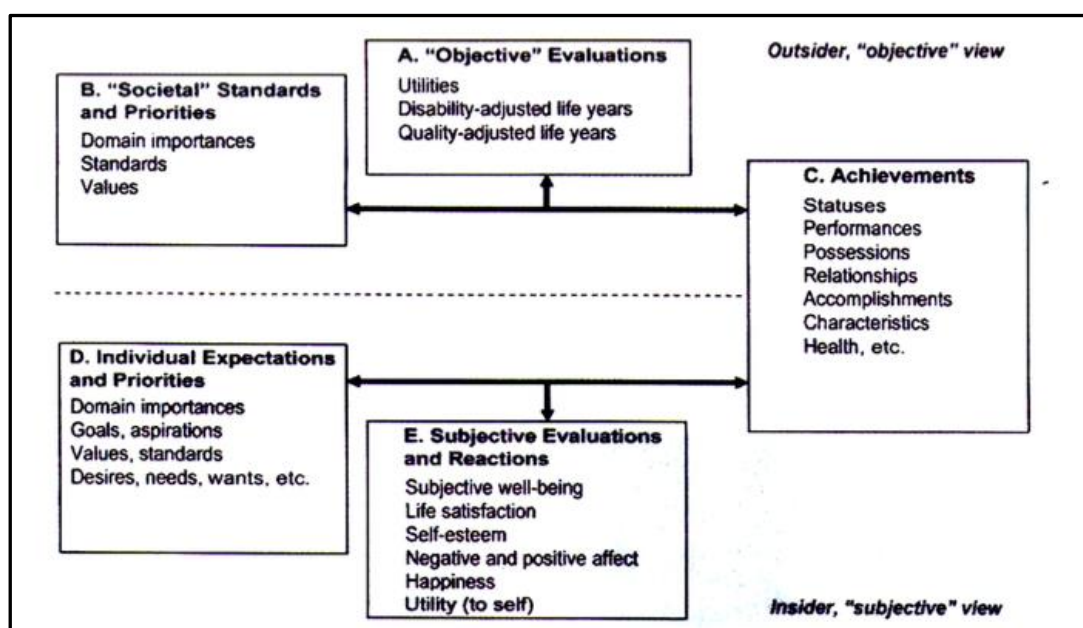
กับแนวคิดของ Ferrans, (1987; Ferrans, 1992) กล่าวคือ หากบุคคลมีข้อจำกัดหรือมีความพิการเกิดขึ้นในปัจจุบันด้านใดด้านหนึ่งเมื่อเทียบกับมาตรฐานแสดงว่าบุคคลนั้นมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จะเห็นได้ว่าแนวคิดดังกล่าวประเมินความสามารถของคนพิการในการประกอบกิจวัตรประจำวันในชีวิตของบุคคลนั้น ๆ เทียบกับมาตรฐานในกลุ่มที่มีอายุเดียวกัน

2) Social utility หมายถึง การคงไว้ซึ่งความสามารถของบุคคลในบทบาททางสังคมและการยอมรับจากสังคม กล่าวคือ การที่บุคคลสามารถได้ให้คุณค่าและความหมายต่อการแสดงบทบาทของตนเองในสังคม ไม่ว่าจะเป็นบทบาทความเป็นครู พ่อ แม่ จิตอาสา (Ferrans, 1992) ในส่วนของการประกอบอาชีพ หรือเศรษฐกิจทางสังคมเมื่อเกิดผลกระทบหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น การแสดงบทบาทในการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตตามบทบาททางสังคมการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้มักประเมินจากการที่บุคคลนั้นมีงานทำเดิมอยู่แล้ว มีรายได้จากการทำงาน และความสามารถในการคงไว้ซึ่งบทบาทตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเจ็บป่วย

3) Utility หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตในมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์และด้านจิตวิทยา มีการศึกษาในมุมมองนี้ 2 แบบได้แก่ มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์และปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิต กล่าวคือมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์ใช้การเปรียบเทียบระดับสุขภาพของบุคคลโดยการให้ค่าดัชนีระหว่าง 0 ถึง 1 โดยค่า 0 หมายถึงการเสียชีวิต และ 1 เท่ากับการมีสุขภาพสมบูรณ์โดยระดับคุณภาพชีวิตนี้ถูกพิจารณาในด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น เพื่อสะท้อนต่อความคุ้มค่าในการรักษา (Cost-benefit) เช่น บุคคลมีความพิการด้านการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นจะต้องมีการคำนวณ จุดคุ้มทุนของการรักษาทางการแพทย์โดยใช้เป็นวิธีเลือกการรักษาที่เป็นประโยชน์มากที่สุดและมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Dolan, Gudex, Kind & Williams, 1996 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) อีกประการหนึ่งมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์นี้ยังมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา ผู้ป่วยมักประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำในระยะแรกจนทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายเพราะมองตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตลดลง การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเองแม้ประเมินมาจากความพึงพอใจต่อตนเองโดยตรงนั้น ตัวเลขที่ได้จากการคำนวณเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้นไม่ได้สะท้อนถึงปัจจัยในระยะยาว

ขณะเดียวกันการศึกษาแนวคิดแบบที่สองที่มุ่งให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยการวัดทางวัตถุพิสัย (Objective evaluation) เป็นตัวแปรสอดแทรกระหว่างมาตรฐานของบทบาททางสังคมและการให้คุณค่าทางสังคมซึ่งประเมินจากสิ่งที่มีบุคคลมีความต้องการจำเป็นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือมีความพิการจึงส่งผลต่อตัวแปรตามได้แก่ ความสามารถในการ

การดูแลสุขภาพหรือการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพของชีวิตคนพิการที่ได้รับการบาดเจ็บที่ไขสันหลังโดยแนวคิดนี้ถูกพัฒนาขึ้นในกลุ่มประเทศตะวันตกจึงจำเป็นต้องใช้ในกลุ่มเฉพาะด้านวัฒนธรรม หรือบริบทที่คล้ายคลึงกันทำให้แบบประเมินนี้มีคุณภาพของแบบประเมินที่ค่าความเที่ยง (Validity) และความตรง (Reliability) ที่เกิดขึ้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในกลุ่มตัวอย่างบริบทและวัฒนธรรมภายในประเทศ



ภาพประกอบ 1 concept of quality of life: Utility approach

ที่มา Dijkers M., 2005 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตริวิทย์, 2559. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 49(2), 171-184.

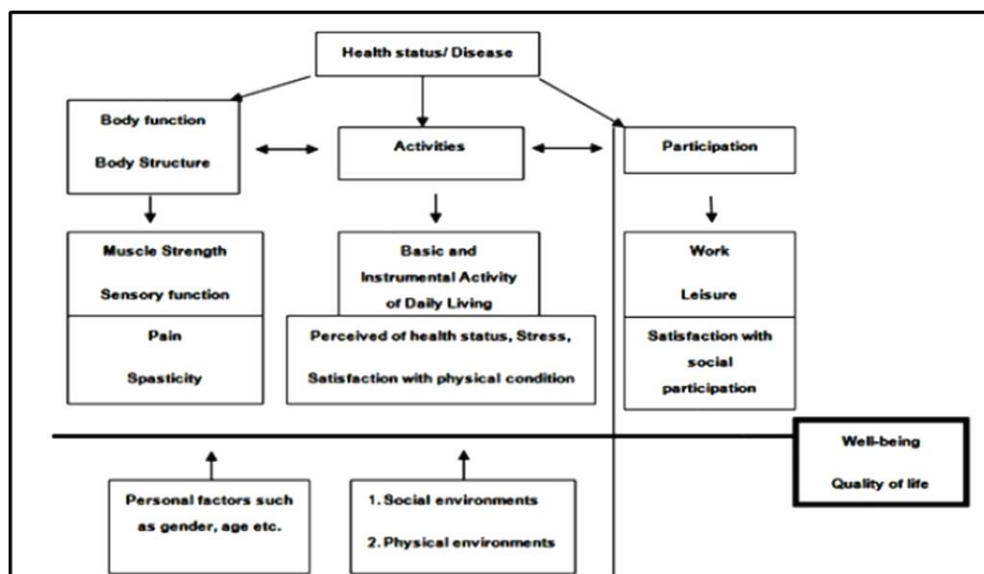
4) Life satisfaction หรือ Subjective well-being กรอบแนวคิดที่มีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับสิทธิและอิสระในการเลือกสิ่งที่ต้องการสอดคล้องกับทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, 1987) กล่าวคือ ปัจจัยจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตมนุษย์ แนวคิดนี้คุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลคือผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ได้รับนักวิจัยส่วนใหญ่นิยมศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้มีการจัดระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้การรับรู้และอารมณ์แบบปัจเจกบุคคลหรือ “Insider or subjective aspect” (Moons, Budts, & Geest, 2006) ซึ่งผู้วิจัยได้นำ

แนวคิดนี้มาประยุกต์เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตของคนพิการในระดับปัจเจกบุคคล มีรายละเอียดดังนี้

4.1) Need-based approach เป็นแนวคิดที่ใช้อย่างแพร่หลายในวงการแพทยศึกษาค้นคว้าชีวิตด้านความแข็งแรงของสุขภาพ หรือ ผลการรักษาต่ออาการของโรค ซึ่งเน้นให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Thomas More (ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา, 2559) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความพึงพอใจต่อปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของบุคคล (basic needs) แนวคิดนี้มองความต้องการของบุคคลเป็นเพียงวัตถุ (objective or physical aspects) เพื่อตอบสนองความต้องการโดยไม่คำนึงถึงด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งแนวคิดนี้ไม่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของคนพิการได้อย่างครอบคลุม หากคนพิการมีระดับบทบาททางสังคมระดับสูงแต่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต แต่ในคนพิการบางคนรู้สึกรู้ว่ามีปัจจัยพื้นฐานไม่เพียงพอ ล้วนเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่มีความสุขจนต้องหาแนวทางอื่นเช่น การปฏิบัติธรรม การนั่งสมาธิ การนั่งฟังเพลง หรือทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

4.2) Want-based approach ซึ่ง Calman (1984 อ้างถึงใน ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา, 2559) กล่าวว่าบุคคลมีความต้องการที่แตกต่างกัน แนวคิดพื้นฐานนี้คำนึงถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับความพื้นฐานความต้องการที่แตกต่างกันในระดับบุคคล โดยในระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการเป็นช่องว่างระหว่างสิ่งที่บุคคลคาดหวังที่จะได้รับ (expectation) และสิ่งที่บุคคลได้รับจริงในชีวิต (realistic) เพื่อประเมินการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง

4.3) Global concept approach องค์ความรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในระดับปัจเจกบุคคลโดยมีมุมมองแบบแยกส่วน (reduction) เป็นมุมมองแบบองค์รวม (holism) ตามที่องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยให้ความสำคัญแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนความพึงพอใจในองค์ประกอบด้านสุขภาพ (Somrongthong, Wongchalee, Yodmai, & Kuhirunyaratn, 2013) ซึ่งแนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการอาศัยการประเมินองค์ประกอบของคนพิการอย่างครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)



ภาพประกอบ 2 Comparison between QOL and ICF concepts: Adapted

ที่ ม ๑ Post M., 2005. Quality of life after spinal cord injury. J Neurol Rehabil; 29(3): 139-146.

4.4) Meta-theory approach แนวคิดโดย Ferrans (1996 อ้างถึงใน ปี ะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ที่เชื่อว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยวัตถุพิสัย (objective domain) และ จิตพิสัย (subjective domain) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีปัจจัยพื้นฐานแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ องค์ประกอบด้านสุขภาพกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรม องค์ประกอบด้าน สุขภาพจิตใจและความเชื่อ สถานะเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว โดยพิจารณาความพึงพอใจ และความสำคัญไปพร้อมกัน แนวคิดนี้ประยุกต์ใช้ตามคุณภาพชีวิตของคนพิการ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของคนพิการไม่เพียงแต่อธิบายได้โดยทฤษฎีเดียวเท่านั้น ในแต่ละองค์ประกอบที่ สำคัญ โดยตามกรอบแนวคิดของ Ferrans, (1996) ดังต่อไปนี้ กล่าวว่า เป็นองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตของคนพิการพิจารณาแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ร่วมกับความสามารถในการทำกิจกรรม อีกทั้งยังกล่าวถึงความวิตกกังวล และโอกาสในการมองสิ่ง ต่าง ๆ ให้มีความสุข ซึ่งหากกล่าวถึงในบริบทของไทยการพิจารณาองค์ประกอบนี้อาจไม่เหมาะสม กับคนพิการในสังคมไทย นอกจากนี้องค์ประกอบด้านจิตใจและความเชื่อตามแนวคิดนี้มีความ เป็นบริบทและวัฒนธรรมทางตะวันตกรวมถึง ความเชื่อ พฤติกรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว

ของวัฒนธรรมทางตะวันตกที่แตกต่างกับบริบทไทย จึงไม่สามารถใช้อธิบายในกลุ่มคนพิการในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม

HEALTH AND FUNCTIONING (13 items)	SOCIAL AND ECONOMICAL (8 items*)	PSYCHOLOGICAL/ SPIRITUAL (7 items)	FAMILY (5 items)
1. health	13. friends	27. peace of mind	8. family health
2. health care	15. emotional support	28. faith in God	9. children
3. pain	from people other	29. achievement of	10. family happiness
4. energy (fatigue)	than your family	personal goals	12. spouse, lover,
5. ability to take care of	19. neighborhood	30. happiness in general	or partner
yourself without help	20. home	31. life satisfaction in general	14. emotional support
6. control over life	21/22. job/not having a job	32. personal appearance	from family
7. chances for living as	23. education	33. self	
long as you would like	24. financial needs		
11. sex life			
16. ability to take care of	* items 21 and 22 are		
family responsibilities	mutually excluding		
17. usefulness to others			
18. worries			
25. things for fun			
26. chances for a happy future			

ภาพประกอบ 3 Quality of life Index: QLI and its domain

ที่ มา Ferrans (1996). Development of conceptual model Quality of life. Schol. Inquiry Nurs Pract.; 10(3): 293-304.

5) Happiness/affect การวัดคุณภาพชีวิตโดยการประเมินสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลต่อสถานการณ์ใด ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ สามารถรับรู้ความรู้สึกและสะท้อนความรู้สึกทางบวกและทางลบของตนเองได้ เมื่อปัจจัยทั้งภายนอกและภายในซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวบุคคลนั้นเป็นการวัดประเมินคุณภาพชีวิตในด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน โดยระดับคุณภาพชีวิตจากการประเมินดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้อาศัยการประเมินจากอาการซึมเศร้าและอารมณ์ของบุคคลนั้นได้โดยการแปลผลว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับการประเมินความซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ กล่าวได้ว่าหากนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการจึงต้องประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

6) Natural capacity การเปรียบเทียบศักยภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการเจ็บป่วยกับศักยภาพที่เหลืออยู่หลังการเจ็บป่วย สามารถประเมินในการเจ็บป่วย

ของคนพิการได้จากการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านศักยภาพที่แตกต่าง กันนั้นส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นอย่างไร โดยประเมินจากมุมมองภายในตนเองหรือจากผู้ดูแลและ ผู้ให้การบำบัดรักษา ซึ่งใกล้ชิดกับบุคคลนั้นมากพอที่จะให้ความเห็นนั้นได้ แต่ในแนวคิดนี้มุ่งเน้น เพียงความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลก่อนและหลังเท่านั้น จึงยังไม่ครอบคลุมใน องค์ประกอบของคนพิการได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดในช่วงต้นยังไม่อธิบายถึงคุณภาพชีวิตของคนพิการ ทาง การเคลื่อนไหว ในสังคมหรือบริบทไทยได้อย่างครอบคลุมโดยการศึกษาที่เกี่ยวข้องในประเทศ ไทยส่วนใหญ่เน้นให้ความหมายในด้านความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การดำรงชีวิตอย่างอิสระในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้าน การรักษาพยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ และอาชีพการงาน เห็นได้จากงานวิจัย ของ ธิติรัตน์ นงค์ทอง และพิมพ์า ขจรธรรม (2560) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในคนพิการ ทาง การเคลื่อนไหวอาศัยแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) (World Health Organization (WHO), 1997) พบว่ามีความครอบคลุมด้านปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วม ทางสังคม สิ่งแวดล้อมทางสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (วิฑูพรธณ ทินนบุตธา, 2559; สุทิน จันทา, วรณี เชาวน์สุขุม, และวงศศิริรา สุวรรณิน, 2554) เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้แสดงถึงผลกระทบ ของการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานบริบทของสังคมไทยต่อไป (วิฑูพรธณ ทินน บุตธา, 2559; สุริยันต์ ปัญหาราช, 2560; França A., Coura, França E., & Basílio, 2011) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคลเช่น เพศ อายุ การศึกษา ระดับความ พิการ ความสามารถที่หลงเหลืออยู่หลังเกิดความพิการ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น เศรษฐฐานะทาง สังคม รายได้ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัว บทบาททางสังคม การ เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ และการได้รับประโยชน์ทางการแพทย์ ปัจจัยทางด้านสุขภาพรวมทั้งการ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากภาครัฐ (Doward & McKenna, 2004)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมักเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของ แต่ละบุคคล หากบุคคลทั่วไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมหรือสิ่งแวดล้อมแต่สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพก็มักจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านร่างกาย อารมณ์ และ สังคมเช่นกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการ

เคลื่อนไหว โดยอาศัยแนวคิดของการศึกษาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) (World Health Organization (WHO), 1997) ที่มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับกลุ่มคนพิการ ในบริบทของประเทศไทยที่มารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการร่างกาย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการเพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตในบริบทสังคมไทยต่อไป

2.3. องค์ประกอบและการวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการ

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามบริบทด้านวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (WHOQOL group, 1995 as cite in Mandzuk & McMillan, 2005; França et al., 2011) ทั้งนี้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบ่งตามการรับรู้ต่อยังปัจจัยที่มีผลในชีวิตประจำวันต่อบุคคลนั้น กล่าวคือองค์ประกอบของการรับรู้ในปัจจัยข้างต้นทำให้บุคคลมีการประเมินคุณค่าต่อองค์ประกอบนั้น และสามารถรับรู้เกี่ยวกับสถานะของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของตนเอง (Wongpanarak & Wongpiriyayothar, 2015) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญของความหมายด้านคุณภาพชีวิตได้แก่การศึกษาของ พัทธน์ แก้วแพง, รัญลักษณ์ ขวัญสุข, และณัฐธิดา ไชยเอียด, (2549) สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตคนพิการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโดยสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของคนพิการเป็นการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตแสดงถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตที่มีการตอบสนองต่อความต้องการด้านการร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลนั้นมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

กล่าวโดยสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการให้ความหมายและมุมมองของนักวิชาการที่หลากหลาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 1997) มาเป็นแนวทางในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของคนพิการซึ่งแนวคิดดังกล่าว เน้นการรับรู้จากของตนเองในด้านความเป็นอยู่ การมีเป้าหมายและมาตรฐานตามบริบทและวัฒนธรรมของสังคม ที่ครอบคลุมปัจจัยด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยหรือภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และหลงเหลือความพิการอยู่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีผลมาจากความสามารถหรือหน้าที่ของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะกล่าวถึงองค์ประกอบตามความหมายของคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของคนพิการด้านร่างกาย คือ คนพิการที่มีความคิดโดยรับรู้ว่าจะสามารถดำรงชีวิตด้วยการพึ่งตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ตัวอย่างเช่น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถเดินทางออกไปทำกิจกรรมในสังคมได้ (ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558)

2. คุณภาพชีวิตของคนพิการด้านจิตใจ คือ คนพิการที่สามารถปรับตัว และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดี โดยได้รับปัจจัยเสริมด้านจิตใจจากบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล ทำให้คนพิการมีการตั้งเป้าหมายเพื่อดำเนินชีวิตต่อไป (ปกรณ์ วชิรกุล, 2541 อ้างถึงใน ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558)

3. คุณภาพชีวิตของคนพิการด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ คนพิการที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านร่างกายต่อการสนับสนุนทางสังคม และความต้องการของตนเองในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (วรรณดี ปัญญวรรณศิริ, 2551 อ้างถึงใน ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558) รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ตามแต่ละพื้นที่และตามวัฒนธรรมตั้งแต่ระบบขนส่งมวลชน ระบบการศึกษา การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่างรวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ (ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558; วิชูพรรณ ทินนบุตร, 2559)

การวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการที่นิยมในปัจจุบันแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะข้อมูลจากผลการศึกษา ได้แก่ การประเมินเชิงคุณภาพ (qualitative assessment) และการประเมินเชิงปริมาณ (quantitative assessment) โดยรายละเอียดของแต่ละประเภท มีดังนี้

การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการศึกษามุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อทำความเข้าใจสิ่งนั้น ๆ โดยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มคนพิการพบตัวอย่างการศึกษาของ วิชูพรรณ ทินนบุตร (2559; ศศินันท์ วาสิน, ฤๅเดช เกิดวิชัย, และวรางคณา จันทรงค์, 2556; Singhakhumfu, 2002) โดยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยการสัมภาษณ์ผ่านมุมมองของคนพิการโดยตรงเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากความคิด ความเข้าใจในตนเอง ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่อธิบายคุณภาพชีวิตของคนพิการตามบริบทสังคมไทย

แบบวัดที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตในบริบทของไทยจากการศึกษาของ ธิติรัตน์ นงค์ทอง และพิมพ์า ขจรธรรม (2560) โดยศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ด้วยการสัมภาษณ์และใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF-THAI (World Health Organization (WHO), 1997) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสภาพร่างกาย ข้อจำกัดของร่างกายและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง 2) ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสภาพจิตใจของตนเองต่อความคิด ความรู้สึกในการรับรู้เรื่องราวของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต 3) ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น 4) การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตโดยมีความปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ การรับรู้ที่ตนมีชีวิตรอยู่อย่างอิสระมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต และ 4) การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ที่ตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากองค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF- THAI) (World Health Organization (WHO), 1997) ที่พัฒนาขึ้นโดย สุวัฒน์ มหัตถินวันตรกุล (2540) เนื่องจากมีการศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันดังเช่น การศึกษาของ ธิติรัตน์ นงค์ทอง และพิมพ์า ขจรธรรม, (2560) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาโดยในการศึกษานี้องค์ประกอบด้านสังคมมีความคล้ายคลึงกับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามและเป็นการลดภาระในการตอบแบบสอบถามของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยจึงนำเสนอตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นและเพื่อประเมินผลกระทบจากภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างครอบคลุม

ตอนที่ 3 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, Sawyer, Messias, & DeAnne, 2000) กล่าวว่าบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลง มีการเจริญเติบโต หรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การศึกษาถูกนำมาใช้ทางการพยาบาลอย่างกว้างขวางเพื่ออธิบายการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับ

ครอบครัวเพื่อให้สามารถเข้าสู่สภาวะใหม่ที่สมดุลหลังเกิดการเจ็บป่วยได้ โดยการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ทำการศึกษาในบุคคลที่ต้องเผชิญต่ออุปสรรคต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะที่สมดุลขึ้น แม้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเกิดจากการเจ็บป่วยหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของมนุษย์ตามธรรมชาติ แต่หากบุคคลมีการเตรียมตัวสู่ระยะการเปลี่ยนผ่านที่ดี มีการเฝ้าระวังต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยผลลัพธ์ของกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่สภาวะใหม่ของบุคคลนั้นจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (บุญมี ภูตานัจว, 2556; เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุวรรณ วงศ์อิทธิพิทย์, 2559; สุภาพร ดีเจริญเกียรติ, 2552; วิวรรณจนา งามศิริอุดม, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ศิริโสภา จรรยาสิงห์, และจรียา มุตาอุเสน, 2553) ตามโมเดลกรอบแนวคิดของเมลิส (Meleis Afaf Ibrahim, 2010) สามารถอธิบายตามองค์ประกอบเชิงทฤษฎี ปัจจัยเชิงสาเหตุและผลลัพธ์ของกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านได้ดังนี้

3.1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition)

สามารถอธิบายถึงชนิดของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน คุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่านโดยผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

3.1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (types of transitions) ประกอบด้วย 4 ประเภท ได้แก่

1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการของมนุษย์ตามวัย เช่น การเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ การเปลี่ยนผ่านเป็นมารดา เป็นต้น

2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นความหลากหลายของบทบาททางการศึกษาและบทบาทในการทำงาน เช่น การเปลี่ยนระดับชั้นการศึกษา การเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นนักปฏิบัติการเป็นผู้เชี่ยวชาญ และการเกษียณอายุงาน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสถานภาพสมรสด้วย

3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลและครอบครัว เช่น การเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย เป็นต้น

4) การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อการทำงานของบุคคลในองค์กร กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง หรือโครงสร้างภายในองค์กร ที่มีผลกระทบต่อบุคคลใน

องค์กรนั้น ๆ เช่น การปรับโครงสร้างของระบบองค์กรใหม่ การปรับปรุงนโยบายหรือการใช้เทคโนโลยีใหม่ เป็นต้น

3.2 รูปแบบการเปลี่ยนผ่าน (patterns of transitions)

รูปแบบของการเปลี่ยนผ่านมีหลากหลายและซับซ้อน ประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่านเพียงอย่างเดียวหรือการเปลี่ยนผ่านหลายอย่างในเวลาเดียวกัน (single transitions or multiple transitions) อธิบายได้ว่า บุคคลจะมีประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่านอย่างน้อย 2 ชนิดในขณะเดียวกัน โดยอาจจะเกิดขึ้นชนิดหนึ่งแล้วเปลี่ยนผ่านต่อเนื่องเป็นอีกอย่างตามลำดับ หรือเกิดได้มากกว่าหนึ่งอย่างหรือเกิดขึ้นพร้อมกัน (sequential or simultaneous transitions) และยังรวมถึงการเปลี่ยนที่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกี่ยวข้องกันอีกด้วย (related or unrelated transitions) โดยพิจารณาทางด้านจิตวิทยารูปแบบของการเปลี่ยนผ่านร่วมกับชนิดของการเปลี่ยนผ่านเสมอ เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านของบุคคลเกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบและมีความซับซ้อนเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีการเผชิญรูปแบบการเปลี่ยนผ่านที่ต่างต่างกัน ตัวอย่างเช่น ในบุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นเริ่มตั้งแต่ด้านพัฒนาการจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ นับเป็นอีกหนึ่งรูปแบบการเปลี่ยนผ่าน และสามารถเปลี่ยนผ่านมากขึ้นหากเกิดภาวะการเจ็บป่วยขึ้นต่อเนื่องตามลำดับซึ่งถือว่าการเปลี่ยนผ่านตามรูปแบบของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป

3.3 คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน (Properties)

คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 5 คุณสมบัติดังนี้ คือ

1) การตระหนักรู้ (awareness) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความรู้ และการสำนึกเกี่ยวกับประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน กล่าวคือ กระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน และตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น

2) การเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน (Engagement) เป็นปัจจัยในระดับบุคคลที่แสดงถึงการตระหนักรู้ถึงอิทธิพลในกระบวนการการเปลี่ยนผ่าน เช่น ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่กำลังตั้งครมรหากไม่ตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น และไม่ระมัดระวังในการดำเนินชีวิตและการรับประทานอาหารหรือยา อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้

3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (change and difference) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างที่เป็นคุณลักษณะจำเ็นต่อการเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนผ่านทุกชนิดเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง แต่การเปลี่ยนแปลงทุกอย่างอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบชั่วคราวซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านตลอดไป เป็นต้น

4) ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (transition time span) การเปลี่ยนผ่านทุกชนิดมีการเคลื่อนไหวและไม่หยุดนิ่งตลอดเวลา ซึ่งระยะเวลากับจุดจบที่ปรากฏมีการขยายจากอาการแสดงแรกของการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า การรับรู้ถึงระยะเวลาที่ไม่มั่นคง ทุกข์ทรมานและสับสน ดำเนินต่อไปยังจุดจบของสถานการณ์นั้น บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่พร้อมต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่เพื่อเข้าสู่ระยะเวลาที่มั่นคงในชีวิต

5) จุดวิกฤตและเหตุการณ์ (critical points and events) การเปลี่ยนผ่านมีความเกี่ยวข้องกับบางสถานการณ์ที่โดดเด่น เช่น การเกิด การตาย การผ่าตัด เป็นต้น พบว่า การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายในเวลาเดียวกัน ซึ่งจุดวิกฤตและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพยาบาลจะศึกษาในผู้ป่วยเพื่อเข้าใจ ความรู้และประสบการณ์ในหนทางที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

กล่าวโดยสรุป ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบไปด้วย 1) ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน 2) รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน และ 3) คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านข้างต้น ซึ่งเป็นกระบวนการเริ่มต้นของโมเดลการเปลี่ยนผ่านในการอธิบายถึงลักษณะของการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ในช่วงชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งมีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับการรับรู้และการตีความหมายในแต่ละคน

3.4 เงื่อนไขประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) ประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคล และสังคมทั้งที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านและขัดขวางต่อการเปลี่ยนผ่าน ดังนี้

1) เงื่อนไขในระดับบุคคล (Personal) ได้แก่ การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ทั้งด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่าน เป็นทั้งประสบการณ์ที่ถูกตีตราหรือการเตรียมพร้อม การรับรู้ด้านสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจของตนเองที่จำเป็นต้องมีพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการกับการเปลี่ยนผ่านได้โดยสำเร็จ แต่หากมีอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านอาจทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านได้ไม่สำเร็จ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุหนักจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ขาดการตระหนักรู้ถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการภาครัฐ และอาศัยอยู่ในที่ห่างไกลการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ มีความยากจน ทำให้ขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ จนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2) เงื่อนไขด้านสังคม (Society) ทั้งที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านและที่ยับยั้งต่อการเปลี่ยนผ่านนั้น เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การถูกตีตราจากสังคม (stigma) ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ

3) เงื่อนไขในระดับชุมชน (Community) ที่เอื้อต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัว ญาติ พี่น้องหรือจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ต่างจากเงื่อนไขที่ยังในระดับชุมชนที่ขัดขวางต่อการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอหรือได้รับการสนับสนุนในทางลบจากบุคคลอื่นเป็นส่วนขัดขวางทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านไม่สำเร็จ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่านซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคล และเงื่อนไขด้านสังคมที่เอื้อหรือขัดขวางต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นเงื่อนไขในระดับบุคคลที่กล่าวถึงคุณลักษณะที่สำคัญของการเปลี่ยนผ่านนั้นคือ ความเข้มแข็งทางใจ ที่ส่งเสริมการปรับตัวที่ดีต่อภาวะการป่วยหรือการบาดเจ็บเรื้อรังของตนเองโดย สามารถนำตนเองกลับคืนสู่สภาพการปกติ และเงื่อนไขด้านสังคมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งสนับสนุนเพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาและมีการปรับตัวที่ดีต่อการเปลี่ยนผ่านนี้ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้เงื่อนไขระดับชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาในสถานพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เข้าถึงการบำบัดฟื้นฟูทางการแพทย์ และมีกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแล บำบัดและฟื้นฟูร่างกายตามแบบแผนการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

3.5 รูปแบบของการตอบสนอง (Patterns of response) เป็นตัวบ่งชี้กระบวนการในการเกิดการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ และตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ ดังนี้

