

362.4
ส ๙๖๓
ร ๖

การศึกษาอัตมโนทัศน์และการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ
ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุภัทรา วังชากร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2541

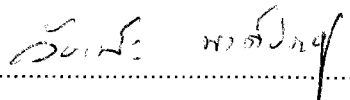
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

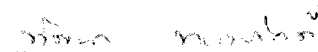
๑๑๕๐๔

๑๑๕๐๔ ๒๕๔๑

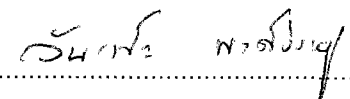
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

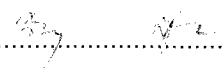
.....  ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ พงศ์ประยูร)

.....  กรรมการ
(อาจารย์ทัศนาก ทอภักดี)

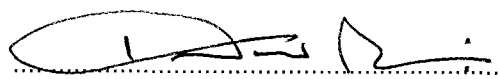
คณะกรรมการสอบ

.....  ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ พงศ์ประยูร)

.....  กรรมการ
(อาจารย์ทัศนาก ทอภักดี)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ดร.นันทา สุรักษา)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ทศนา ทองภักดี กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นันทา สุริक्षा ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อความสมบูรณ์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร เสดนนท์ อาจารย์ วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา และอาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือในการตรวจแก้ไขเครื่องมือสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์ และคณาจารย์ในภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นผู้ประสิทธิประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน จ.ปทุมธานี ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดง จ.สมุทรปราการ สถานสงเคราะห์เด็กพิการทพพลภาพปากเกร็ด จ.นนทบุรี มูลนิธิสายใจไทย บางนา (หน่วยฝึกอาชีพกรุงเทพฯ) กรุงเทพมหานคร มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร ที่กรุณาให้ความร่วมมือช่วยประสานงานกับคนพิการในการตอบแบบสอบถามและขอบคุณคนพิการทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณ คุณเยว่นารถ บำรุงเจริญ คุณสุนัน ยุคตร ที่ให้ความช่วยเหลือในหน้าที่การงานของผู้วิจัยเสมอมาตลอดระยะเวลา ที่ทำการวิจัย และคุณระวีพร ทรงพันธ์ุชสาร ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการพิมพ์ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้จนสมบูรณ์

คุณค่าที่พึงได้จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่คุณครู-อาจารย์ที่ได้อบรมสั่งสอนและโดยเฉพาะคุณพ่อ คุณแม่ ผู้เป็นที่รักเคารพยิ่ง และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย จนสำเร็จการศึกษา

สุภัทรา วังชากร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1	บทนำ
	คำนำ.....1
	*ความสำคัญและความเป็นมา.....1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....7
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....7
	*ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....8
	*ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....8
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....9
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์.....12
	ความหมายของอัตมโนทัศน์.....12
	องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์.....13
	พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์.....14
	อัตมโนทัศน์กับการสูญเสีย.....16
	วิธีการประเมินอัตมโนทัศน์.....17
	ทฤษฎีเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์.....22
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์.....22
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ.....24
	ความหมายของคนพิการ.....24
	ความสำคัญของการศึกษาปัญหาคนพิการ.....25
	ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาคนพิการ.....26
	ปัญหาและความต้องการของคนพิการ.....27
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ.....30
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดำเนินชีวิต.....32
	ความหมายของการวางแผน.....32
	ความสำคัญของการวางแผน.....33
	ความหมายของการดำเนินชีวิต.....34
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดำเนินชีวิต.....35

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....37
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....37
	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....43 ✓
	การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....43 ✓
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....44 ✓
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผล.....48
	ผลการศึกษาค้นคว้า.....49
5	บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
	บทย่อ.....75 ✓
	ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....75 ✓
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....75 ✓
	ขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า.....76 ✓
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....76
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....76 ✓
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....77 ✓
	อภิปรายผล.....78 ✓
	ข้อเสนอแนะ.....82
	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....83
	บรรณานุกรม.....84
	ภาคผนวก.....90
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....102

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและอัตราร้อยละของคนพิการจำแนกตามเพศและภาค (หน่วยเป็นพัน).....	2
2 แสดงจำนวนคนพิการจำแนกตามหมวดอายุและเพศ (หน่วยเป็นพัน).....	3
3 แสดงจำนวนคนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและจำนวนแบบสอบถาม ฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับกลับคืนจำแนกตามหน่วยงานที่เก็บแบบสอบถาม.....	37
4 แสดงจำนวนร้อยละของคนพิการจำแนกตามตัวแปรด้านเพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความพิการ.....	50
5 แสดงค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัตมโนทัศน์ โดยรวมและรายด้าน.....	51
6 แสดงค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการวางแผน การดำเนินชีวิตของคนพิการโดยรวมและรายด้าน.....	52
7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการวางแผนการดำเนินชีวิต ของคนพิการ.....	53
8 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ของคนพิการ จำแนกตามเพศ.....	54
9 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนอัตมโนทัศน์ของคนพิการ ที่มีอายุแตกต่างกัน.....	54
10 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนอัตมโนทัศน์ของคนพิการ ที่มีระดับวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน.....	55
11 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ของคนพิการ ที่มีระดับวุฒิการศึกษาแตกต่างกันรายคู่.....	55
12 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนอัตมโนทัศน์ของคนพิการ ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน.....	56
13 แสดงการเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการ ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันรายคู่.....	56
14 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ของคนพิการ ที่มีสภาพความพิการแตกต่างกัน.....	57

15	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ของคนพิการจำแนกตามเพศ.....	58
16	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนการวางแผนการดำเนินชีวิต ของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันในด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม.....	59
17	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	60
18	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านอาชีพของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	61
19	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสังคมของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	62
20	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต โดยรวมของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	63
21	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนการวางแผนการดำเนินชีวิต ของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันในด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม.....	64
22	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่.....	65
23	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านอาชีพของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่.....	66
24	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสังคมของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่.....	67
25	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต โดยรวมของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่.....	68
26	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนการวางแผนการดำเนินชีวิต ของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันในด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม.....	69
27	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	70
28	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านอาชีพของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่.....	71

ตาราง	หน้า
29	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสังคมของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่.....72
30	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต โดยรวมของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่.....73
31	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิต ของคนพิการจำแนกตามสภาพความพิการ.....74

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ทรัพยากรมนุษย์นับได้ว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของชาติ เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ประเทศจะพัฒนาได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้นต้องอาศัย ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การพัฒนา "คน" เป็นไปในทางที่สังคมต้องการและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมก็คือ การศึกษา สภาพจิตใจ และพฤติกรรมของบุคคลในด้านต่าง ๆ เพื่อค้นหาส่วนเสียเพื่อปรับปรุงและแก้ไขพัฒนาให้ดีขึ้นกับเพื่อค้นหาส่วนดี เพื่อส่งเสริมให้ก้าวหน้ามากขึ้น

การพัฒนาประเทศเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 นั้น กระแสการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกประเทศมุ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึง การพัฒนาในลักษณะที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง อย่างมีความสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม จึงมีการปรับแนวคิดในการพัฒนาประเทศใหม่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยให้ความสำคัญกับการ "พัฒนาคน" (Human Development) เป็นวัตถุประสงค์หลักเพียงอย่างเดียว (Single Objective) เนื่องจากมนุษย์ได้รับการยกย่องว่า เป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่ามากที่สุด และเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีบทบาทโดยตรงต่อการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ สังคมใดมีทรัพยากรมนุษย์มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ และมีสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคมนั้นจะมีความเจริญก้าวหน้า แต่ตามข้อเท็จจริงนั้นไม่ว่าสังคมใดจะเจริญก้าวหน้าแค่ไหน ย่อมต้องประกอบไปด้วยประชากรประเภทต่าง ๆ ทั้งที่มีคุณภาพและด้อยคุณภาพ ทั้งที่มีร่างกายปกติสมบูรณ์และผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจิตใจหรือสติปัญญาที่ถูกเรียกว่า "คนพิการ" รวมอยู่ในสังคมด้วยทั้งสิ้น ซึ่งสังคมไทยก็เช่นเดียวกัน

คนพิการนับว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญกลุ่มหนึ่งของประเทศ หากได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ก็จะสามารถกลายเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติได้ แทนที่จะถูกละเลยปล่อยให้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

ในปัจจุบันยังไม่มีประเทศใดในโลกที่มีระบบสถิติและข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลพิการทางกายและทางจิตใจที่แน่นอน ข้อมูลที่มีอยู่ทั่วไปในขณะนี้มักได้จากการสุ่มตัวอย่าง และการคาดคะเนจากกลุ่มต่าง ๆ แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ได้ให้ข้อมูลสถิติคนพิการเมื่อปี พ.ศ.2524 ว่ามีบุคคลพิการทั่วโลกประมาณ 450 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 10 ของประชากรแต่ละประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับใน

ประเทศไทยสถิติจำนวนคนพิการยังเป็นที่ถกเถียงกันมาก ตัวเลขที่นักวิชาการบางกลุ่มได้นำมาอ้างอิงจากข้อมูลขององค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) หรือยูเนสโกซึ่งคาดคะเนว่า คนพิการทั่วโลกจะมีอยู่ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด อีกส่วนหนึ่งมักจะอ้างอิงจากการสำรวจของผู้เชี่ยวชาญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization , WHO) ซึ่งคาดคะเนว่า ประเทศไทยมีคนพิการประมาณร้อยละ 5 ดังนั้น หากจะถือตามข้อมูลของยูเนสโก คนพิการในประเทศไทยจะมีอยู่ประมาณห้าล้านคน แต่ถ้าใช้อัตราการคาดคะเนของผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยจะมีคนพิการอยู่ประมาณสองล้านห้าแสนคน และจากการสำรวจครั้งล่าสุด โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2534 พบว่ามีคนพิการซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้นประมาณ 1.1 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 1.8 ของประชากรทั่วประเทศ ซึ่งมีประมาณ 57 ล้านคน (ตาราง 1,2)

ตาราง 1 จำนวนและอัตราร้อยละของคนพิการ จำแนกตามเพศและภาค (หน่วยเป็นพัน)

ภาคและเขตการปกครอง	คนพิการ			อัตราร้อยละของคนพิการ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ทั่วราชอาณาจักร	1102.2	675.3	426.9	1.8	1.1	0.7
กรุงเทพมหานคร	87.1	55.1	32.0	1.3	0.8	0.5
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	214.9	127.9	87.0	1.7	1.0	0.7
ภาคเหนือ	259.1	161.8	97.8	2.2	1.4	0.8
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	425.4	259.3	166.1	2.1	1.3	0.8
ภาคใต้	115.7	71.0	39.9	1.4	0.9	0.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534

ตาราง 2 จำนวนคนพิการ จำแนกตามหมวดอายุและเพศ (หน่วยเป็นพัน)

อายุ (ปี)	จำนวนคนพิการ		
	รวม	ชาย	หญิง
ยอดรวม	1102.2	675.3	426.9
0 - 6	57.2	37.8	15.4
7 - 14	111.6	66.2	46.1
15 - 19	125.0	87.8	40.3
20 - 29	219.0	135.7	76.8
30 - 39	158.0	110.7	50.4
40 - 59	211.0	129.6	83.7
60 ปีขึ้นไป	220.2	107.5	114.1

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534

ความพิการ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนไม่ต้องการ แต่ในบางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความพิการเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยหรือโรคภัยต่าง ๆ จากอุบัติเหตุโดยความประมาทหรือความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ จากภัยธรรมชาติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย และ วาดภัย หรือจากศึกสงคราม เป็นต้น บุคคลผู้ได้รับเคราะห์กรรมจากภัยเหล่านี้ หากแพทย์ไม่สามารถรักษาให้ร่างกายคืนสู่สภาพปกติได้ ก็จะต้องอยู่อย่างเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการต่อไป (สดับ ธีรบุตร. 2520 : 53-55; อ้างอิงมาจาก สมพร แซ่เฮ้ง)

ความพิการไม่ว่าจะเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้ว ย่อมทำให้บุคคลนั้นมีปฏิกิริยาต่อความพิการ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ทั้งนี้เพราะสมรรถภาพทางร่างกายที่ลดลงและพยาธิสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถทำให้สมบูรณ์ได้ ทำให้ต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างในสังคม เช่น บทบาทหัวหน้าครอบครัว และบทบาทต่าง ๆ ในหน้าที่การงาน

ปัจจุบันคนพิการนับว่าจะทวีจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น การประสบอุบัติเหตุในภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และอุบัติเหตุจากยานพาหนะ การขนส่ง ภาวะทุพโภชนาการอันเป็นผลของความยากจนและการศึกษาน้อย รวมทั้งภัยพิบัติตามธรรมชาติ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าสาเหตุบางประการของความพิการนั้นเป็นสาเหตุที่มนุษย์เราหลบเลี่ยงได้ยาก และบางประการก็หลบเลี่ยงไม่ได้เลย (จิริรัตน์ ผ่องแผ้ว. ม.ป.ป. : 2)

การที่คนต้องมาสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต้องกลายมาเป็นผู้พิการนั้น จัดเป็นการสูญเสียที่สำคัญมากอย่างหนึ่งของบุคคล และจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์และคุณค่าในตนเองซิลเดอร์ (McDaniel. 1976 : 5-6; citing Schilder : 1950) ได้ศึกษาเกี่ยว