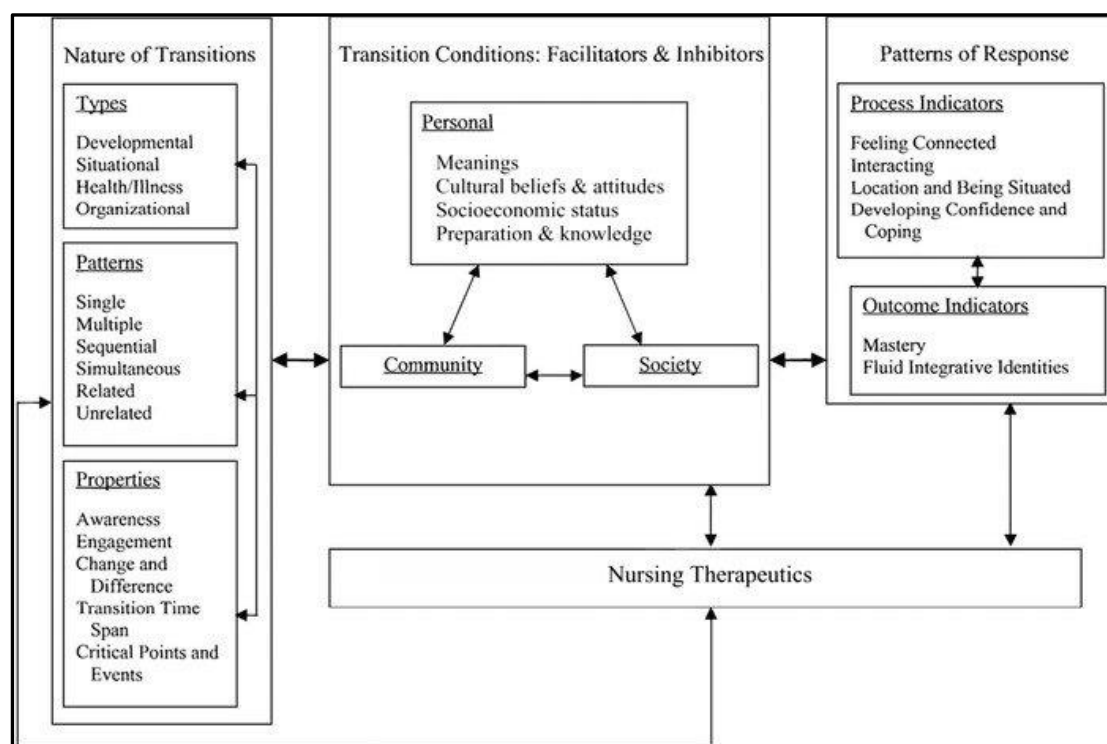
1. ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านเพื่อนำไปสู่สถานะที่ดี หรือบุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนผ่านได้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย ความรู้สึกเชื่อมโยงกันและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าน (feeling concerned) อาศัยความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพันกันจนเกิดความไว้วางใจเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กัน (interacting) ที่มีผลต่อการให้ความหมายของพฤติกรรม สถานที่ และการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ (location and being situated) ตัวอย่างเช่น การศึกษาการอพยพย้ายถิ่นฐานโดยเปรียบเทียบวิถีชีวิตในสถานที่ใหม่กับวิถีชีวิตเดิม โดยมีการพัฒนาความเชื่อมั่น ความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (developing confidence and coping) โดยที่บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนผ่านโดยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น จากความเข้าใจการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและการดำรงชีวิตอยู่บนข้อจำกัดตลอดจนสามารถค้นพบแนวทางหรือกลวิธีที่จะจัดการการเปลี่ยนผ่านไปได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า รูปแบบของการตอบสนองที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนผ่าน และเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น กล่าวคือคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการบ่งชี้ได้ว่า บุคคลที่ประสบการเปลี่ยนผ่าน การพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อให้บุคคลสามารถเข้าใจสภาวะร่างกายของตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงบนข้อจำกัดของตนเองได้บุคคลจึงจะสามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยมีการปรับตัวและการเผชิญปัญหาในครั้งนี้ไปได้โดยสำเร็จ ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของรูปแบบการตอบสนองที่สอดคล้องในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การเผชิญปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อศึกษาลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาและสามารถหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้นส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง หากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์จนสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้ไปได้ จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นการประเมินผลของกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลลัพธ์ของบุคคลที่สามารถก้าวผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้นั้นต้องประกอบด้วย ความสามารถ (mastery) ที่สามารถเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินได้ด้วยดีหรือประสบความสำเร็จ โดยที่บุคคลนั้นมีความสามารถทั้งด้านทักษะ และเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นเพื่อจัดการกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ จนสามารถหลวมรวมเป็นอัตลักษณ์เฉพาะบุคคล (fluid integrative identities) กล่าวคือเป็นการเปลี่ยนแปลงตนเองขึ้นอีกครั้ง (reformation)

อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยได้นำเสนอ แนวคิดหลักและทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านโดยสังเขป ซึ่งผู้วิจัยได้สนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีเปลี่ยนผ่านกับโมเดลเชิงจิตวิทยา พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีด้านจิตวิทยาสุขภาพยังมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่การศึกษาภายในประเทศมุ่งเน้นเพื่อให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยการศึกษาของ ศรีพรรณ กันธวัช (2014) ที่กล่าวถึงทฤษฎีสำหรับเมลิสในระดับทฤษฎีการพยาบาลซึ่งกล่าวถึงทฤษฎีในเชิงระดับมโนทัศน์ทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบเพื่อพรรณนา อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ทางการแพทย์และสามารถกำหนดแนวทางเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์แบบครอบคลุม สามารถทดสอบได้และสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้รับบริการหรือผู้ป่วยได้จริง นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชโดย อโนชา ทัศนารณชัย, พิชามณฐ์ ปุณณทก, วรณรัตน์ ลาวัณ, และสุรภา สุขสวัสดิ์ (2563) และการศึกษาของปัจจุทันายในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เขียนพลันโดยอาศัยการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เช่นกัน (สุวารี นิระโส, ศิริรัตน์ ปาอุทัย, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, 2017)



ภาพประกอบ 4 โมเดลกรอบแนวคิดของเมเลียส

ที่ ม ๗ (Meleis Afaf Ibrahim, 2010). “Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. pp: 56

กล่าวได้ว่าการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์เป็นผลลัพธ์จากการเปลี่ยนผ่านของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่กล่าวถึงการรับรู้ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อตนเองที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ตามวัฒนธรรม โดยที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีทักษะ และพฤติกรรมใหม่เพื่อจัดการกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ จนสามารถหลวมรวมเป็นอัตลักษณ์เฉพาะบุคคล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความพึงพอใจในชีวิตแต่ละบุคคล

อีกทั้งผู้วิจัยยังค้นพบการศึกษาของ ทีปัทสน์ ชินตาปัญญากุล, นลัษณ์ เอื้อกิจ, และ และสุชาติ ไชโยโรจน์ (2560) การศึกษาปัจจัยทำนายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว ภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นการศึกษาปัจจัยเชิงทำนายโดยเน้นถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการตอบสนอง (pattern of response) เป็นตัวชี้วัดกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ความรู้สึก ผาสุก อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

การศึกษาในประเด็นดังกล่าวมีความท้าทายในการศึกษาหลายประการ เช่น ประเด็นด้านปัจจัยที่กำหนดทางจิตวิทยาที่สอดคล้องกับทางสุขภาพ การสร้างกรอบแนวคิดเพื่อหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับตัวแปรที่สนใจต่าง ๆ ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรตามกรอบแนวคิดเพื่อทำนายผลลัพธ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดผลประโยชน์หลายประการ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ โดยที่บุคคลนั้นจะนำตัวเองเข้าสู่สภาวะสมดุลอย่างมีประสิทธิภาพเป็นประโยชน์แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคมที่เกี่ยวข้องนำผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุนี้ใช้เป็นแนวทาง การวางแผนที่เหมาะสมแก่บุคคลที่ประสบกับการเปลี่ยนผ่านของบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยจนเกิดความพิการได้

ตอนที่ 4 ปัจจัยเชิงสาเหตุในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ

4.1. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ

พบว่าปัจจัยด้านบุคคลคือความเข้มแข็งทางใจ ด้านสังคม คือการสนับสนุนทางสังคมการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ส่งผลทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยพบว่ามีความพิการที่หลากหลายทั้ง ความเข้มแข็งทางใจ การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น ซึ่งในแต่ละตัวแปรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันทั้งในด้านบริบทและวัฒนธรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศผู้วิจัยได้อธิบายความสัมพันธ์นี้โดยรวบรวมประเด็นที่สำคัญในแต่ละตัวแปร ดังนี้

4.1.1 ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล คือ ความเข้มแข็งทางใจ

1) ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

จากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจมีนักวิจัยได้ให้ความหมายของคำว่า ความเข้มแข็งทางใจ ไว้มากมายซึ่งสามารถ

แบ่งลักษณะของการให้ความหมายได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความหมายในเชิงกระบวนการการปรับตัวที่ดี 2) ความหมายในเชิงความสามารถของบุคคลเมื่อเกิดปัญหา รายละเอียดดังนี้

ความหมายในเชิงกระบวนการ ตามที่ American Psychological Association [APA] (2011) และการศึกษาของ Luthar, Jeanettea. Sawyer, & Brown (2006; Masten & Obradovic (2006) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งทางใจเช่นเดียวกันว่า ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงกระบวนการของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยากจากอาการบาดเจ็บหรือเหตุการณ์รุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายให้ดีขึ้น สอดคล้องกับนักวิชาการอีกหลายท่าน (Drapeau, Saint-Jacques, Lepine, & Begin, 2007; Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006; Netuveli et al., 2008; Hildon et al., 2008; Luthar et al., 2014) ที่ชี้ว่าความเข้มแข็งทางใจนั้นเป็นกระบวนการของการฟื้นคืนกลับสู่ภาวะปกติ (Bouncing-back)

ตามที่กล่าวในข้างต้นจะเห็นได้ว่าความหมายในเชิงกระบวนการดังกล่าว มักมีบริบทของสถานการณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประสบการณ์เดิมที่ยากลำบากของบุคคลทั้งที่เกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง เรื้อรัง หรือความเครียดจากสถานที่ทำงานและความเครียดทางการเงิน แต่บุคคลนั้นสามารถจัดการกับภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นอาศัยประสบการณ์เดิมและการสนับสนุนจากสังคมและมองสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาที่เคยประสบในชีวิตจริงแต่มิได้หมายความว่าคน ๆ นั้นจะไม่ลำบากหรือทุกข์ยากเลย (Netuveli et al., 2008; Hildon et al., 2008)

ความหมายในเชิงความสามารถ จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยยังพบว่ามีนักวิจัยอีกหลายท่านได้อธิบายว่า ความเข้มแข็งทางใจ ในเชิงความสามารถของบุคคล กล่าวคือ ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา (อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2559; Jacelon, 1997; Grotberg, 1995; Kaplan, Turner, Norman, & Stillson, 1996) โดยครอบคลุมถึงทักษะ ความรู้และประสบการณ์ของบุคคลในการจัดการกับปัญหา (Masten, Best, & Garmezy, 1990) หรือในการให้ความหมายของสำนักสุขภาพจิตสังคม กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2551 ที่กล่าวอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความหมายของคำว่า ความเข้มแข็งทางใจคือ ความสามารถทางด้านอารมณ์และจิตใจ ต่อการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติหลังประสบกับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความทุกข์ยากลำบากในการดำเนินชีวิต (สุธา โพธิ์ทอง, 2562; อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2559)

นอกจากนี้ในเชิงความสามารถพบว่ามีนักวิชาการยังกล่าวรวมถึงว่าความสามารถนี้เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง คุณลักษณะที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล

ในการปรับตัวที่ดีต่อภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเรื้อรังของบุคคล โดยนำตนเองกลับคืนสู่สภาพการณปกติ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ และคณะ, 2559; Wagnild & Young, 1993)

จากที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้วนั้นสามารถสรุปความหมายที่นักวิชาการนำเสนอและนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างในความเห็นที่ตรงกันเป็นส่วนใหญ่ได้ว่า “ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง คุณลักษณะเชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมให้คนพิการมีการปรับตัวที่ดีต่อภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเรื้อรังของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยสามารถนำตนเองกลับคืนสู่สภาพการณปกติ”

2) แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

ปัจจุบันวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต เช่น ปัญหาในครอบครัว ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาจากที่ทำงาน ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ปัญหาด้านการเงิน ล้วนแล้วแต่เป็นปัญหาสำหรับมนุษย์ที่ต้องประสบ ซึ่งหากบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจที่ดีจะสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ยืนหยัด ผ่านพ้นวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (American Psychological Association [APA], 20011) พัทธินันท์ นินทจันทร์, 2554)

การศึกษาความเข้มแข็งทางใจมีการศึกษาทั้งใน ด้านวิทยาศาสตร์หรือทางชีววิทยา และด้านจิตวิทยาอย่างเช่นจิตวิทยาสังคม และจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฉพาะการศึกษาเชิงจิตวิทยาเชิงบวกที่ปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้นในการศึกษา การศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจเริ่มต้นศึกษาในเชิงจิตสังคม ในช่วงปี 1970s โดยนักวิชาการทำการการศึกษาเพื่อติดตามไปข้างหน้าแบบระยะยาว (prospective longitudinal studies) (พัชรินันท์ นินทจันทร์, ศรีสุดา วณาลีน, ลัดดา แสนสีหา, และ และขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2554) พบผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันว่า การศึกษาในเด็กที่ต้องเผชิญกับปัญหาแต่พบเพียงกลุ่มน้อยเท่านั้นที่สามารถผ่านพ้นวิกฤตไปได้ และสามารถปรับตัวได้ดีจากเหตุการณ์ความทุกข์ยากหรือเลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตแม้ในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เด็กกลุ่มหนึ่งยังคงมีการปรับตัวที่ดีเหมาะสมเนื่องจาก มีความสามารถต่อการปรับตัวที่ดี (Norman, 1985) ในขณะเดียวกันทางด้านวิทยาศาสตร์และด้านชีววิทยาได้อธิบายกลไกการเกิดความเข้มแข็งทางใจผ่านทางพันธุกรรมหรือ ภูมิคุ้มกันวิทยา (Neuroendocrinology) มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกผ่านระบบประสาท การศึกษาพบว่า การทำงานของสมองเกิดการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์และทำงานเชื่อมโยงกันเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเห็นถึงโครงสร้างและกลไกของสมอง (Curtis & Cicchetti, 2003)

ข้อค้นพบจากด้านวิทยาศาสตร์หรือด้านชีววิทยานั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถึงแม้ว่าแนวคิดนี้ผู้วิจัยยังไม่พบแนวคิดทฤษฎีตั้งต้นของความเข้มแข็งทางใจและแนวคิดนี้ยังมิได้มีการกล่าวถึงแนวคิดของความเข้มแข็งทางใจอย่างกว้างขวางและข้อค้นพบที่เป็นหนึ่งเดียว ทั้งนี้ การค้นพบในข้างต้นขึ้นที่ผู้วิจัยได้นำเสนอก่อนหน้า แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจนี้ แนวคิดขึ้นอยู่กับแหล่งที่มาและเป้าหมายของการศึกษานั้น ๆ

อีกประเด็นหนึ่งในการศึกษา Seligman (2002 as cited in Suniya S. Luthar et al., 2014; Safavi & Bouzari, 2019) ทำการศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวกใช้อธิบายด้านคุณลักษณะที่อาศัยต้นทุนทางจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาตนเองในบุคคลเมื่อต้องประสบปัญหาในชีวิต ซึ่งได้กล่าวถึงความเข้มแข็งทางใจว่าเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) การคาดหวังเพื่อนำตนเองไปสู่เป้าหมาย (hope) การมองโลกในแง่ดี (optimism) และความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (resilience)

จะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจที่หลากหลายข้างต้น ความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจสามารถเป็นทั้งการส่งเสริมและเป็นคุณลักษณะของการพัฒนาตนเอง การศึกษาดังที่กล่าวมาทั้งการศึกษาโปรแกรมความเข้มแข็งทางจิตใจที่ใช้จิตวิทยาเชิงบวกร่วมด้วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรมนั้นพบว่ามีส่วนช่วยแปรทางจิตวิทยาที่แตกต่างกันออกไป ทั้งความสุขสมบูรณ์ การมองโลกในแง่ดี ทักษะการแก้ไขปัญหาและความเหมาะสมทางอารมณ์ กล่าวคือความเข้มแข็งทางจิตใจอาจเป็นตัวแปรส่งผ่านเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลนั้นในระยะยาวมากขึ้น ดังที่ Masten, 2001; Migerode, Maes, Buysse, & Brondeel, (2012; Netuveli et al., 2008; Zoe Hildon et al., 2008) ได้ศึกษาประเด็นความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่านเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาประเด็นการศึกษาที่เกี่ยวกับด้านความเข้มแข็งทางใจในปัจจุบันพบว่า มีความหลากหลายมากขึ้นและมีความแตกต่างกันทั้งในด้านของวิธีการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบ และการเสริมสร้างคุณลักษณะดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำเสนอความหมาย มิติด้านองค์ประกอบอย่างเป็นระบบเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป

3) องค์ประกอบและการวัดของความเข้มแข็งทางใจ

ด้านองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยได้นำเสนอมิติของความเข้มแข็งทางใจไว้ 3 มิติ ซึ่งแนวคิดที่นิยมใช้อย่างมากมาจากการงานวิจัยของ (Grotberg, 1995) ซึ่งงานวิจัยนี้เริ่มต้นศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในเด็ก เนื่องจากนักวิจัยมองว่าเด็กมีความสามารถตอบสนองหรือเผชิญปัญหาได้ก็ตามที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อเอาชนะปัญหานั้น เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะในตัวบุคคลให้เกิดขึ้นอยู่เสมอ การศึกษาดังกล่าวได้ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถหรือศักยภาพจากบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ช่วยให้ผ่านพ้นจากสถานการณ์ที่ยากลำบากไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการได้รับแรงเสริมให้รู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ฉันมี (I HAVE) ฉันเป็น (I AM) และ ฉันสามารถ (I CAN) บุคคลนั้นจะดึงเอาองค์ประกอบดังกล่าวมาใช้จัดการกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากนี้เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) ฉันมี (I HAVE) สะท้อนแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมที่คอยช่วยเหลือขณะเผชิญปัญหา การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพจากความรักและความใส่ใจ สนใจกัน การมีกฎเกณฑ์หรือหลักปฏิบัติให้ฉัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งการลงโทษ การให้อภัย และการได้รับคำชมเชย การมีตัวแบบหรือบุคคลตัวอย่างที่พึงปรารถนา ทั้งด้านศีลธรรม จริยธรรมเพื่อปรับตัวและสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ โดยได้รับการสนับสนุนให้มีอิสระในการกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อยามจำเป็น และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการและความปลอดภัยจากการบริการต่าง ๆ จากภาครัฐ

2) ฉันเป็น (I AM) เป็นลักษณะที่เข้มแข็งภายในบุคคล ทั้งความเชื่อมั่น การเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อตนเอง การเป็นที่รักและการได้มีความรู้สึกที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง และรับรู้ว่าคุณค่าอื่นมีความรู้สึกดีต่อตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถแสดงออกต่อผู้อื่นได้ รวมถึงการมีทักษะสังคมต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ตน ความมั่นใจความสามารถของตน ความภาคภูมิใจในตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเองพร้อมเผชิญต่อปัญหา การมีอิสระด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง โดยต้องเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และการเป็นผู้ที่มีความหวัง ศรัทธา และเชื่อมั่นในความถูกต้องดีงาม รู้จักรับผิดชอบชั่วดี ปฏิบัติตามศีลธรรมจริยธรรม

3) ฉันสามารถ (I CAN) ความสามารถในการสื่อสาร แก้ไขปัญหา รวมทั้งการประเมินสภาพและวิเคราะห์ขอบเขตของปัญหาเพื่อวางแผนนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

การควบคุมตนเองเมื่อมีความรู้สึกที่กำลังทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นสิ่งที่อันตรายเพื่อจัดการอารมณ์และสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ อย่างเหมาะสม ความสามารถในการประเมินสถานการณ์ก่อนการปฏิบัติตัวหรือพูดให้ถูกกาลเทศะ และความสามารถในการค้นหาผู้ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

กล่าวถึงคุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจอีกประการหนึ่ง งานวิจัยในประเทศไทยได้นำแนวคิดข้างต้นมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อทำความเข้าใจความสามารถของบุคคลนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้านเพื่อตอบสนองต่อความท้าทายชีวิต ด้วยความอดทนและสามารถจัดการกับสิ่งนั้น ๆ ได้ด้วยความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยปกป้องจากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ด้านลบอื่น ๆ และสามารถทำให้บุคคลลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายได้ (อัจฉรา สุชากรมณ์, 2559; Wagnild, 2010; Wagnild & Young, 1993) กล่าวว่ามีมิติด้านองค์ประกอบต่างจากที่กล่าวมาข้างต้นโดยผู้วิจัยได้รวบรวมและอธิบายคุณลักษณะสำคัญของความเข้มแข็งทางใจแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความสงบทางใจ (Equanimity) การมีความสามารถในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตเพื่อความสะดวกด้านจิตใจช่วยให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมต่อความทุกข์ที่เกิดขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ บุคคลมีความยืดหยุ่นมองชีวิตเป็นกลางมีดีบ้างและไม่ดีบ้าง เรียนรู้จากการใช้ปัญญาและประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่นเพื่อตอบสนองต่อปัญหา โดยผู้ที่มีความสงบทางใจก็มีอารมณ์ขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2) ความอดุสาหะ (Perseverance) การมีความพยายามต่อสู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นต่อตนเอง โดยบุคคลสามารถตัดสินใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปทั้งที่พบเจออุปสรรคขึ้น ท้อแท้หรือมีความผิดหวัง การดำเนินชีวิตยังคงอยู่ตามเดิม เป็นความพยายามต่อเนื่องในการสร้างหนทางการดำเนินชีวิตใหม่หรือความสามารถในการกลับเข้าสู่สภาพปกติจากการสร้างความอดุสาหะให้เป็นไปตามเป้าหมายที่เป็นจริง

3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) การมีความมั่นใจในความสามารถในการพึ่งพาตนเองและสามารถตระหนักรู้ถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง จากประสบการณ์เดิมของตนเองไปสู่ความมั่นใจในความสามารถของตนเองและพัฒนาการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

4. การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต (Meaningfulness) คือ การที่บุคคลรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งถือว่าคุณลักษณะพื้นฐานของการขับเคลื่อนตนเองไปตามเป้าหมายของชีวิต เมื่อบุคคลพบกับอุปสรรคหรือปัญหาขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นสามารถก้าวเดินต่อไปได้

5. การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน (Existential aloneness)

การตระหนักรู้ถึงเส้นทางชีวิตมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกถึงอิสระในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง โดยแต่ละบุคคลจะมีเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล เกิดจากประสบการณ์ที่สามารถแบ่งปันกันได้จากผู้อื่นโดยไม่ต้องเผชิญปัญหาอยู่เพียงลำพัง แต่บุคคลนั้นต้องยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นได้

นอกจากนี้การศึกษาที่เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจโดย Reivich & Seligman, (2005; Seligman, 2011) พบว่า ทหารในกองทัพสหรัฐอเมริกามีอาการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด โรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง ซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจประกอบด้วย การพัฒนาอย่างเหมาะสมด้านอารมณ์ (Emotional fitness) ทักษะการแก้ไขปัญหา (Coping) และการมองโลกในแง่ดี (Optimism) การศึกษาดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness) ทั้งโรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง ภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวลต้องได้รับการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจจึงจะสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

จากเอกสารที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะพบว่าความเข้มแข็งทางใจในแต่ละบุคคลเป็นความสามารถในการกลับสู่ภาวะปกติและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจจะมีความอดทนทางอารมณ์สามารถตอบสนองต่อความท้าทายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพทางร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งยังเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมให้ดีขึ้นได้ โดยประเด็นมิติด้านองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจและมิติด้านองค์ประกอบที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ได้นำเสนอไปแล้วข้างต้น การศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจพบว่า จากการศึกษาศึกษาโดยใช้มิติด้านองค์ประกอบของ (Wagnild & Young, 1993) สิ่งเหล่านี้แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวที่ดีต่อภาวะการเจ็บป่วย การบาดเจ็บเรื้อรังของบุคคลหรือคนพิการที่คลอบคลุมและเหมาะสม เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจมักนำไปสู่การปรับตัวที่ดีเพื่อทำความเข้าใจและรับรู้สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งในด้านจิตใจและด้านสังคมรอบข้างได้อย่างดี โดยองค์ประกอบที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาเพื่อให้เกิดความสอดคล้องในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย ความสงบทางใจ ความอดทน ความเชื่อมั่นในตนเอง การตระหนักรู้คุณค่าและความหมายของชีวิต และการดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน

แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ (resilience scale) ใช้เป็นเครื่องมือวัดความเข้มแข็งทางใจ เพื่อบอกปริมาณของมุมมองด้านแนวคิดที่หลากหลายมิติ โดยแนวคิดนี้ถูก

ออกแบบโดย (Wagnild , 2009) โดยทำการออกแบบเครื่องมือจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ง่ายในประชากรที่หลากหลาย โดยคุณลักษณะของความเข้มแข็งทางใจสามารถวัดได้อย่างเหมาะสมในทุกวัย จากการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาข้างต้น พบว่าการใช้แบบวัดความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 16 - 103 ปี ทำการวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อระบุความเข้มแข็งทางใจมี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเองและชีวิตที่เป็นอยู่ และ 2) ความสามารถส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอในความหมายแต่ละแบบ ดังนี้

การศึกษาในประเทศด้านความเข้มแข็งทางใจจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ที่ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยในประเทศหลายฉบับทั้งงานวิจัยได้แก่ การศึกษาของ สิริพร เสือรอด (2558; เสาวนิจ น้อยมงคล, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และ วินัส ลิฬหกุล, 2560) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาศัยอิทธิพลเชิงสาเหตุทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยในระดับบุคคล ประกอบด้วย อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ รายได้รวมทั้งการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแล เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลให้เหมาะสม อีกทั้งในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ สภาพแวดล้อมของสถานศึกษา และคุณภาพชีวิตในกลุ่มนักเรียนแพทย์ในประเทศบราซิลโดย Tempski, Santos, Mayer, & Enns (2015) พบว่า ภายใต้อาการที่ตึงเครียดในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของนักเรียนแพทย์นั้น ตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของบุคคลเหล่านั้น มีระดับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น รวมถึงระดับการรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษาเป็นส่วนช่วยทำให้ความเครียดลดลงอีกด้วย

อีกทั้งยังพบการศึกษาที่มีนักวิจัยนำแบบวัดความเข้มแข็งทางใจมาใช้โดยการศึกษาก่อน ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ (Choowattanapakorn, Aléx, Norberg, & Nygren, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของ Wagnild & Young (1993) จำนวน 25 ข้อและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาจากเชี่ยวชาญด้านภาษาและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นจึงนำไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยจำนวน 20 คนโดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83 เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554) ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ .84

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดความเข้มแข็งทางใจของ Wagnild & Young (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทย (Tassana Choowattanapakorn et al., 2010) โดยแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความสงบทางใจ (Equanimity) 2) ความอดทน (Perseverance) 3) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) 4) การตระหนักถึงคุณค่า และ 5) ความหมายของชีวิต (Meaningfulness) พิจารณาจากเครื่องมือที่มีการนำไปใช้ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง

4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ กล่าวถึง ความเข้มแข็งทางใจของ ญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการศึกษาของ ดลฤดี ทับทิม และคณะ (2564) (ดลฤดี ทับทิม, อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, และ อรินทร์ ชูชม) ศึกษาบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยเน้นความเข้มแข็งทางใจเพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการประสานงานการดูแลกลุ่มเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจาก หากผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือหวาดกลัว ความสามารถหนึ่งในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นและฟื้นคืนกลับมาดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่องได้ งานวิจัยในต่างประเทศเป็นการศึกษาความเข้มแข็งทางใจเชิง จิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman (2002 as cited in Luthar et al., 2014; Safavi & Bouzari, 2019) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องโดยอธิบายด้านคุณลักษณะที่อาศัยต้นทุนทางจิตวิทยา เพื่อการพัฒนาตนเองในบุคคลเมื่อต้องประสบปัญหาในชีวิตเพื่อให้บุคคลได้ก้าวผ่านอุปสรรคที่ประสบได้อย่างเหมาะสม ในด้านการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจจากการศึกษาของ Reivich & Seligman, (2005) กล่าวถึงการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจที่ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ (well-being) และการมองโลกในแง่ดี (optimism) กลุ่มตัวอย่างคือ ทหารชั้นประทวนหรือนายทหารยศสิบเอกของสหรัฐอเมริกาเพื่อรับมือกับปัญหาหรือต้องเผชิญปัญหากับนายทหารชั้นสูงกว่า การศึกษานี้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวลอันเป็นผลมาจากโรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD)

การศึกษาของ Silverman, Molton, Alschuler, & Ehde, (2015; Li, Yang, Liu, & Wang, 2016; Schmidt, Fischer, Chren, & Strauss, 2001; Victorson, Tulskey, Kisala, & Kalpakjian, 2015) ที่ศึกษาการเพิ่มขึ้นของระดับความเครียดของบุคคลส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง หากบุคคลมีความเข้มแข็งทางใจซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาและสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ จะเห็นได้ว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นส่วนช่วยในการปรับตัวของบุคคล และทำให้ความเครียดมีระดับที่ลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Hassanein, Adawi, & Johnson, (2021) ได้ศึกษาความเข้มแข็งทางใจ โดยแสดงถึงการรับรู้ต่อการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การรับรู้ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และการรับรู้ความสามารถของตนเอง คล้ายคลึงกับงานวิจัย (Silverman et al., 2015) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ความพิการ ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และยังส่งผลในทิศทางลบต่อการซึมเศร้า ผลการวิจัยกล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าและยังเป็นตัวสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการสามารถใช้ชีวิตได้ด้วยความสามารถที่มีและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างต่อเนื่องเป็นปกติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจนำไปสู่คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทของคนพิการในประเทศไทย (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วาริ กังใจ, และสิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์, 2559) ข้อค้นพบจากการวิจัยที่ทำนายความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับผลกระทบที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความเข้มแข็งมากขึ้นและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนี้มีงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน

การศึกษาที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจเพื่อต่อยอดผลลัพธ์นั้นไปสู่การเผชิญปัญหา พบว่าการศึกษาที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของ พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตหรือปัญหาด้านสุขภาพจิตมีการปรับตัวที่ดีเหมาะสมเนื่องจากมีความสามารถทางด้านความเข้มแข็งทางใจที่ดี จะให้เห็นว่าแม้ในปัจจุบันจะมีการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจแม้ในบุคคลนั้นจะประสบกับปัญหาใดก็ตามจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและกลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว และการศึกษาของ Donnellan, Bennett, & Soulsby (2016) ศึกษาในระดับของบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนนั้นไม่ว่าการสนับสนุนนั้นมาจากเพื่อนหรือครอบครัวก็ตาม นอกจากนี้ผลของโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การศึกษาของ สุธา โพธิ์ทอง, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, วรณิ เตียววิศเรศ, และเวทิส ประทุมศรี, (2562; อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2559) ที่ให้เห็นว่าความเข้มแข็งทางใจต้องอาศัยระยะเวลาในการส่งเสริมด้วยโปรแกรมหรือการจัดรูปแบบที่เป็นกระบวนการแบบพลวัตรมีการพัฒนาในแต่ละบุคคลโดยองค์ประกอบข้างต้นมีความสำคัญเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

นอกจากนี้ความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตดั่งนั้นผลลัพธ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากความเข้มแข็งทางใจ คือบุคคลสามารถเผชิญหน้าต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเรียนรู้แก้ไขและมีการปรับตัวในทางบวกกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้น ความเข้มแข็งทางใจของคนพิการไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใดก็ตาม ต้องเผชิญปัญหาทางด้านสุขภาพและด้านจิตใจ ต่อการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย มีเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลรอบข้างจะสามารถทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการรับมือปัญหาและสามารถกลับสู่สภาพเดิมหลังเกิดสภาวะความเครียดได้เป็นอย่างดี เกี่ยวข้องกับการศึกษาของ วีรภัทรา ประภาพักตร์, (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต จากการศึกษางานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาโดยประยุกต์กับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

4.2. ปัจจัยเงื่อนไขด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของคนพิการที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งการได้รับกำลังใจ การส่งเสริมดูแล คำแนะนำและการให้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้มีความสุขและพึงพอใจต่อชีวิตมากขึ้น ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับคนพิการ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนและญาติพี่น้อง โดยความต้องการและภาวะสุขภาพของคนพิการ ต้องได้รับการช่วยเหลือต่อความต้องการอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (กัญญาวีร์ พรหมพันธุ์, 2556; อำนวยพร อาษานอก, 2549; Migerode et al., 2012; Migerode et al., 2012) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคม เปรียบเหมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (สุภัทรา ผิวนาว, ชนกพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2560; ฮานี เวาะและ, 2559)

1) ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมโดย Caplan (1976 as cited in Yates, 2004) หมายถึง รูปแบบของการคงไว้ซึ่งความสามารถทางกายและจิตใจของบุคคลช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น และสามารถลดความรุนแรงของเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤตนั้นลดลงได้ ซึ่งการให้ความหมายใกล้เคียงกับการศึกษาโดย Weiss (1974 as cited in Brandt P. A. &

Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากการคอยดูแลและให้ความรัก ความนับถือ และมีความผูกพันกัน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม 4) ด้านการเงิน สิ่งของและการเข้ารับบริการ และ 5) ด้านข้อมูลข่าวสาร เมื่อเกิดภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะความเครียดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม การสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นตัวช่วยในการปกป้องทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านรูปธรรม (Norbeck & Tilden, 1988) และการให้ความหมายของ Schaefer et al. (1981) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมคือ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองได้รับข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการดูแลสุขภาพจากคนรอบข้าง ด้านอารมณ์ หมายถึง ความสนใจ เอาใจใส่ดูแล และกำลังใจจากคนรอบข้างและด้านรูปธรรม คือ การช่วยเหลือโดยตรงในการกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือด้านวัตถุ เงิน และสิ่งของ โดยการสนับสนุนด้านจิตใจประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความเชื่อใจ คำแนะนำ ข้อมูลและการส่งเสริม ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่คอยดูแลและให้ความรัก การนับถือ และแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสิ่งปกป้องจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ความเครียด ความกังวล เป็นต้น นอกจากนี้การแบ่งประเภทที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ แนวคิดของ House (1981 as cited in Yates, 2004) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการประเมิน เน้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดหรือสังคม

กล่าวคือความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ความหมายของ Schaefer C. et al. (1981) ที่ให้ความหมายของคำว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรมจากคนรอบข้างได้แก่ ครอบครัวหรือผู้ดูแล

2) แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องด้วยคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมทั้งบทบาทหน้าที่ที่

เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลต่อบทบาทในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวทางการสนับสนุนทางสังคมหรือด้านสิ่งแวดล้อมรอบข้างคนพิการ ดังนี้

แนวทางการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวคนพิการ มีความสัมพันธ์ทางบวก รวมทั้งพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอีกด้วย (อุ้นเรือน ศรอากาศ, 2558) บุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วยมีความจำเป็นในการได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; Drageset, Eide, Nygaard, & Bondevik, 2009) รายละเอียดของ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ที่มีนักวิชาการต่างให้ความหมายหลากหลาย ดังนี้

การให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ในการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นประโยชน์ทั้งจากครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนสนิท ทำให้คนพิการสามารถระบายความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ลดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ ส่งผลให้บุคคลนั้นมองเห็นคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงสถานะที่เป็นจริงและการเปลี่ยนผ่านของสถานะทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พร้อมจะก้าวผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวคนพิการ มีความสัมพันธ์ทางบวก รวมทั้งพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

3) องค์ประกอบและการวัดของการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 as cited in House & Kahn, 1985) ซึ่งมองว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนช่วยในการลดอัตราการตายจากความเครียดได้ โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านอุปกรณ์ ด้านการประเมิน และด้านข้อมูลข่าวสาร ในส่วนของแนวทางการสนับสนุนทางสังคมจาก อำนวยพร อาษานอก, (2549; Weiss, 1974 as cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยอาศัยองค์ประกอบดังนี้

1. ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) กล่าวถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากความใกล้ชิดสนิทสนมจากญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือคนรัก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว
2. การรับรู้ด้านคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกภายในบุคคลที่มีต่อตนเองจากการได้รับการยอมรับจากสังคม ได้รับการยกย่องและการเห็นคุณค่า

3. การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Assistance/Guidance) ลักษณะของการได้รับการช่วยเหลือแบ่งปันจากผู้อื่นในเชิงรูปธรรม เช่น สิ่งของ เงิน และรูปแบบนามธรรมได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนทางความคิด คำแนะนำ และข้อมูลข่าวสาร

4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นความสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่น หรือการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นโดยเกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในสังคมกล่าวคือ บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

5. การได้รับโอกาสด้านการอบรมเลี้ยงดูให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ (Opportunity of nurturance) บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของผู้อื่น รับรู้ที่ตนเองได้รับโอกาสจากผู้อื่น ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่ในด้านนี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้จุดหมายในชีวิต

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกล่าวถึง การรับรู้ของคนพิการอีกแนวหนึ่งจากแนวคิดของ Cobb (Sidney, (1976 อ้างถึงใน รุ่งชฎาพร ใจยา, 2558) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม 3 ประเภท ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความสนใจจากสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น 2) การสนับสนุนเกี่ยวกับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง (Esteem support) เพื่อบอกให้ทราบถึงว่าบุคคลนั้นได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และมีการมองเห็นคุณค่าในตนเองอีกด้วย และ 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลเพื่อบอกให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์สมาชิกในครอบครัวหรือสังคม

การวัดของการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มคนพิการสามารถทำได้อย่างครอบคลุมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมรอบตัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทั้งเพื่อน ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน อาศัยการพิจารณาด้านความสามารถของบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อคนพิการต้องการ โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมพัฒนามาจากแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ในจำนวน 112 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 นอกจากนี้การนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรีทำการศึกษาโดย กรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์, (2547) คำนวณค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .90 ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุดจำนวน 100 คน โดย(สุจรรยา โลหาชีวะ, 2548) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .92

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) แปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2534) นำมาดัดแปลงและพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการศึกษาของ สุจรรยา โลหาชีวะ (2548) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว พิจารณารายละเอียดประกอบ การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรม

4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เกิดผลลัพธ์ด้านจิตใจก่อเกิดความเครียดโดย ญาติหรือผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวล เครียด และกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Keire et al., 2009 อ้างถึงใน ณชนก เอียดสุข 2556) การศึกษาในแต่ละกลุ่มบุคคลที่มีความพิการจากภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง (Wilson, Catalano, Sung, & Phillips, 2013) การศึกษานี้สามารถทำนายความสุขที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างดีขึ้น ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังโดย McColl & Skinner (1995) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อคนพิการชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอีกด้วย ส่วนการศึกษาของ ธารินทร์ คุณยศยิ่ง (2015) การศึกษาชี้ให้เห็นว่าคนพิการจากกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งถือได้ว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลสามารถทำนายระดับการพึ่งพาและการเป็นภาระทั้งภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากการศึกษาของ ขนิษฐา อรัญตร และคณะ (2559) พบว่าปัญหาสุขภาพหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยระดับความพิการที่หลงเหลืออยู่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นมีเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้ผลการศึกษา การศึกษาของ นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา (2558) ศึกษาในคนพิการในเขตเมือง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของคนพิการ จากข้อสรุปดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานที่ 1 ว่า *ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว*

นอกจากนี้งานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพ มีภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายประกอบกับความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาศัยการเลือกและการตัดสินใจใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดตามศักยภาพของการได้รับประโยชน์จากการสนับสนุนและข้อจำกัดของญาติหรือผู้ดูแลในแต่ละบุคคล (ณชนก เอียดสุข และคณะ, 2556) ส่วนงานวิจัยของ กนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ (2564) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งทางใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอนาคต โดยแสดงถึงการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่นเดียวกับผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าคนพิการที่รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยมีตัวแปรความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ภัทรพร ธนาคุณ (2564) กล่าวถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อบุคคลภายในจิตใจ จิตวิญญาณและความเป็นอยู่ของกลุ่มผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งทางใจส่งผลทางบวกต่อบุคคลทั่วไปและกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกบุคคล ทำให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้เป็นอย่างดี และสามารถประเมินต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เมื่อบุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการสนับสนุนที่ดีจากญาติหรือผู้ดูแล ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเกี่ยวข้องกับทั้งด้านสุขภาพและด้านจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาได้เป็นไปตามที่ผู้วิจัยได้จากข้อสรุปดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานที่ 2 ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเข้มแข็งทางใจและตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีงานวิจัยจำนวนมากที่ให้ความสำคัญเพื่ออธิบายปรากฏการณ์นี้ สอดคล้องของปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนทางสังคม ดังเช่นการศึกษาด้านการสนับสนุนทางสังคมของ ศิริพร บุรณกุลกิจการ (2561) แสดงความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน กล่าวคือ หากการสนับสนุนทางสังคมมีมากขึ้นจะส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจมากขึ้นด้วย ผลของการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทั้งจากครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่น และสิ่งที่ได้รับนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับคุณค่าและการยอมรับ การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยใช้แหล่งทรัพยากรนั้นที่เอื้อต่อการเผชิญปัญหา

หรือการปรับตัวเชิงบวก ใ้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Schaefer et al., 1981) ส่งเสริมให้คนพิการมีการพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด ในการใช้ชีวิตอย่างอิสระหรือพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนทางสังคมพบว่างานวิจัยของ สมฤทัย เจริญไธสง, (2562; Choowattanapakorn et al., 2010) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ จึงสอดคล้องตามแนวคิดของ Wagnild & Young (1993) ที่กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเข้มแข็งทางใจ เป็นการส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ยังพบว่าแนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วาริ กังใจ, และ และสิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์ (2559) ทำการวิเคราะห์ ถอดอรรถประโยชน์แบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือ ในส่วนของรูปธรรม จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความเข้มแข็งมากขึ้นและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Resnick, Gwyther, & Roberto, 2011) สอดคล้องกับงานวิจัยของ(Meng-Yao Li และคนอื่น ๆ, 2016) พบว่าผลการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตนั้นเช่นเดียวกับ จากงานวิจัยของ Zhang, Zhao, Cao & Ren (2017) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย การศึกษาพบว่าอิทธิพลทางอ้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตนั้น พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่านมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้คนพิการได้รับการช่วยเหลือทางสังคมจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มีการรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งสนับสนุนที่คอยช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมถึงมีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรด้านความเข้มแข็งทางใจโดยการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ในด้านการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือกล่าวได้ว่าการได้รับประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนแก่คนพิการ ทำให้คนพิการเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริงมองเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจนมากขึ้นใน

หลายด้านจากแหล่งสนับสนุน และสามารถประเมิณต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจริงทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นการส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกได้ ตามเอกสารที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานที่ 3 กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน และสมมติฐานที่ 4 กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

4.3. ปัจจัยรูปแบบของการตอบสนอง คือ การเผชิญปัญหา (Coping)

1) ความหมายของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา มีนักวิชาการได้ให้ความหมายว่าเป็นวิธีการหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เผชิญ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอความหมายที่เกี่ยวข้องกับวิธีการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความเครียด โดยการศึกษาของ รุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) กล่าวถึงแนวคิดของ Jalowiec, (1988) อธิบายความหมายของการเผชิญปัญหาว่าเป็นอีกวิธีการในการแสดงออกเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่นเดียวการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของจาโลวีกที่อาศัยกรอบแนวคิดดั้งเดิมจาก Lazarus & Folkman, (1984) พบว่า เป็นลักษณะของพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาและสามารถหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหานั้น โดยที่เหตุการณ์นั้นไม่เปลี่ยนแปลง

ส่วนความหมายด้านกระบวนการของการเผชิญปัญหาโดย หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์, (2543 อ้างถึงใน รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552; Cartwright, Endean, & Porter, 2009) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนภายในบุคคล เพื่อการเผชิญความเครียดในทุกสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ แต่บุคคลจะสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ขึ้นอยู่กับปัญหาตามแต่สถานการณ์ที่ประสบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

การเผชิญปัญหาเป็นการตอบสนองโดยการใช้วิธีการเผชิญปัญหาต่อสถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชีวิต (Lazarus & Folkman, 1984; Dunur & Nordstrom, 2005 อ้างถึงใน สิริกัญญา ศิริสม, 2556 และจิณันท์ ศรีจักรโคตร, 2556) การเผชิญปัญหาเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (กัญญาวิรุฬห์ พรหมพันธุ์, มุทิตา คำทับน์, และเมริษา ยอดมณฑป, 2556; (Greenglass et al., 2006) อีกประการหนึ่งซึ่งตามความหมายของการเผชิญปัญหาโดย Lazarus & Folkman (1984) กล่าวถึง การที่บุคคลมีความพยายามต่อ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

ดังนั้นผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้โดยอาศัยแนวคิดของ Jalowiec (1988) ได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาและสามารถหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น

2) แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเป็นกระบวนการเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาละดอดทนต่อสภาวะทางอารมณ์โดยมีองค์ประกอบ 2 ด้านตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการอารมณ์ (Emotion-focused coping) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์โดยการกำหนดขอบเขตของปัญหา การแก้ไขปัญหาละรวมทั้งการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาละได้อย่างเหมาะสมและมุ่งแก้ไขปัญหาละที่ตนเองหรือการปรับสภาพแวดล้อมซึ่งเรียนรู้การปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์จริง

2. การจัดการด้านอารมณ์ เป็นกระบวนการเผชิญปัญหาละด้วยการใช้ความคิดเพื่อลดอารมณ์ถึงเครียดเมื่อบุคคลมีการประเมินสภาวะความเครียดนั้นหลากหลายวิธี ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การถอยห่าง (Distancing) การคิดว่าเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (Selective attention) การเลือกเปรียบเทียบมองแต่สิ่งที่ดี (Positive comparisons) การมองถึงคุณค่าของสิ่งนั้น (Wresting positive value from negative event) โดยการใช้วิธีอื่นเพื่อละความสนใจต่อเหตุการณ์นั้น เช่น การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การออกไปเดินเล่น การหาสิ่งสนับสนุนอื่นทางด้านอารมณ์และการระบายความโกรธ

ต่อมาการศึกษาตามแนวคิดของ Jalowiec (1988 อ้างถึงใน วีรภัทรา ประภาพัคคร์, 2554) แบ่งประเภทของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาละ 3 รูปแบบคือ 1) การเผชิญปัญหาละ (Confrontive coping) เป็นวิธีการมุ่งควบคุมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยเปลี่ยนผลลัพธ์ไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาละเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น 2) การจัดการทางอารมณ์ (Emotion coping) เป็นวิธีการมุ่งแก้ไขหรือจัดการกับความรู้สึกที่เป็นทุกข์ความไม่สบายใจ หรือการระบายความรู้สึกและอารมณ์เชิงลบ และ 3) การจัดการปัญหาละทางอ้อม (Palliative coping) เป็นวิธีการควบคุมเหตุการณ์ หรือการแก้ปัญหาละทางอ้อมเพื่อลด

ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่มีเกิดการเปลี่ยนแปลงไป แนวคิดนี้อาศัยแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเผชิญต่อปัญหาที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา 3 ด้าน ดังนี้

1. การเผชิญปัญหา (Confrontive coping) หมายถึง พฤติกรรมที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เน้นการหาแนวทางในการควบคุมปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่โดยเข้าใจสภาพของปัญหาอย่างเป็นจริง แก้ไขความคิดของตนเองอย่างเป็นขั้นเป็นตอน การขอความช่วยเหลือผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือพฤติกรรมตนเอง เป็นต้น

2. การจัดการทางอารมณ์ (Emotion coping) หมายถึง พฤติกรรมการเผชิญปัญหามุ่งแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ช่วยควบคุมและปรับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ เพื่อรักษาความสมดุลของจิตใจโดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การระบายอารมณ์โกรธ การตำหนิ กล่าวโทษผู้อื่น การระบายความเครียดให้แก่ผู้อื่น เป็นต้น

3. การจัดการปัญหาทางอ้อม (Palliative coping) หมายถึง พฤติกรรมการแก้ไขปัญหาโดยการควบคุมเหตุการณ์หรือการหาวิธีเพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของปัญหานั้น โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การนอนหลับ การสวดมนต์ภาวนา การปลอบใจตนเอง การคิดว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นเคราะห์กรรม การปล่อยให้ผู้อื่นเข้ามาแก้ไขความเจ็บป่วยนี้ เช่น หมอผี หมอดู หรือการรักษาทางการแพทย์ รวมถึงการยอมรับสถานการณ์ คาดหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้นตามโชคชะตา เป็นต้น

3) องค์ประกอบและการวัดของการเผชิญปัญหา

การวัดและประเมินองค์ประกอบของการเผชิญปัญหาโดยอาศัยจากการวัดตามกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่ศึกษา โดยพบว่างานวิจัยของ (สิริกัญญา ศิริสม และคนอื่น ๆ, 2556) ทำการศึกษาการเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยประเมินการเผชิญปัญหาจากแบบประเมินของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญปัญหาและด้านการจัดการอารมณ์เพื่อประเมินภาพรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวัยสูงอายุพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนงานวิจัยของ รุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ทำการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญปัญหา พบว่ามี 3 องค์ประกอบ มุ่งเน้นการแสดงออกเพื่อเผชิญปัญหาเป็นวิธีการของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการอารมณ์ และการจัดการปัญหาทางอ้อม จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ที่มีภาวะ

สุขภาพทางด้านร่างกายสิ่งสำคัญของการปรับตัวเพื่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดจากการรับรู้ต่อสถานการณ์ความเครียดและความคาดหวังจากญาติหรือผู้ดูแล (Wiedebusch, Pollmann, Siegmund, & Muthny, 2008) รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพนั้นด้วยสภาวะที่เป็นจริง และเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา อีกทั้งสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึ่งต้องอาศัยประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อรักษาสภาพจิตใจและบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุขได้เป็นอย่างดี

นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาแนวทางการเผชิญปัญหาและนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวาง ซึ่งแนวทางการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเช่นกัน ในขณะที่การศึกษานี้เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1977 ข้อคำถามครอบคลุมรูปแบบการเผชิญปัญหาทั้งหมด 60 ข้อ แบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 8 รูปแบบ ได้แก่ 1) การเผชิญปัญหาโดยตรง 2) การหลีกเลี่ยง 3) การมองโลกในแง่ดี 4) การแก้ไขควบคุมอารมณ์และความรู้สึก 5) ยอมจำนน 6) การลดหรือบรรเทาภาวะเครียด 7) การได้รับการสนับสนุน และ 8) การพึ่งตนเอง จากนั้นในปี ค.ศ. 1979 มีการพัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาโดยการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง การศึกษานี้พบว่า มีข้อคำถาม 4 ข้อที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้จากทั้งหมด 40 ข้อ จึงทำให้เหลือข้อคำถามเพียง 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) (Jalowiec, 1988)

การประเมินการเผชิญปัญหานี้จัดว่าเป็นการประเมินการเผชิญปัญหาที่ถูกนำไปใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวางในประเทศและต่างประเทศ มีการแปลภาษามากกว่า 20 ภาษา สำหรับในประเทศไทยการนำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ที่มีข้อคำถาม 36 ข้อโดย สุภาพ อารีเชื้อ (2540) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .73 ดังเช่น ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 คน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86 นอกจากนี้การศึกษาของ วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554) ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) เป็นแบบวัดการเผชิญปัญหาของบุคคลเพื่อนำไปใช้ในกลุ่มคนพิการที่มีพฤติกรรมในการควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อหา

แนวทางในการเผชิญปัญหาได้ อาจจะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อปัญหานั้น โดยที่เหตุการณ์นั้นไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน มีความเหมาะสมและสามารถวัดการเผชิญปัญหาได้อย่างครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาทางอ้อม ซึ่งความหมายขององค์ประกอบในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวมี การใช้วิธีการแก้ไขปัญหารับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเพื่อควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

2) การจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวเน้น วิธีการแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจหรือ เป็นทุกข์โดยการแสดงออกทางอารมณ์หรือระบายความรู้สึกออกมา

3) การจัดการปัญหาทางอ้อม หมายถึง การที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้ วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยจัดการความไม่สบายใจลดลงชั่วคราว รวมถึงการแยกตัวหรือการหลีกเลี่ยง ต่อเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา

4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

บุคคลที่ต้องเผชิญในสถานการณ์กับการเปลี่ยนแปลงใหม่ที่เกิดขึ้นในระดับ บุคคลต่อการตอบสนองต่อกระบวนการที่เกิดขึ้น ดังนั้นการเผชิญปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่บุคคล ต้องอาศัยจัดการเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งคนพิการที่เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว ในเชิงกระบวนการทางความคิดและการใช้อารมณ์ต่อการเผชิญปัญหา สามารถใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้แนวทางในการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม โดย มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อาวีเอื้อ (2540) ทำการศึกษาแหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา พบว่า การเผชิญปัญหามี 2 ลักษณะ ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ อีกทั้งการศึกษาของ วิทยา วิสูตรเรืองเดช (2557) ศึกษาการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับผลกระทบ จากอุบัติเหตุ โดยทำการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและแนวทางที่สำคัญเพื่อการส่งเสริม การปรับตัวของคนพิการ ผลพบว่าการสนับสนุนทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเห็นคุณค่าในตนเองและการพึ่งพาตนเองเป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนพิการมีการปรับตัวที่ดี

เนื่องด้วยผลกระทบจากความพิการทำให้เกิดปัญหาทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลทำให้บุคคลนั้นรับรู้และเข้าใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร เกิดจากอะไรและจะ

สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างไร เมื่อมีการประเมินสถานการณ์และการใช้แหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์จะสามารถช่วยให้บุคคลนั้นก้าวผ่านอุปสรรคไปได้อย่างเหมาะสม (สิริกัญญา ศิริสม และคณะ, 2556) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2544) กล่าวว่าปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพ โดยบุคคลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดส่งผลให้บุคคลต้องแสดงพฤติกรรมในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งอาศัยการประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคลและด้านสถานการณ์ ตลอดจนถึงวิธีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดตามศักยภาพของแหล่งประโยชน์ของบุคคลนั้น

งานวิจัยของ รุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพก่อให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายมีระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่มีความเครียดเกิดขึ้นจริง ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยสัมพันธ์กับความเครียดของญาติและผู้ดูแลและความผาสุกภายในครอบครัว (Keir, Farland, Lipp, & Friedman, 2009 อ้างถึงใน ณชนก เอียดสุข และคณะ, 2556) ซึ่งการศึกษาความเครียดและการเผชิญปัญหาในคนพิการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ อาศัยการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อตัวบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มคนพิการจากต่างประเทศ โดย McColl & Skinner (1995; Wilson et al., 2013) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคนพิการต้องอาศัยการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ที่สำคัญต่อตัวคนพิการเพื่อประเมินและเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหานั้นตามศักยภาพในแต่ละบุคคล

การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมทำให้มีการปรับตัวที่ดีในสังคม ร่วมกับการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจโดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลสามารถเข้าใจบทบาททางสังคมของตนเอง มีทักษะต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจต่อการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ในชีวิตของผู้ป่วย กล่าวได้ว่าหากมีการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นมีการปรับตัวที่ดีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปทางที่ดีขึ้น (พรพชร กิตติเพ็ญกุล, 2550; Cartwright et al., 2009)

ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

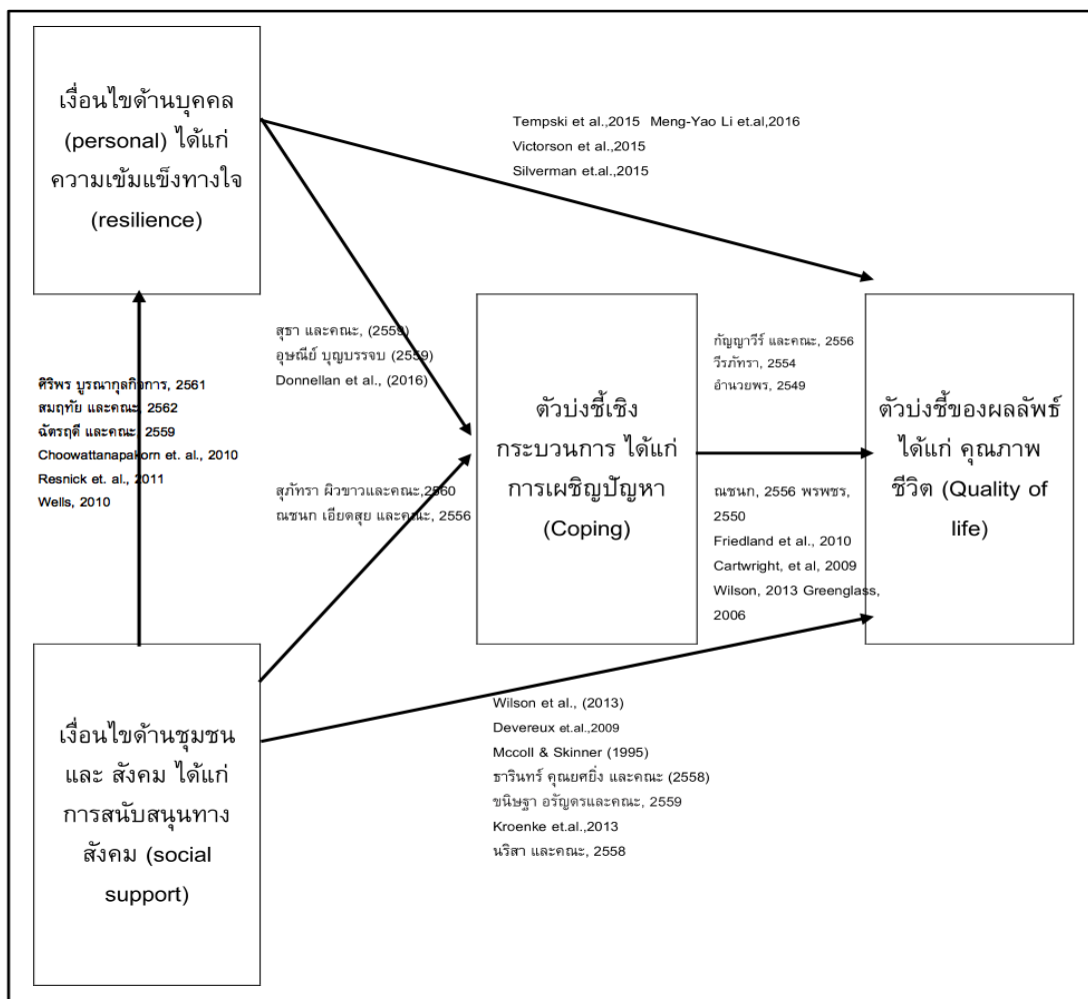
จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจยังขาดการศึกษาด้านปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากในกลุ่มคนพิการนี้ต้องการความพึงพอใจ การตระหนักรู้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของตนเอง ซึ่งความสามารถในการปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น บุคคลพึงมีคุณลักษณะที่สามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติได้หลังเกิดปัญหาขึ้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจึงจะสามารถเผชิญปัญหาเพื่อหาหนทางหรือสามารถรับมือกับปัญหาได้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่คาดหวังไว้ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านโดย Meleis et al., (2000) มาเป็นโมเดลในการศึกษา และผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยเชิงกระบวนการเพื่ออธิบายสาเหตุของตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ที่เกิดจากผลของกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองขึ้นมาใหม่ทั้งด้านการตระหนักรู้ความสามารถ และพฤติกรรมหลอมรวมในเฉพาะบุคคล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจตัวแปรด้านจิตวิทยา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของคนพิการ ทำให้บุคคลนั้นมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาได้เป็นอย่างดีซึ่งสามารถทำนายผลลัพธ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตต่อบุคคลนั้นได้มากขึ้น (สุภัทรา ผิวขาว, ชนกพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2560) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น โดย การสนับสนุนทางสังคมส่งผลทางบวกต่อบุคคลเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชนิษฐา อรัญดร และคณะ, 2559; นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา, 2558; McColl & Skinner, 1995; Wilson et.al., 2013) การสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือในส่วนของรูปธรรม จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (กัญญาวิรุฬห์ พรหมพันธุ์ และคณะ, 2556; อำนวยพร อาษานอก, 2549) การช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทั้งจากครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่น และสิ่งที่ได้รับนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับคุณค่าและการยอมรับ การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยใช้แหล่งทรัพยากรนั้นที่เอื้อต่อการเผชิญปัญหาหรือการปรับตัวเชิงบวก ให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ฉัตรฤดี ภาระญาติ และคณะ, 2559) การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน หมายความว่า การเผชิญปัญหากับสถานการณ์ที่ยากลำบากในคน

พิการทางการเคลื่อนไหวนั้นต้องอาศัยความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนทางสังคมจึงจะทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (ภัทรพร ธนาคุณ, 2564) ซึ่งอย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเข้มแข็งทางใจและตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กันช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อปัญหาและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (สมฤทัย เจิมโสง, 2562; ศิริพร นูรณกุลกิจการ, 2561; Choowattanapakorn, 2010; Resnick, 2011) ความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อปัจจัยภายในจิตใจ จิตวิญญาณและความเป็นอยู่และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย (Tempski et.al., 2015; Victorson et.al., 2015; Silverman et.al., 2015) กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตโดยมีความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ดังนั้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบ 5





ภาพประกอบ 5 กรอบแนวความคิดการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