กับมโนทัศน์เกี่ยวกับร่างกายของบุคคลแล้วสรุปว่า รูปลักษณ์ของบุคคลมีผลต่อมโนทัศน์เกี่ยวกับร่างกายของบุคคลและมโนทัศน์นี้เป็นส่วนสำคัญของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ จะเห็นว่าสภาวะทางกายสามารถส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลได้ เพราะสภาวะทางกายเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพต่าง ๆ ของร่างกายอันเป็นเครื่องมือในการแสดงพฤติกรรม

การรับรู้ต่อสภาพร่างกายจัดเป็นการรับรู้ต่อตนเองที่มีความสำคัญมากของบุคคลเนื่องจากร่างกายเป็นส่วนที่แสดงคุณลักษณะแห่งตน ให้ปรากฏต่อบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสามารถรับรู้ได้ทั้งโดยตนเองและจากการประเมินของบุคคลอื่น ๆ การสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จึงไม่เพียงทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถทางร่างกายในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่านั้น แต่จะมีผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะองค์รวม (Holistic) ที่มีการทำงานอย่างผสมผสานกันระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพพจน์ของตนเอง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกาย สูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เหมือนเดิมและเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองตามมา ซึ่งแต่ละส่วนล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอัตมโนทัศน์ ฉะนั้นการสูญเสียทางร่างกายจึงมีผลให้อัตมโนทัศน์เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลดต่ำลงได้ (Speok, 1978 : 97) ดังมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับ อัตมโนทัศน์ของคนไข้ที่เป็นอัมพาตครึ่งล่าง พบว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะสูญเสียดังกล่าวนี้มีอัตมโนทัศน์ต่ำและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ (สุดศิริ หิรัญชุนหะ. 2530 : 4) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุซึ่งจัดเป็นการสูญเสียที่กระทบต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคลอย่างกระทันหันและเป็นการยากที่จะปรับตัวต่อภาวะสูญเสียนั้นได้ในเวลาอันสมควรซึ่งเบอร์สไตน์ (อรพรรณ โตสิงห์. 2532 : 71; อ้างอิงมาจาก Berstein. n.d.) สรุปว่าบุคคลบางคนนั้นแม้จะใช้เวลาตลอดชีวิตก็ไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพการสูญเสียจนถึงขั้นยอมรับสภาพของตนเองได้

อัตมโนทัศน์ หรือ การรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง (Self Concept) เป็นรูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จัดระเบียบแล้วซึ่งบุคคลใช้เป็นกรอบแนวคิดในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตและกำหนดพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ ตามวิถีทางที่เขารับรู้ได้ อัตมโนทัศน์จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์มโนทัศน์ที่บุคคลมีต่อตนเองนั้นสามารถจะบ่งชี้ถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ว่าเป็นใครและมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างไร ซึ่งฟิทส์ สรุปว่าอัตมโนทัศน์ทางลบจะมีขอบเขตในการรับรู้แคบ มีอารมณ์อ่อนไหว วิตกกังวลง่าย และหมกมุ่นอยู่กับการปกป้องตนเอง ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ทางบวกจะมองโลกกว้างและตามสภาพความเป็นจริง สามารถยอมรับประสบการณ์ต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จและได้

ถึงความสามารถของตนเองอย่างแท้จริง มีบุคลิกภาพที่มั่นคง เข้มแข็ง สามารถปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในภาวะปกติสุข โดยจัดความยุ่งยากและความกดดันต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม รับรู้ได้ถึงความสำเร็จและคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (Edlin. 1985 :6)

จากข้อความดังกล่าวสรุปได้ว่าหากบุคคลมีอัตมโนทัศน์ หรือการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองดีแล้วก็จะส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดในทางที่ดี และเป็นประโยชน์ต่อตนเองสามารถจะหาวิธีแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตได้ดี และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขประสบความสำเร็จในชีวิตได้ดีกว่า คนที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ

ในวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลย่อมจะต้องมีงานมีภาระหน้าที่ ที่จะต้องรับผิดชอบกันหลาย ๆ อย่างนับตั้งแต่เรื่องเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับปากท้องของตัวเอง และของสมาชิกภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องต้องมีความกระตือรือร้นเพื่อความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ หน้าที่การงาน การแสวงหาโอกาสเพื่อการศึกษาเล่าเรียนของตนเอง เพื่อสุขภาพอนามัยอันแข็งแรงและเพื่อความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน

ด้วยสาเหตุแห่งปัญหาในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละบุคคล บางครั้งก็เป็นผลให้ชีวิตของคนเราในสังคมปัจจุบันสับสนวุ่นวาย บ้างก็ประสบปัญหาและชะตากรรมจนถึงทำให้บางคนหาทางออกด้วยการตัดสินใจแก้ปัญหาในทางที่ผิดพลาด ไม่เหมาะสมหรือแก้ไขปัญหามาในแนวทางที่ไม่ได้อาศัยสติปัญญาและเหตุผล ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการจัดการในชีวิตประจำวัน อาจช่วยให้เราบรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้อย่างราบรื่นสวยงามเพราะกิจกรรมใด ๆ ในวิถีชีวิตก็ตาม หากเราได้กระทำไปโดยมีการศึกษาวางแผนคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างดี ดำเนินการและควบคุมให้เป็นไปตามแผนแล้วโอกาสที่จะประสบผลสำเร็จย่อมมีมากกว่าความล้มเหลว

ความสามารถในการวางแผนเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับทุกคนที่ปรารถนาในอนาคตของตนดีขึ้น การวางแผนช่วยให้การตัดสินใจดีขึ้น ผู้ที่ได้วางแผนให้กับชีวิตของตนเอง จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้สงบสุข และเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว คนพิการก็จัดเป็นกลุ่มทรัพยากรบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคมซึ่งประสบปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตหลาย ๆ ด้านหากคนพิการได้มีความสนใจในการวางแผนในการดำเนินชีวิตให้กับตนเองแล้วก็จะเป็ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมไม่น้อยเลยทีเดียว การที่คนเราจะมี ความคิดความสามารถในการวางแผนต่าง ๆ นั้น จะต้องเป็นคนที่มีความกล้าในการตัดสินใจและมีมโนทัศน์ในทางบวกต่อตนเองและสังคม จากข้อความที่กล่าวถึงเรื่องอัตมโนทัศน์มาในเบื้องต้นพอสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์เป็นจิตลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคล ถ้าบุคคลมีอัตมโนทัศน์ที่ดีแล้วก็จะส่งผลดีต่อพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดด้วยหรือกล่าวได้ว่าถ้าคนเรามีมโนทัศน์ในทางที่ดีแล้ว ก็จะทำให้มีความคิดและการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตได้ดีมากขึ้นด้วย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์และการวางแผนในการดำเนินชีวิตว่าจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างไร ในการดำเนินชีวิตของผู้พิการนั้น จูรีรัตน์ ผ่องแผ้ว (ม.ป.ป. : 23 - 26) ได้ทำการศึกษาและรวบรวมโดยแบ่งปัญหาและความต้องการหลัก ๆ ในการดำรงชีวิตของคนพิการออกเป็น 4 ประการดังนี้

- ✓ 1. ปัญหาและความต้องการทางด้านการแพทย์
- ✓ 2. ปัญหาและความต้องการด้านการศึกษา
- ✓ 3. ปัญหาและความต้องการด้านอาชีพ
- ✓ 4. ปัญหาและความต้องการด้านสังคม

ซึ่งสอดคล้องกับโครงการสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง แผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านคนพิการในระยะยาวของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 8 ในปี พ.ศ. 2538 โดยกรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งได้สรุปสถานการณ์ปัญหาของคนพิการไว้ดังนี้

1. ปัญหาทางด้านการแพทย์
2. ปัญหาทางด้านการศึกษา
3. ปัญหาคนพิการไม่มีงานทำ
4. ปัญหาความไม่มีศักดิ์ศรีในทางสังคมของคนพิการ

ผู้วิจัยเป็นนักสังคมสงเคราะห์ และเคยปฏิบัติงานช่วยเหลือคนพิการในด้านบริการทางสังคมต่าง ๆ ได้ทำการสัมภาษณ์กับคนพิการที่เข้ามาใช้บริการ พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาการดำรงชีวิตที่สำคัญคือ ด้านการประกอบอาชีพ ด้านการศึกษาเล่าเรียน ด้านสุขภาพอนามัย และด้านการปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์โดยตรงกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการ ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพและสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ พบว่านอกจากปัญหาดังกล่าวแล้วคนพิการเองก็มีความสนใจในการพัฒนาศักยภาพของตนเองน้อย โดยไม่ค่อยสนใจอนาคตของตนเองและที่สำคัญขาดการวางแผนต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่จะปล่อยชีวิตไปเรื่อย ๆ ไม่ค่อยกล้าตัดสินใจใด ๆ เพราะกลัวความผิดพลาดมากกับการตัดสินใจของตนเอง และจากการที่คนพิการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางสรีระทำให้เกิดความรู้สึกที่แปรปรวนกับบุคลิกภาพที่เสียไปและสมรรถภาพทางกายที่ลดลง ทำให้ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าหากคนพิการส่วนใหญ่ขาดการเตรียมตัวในการเผชิญปัญหาในด้านต่าง ๆ ไม่มีการวางแผนล่วงหน้าให้กับชีวิตก็ยิ่งจะทำให้เกิดผลเสียหลายประการตามมาทั้งในส่วนของคนพิการเอง ซึ่งยิ่งทำให้ตกเป็นภาระของครอบครัว สังคมและประเทศชาติมากขึ้นแล้วรัฐยังต้องสูญเสียงบประมาณไปโดยเปล่าประโยชน์ หากผู้พิการไม่มีความร่วมมือในการพัฒนาตนเองโดยขาดความคิด ตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินชีวิตให้ตัวเองในด้านต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะทำการศึกษาอัตมโนทัศน์และการวางแผน

ในการดำเนินชีวิตของคนพิการ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้พิการได้นำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตให้คนพิการต่อไป

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ของคนพิการ
2. เพื่อศึกษาการวางแผนในการดำเนินชีวิตของคนพิการในด้านต่าง ๆ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ของคนพิการ กับการวางแผนในการดำเนินชีวิตของคนพิการ
4. เพื่อเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการจำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความพิการ
5. เพื่อเปรียบเทียบการวางแผนในการดำเนินชีวิตของคนพิการจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความพิการ

สมมติฐานการศึกษาค้นคว้า

1. อัตมโนทัศน์ของคนพิการมีความสัมพันธ์กับการวางแผนในการดำเนินชีวิตของคนพิการ
2. คนพิการที่มีเพศต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
3. คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
4. คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
5. คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
6. คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
7. คนพิการที่มีเพศแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
8. คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
9. คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
10. คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
11. คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์และการวางแผนในการดำเนินชีวิตของคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์แห่งตนและการวางแผนในการดำเนินชีวิตของคนพิการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรของรัฐและเอกชนที่ทำงานด้านคนพิการในการพัฒนาศักยภาพของคนพิการให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

1.1 ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นคนพิการที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ ใน ปี พ.ศ.2540 จำนวน 350 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นคนพิการที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ ใน ปี พ.ศ.2540 จำนวน 350 คน ซึ่งได้จากประชากรทั้งหมด

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

2.1.1 เพศ

2.1.2 อายุ

2.1.3 วุฒิการศึกษา

2.1.4 สถานภาพสมรส

2.1.5 สภาพของความพิการ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

2.2.1 อัตมโนทัศน์

2.2.2 การวางแผนในการดำเนินชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical) คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะทางร่างกาย สุขภาพ สมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย และการยอมรับความพิการ

2. ด้านศีลธรรม (Moral - Ethical) คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณค่าทาง ศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความถูกต้องหรือความผิด ความยุติธรรมหรือไม่ยุติธรรม

3. ด้านส่วนตัว (Personal) คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคลิกภาพของตน พฤติกรรมที่แสดงออกและลักษณะเฉพาะที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของตน

4. ด้านครอบครัว (Family) คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณค่า และความพอใจในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวปัจจุบันด้วย

5. ด้านสังคม (Social) คือ ทศนคติต่อสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น และความคิดเห็นเกี่ยวกับความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

6. ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction) คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านความสำเร็จในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง คุณค่าของตนเอง และความพอใจในสภาพแวดล้อม

7. ด้านการวิพากษ์ตนเอง (Self-criticism) คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความกล้าที่จะยอมรับความจริงว่าตนเป็นคนอย่างไร ทั้งในด้านดีและไม่ดีของตนเอง

2. คนพิการ (The Disabled) หมายถึง บุคคลที่บกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายอย่างถาวร ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการกิจประจำวันได้เช่นคนปกติ และอาศัยอยู่ในความดูแลของหน่วยงานหรือมูลนิธิ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและฝึกฝนอาชีพสาขาต่าง ๆ ในที่นี้ได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหวและพิการทางสายตา ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี และเป็นผู้ที่รับรู้สื่อความเข้าใจกันได้ ซึ่งอยู่ในสถานที่ดังต่อไปนี้

1. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จ.ปทุมธานี 110 คน

2. ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ 90 คน

3. มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ กรุงเทพฯ 10 คน

4. มูลนิธิสายใจไทย บางนา กรุงเทพฯ 60 คน

5. สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพปากเกร็ด นนทบุรี 80 คน

3.การวางแผนการดำเนินชีวิต (Life Planning) หมายถึง การพิจารณาตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและวิธีปฏิบัติไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวทางสำหรับวิธีการดำรงชีวิตในด้านการ ประกอบ อาชีพ สุขภาพอนามัย การปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม

4.สภาพความพิการ หมายถึง ลักษณะของความพิการของผู้ตอบแบบสอบถามในที่นี้ แบ่งลักษณะความพิการเป็น 2 ประเภทดังนี้

1.พิการตั้งแต่กำเนิด

2.พิการหลังจากกำเนิด

5.ปริมนทล หมายถึง จังหวัดที่อยู่โดยรอบกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ ซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- 1.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์
 - 1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์
 - 1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์
- 2.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
 - 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
 - 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
- 3.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินชีวิต
 - 3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินชีวิต
 - 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินชีวิต

1.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

1.1.1 ความหมายของอัตมโนทัศน์ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

โรมี (Dikmeyer. 1965 ; citing Raimy. n.d.) เป็นคนแรกที่พูดถึงมโนภาพแห่งตนว่าเป็นการรับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเป็นระบบมากหรือน้อยนั้นเป็นผลมาจาก การสังเกต "ตน" (Self) ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะใช้ มโนภาพแห่งตนสำหรับพิจารณาเพื่อเข้าใจตนเอง โดยเฉพาะในช่วงเวลาหรือวิกฤตการณ์ที่บุคคลนั้นต้องตัดสินใจเลือกหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เหมาะสมกับตนเอง

โรเจอร์ส (Rogers. 1951 : 498) อัตมโนทัศน์ หมายถึง โครงสร้างของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่างลักษณะ ความสามารถ คุณค่าของตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

แมคเดวิด และฮารารี (McDavid and Harari. 1969 : 220) อัตมโนทัศน์ คือระบบโครงสร้างของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อส่วนรวมทั้งหมดของร่างกายและพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด วิถีชีวิตอันเป็นผลจากประสบการณ์ ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดการรับรู้แล้ว ยังจะมีการประเมินผลเกี่ยวกับตนเองด้วย

เจมส์ (Epstein. 1973 : 405 ; citing James. n.d.) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์ คือสิ่งที่บุคคลรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

1.อัตตาทางวัตถุ หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่บุคคลนั้นเป็นเจ้าของ เช่น ร่างกาย ครอบครัวย

2.อัตตาทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลนั้น ที่มีต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.อัตตาทางจิตใจ หมายถึง กระบวนการทางจิตใจ เช่น อารมณ์ ความต้องการ อัตตาทั้ง 3 ด้านนี้มีผลต่อการยอมรับในคุณค่าของตนเอง (Self- esteem) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์

ดรีเวอร์ (Drier. 1976 : 174) อัตมโนทัศน์ หมายถึง องค์ประกอบของความเชื่อ ความนึกคิด และความรู้สึกทางอารมณ์เกี่ยวกับตนเอง

กลุ่มแอดเลอร์ (Gale. 1960 : 9-29 ; citing Adlerian. n.d.)กล่าวว่า มโนภาพแห่งตน คือแบบแผนชีวิต (Life Style) ของแต่ละบุคคล ซึ่งแบบแผนชีวิตของบุคคลจะเริ่มตั้งแต่เกิด เมื่อเด็กเกิดมาต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ในสังคม จึงเรียนรู้วิธีการดำรงชีวิต พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำ ทักษะคติ และการประเมินค่าของตนเองและสังคม

รุ่งนภา ทิฆะ (2522:7) สรุปว่าลักษณะที่สำคัญหรือถือว่าเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพ คือ อัตมโนทัศน์ อัตมโนทัศน์ประกอบด้วยความคิด ทักษะคติ ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล ตามมโนทัศน์ที่เขายึดถือหรือเป็นอยู่ อัตมโนทัศน์มี 2 ลักษณะคือ

1.อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่าง คือลักษณะทางร่างกายที่ปรากฏและสามารถใช้ความคิดสัมพันธ์กับร่างกายในการกระทำพฤติกรรม

2.อัตมโนทัศน์ทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยการรับรู้คุณค่าของตน เช่น ความซื่อสัตย์ความเป็นอิสระ ความปลอดภัย ความภาคภูมิใจ ฯลฯ อัตมโนทัศน์เป็นโครงสร้างทางจิต ซึ่งรวมขอบเขตประสบการณ์และโลกภายในของบุคคล ในการประเมินคุณค่าของตนเองจากพฤติกรรมโดยใช้ความคิดและทักษะคติของตน

ส่วนนันทิกา แยมสรวล (2522 : 27) ได้สรุปว่าอัตมโนทัศน์คือ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ทักษะคติที่บุคคลมีต่อตนเองทุก ๆ ด้าน ทั้งในด้านดีและไม่ดี และการรับรู้ตนแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ อันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และจุมพล พูลภัทรชีวิน (2525 : 14)

ได้สรุปว่า อัตมโนทัศน์ คือ การรับรู้ความรู้สึกหรือทัศนคติของตนเองว่าเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับสวิฟท์ (Swift, 1969 :68) ที่กล่าวว่า มโนทัศน์แห่งตนเป็นความคิด (Ideas or Thinking) ของแต่ละบุคคลที่คิดเกี่ยวกับตนเองว่า ตัวฉันเป็นใคร มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างไร

สรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ การรับรู้ ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านร่างกายและจิตใจทั้งด้านดีและไม่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ตนได้มีความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

ฟิทส์ (พิกุล บุญช่วง, 2526 : 24 ; Fits. n.d.) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของ อัตมโนทัศน์ว่าแบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1.ลักษณะภายใน (Internal Frame) ได้แก่ ความคิดเห็น การยอมรับ และการประเมินตนเอง ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเองด้านพฤติกรรม

2.ลักษณะภายนอก (External Frame) ได้แก่ ความคิดเห็น การยอมรับ และการประเมินตนเองด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัวและด้านสังคม

นอกจากนี้ฟิทส์ ยังได้นำเอาอัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง มาเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนที่กล่าวถึงตนเองทั้งทางด้านดีและไม่ดี ช่วยให้บุคคลประเมินตนเองได้มากขึ้น

ไคโรเวอร์ (Driever; 1976 : 174-175) แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ ไว้ดังนี้

1.อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ทั้งทางด้านความรู้สึก รูปร่างลักษณะ ความเคลื่อนไหวที่สามารถแสดงออกได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1.1 ความสามารถในการกระทำหน้าที่ของร่างกาย

1.2 ความสามารถในการควบคุมการกระทำของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลา

สถานที่

2.อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่า ความรู้สึกมั่นใจ และการประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

2.1ด้านศีลธรรมจรรยา (The Moral - ethical self) เป็นการรับรู้ เกี่ยวกับความถูกต้องหรือความคิด ความสัมพันธ์กับศาสนา ความดีหรือความเลวของตน ที่เกิดจากการประพฤติที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาที่ตนเองยอมรับนับถืออยู่

2.2 ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (Self - consistency) เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความสมดุลอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีความรู้สึกไม่สมดุลก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

2.3 ด้านอุดมการณ์หรือความคาดหวัง (Self-ideal / self expectancy) เป็นทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็นหรือคาดหวังเอาไว้ แล้วจะพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างหวังไว้ ถ้าทำไม่ได้จะเกิดความรู้สึกท้อถอย ด้อยในคุณค่าและความสามารถของตน

2.4 ด้านการยอมรับในคุณค่าของตน (Self-esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิดหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองและมีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ด้านอื่นๆ ทั้งทาง ด้านร่างกายและด้านส่วนตัว การสูญเสีย การวิตกกังวล ความรู้สึกนึกคิดและความไม่สมหวัง เหล่านี้มีส่วนเปลี่ยนแปลง

ซีคอร์ด และแบคแมน รัตนา มาศเกษม 2527 : 700 ; อ้างอิงมาจาก Secord and Backman ได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ออกเป็น 3 ส่วนคือ

1.ด้านความคิดความเข้าใจ (Cognitive aspect) เป็นส่วนประกอบที่แสดงถึงความคิดที่เกี่ยวข้องกันตนเอง เช่น คิดว่าเป็นคนฉลาด เชื่อสัตย์ ทะเยอทะยาน ฯลฯ

2.ด้านความรู้สึก (Affective aspect) เป็นส่วนประกอบที่แสดงถึงความรู้สึกของตนเอง เช่น กลัว วิตกกังวล สูญเสีย ท้อถอย ฯลฯ

3.ด้านพฤติกรรม (Behavioral aspect) เป็นส่วนประกอบที่แสดงถึงแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมในแนวทางต่าง ๆ เช่น เก็บตัว ก้าวร้าว

พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ไม่ใช่สิ่งที่ถาวรตายตัว มีพัฒนาการและเปลี่ยนแปลงไปได้ไม่หยุดยั้งนอกจากจะเปลี่ยนแปลงไปตามการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และพัฒนาการด้านความสามารถแล้ว ยังจะเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับจากการดำเนินชีวิตประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมและสิ่งแวดล้อม วิกฤตการณ์ต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ วัฒนธรรม และบทบาททางสังคมของบุคคลนั้นด้วย ดังนั้น อัตมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น และจะมีพัฒนาการไปเรื่อย ๆ ตามระดับวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมไม่มีการจำกัดเวลาและขอบเขต

นวลศิริ เปาโรหิตย์ (ม.ป.ป.: 15) อธิบายว่า มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ อัตมโนทัศน์ มีการเปลี่ยนแปลง พอสรุปได้ 3 ประเภทคือ

1.การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการ การเจริญเติบโตของร่างกาย เป็นสาเหตุประการหนึ่ง ที่ทำให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลแตกต่างกันออกไปกล่าวคือ ในวัยเด็กบุคคล จะมีอัตมโนทัศน์อย่างหนึ่ง แต่เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายมีการพัฒนาการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะมี การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปเป็นอีกแบบหนึ่ง โดยมีประสบการณ์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

2.การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ที่บุคคลจะต้องประสบ เช่น ความสูญเสีย ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ หรือภัยธรรมชาติ ฯลฯ จะเป็นเหมือนพลังกดดันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล และความรุนแรงของสถานการณ์นั้นด้วย

3.การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องจากการบำบัดทางจิต (Psychotherapy) ซึ่งเป็น กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย หรือบุคคลทั่วไปที่ได้รับความกดดันทางอารมณ์มาก ๆ ให้สามารถ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ โดยการช่วยให้แต่ละบุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง สามารถนำไปสู่จุด มุ่งหมายตามความสามารถของตน ถือว่าเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ที่ตนเอง ประสบอยู่ โดยทั่วไปการบำบัดทางจิตมีวัตถุประสงค์คือ ต้องการให้อัตมโนทัศน์ดีขึ้นดังนั้น จึงมีผล ต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์โดยตรง

อ่าไพ ศิริพิพัฒน์ (2515 : 91-100) อธิบายได้ว่า อัตมโนทัศน์เกิดจากการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ การสังเกตในภาวะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ และจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อ ตนอัตมโนทัศน์จะพัฒนาไปเรื่อย ๆ ไม่มีขอบเขตและเวลาจำกัด โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยทารก ซึ่ง ในระยะแรก ๆ บิดามารดาเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์มากที่สุด จากการเลี้ยงดู เอาใจใส่ความรัก ความอบอุ่น และการอบรมสั่งสอนประสบการณ์ครอบครัวมีความสำคัญต่อการปู พื้นฐานของอัตมโนทัศน์จึงมีค่านิยม (Value) แทรกเอาไว้ว่าดีหรือไม่ดี และขณะเดียวกันก็มีผลไป ด้วยว่าตนมีหรือขาดค่านิยมนั้น ๆ หรือไม่ ค่านิยมนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและสังคมด้วย ถ้าเป็นไป ในทางที่ไม่ดี (Negative self-concept)ก็จะทำให้รู้สึกด้อย ขาดความสำคัญ และทำให้อัตมโนทัศน์ ด้านอื่น ๆ ด้อยตามไปด้วย ถ้าเป็นไปในทางที่ดี (Positive self - concept) ก็จะทำให้รู้สึก ว่ามีค่านิยมสูง มีความสำคัญ อัตมโนทัศน์ด้านอื่น ๆ ก็จะดีตามไปด้วย ซัลลิแวนและมีด (Sullivan and Mead) เชื่อว่าอัตมโนทัศน์เป็นผลผลิตทางสังคม เป็นผลิตผลซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น เริ่มด้วยบิดา มารดา พี่น้อง คนในครอบครัว ครูบาอาจารย์ เพื่อน สามีภรรยา ฯลฯ โดย เน้นว่า บิดามารดาและครูมีความสำคัญและมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรักษาอัตมโนทัศน์ สนิทสนมและ

โคมส์ (Snygg and Combs) เน้นถึง Concious perception ว่าเป็นผลผลิตจากประสบการณ์ วัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนความนึกคิดของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง

พรณทิพย์ เกษะนันท์ (2516 : 65) ได้ให้ความเห็นว่า อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ปฏิรูปมาจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม เมื่อประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงได้ อัตมโนทัศน์จึงควรเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ และองค์ประกอบที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้แก่

1. สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม
2. ผู้ใกล้ชิดและมีอิทธิพลเหนือพัฒนาการของบุคคลนั้น หรือเป็นผู้ที่บุคคลนั้นไว้วางใจ เชื่อถือ และศรัทธา เช่น บิดา มารดา ครู
3. อัตมโนทัศน์ตามอุดมการณ์ ความต้องการ ความคาดหวัง ความสำเร็จ หรือความล้มเหลว

อัตมโนทัศน์กับการสูญเสีย

การสูญเสียเป็นประสบการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพบได้เสมอในการดำรงชีวิต และมีผลกระทบกระเทือนต่อทุก ๆ คนตั้งแต่เกิดจนตาย การสูญเสียเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ อาจเกิดขึ้นกะทันหันโดยไม่ได้คาดหมายล่วงหน้า มีการสูญเสียเพียงบางส่วนหรือหลายส่วนหรือทั้งหมด ไม่ว่าจะชั่วคราวหรือถาวร

บาวเวอร์ (Bower ; 1980 :10-53) กล่าวว่า บุคคลมักประสบความสูญเสีย 4 ด้าน ได้แก่

1. การสูญเสียตนเองในบางด้าน เช่น อวัยวะของร่างกาย สุขภาพ บทบาททางสังคม
2. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญ เช่น การตาย การพลัดพราก การหย่าร้าง
3. การสูญเสียอันเป็นสมบัตินอกกาย เช่น ทรัพย์สิน สัตว์เลี้ยง เงินทอง
4. การสูญเสียตามวัยพัฒนาการ เช่น ผม พัน

การสูญเสียบางด้านจะก่อให้เกิดการสูญเสียด้านอื่น ๆ ตามไปด้วย เช่น การเจ็บป่วย ทำให้เสียเงินค่ารักษา ความพิการทำให้ตกงาน สูญเสียบทบาทในครอบครัว

บาวเวอร์ ยังกล่าวต่อไปถึงการสูญเสียตนเองว่าเป็นการสูญเสียองค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ และคุณสมบัติทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับตนเอง การสูญเสียตนเองแบ่งออกเป็น

1. การสูญเสียทางร่างกาย ได้แก่ อวัยวะ หน้าที่ของอวัยวะ การเสื่อมสมรรถภาพ เช่น ถูกตัดแขนขา อัมพาต ตาบอด สมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ

2.การสูญเสียคุณสมบัติทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ บทบาททางสังคม บทบาทในครอบครัว บทบาทที่เกี่ยวข้องกับมรดกทางวัฒนธรรม

3.การสูญเสียทางด้านจิตใจ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ความพึงพอใจ ความมีชื่อเสียงเกียรติยศอำนาจแห่งตน

การสูญเสียทางร่างกายไม่ว่าจะเป็นรูปร่าง หน้าที่ของอวัยวะหรือสมรรถภาพของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหลายส่วน จะนำไปสู่การสูญเสียความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองทางจิตใจและบทบาทที่ถูกกำหนดขึ้นในทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น การเสียอวัยวะแขนหรือขา จะทำให้อัตมโนทัศน์ด้านร่างกายของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถแสดงบทบาทตามสถานภาพของตนเองได้ เช่น บทบาทหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น

วิธีการประเมินอัตมโนทัศน์

ฟิตส์ (อำไพ ศิริพิพัฒน์, 2515 : 100 ; และดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2524 : 111 อ้างอิงมาจาก Fitts. n.d.) กำหนดรูปแบบของวิธีการประเมินอัตมโนทัศน์ไว้ 2 วิธีคือ

1.การซักถามจากผู้ถูกวัดโดยตรง ผลที่ได้เรียกว่า รายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-report)

2.การสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักจิตวิทยา แล้วมาสรุปความเห็น ผลที่ได้เรียกว่า การลงความเห็นของผู้อื่น ๆ (Inferred self-concept)

โรเจอร์ส และอัลพอร์ต (อำไพ ศิริพิพัฒน์, 2515: 100; อ้างอิงมาจาก Rogers and Allport. n.d.) ให้เหตุผลว่า ถ้าต้องการทราบความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของใครก็ควรจะไปถามบุคคลนั้นให้บุคคลนั้นรายงานตนเอง เพราะไม่มีใครรู้จักตัวเขาดีไปกว่าตัวของเขาเอง

นอกจากนี้ อำไพ ศิริพิพัฒน์ (2515 : 101) ยังได้กล่าวถึงการวิจัยของคอมบัส ,คุร์สันและชอปเปอร์ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรายงานเกี่ยวกับตนเองและความนึกคิดเกี่ยวกับ ตนเอง ได้จากการลงความเห็นของผู้อื่น พบว่ามีความสัมพันธ์กันแต่ไม่สูงนัก ความเที่ยงตรง (Validity) ของการรายงานเกี่ยวกับตนเองขึ้นอยู่กับส่วนประกอบหลายประการเป็นต้นว่าความเต็มใจและความร่วมมือของผู้ตอบ

1.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ในปัจจุบันการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ได้มีผู้รวบรวมเป็นทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งพรรณิ (ชูทัย) เจนจิต (2533 : 188) ได้รวบรวมไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีของเจมส์ (James' Theory)

เจมส์ เป็นนักจิตวิทยาคนแรกที่เป็นผู้ให้คำว่า "ตน" (Self) มีความหมายกระจ่างชัดเขาพูดเกี่ยวกับ "อัตมโนทัศน์" แต่ใช้คำว่า "ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง" หรือ "การยอมรับตน" ซึ่งเขาได้อธิบายเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมว่าเป็นไปเพื่อให้เกิดความยอมรับนับถือตนเอง (Self-esteem) โดยอธิบายว่า ตน (Self) ประกอบไปด้วย ฉัน (I) และตัวฉัน (Me) ซึ่งฉันนั้นหมายถึงตนซึ่งเป็นผู้ถูกกระทำ (Self-as-object) หรือผู้ถูกรู้ เจมส์มองตนในลักษณะที่สองคือ ในลักษณะผู้ถูกกระทำเพราะเขาเห็นว่าใช้อธิบายพฤติกรรมได้กว้างขวางกว่า เขาได้สร้างกฎของเจมส์ (James' Law) ในปี 1890 ซึ่งเขาอธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของคนจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับว่าแต่ละคนมองตนเองว่าเป็นคนอย่างไร ตนจะเป็นผู้ประเมินความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของตนเองจากการที่ได้รับหรือไม่ได้รับความเห็นชอบของผู้อื่น หรืออีกนัยหนึ่งคนเราจะรู้สึกว่าคุณค่าหรือมีความสามารถหรือไม่จากท่าทีที่ผู้อื่นให้การยอมรับหรือไม่ให้การยอมรับ

กล่าวโดยสรุป เจมส์จะมองตนเองในฐานะเป็นผู้แสดง และผู้ถูกกระทำการแสดงพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับว่าแต่ละคนจะมองตนเองอย่างไร โดยจะมีการประเมินตนเองว่าประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการที่ได้มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ

2. ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson' Theory)

อีริกสัน (Erikson) เป็นนักจิตวิทยากลุ่มจิตวิเคราะห์สมัยใหม่ที่ทำให้ความสนใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับเรื่องของตน ในฐานะเป็นผู้ถูกกระทำและอธิบายโดยใช้คำว่า "เอกลักษณ์" แทนคำว่า "ตน" โดยอธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของคนนั้นเป็นไปเพื่อหาเอกลักษณ์ของตนเองซึ่งคนที่หาเอกลักษณ์ของตนเองได้ คือรู้ว่าตนเองคือใคร มีความต้องการอะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไรในชีวิต โดยตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งเขาได้ชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อการหาเอกลักษณ์ของบุคคลจากประสบการณ์ที่เด็กได้รับความสำเร็จ ได้รับการยอมรับจากสังคมเด็กจะค่อย ๆ พัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง โดยผ่านกระบวนการถือตนตามแบบอย่าง (Identification) ดังนั้น เด็กจึงควรได้รับการติดต่อช่วยเหลือจากผู้ใหญ่เพื่อเขาจะได้เลียนแบบได้ อีริกสันได้อธิบายเกี่ยวกับพัฒนาการของการหาเอกลักษณ์ บุคคลที่จะพัฒนาขึ้นไปเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จต่อไปในอนาคตนั้น คือผู้ที่สามารถหาเอกลักษณ์ของตนเองได้ ซึ่งในการอธิบายเกี่ยวกับพัฒนาการของบุคลิกภาพของอีริกสัน มิได้อธิบายเพื่อความต้องการทางด้านสรีระเท่านั้น แต่ได้รวมไปถึงสิ่งที่สังคมวัฒนธรรมได้ให้อะไรกับเด็กบ้างในช่วงของพัฒนาการแต่ละขั้นนั้นจึงเป็นเรื่องจิตสังคมประกอบกัน

3. ทฤษฎีของมีด (Mead's Theory)

มีดได้อาศัยแนวความคิดทั้งของเจมส์ และคูลีย์มาขยายแนวความคิดของเขาเกี่ยวกับเรื่อง "ตน" ให้ละเอียดยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญกับบุคคลและสังคมเช่นเดียวกับคูลีย์ เขาเห็นด้วยกับแนวคิดของคูลีย์และเจมส์ แต่มีข้อแตกต่าง คือ การแสดงพฤติกรรมในลักษณะของผู้ถูกกระทำเป็นเรื่องของแรงขับ เป็นความต้องการ เป็นการแสดงความเป็นตัวของตัวเองในลักษณะที่ยังไม่ขัดเกลาซึ่งเปรียบได้กับ Id ตามแนวคิดของฟรอยด์ ส่วนการแสดงพฤติกรรมในลักษณะของผู้ถูกกระทำจะเป็นเรื่องของสมาชิกในกลุ่ม สถานะ บทบาทและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงพฤติกรรมของแต่ละคนจะเริ่มต้นด้วยพฤติกรรมในลักษณะผู้ถูกกระทำ และจะพัฒนาขึ้นมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะผู้ถูกกระทำเนื่องมาจากได้รับอิทธิพลจากสังคมนั่นเอง สำหรับมีดมองบุคคลในลักษณะของผู้ถูกกระทำที่มีความสัมพันธ์กับสังคม และพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม ด้วยเหตุนี้สังคมจึงสามารถควบคุมพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เพราะบุคคลซึมซับอิทธิพลต่าง ๆ จากกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาสู่ตน ดังนั้นจึงถือว่า "ตน" เป็นโครงสร้างของสังคมเกิดจากประสบการณ์ทางสังคมที่มีภาษาเป็นตัวการสำคัญระหว่าง "ตน" และ "สังคม" ซึ่งมีคูลีย์อธิบายว่า บุคคลแต่ละคนจะพัฒนาเจตคติเกี่ยวกับตนเองในลักษณะที่สอดคล้องกับผู้อื่นมีต่อตน และแต่ละคนจะให้คุณค่าตนเองดังเช่นที่ผู้อื่นให้ ถ้าคนอื่นปฏิเสธไม่ยอมรับ เขาก็พร้อมที่จะไม่ยอมรับตนเองเช่นเดียวกัน คนจะรับรู้ตนเองเป็นเช่นไรจากท่าทีที่คนรอบข้างมีต่อตน ดังนั้น ทั้งบุคคลและสังคมจึงเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้

กล่าวโดยสรุป มีดจะมองบุคคลในลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำที่สัมพันธ์กับความคาดหวังของสังคม สังคมสามารถควบคุมพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยที่บุคคลจะซึมซับสิ่งต่างๆ จากสังคมเข้ามาสู่ตน ดังนั้นแต่ละคนจะพัฒนาเจตคติเกี่ยวกับตนเองได้สอดคล้องกับการที่ผู้อื่นมีต่อตน

4. ทฤษฎีของคูลีย์ (Cooley's Theory)

ตามทฤษฎีของคูลีย์เริ่มแรกเขาให้ความสำคัญกับบุคคลมากกว่าสังคม ต่อมาได้เห็นว่าทั้งบุคคลและสังคมเปรียบเสมือนคู่แฝด นั่นคือทั้งบุคคลและสังคมต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน คูลีย์จึงให้นิยามของ "ตน" ไว้ดังนี้ "บุคคลจะมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการตีความของผู้อื่นต่อปฏิกริยาต่างๆ ที่ผู้อื่นมีต่อตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของเขา" คูลีย์จึงได้เสนอทฤษฎี กระจกส่องตน (Looking - Glass Self) "มโนภาพแห่งตนได้รับอิทธิพลจากความเชื่อว่าคนอื่น ๆ คิดอย่างไรกับตน กระจกสะท้อนให้เห็นภาพที่คนอื่น ๆ คิดอย่างไรกับเรา หรือประเมินเราว่าอย่างไร

กระจกสองตน เกิดจากการที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบ ๆ ข้างเช่น จากการวิสาสะกันการได้มีโอกาสพบปะติดต่อกันคนอื่น ๆ จะได้ข้อมูลซึ่งนำมาใช้ประเมินตนเอง ดังนั้น อัตมโนภาพจะก่อรูปแบบขึ้นจากการลองผิดลองถูก ซึ่งมีการเรียนรู้ทั้งค่านิยม เจตคติ ตลอดจน บทบาทต่าง ๆ คูณียพยายามที่จะอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ ที่แต่ละคนมีอันเนื่องมาจาก สัมพันธภาพทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นรูปร่างหน้าตา ความคิด จุดมุ่งหมาย ความทะเยอทะยาน ภาษา และวัฒนธรรม ตลอดจนการตีความพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลรอบข้างมีต่อตัวเขา ดังนั้น "ตน" และ "สังคม" ต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