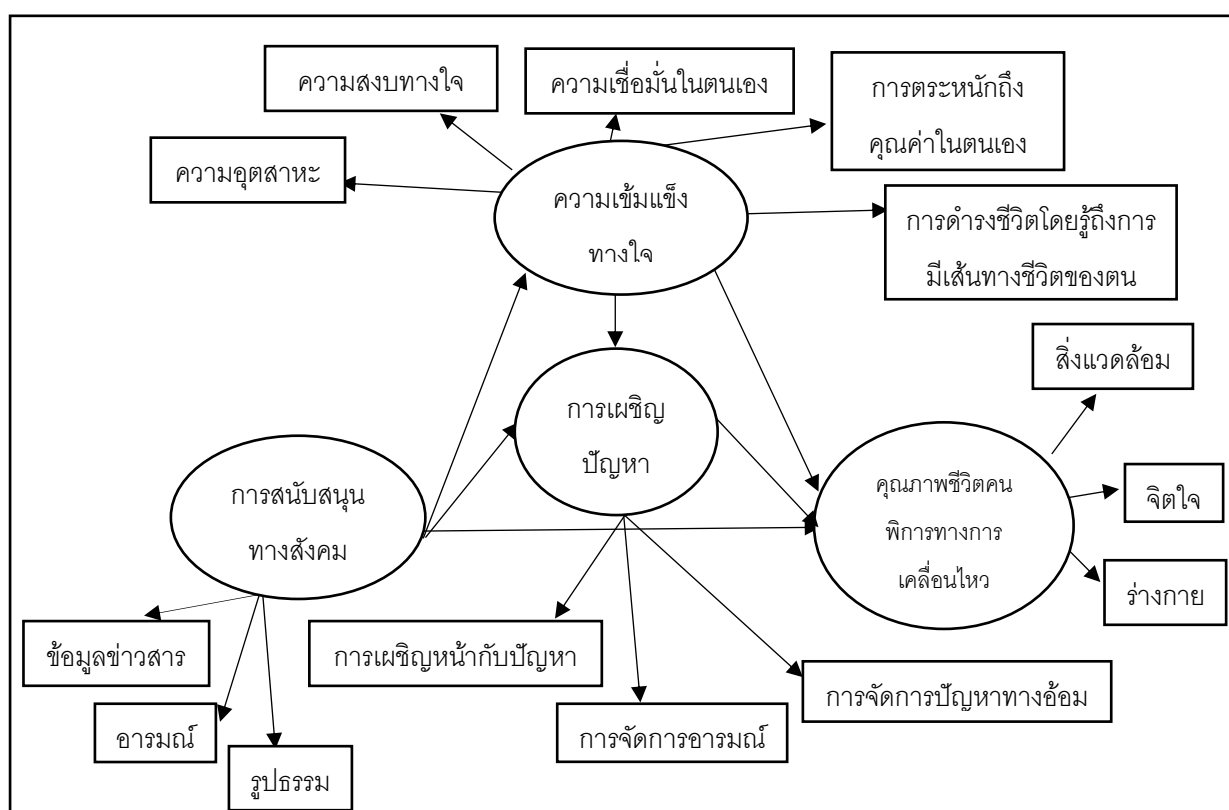
จากกรอบแนวความคิดการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนาโมเดลสมมติฐานที่เป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีสมมติฐานที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดของสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

3. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน

4. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

จากสมมติฐานดังกล่าวผู้วิจัยได้สร้างแผนภาพโมเดลสมมติฐานของงานวิจัยดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 โมเดลสมมติฐานของงานวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยส่งผ่านที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรคหลอดเลือดสมอง จากอุบัติเหตุบาดเจ็บที่สมองหรือไขสันหลังอยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ในปีพ.ศ. 2563-2564 และเป็นคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในสถานพยาบาล ได้แก่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการที่ได้รับการจำแนกตามการวินิจฉัยโรคตามลักษณะการอ่อนแรงหรืออัมพาต แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อัมพาตครึ่งซีก 2) อัมพาตท่อนขา และ/หรือลำตัว 3) อัมพาตแขนขาหรือทั้งหมด โดยงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดออกทั้งหมดของงานวิจัย ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวประเภท 3 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ และได้รับการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการ
2. ระยะเวลาหลังเกิดโรคตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
4. รู้สึกตัวดี สามารถตอบแบบสอบถามหรืออ่านออกเขียนได้เอง พุดคุยสื่อสารเข้าใจ

5. ได้รับการประเมินความคิดความเข้าใจผ่านแบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) ที่ถูกดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) โดย Folstein et al., (1975) จากแบบทดสอบวัดระดับความคิดความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมอง ได้คะแนน 23 คะแนนขึ้นไป จาก 30 คะแนน แสดงว่าไม่มีความผิดปกติด้านความคิดความเข้าใจ

6. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท
2. คนพิการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนจบ หรือ มีความจำนงออกจากการวิจัย

ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง ได้แก่ 1) สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ และ 2) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ตามกฎความเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล (Rule of Thumb) ของ Schumacker; & Lomax. (1996 อ้างถึงใน รติพร ถึงผ้ง, 2556; Suksawang, 2015) เสนอว่าสัดส่วนที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรที่สังเกตได้ในโมเดลสมการเชิงโครงสร้างจำนวน 10:1 ซึ่งในการศึกษานี้มีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 15 ตัวแปร หมายความว่าการศึกษาในครั้งนี้ควรมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150-300 คน และในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตอบกลับมีจำนวนทั้งสิ้น 222 คน แบ่งตามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ จำนวน 214 คน และ 2) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวน 8 คน เป็นจำนวนที่เหมาะสมตามกฎความเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง

พื้นที่

การรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อำเภอบางกรวย จังหวัดนครนายก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนรวมทั้งสิ้น 83 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วยครั้งนี้ โดยลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ดังนี้

โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ เพศทางเลือกนอกจากที่ระบุ
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบบวัดนี้ใช้วัด 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความสงบทางใจ (Equanimity) 2) ความอดทน (Perseverance) 3) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) 4) การตระหนักถึงคุณค่า และ 5) ความหมายของชีวิต (Meaningfulness)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดตามแนวคิดของ Wagnild & Young (1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการใช้งานมาแล้วโดย วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554) ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 21 ข้อ โดยแบบวัดนี้ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 0 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

การแปลผลของข้อคำถามกำหนดค่าเฉลี่ยของทุกด้านในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยใช้สูตรของพิสัย = คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/ช่วงชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ผลของเกณฑ์มีดังนี้

ระดับคะแนน

ความหมาย

- | | |
|-----------|--|
| 1.00-2.66 | คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ |
| 2.67-4.33 | คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับปานกลาง |
| 4.34-6.00 | คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง |

ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดความเข้มแข็งทางใจ

- (0) ฉันจะทำอย่างเต็มที่เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจ แม้จะมีอุปสรรคมากมาย
- (00) เมื่อฉันพบว่าชีวิตมีอุปสรรค ฉันมีสติที่จะควบคุมสถานการณ์ได้
- (000) ฉันเชื่อว่าประสบการณ์ของฉันในอดีต เป็นตัวช่วยในการแก้ไขปัญหาในอนาคตได้

ส่วนที่ 3 แบบวัดวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านอารมณ์ และ 3) ด้านรูปธรรม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ได้พัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยอาศัยแนวคิดของ Schaefer et.al., (1981; สุจรรยา โลหะชีวะ 2548) ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 13 ข้อ โดยแบบวัดนี้ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่จริงเลย” ให้ 0 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

การแปลผลของข้อคำถามกำหนดค่าเฉลี่ยของทุกด้านในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยใช้สูตรของพิสัย = คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/ช่วงชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ผลของเกณฑ์มีดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
1.00-2.66	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ
2.67-4.33	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับปานกลาง
4.34-6.00	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง

ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

- (0) ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว/ผู้ดูแล
- (00) ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาจากครอบครัว/ผู้ดูแล
- (000) เมื่อฉันมีปัญหาหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถอธิบายให้ฉันเข้าใจได้ทุกครั้ง

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงแบบวัดการเผชิญปัญหา แบ่งประเภทของการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญปัญหา (Confrontive coping) การจัดการอารมณ์ (Emotion coping) และการจัดการปัญหาทางอ้อม (Palliative coping)

แบบสอบถามนี้ พัฒนาและปรับปรุงจากแบบวัดการเผชิญปัญหา Jalowiec Coping Scale ที่ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย (มณฑา ลิ้มทองกุล และ สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดเพื่อเก็บข้อมูลจำนวน 13 ข้อ โดยแบบวัดนี้ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาทุกครั้ง” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเลย” ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .69

การแปลผลของข้อคำถามกำหนดค่าเฉลี่ยของทุกด้านในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยใช้สูตรของพิสัย = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/ช่วงชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ผลของเกณฑ์มีดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
1.00-2.66	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ
2.67-4.33	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับปานกลาง
4.34-6.00	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง

ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดการเผชิญปัญหา

- (0) ฉันคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
- (00) ฉันพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกแง่มุม
- (000) ฉันพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้ดีขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม

แบบสอบถามนี้โดยแบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาจากเดิมแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

เพื่อลดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนคล้ายคลึงกับการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำองค์ประกอบด้านสังคมของแบบวัดคุณภาพชีวิตจากเครื่องชี้วัด

คุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQL-BREF- THAI) (World Health Organization (WHO), 1997) ให้คะแนนแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “พึงพอใจมากที่สุด” และ “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 5 คะแนน และ “ไม่พึงพอใจอย่างมาก” และ “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 0 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

การแปลผลของข้อคำถามกำหนดค่าเฉลี่ยของทุกด้านในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยใช้สูตรของพิสัย = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/ช่วงชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ผลของเกณฑ์มีดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
1.00-2.66	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับต่ำ
2.67-4.33	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับปานกลาง
4.34-6.00	คนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง

ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิต

- (0) ฉันพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในตอนนี้
- (00) การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดแขนขา ปวดตามตัว ทำให้ฉันไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้
- (000) ฉันมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและประมวลเอกสารเกี่ยวกับทฤษฎี ตำรา และผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เรื่องความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. กำหนดนิยามศัพท์และคำศัพท์เชิงปฏิบัติการของแบบวัดที่ใช้ในการวิจัยแต่ละตัวแปร
3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถามที่นำมาปรับปรุงและพัฒนาข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการทั้งหมด
4. คณะกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ร่วมจัดเกลาประโยคและข้อคำถามในแบบวัด โดยมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อให้ตรงกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง แต่ยังคงความหมายเดิมที่ใกล้เคียง
5. ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดสอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Content Validity) ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามในแบบสอบถามว่าเนื้อหาครบถ้วนตามนิยามปฏิบัติการหรือไม่ ภาษาและสำนวนของข้อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

2. นำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) โดยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้ (อรพินทร์ ชูชม, 2545) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .05 จากนั้นได้ทำการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามสมบูรณ์และนำไปทดลองใช้

3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 30 คนเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ได้รับการคัดเลือกไปเก็บข้อมูลจริงกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างมีดังนี้

3.1 วิเคราะห์องค์ประกอบของแต่ละตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์

3.1.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของจาโลวิค (Wagnild & Young, 1993) มาปรับใช้และดำเนินการวิจัยเพื่อสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว มีการปรับตัวที่ดีต่อภาวะการป่วยหรือการบาดเจ็บเรื้อรังของตนเองโดย สามารถนำตนเองกลับคืนสู่สภาพการณปกติ ด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวของทั้ง 5 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจที่สามารถรวมกันเป็นองค์ประกอบเดียวได้อย่างมีความกลมกลืนพอดีหรือไม่ โดยคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (Coefficient of Determination: R^2) ของคะแนนแต่ละตัวชี้วัดองค์ประกอบ และค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 7.95, $df=5$, $p\text{-value}= 0.15$, RMSEA= 0.05, CFI= 1.00, TLI= 0.99 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี RMSEA, CFI และ TLI ดัชนีทุกค่า ผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอก

ได้ว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรความเข้มแข็งทางใจ พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกองค์ประกอบ แสดงว่าในแต่ละองค์ประกอบมีค่าองค์ประกอบรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบที่ 1 คือความสงบทางใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.84 องค์ประกอบที่ 2 ความอดสาหะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.87 องค์ประกอบที่ 3 ความเชื่อมั่นในตนเองมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.93 องค์ประกอบที่ 4 การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.81 และองค์ประกอบที่ 5 การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.85 ส่วนค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าบ่งบอกถึงความเชื่อมั่นของการวัดข้อมูลด้านองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ความสงบทางใจ มีค่า R^2 เท่ากับ 0.70 องค์ประกอบที่ 2 ความอดสาหะมีค่า R^2 เท่ากับ 0.76 องค์ประกอบที่ 3 ความเชื่อมั่นในตนเองมีค่า R^2 เท่ากับ 0.87 องค์ประกอบที่ 4 การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิตมีค่า R^2 เท่ากับ 0.65 และองค์ประกอบที่ 5 การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน มีค่า R^2 เท่ากับ 0.73

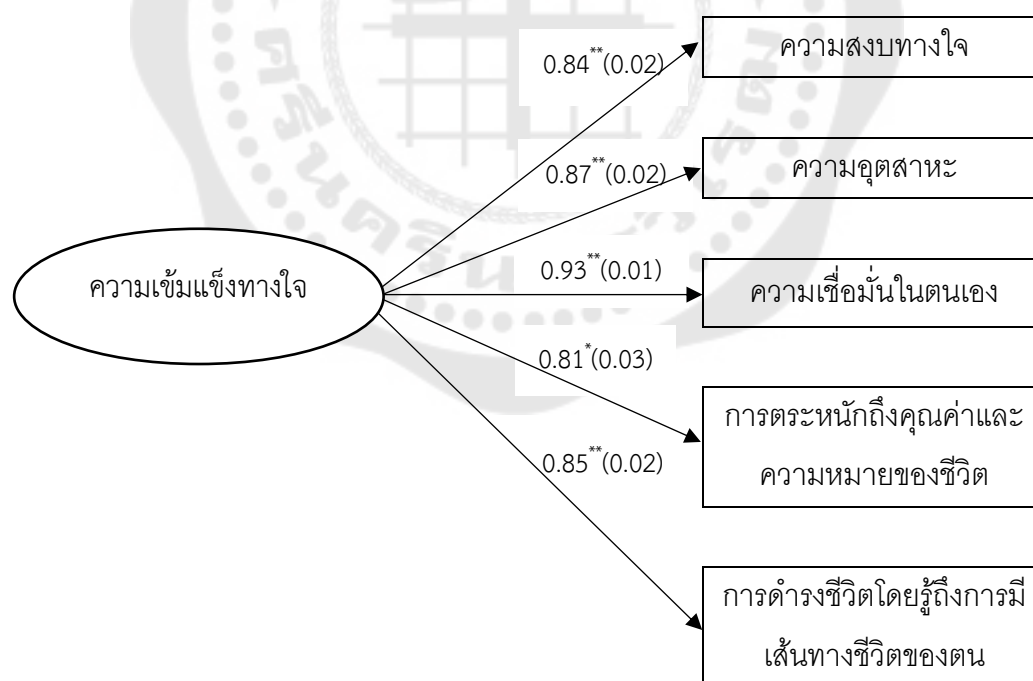
ดังนั้นสรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ ความสงบทางใจ ความอดสาหะ ความเชื่อมั่นในตนเอง การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต และการดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน รวมเป็นองค์ประกอบเดียว โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรความเข้มแข็งทางใจ จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่า R^2 ของตัวชี้วัดแต่ละองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมีค่าเป็นบวกทั้ง 5 องค์ประกอบเท่ากับ 0.81-0.93 และค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (t) มีค่าตั้งแต่ 36.95-72.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ตั้งแต่ 0.65 - 0.87 เป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่เหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเข้มแข็งทางใจ ดังแสดงในตาราง 1 และภาพประกอบ 7 ดังนี้

ตาราง 1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

องค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน	SE	t	R^2
1. ความสงบทางใจ	.84**	.02	36.96	.70
2. ความอดุสหาะ	.87**	.02	45.67	.76
3. เชื้อม่นในตนเอง	.93**	.01	72.46	.87
4. คุณค่าและความหมาย	.81**	.03	31.45	.65
5. การมีเส้นทางชีวิตของตน	.85**	.02	41.24	.73

ค่าไค-สแควร์ (χ^2) = 7.95, $df=5$, $p=0.16$ RMSEA= 0.05, CFI= 1.00, TLI= 0.99

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



** $p < .01$

ภาพประกอบ 7 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3.1.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากการอ้างอิงแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ที่กล่าวถึงการได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากครอบครัว/ผู้ดูแล แบ่งองค์ประกอบออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านรูปธรรมพบว่าการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและทางการแพทย์ และยังพบว่ามีข้อถกเถียงของงานวิจัยหลายงานที่จัดองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงค้นคว้าและทบทวนทฤษฎี เพื่อนำข้อมูลจริงที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์

การแสดงความเที่ยงตรงเชิงองค์ประกอบใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการสนับสนุนทางสังคม โดยคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (Coefficient of Determination: R^2) ของคะแนนแต่ละตัวซึ่งวัดองค์ประกอบ และค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 0.23, $df=1$, $p\text{-value}=0.63$, RMSEA=0.72, CFI= 1.00, TLI= 1.00 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี RMSEA, CFI และ TLI ดัชนีทุกค่า ผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอกได้ว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพบว่า น้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 ในทุกองค์ประกอบแสดงว่าในแต่ละองค์ประกอบมีค่าองค์ประกอบร่วม มีความสัมพันธ์กันมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบที่ 1 คือการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.74 องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่าเท่ากับ 0.83 องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม มีค่าเท่ากับ 0.93 ส่วนค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าบ่งบอกถึงความเชื่อมั่นของการวัดข้อมูลด้านองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่า R^2 เท่ากับ 0.55

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่า R^2 เท่ากับ 0.69 องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม R^2 เท่ากับ 0.87

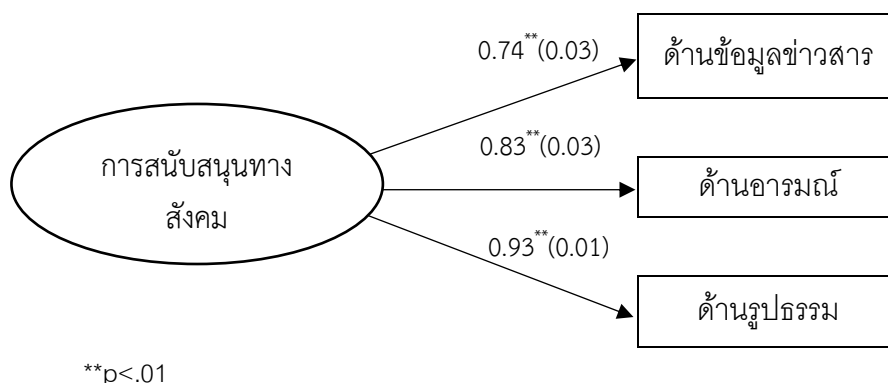
ดังนั้นสรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม รวมเป็นองค์ประกอบเดียว โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่า R^2 ของตัวชี้วัดแต่ละองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมีค่าเป็นบวกทั้ง 3 องค์ประกอบมีค่า 0.74-0.93 และค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (t) มีค่าตั้งแต่ 21.75 - 143.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ตั้งแต่ 0.55 - 0.87 เป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่เหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตาราง 2 และภาพประกอบ 8 ดังนี้

ตาราง 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

องค์ประกอบ การสนับสนุนทางสังคม	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน	SE	t	R^2
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	.74**	.03	21.75	.55
2. ด้านอารมณ์	.83**	.03	32.87	.69
3. ด้านรูปธรรม	.93**	.01	143.78	.87

ค่าไค-สแควร์ (χ^2) = 0.23, $df=1$, p -value= 0.63 RMSEA= 0.72, CFI= 1.00, TLI= 1.00

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 8 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3.1.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการเผชิญปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดการเผชิญปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของจาโลวิก (Wagnild & Young, 1993) ลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาและสามารถหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหานั้นได้ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการปัญหาทางอ้อม พบว่ายังมีการจัดองค์ประกอบที่แตกต่างกันของงานวิจัย ผู้วิจัยจึงทบทวนทฤษฎี เพื่อนำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามหลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อดูความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์

การแสดงความเที่ยงตรงเชิงองค์ประกอบใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการเผชิญปัญหา โดยคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่าความเชื่อมั่นของการวัด (Coefficient of Determination: R²) ของคะแนนแต่ละตัวชี้วัด องค์ประกอบ และค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 1.23, df=1, p-value= 0.27, RMSEA=0.03, CFI= 0.99, TLI= 0.98 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี RMSEA, CFI และ TLI ดัชนีทุกค่า ผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอกได้ว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของการเผชิญปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

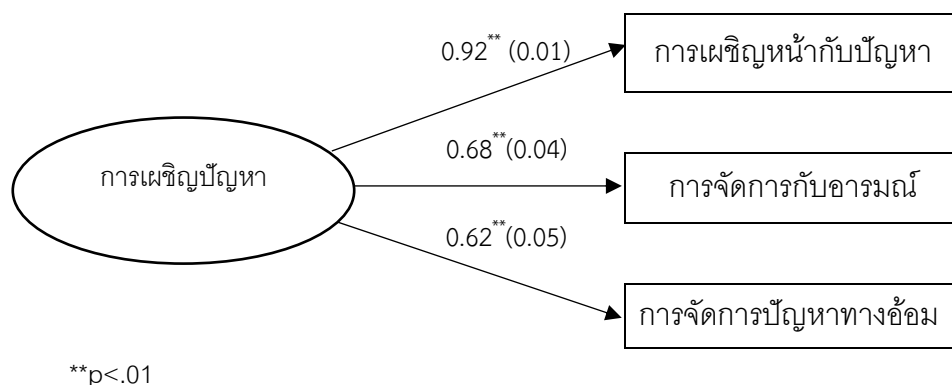
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการเผชิญปัญหาพบว่า น้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 ในทุกองค์ประกอบแสดงว่าในแต่ละองค์ประกอบมีค่าองค์ประกอบรวม มีความสัมพันธ์กันมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า น้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบที่ 1 คือการเผชิญหน้ากับปัญหา มีค่าเท่ากับ 0.92 องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอารมณ์ มีค่าเท่ากับ 0.68 องค์ประกอบที่ 3 การจัดการปัญหาทางอ้อม มีค่าเท่ากับ 0.62 ส่วนค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าบ่งบอกถึงความเชื่อมั่นของการวัดข้อมูล ด้านองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 มีค่า R^2 เท่ากับ 0.85 องค์ประกอบที่ 2 มีค่า R^2 เท่ากับ 0.47 องค์ประกอบที่ 3 มีค่า R^2 เท่ากับ 0.38

ดังนั้นสรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการเผชิญปัญหาของ คนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการ อารมณ์ การจัดการปัญหาทางอ้อม รวมเป็นองค์ประกอบเดียว โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ค่า R^2 ของตัวชี้วัดแต่ละองค์ประกอบ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมีค่าเป็น บวกทั้งหมด มีค่า 0.62-0.92 และค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (t) มีค่าตั้งแต่ 13.62 - 116.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ของการวิเคราะห์ (R^2) ตั้งแต่ 0.38 - 0.85 เป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของการเผชิญปัญหา ดังในตาราง 3 และภาพประกอบ 9 ดังนี้

ตาราง 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการ วิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบการเผชิญปัญหาของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

องค์ประกอบ การเผชิญปัญหา	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน	SE	t	R^2
1. การเผชิญหน้ากับปัญหา	.92**	.01	116.68	.85
2. การจัดการกับอารมณ์	.68**	.04	18.57	.47
3. การจัดการปัญหาทางอ้อม	.62**	.05	13.62	.38
ค่าไค-สแควร์ (χ^2) = 1.23, $df=1$, $p\text{-value}= 0.27$ RMSEA= 0.03, CFI= 0.99, TLI=0.98				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพประกอบ 9 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบการเผชิญปัญหาของ
คนพิการทางการเคลื่อนไหว

3.1.4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
โดยแสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหว

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQL-BREF- THAI) ที่
พัฒนาขึ้นโดย(สุวัฒน์ มหัตถ์วันดรกุล และ และคณะ, 2540) แสดงถึงการรับรู้ของคนพิการทางการ
เคลื่อนไหวต่อตนเอง แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและ
สิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งมี 3 ส่วนได้แก่
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อดู
ความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์

การแสดงความเที่ยงตรงเชิงองค์ประกอบใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง
ยืนยันของคุณภาพชีวิต โดยคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่า
สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (Coefficient of Determination: R²) ของคะแนนแต่ละ
ตัวชี้วัดองค์ประกอบ และค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีของโมเดล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการ
วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์
พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 24.85, df= 1, p-value= 0.36, RMSEA= 0.00, CFI=
1.00, TLI= 1.00 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิง
ประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนี RMSEA, CFI และ TLI ดัชนีทุก
ค่า ผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอกได้ว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่า โมเดล

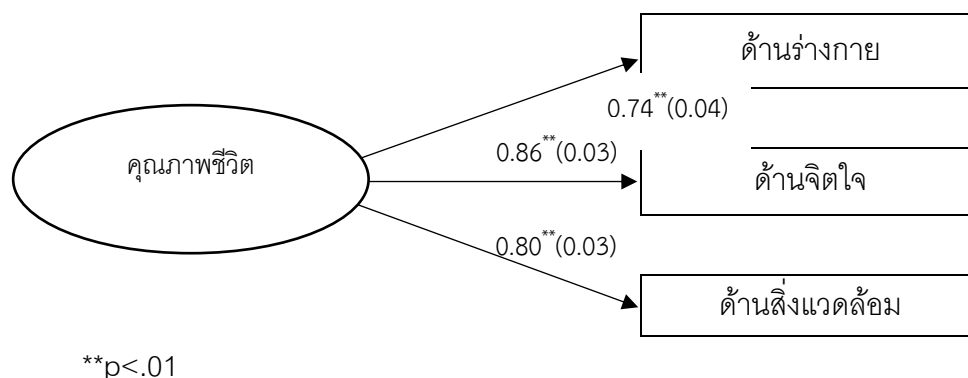
องค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรคุณภาพชีวิตพบว่าน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทุกองค์ประกอบแสดงว่าในแต่ละองค์ประกอบมีค่าองค์ประกอบรวม มีความสัมพันธ์กันมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบที่ 1 คือด้านร่างกายมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.74 องค์ประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ มีค่าเท่ากับ 0.86 องค์ประกอบที่ 3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีค่าเท่ากับ 0.80 ส่วนค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าบ่งบอกถึงความเชื่อมั่นของการวัดข้อมูลด้านองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 มีค่า R^2 เท่ากับ 0.55 องค์ประกอบที่ 2 มีค่า R^2 เท่ากับ 0.74 องค์ประกอบที่ 3 มีค่า R^2 เท่ากับ 0.64

ดังนั้นสรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมเป็นองค์ประกอบเดียว โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จากค่าน้ำหนักองค์ประกอบของคะแนนมาตรฐาน และค่า R^2 ของตัวชี้วัดแต่ละองค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมีค่า 0.74-0.86 และค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (t) มีค่าตั้งแต่ 19.15 - 33.82 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ตั้งแต่ 0.55 - 0.74 เป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่เหมาะสม บ่งบอกถึงการเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวดังแสดงในตาราง 4 และภาพประกอบ 10 ดังนี้

ตาราง 4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตามแบบสอบถามในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์ (R^2) ขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	น้ำหนักองค์ประกอบ มาตรฐาน	SE	t	R^2
1. ด้านร่างกาย	.74**	.04	19.15	.55
2. ด้านจิตใจ	.86**	.03	33.82	.74
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	.80**	.03	23.54	.64
ค่าไค-สแควร์ (χ^2) = 24.85, df= 2, p= 0.36 RMSEA=0.48, CFI= 1.00., TLI= 1.00 p<.01				



ภาพประกอบ 10 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานให้บัณฑิตวิทยาลัยออกหนังสือนำถึงสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อำเภอบางกรวย จังหวัดนครนายก และผู้วิจัยได้ประสานงานด้วยตนเองล่วงหน้าก่อนเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยจากสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 แห่งช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจริง หลังจากนั้นจึงไปเก็บรวบรวมแบบสอบถามเมื่อเสร็จสิ้นแล้ว

4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามในเครื่องมือแบบวัดแต่ละชุด และใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป
2. ตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับเครื่องมือการวิจัยแต่ละชุด
3. นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS
 - 1.1 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ค่าความเบ้ (Skewness: SK) ค่าความโด่ง (Kurtosis: KU) ของตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการพัฒนาโมเดลการวิเคราะห์เพื่อทราบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร

2. ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลเชิงสาเหตุด้วยการวิเคราะห์ด้วยเครื่องมือทางเทคนิคสถิติ (Structural Equation Modeling: SEM) ด้วยโปรแกรม Mplus แบบมีตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) และทดสอบอิทธิพลทั้งทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมโดยมีตัวแปรส่งผ่านนั้นเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีการประมาณค่าพารามิเตอร์ ด้วยวิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood) ซึ่งพิจารณาจากค่าไค-สแควร์ (χ^2) ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โมเดลมีความกลมกลืนที่ค่าดัชนี CFI ไม่ควรต่ำกว่า .90 ค่าดัชนีนี้ยิ่งเข้าใกล้ 1 โมเดลทดสอบยังมีความกลมกลืน เกณฑ์ที่นิยมไม่ควรต่ำกว่า .90 และมีค่าดัชนีของค่าความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) ควรน้อยกว่า .05 (Bollen, 1989)

3. การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation models for latent variables) เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการวิเคราะห์และตรวจสอบแบบจำลองโครงสร้างเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝงเพื่อตรวจสอบแบบจำลองโมเดลตามสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (Specification of the model) ผู้วิจัยศึกษาตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลผลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นซึ่งประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้และตัวแปรแฝง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของโมเดลถึงความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive model) ระหว่างตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน

3.2 การประมาณค่าพารามิเตอร์ของโมเดล (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าโดยวิธี ML (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีที่มีความมั่นคง คงเส้นคงวา และมีประสิทธิภาพของมาตรฐานวัด (Bollen, 1989)

3.3 การตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลแบบจำลอง (Goodness-of-fit measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของโมเดลแบบจำลองว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การตรวจสอบ ดังนี้

4.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์ มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าใกล้ 0 มากเท่าใด แสดงว่าข้อมูลแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ทั้งนี้ค่าสถิติไค-สแควร์มีความอ่อนไหวในเรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ เมื่อขนาดกลุ่มตัวอย่างมาก ค่าสถิติไค-สแควร์จะมีค่าสูง อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นควรพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของแบบจำลองจากดัชนีความกลมกลืนหลาย ๆ ดัชนีร่วมกัน

4.2 ค่าดัชนีเชิงเปรียบเทียบ (comparative Fit Index: CFI) เป็นดัชนีเชิงเปรียบเทียบที่คำนวณจากสถิติไค-สแควร์ที่มีการแจกแจงแบบ non-central distribution ค่าอยู่ระหว่าง 0-1 แสดงค่าเข้าใกล้ 1 คือโมเดลมีความกลมกลืนดีกว่าโมเดลฐาน ซึ่งในที่นี้โมเดลที่มีความกลมกลืนควรมีค่าดัชนี CFI ไม่ต่ำกว่า .90

4.3 ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณ RMSEA (Root mean square error of approximation) บ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของแบบจำลอง โดยค่า RMSEA ที่มีค่าต่ำกว่า .05 แสดงว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก (Very good fit) ค่าต่ำกว่า .10 แสดงว่า ความสอดคล้องในระดับดี (Good fit) ถ้ามีค่าต่ำกว่า .01 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องในระดับดีเยี่ยม (Outstanding fit) และถ้ามีค่าเท่ากับ 0 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องอย่างแท้จริง (Exact fit) (Hair et al., 1995)