กล่าวโดยสรุป คูณียจะมองอัตมโนภาพที่เกิดจากการมองตนเอง และมองผู้อื่น ด้วยซึ่งจะกล่าวในลักษณะของสัมพันธภาพที่ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน โดยสังคมจะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมของบุคคล

5.ทฤษฎีของสไนกส์และโคมส์ (Snygg and Combs' Theory)

สไนกส์และโคมส์ เน้นความเชื่อเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของคนว่าการแสดง พฤติกรรมของคนนั้นเป็นไปอย่างรู้ตัวแต่ละคนเป็นผู้ให้ความหมายและกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง มิใช่ตกภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรือการกระทำต่าง ๆ อันเนื่องมาจากแรงขับซึ่งเป็นไปโดยไม่ รู้ตัว การที่บุคคลจะปฏิบัติเช่นไร เป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนการ รับรู้ตนเองว่าเป็นอย่างไร ถือว่าความรู้สึกตัวและความเป็นคนที่มีเหตุผลเป็นสาเหตุของการแสดง พฤติกรรม สไนกส์และโคมส์ ได้อธิบายเกี่ยวกับ "ตน" โดยแยกเป็น 2 ลักษณะคือ ตนในฐานะผู้ถูก กระทำ และในฐานะเป็นกระบวนกรซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

กล่าวโดยสรุป สไนกส์และโคมส์ เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลจะมีบทบาทสำคัญใน การบังคับพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่ต้องการ การที่คนแสดงพฤติกรรมเนื่องจากได้รับรู้สิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยประสบการณ์ที่เป็นเรื่องเฉพาะตัว และการรับรู้ตนเองจากปฏิกิริยาของผู้อื่น (Perceived) รวมทั้งการรับรู้ตนเองอย่างเป็นอยู่จริง (Real self)

6.ทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers' Theory)

โรเจอร์ให้ความสำคัญเกี่ยวกับตน เพราะถือว่าเป็นแกนสำคัญที่จะอธิบายการ แสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เขาชี้ให้เห็นถึงโลกส่วนตัวซึ่งมีผลต่อการกระทำมากกว่าอิทธิพล ของสิ่งเร้าภายนอกและเน้นการแสดงพฤติกรรมว่าเนื่องจากการรับรู้ตนเองตลอดจนประสบการณ์ และการตีความสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่รอบตน โดยเชื่อว่าตนเองเกิดมาพร้อมกับความดี มีความสามารถ เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ตลอดจนมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาไปข้างหน้าไปสู่การรู้จักตัวเองตรงตาม

สภาพ แต่ก่อนจะไปถึงจุดนั้นบุคคลจะต้องมีความพอเพียงในความต้องการ ←ที่จะได้รับการยอมรับจากผู้อื่นตลอดจนการยอมรับในตนเอง

โรเจอร์ได้อธิบายการแสดงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากมโนภาพแห่งตน เป็น 2 ลักษณะคือ

1.มโนภาพแห่งตนที่เกิดจากการเรียนรู้ (Perceived Self-Concept)เป็นความรู้สึกว่าตนเองเป็นอย่างไร เป็นมโนภาพแห่งตนที่เกิดจากการเรียนรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นมากกว่าที่จะเป็นจริง (Real Self-Concept)

2.มโนภาพแห่งตนที่ต้องการจะเป็น (Ideal Self-Concept) เป็นสิ่งที่ผู้นั้นยึดอยากจะเป็น

7.ทฤษฎีของซัลลิแวน (Sullivan' Theory)

ซัลลิแวนมีความคิดเห็นว่าการตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่นั้น จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Inter personal relation) กับสิ่งแวดล้อม ในวัยเด็กคนเรามีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมน้อยมาก แต่เมื่อโตขึ้นก็มีความสามารถในการปรับตัวสูงขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมเป็นผู้สอนให้ก่อน เขาเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะสร้าง"ตน" โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากคนใกล้ชิด เช่น บิดามารดา หรือผู้ปกครองผู้ที่ใกล้ชิดเหล่านี้จะเป็นผู้ช่วยเสริมความมั่นคงทางจิตใจให้แก่เด็ก ถ้าเด็กขาดสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองในวัยเด็กไปแล้ว←จะมีผลต่อการพัฒนาในขั้นต่อไป ทฤษฎีของซัลลิแวนจะเน้นถึงความสัมพันธ์ของเด็กที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมซึ่งถือว่าเป็นอิทธิพลต่อการพัฒนาทางจิตใจ กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีของซัลลิแวนจะเน้นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยในวัยเด็กจะยังมีการเปลี่ยนแปลงน้อยแต่เมื่อโตขึ้นการได้รับประสบการณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพ่อแม่หรือผู้ปกครองจะเป็นผู้ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และจะเกิดการพัฒนาในแนวทางที่ถูกต้องต่อไป

ทฤษฎีเกี่ยวกับตนเองของโดมอนด์

โซโลมอน โดมอนด์ (Solomond Diamond) กล่าวว่า บุคลิกภาพของบุคคลนั้นเกิดจากการที่"ตน" พยายามเรียนรู้หรือเข้าใจตนเองให้มากที่สุด และในขณะที่เดียวกันก็จะพยายามป้องกันตนเองจากความกดดันต่าง ๆ หรือจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งลักษณะ 2 ประการนี้จะเกิดขึ้นกับบุคคลตลอดเวลาในทุกช่วงของการมีชีวิตอยู่ กล่าวคือ บุคคลจะต้องค้นพบลักษณะหรือความรู้ที่เกี่ยวกับตนเองใหม่ ๆ อยู่เสมอ และจากความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับ "ตน" นี้เองจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ "ตน" อาจต่อต้านสิ่งนั้นเพื่อดำรง "ตน" เอาไว้

ความเชื่อของโดมอนต์นั้นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้หรือเข้าใจตนเองของ"ตน"นั้นมีอยู่ 2 วิธีคือ

1.จากรูปร่างหรือสรีรวิทยาของผู้นั้น

2.จากการลอกแบบหรือเลียนแบบบุคคลที่ตนบูชา

การเรียนรู้หรือเข้าใจตนเองจากรูปร่างลักษณะภายนอกนั้น นับเป็นขบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันไปจนตลอดชีวิตนั่นคือ เมื่อแรกเกิดทารกค่อย ๆ รู้จักอวัยวะต่าง ๆ ที่ประกอบกันขึ้นมาเป็นตัวตนมากขึ้นเรื่อย ๆ เด็กจะเริ่มแยกว่าสิ่งใดเป็น "ของเรา" และสิ่งใดเป็นสิ่งแวดล้อม ลักษณะการเรียนรู้นี้จะเพิ่มมากขึ้น จนเด็กสามารถใช้และเข้าใจคำว่าอะไรคือ ฉัน เธอ ของฉัน และไม่ใช่ของฉัน เป็นต้น ยิ่งกว่านั้นรูปร่างหน้าตาจะยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออย่างเข้าสู่วัยรุ่น การปรากฏกายจะมีผลกระทบกระเทือนโดยตรงกับ "ตน"ของบุคคล เขาจะรู้สึกตื่นตาตื่นใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเขา ความรู้สึกเป็นสาวหรือเป็นหนุ่มจะมีผลต่อการมองดู "ตน" โดยตรง แต่เมื่ออย่างเข้าวัยกลางคนทั้งชายและหญิง ก็จะมีการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจมากกว่า ซึ่งความรู้สึกนี้จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยตรงจึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ หรือวัยชราก็ตาม ลักษณะจิตใจหรือ "ตน" จะขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของบุคคล

นอกจากนี้การลอกหรือเลียนแบบบุคคลที่เรานิยมชมชื่น ก็มีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง "ตน" อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากการสังเกต การกระทำของผู้อื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกระจกเงาให้เราเลียนแบบ การเลียนแบบจะเกิดขึ้นตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน แต่จะเกิดเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็กเล็ก ๆ ที่พยายามเลียนแบบบิดามารดาที่เป็นเพศเดียวกัน

กล่าวโดยสรุป โดมอนต์มีความเชื่อว่า "ตน" ของบุคคลจะพยายามเรียนรู้หรือเข้าใจตนเอง อาจจะโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของตนหรือเกิดจากการเลียนแบบ บุคคลที่ตนนิยมบูชาในขณะเดียวกันก็พยายามป้องกันตนเองจากความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ของ "ตน"

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์

งานวิจัยในประเทศ

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2527 :49) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 290 คน พบว่าอัตมโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาล ปี 2,3 และ 4 ในระดับสูงและระดับต่ำมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จำรัส บุญญานันต์ (จำรัส บุญญานันต์ 15 : 46) ซึ่งพบว่าอัตมโนทัศน์สูงจะมีความวิตกกังวลต่ำ

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2516 : 80) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวล ความเกรงใจ และลักษณะความเป็นผู้นำของนักเรียนที่เป็นผู้นำ และนักเรียนที่เป็นผู้ตามในระดับชั้น ม.ศ.3 จำนวน 188 คน พบว่าอัตมโนทัศน์สัมพันธ์กันในทางลบกับความวิตกกังวล

บังอร เสดนนท์ (2521 : 58-62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง "ตน" อย่างที่คิดว่าตนเป็นและ "ตน" อย่างที่คิดอยากจะเป็นของเด็กวัยรุ่นซึ่งกำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนพระโขนง พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับตนเองของเด็กเรียงตามลำดับ ได้แก่ การเลี้ยงดูของพ่อแม่ สถานภาพทางสังคม เพศ หน้าที่พิเศษในโรงเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สภาพทางครอบครัว และยังพบว่า เด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงมีการยอมรับตนเองต่ำ นอกจากนี้

จำรัส บุญญานันท์ (2515 : 64-65) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลและความต้องการสัมฤทธิ์ผลของเด็กที่ประพฤติก้อยตามสังคมและขัดกับสังคม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 210 คน ใช้แบบสอบถามตนอย่างที่คิดอยากจะเป็น พบว่า เด็กที่ประพฤติก้อยตามสังคมจะมีอัตมโนทัศน์ความต้องการสัมฤทธิ์ผลและมีความวิตกกังวลต่ำกว่าเด็กที่ประพฤติขัดกับสังคม แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในตัวแปรเดียวกัน

✓ สุกัญญา วิบูลย์พานิช (2536 : 120-121) ได้ศึกษา อัตมโนทัศน์และการพึง ตนเองทางของเศรษฐกิจของคณพิการ โดยศึกษากับคณพิการที่เคยเป็นผู้ป่วยของภาควิชาออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 133 ราย เพศชาย อายุ 20-66 ปี พบว่า คณพิการที่ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ส่วนใหญ่ มีอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวที่ดี ส่วนคณพิการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทางเศรษฐกิจค่อนข้างมีอัตมโนทัศน์โดยรวมที่ไม่ค่อยดีหรือต่ำส่วนใหญ่คิดว่าตนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติภารกิจส่วนตัวไม่ค่อยดี ความพิการทำให้ไปไหนมาไหนไม่สะดวก หายอะไรได้ช้า รู้สึกอายความพิการ ไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพร่างกาย ชอบอยู่ตามลำพัง คิดมาก หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเองคิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ เบื่อหน่ายต่อสภาพที่เป็นอยู่ เวลาโกรธไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ไม่ชอบให้ใครมาแนะนำให้ทำนั่นทำนี่ซึ่งสรุปได้ว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานกับการพึงตนเองทางเศรษฐกิจของคณพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศ

วิลเลียมส์ (Williams. 1971 : 3107-A) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการแสดงความวิตกกังวลและมโนภาพแห่งตนของเด็กวัยรุ่นตามอดกับเด็กวัยรุ่นตาดีในเกรด 9,10,11 โดยใช้เครื่องมือ Tayler Manifest Anxiety Scale and Bills High School Index of Adjustment and Value พบว่าเด็กตาบอดมีมโนภาพแห่งตนสูงกว่าพวกเด็กตาดี และแสดงความวิตกกังวลน้อยกว่าพวกตาดี

คูเปอร์สมิท (จินตนา เพียรจิตร 2524 : 74; อ้างอิงมาจาก Coopersmith. n.d.) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมโนภาพแห่งตนกับความวิตกกังวล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 , 6 จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามวัดความกังวลใจ ของ คาสตานิดา (Castanida) แมคเคนเลส (MC Candless) และปาเลอโม (Palermo) ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีมโนภาพแห่งตนไปในทางไม่ดี และเด็กที่มีมโนภาพแห่งตนในด้านที่ดีจะเป็นที่นิยมของคนทั่วไปและมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตนที่ถูกต้อง

2.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

2.1.1 ความหมายของคนพิการ

จूरรัตน์ ผ่องแผ้ว (สมพร แซ่เฮง. 2540 : 19 อ้างอิงมาจาก จूरรัตน์ ผ่องแผ้ว ม.ป.ป. 20-21) ได้รวบรวมนิยามของคำว่า "คนพิการ" ไว้ดังนี้

คนพิการ ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ คือ บุคคลที่ผู้มีความพิการตลอดไปและพิสูจน์ได้ชัดเจน จะพิการในลักษณะใดก็ตาม ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ หรือสูญเสียความสามารถในการทำงาน

คนพิการ ตามความหมายขององค์การกรรมระหว่างประเทศ (ILO) หมายถึง บุคคลซึ่งเสื่อมสมรรถภาพและโอกาสที่จะทำงานประกอบอาชีพ อันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ

คนพิการ ตามความหมายของนักวิชาการด้านการศึกษา หมายถึงผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย สมองและจิตใจ อันเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ได้แก่คนพิการทางร่างกายและสุขภาพ คนตาบอด คนหูหนวก คนปัญญาอ่อน เป็นต้น

คนพิการ ตามความหมายของนักวิชาการด้านการแพทย์ คือผู้ที่มีความบกพร่อง หรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการกระทำ กิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ การประกอบอาชีพ และมีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เหมือนอย่าง คนปกติ

ส่วนกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ. 2534 (กรมประชาสัมพันธ์ 2537 : 11-12) ได้แบ่งประเภทความพิการไว้ดังนี้

- 1.คนพิการทางการมองเห็น
- 2.คนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย
- 3.คนพิการทางการกายหรือการเคลื่อนไหว
- 4.คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- 5.คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1980:10) ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า หมายถึงบุคคล ซึ่งมีความบกพร่อง และ/หรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายหรือจิตใจ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองในการกระทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ทางสังคมได้ เหมือนอย่างปกติ

วิยะดา ศักดิ์ศรี (2531 : 138) ได้กล่าวถึงความพิการว่า หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้โดย อิสระอย่างเป็นปกติ ความพิการอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

1.ความพิการชั่วคราว หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งไปชั่วคราว ระยะเวลาหนึ่ง และจะฟื้นสภาพกลับเข้าสู่สภาพปกติได้ เช่น ในรายที่มีการอักเสบของข้อต่อ กล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวด อ่อนแรง ใช้งานไม่ได้ไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อได้รับการรักษาจะ กลับฟื้นสภาพเข้าสู่สภาวะปกติได้

2.ความพิการถาวร หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะส่วนนั้นไปตลอด ไม่อาจ กลับฟื้นสภาพได้เหมือนเดิม เช่น แขนขาขาด ดาบอด หรือเป็นอัมพาตจากกระดูกสันหลัง

2.1.2 ความสำคัญของการศึกษาปัญหาคนพิการ

จากการสำรวจและประมาณการขององค์การสหประชาชาติ เกี่ยวกับประชากรผู้มีความ พิการทั่วโลกในปีคนพิการสากล (ปี พ.ศ.2534) พบว่าคนพิการประมาณ 500 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก และมีคนพิการจำนวน 350 ล้านคนอยู่ในสังคมที่ไม่มีการให้บริการช่วยเหลือ คนพิการส่วนใหญ่ยังประสบการกีดขวางทางกายภาพ ทางวัฒนธรรม และทางสังคม (สภาคนพิการ

ทุกประเภทแห่งประเทศไทย 2538 :26 : อ้างอิงมาจาก United Nations. 1992) ส่วนในสังคมไทยเองก็พบเห็นคนพิการจำนวนมาก จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีคนพิการทั่วประเทศสูงถึง 1,057,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของประชากรไทยทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535-15)

คนพิการถือเป็นผู้ที่เสียเปรียบ (Handicapped) หรือด้อยโอกาสในสังคม แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นศักยภาพแฝงของสังคมด้วย กล่าวคือ หากสังคมใดละเลยหรือทอดทิ้งคนพิการคนพิการก็จะเป็นภาระของสังคมต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด แต่หากสังคมให้ความสนใจและพัฒนาคนพิการให้ถูกวิธีแล้ว คนพิการก็จะกลายเป็นพลานุภาพต่อการพัฒนาสังคมชาติบ้านเมืองให้เจริญรุ่งเรือง (กรรณิการ์ พฤติสาร . ม.ป.ป. : 87)

2.1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาคนพิการ

ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เป็นรากฐานของความเข้าใจปัญหาและความต้องการต่างๆ ของคนพิการจำแนกเป็น 3 ทฤษฎี (McDaniel. 1976 :1-10) ได้แก่

1. ทฤษฎีรูปลักษณ์ของตนเอง (Body-image) ซิลเดอร์ (Mcdaniel. 1976 : 5-6 ; citing Schilder. 1950) ได้ศึกษาเกี่ยวกับมโนภาพเกี่ยวกับร่างกายของบุคคลแล้วสรุปว่า รูปลักษณ์ของบุคคลมีผลต่อมโนภาพเกี่ยวกับร่างกายของบุคคลและมโนภาพนี้เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซิลเดอร์ ใช้หลักการดังกล่าวนี้ อธิบายสภาพจิตที่แปรปรวนของคนพิการ โดยอธิบายว่า ความบกพร่องหรือความผิดปกติทางสรีระสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกแปรปรวนทั้งนี้เพราะรูปลักษณ์ที่เสียไป และสมรรถภาพทางกายที่ลดลงความรู้สึกแปรปรวนนี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติและประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ ไป

2. ทฤษฎีปมด้อย (Inferiority Complex) แอดเลอร์ (McDaniel. 1976:2- 5;citing Adler. 1927) เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีปมด้อย (Inferiority Complex) มนุษย์จึงพยายามดิ้นรนเพื่อไปสู่สิ่งที่ดีกว่า (Striving for Superiority) โดยเขาจะตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปแบบหรือวิถีชีวิต (Style of Life) ไว้ในใจและพยายามนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ให้จงได้ ปรากฏการณ์เช่นนี้มีใช้สิ่งผิดปกติ แต่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองขึ้นมาได้ ในกรณีของคนพิการ แอดเลอร์อธิบายว่า ปมด้อยของคนพิการเกิดจากสภาพความบกพร่องของร่างกาย อันทำให้คนพิการมีความรู้สึกทุกขทรมานเพราะรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในชีวิตและการต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หากคนพิการมีความรู้สึกเช่นนี้มากก็จะตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ดีกว่าไว้สูง

และจะมีความมั่นคงแน่วแน่มากในความพยายามดิ้นรนไปสู่เป้าหมายนั้นๆ อย่างไรก็ตาม แอดเลอร์กล่าวว่า สภาพความพิการทางกายและทางจิตอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการตั้งความปรารถนาในรูปแบบชีวิตที่ผิด ๆ ได้

3.ทฤษฎีจิต-สรีระ (Somatopsychology) เป็นทฤษฎีร่วมสมัยซึ่งนำมาประยุกต์ ใช้กับการศึกษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือมีความพิการ สาระสำคัญของทฤษฎีนี้คือ สภาวะทางกายและจิตมีความเกี่ยวเนื่องและไม่เป็นอิสระแก่กัน สภาวะทางกายสามารถส่งผลกระทบต่อ สภาวะจิตใจตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลได้เพราะสภาวะทางกายเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพต่างๆ ของร่างกายอันเป็นเครื่องมือในการแสดงพฤติกรรม และสภาวะทางกายของบุคคลก็ยังเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลนั้น และผู้อื่นรอบข้างเขาแสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อเขากล่าวคือ สภาพความบกพร่องทางกายทำให้ตัวคนพิการเองและบุคคลอื่นๆ ประเมินคุณค่าของเขาต่ำลง นอกจากนี้สภาพความพิการยังทำให้บุคคลรอบข้างมองคนพิการอย่างมีอคติ ทำให้แสดงพฤติกรรมที่เป็นการปฏิเสธคนพิการหรือการให้ความปกป้องคนพิการจนเกินความจำเป็น ทำให้คนพิการยิ่งเห็นคุณค่าของตนน้อยลง และพลอยทำให้เขารู้สึกว่าเขาไร้ความสามารถในเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับคนพิการทางกายของเขาอีกด้วย (McDaniel. 1976:8)

จากทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีข้างต้น จึงสรุปได้ว่า สภาพความบกพร่องทางร่างกายของคนพิการ นอกจากจะทำให้เขาเสียเปรียบทางด้านสมรรถภาพทางกายแล้ว ยังอาจนำมาสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของคนพิการได้

2.1.4 ปัญหาและความต้องการของคนพิการ

แลมเบอร์ต และแลมเบอร์ต (เรวัต ผ่องสุวรรณ. 2536 : 22 ; อ้างอิงมาจาก Lambert and Lambert. 1985) กล่าวว่าปัญหาสำหรับคนพิการนั้นก็คือสภาพความพิการก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะทำให้มีการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตใหม่ได้ยาก เพราะอวัยวะเหล่านี้มีความสำคัญต่อการเคลื่อนไหวต่อความสวยงามของร่างกายและต่อความสำเร็จในการช่วยเหลือตนเอง

สกัน สุวรรณเลิศ (2530 : 135) ได้สรุปปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวของคนพิการไว้ว่า คนพิการมักจะมีการปรับตัวเองเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยากกว่าบุคคลธรรมดา มักจะแสดงความประพฤติดัดแปลงไปเมื่ออยู่ในหมู่คนธรรมดาแต่ก็มีอยู่มากที่สามารถปรับตัวเองได้ดีกว่าคนธรรมดา การแสดงความประพฤติดัดแปลงไปนี้ มักจะไม่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในหมู่คนพิการด้วยกัน คนพิการมักจะแสดงอาการต่างๆ เฉพาะเมื่ออยู่ในสังคมที่ไม่ใช่สังคมคนพิการ อาการหรือพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนคือ ขี้อายไม่ชอบการสังสรรค์ เป็นต้น

แม็คแดเนียล (McDaniel. 1976:8) กล่าวถึงปัญหาการปรับตัวของคนพิการว่าคนพิการที่มีความพิการน้อยหรือไม่เด่นชัด จะมีความคับข้องใจมากกว่าและมีการปรับตัวได้ยากกว่าคนที่มีความพิการที่เห็นเด่นชัด ทั้งนี้เพราะสังคมมักมีความคาดหวังต่าง ๆ จากคนพิการที่ไม่เห็นเด่นชัดนี้สูง โดยมองว่าเขาน่าจะมีความสามารถไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไปนัก แต่ในความเป็นจริงแล้วเขาอาจไม่มีความสามารถตามที่สังคมคาดหวังไว้ นอกจากนี้ เชกสเปียร์ (Shakespeare. 1975: 25- 26) กล่าวว่า คนพิการที่มีความพิการน้อยจะรู้สึกสับสนเพราะไม่แน่ใจว่าจะจัดตนเองอยู่ในกลุ่มคนพิการ หรือคนปกติและความไม่แน่ใจนี้ ทำให้เขาพยายามกลบเกลื่อนความพิการของตนเองจากสายตาของผู้อื่นอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามเชกสเปียร์ กล่าวว่าคนที่มีความพิการก็มีปัญหาในเรื่องขาดความเป็นส่วนตัว เพราะความพิการของเขาทำให้เขาต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ บ่อยกว่า ผู้ที่มีความพิการน้อย

นอกจากนี้ จูรีรัตน์ ผ่องแผ้ว (ม.ป.ป. : 23-26) ได้แบ่งปัญหาและความต้องการหลัก ๆ ในการดำรงชีวิตของคนพิการออกเป็น 4 ประการ ดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการด้านการแพทย์ คนพิการจำนวนมากเกือบร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในชนบท คนพิการเหล่านี้จึงมักจะไม่เคยได้รับการดูแลรักษาของแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะด้านเลย ดังนั้น อาการหรือโรคที่ควรจะรักษาให้หายได้ หรือป้องกันได้ ก็กลับกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้พิการ อาจเป็นเพราะขาดความรู้ การศึกษา หรือเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย จึงทำให้คนพิการเหล่านี้ ขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษายาบาล ตลอดจนไม่สามารถจัดหากายอุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยคนพิการ ชนิดต่าง ๆ ได้

2. ปัญหาและความต้องการด้านการศึกษา ด้วยเหตุที่คนพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท มีฐานะยากจนและรัฐไม่สามารถจะกระจายบริการด้านการศึกษาพิเศษไปสู่ชนบทได้อย่างเพียงพอ กับความต้องการด้านการศึกษารองของเด็ก ผู้ปกครองของคนพิการจึงต้องพาเด็กไปเข้ารับการศึกษาคณะพิเศษซึ่งมีอยู่แต่ในจังหวัดใหญ่ ๆ ไม่กี่แห่งเท่านั้น ส่วนเด็กพิการที่เข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติก็ต้องเผชิญกับปัญหาทัศนคติของครูและเพื่อน ๆ ที่มีต่อเด็กพิการ บางคนถูกรังแกรังเกียจล้อเลียนหรือแสดง ความสงสารอย่างผิด ๆ อีกทั้งเด็กพิการเหล่านี้ยังต้องเผชิญอุปสรรค ในเรื่องอาคารสถานที่สำหรับกรณีเด็กพิการแขนขา อุปสรรคในการเดินทางไปโรงเรียนของเด็กตาบอดและเด็กพิการแขนขา ความไม่เข้าใจบทเรียนในกรณีของเด็กหูตึงและเด็กตาบอด หรือการขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยในการศึกษา เช่น หนังสืออักษรเบลล์ เทป ในกรณีของเด็กตาบอด เป็นต้น คนพิการจึงเรียกร้องให้รัฐบาลจัดโรงเรียนการศึกษาพิเศษ ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาสำหรับคนพิการทุกประเภทให้เพียงพอตามภูมิภาคต่าง ๆ และรัฐควรจัดให้มีครูการศึกษาพิเศษที่จะส่งไปช่วยสอนในโรงเรียนธรรมดา ที่มีเด็กพิการเรียนร่วมอยู่ด้วย