4.4 ค่าดัชนี TLI เป็นดัชนีที่รับค่า ของโมเดลที่ทดสอบ การแปลค่าดัชนีนี้ยังเข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความกลมกลืนโดยเกณฑ์ที่นิยมทดสอบคือไม่ต่ำกว่า .90 ดัชนีนี้มีความแข็งแกร่ง ไม่ถูกรบกวนด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นดัชนีที่ได้รับความนิยม

4. การปรับโมเดล (Model adjustment) โดยพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก มีการดำเนินการโดยการตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Square multiple correlation) ให้มีความเหมาะสมของค่าความสอดคล้องรวม (Overall fit) ของโมเดลโดยภาพรวมแล้วโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และยินยอมเข้าการวิจัยจะมีการลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระ มีเวลาในการตัดสินใจในส่วนของการให้ข้อมูล และการปฏิเสธการให้ข้อมูลได้เสมอ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การเก็บรวบรวมข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย ใช้การแสดงข้อมูลในภาพรวมทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงแบบรายบุคคลหรือระบุรายชื่อบุคคลแต่อย่างใด และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถถอนจากการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ อีกทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียด วิตกกังวลหรือมีอาการอื่น ๆ ที่มาจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแสดงความรับผิดชอบโดยส่งต่อและปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป กระบวนการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการพิทักษ์จริยธรรมของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคณะกรรมการพิทักษ์จริยธรรมของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ มีความมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อในการแปลผล ดังนี้

N	หมายถึง	จำนวนคนในกลุ่ม
M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
Sk	หมายถึง	ค่าความเบ้ (Skewness)
Ku	หมายถึง	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
SE	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
TE	หมายถึง	อิทธิพลรวม
IE	หมายถึง	อิทธิพลทางอ้อม
DE	หมายถึง	อิทธิพลทางตรง
χ^2	หมายถึง	ค่าสถิติไค-สแควร์
P	หมายถึง	ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ
df	หมายถึง	องศาอิสระ
RMSEA	หมายถึง	ดัชนีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์

CFI	หมายถึง	ดัชนีระดับความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ
TLI	หมายถึง	ดัชนีความกลมกลืนที่ปรับค่าองศาอิสระของโมเดลที่ทดสอบ
คนพิการ	หมายถึง	คนพิการทางการเคลื่อนไหว
ความสงบทางใจ	หมายถึง	ความสงบทางใจ
อูตสาหะ	หมายถึง	ความอูตสาหะ
เชื่อมั่นในตนเอง	หมายถึง	ความเชื่อมั่นในตนเอง
คุณค่าความหมาย	หมายถึง	การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต
เส้นทางชีวิตของตน	หมายถึง	การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน
ด้านข้อมูลข่าวสาร	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร
ด้านอารมณ์	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์
ด้านรูปธรรม	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม
เผชิญหน้า	หมายถึง	การเผชิญหน้ากับปัญหา
จัดการอารมณ์	หมายถึง	การจัดการกับอารมณ์
ปัญหาทางอ้อม	หมายถึง	การจัดการปัญหาทางอ้อม
คุณภาพชีวิต	หมายถึง	คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
ด้านร่างกาย	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย
ด้านจิตใจ	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ
ด้านสิ่งแวดล้อม	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 222 คน โดยมีคุณลักษณะ ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.50 เพศหญิง 36.50 คนพิการส่วนใหญ่ร้อยละ 67.6 อายุ 31-60 ปี รองลงมาได้แก่อายุ 18-30 ปี และ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.4 และ 13 การนับถือศาสนาคนพิการส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อิสลาม และ คริสต์ตามลำดับ ได้แก่ 96.40, 2.30 และ 0.90 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 53.20 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. และระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.80 และ 9.00 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-20,000 บาทและ มากกว่า 30,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.40 และ 32.00 รองลงมาได้แก่รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท และ 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.60 และ 14 ตามลำดับ สถานภาพของคนพิการส่วนใหญ่โสด คิด

เป็นร้อยละ 50.5 สถานภาพสมรส 36.5 และหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 13.1 ข้อมูลด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัวแบ่งเป็นจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 21.60 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 3 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80 และอื่น ๆ (ไม่มี จนถึง 8 คน) อาชีพเดิมก่อนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพอื่น ๆ เช่นทำงานบริษัทเอกชน รับเหมาก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 27.80 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.70 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย นักบวช และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 17.60, 14, 8.60 และ 6.30

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยคิดเป็นร้อยละ ได้แก่ระดับความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ คือ อ่อนแรงขาทั้งสองข้าง (ร้อยละ 49.10) รองลงมาได้แก่ อ่อนแรงแขนและขาข้างใดข้างหนึ่ง (ร้อยละ 29.30) และอ่อนแรงแขนและขา (ร้อยละ 21.60) และสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ของคนพิการได้แก่ เกิดจากอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 32.40 จากโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 21.60 และสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติด้านการรักษาทางการแพทย์ เนื้องอกที่สมองหรือไขสันหลัง เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 14 ตามตาราง ดังนี้ 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิจัย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	141	63.50
หญิง	81	36.50
รวม	222	100
2. อายุ		
18-30	43	19.40
31-60	150	67.60
61 ปีขึ้นไป	29	13
รวม	222	100
3. ศาสนา		
พุทธ	214	96.40
อิสลาม	5	2.30
คริสต์	2	0.90
รวม	222	100

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	20	9.00
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	84	37.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	118	53.20
รวม	222	100
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	48	21.60
10,001-20,000 บาท	72	32.40
20,001-30,000 บาท	31	14.00
มากกว่า 30,001 บาท	71	32.00
รวม	222	100
6. สถานภาพ		
โสด	112	50.50
สมรส	81	36.50
หม้าย/หย่า/แยก	29	13.10
รวม	222	100
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
ไม่มี	4	1.80
1 คน	10	4.50
2 คน	48	21.60
3 คน	44	19.80
4 คน	45	20.30
5 คน	35	15.80
6 คน	21	9.50
7 คนขึ้นไป	15	6.80
รวม	222	100

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8. อาชีพเดิม (ก่อนเกิดภาวะเจ็บป่วย)		
เกษตรกร	14	6.30
ค้าขาย	31	14.00
รับจ้าง	57	25.70
นักบวช	19	8.60
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	39	17.60
อื่น ๆ	62	27.80
รวม	222	100
9. ระยะเวลาการเจ็บป่วยในครั้งนี้		
1 เดือนถึง 6 เดือน	39	17.60
มากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี	15	6.80
มากกว่า 1 ปีถึง 3 ปี	58	26.10
มากกว่า 3 ปีขึ้นไป	110	49.50
รวม	222	100
10. ระดับความเจ็บป่วย		
อ่อนแรงแขนและขาซีกใดซีกหนึ่ง	65	29.30
อ่อนแรงขาทั้งสองข้าง	109	49.10
อ่อนแรงแขนและขา	48	21.60
รวม	222	100
11. สาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยครั้งนี้		
โรคหลอดเลือดสมอง	48	21.60
อุบัติเหตุ	72	32.40
สาเหตุอื่น ๆ	31	14.00
รวม	222	100

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ผลการศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา จากการคำนวณค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่า P-value ของไค-สแควร์ (χ^2) โดยผู้วิจัยได้แปลงค่าตัวแปรเป็นค่าคะแนนปกติ (Normal Score) แล้วทดสอบว่าตัวแปรเหล่านี้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าความเบ้และความโด่ง ถ้าไม่มีนัยสำคัญแสดงว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้มีค่าอยู่ในระดับสูง หมายความว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีระดับความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับสูง และมีค่าความเบ้เท่ากับ 0.00 และค่าความโด่งเท่ากับ 6.94 โดยมีค่าความเบ้เป็นบวก (เบ้ขวา) และเมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ค่า p-value ของไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 2.65 แสดงว่า ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้มีค่าอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และมีค่าความเบ้เท่ากับ 0.00 และค่าความโด่งเท่ากับ 1.34 โดยมีค่าความเบ้เป็นบวก (เบ้ขวา) และเมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ค่า p-value ของไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 0.22 แสดงว่า ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ตัวแปรการเผชิญปัญหาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้มีค่าอยู่ในระดับสูง หมายความว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีระดับการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าความเบ้เท่ากับ 0.00 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.62 โดยมีค่าความเบ้เป็นบวก (เบ้ขวา) และเมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ค่า p-value ของไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 1.22 แสดงว่า ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ตัวแปรคุณภาพชีวิตของคนพิการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้มีค่าอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีระดับการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าความเบ้เท่ากับ 0.00 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.69 โดยมีค่าความเบ้เป็นบวก (เบ้ขวา) และเมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ค่า p-value ของไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 2.48 แสดงว่า ตัวแปรความเข้มแข็งทางใจมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ซึ่งผลการวิเคราะห์ แสดงดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Xiancai Cao, Chongming Yang, และ Dahua Wang) ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่า P-value ของไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ตัวแปร	M	SD	Min	Max	Sk	Ku	P-value of χ^2
ความเข้มแข็งทางใจ	4.42	0.63	0.25	5.00	0.00	6.94	2.65
ความสงบทางใจ	4.48	0.62	0.60	5.00	-1.97	6.53	0.85
อุตสาหกรรม	4.43	0.76	0.25	5.00	-2.27	6.97	0.39
เชื่อมั่นในตนเอง	4.36	0.70	0.75	5.00	-1.73	4.78	0.49
คุณค่าและความหมาย	4.53	0.70	0.50	5.00	-2.17	5.99	0.49
เส้นทางชีวิตของตน	4.28	0.75	1.00	5.00	-1.33	2.12	0.50
การสนับสนุนทางสังคม	3.98	1.04	0.00	5.00	0.00	1.35	0.22
ข้อมูลข่าวสาร	3.54	1.31	0.00	5.00	-0.88	-0.05	0.57
อารมณ์	4.17	1.17	0.00	5.00	-1.81	2.80	1.70
รูปธรรม	4.22	1.04	0.25	5.00	-1.47	1.60	1.36
การเผชิญปัญหา	2.86	0.75	0.00	5.00	0.00	0.69	1.22
เผชิญหน้า	4.08	0.82	0.80	5.00	-0.98	1.04	1.09
จัดการอารมณ์	1.77	1.33	0.00	5.00	0.64	-0.52	0.67
ปัญหาทางอารมณ์	2.74	1.18	0.00	5.00	-0.18	-0.71	1.76
คุณภาพชีวิตของคนพิการ	3.64	0.82	0.75	5.00	0.00	0.62	2.48
ด้านร่างกาย	3.46	0.96	0.80	5.00	-0.82	-0.05	1.59
ด้านจิตใจ	3.69	0.78	1.11	5.00	-0.67	-0.07	0.93
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.76	0.93	0.75	5.00	-0.94	0.70	0.61

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยขอนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 91 คู่ พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันทั้งทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งสิ้น 70 คู่โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสัมพันธ์

กันสูงที่สุดทั้งหมด 2 คู่ คือความเชื่อมั่นในตนเองและความอดสาเห มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .80 เช่นเดียวกับและความเชื่อมั่นในตนเองและการดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน

ส่วนตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีทั้งสิ้น 2 คู่ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .13 ถึง .14 ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบสูงที่สุดคือ การจัดการอารมณ์ และการดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .15 แสดงให้เห็นว่า ลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงซึ่งตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตไม่เกิน .85 จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่มีปัญหาการรวมเส้นตรงพหุ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงแต่ละตัว พบว่าตัวแปรสังเกตได้ของความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .64 ถึง .80 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด 2 คู่ คือ ความเชื่อมั่นในตนเองและความอดสาเห และความเชื่อมั่นในตนเองและการดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .80 ความสัมพันธ์กันต่ำที่สุดคือ การเห็นคุณค่าและความหมายในชีวิตและความสงบทางใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .64

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .60 ถึง .77 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .77 ความสัมพันธ์กันต่ำที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .60

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .37 ยกเว้นตัวแปรแฝงการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการปัญหาทางอ้อม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด คือ การจัดการปัญหาทางอ้อมกับการจัดการอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .37

และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางลบ คือ การตัดความสัมพันธ์กันต่ำที่สุดคือ ได้แก่การจัดการอารมณ์กับการเผชิญหน้ากับปัญหา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .08

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กันทุกคู่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางบวก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .39 ถึง .67 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .67 ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .39 ดังตาราง 7



ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้โมเดล (N=222)

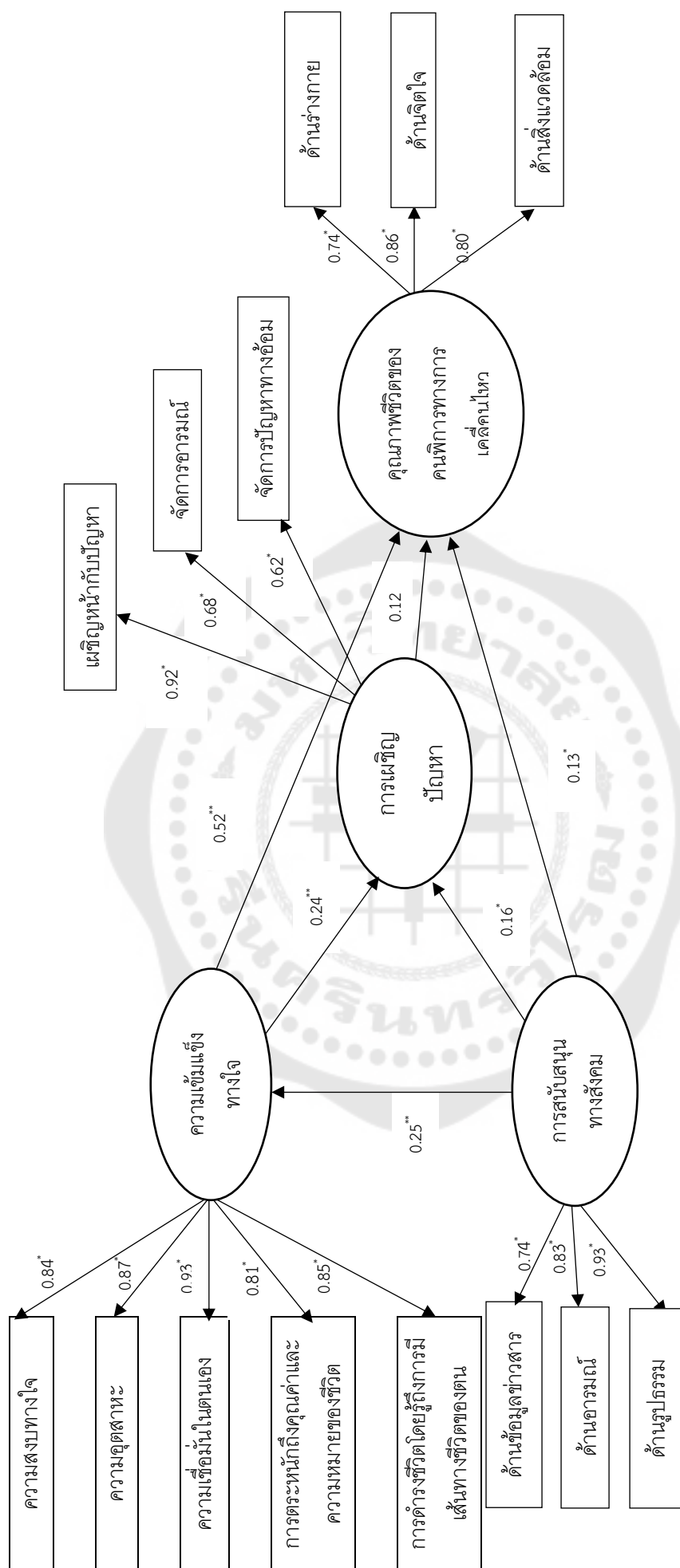
ตัวแปรแฝง	R1	R2	R3	R4	R5	S1	S2	S3	C1	C2	C3	Q1	Q2	Q3
ความสงบทางใจ (R1)	1.00													
อุตสาหกรรม (R2)	.75**	1.00												
เชื่อมั่นในตนเอง (R3)	.78**	.80**	1.00											
คุณค่าความหมาย (R4)	.64**	.71**	.75**	1.00										
เส้นทางชีวิตของตน (R5)	.70**	.73**	.80**	.70**	1.00									
ข้อมูลข่าวสาร (S1)	.12	.19**	.13	.13	.20**	1.00								
อารมณ์ (S2)	.19**	.24**	.23**	.32**	.25**	.60**	1.00							
รูปธรรม (S3)	.18**	.22**	.19**	.22**	.22**	.69**	.77**	1.00						
เผชิญหน้า (C1)	.46**	.43**	.53**	.47**	.46**	.14*	.30**	.26**	1.00					
จัดการกับอารมณ์ (C2)	-.22**	-.23**	-.15*	-.29**	-.15*	.00	-.04	-.06	-.08	1.00				
ปัญหาทางสังคม (C3)	-.06	-.13	-.05	-.12	-.06	-.01	-.07	-.02	.12	.37**	1.00			
ด้านร่างกาย (Q1)	.34**	.29**	.39**	.34**	.46**	-.02	.07	.00	.27**	.04	.09	1.00		
ด้านจิตใจ (Q2)	.49**	.45**	.48**	.57**	.54**	.10	.27**	.22**	.45**	-.13*	.12	.64**	1.00	
ด้านสิ่งแวดล้อม (Q3)	.42**	.44**	.42**	.45**	.44**	.25**	.39**	.44**	.44**	-.14*	-.01	.39**	.67**	1.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ มีดังนี้

3.1 เพื่อศึกษาความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แสดงผลการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นหรือการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรในโมเดล โดยการหาค่าอิทธิพลที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นและทดสอบว่าแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ การวิเคราะห์แบบจำลองสมมติฐาน หากพบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับแบบจำลองจนมีความสอดคล้องกลมกลืนกันมากยิ่งขึ้นโดยพิจารณาจากการรายงานค่าของดัชนีการปรับแก้ (Modification Index) คำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ของผลการวิจัยจากการอภิปรายผลของแบบจำลองด้วย ผลการวิเคราะห์โมเดลในขั้นต้นนั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแบบจำลอง ในการปรับแบบจำลองนี้โดยดำเนินการยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรสังเกตได้มีความสัมพันธ์กัน และได้ทำการปรับเส้นอิทธิพลในแบบจำลองที่เป็นผลมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง ภายหลังการปรับแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า มีค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 57.98, $df = 42$, $p\text{-value} = 0.05$, RMSEA = 0.04, CFI = 0.99, TLI = 0.98 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีทุกค่าบ่งบอกได้ว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ผลการประมาณค่าของแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของอิทธิพลของปัจจัยคุณสมบัติด้านประสบการณ์เปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านเงื่อนไขบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการและตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ ได้แก่ การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตามลำดับ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับแบบจำลอง ดังตาราง 8.ภาพประกอบ 11



(χ^2) มีค่าเท่ากับ 57.98, $df = 42$, $p\text{-value} = 0.05$, $RMSEA = 0.04$, $CFI = 0.99$, $TLI = 0.98$ ** $p < .01$

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นจนได้ตามโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของอิทธิพลปัจจัยมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพประกอบ 11 ผู้วิจัยจึงนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยอธิบายตามสมมติฐานการวิจัย รายละเอียดดังนี้

3.1.1 ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย โดยการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรม มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ($\beta = .13$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .28 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยพบว่าความเข้มแข็งทางใจซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความสงบทางใจ 2) ความอดุสหาะ 3) ความเชื่อมั่นในตนเอง 4) การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต 5) การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของตน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน ($\beta = .13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่ามีค่าอิทธิพลเท่ากับ .02 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิเคราะห์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ($\beta = .01$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 “การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว” สมมติฐานที่ 2 กล่าวว่า “การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน” ในขณะที่เดียวกันไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 “การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน” และสมมติฐานที่ 4 “การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน” ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยดังกล่าว

โดยสรุปตามลำดับของเส้นอิทธิพลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์คิดเป็นร้อยละ 3 ดังตาราง 8 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล								
	RES			COP			QOL		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
SOC	.25**	-	.25**	.16**	.06	.21	.13*	.16**	.28**
RES	-	-	-	.24**	-	.24**	.52**	.03	.55**
COP	-	-	-	-	-	-	.12*	-	.12*
ค่าสถิติ									
Chi-square = 57.98, <i>df</i> = 42, <i>p-value</i> = 0.05, RMSEA = 0.04, CFI = 0.99, TLI = 0.98									
R-square	.06			.10			.38		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หมายเหตุ Total effects: TE คือ อิทธิพลโดยรวม , Indirect effect: IE คือ อิทธิพลทางอ้อม , Direct effect: DE คือ อิทธิพลทางตรง

(QOL) คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว (SOC) การสนับสนุนทางสังคม (RES) ความเข้มแข็งทางใจ (COP) การเผชิญปัญหา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อศึกษาความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีสมมติฐานทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน 3) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน และ 4) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในการศึกษานี้มีวิธีดำเนินการวิจัย คือ การศึกษาวิจัยกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน คน ในการเก็บ 222 รวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมผ่านผู้ช่วยวิจัยตามสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง แห่ง โดยใช้เครื่องมือ 2 (ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 83 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) มาตรการวัดเงื่อนไขประสบการณ์ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ (3 มาตรการวัดเงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม 4) มาตรการวัดรูปแบบของการตอบสนอง ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ ได้แก่ การเผชิญปัญหา และ 5) มาตรการวัดรูปแบบการตอบสนอง ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟา (α) ทุกฉบับ มีค่าระหว่าง .94-.69

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่2 ค่าสถิติพื้นฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต และตัวแปรแฝง ตอนที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน 3 โดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และผลการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSและโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป Mplus

1. สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยจึงแบ่งหัวข้อในการสรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสาเหตุกับคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ตัวแปรสาเหตุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การเผชิญปัญหา ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. โมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงได้มีการปรับปรุงโมเดลโดยอาศัยความรู้ทางทฤษฎีประกอบกับคำแนะนำของการปรับปรุงโมเดล ทำให้ได้โมเดลที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมีค่าสถิติต่าง ๆ ที่ใช้ในการพิจารณา ดังนี้ ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 57.98 ที่ชั้นความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ 42, *p-value* เท่ากับ 0.22, ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.04, ค่าCFI เท่ากับ 0.99, และค่าTLI เท่ากับ 0.98 เมื่อพิจารณาค่าดัชนี RMSEA, CFI และ TLI ดัชนีทุกค่าผ่านเกณฑ์ที่บ่งบอกได้ว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยภาพรวมของโมเดลนั้นพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยทั้งหมดของตัวแปรดังกล่าวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ร้อยละ 38

3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับอิทธิพลทางตรงจากการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวจาก 1) ความเข้มแข็งทางใจ 2) การเผชิญปัญหา และ 3) ความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่านเช่นกัน โดยทั้งหมดของตัวแปรดังกล่าวร่วมกันอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในทิศทางบวก เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า

1) ตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความเข้มแข็งทางใจ รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .55, และ .28 ตามลำดับ

2) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ ความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งมีค่าอิทธิพลทางตรง เท่ากับ .52

3) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมสูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน มีค่าอิทธิพลเท่ากับ .13 การเผชิญปัญหาไม่สามารถอธิบายอิทธิพลทางอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เช่นเดียวกับอิทธิพลทางอ้อมผ่านความเข้มแข็งใจและการเผชิญปัญหา ไม่สามารถอธิบายการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากผลการวิเคราะห์ที่กล่าวมา อาจกล่าวได้ว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ จากครอบครัวหรือผู้ดูแล ส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถอธิบายความสอดคล้องของการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวและสอดคล้องกับอิทธิพลทางอ้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นคุณลักษณะเชิงบวกที่ดีต่อบุคคลที่มีภาวะพิการทางการเคลื่อนไหวได้

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ได้นำเสนอข้างต้น ผู้วิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

1. **ปัจจัยปัจจัยเงื่อนไขด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว** การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับสูง ($\beta=0.74-0.93$) บ่งบอกว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านรูปธรรม โดยในด้านรูปธรรมมีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงที่สุด ($\beta=0.74$) จากครอบครัวหรือผู้ดูแลของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นอย่างดี ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งผลการวิจัยครั้งนี้ออกเป็น 4 ประเด็นดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
- 2) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

3) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน

4) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ผลการวิจัยในประเด็นแรกพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่าค่าอิทธิพลทางตรง เท่ากับ .13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีความสัมพันธ์กันเช่นเดียวกับการศึกษาของ นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญา วงศ์พิริยโยธา (2558; Jorunn Drageset และคนอื่น ๆ, 2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในทางบวก อีกทั้งยังพบว่าการศึกษาของ ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ และคณะ (2561) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ จึงสรุปได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งทำให้บุคคลเกิดการพึ่งพาตนเองสู่การดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวสามารถปรับตัวต่อปัญหาและเผชิญกับสภาวะความเจ็บป่วยที่มีความยากลำบากนั้นได้ดี การได้รับการสนับสนุนไม่ว่าด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ หรือด้านรูปธรรม หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต การทำกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพที่มี

นอกจากนี้ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนด้านรูปธรรมมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผลการวิจัยของ รุ่งชฎาพร ใจยา (2558) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของไทย กล่าวถึงความคาดหวังของคนพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว พบว่า คนพิการต้องการการสนับสนุนจาก แรงงาน หรือด้านบริการจากภาครัฐหรือครอบครัวและด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่ารูปแบบการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ในด้านเบี้ยยังชีพ การจัดหางานและเงินทุน รวมถึงสิ่งของเครื่องใช้ อุปโภค-บริโภค จะช่วยอำนวยความสะดวกให้คนพิการมีการทำกิจกรรมและการเข้าสังคมซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในชุมชนอีกด้วย จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรมมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความคาดหวังของคนพิการในประเภทเดียวกัน ดังนั้นการส่งเสริมเพื่อให้คนพิการสามารถดำเนินชีวิตประจำวันในสภาพสังคมปัจจุบันได้ สิ่งจำเป็นอย่างยิ่งให้การสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรมหรือสิ่งของสามารถสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ รูปธรรมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกส่งผลต่อการพัฒนาด้านสุขภาพกาย จิตใจ

สิ่งแวดล้อมรอบข้างให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เนื่องจากคนพิการเป็นบุคคลที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้ข้อจำกัดความสามารถ หากสามารถควบคุมสถานการณ์และแก้ไขปัญหาได้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนพิการล้วนมีการพัฒนาที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ภายนอกบุคคล ทำให้บุคคลมีความสามารถประเมินต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้เป็นอย่างดี

ผลการวิจัยในประเด็นที่ 2 เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีปัจจัยการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ผลการวิจัยนี้พบว่าการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับดี ($\beta = 0.61-0.92$) ซึ่งค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .02 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอิทธิพลทางตรงจากเผชิญปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมีอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ดังที่กล่าวข้างต้นเกี่ยวกับอิทธิพลทางตรงของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทำให้นุคคลนั้นมีการเผชิญปัญหาได้ในระดับหนึ่ง โดยสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ Moser (2017) ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ และแม้ว่าการศึกษาจะพบว่าการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวก เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคม แต่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความมีอิทธิพลทางตรงของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตได้ดีกว่า การผ่านการเผชิญปัญหา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ รู้สึกได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นๆ ช่วยเยียวยาจิตใจ และได้รับการช่วยเหลือสิ่งอำนวยความสะดวกทำให้เกิดความสะดวกต่อร่างกายและได้รับกำลังใจ ไม่ย่อท้อ ต่ออุปสรรคต่าง ๆ ทำให้เกิดความอดทนพยายาม แม้ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด โดยการศึกษาในครั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่าอาจมีนัยสำคัญทางสถิติระดับมากกว่า .05 ซึ่งไม่ได้วิเคราะห์ในการศึกษาวิจัยนี้โดยผลการวิจัยในครั้งนี้

ประเด็นผลการวิจัยครั้งนี้ที่ 3 พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับสูง ($\beta = 0.83-0.93$) ค่าอิทธิพลทางอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่านเท่ากับ .13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 บ่งบอกว่าคนพิการมีความเข้มแข็งทางใจในระดับสูงทั้งความสงบทางใจ ความอดทนและอดสาเห มีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายโดยสามารถดำรงชีวิตอยู่ตามเส้นทางของตัวเอง ซึ่งหมายถึง การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการ จากครอบครัวหรือผู้ดูแล คนพิการมีการรับรู้ถึงประเด็นดังกล่าวมากเท่าใดแล้วย่อมส่งผลให้คนพิการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสม จากการปรับตัวเชิงบวกด้านความเข้มแข็งทางใจเพื่อรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงจากภาวะการเจ็บป่วยนี้ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ (2558) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งทางใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอนาคต แสดงถึงการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่นเดียวกับผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คนพิการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยมีตัวแปรความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรส่งผ่าน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ภัทรพร ธนาคุณ (2564) ที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อบำบัดจิตใจ จิตวิญญาณและความเป็นอยู่ของกลุ่มผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนและความเข้มแข็งทางใจส่งผลทางบวกต่อบุคคลทั่วไปและกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับความช่วยเหลือจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมากที่สุดและลดภาระพึ่งพาจากผู้อื่น

โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าได้อีกด้วยเช่นเดียวกับผลการวิจัยของ อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2559) และผลการวิจัยของ Wang (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจ และยังค้นพบอีกว่าการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจอีกด้วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเองและใช้ความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เกี่ยวกับความเชื่อมั่นและความสามารถตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจ กล่าวคือ หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถและยอมรับว่าตนเองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยดึงเอาการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวช่วยส่งเสริมหรือเติมเต็มความสามารถที่หายไปได้ เช่น การได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือสิ่งของที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว สิ่งเหล่านั้นจะส่งผลให้คนพิการมีคุณลักษณะที่ดีต่อการปรับตัวมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Migerode et al., (2012) พบว่าการคนพิการที่มีการรับรู้สนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพและมีปริมาณที่เหมาะสมจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสอดคล้องกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัว โดยมีความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยส่งผ่าน เนื่องจาก

มุมมองในการรับรู้ของคนพิการต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวนั้น พบว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้คนพิการมีการฟื้นคืนในด้านจิตใจให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ในแบบที่มีการพึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุดและสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองตามวิถีชีวิตหรือเส้นทางของตน

ข้อสรุปของผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตโดยมีผ่านปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อเป็นเกราะป้องกันด้านจิตใจให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เนื่องจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงมากขึ้น เห็นได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจที่มีค่ามากที่สุดได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง รองลงมาได้แก่ ความสงบทางใจของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งที่สำคัญเมื่อพบว่าบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ยากแก่การฟื้นพลังใจ แต่จะสามารถปรับตัวในเชิงบวกและกลับฟื้นคืนมาดำเนินชีวิตต่อไปได้จากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างสมบูรณ์แบบ

ผลการวิจัยประเด็นที่ 4 ตัวแปรส่งผ่านของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยมีตัวแปรส่งผ่าน 2 ตัวแปรได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิจัยข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ดีกว่า เมื่อเทียบผลการวิเคราะห์จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยมีความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไหมไทย ไชยพันธุ์ (2556) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านจิตใจและด้านสิ่งของเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญจากการได้รับการช่วยเหลือและจัดการกับปัญหา และช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีแก้ปัญหาได้มากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความคิดและการกระทำของบุคคล ซึ่งทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นคลี่คลายลงได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับผลการศึกษา โดยสรุปจากปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความแตกต่างกันและมีความหลากหลายในแต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยตัวแปรตามของการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ลักษณะหรือระดับการอ่อนแรงหรือการเจ็บป่วย โดยกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีภาวะอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง, มีภาวะอ่อนแรงของแขนและขา และภาวะอ่อนแรง แขนและขาซีกใดซีกหนึ่ง พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=2.56, p>.05, \text{Mean}=3.56-3.77, \text{SD}=0.77$) ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ สาเหตุความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุ พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.66, p<.01$) และระยะเวลาการเกิดโรคในกลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งเป็นระยะเวลา 1 เดือนถึง 6 เดือน, มากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี, มากกว่า 1 ปีถึง 3 ปี, และมากกว่า 3 ปีขึ้นไป พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.23, p<.01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ระยะเกิดโรคมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ($\text{Mean}=3.80, \text{SD}=.66$) มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ระยะเกิดโรคช่วง 1 เดือนถึง 6 เดือน ($\text{Mean}=3.39, \text{SD}=.84$)

สอดคล้องกับการวิจัยของ วิไลวรรณ แสงเนียม (2561) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมในสังคมซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงในระยะแรกของการเจ็บป่วย แต่ระดับคุณภาพชีวิตจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นได้ในระยะหลัง กล่าวได้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพเกี่ยวกับระยะเวลาการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันนี้อาจเกี่ยวข้องกับผลการศึกษาซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งทางใจและการเผชิญปัญหาไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว แต่ก็มีความเป็นไปได้ว่าอาจมีนัยสำคัญทางสถิติระดับมากกว่า .05 ซึ่งไม่ได้วิเคราะห์ในการศึกษาวิจัยนี้

2. การนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการอธิบายการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ที่ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ด้านสังคมและปัจจัยด้านกระบวนการเพื่ออธิบายผลลัพธ์ต่อการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้เพื่อหลอมรวมความสามารถในการดำเนินชีวิตเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมซึ่ง จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับ รูปแบบการเปลี่ยนผ่านที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านมีรูปแบบที่สลับซับซ้อนและมีความหลากหลายทั้งแบบมีลำดับขั้นตอน อาจเกิดขึ้นพร้อมกันและรูปแบบที่ไม่มีความสัมพันธ์กันและอาจเกิดขึ้นได้ในบุคคลพร้อม ๆ กัน ซึ่งในการศึกษารูปแบบดังกล่าวอาจเหมาะสำหรับการศึกษาในเชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบของการเปลี่ยนผ่านมากยิ่งขึ้น โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ได้มุ่งเน้นคุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านและรูปแบบการตอบสนอง โดยเงื่อนไขประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ เงื่อนไขในระดับบุคคลและเงื่อนไขด้านสังคมและชุมชน คือความเข้มแข็งทางใจและ

การสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการตอบสนอง คือ การเผชิญปัญหาโดยการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jarrett (2020) ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านของบุคคลที่ต้องเผชิญในทุกช่วงวัยในด้านสุขภาพ และการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยให้อาสาสมัครที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังรับรู้ถึงบทบาทและอัตลักษณ์ใหม่ จนสามารถเข้าถึงความสามารถในการจัดการชีวิตของบุคคลนั้นได้ด้วยตนเอง อาศัยการสนับสนุนทางสังคมที่มุ่งเน้นในการช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวตามเป้าหมายที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหลังเกิดความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่กล่าวถึงกระบวนการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากความร่วมมือและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้ คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจที่มีผลมาจากโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้น ดังเช่นที่ Klimmek (2012) ให้ข้อสังเกตว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง จะช่วยเปลี่ยนแปลงและสนับสนุนเส้นทางที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยหลังมีชีวิตรอดหรือหลังสิ้นสุดการรับรักษาที่มีระยะเวลาการฟื้นฟูที่ยาวนาน เพราะการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลที่มีความเจ็บป่วยหรือในคนพิการมีความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ เมื่อต้องเปลี่ยนผ่านจากบริบทของบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงแปรเปลี่ยนเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยงานวิจัยของ พีพัศน์ ชินตาปัญญากุล (2560) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับด้านสุขภาพในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูหลังผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี มีความรู้สึกดีใจ และสุขสบายดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ สุวารี นิระโส (2017) กล่าวว่า การนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาใช้เพียงผู้ดูแลในระดับบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านในกระบวนการเจ็บป่วยของบุคคลได้เท่านั้น แต่มุ่งเน้นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่ที่สมดุลได้

ผลการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมี ภูด่านจัว (2556) พบว่ากระบวนการที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวหรือผาน จากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งของชีวิตการจะช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวมีการรับรู้และตระหนักถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้สภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ช่วยให้บุคคลและครอบครัวเกิดความเข้าใจได้อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองที่เกิดขึ้นในหลายรูปแบบในแต่ละบุคคล

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับกำหนดนโยบาย

1.1 สำหรับผู้กำหนดนโยบายในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายคนพิการทางการเคลื่อนไหว ควรมีการกำหนดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีความเหมาะสมกับคนพิการ อย่างมีระบบ มีขั้นตอนชัดเจน โดยจากผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ/หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถเข้าถึงและเรียนรู้เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย เป็นต้น เพื่อให้เกิดการส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่านภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จนสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้ และมีการรับรู้สภาพร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ตามวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอยู่หลังเกิดการเปลี่ยนผ่านเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1.2 สำหรับผู้กำหนดนโยบายในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายคนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถนำองค์ความรู้จากความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตคนพิการไปใช้ประกอบการคัดกรอง เพื่อค้นหาคนพิการที่เริ่มมีปัญหาต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามดูแล และส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และควรมีการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบวัดคุณลักษณะทางจิตวิทยา เช่น แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการเผชิญปัญหา ดังนั้นในสถานพยาบาลที่ดูแลกลุ่มคนพิการเหล่านี้อาจเพิ่มเติมแบบวัดดังกล่าวเพื่อคัดกรองเบื้องต้น และควรติดตามผลเป็นระยะ ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้คนพิการมีความเครียด หรือภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป และการปรับตัวที่ดีในเชิงบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. สำหรับครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือ

ผู้ดูแลคนพิการ ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการได้มีโอกาสในการใช้เวลาด้วยกันมากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการได้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ควรมีการสนับสนุนด้านสิ่งของ หรือสิ่งต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมอันเอื้อต่อการทำกิจกรรม รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตแก่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่จำเป็น และการสร้างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ การจัดห้องพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในด้านความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง การส่งเสริมช่องทางสื่อสารภายในครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีการเผชิญปัญหานำกับปัญหาและมุ่งแก้ไขปัญหาด้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การปรับตัวที่หรือการเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาจากประสบการณ์ของผู้อื่นได้มากขึ้น

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแบบจำลองของความสัมพันธภาพโครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยเชิงสาเหตุของความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาของคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันหรือในกลุ่มคนพิการประเภทอื่น ๆ อาจมีการปรับเปลี่ยนตัวแปรให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยเช่นกัน

2. อาจมีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถช่วยให้ศึกษาเจาะลึกในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีการเปลี่ยนผ่านและการปรับตัวได้ดี หรือในกลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับตัวได้ไม่ดี เพื่อค้นหาว่ามีเหตุปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

3. อาจมีการวิจัยเชิงทดลอง ในเชิงการวิจัยทดลองสามารถสร้างเป็นโปรแกรมการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ หรือการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตโดยมีความเข้มแข็งทางใจหรือการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่านให้แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว เพราะผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์จากการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

4. การศึกษาตัวแปรในงานวิจัยนี้คือ ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาให้แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหว อาจเก็บข้อมูลจากคนละแหล่งกลุ่มตัวอย่างโดยอาจเก็บข้อมูลจากครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อให้ทราบถึงการรับรู้ในแต่ละมุมมองที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ทองคุ้ม, นริสรา พิงโพธิ์สม, และ นันทชิตต์สนธ์ สกุลพงศ์. (2021). พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ: แนวคิดและแนวทางการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(1).
- กรรถนิการ์ ภาวะไพบูลย์. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี. (วิทยาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ก. (2563). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. <http://dep.go.th/Content/View/6353/1>
- กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (คณะพยาบาลศาสตร์).
- กัญญาวิรุฬห์ พรหมพันธุ์, มุทิตา คำทัพน์, และเมริษา ยอดมณฑป. (2556). การนับถือศาสนาการเผชิญปัญหาการสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นคืนพลังของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. (ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (คณะจิตวิทยา).
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2543). ไขสันหลังบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา อรัญดร, ประณิต ส่งวัฒนา, นฤมล อนุมาศ, และชมนกัธ รัตติโชติ. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(3).
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔. In. <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER042/GENERAL/DATA/0000/00000138.PDF>
- จารุวรรณ ปิยศิริ, ทวีศักดิ์ กสิผล, และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 22(43-44), 130-142.

- ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. , 24(2), 97-106.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. , 24(2), 97-106.
- ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2556). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 19(3), 349-364.
- ดลฤดี ทับทิม, อังศินันท์ อินทรกำแหง, และ อรินทร์ ชูชม. (2021). ความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแล: สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(1).
- ทศพร คำผลศิริ. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล, 20(1), 65-74.
- ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, นลัษณ์ เชื้อกิจ, และสุชาติ ไชยโรจน์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(1), 96-110.
- ธนาธิรต์ ผ่องแผ้ว. (2558). คุณภาพชีวิตของคณิกาการขององค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช : ปัจจัยที่มีผลและแนวทางการพัฒนา. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (คณะรัฐประศาสนศาสตร์).
- ธิดารัตน์ นงค์ทอง, และพิมพ์พา ขจรธรรม. (2560). การศึกษาคุณภาพชีวิตของคณิกาการรุนแรงทางร่างกายและการเคลื่อนไหว. วารสารพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 19(2), 114-131.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และอภิญา วงศ์พิริยโยธา. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคณิกาการในเขตเมือง. วารสารทหารบก, 16(3), 14-22.
- นาริรัตน์ พุทธกุล. (2557). ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (คณะพยาบาลศาสตร์).
- บุญมี ภูด่านจัว. (2556). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. วารสารสภาการพยาบาล, 28(4), 107-120.
- บุบผา ลาภทวี. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง

- ถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1).
เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, และสุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์
กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
วารสารการสาธารณสุข, 23(2), 199-216.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง. (พยาบาลมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. (บัณฑิตวิทยาลัย).
- ปิยะพิมพ์ กิตติสุทธธรรม. (2544). การยอมรับและการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่
เกี่ยวข้องกับบทบาทของครอบครัว. (สังคมวิทยามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
(คณะรัฐศาสตร์).
- ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่,
49(2), 171-184.
- พรพชร กิตติเพ็ญกุล. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณ ภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอ
บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, 19(2), 53-67.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ศรีสุดา วนาลีสิน, ลัดดา แสนลีหา, และขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2554). ความ
แข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. *Rama Nurs J*, 17(3), 430-443.
- พัทธัย แก้วแพง, ธัญลักษณ์ ขวัญสุข, และณัฐธิดา ไชยเอียด. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(2), 111-116.
- เพ็ญแข แสงสุวรรณ. (2550). Strokeขาดการเลี้ยง : ระวังภัย ห่างไกล โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์
ครั้งที่ 2. Imprint, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- มณฑา ลิ้มทองกุล, และสุภาพ อารีเอื้อ. (2540). แหล่งความเครียดวิธีการเผชิญความเครียดและ
ผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *Rama
Nurs J*, 15(2), 192-205.
- มณฑา ลิ้มทองกุล, และสุภาพ อารีเอื้อ. (2540). แหล่งความเครียดวิธีการเผชิญความเครียดและ
ผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *Rama
Nurs J*, 15(2), 192-205.
- รติพร ถึงฝั่ง. (2556). การวิเคราะห์โมเดลมิมิค:การใช้ประโยชน์จากโปรแกรมLISRELรุ่นทดลองใช้
เพื่องานวิจัย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 18(2), 128-140.

- รัตนภรณ์ คงคา, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2552). การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะโรคหลอดเลือด
การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: เอ็น พีเพรส.
- ราชกิจจานุเบกษา. (๒๕๖๐). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๖๐ มาตรา๗๑. OCSC
Wiki คลังกลางความรู้ด้านHR. [http://wiki.ocsc.go.th/องค์ความรู้กฎหมาย/รัฐธรรมนูญ
แห่งราชอาณาจักรไทย_พุทธศักราช_2560/มาตรา71](http://wiki.ocsc.go.th/องค์ความรู้กฎหมาย/รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย_พุทธศักราช_2560/มาตรา71)
- รุ่งชฎาพร ใจยา. (2558). การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการในเขตเทศบาลเมืองลำพูน จังหวัด
ลำพูน. พิษณุเวชสาร, 11(2), 24-31.
- รุ่งนภา เตชกิจโกศล. (2552). ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราช. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย
ศิลปากร, นครปฐม.
- วิฑูรพร ทินนบุตร. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ไร้รถเข็น ในเขต
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ, 26(1), 208-232.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสาร
วิจัย การศึกษา, 18(3), 8-11.
- วิทยา วิสูตรเรืองเดช. (2557). การปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับผลกระทบจาก
อุบัติเหตุ. (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จิวรรณนา งามศิริอุดม, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ศิริโสภา จรรยาสิงห์, และจุริยา มุตาอุเสน. (2553).
ความต้องการในการดูแลและความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างเข้ารับการรักษาโดยเคมี
บำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. *Siriraj Nursing Journal*, 4(1), 24-34.
- วีรภัทรา ประภาพักตร์. (2554). ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาและคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศศิพันธ์ วาสิน, ฤาเดช เกิดวิชัย, และวรางคณา จันทรงค์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคน
พิการในจังหวัดนนทบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระ
บรมราชูปถัมภ์, 7(2), 83-96.
- ศิริพร นูรณกุลกิจการ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). บาตเจปที่ศีรษะ: การดูแลตามมาตรฐาน H.A. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้ง
เฮาส์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: วิกิภูมิลิน.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. In. http://www.thcc.or.th/ICF/BOOK_ICF.pdf

สินธิ์พัฒนา, ประจักษ์พร คำเมืองลือ, และอภิชนา ไชยวาทะ. (2557). กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้พิการ ไทยขาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 24(3), 86-94.

สิริกัญญา ศิริสม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และจิณันท์ ศรีจักรโคตร. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 8(2), 70-81.

สิริพร เสือรอด. (2558). ความสามารถในการฟื้นฟูพลังกับการพึ่งพาตนเองทางด้านเศรษฐกิจของคนพิการทางกาย: กรณีศึกษา ทหารผ่านศึกนอกประจำการที่พิการทางกาย เขต กรุงเทพมหานคร. (พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาดไทย). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

สุจรรยา โลหาชีวะ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

สุทิน จันทา, วรณี ชาวนันท์สุขุม, และวงศิรา สุวรรณิน. (2554). คุณภาพชีวิตการทำงานของคนพิการทางกายที่ผ่านการฝึกอาชีพจากศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์*, 1(2), 103-114.

สุธา ไพฑูรย์ทอง, ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์, วรณี เดียววิเศษ, และเวทิส ประทุมศรี. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องด้านบุคคลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ต้องขังหญิงเรือนจำพิเศษพัทยา. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สุภัทรา ผิวขาว, ชนกวพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุภัทรา ผิวขาว, ชนกวพร จิตปัญญา, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุภาพ อารีเชื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุภาพร ดีเจริญเกียรติ. (2552). แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองบนพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีสอโศก, กรุงเทพฯ.
- สุริยันต์ ปัญหาราช. (2560). ผลลัพธ์การดำเนินการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภู. เวชศาสตร์ฟื้นฟู, 27(3).
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวารี นิระไล, ศิริรัตน์ ปาอุทัย, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2017). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Nursing Journal*, 44(4), 61-70.
- เสาวนิจ น้อยมงคล, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัส ลิ้มกุล. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 86-98.
- อโนชา ทัศนารณชัย, พิชามณช ภูณโณทก, วรณรัตน์ ลาวัณ, และสุภา สุขสวัสดิ์. (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(2), 108-121.
- อรพินท์ ชูชม. (2545). เอกสารประกอบการสอนวิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์. In. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉรา สุขารมณ. (2559). การฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต Resilience Quotient : RQ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 4(1).
- อำนวยพร อาษานอก. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อุษณีย์ บุญบรรจบ. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. (ปริญาพยาบาลมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ธานี เภาและ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา. (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, ยะลา.

Abraham H. Maslow. (1987). *Motivation and personality*. In Robert Frager, James Fadiman, Cynthia McReynolds, และ Ruth Cox (Eds.).

Aitken LM, Chaboyer W., Kendall E., และ Burmeister E. (2012). Health status after traumatic injury. *J Trauma Acute Care Surg*, 77(6), 1702-1708.

American Psychological Association [APA]. (2001). The Road To Resilience. <http://www.apa.org.helpcenter/road-resilience.aspx>

Ann S. Masten. (2001). Ordinary Magic Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

Ann S. Masten, และ Jelena Obradovic. (2006). Competence and Resilience in Developmen. *Annals New York Academy of Sciences*, 13(27).

Ann S. Masten, Karin M. Best, และ Norman Garmezy. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.

Anna Lau, & Kryss McKenna. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 23(6), 227-238.

Anne Jalowiec. (1988). *A Confirmatory factor analysis of thae jalowice coping scale*. In *Measurement of nursing outcome: Volume one:measurement of client outcome* (pp. 236-308).

Anthony D Ong, C. S. Bergeman, Toni L. Bisconti, & Kimberly A. Wallace. (2006). Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730-749.

Arielle M. Silverman, Ivan R. Molton, Kevin N. Alschuler, & Dawn M. Ehde. (2015). Resilience Predicts Functional Outcomes in People Aging With Disability: A Longitudinal Investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*,

96(7), 1262-1268.

Atana Somrongthong, Sunanta Wongchalee, Korrawan Yodmai, & Piyathida

Kuhirunyaratn. (2013). Quality of Life and Health Status Among Thai Elderly After Economic Crisis, Khon Kaen Province, Thailand. *European Journal of Scientific Research*, 112(3), 314-324.

Atiro Xavier de França, Alexsandro Silva Coura, Eurípedes Gil de França, & Narjara

Neumann Vieira Basílio. (2011). Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. *Revista Da Escola Enfermagem Da USP*, 45(6), 1361-1368.

Brandt P. A., & Weinert C. (1981). The PRQ A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.

Byron Egeland, Elizabeth Carlson, & L. Alan Sroufe. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5(4), 517-528.

C. F. Ruffolo, J. F. Friedland, D. R. Dawson, & A. Colantonio. (1999). Mild traumatic brain injury from motor vehicle accidents: factors associated with return to work. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(4), 392-398.

Carol P. Kaplan, Sandra Turner, Elaine Norman, & Kathy Stillson. (1996). Promoting Resilience Strategies: A Modified Consultation Model. *Social Work in Education*, 18(3), 158-168.

Cobb Sidney. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

Cynthia S. Jacelon. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 123-229.

David Victorson, David S. Tulsy, Pamela A. Kisala, & Claire Z. Kalpakjian. (2015).

Measuring resilience after spinal cord injury: Development, validation and psychometric characteristics of the SCI-QOL Resilience item bank and short form. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 38(3), 366-376.

Dijkers M. (2005). Quality of life of individual with spinal cord injury: A review of conceptualization measurement, and research findings. *Journal of rehabilitation*

research & development, 42, 87-100.

Edith Grotberg. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. In Vol. 8. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*.

Elizabeth A. Bruckbauer. (1991). Recognizing Poststroke Depression. *Rehabilitation Nursing*, 16(1), 34-36.

Elsayed E.A. Hassanein, Taha R. Adawi, & Evelyn S. Johnson. (2021). Social support, resilience, and quality of life for families with children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 112.

Femke Migerode, Bea Maes, Ann Buysse, & Ruben Brondeel. (2012). Quality of Life in Adolescents with a Disability and Their Parents: The Mediating Role of Social Support and Resilience. *Journal of Developmental Physical Disability*, 24, 487-503.

Ferrans C.E. (1987). *Quality of life as a criterion for allocation of life-sustaining treatment*. In I. G. R. A. V. A. Glesnes-Anderson (Ed.).

Ferrans C.E. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7(1), 2-6.

Ferrans C.E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract*, 10(3), 293-304.

G. Netuveli, R. D. Wiggins, S. M. Montgomery, & Z. Hildon. (2008). Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *J Epidemiol Community Health*, 62(11), 987-991.

Gail M. Wagnild. (2010). Discovering Your Resilience Core. All rights reserved. *Open Journal of Psychiatry*, 5(4), 1-4.

Gail M. Wagnild, & Heather M. Young. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Garmezy Norman. (1985). Children in Poverty: Resilience Despite Risk. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 127-136.

Greenglass E., Fiksenbaum L., & Eaton J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress & Coping*, 19(1), 15-31.

- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis*. In 3rd (Ed.).
- Jorunn Drageset, Geir Egil Eide, Harald A. Nygaard, & Margareth Bondevik. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 65-75.
- Joseph E. Gaugler, David L. Roth, William E. Haley, & Mary S. Mittelman. (2011). Modeling Trajectories and Transitions Results From the New York University Caregiver Intervention. *Nursing Research*, 60(35), 28-37.
- Karen J. Reivich, & Martin E. P. Seligman. (2005). Master Resilience Training in the U.S. Army. *American Psychologist*, 66(1), 25-34.
- Karen L. Schumacher, & Afaf Ibrahim Meleis. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Lee BO, Chaboyer W., & Wallis M. (2008). Predictors of health-related quality of life months after traumatic injury. *J Nurs Scholarsh*, 40(1), 83-90.
- Lin-Feng Zhang, Jun Yang, Z. H., Guang-Gu Yuan, & Bei-Fan Zhou. (2003). Proportion of different subtypes of stroke in China. *Stroke*, 34(9), 2091-2096.
- Lisa Wilson, Denise Catalano, Connie Sung, & Brian Phillips. (2013). Attachment Style, Social Support, and Coping as Psychosocial Correlates of Happiness in Persons With Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Research Policy and Education* 27(3), 186 - 205.
- Lynda C. Doward, & Stephen P. McKenna. (2004). Defining Patient-Reported Outcomes. *Value Health*, 7, s4-s8.
- Lynda L.Mandzuk, & Diana E.McMillan. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9(1), 12-18.
- M.A. McColl, & H. Skinner. (1995). Assessing inter- and intrapersonal resources: social support and coping among adults with a disability. *Disability and rehabilitation*, 17(1), 24-34.
- Marc Sommers. (2010). Urban youth in Africa *Environment and Urbanization*, 22(2), 317-

332.

Meleis Afaf Ibrahim. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. In.

Meleis Afaf Ibrahim, Sawyer Linda M., Eun-Ok Hilfinger Messias, & DeAnne K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meng-Yao Li, Yi-Long Yang, Li Liu, & Lie Wang. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(73).

N. Wongpanarak, & A. Wongpiriyayothar. (2015). Relationships Between Self-Esteem, Social Support, and Quality of Life Among Persons with Disabilities in Urban Area. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(3), 14-22.

Norbeck J. S., & Tilden V. P. (1988). International nursing research in social support: theoretical and methodological issues. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 173-178.

Nygren B., Alex L., Jonsen E., & Gustafson Y. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9(4), 354-362.

Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. In.

Padilla Geraldine V., & M., G. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.

Patricia Tempski, Itamar S. Santos, Fernanda B. Mayer, & Sylvia C. Enns. (2015). Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and Quality of Life. *PLOS ONE*, 10(6).

Philip Moons, Werner Budts, & Sabina De Geest. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.

Poonpong Suksawang. (2015). The Basic of Structural Equation Modeling. *Princess of Naratiwas University Journal*, 6(2), 136-143.

Prado Silván-Ferrero, Patricia Recio, Fernando Molero, & Encarnación Nouvilas-Pallejà.

- (2020). Psychological Quality of Life in People with Physical Disability: The Effect of Internalized Stigma, Collective Action and Resilience. *Environmental Research and Public Health*, 17(5).
- Rainer TH, Yeung JH, Cheung SK, & Yuen YK. (2014). Assessment of quality of life and functional outcome in patients sustaining moderate and major trauma: a multicentre, prospective cohort study. *Injury*, 45(5), 902-909.
- Resnick B., Gwyther L. P., and Roberto K. A. (2011). *Resilience in Aging concepts Research, and Outcomes*. In Karen (Ed.).
- Richard S. Lazarus, & Susan Folkman. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. In.
- RN Barker, MD Kendall, DI Amsters, and KJ Pershouse. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *International Spinal Cord Society*, 47(2), 149-155.
- S. Schmidt, T.W. Fischer, M.M. Chren, & B.M. Strauss. (2001). Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *Br J Dermatol*, 5(1), 1038-1043.
- S. Wiedebusch, H. Pollmann, B. Siegmund, & F. A. Muthny. (2008). Quality of life, psychosocial strains and coping in parents of children with haemophilia. *Haemophilia*, 14(5), 1014-1022.
- Safavi H. P., & Bouzari M. (2019). The association of psychological capital, career adaptability and career competency among hotel frontline employees. *Tourism Management Perspectives*, 30, 65-74.
- Schaefer C., Coyne J.C., & Lazarus R.S. (1981). The Health-Related Function of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-405.
- Seligman, M. E. P. (2011). Building Resilience(April 2011).
<https://hbr.org/2011/04/building-resilience>
- Sigune Kaske, Rolf Leferin, Heiko Trentzsch, & Arne Driesse. (2014). Quality of life two years after severe trauma: A single centre evaluation. *Injury*, 45S, S100–S110.
- Singhakhumfu, L. (2002). *Managing everyday life among Thai men with paraplegia : a grounded theory study*. Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Sisto S. A., Drui E., & Sliwinski M. M. (2009). Spinal cord injury management and

- rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 89(3).
- Suniya S. Luthar, Emily L. Lyman, & Elizabeth J. Crossman. (2014). *Resilience and Positive Psychology*. In *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 125-140).
- Suniya S. Luthar, Jeanettea. Sawyer, & Pamela J. Brown. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience: Past, Present, and Future Research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 105-115.
- Sylvie Drapeau, Marie-Christine Saint-Jacques, Rachel Lepine, & Gilles Begin. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of Adolescence*, 30(6), 977-999.
- T. Cartwright, N. Endean, & A. Porter. (2009). Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *British Journal of Dermatology*, 10(5), 1034-1039.
- Tassana Choowattanapakorn, Lena Aléx, B. L., Astrid Norberg, และ Björn Nygren. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nurs Health Sci*, 12(3), 329-335.
- Theris Touhy, & Kathleen Jett. (2010). *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. In.
- W. John Curtis, & Dante Cicchetti. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15(3), 773-810.
- Wagnild G. M, และ Young H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wagnild Gail. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Warren J. Donnellan, Kate M. Bennett, & Laura K. Soulsby. (2016). Family close but friends closer: exploring social support and resilience in older spousal dementia carers. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1222-1228.
- World Health Organization (WHO). (1997). Measuring quality of life.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- Xiancai Cao, Chongming Yang, & Dahua Wang. (2018). The Impact on Mental Health of Losing an Only Child and the Influence of Social Support and Resilience. *Journal*

of Death and Dying, 0(0), 1-19.

Yates, A. M. L. a. B. C. (2004). social support: conceptualization. *Instruments for clinical health-care research*, 164.

Zoe Hildon, Glenn Smith, Gopalakrishnan Netuveli, & David Blane. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30(5), 726-740.







ภาคผนวก ก

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิผลและมีความโปร่งใสและมีความรับผิดชอบ จึงอาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 29 และมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ.2559 และคำสั่งมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ที่ 10189/2563 ลงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง การมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติแทนอธิการบดีแต่งตั้งคณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ (สอบปากเปล่า) ของนางสาวเทวีธรรมา ศรีวิชัย รหัสประจำตัว 62199130454 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ ดังนี้

- | | | |
|-------------------|----------|---|
| 1. ผศ.ดร.ธาวธยา | เขียนของ | ประธาน (ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย) |
| 2. ผศ.ดร.อมรวิทย์ | สุวการ | กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก) |
| 3. อ.ดร.ธีรยุทธ | กลั่นบัว | กรรมการ (กรรมการบริหารหลัก) |

กำหนดวันสอบปริญญานิพนธ์วันที่ 2 กรกฎาคม 2564 เวลา 10.00 – 12.00 น. สอบแบบออนไลน์
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์มีหน้าที่ดังนี้

1. พิจารณาความถี่ความสามารถของนิสิตในการทำปริญญานิพนธ์ โดยประเมินความรู้พื้นฐานในสาขาวิชา ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ตลอดจนการนำเสนอและตอบคำถาม
2. ประธานกรรมการทำหน้าที่ควบคุมการสอบให้เป็นไปตามระเบียบบังคับมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2559 และสรุปผลการสอบตามมติของคณะกรรมการสอบ พร้อมส่งรายงานผลการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์/สารนิพนธ์ (บว.432) ให้กับบัณฑิตวิทยาลัย ภายใน 30 วันหลังสอบ แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายในวาระสุดท้ายของการส่งส่งปริญญานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตาม ปฏิทินการศึกษาที่ประกาศโดยบัณฑิตวิทยาลัย
3. ประธานกรรมการ และกรรมการ พิจารณาการแก้ไขปริญญานิพนธ์ตามคำแนะนำของกรรมการสอบ (ถ้ามี) ตรวจสอบการแก้ไขของปริญญานิพนธ์ และควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์จนนิสิตส่งปริญญานิพนธ์เข้าระบบของมหาวิทยาลัย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2564 เป็นต้นไป จนเสร็จสิ้นหน้าที่กรรมการเมื่อมีคำสั่งมอบปริญญาบัตรให้กับ
สมบูรณ์ โดยบัณฑิตจะต้องส่งเล่มฉบับสมบูรณ์เข้าระบบ i-Thesis และนำส่ง 1)ใบคะแนน บว.432 ที่มีการระบุ %
ซ้ำชื่อคน 2)ใบ DOCUMENTS FOR SUBMISSION OF COMPLETE THESIS 3)ต้นฉบับปริญญานิพนธ์ที่มีบาร์โค้ด
4)หน้าที่มีลายเซ็นคณะกรรมการสอบ ภายในวันที่ 18 สิงหาคม 2564 (30 วันทำการ) และขอคืนเล่มได้ไม่เกิน 15 วันทำการ
คือวันที่ 8 กันยายน 2564 (บัณฑิตประสงค์จะส่งเข้าการศึกษาภาคเรียนที่ 3/2563 วันสุดท้ายการส่งเล่มฉบับสมบูรณ์ วันที่
16 สิงหาคม 2564) หากไม่ส่งในระยะเวลาที่กำหนด บัณฑิตวิทยาลัยจะถือว่าผลงานสอบครั้งนี้ “ไม่ขอ” และบัณฑิต
จะต้องดำเนินการขอวนการสอบผ่านเปล่าๆ โทษที่แน่นอน

สั่ง ณ วันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564

निगडोव द.

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีรชัย แรกปฤถะสาธุ)

ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ที่ อว 8718/2626



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

24 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงทอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ธีรเดช ข.