3. ปัญหาและความต้องการด้านอาชีพ คนพิการที่ไม่พิการมากจนทำอะไรไม่ได้ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะพึ่งพาตนเอง มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่ต้องการทำตนเป็นภาระของครอบครัวและสังคม แต่ทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้พิการไม่เอื้ออำนวย ไม่เปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความสามารถประกอบกับคนพิการเองขาดความรู้ ความชำนาญ จึงเป็นการยากที่คนพิการจะได้งานทำ แต่ถ้าได้มีการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพของคนพิการให้มีประสิทธิภาพ คนพิการก็จะสามารถประกอบอาชีพได้ตั้งนั้นรัฐและเอกชนควรให้ความสนใจมุ่งดำเนินการในเรื่อง การฝึกอาชีพให้แก่คนพิการ โดยจัดตั้งศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการทุกประเภทได้ ควรจะฝึกอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ โดยมีหลักสูตรการฝึกที่ตรงกับความต้องการของตลาดแรงงานแม้เมื่อคนพิการได้รับการฝึกอาชีพ และมีความพร้อมที่จะทำงานแล้วก็ตาม ก็ยังเป็นการยากที่คนพิการจะได้งานทำ เพราะตลาดแรงงานในปัจจุบันมีการแข่งขันกันสูงและมีคนว่างงานจำนวนมาก ถ้าให้เลือกระหว่างคนที่มียาร่างกายสมบูรณ์กับคนพิการ นายจ้างย่อมไม่เลือกคนพิการเข้าทำงาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนให้คนพิการมีงานทำ โดยให้รัฐออกกฎข้อบังคับเรื่อง "โควตาในการทำงานของคนพิการ" กำหนดให้สถานประกอบการของรัฐและเอกชนที่มีลูกจ้างมาก ๆ ต้องรับคนพิการเข้าทำงานตามสัดส่วนที่เหมาะสม

4. ปัญหาและความต้องการทางด้านสังคม การที่คนพิการจะเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมนั้นจะต้องคำนึงถึงตัวประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ ความพร้อมของผู้พิการ และความพร้อมของสังคม เมื่อคนพิการมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะประกอบอาชีพได้ตามความถนัด ตามสมรรถภาพร่างกายและมีความพร้อมทางใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม มีบทบาทและความรับผิดชอบในสังคม แต่ในขณะเดียวกัน ถ้าสังคมยังไม่พร้อม ไม่เปิดโอกาสให้คนพิการได้แสดงความสามารถ โดยยังยึดติดอยู่กับทัศนคติที่คับแคบ และความไม่เข้าใจ ก็ย่อมจะแสดงอาการไม่ยอมรับ ประกอบกับการไม่เอื้ออำนวยประโยชน์ด้านวัตถุ เช่น อาคารสถานที่ สภาพแวดล้อมสาธารณะและบริการอื่น ๆ ด้วยแล้ว ผลก็คือ คนพิการไม่สามารถจะเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่และเสมอภาคเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ดังนั้น คนพิการจึงเรียกร้องให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้บริการด้านสาธารณะต่าง ๆ คำนึงถึงคนพิการประเภทต่าง ๆ ด้วย เช่น ที่ทำการต่าง ๆ ของรัฐที่ประชาชน ต้องเข้าไปติดต่อควรจะมีทางลาด ราวจับขึ้น สำหรับผู้พิการที่ใช้รถเข็น หรือเครื่องช่วยในการเดิน และรถไฟฟ้าหรือโครงการขนส่งมวลชนใหม่ ๆ ก็ควรจะคำนึงถึงการร่วมใช้บริการของคนพิการด้วย

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการ

งานวิจัยในประเทศ

สิรินารถ บุญเกียรติ (2535 : 68-69) ได้ศึกษาเรื่องการเตรียมการของสถานประกอบการในการจ้างงานคนพิการ โดยศึกษากับสถานประกอบการของเอกชนที่มีพนักงานตั้งแต่ 200 คนขึ้นไปจำนวน 60 แห่ง ผลการศึกษาสรุปได้ว่าสถานประกอบการส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการจ้างคนพิการ โดยแม้ว่าสถานประกอบการส่วนใหญ่เล็งเห็นความจำเป็นที่คนพิการจะได้รับการบริการทางสังคม แต่คิดว่าหน้าที่ในการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นหน้าที่ของรัฐและครอบครัวของคนพิการเท่านั้น นอกจากนี้ สถานประกอบการเชื่อว่าคนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีความต้องการทำงานเหมือนคนปกติ แต่สถานประกอบการกลับไม่แน่ใจในขีดความสามารถของคนพิการ ส่วนด้านการจัดสภาพแวดล้อม สถานประกอบการตระหนักว่า เรื่องอาคารสถานที่ และบรรยากาศในการทำงาน ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานมีความสำคัญต่อการทำงานของคนพิการ แต่สถานประกอบการก็ไม่แน่ใจที่จะเตรียมการด้านการจัดสภาพแวดล้อมดังกล่าว เพราะความไม่คุ้มทุนของค่าใช้จ่ายที่สถานประกอบการต้องรับภาระในการจัดสภาพแวดล้อมใหม่ต่อการจ้างงานคนพิการเข้าทำงานเพียงไม่กี่คน

โกมินทร์ ชาวนาใต้ (2531 : 62-63) ได้ศึกษาเรื่องการปรับตัวด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของลูกจ้างที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยศึกษาเฉพาะกรณีลูกจ้างพิการที่ได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน กรมแรงงาน จำนวน 48 คน ผลการศึกษาพบว่า คนงาน พิการร้อยละ 72.92 และ 77.08 มีการปรับตัวทางเศรษฐกิจและสังคมดี แต่มีเพียงร้อยละ 56.25 ที่สามารถปรับตัวทางจิตใจได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 87.50 มีความพึงพอใจต่อการอยู่ใน ครอบครัว ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 64.58 ที่มีความพอใจต่องานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน

สุกัญญา วิบูลย์พานิช (2536 : 136) ได้ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์และการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ โดยศึกษากับผู้ป่วยออโรปีติกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 133 ราย ผลการศึกษาพบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจต่ำ มีอัตมโนทัศน์ดี แต่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมต่ำ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตมโนทัศน์และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ

✓ กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษามโนภาพแห่งตนของ ผู้ป่วยที่ อัมพาตครึ่งล่าง โดยเปรียบเทียบมโนภาพแห่งตนระหว่างก่อนและหลังการบาดเจ็บ ไชสันหลัง และเปรียบเทียบมโนภาพแห่งตนของผู้ป่วยก่อนการบาดเจ็บ ไชสันหลัง กับมโนภาพแห่งตนของ บุคคลปกติ โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งล่างกับนักศึกษาผู้ใหญ่ กลุ่มละ 60 คน ผลการวิจัยพบว่า มโนภาพแห่งตนโดยส่วนรวมและมโนภาพแห่งตนส่วนย่อย (ด้านร่างกาย ศีลธรรม จรรยา

ส่วนตัว ครอบครัว สังคม ความเป็นเอกลักษณ์ ความพึงพอใจในตนเองและด้านพฤติกรรม 7 ใน 8 ด้านของผู้ป่วยหลังการเป็นอัมพาตครึ่งล่างต่ำกว่ามโนภาพแห่งตนก่อนเป็นอัมพาตครึ่งล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนมโนภาพแห่งตนด้านศีลธรรมจรรยา และการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองนั้น ไม่มีความแตกต่างกัน ($P > .05$) มโนภาพแห่งตนโดยส่วนรวมและส่วนย่อยกับด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองของผู้ป่วยก่อนเป็นอัมพาตครึ่งล่าง ไม่แตกต่างกับบุคคลปกติ และไม่มี ความแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุและอาชีพที่แตกต่างกัน ($P > .05$) แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีมโนภาพแห่งตนด้านครอบครัวและความพึงพอใจในตนเอง สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$ และ $P < .05$) ตามลำดับ นอกนั้นไม่มีความแตกต่างกัน ($P > .05$)

อรพินทร พัทธกัสมหาเกตุ (2537: 61-62) ได้ศึกษาปัญหาการเข้าสู่แรงงานของคนพิการ ที่เคยได้รับการฟื้นฟูจากศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการเข้าสู่แรงงานคนพิการ ได้แก่งานหนัก งานไม่เหมาะกับร่างกาย รายได้น้อยและไม่แน่นอน ที่พักไม่เพียงพอ ยังไม่มีห้องน้ำ และทางลาดสำหรับคนที่ขาพิการ และมีการจ้างคนพิการเพียงเพื่อเจ้าของกิจการจะได้เสียภาษีลดลง นอกจากนี้ ยังศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพอใจในอาชีพ และความ ต้องการเปลี่ยนอาชีพของคนพิการ

งานวิจัยในต่างประเทศ

โคเวน และโบโบรฟ (Shakespeare. 1975 : 25 ; citing Cowen and Bobrove .1966) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของคนพิการ ที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคนตาบอดกับคนที่มีสูญเสียการมองเห็นบางส่วน และคนหูหนวกกับคนหูตึง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความพิการมาก คือคนตาบอดกับคนหูหนวก มีการปรับตัวได้ดีกว่าคนสูญเสียการมองเห็น บางส่วนและคนหูตึง

กริฟฟิน (Griffin.1995 :2981) ได้ศึกษาความภาคภูมิใจในตนเองและความพึงพอใจในงานของคนปัญญาอ่อนที่ทำงานในโรงงานในอาร์กซ์และคนพิการที่ทำงานในโครงการสนับสนุนการจ้างงานพบว่าคนพิการที่ทำงานในโครงการสนับสนุนการจ้างงานมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าคนพิการที่ทำงานในโรงงานในอาร์กซ์ และพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างความพึงพอใจในงานกับความภาคภูมิใจในตนเองของคนพิการทั้งสองกลุ่ม

✓ ลินน์ (Lynn. 1991) ได้ศึกษาถึง "โปรแกรมในการเพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การฝึกทักษะทางสังคมเพื่อลดความวิตกกังวลในเด็กทุพพลภาพ"ในเด็กชายจำนวน 13 คน ในโรงเรียน

มัธยม การฝึกใช้เวลา 8 เดือน ประกอบด้วยการฝึกทักษะทางสังคม การลดความวิตกกังวลและโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้การทดสอบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบทดสอบ CSFI (Coopersmith's Self-Esteem Inventory) BASE (Behavioral Academic Self-Esteem) SCSTAI (Spicelberger al. Children's State-Trait Anxiety Inventory) และ GESSQ (Gresham and Elliott Social Skills Questionnaire) หลังจากการทดลองได้แสดงว่า เด็กทุกพลภาพมีการเพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ลดความวิตกกังวลและมีพัฒนาทักษะทางสังคมจากเอกสารงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า คนพิการเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าอย่างหนึ่งในสังคมเช่นกัน สมควรที่จะได้รับการเอาใจใส่ดูแลและพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมองเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อจะได้พัฒนาตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดำเนินชีวิต

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดำเนินชีวิต

ในการศึกษาเรื่องการวางแผนในการดำเนินชีวิตของผู้พิการนั้นยังไม่มีผู้ใดได้ทำการศึกษาไว้ เท่าที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า การศึกษาในเรื่องการวางแผนในการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาของกลุ่มผู้สูงอายุ และของนักเรียน นักศึกษา ในเรื่องการวางแผนการประกอบอาชีพและการศึกษาอย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสรุปได้ ดังต่อไปนี้

ความหมายของการวางแผน

คำว่า การวางแผน (Planning) มาจากคำภาษาละตินว่า Planum ซึ่งหมายถึงพื้นราบ (Flat Surface) และได้นำมาใช้ในภาษาอังกฤษเมื่อศตวรรษที่ 17 โดย Oxford Dictionary ตามความหมายของพื้นราบหมายถึงการกำหนดแบบฟอร์มในทางราบ เช่น แผนที่ และ แบบพิมพ์ของสิ่งก่อสร้าง ต่าง ๆ (Blueprint)

ปัจจุบัน การวางแผนได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งมีนักวิชาการทางบริหารหลายท่านได้ให้นิยามไว้ดังต่อไปนี้

คาสท์และโรเซนสวิก (Kast and Rosenzweig, 1967 : 20) อธิบายไว้ว่า การวางแผนคือกระบวนการของการพิจารณาตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร อย่างไรมีการเลือกวัตถุประสงค์ นโยบายโครงการและวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์นั้น

คุนท์และดอนเนล (Koontz and O'Donnell. 1976 : 256-261) อธิบายไว้ว่า การวางแผนคือการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไร และใครเป็นผู้กระทำการวางแผนเป็นสะพานเชื่อมช่องว่างจากปัจจุบันไปสู่อนาคตตามที่ต้องการ และทำให้สิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นตามความต้องการ ถึงแม้ว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ยากต่อการคาดหมาย แต่ก็ดีกว่าจะปล่อยให้เกิดขึ้นตามยถากรรม

ไซมอน (Simon.1967 : 152) ได้อธิบายความหมายของ "การวางแผน" ไว้ว่าการวางแผนคือ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอในอนาคตเกี่ยวกับการประเมินข้อเสนอต่าง ๆ ที่มีให้เลือกและเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุความสำเร็จตามข้อเสนอแนะนั้น ๆ การวางแผนเป็นเรื่องของความคิดที่มีเหตุผลให้สามารถปรับปรุงใช้ได้ในอนาคต และใช้ได้รับเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้วางแผนหรือหน่วยงานกระทำอยู่ ทั้งมีการควบคุมการดำเนินงานนั้น ๆ ด้วย