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

ที่ อว 8718.1/2625

วันที่ 24 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักนวัตกรรมการเรียนรู้

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรพร สุรการ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.พิชชาดา ประสิทธิ์โชค เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.095 941 9058

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ศาสตราจารย์ ดร.เอกปัญญาสกุล

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

ที่ อว 8718.1/2625

วันที่ 24 ธันวาคม 2563

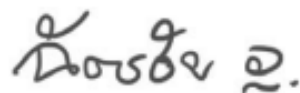
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ กลีบบัว เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.095 941 9058

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันสิรินธร
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และเอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการ
วิจัย ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันสิรินธร
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ฉบับที่ ๖ ประจำปี ๒๕๖๕
ฉบับที่ ๖๕๖๕
หน้า ๑๖ จาก ๑๖



วันที่ ๑๖-๑๒-๒๕๖๕
หน้า ๑๖ จาก ๑๖

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขที่ ๖๕๐๐๒

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : CASUAL RELATIONSHIPS OF FACTORS EFFECTED TO PERSON WITH
PHYSICAL DISABILITIES IN QUALITY OF LIFE

นักวิจัย/หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวณัฏฐา ศรีชัย นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารที่รับรอง :

- ☒ รายละเอียดโครงการ
- ☒ แบบเก็บข้อมูล / แบบสอบถาม
- ☒ ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย
- ☒ ใบสมัครข้อมูลวิจัยของผู้ป่วย
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

วันที่รับรอง ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๕

วันที่หมดอายุ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๕

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้

ลงนาม (นางศุภกัญญา ไชยกุล)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม (นางสาววิภาวดี ธีระวิชัย)
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม (นางสาวณัฏฐา ศรีชัย)
นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม (นางจุฬารัตน์ นันทกุล)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ
สยามบรมราชกุมารี

ที่ อว 8718/89



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้ 1) แบบสอบถาม เรื่อง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
และ 2) แบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) กับผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา
ชุมช่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่านระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือน
เมษายน 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นันทนา ช. ชุมช่วย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างแบบวัดปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (IOC)



**ตัวอย่างแบบวัดปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการ
เคลื่อนไหว**
คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	11 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ	จำนวน	21 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	13 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบวัดการเผชิญปัญหา	จำนวน	13 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน	24 ข้อ

2. กรุณาตอบคำถามให้ครบถ้วนตามความเป็นจริงและตรงตามความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

3. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ แขนงจิตวิทยาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

5. ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่ตัวท่านแต่อย่างใด

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวเพ็ญภา ศรีวิชัย

นักศึกษาปริญญาโท สาขาจิตวิทยาประยุกต์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ เพศทางเลือกนอกจากที่ระบุ
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม
☐ คริสต์ ☐ อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษา
☐ ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
☐ ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 10,001-20,000 บาท
☐ 20,001-30,000 บาท ☐ มากกว่า 30,001 บาท
6. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่า/แยก
7. อาชีพเดิม (ก่อนเกิดภาวะเจ็บป่วย)
☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
8. ระยะเวลาการเจ็บป่วยในครั้งนี้
☐ 1 ถึง 6 เดือน ☐ มากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี
☐ มากกว่า 1 ปี ถึง 3 ปี ☐ มากกว่า 3 ปีขึ้นไป
9. ลักษณะ/ระดับความเจ็บป่วย
☐ อ่อนแรงขาทั้งสองข้าง ☐ อ่อนแรงแขนและขา ☐ อ่อนแรงแขนและขาซีกใดซีกหนึ่ง
10. สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยในครั้งนี้
☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ อุบัติเหตุ ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	<u>ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน	1	หมายถึง	<u>ไม่เห็นด้วยปานกลาง</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน	2	หมายถึง	<u>ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน	3	หมายถึง	<u>เห็นด้วยเล็กน้อย</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน	4	หมายถึง	<u>เห็นด้วยปานกลาง</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน	5	หมายถึง	<u>เห็นด้วยอย่างยิ่ง</u> กับข้อความในประโยค

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	0	1	2	3	4	5
1. ฉันจะทำได้เต็มที่เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจ แม้จะมีอุปสรรคมากมาย						
2. เมื่อฉันพบว่าชีวิตมีอุปสรรค ฉันมีสติที่จะควบคุมสถานการณ์ได้						
3. ฉันเชื่อว่าประสบการณ์ของฉันในอดีต เป็นตัวช่วยในการแก้ไขปัญหาในอนาคตได้						
4. ฉันสามารถเรียนรู้การเผชิญปัญหาจากประสบการณ์ของตนเอง หรือการได้รับการแบ่งปันจากผู้อื่น						
5. ฉันมองว่าการมีปัญหาเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องเผชิญ						
6. เมื่อมีปัญหา ฉันตัดสินใจที่ดำเนินชีวิตในเส้นทางใหม่ที่ฉันวางแผนไว้						
7. แม้ว่าฉันรู้สึกท้อแท้ หรือผิดหวังแต่ฉันจะพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย						
8. ฉันมีความพยายามมากพอที่จะสร้างชีวิตใหม่ ที่ทำให้ฉันมีชีวิตที่ดีขึ้น						

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด
 เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึง ความช่วยเหลือต่าง ๆ จากครอบครัว หรือผู้ดูแลของท่าน โดยมี
 เกณฑ์ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ข้อความในประโยค <u>ไม่จริงเลย</u>
คะแนน	1	หมายถึง	ข้อความในประโยค <u>จริงน้อยที่สุด</u>
คะแนน	2	หมายถึง	ข้อความในประโยค <u>จริงน้อย</u>
คะแนน	3	หมายถึง	ข้อความในประโยค <u>จริง</u>
คะแนน	4	หมายถึง	ข้อความในประโยค <u>จริงมาก</u>
คะแนน	5	หมายถึง	ข้อความในประโยค <u>จริงมากที่สุด</u>

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง					
	0	1	2	3	4	5
1. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจาก ครอบครัว/ผู้ดูแล						
2. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาจากครอบครัว/ ผู้ดูแล						
3. เมื่อฉันมีปัญหาหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ครอบครัว/ ผู้ดูแลสามารถอธิบายให้ฉันเข้าใจได้ทุกครั้ง						
4. เมื่อครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจะ นำมาถ่ายทอดให้แก่ฉัน						
5. เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจตามนัด คนใน ครอบครัว/ผู้ดูแลจะนำมาบอกฉัน						
6. ฉันได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว/ผู้ดูแล ของฉัน						
7. ครอบครัว/ผู้ดูแล สนใจฟังฉันเมื่อฉันต้องการปรับทุกข์หรือ ระบายความไม่สบายใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉัน						
8. เมื่อฉันอยู่กับครอบครัว/ผู้ดูแล ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย						

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา (Coping)

คำชี้แจง: การเผชิญปัญหาเป็นลักษณะในการควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเลย
- คะแนน 1 หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาแต่ นาน ๆ ครั้ง (1-3ครั้ง/เดือน)
- คะแนน 2 หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา บางครั้ง (1-2ครั้ง/สัปดาห์)
- คะแนน 3 หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา บ่อยครั้ง (3-4ครั้ง/สัปดาห์)
- คะแนน 4 หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา เกือบทุกครั้ง
- คะแนน 5 หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา ทุกครั้ง

ข้อความ	ระดับการใช้วิธีการเผชิญปัญหา					
	0	1	2	3	4	5
1. ฉันคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหา						
2. ฉันพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกแง่มุม						
3. ฉันพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้ดีขึ้น						
4. ฉันลองแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เพื่อดูว่า วิธีไหนดีที่สุด						
5. ฉันพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ไขปัญหา						
6. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันแสดงออกด้วยการมีอารมณ์ฉุนเฉียว สบถ						
7. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันรู้สึก กระวนกระวายและหงุดหงิดใจ						
8. ฉันตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา						

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับคุณภาพชีวิต (Quality of life)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	<u>ไม่พึงพอใจอย่างมาก</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 1	หมายถึง	<u>ไม่พึงพอใจ</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 2	หมายถึง	<u>ค่อนข้างจะไม่พึงพอใจ</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 3	หมายถึง	<u>พึงพอใจค่อนข้างมาก</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 4	หมายถึง	<u>พึงพอใจอย่างมาก</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 5	หมายถึง	<u>พึงพอใจมากที่สุด</u> กับข้อความในประโยค

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	0	1	2	3	4	5
1. ฉันพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในตอนนี						
2. ฉันคิดว่า ฉันมีคุณภาพชีวิตหรือความเป็นอยู่ที่ดี						

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	<u>ไม่เห็นด้วยอย่างมาก</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 1	หมายถึง	<u>ไม่เห็นด้วย</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 2	หมายถึง	<u>ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 3	หมายถึง	<u>เห็นด้วยค่อนข้างมาก</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 4	หมายถึง	<u>เห็นด้วยอย่างมาก</u> กับข้อความในประโยค
คะแนน 5	หมายถึง	<u>เห็นด้วยมากที่สุด</u> กับข้อความในประโยค

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	0	1	2	3	4	5
1.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดแขนขา ปวดตามตัว ทำให้ฉันไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้						
2. ฉันมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)						
3. ฉันรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรด้วยตนเองได้ในแต่ละวัน						
4. ฉันพอใจกับความสามารถในการทำกิจกรรมของฉัน						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	0	1	2	3	4	5
5. ฉันสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง						
6. ฉันรู้สึกมีความสุข หรือมีความสงบในชีวิต						
7. ฉันมีสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง						
8. ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง						

*****ขอขอบคุณที่สละเวลา*****



ตาราง 9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบวัดปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ข้อ	คุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจ	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
		1	2	3			
1	ฉันสามารถจัดการสิ่งที่ยุ่งยากให้ผ่านไปได้ด้วยดี	0	0	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
2	ฉันจะทำอย่างเต็มที่เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจ แม้จะมีอุปสรรคมากมาย	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
3	เมื่อฉันพบว่าชีวิตมีอุปสรรค ฉันมีสติที่จะควบคุมสถานการณ์ได้	1	0	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
4	ฉันเชื่อว่าประสบการณ์ของฉันในอดีต เป็นตัวช่วยในการแก้ไขปัญหาในอนาคตได้	1	1	0	2	0.67	คัดเลือกไว้
5	ฉันสามารถเรียนรู้การเผชิญปัญหาจากประสบการณ์ของตนเอง หรือการได้รับการแบ่งปันจากผู้อื่น	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
6	ฉันมองว่าการมีปัญหเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องเผชิญ	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
7	เมื่อมีปัญหา ฉันตัดสินใจที่ดำเนินชีวิตในเส้นทางใหม่ที่ฉันวางแผนไว้	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
8	แม้ว่าฉันรู้สึกท้อแท้ หรือผิดหวังแต่ฉันจะพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
9	ฉันเชื่อว่าฉันมีความพยายามมากพอที่จะสร้างหนทางชีวิตใหม่	1	-1	0	0	0	ตัดทิ้ง
10	ฉันมีความพยายามมากพอที่จะสร้างชีวิตใหม่ ที่ทำให้ฉันมีชีวิตที่ดีขึ้น	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
11	ฉันเชื่อว่าชีวิตของฉันยังมีโอกาสเสมอ	1	1	0	2	0.67	คัดเลือกไว้

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	คุณลักษณะความเข้มแข็งทางใจ	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
		1	2	3			
12	ฉันเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
13	ฉันสามารถทนต่อแรงกดดันในชีวิต	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
14	ฉันเชื่อมั่นว่าการบำบัดรักษาจะทำให้ตนเองมีชีวิตดีขึ้น	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
15	ฉันเชื่อว่า ฉันสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นได้	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
16	ฉันรับรู้ถึงข้อจำกัดของความสามารถของตนเอง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
17	เมื่อฉันอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ฉันใช้ความสามารถของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหา	1	0	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
18	ฉันเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
19	ชีวิตของฉันมีความหมาย	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
20	ฉันภูมิใจในตัวเองเมื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งสำเร็จ	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
21	ฉันยังคงดำเนินชีวิตไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แม้เส้นทางนั้นจะมีอุปสรรคมากมายก็ตาม	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
22	ฉันเชื่อว่าฉันยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามแผนที่ฉันวางไว้	-1	-1	0	-2	-0.67	ตัดทิ้ง
23	ฉันสามารถวางแผนชีวิตในอนาคตได้โดยที่แผนนั้น ไม่จำเป็นต้องเหมือนคนอื่น ๆ	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
24	ฉันรู้ว่าฉันไม่ใช่คนเดียวในโลกที่ต้องเผชิญกับความทุกข์เช่นนี้	1	0	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
25	ฉันเชื่อว่า ฉันสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ถึงแม้ว่าฉันจะเจ็บป่วย	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
26	ฉันสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระอย่างที่ฉันต้องการ	1	1	0	2	0.67	คัดเลือกไว้

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	คุณลักษณะการสนับสนุนทางสังคม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
1	ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว/ผู้ดูแล	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
2	ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาจากครอบครัว/ผู้ดูแล	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
3	เมื่อฉันมีปัญหาหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถอธิบายให้ฉันเข้าใจได้ทุกครั้ง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
4	เมื่อครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจะนำมาถ่ายทอดให้แก่ฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
5	เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจตามนัด คนในครอบครัว/ผู้ดูแลจะนำมาบอกฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
6	คนในครอบครัว/ผู้ดูแลคอยเตือนเมื่อฉันไม่ไปตรวจตามนัด	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
7	ฉันได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว/ผู้ดูแลของฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
8	ครอบครัว/ผู้ดูแล สนใจฟังฉันเมื่อฉันต้องการปรึกษาหรือระบายความไม่สบายใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
9	เมื่อฉันอยู่กับครอบครัว/ผู้ดูแล ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
10	คนในครอบครัว/ผู้ดูแลให้กำลังใจฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
11	ฉันได้รับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต จากครอบครัว/ผู้ดูแล	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
12	ครอบครัว/ผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันแล้วทำให้ฉันสุขสบาย	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
13	ฉันมักได้รับของขวัญจากครอบครัว/ผู้ดูแล	0	0	1	1	0.33	ตัดทิ้ง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	คุณลักษณะการสนับสนุนทางสังคม	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
14	เมื่อฉันเจ็บป่วยและต้องการพบแพทย์คนในครอบครัวยินดีพาฉันไปรับการตรวจรักษา	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
15	ครอบครัว/ผู้ดูแล ช่วยเหลือจัดที่พักให้ฉันได้อยู่อย่างสะดวกสบาย	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
16	เมื่อต้องไปโรงพยาบาลฉันได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายจากครอบครัว/ผู้ดูแล	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
	คุณลักษณะการเผชิญปัญหา						
1	ฉันคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหา	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
2	ฉันหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
3	ฉันยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
4	ฉันพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและครอบคลุมทุกแง่มุม	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
5	ฉันปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
6	ฉันพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้ดีขึ้น	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
7	ฉันกำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
8	ฉันลองแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เพื่อดูว่า วิธีไหนดีที่สุด	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
9	ฉันพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ไขปัญหา	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	คุณลักษณะการเผชิญปัญหา	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
10	ฉันกังวลใจ	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
11	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันแสดงออกด้วยการมีอารมณ์ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
12	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันรู้สึก กระวนกระวาย และหงุดหงิดใจ	1	0	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
13	ฉันตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	1	1	0	2	0.67	คัดเลือกไว้
14	เมื่อเกิดปัญหาฉันจะระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ	1	1	0	2	0.67	คัดเลือกไว้
15	ฉันขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	-1	1	0	0	0	ตัดทิ้ง
16	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันพยายามลืมปัญหาคิดถึงเรื่องอื่นแทน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
17	ฉันพยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
18	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันสวดมนต์และเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่น่าเชื่อถือต่าง ๆ	0	1	1	2	0.67	คัดเลือกไว้
19	ฉันปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาคือความผิด	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
20	ฉันเตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
21	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันแยกตัว อยู่คนเดียวเพียงลำพัง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
22	ฉันเลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	คุณลักษณะการเผชิญปัญหา	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
23	ฉันปล่อยให้สถานการณ์เป็นไป เพราะเชื่อว่าเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
24	ฉันบอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
25	ฉันมองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	-1	1	1	1	0.33	ตัดทิ้ง
คุณลักษณะคุณภาพชีวิต							
1	ฉันพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อยู่	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
2	ฉันคิดว่าฉันมีคุณภาพชีวิตหรือชีวิตความเป็นอยู่	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
3	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ฉันไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
4	ฉันมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
5	ฉันพอใจกับการนอนหลับของฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
6	ฉันรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรด้วยตนเองเพื่อให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
7	ฉันจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะใช้ชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
8	ฉันจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะใช้ชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
9	ฉันพอใจกับความสามารถในการทำกิจกรรมของฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
10	ฉันสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
11	ฉันรู้สึกมีความสุข หรือมีความสุขในชีวิต	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	คุณลักษณะคุณภาพชีวิต	ผู้เชี่ยวชาญคนที่			รวม	เฉลี่ย	ผลการพิจารณา
12	ฉันมีสมมติในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
13	ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
14	ฉันยอมรับลักษณะภายนอกของตัวเองในปัจจุบัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
15	ฉันมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวล อยู่บ่อยครั้ง	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
16	ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีความหมาย	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
17	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรกับผู้อื่น	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
18	ฉันพอใจกับการช่วยเหลือเพื่อนเสมอ	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
19	ฉันพอใจในชีวิตทางเพศของฉัน (หมายถึงการจัดการอารมณ์ทางเพศ)	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
20	ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
21	ฉันพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
22	ฉันมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
23	ฉันพอใจที่จะไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามจำเป็น	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
24	ฉันได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
25	ฉันมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
26	ฉันพอใจสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพฉัน	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้
27	ฉันพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของฉัน (หมายถึงการคมนาคม)	1	1	1	3	1	คัดเลือกไว้

ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .33 -.67

ค่าความเชื่อมั่น มีค่าระหว่าง .694-.949

หมายเหตุ

ในการคัดเลือกข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาเลือกข้อคำถามเพื่อสร้างแบบวัด
ดังนี้

1. โดยการเลือกข้อความ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดและทฤษฎี
ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต
2. คัดเลือกค่าอำนาจจำแนกแบบ Corrected Item-Total Correlation ที่มีค่าสูง ที่มีค่า
อำนาจจำแนกตั้งแต่ .33 ขึ้นไป
3. พิจารณาข้อคำถามที่ไม่ซ้ำกัน หรือความหมายใกล้เคียงกัน ได้ข้อคำถาม 82 ข้อ จาก
จำนวน 92 ข้อ



คำสั่งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โมเดลเชิงสาเหตุ ด้วยโปรแกรม Mplus

```
TITLE:  model_nook

DATA:
  FILE IS data_compute.dat;

VARIABLE:
  NAMES ARE R1 R2 R3 R4 R5 S1 S2 S3 C1 C2 C3 Qall Q1 Q2 Q3;
  USEVARIABLES ARE R1 R2 R3 R4 R5 S1 S2 S3 C1 C2 C3 Qall Q1 Q2 Q3;

ANALYSIS:
  TYPE IS GENERAL;
  ESTIMATOR IS ML;
  ITERATIONS = 1000;
  CONVERGENCE = 0.00005;

MODEL:
  Res by R1 R2 R3 R4 R5;
  Soc by S1 S2 S3;
  Qol by Qall Q1 Q2 Q3;
  Cop by C1* C2 C3;
  c1@0.01;
  c2@1.32;
  c3@0.71;
  Cop@1;

Qol on Res Cop Soc;
Cop on Res Soc;
Res on Soc;

Q3      WITH Q1;
C3      WITH C2;
C2 WITH C1;
C3 WITH C1;
Q2 WITH R4;
Q3 WITH S3;
Q2 WITH C3;
S2 WITH R4;
R2 WITH R1;
C2 WITH R4;
Q1 WITH R2;
QALL WITH S1;
C1 WITH R3;
R4 WITH R1;
Q3 WITH Q2;
Q1 WITH S3;
C3 WITH C2;
C3 WITH S2;
Q1 WITH R5;
Q2 WITH R5;
Q2 WITH R1;
S1 WITH R5;
C3 WITH R4;
Q3 WITH S2;
Q3 WITH S1;
Q1 WITH S2;
Q2 WITH C2;
Q1 WITH S1;
QALL WITH R3;
Q3 WITH R3;
C3 WITH R2;
```

```

Q3 WITH C2;
C2 WITH R2;
C2 WITH R1;
S1 WITH R2;
C1 WITH S2;
C1 WITH R4;
C1 WITH R1;
Q2      WITH S1 ;
Q2      WITH C1 ;
C1      WITH R5;
Q3      WITH C1;
R5      WITH R3;
Q2      WITH S2;
S3      WITH R3;
R3      WITH R1;

```

```

MODEL INDIRECT:
Qol IND Res Soc;
Qol IND Soc;
Qol IND Res;

```

OUTPUT: SAMFSTAT MODINDICES (0) STANDARDIZED;

INPUT READING TERMINATED NORMALLY

model_nook

SUMMARY OF ANALYSIS

Number of groups	1
Number of observations	222
Number of dependent variables	15
Number of independent variables	0
Number of continuous latent variables	4

Observed dependent variables

Continuous					
R1	R2	R3	R4	R5	S1
S2	S3	C1	C2	C3	QALL
Q1	Q2	Q3			

Continuous latent variables			
RES	SOC	QOL	COP

Estimator	ML
Information matrix	OBSERVED
Maximum number of iterations	1000
Convergence criterion	0.500D-04
Maximum number of steepest descent iterations	20

Input data file(s)
data_compute.dat

Input data format FREE

	1	4.477	4.428	4.365	4.530	4.282 ⁻
	Means					
	S1	S2	S3	C1	C2	
	1	3.543	4.173	4.222	4.078	1.775 ⁻
	Means					
	C3	QALL	Q1	Q2	Q3	
	1	2.740	3.592	3.459	3.691	3.759 ⁻
	Covariances					
	R1	R2	R3	R4	R5	
R1	0.387					
R2	0.356	0.569				
R3	0.340	0.422	0.488			
R4	0.281	0.379	0.373	0.495		
R5	0.328	0.418	0.422	0.371	0.567	
S1	0.102	0.193	0.123	0.119	0.202	
S2	0.140	0.217	0.188	0.264	0.220	
S3	0.118	0.179	0.139	0.166	0.173	
C1	0.240	0.272	0.307	0.275	0.288	
C2	-0.183	-0.233	-0.148	-0.278	-0.157	
C3	-0.049	-0.116	-0.044	-0.100	-0.058	
QALL	0.288	0.358	0.317	0.361	0.366	
Q1	0.209	0.211	0.266	0.233	0.339	
Q2	0.239	0.270	0.264	0.318	0.318	
Q3	0.244	0.307	0.275	0.303	0.306	
	Covariances					
	S1	S2	S3	C1	C2	
S1	1.699 ⁻					
S2	0.920	1.360				
S3	0.945	0.945	1.085			
C1	0.150	0.292	0.224	0.674		
C2	0.006	-0.070	-0.082	-0.096	1.763	
C3	-0.024	-0.105	-0.035	0.123	0.593	
QALL	0.069	0.356	0.276	0.326	-0.108	
Q1	-0.036	0.084	0.006	0.219	0.051	
Q2	0.110	0.254	0.186	0.292	-0.140	
Q3	0.306	0.428	0.431	0.335	-0.183	
	Covariances					
	C3	QALL	Q1	Q2	Q3	
C3	1.393 ⁻					
QALL	0.038	1.589				
Q1	0.108	0.683	0.925			
Q2	0.111	0.661	0.487	0.610		
Q3	-0.020	0.746	0.355	0.488	0.853	
	Correlations					
	R1	R2	R3	R4	R5	

R1	1.000				
R2	0.759	1.000			
R3	0.782	0.802	1.000		
R4	0.641	0.713	0.757	1.000	
R5	0.701	0.736	0.803	0.700	1.000
S1	0.126	0.196	0.135	0.130	0.206
S2	0.193	0.246	0.230	0.322	0.251
S3	0.182	0.228	0.190	0.226	0.221
C1	0.469	0.439	0.536	0.477	0.467
C2	-0.221	-0.233	-0.159	-0.297	-0.157
C3	-0.066	-0.131	-0.054	-0.121	-0.065
QALL	0.367	0.377	0.359	0.407	0.386
Q1	0.349	0.291	0.395	0.344	0.469
Q2	0.492	0.458	0.483	0.578	0.540
Q3	0.425	0.441	0.426	0.466	0.440

Correlations					
	S1	S2	S3	C1	C2
S1	1.000				
S2	0.605	1.000			
S3	0.696	0.778	1.000		
C1	0.140	0.305	0.262	1.000	
C2	0.003	-0.045	-0.060	-0.088	1.000
C3	-0.016	-0.076	-0.028	0.127	0.378
QALL	0.042	0.242	0.210	0.315	-0.064
Q1	-0.029	0.075	0.006	0.278	0.040
Q2	0.108	0.279	0.228	0.455	-0.135
Q3	0.254	0.397	0.448	0.442	-0.150

Correlations					
	C3	QALL	Q1	Q2	Q3
C3	1.000				
QALL	0.025	1.000			
Q1	0.095	0.563	1.000		
Q2	0.120	0.672	0.649	1.000	
Q3	-0.018	0.640	0.399	0.676	1.000

UNIVARIATE HIGHER-ORDER MOMENT DESCRIPTIVE STATISTICS

UNIVARIATE HIGHER-ORDER MOMENT DESCRIPTIVE STATISTICS								
iles		Variable/	Mean/	Skewness/	Minimum/	% with	Percent	
0%		Sample Size	Variance	Kurtosis	Maximum	Min/Max	20%/60%	40%/8
0%		Median						
0	R1		4.477	-1.965	0.600	0.45%	4.000	4.60
	4.600							
0		222.000	0.387	6.527	5.000	33.78%	4.800	5.00
	R2		4.428	-2.266	0.250	0.45%	4.000	4.50
0	4.750							
		222.000	0.569	6.966	5.000	37.84%	4.750	5.00
0	R3		4.365	-1.733	0.750	0.45%	4.000	4.25
	4.500							
0		222.000	0.488	4.776	5.000	31.53%	4.750	5.00
	R4		4.530	-2.165	0.500	0.45%	4.000	4.75
0	4.750							
		222.000	0.495	5.985	5.000	48.20%	5.000	5.00

0							
0	R5		4.282	-1.328	1.000	0.45%	3.750
0	4.500	222.000	0.567	2.122	5.000	29.73%	4.750
0							5.00
0	S1		3.543	-0.882	0.000	2.25%	2.200
0	4.000	222.000	1.699	-0.047	5.000	16.22%	4.200
0							4.80
0	S2		4.173	-1.809	0.000	0.90%	3.500
0	4.750	222.000	1.360	2.796	5.000	40.54%	5.000
0							5.00
0	S3		4.222	-1.477	0.250	0.90%	3.500
0	4.750	222.000	1.085	1.606	5.000	44.59%	5.000
0							5.00
0	C1		4.078	-0.981	0.800	0.45%	3.400
0	4.100	222.000	0.674	1.039	5.000	23.42%	4.400
0							5.00
0	C2		1.775	0.644	0.000	5.41%	0.500
0	1.500	222.000	1.763	-0.520	5.000	2.70%	1.750
0							3.00
0	C3		2.740	-0.184	0.000	1.35%	1.500
0	3.000	222.000	1.393	-0.705	5.000	3.60%	3.250
0							3.75
0	QALL		3.592	-0.816	0.000	1.35%	3.000
0	4.000	222.000	1.589	0.045	5.000	25.23%	4.000
0							5.00
0	Q1		3.459	-0.673	0.800	0.90%	2.600
0	3.600	222.000	0.925	-0.070	5.000	4.05%	3.800
0							4.20
0	Q2		3.691	-0.942	1.110	0.45%	3.220
0	3.890	222.000	0.610	0.699	5.000	1.35%	4.000
0							4.44
0	Q3		3.759	-0.797	0.750	0.45%	2.880
0	3.880	222.000	0.853	0.351	5.000	8.56%	4.130
0							4.63

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

WARNING: THE RESIDUAL COVARIANCE MATRIX (THETA) IS NOT POSITIVE DEFINITE.
THIS COULD INDICATE A NEGATIVE VARIANCE/RESIDUAL VARIANCE FOR AN OBSERVED
VARIABLE, A CORRELATION GREATER OR EQUAL TO ONE BETWEEN TWO OBSERVED
VARIABLES, OR A LINEAR DEPENDENCY AMONG MORE THAN TWO OBSERVED VARIABLES.
CHECK THE RESULTS SECTION FOR MORE INFORMATION.
PROBLEM INVOLVING VARIABLE C1.



MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters	93
Loglikelihood	
H0 Value	-3410.088
H1 Value	-3381.096

Page: 5

c:\users\user\desktop\data_compute(1) (1)\data_compute4.out

Information Criteria

Akaike (AIC)	7006.177
Bayesian (BIC)	7322.626
Sample-Size Adjusted BIC	7027.901
(n* = (n + 2) / 24)	

Chi-Square Test of Model Fit

Value	57.985
Degrees of Freedom	42
P-Value	0.0513

RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

Estimate	0.041	
90 Percent C.I.	0.000	0.066
Probability RMSEA <= .05	0.694	

CFI/TLI

CFI	0.992
TLI	0.981

Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

Value	2167.358
Degrees of Freedom	105
P-Value	0.0000

SRMR (Standardized Root Mean Square Residual)

Value	0.105
-------	-------



MODEL RESULTS

		Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
RES	BY				
R1		1.000	0.000	999.000	999.000
R2		1.270	0.089	14.219	0.000
R3		1.271	0.089	14.275	0.000
R4		1.070	0.091	11.801	0.000
R5		1.276	0.106	12.054	0.000
SOC	BY				
S1		1.000	0.000	999.000	999.000
S2		0.983	0.078	12.525	0.000
S3		1.016	0.079	12.927	0.000
QOL	BY				
QALL		1.000	0.000	999.000	999.000
Q1		0.756	0.069	11.000	0.000
Q2		0.701	0.057	12.225	0.000
Q3		0.791	0.079	10.015	0.000
COP	BY				
C1		0.759	0.038	20.075	0.000
C2		0.515	0.170	3.027	0.002
C3		0.786	0.084	9.409	0.000
QOL	ON				
RES		1.014	0.149	6.793	0.000
COP		0.104	0.053	1.960	0.050
SOC		0.125	0.066	1.888	0.059

Page: 6

c:\users\user\desktop\data_compute(1) (1)\data_compute4.out

COP	ON				
RES		0.509	0.155	3.287	0.001
SOC		0.162	0.063	2.565	0.010
RES	ON				
SOC		0.127	0.036	3.516	0.000
Q3	WITH				
Q1		-0.197	0.038	-5.234	0.000
S3		0.209	0.047	4.415	0.000
Q2		-0.043	0.032	-1.330	0.183
S2		0.159	0.052	3.068	0.002
S1		0.112	0.065	1.717	0.086
R3		-0.030	0.015	-1.986	0.047
C2		-0.077	0.047	-1.622	0.105
C1		0.079	0.037	2.159	0.031

C3	WITH				
C2		0.134	0.110	1.217	0.223
C1		-0.438	0.076	-5.733	0.000
S2		-0.087	0.050	-1.727	0.084
R4		-0.074	0.033	-2.200	0.028
R2		-0.082	0.033	-2.492	0.013
C2	WITH				
C1		-0.401	0.150	-2.684	0.007
R4		-0.150	0.038	-4.006	0.000
R2		-0.087	0.038	-2.326	0.020
R1		-0.060	0.029	-2.088	0.037
Q2	WITH				
R4		0.067	0.014	4.791	0.000
C3		0.081	0.035	2.339	0.019
R5		0.055	0.014	3.833	0.000
R1		0.030	0.011	2.650	0.008
C2		-0.083	0.040	-2.078	0.038
S1		-0.046	0.038	-1.203	0.229
C1		0.075	0.028	2.676	0.007
S2		0.029	0.026	1.150	0.250
S2	WITH				
R4		0.072	0.021	3.417	0.001
R2	WITH				
R1		0.018	0.016	1.115	0.265
Q1	WITH				
R2		-0.048	0.020	-2.484	0.013
S3		-0.195	0.049	-4.022	0.000
R5		0.078	0.023	3.443	0.001
S2		-0.157	0.054	-2.884	0.004
S1		-0.218	0.070	-3.135	0.002
QALL	WITH				
S1		-0.189	0.072	-2.627	0.009
R3		-0.050	0.020	-2.448	0.014
C1	WITH				
R3		0.084	0.024	3.498	0.000
S2		0.072	0.037	1.939	0.052
R4		0.065	0.026	2.544	0.011
R1		0.057	0.022	2.590	0.010
R5		0.063	0.027	2.324	0.020
R4	WITH				
R1		-0.017	0.013	-1.296	0.195



S1	WITH				
R5		0.058	0.027	2.112	0.035
R2		0.038	0.026	1.430	0.153
R5	WITH				
R3		0.015	0.015	1.031	0.302
S3	WITH				
R3		-0.018	0.013	-1.352	0.176
R3	WITH				
R1		0.010	0.012	0.832	0.406
Intercepts					
R1		4.477	0.040	111.241	0.000
R2		4.428	0.049	90.498	0.000
R3		4.365	0.046	95.925	0.000
R4		4.530	0.044	103.066	0.000
R5		4.282	0.050	86.085	0.000
S1		3.543	0.087	40.549	0.000
S2		4.173	0.077	54.051	0.000
S3		4.222	0.070	60.301	0.000
C1		4.078	0.054	75.549	0.000
C2		1.775	0.085	20.821	0.000
C3		2.740	0.079	34.584	0.000
QALL		3.592	0.084	42.631	0.000
Q1		3.459	0.064	53.693	0.000
Q2		3.691	0.051	72.017	0.000
Q3		3.759	0.061	62.078	0.000
Variances					
SOC		0.926	0.148	6.237	0.000
Residual Variances					
R1		0.123	0.020	6.113	0.000
R2		0.150	0.021	7.290	0.000
R3		0.077	0.016	4.688	0.000
R4		0.158	0.018	8.569	0.000
R5		0.164	0.023	7.253	0.000
S1		0.769	0.085	9.049	0.000
S2		0.429	0.059	7.218	0.000
S3		0.133	0.047	2.841	0.004
C1		0.010	0.000	999.000	999.000
C2		1.320	0.000	999.000	999.000
C3		0.710	0.000	999.000	999.000
QALL		0.679	0.078	8.681	0.000
Q1		0.409	0.049	8.330	0.000
Q2		0.142	0.027	5.226	0.000
Q3		0.252	0.057	4.397	0.000
RES		0.222	0.034	6.499	0.000
QOL		0.563	0.088	6.383	0.000
COP		1.000	0.000	999.000	999.000

STANDARDIZED MODEL RESULTS

STDYX Standardization

		Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
RES	BY				
R1		0.811	0.037	22.107	0.000
R2		0.847	0.025	33.936	0.000
R3		0.912	0.021	43.290	0.000
R4		0.795	0.030	26.893	0.000
R5		0.838	0.027	31.132	0.000

S1		0.739	0.035	21.159	0.000
S2		0.822	0.030	27.854	0.000
S3		0.937	0.024	39.841	0.000
QOL	BY				
QALL		0.754	0.034	22.162	0.000
Q1		0.746	0.036	20.451	0.000
Q2		0.869	0.029	30.468	0.000
Q3		0.831	0.044	18.810	0.000
COP	BY				
C1		0.992	0.001	1357.591	0.000
C2		0.426	0.113	3.786	0.000
C3		0.700	0.037	19.035	0.000
QOL	ON				
RES		0.521	0.054	9.600	0.000
COP		0.115	0.058	1.997	0.046
SOC		0.127	0.065	1.966	0.049
COP	ON				
RES		0.235	0.069	3.401	0.001
SOC		0.148	0.056	2.629	0.009
RES	ON				
SOC		0.251	0.066	3.794	0.000
Q3	WITH				
Q1		-0.614	0.155	-3.971	0.000
S3		1.141	0.309	3.698	0.000
Q2		-0.226	0.201	-1.128	0.259
S2		0.484	0.153	3.155	0.002
S1		0.253	0.143	1.773	0.076
R3		-0.215	0.119	-1.812	0.070
C2		-0.133	0.083	-1.617	0.106
C1		1.571	0.696	2.256	0.024
C3	WITH				
C2		0.139	0.114	1.217	0.223
C1		-5.200	0.907	-5.733	0.000
S2		-0.158	0.091	-1.742	0.082
R4		-0.220	0.099	-2.212	0.027
R2		-0.251	0.101	-2.479	0.013
C2	WITH				
C1		-3.492	1.301	-2.684	0.007
R4		-0.329	0.079	-4.154	0.000
R2		-0.197	0.086	-2.296	0.022
R1		-0.149	0.071	-2.091	0.037
Q2	WITH				
R4		0.448	0.083	5.422	0.000
C3		0.256	0.107	2.387	0.017
R5		0.358	0.096	3.734	0.000
R1		0.224	0.083	2.683	0.007
C2		-0.192	0.091	-2.104	0.035
S1		-0.138	0.116	-1.190	0.234
C1		1.977	0.702	2.816	0.005
S2		0.119	0.102	1.164	0.244
S2	WITH				
R4		0.278	0.074	3.736	0.000
R2	WITH				
R1		0.135	0.110	1.229	0.219

Q1	WITH				
R2		-0.196	0.078	-2.507	0.012
S3		-0.838	0.248	-3.379	0.001
R5		0.303	0.081	3.764	0.000
S2		-0.375	0.131	-2.858	0.004
S1		-0.389	0.125	-3.126	0.002
QALL	WITH				
S1		-0.262	0.097	-2.695	0.007
R3		-0.218	0.093	-2.347	0.019
C1	WITH				
R3		3.038	0.852	3.567	0.000
S2		1.102	0.558	1.975	0.048
R4		1.639	0.637	2.573	0.010
R1		1.623	0.629	2.581	0.010
R5		1.560	0.665	2.346	0.019
R4	WITH				
R1		-0.125	0.103	-1.214	0.225
S1	WITH				
R5		0.162	0.074	2.178	0.029
R2		0.111	0.076	1.448	0.148
R5	WITH				
R3		0.137	0.118	1.166	0.244
S3	WITH				
R3		-0.176	0.138	-1.272	0.203
R3	WITH				
R1		0.103	0.116	0.889	0.374
Intercepts					
R1		7.466	0.357	20.926	0.000
R2		6.074	0.296	20.532	0.000
R3		6.438	0.311	20.731	0.000
R4		6.917	0.314	22.044	0.000
R5		5.778	0.280	20.640	0.000
S1		2.721	0.144	18.844	0.000
S2		3.628	0.181	19.993	0.000
S3		4.047	0.204	19.864	0.000
C1		5.070	0.247	20.513	0.000
C2		1.397	0.106	13.195	0.000
C3		2.321	0.135	17.167	0.000
QALL		2.861	0.150	19.082	0.000
Q1		3.604	0.181	19.858	0.000
Q2		4.833	0.234	20.682	0.000
Q3		4.166	0.205	20.277	0.000
Variances					
SOC		1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances					
R1		0.342	0.060	5.739	0.000
R2		0.282	0.042	6.659	0.000
R3		0.168	0.038	4.370	0.000
R4		0.368	0.047	7.826	0.000
R5		0.299	0.045	6.624	0.000
S1		0.454	0.052	8.790	0.000
S2		0.324	0.049	6.678	0.000
S3		0.122	0.044	2.765	0.006
C1		0.015	0.001	10.657	0.000
C2		0.818	0.096	8.529	0.000
C3		0.510	0.052	9.888	0.000
QALL		0.431	0.051	8.395	0.000
Q1		0.444	0.054	8.163	0.000
Q2		0.244	0.050	4.919	0.000
Q3		0.310	0.073	4.224	0.000
RES		0.937	0.033	28.227	0.000
QOL		0.627	0.057	10.918	0.000
COP		0.905	0.039	23.238	0.000

STDY Standardization

		Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
RES	BY				
R1		0.811	0.037	22.107	0.000
R2		0.847	0.025	33.936	0.000
R3		0.912	0.021	43.290	0.000
R4		0.795	0.030	26.893	0.000
R5		0.838	0.027	31.132	0.000
SOC	BY				
S1		0.739	0.035	21.159	0.000
S2		0.822	0.030	27.854	0.000
S3		0.937	0.024	39.841	0.000
QOL	BY				
QALL		0.754	0.034	22.162	0.000
Q1		0.746	0.036	20.451	0.000
Q2		0.869	0.029	30.468	0.000
Q3		0.831	0.044	18.810	0.000
COP	BY				
C1		0.992	0.001	1357.591	0.000
C2		0.426	0.113	3.786	0.000
C3		0.700	0.037	19.035	0.000
QOL	ON				
RES		0.521	0.054	9.600	0.000
COP		0.115	0.058	1.997	0.046
SOC		0.127	0.065	1.966	0.049
COP	ON				
RES		0.235	0.069	3.401	0.001
SOC		0.148	0.056	2.629	0.009
RES	ON				
SOC		0.251	0.066	3.794	0.000
Q3	WITH				
Q1		-0.614	0.155	-3.971	0.000
S3		1.141	0.309	3.698	0.000
Q2		-0.226	0.201	-1.128	0.259
S2		0.484	0.153	3.155	0.002
S1		0.253	0.143	1.773	0.076
R3		-0.215	0.119	-1.812	0.070
C2		-0.133	0.083	-1.617	0.106
C1		1.571	0.696	2.256	0.024
C3	WITH				
C2		0.139	0.114	1.217	0.223
C1		-5.200	0.907	-5.733	0.000
S2		-0.158	0.091	-1.742	0.082
R4		-0.220	0.099	-2.212	0.027
R2		-0.251	0.101	-2.479	0.013
C2	WITH				
C1		-3.492	1.301	-2.684	0.007
R4		-0.329	0.079	-4.154	0.000
R2		-0.197	0.086	-2.296	0.022

R1		-0.149	0.071	-2.091	0.037
Q2	WITH				
R4		0.448	0.083	5.422	0.000
C3		0.256	0.107	2.387	0.017
R5		0.358	0.096	3.734	0.000
R1		0.224	0.083	2.683	0.007
C2		-0.192	0.091	-2.104	0.035
S1		-0.138	0.116	-1.190	0.234
C1		1.977	0.702	2.816	0.005
S2		0.119	0.102	1.164	0.244
S2	WITH				
R4		0.278	0.074	3.736	0.000
R2	WITH				
R1		0.135	0.110	1.229	0.219
Q1	WITH				
R2		-0.196	0.078	-2.507	0.012
S3		-0.838	0.248	-3.379	0.001
R5		0.303	0.081	3.764	0.000
S2		-0.375	0.131	-2.858	0.004
S1		-0.389	0.125	-3.126	0.002
QALL	WITH				
S1		-0.262	0.097	-2.695	0.007
R3		-0.218	0.093	-2.347	0.019
C1	WITH				
R3		3.038	0.852	3.567	0.000
S2		1.102	0.558	1.975	0.048
R4		1.639	0.637	2.573	0.010
R1		1.623	0.629	2.581	0.010
R5		1.560	0.665	2.346	0.019
R4	WITH				
R1		-0.125	0.103	-1.214	0.225
S1	WITH				
R5		0.162	0.074	2.178	0.029
R2		0.111	0.076	1.448	0.148
R5	WITH				
R3		0.137	0.118	1.166	0.244
S3	WITH				
R3		-0.176	0.138	-1.272	0.203
R3	WITH				
R1		0.103	0.116	0.889	0.374



Intercepts				
R1	7.466	0.357	20.926	0.000
R2	6.074	0.296	20.532	0.000
R3	6.438	0.311	20.731	0.000
R4	6.917	0.314	22.044	0.000
R5	5.778	0.280	20.640	0.000
S1	2.721	0.144	18.844	0.000
S2	3.628	0.181	19.993	0.000
S3	4.047	0.204	19.864	0.000
C1	5.070	0.247	20.513	0.000
C2	1.397	0.106	13.195	0.000
C3	2.321	0.135	17.167	0.000
QALL	2.861	0.150	19.082	0.000
Q1	3.604	0.181	19.858	0.000
Q2	4.833	0.234	20.682	0.000
Q3	4.166	0.205	20.277	0.000

Page: 12

c:\users\user\desktop\data_compute(1) (1)\data_compute4.out

Variances				
SOC	1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances				
R1	0.342	0.060	5.739	0.000
R2	0.282	0.042	6.659	0.000
R3	0.168	0.038	4.370	0.000
R4	0.368	0.047	7.826	0.000
R5	0.299	0.045	6.624	0.000
S1	0.454	0.052	8.790	0.000
S2	0.324	0.049	6.678	0.000
S3	0.122	0.044	2.765	0.006
C1	0.015	0.001	10.657	0.000
C2	0.818	0.096	8.529	0.000
C3	0.510	0.052	9.888	0.000
QALL	0.431	0.051	8.395	0.000
Q1	0.444	0.054	8.163	0.000
Q2	0.244	0.050	4.919	0.000
Q3	0.310	0.073	4.224	0.000
RES	0.937	0.033	28.227	0.000
QOL	0.627	0.057	10.918	0.000
COP	0.905	0.039	23.238	0.000



STD Standardization

		Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
RES	BY				
	R1	0.487	0.037	13.063	0.000
	R2	0.618	0.041	15.131	0.000
	R3	0.618	0.037	16.793	0.000
	R4	0.521	0.036	14.310	0.000
	R5	0.621	0.042	14.764	0.000
SOC	BY				
	S1	0.962	0.077	12.474	0.000
	S2	0.946	0.066	14.328	0.000
	S3	0.978	0.057	17.044	0.000
QOL	BY				
	QALL	0.947	0.074	12.835	0.000
	Q1	0.716	0.057	12.455	0.000
	Q2	0.664	0.044	15.259	0.000
	Q3	0.749	0.060	12.441	0.000
COP	BY				
	C1	0.798	0.038	20.984	0.000
	C2	0.541	0.175	3.098	0.002
	C3	0.827	0.085	9.699	0.000
QOL	ON				
	RES	0.521	0.054	9.600	0.000
	COP	0.115	0.058	1.997	0.046
	SOC	0.127	0.065	1.966	0.049
COP	ON				
	RES	0.235	0.069	3.401	0.001
	SOC	0.148	0.056	2.629	0.009
RES	ON				
	SOC	0.251	0.066	3.794	0.000
Q3	WITH				
	Q1	-0.197	0.038	-5.234	0.000
	S3	0.209	0.047	4.415	0.000



Q2		-0.043	0.032	-1.330	0.183
S2		0.159	0.052	3.068	0.002
S1		0.112	0.065	1.717	0.086
R3		-0.030	0.015	-1.986	0.047
C2		-0.077	0.047	-1.622	0.105
C1		0.079	0.037	2.159	0.031
C3	WITH				
C2		0.134	0.110	1.217	0.223
C1		-0.438	0.076	-5.733	0.000
S2		-0.087	0.050	-1.727	0.084
R4		-0.074	0.033	-2.200	0.028
R2		-0.082	0.033	-2.492	0.013
C2	WITH				
C1		-0.401	0.150	-2.684	0.007
R4		-0.150	0.038	-4.006	0.000
R2		-0.087	0.038	-2.326	0.020
R1		-0.060	0.029	-2.088	0.037
Q2	WITH				
R4		0.067	0.014	4.791	0.000
C3		0.081	0.035	2.339	0.019
K3		0.055	0.014	3.833	0.000
R1		0.030	0.011	2.650	0.008
C2		-0.083	0.040	-2.078	0.038
S1		-0.046	0.038	-1.203	0.229
C1		0.075	0.028	2.676	0.007
S2		0.029	0.026	1.150	0.250
S2	WITH				
R4		0.072	0.021	3.417	0.001
R2	WITH				
R1		0.018	0.016	1.115	0.265
Q1	WITH				
R2		-0.048	0.020	-2.484	0.013
S3		-0.195	0.049	-4.022	0.000
R5		0.078	0.023	3.443	0.001
S2		-0.157	0.054	-2.884	0.004
S1		-0.218	0.070	-3.135	0.002
QALL	WITH				
S1		-0.189	0.072	-2.627	0.009
R3		-0.050	0.020	-2.448	0.014
C1	WITH				
R3		0.084	0.024	3.498	0.000
S2		0.072	0.037	1.939	0.052
R4		0.065	0.026	2.544	0.011
R1		0.057	0.022	2.590	0.010
R5		0.063	0.027	2.324	0.020
R4	WITH				
R1		-0.017	0.013	-1.296	0.195
S1	WITH				
R5		0.058	0.027	2.112	0.035
R2		0.038	0.026	1.430	0.153
R5	WITH				
R3		0.015	0.015	1.031	0.302
S3	WITH				
R3		-0.018	0.013	-1.352	0.176
R3	WITH				

R1	0.010	0.012	0.832	0.406
Intercepts				
R1	4.477	0.040	111.241	0.000
R2	4.428	0.049	90.498	0.000
R3	4.365	0.046	95.925	0.000
R4	4.530	0.044	103.066	0.000
R5	4.282	0.050	86.085	0.000
S1	3.543	0.087	40.549	0.000
S2	4.173	0.077	54.051	0.000
S3	4.222	0.070	60.301	0.000
C1	4.078	0.054	75.549	0.000
C2	1.775	0.085	20.821	0.000
C3	2.740	0.079	34.584	0.000
QALL	3.592	0.084	42.631	0.000
Q1	3.459	0.064	53.693	0.000
Q2	3.691	0.051	72.017	0.000
Q3	3.759	0.061	62.078	0.000
Variances				
SOC	1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances				
R1	0.123	0.020	6.113	0.000
R2	0.150	0.021	7.290	0.000
R3	0.077	0.016	4.688	0.000
R4	0.158	0.018	8.569	0.000
R5	0.164	0.023	7.253	0.000
S1	0.769	0.085	9.049	0.000
S2	0.429	0.059	7.218	0.000
S3	0.133	0.047	2.841	0.004
C1	0.010	0.000	999.000	999.000
C2	1.320	0.000	999.000	999.000
C3	0.710	0.000	999.000	999.000
QALL	0.679	0.078	8.681	0.000
Q1	0.409	0.049	8.330	0.000
Q2	0.142	0.027	5.226	0.000
Q3	0.252	0.057	4.397	0.000
RES	0.937	0.033	28.227	0.000
QOL	0.627	0.057	10.918	0.000
COF	0.905	0.039	23.238	0.000

R-SQUARE

Observed Variable	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
R1	0.658	0.060	11.053	0.000
R2	0.718	0.042	16.968	0.000
R3	0.832	0.038	21.645	0.000
R4	0.632	0.047	13.447	0.000
R5	0.701	0.045	15.566	0.000
S1	0.546	0.052	10.580	0.000
S2	0.676	0.049	13.927	0.000
S3	0.878	0.044	19.921	0.000
C1	0.985	0.001	678.795	0.000
C2	0.182	0.096	1.893	0.058
C3	0.490	0.052	9.517	0.000
QALL	0.569	0.051	11.081	0.000
Q1	0.556	0.054	10.225	0.000
Q2	0.756	0.050	15.234	0.000
Q3	0.690	0.073	9.405	0.000
Latent Variable				
RES	0.063	0.033	1.897	0.058

QOL	0.373	0.057	6.489	0.000
COP	0.095	0.039	2.439	0.015

QUALITY OF NUMERICAL RESULTS

Condition Number for the Information Matrix
(ratio of smallest to largest eigenvalue) 0.509E-03

TOTAL, TOTAL INDIRECT, SPECIFIC INDIRECT, AND DIRECT EFFECTS

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
Effects from SOC to QOL				
Total	0.277	0.079	3.491	0.000
Total indirect	0.152	0.043	3.564	0.000
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.129	0.039	3.285	0.001
QOL COP SOC	0.017	0.011	1.594	0.111
QOL COP RES SOC	0.007	0.004	1.593	0.111
Direct				
QOL SOC	0.125	0.066	1.888	0.059
Effects from RES to QOL				
Total	1.067	0.151	7.057	0.000
Total indirect	0.053	0.030	1.770	0.077
Specific indirect				
QOL COP RES	0.053	0.030	1.770	0.077
Direct				
QOL RES	1.014	0.149	6.793	0.000
Effects from SOC to QOL				
Sum of indirect	0.129	0.039	3.285	0.001
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.129	0.039	3.285	0.001

STANDARDIZED TOTAL, TOTAL INDIRECT, SPECIFIC INDIRECT, AND DIRECT EFFECTS

STDYX Standardization

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
Effects from SOC to QOL				
Total	0.282	0.072	3.922	0.000
Total indirect	0.155	0.040	3.901	0.000
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.131	0.037	3.550	0.000
QOL COP SOC	0.017	0.011	1.614	0.106
QOL COP RES SOC	0.007	0.004	1.623	0.105
Direct				
QOL SOC	0.127	0.065	1.966	0.049

Effects from RES to QOL

Total	0.548	0.053	10.282	0.000
Total indirect	0.027	0.015	1.789	0.074
Specific indirect				
QOL COP RES	0.027	0.015	1.789	0.074
Direct				
QOL RES	0.521	0.054	9.600	0.000

Effects from SOC to QOL

Sum of indirect	0.131	0.037	3.550	0.000
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.131	0.037	3.550	0.000

STDY Standardization

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
Effects from SOC to QOL				
Total	0.282	0.072	3.922	0.000

Total indirect	0.155	0.040	3.901	0.000
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.131	0.037	3.550	0.000
QOL COP SOC	0.017	0.011	1.614	0.106
QOL COP RES SOC	0.007	0.004	1.623	0.105
Direct QOL SOC	0.127	0.065	1.966	0.049
Effects from RES to QOL				
Total	0.548	0.053	10.282	0.000
Total indirect	0.027	0.015	1.789	0.074
Specific indirect				
QOL COP RES	0.027	0.015	1.789	0.074
Direct QOL RES	0.521	0.054	9.600	0.000
Effects from SOC to QOL				
Sum of indirect	0.131	0.037	3.550	0.000
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.131	0.037	3.550	0.000

STD Standardization

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
Effects from SOC to QOL				
Total	0.282	0.072	3.922	0.000
Total indirect	0.155	0.040	3.901	0.000
Specific indirect				
QOL RES SOC	0.131	0.037	3.550	0.000
QOL COP SOC	0.017	0.011	1.614	0.106

QOL				
COP				
RES				
SOC	0.007	0.004	1.623	0.105
Direct				
QOL				
SOC	0.127	0.065	1.966	0.049
Effects from RES to QOL				
Total	0.548	0.053	10.282	0.000
Total indirect	0.027	0.015	1.789	0.074
Specific indirect				
QOL				
COP				
RES	0.027	0.015	1.789	0.074
Direct				
QOL				
RES	0.521	0.054	9.600	0.000
Effects from SOC to QOL				
Sum of indirect	0.131	0.037	3.550	0.000
Specific indirect				
QOL				
RES				
SOC	0.131	0.037	3.550	0.000

MODEL MODIFICATION INDICES

NOTE: Modification indices for direct effects of observed dependent variables regressed on covariates may not be included. To include these, request MODINDICES (ALL).

Minimum M.I. value for printing the modification index 0.000

		M.I.	E.P.C.	Std E.P.C.	StdYX E.P.C.
BY Statements					
RES	BY S1	0.403	-0.089	-0.043	-0.033
RES	BY S2	0.573	0.083	0.040	0.035
RES	BY S3	0.046	-0.021	-0.010	-0.010
RES	BY C1	36.705	1.167	0.568	0.706
RES	BY C2	11.851	-0.669	-0.326	-0.256
RES	BY C3	10.913	-0.581	-0.283	-0.240
RES	BY QALL	0.038	0.034	0.016	0.013
RES	BY Q1	0.073	-0.038	-0.018	-0.019
RES	BY Q2	0.006	0.008	0.004	0.005
RES	BY Q3	0.001	-0.005	-0.003	-0.003
SOC	BY R1	0.541	-0.019	-0.018	-0.031
SOC	BY R2	0.581	0.023	0.022	0.030
SOC	BY R3	0.344	-0.016	-0.015	-0.022
SOC	BY R4	0.005	-0.002	-0.002	-0.003
SOC	BY R5	0.431	0.021	0.020	0.027
SOC	BY C1	6.624	0.221	0.213	0.264
SOC	BY C2	0.811	-0.079	-0.076	-0.060

SOC	BY C3	3.171	-0.143	-0.137	-0.116
SOC	BY QALL	0.121	0.026	0.025	0.020
SOC	BY Q1	0.590	0.258	0.248	0.259
SOC	BY Q2	0.145	-0.020	-0.019	-0.025
SOC	BY Q3	0.358	-0.244	-0.235	-0.261
QOL	BY R1	0.009	0.004	0.003	0.006
QOL	BY R2	0.143	-0.015	-0.014	-0.020
QOL	BY R3	0.077	-0.010	-0.010	-0.015
QOL	BY R4	0.486	0.030	0.028	0.043
QOL	BY R5	0.002	0.002	0.002	0.003
QOL	BY S1	0.688	-0.107	-0.101	-0.078
QOL	BY S2	1.217	0.078	0.074	0.064
QOL	BY S3	0.359	-0.041	-0.039	-0.037
QOL	BY C1	12.584	0.343	0.325	0.404
QOL	BY C2	3.017	-0.186	-0.176	-0.138
QOL	BY C3	5.014	-0.202	-0.192	-0.162
COP	BY R1	0.987	-0.036	-0.038	-0.064
COP	BY R2	22.735	0.284	0.299	0.410
COP	BY R3	1.195	-0.037	-0.039	-0.058
COP	BY R4	0.167	0.062	0.065	0.100
COP	BY R5	1.397	-0.049	-0.051	-0.069
COP	BY S1	0.868	-0.049	-0.052	-0.040
COP	BY S2	0.040	0.020	0.021	0.018
COP	BY S3	0.581	0.037	0.039	0.038
COP	BY QALL	0.180	-0.024	-0.025	-0.020
COP	BY Q1	1.279	0.054	0.057	0.060
COP	BY Q2	0.034	-0.044	-0.046	-0.060
COP	BY Q3	0.669	-0.055	-0.057	-0.064

WITH Statements

R3	WITH R2	0.026	0.003	0.003	0.026
R4	WITH R2	0.348	-0.012	-0.012	-0.077
R4	WITH R3	0.049	0.003	0.003	0.028
R5	WITH R1	0.051	0.006	0.006	0.039
R5	WITH R2	0.003	0.001	0.001	0.005
R5	WITH R4	0.021	-0.002	-0.002	-0.013
S1	WITH R1	0.218	0.011	0.011	0.036
S1	WITH R3	0.130	-0.009	-0.009	-0.036
S1	WITH R4	0.119	-0.009	-0.009	-0.027
S2	WITH R1	0.309	-0.010	-0.010	-0.043
S2	WITH R2	0.000	0.000	0.000	0.002
S2	WITH R3	0.013	-0.002	-0.002	-0.013
S2	WITH R5	0.826	0.020	0.020	0.074
S2	WITH S1	0.003	-0.007	-0.007	-0.013
S3	WITH R1	0.084	-0.004	-0.004	-0.034
S3	WITH R2	0.134	0.007	0.007	0.047
S3	WITH R4	0.014	0.002	0.002	0.017
S3	WITH R5	0.059	-0.005	-0.005	-0.032
S3	WITH S1	0.873	0.162	0.162	0.508
S3	WITH S2	1.054	-0.206	-0.206	-0.865
C1	WITH R2	25.475	0.243	0.243	6.266
C1	WITH S1	1.450	-0.053	-0.053	-0.609
C1	WITH S3	3.384	0.073	0.073	2.014
C2	WITH R3	1.100	-0.033	-0.033	-0.105
C2	WITH R5	1.226	-0.036	-0.036	-0.078
C2	WITH S1	0.937	0.067	0.067	0.066
C2	WITH S2	0.130	-0.022	-0.022	-0.029
C2	WITH S3	0.314	-0.026	-0.026	-0.062
C3	WITH R1	0.801	-0.026	-0.026	-0.088
C3	WITH R3	0.137	-0.010	-0.010	-0.041
C3	WITH R5	0.342	-0.018	-0.018	-0.052
C3	WITH S1	0.028	-0.011	-0.011	-0.015

C3	WITH S3	0.479	-0.035	-0.035	-0.115
QALL	WITH R1	0.007	-0.002	-0.002	-0.006
QALL	WITH R2	0.074	-0.007	-0.007	-0.022
QALL	WITH R4	0.128	0.009	0.009	0.027
QALL	WITH R5	0.052	0.006	0.006	0.019

QALL	WITH S2	0.687	0.046	0.046	0.085
QALL	WITH S3	0.138	-0.017	-0.017	-0.056
QALL	WITH C1	0.017	-0.007	-0.007	-0.080
QALL	WITH C2	0.949	-0.074	-0.074	-0.078
QALL	WITH C3	0.000	-0.001	-0.001	-0.001
Q1	WITH R1	0.007	-0.002	-0.002	-0.007
Q1	WITH R3	0.017	0.003	0.003	0.014
Q1	WITH R4	0.253	-0.011	-0.011	-0.043
Q1	WITH C1	0.055	0.009	0.009	0.147
Q1	WITH C2	1.812	0.076	0.076	0.103
Q1	WITH C3	0.239	0.025	0.025	0.047
Q1	WITH QALL	0.064	-0.018	-0.018	-0.034
Q2	WITH R2	0.060	0.004	0.004	0.026
Q2	WITH R3	0.024	-0.002	-0.002	-0.022
Q2	WITH S3	0.154	-0.017	-0.017	-0.127
Q2	WITH QALL	0.008	-0.004	-0.004	-0.013
Q2	WITH Q1	0.022	0.007	0.007	0.028
Q3	WITH R1	0.217	0.008	0.008	0.043
Q3	WITH R2	0.686	-0.014	-0.014	-0.073
Q3	WITH R4	0.587	0.014	0.014	0.072
Q3	WITH R5	0.019	-0.003	-0.003	-0.013
Q3	WITH C3	0.671	-0.043	-0.043	-0.102
Q3	WITH QALL	0.050	0.016	0.016	0.040

Variances/Residual Variances

C1	27.376	-1.974	-1.974	-3.051
C2	7.444	0.757	0.757	0.470
C3	10.258	1.177	1.177	0.845

DIAGRAM INFORMATION

Use View Diagram under the Diagram menu in the Mplus Editor to view the diagram.
If running Mplus from the Mplus Diagrammer, the diagram opens automatically.

Diagram output

c:\users\user\desktop\data_compute(1) (1)\data_compute4.dgm

Beginning Time: 17:00:36
Ending Time: 17:00:36
Elapsed Time: 00:00:00

MUTHEN & MUTHEN
3463 Stoner Ave.
Los Angeles, CA 90066
Tel: (310) 391-9971
Fax: (310) 391-8971
Web: www.StatModel.com
Support: Support@StatModel.com

Copyright (c) 1998-2014 Muthen & Muthen



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	เพ็ญนภา ศรีวิชัย
วัน เดือน ปี เกิด	17 พฤศจิกายน 2537
สถานที่เกิด	อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2560 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากิจกรรมบำบัด จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 56 หมู่ที่ 13 ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 50230