อนันต์ เกตุวงศ์ (2516 : 2) ได้อธิบายการวางแผนไว้ว่า การวางแผนก็คือ กิจกรรมหรืองานในการกำหนดวัตถุประสงค์ นโยบาย และวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดไว้ล่วงหน้าเพื่อเป็นแนวทางสำหรับดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อันจำแนกเป็น 3 องค์ประกอบคือ

- 1.จะต้องเป็นเรื่องเกี่ยวกับอนาคต (Future)
- 2.จะต้องเป็นการกระทำ (Action)
- 3.จะต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลของการกระทำด้วย ซึ่งหมายถึงการกำหนดวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มีเหตุผล มีปัญหาตัวเลขและข้อมูลประกอบด้วยพิจารณากระทำการดังกล่าวซึ่งเป็นการกระทำที่ติดต่อกัน

ความสำคัญของการวางแผน (The Importance of Planning)

การวางแผนเป็นเรื่องของการกำหนดความต้องการ การกระทำวิธีปฏิบัติและผลของการกระทำในอนาคต โดยใช้หลักวิชาการ เหตุผล รวมทั้งตัวเลข ข้อมูลและปัญหาประกอบด้วย จึงทำให้ผู้ปฏิบัติหรือนักบริหารได้ทราบว่าจะกระทำอย่างไร อย่างไร ที่ไหน เมื่อใด กับใครและเพื่ออะไรอย่างแน่ชัด ซึ่งเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การทำงานที่ถูกต้องอย่างได้ผลด้วย ดังนั้น วิชาการรวมทั้งนักบริหารมักจะกล่าวว่า "ถ้าปราศจากการวางแผนแล้ว การตัดสินใจ และการกระทำมักจะเป็นไปตามยถากรรม"

การวางแผนเปรียบเสมือนยานพาหนะ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างมีระบบ (Harold Koontz and Cyril O'Donnell. 1967 : 25) เนื่องจากสถานการณ์ของสังคมเปลี่ยนแปลงไปเสมอ ดังนั้นวิถีทางในการดำเนินชีวิตจำต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เครื่องมือที่สำคัญในการปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีก็คือ การวางแผน ดังที่ Johnson ได้กล่าวไว้ว่า "ปราศจากการวางแผน ระบบ

ไม่สามารถเปลี่ยนและปรับให้เข้ากับพลังทางสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างออกไปได้ " ดังนั้นการวางแผนจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตยิ่งนัก

ความหมายของการดำเนินชีวิต

ในการนิยามความหมายของคำว่า การดำเนินชีวิตนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่า นักวิชาการหลายท่านได้ทำการศึกษาวิจัยและให้ความหมายไว้หลากหลาย ยกที่จะนิยามความหมายได้อย่างเฉพาะเจาะจง คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า การดำเนินชีวิต ที่พบอาทิเช่น วิถีทางดำเนินชีวิต (Lifestyle) และแบบแผนชีวิต (Style of Life)

ซิงเกอร์ (Walker, Sechrist and Pender. 1987 : 76 ; citing Singer. 1982) ได้ให้ความหมายของวิถีทางดำเนินชีวิตว่าเป็นหนทางของการดำเนินชีวิตหรือวิถีชีวิตที่บุคคลประพฤติปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน

รัชนี ฝนทองมงคล (2538 : 13) ได้ให้นิยามของคำว่า การดำเนินชีวิตไว้ว่า หมายถึง วิธีการดำรงชีพ การดำเนินชีวิตประจำวันโดยมีเป้าหมาย

ชูลท์ (Shultz. 1984:271) ให้ความหมายว่า แบบแผนชีวิตหมายถึง นิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคลซึ่งนิสัยนี้มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

พัฒนาการของวิถีทางดำเนินชีวิต

วิถีทางดำเนินชีวิตได้เริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะ 5 ขวบปีแรก ทารกแต่ละคนจะมีลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่ การนอน การรับประทานอาหาร วิถีทางดำเนินชีวิตของบุคคลจะพัฒนารูปแบบขึ้นและมีลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นตามกระบวนการพัฒนา มีการพัฒนารูปแบบของการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (DiCaprio.1983 : 224-225) โดยได้รับอิทธิพลจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน ภูมิหลังทางวัฒนธรรม และอิทธิพลของสื่อมวลชน ซึ่งในปัจจุบันบทบาทของสื่อมวลชนโดยเฉพาะสื่อทางโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมทัศนคติ ค่านิยมและวิถีทางดำเนินชีวิตมากขึ้น ในต่างประเทศพบว่า เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ 20-30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของเด็กและต่อลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา

มีโฆษณาหลายชิ้นที่โฆษณาเกี่ยวกับอาหารซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีทางดำเนินชีวิตของเด็ก ในเด็กอายุ 5-12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เรียนรู้ที่จะจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งที่มีผลกระทบเป็นวัยที่เป็นขั้นพื้นฐานที่จะพัฒนาไปสู่วัยรุ่น มีความสนใจที่จะทำงานให้สำเร็จ เป็นที่ยอมรับของสังคม เด็กค้นพบว่าตนเองสัมผัสกับโลกภายนอกมากขึ้นดังนั้นวิถีทางดำเนินชีวิตของเด็กนอกจากจะได้รับอิทธิพลจากโลก

ภายนอกอีกด้วย ส่วนในวัยรุ่นกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญต่อวัยรุ่นอย่างมาก และมีอิทธิพลต่อวิถีทางดำเนินชีวิตของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์รุนแรง กำลังหาเอกลักษณ์ของตนเอง ต้องการเป็นผู้ประสบความสำเร็จในกลุ่มเพื่อน ต้องการอิสระจากบิดามารดาค้นหาความมั่นคงและความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ มีความเชื่อมั่นต่างๆ อย่างรุนแรงและจริงจัง เช่น ความเชื่อในศาสนา เชื่อในคุณความดี เป็นต้น มีวัยรุ่นจำนวนมากที่ไม่ประสบความสำเร็จในความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น พื้นฐานของครอบครัวไม่ดี และมีสิ่งยั่วยุต่าง ๆ มากมายในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้สารเสพติด ดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการกระทำที่วัยรุ่นคิดว่าเป็นลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่ และเป็นอิสระจากบิดามารดาซึ่งการกระทำที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวเป็นปัญหาที่ควรให้ความสนใจ และอาจเป็นไปได้ว่าอาจนำไปสู่การมีวิถีทางดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องต่อไปในวัยผู้ใหญ่ (Hetzl and McMichael, 1987, pp. 22-25)

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการดำเนินชีวิต

งานวิจัยในประเทศ

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคณะ (2533) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการอบรม การวางแผนชีวิตและอาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับนิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยปิดของรัฐ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2531 สาขาศึกษาศาสตร์ และสังคมศาสตร์ของมหาวิทยาลัยปิดในกรุงเทพ ฯ และต่างจังหวัด ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาที่เข้ารับการอบรมมีทัศนคติในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคตและวุฒิภาวะทางอาชีพ สูงกว่านักศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม และพบว่าหลังจากอบรมไปแล้ว 6 เดือน คะแนนทัศนคติในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคตและวุฒิภาวะทางอาชีพไม่แตกต่างจากการสอบหลังเสร็จสิ้นการอบรมทันที

งานวิจัยในต่างประเทศ

วาร์ด (Ward. 1991 : 4023) ได้ศึกษาผลของการจัดการอบรมการวางแผนชีวิตและอาชีพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 28 คน ในกิจกรรมการอบรม เกี่ยวข้องกับการสำรวจข้อมูลทางอาชีพ การวางแผนอาชีพและทักษะการสื่อสาร การหางาน พบว่านักเรียนที่เข้ารับการอบรมการวางแผนชีวิตและอาชีพ มีคะแนนด้านการรู้จักตนเอง ความรู้ความเข้าใจในอาชีพต่าง ๆ และ วุฒิภาวะทางอาชีพสูงขึ้น

แมคไวร์เทอร์ และคณะ (อรุณี ชาญกิจ, 2528 ; อ้างอิงมาจาก McWhirtor. n.d.) ได้ศึกษาวิจัยการฝึกกลุ่มการเรียนรู้ทางอาชีพและการสำรวจตนเอง ที่มีผลต่อรูปแบบการประเมินตนเอง เกี่ยวกับการตัดสินใจประกอบอาชีพโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 290 คน แบ่งการฝึกเป็น 30 กลุ่ม และให้นักศึกษาครูในมหาวิทยาลัยอริโซนา ซึ่งเคยได้รับการฝึกมาก่อนเป็นผู้ฝึกให้ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เข้ากลุ่มสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีการเตรียมตัวเพื่ออาชีพและพัฒนาตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า การวางแผนเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่ปรารถนาให้อนาคตของตนดีขึ้น ทั้งยังช่วยให้กระบวนการตัดสินใจดีขึ้น ถ้าบุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีแบบแผนแล้วก็ย่อมส่งผลดีให้กับตนเองตามมาทำให้มีแนวทางทิศทางของชีวิตที่ชัดเจนมากขึ้น ทราบศักยภาพของตนเองและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ อันจะเป็นผลดีต่อการจัดระบบการดำเนินชีวิตของตนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นคนพิการที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลคือ นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ ซึ่งอยู่ในความดูแลจากหน่วยงานของรัฐและมูลนิธิ ในปีพ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน จำนวนทั้งสิ้น 350 คน นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวและสายตาซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีรู้สึความเข้าใจกันได้ และอยู่ในความดูแลของหน่วยงาน ดังแสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนคนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและจำนวนแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับกลับคืนจำแนกตามหน่วยงานที่เก็บแบบสอบถาม

หน่วยงาน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (N)	จำนวนแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับคืน (ฉบับ)	ร้อยละ
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน บางขุน	110	99	90.00
ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ พระปะแดง	90	87	96.66
ศูนย์สงเคราะห์เด็กพิการทุพพลภาพปากเกร็ด	80	66	82.50
มูลนิธิสายใจไทย บางนา	60	56	93.33
มูลนิธิคนตาบอดในพระบรมราชินูปถัมภ์	10	7	70.00
รวม	350	315	90.00

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการค้นหาวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น

- 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2.แบบสอบถามอัตมโนทัศน์
- 3.แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

วิธีการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพเครื่องมือ

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 วิธีการสร้างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว โดยทั่วไปของคนพิการ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ เป็นแบบสอบถามชนิดเติมข้อความให้สมบูรณ์และเลือกตอบผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่สร้างขึ้นจำนวน 5 ข้อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร เสดนนท์ อาจารย์วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา และอาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ก่อนนำไปใช้กับคนพิการ

1.2 ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โปรดกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง () ที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของท่าน

- 1.เพศ () หญิง
() ชาย
- 2.อายุปี
- 3.วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน
() ไม่ได้เรียนหนังสือ
() ระดับประถมศึกษา
() ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
() ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

2.แบบสอบถามอัตมโนทัศน์

2.1 วิธีการสร้างแบบสอบถามอัตมโนทัศน์

2.1.1แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบวัดอัตมโนทัศน์ของสุกัญญา วิบูลย์พานิช (2536) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของฟิตส์ (Fitts) จำนวน 53 ข้อ

2.1.2 ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร เสดนนท์ อาจารย์วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา และอาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษา

2.1.3 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว จำนวน 53 ข้อไปไปทดลองใช้ (try out) กับคนพิการที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แผนกกายภาพบำบัดและคนพิการที่มาขอตรวจสภาพความพิการกับโรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 60 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองแล้วมาตรวจให้คะแนนและหาค่าอำนาจจำแนก(Discrimination) เป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด (Edward 1957:152) และทดสอบนัยสำคัญของค่าที (t-test) ของคำถามแต่ละข้อ ข้อใดมีค่าที่เท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไปถือว่ามีความจำแนกสูงพอที่จะนำไปใช้ศึกษาค้นคว้าได้ผลปรากฏว่ามีค่าที่ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป 49 ข้อ โดยมีค่า t อยู่ระหว่าง 2.03 - 8.99

2.1.4 นำแบบสอบถาม จำนวน 49 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค(Cronbach 1970 : 161) ปรากฏว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.88

2.2 ตัวอย่างแบบสอบถามอัตมโนทัศน์

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคิดเห็นบางประการของท่าน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เพราะแต่ละคนย่อมมีลักษณะนิสัย ความรู้สึก หรือแนวทางการประพฤติปฏิบัติไม่เหมือนกัน ดังนั้นคำตอบที่ดีที่สุดคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือสภาพที่แท้จริงของท่าน

การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบโดยกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ต้องการจะตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น โดยอ่านข้อความแล้วพิจารณาตนเองว่า ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงใดดังตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความ	จริงมากที่สุด (5)	จริงมาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	จริงบ้าง (2)	ไม่จริงเลย (1)
0	ข้าพเจ้าเป็นคนมีเหตุผล	/				
00	ข้าพเจ้าเป็นคนขยันอดทน			/		

ข้อที่	ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงบ้าง	ไม่จริงเลย
0	<u>ข้อความทางบวก</u> ข้าพเจ้าขอช่วยเหลือผู้อื่นเสมอ					
0	<u>ข้อความทางลบ</u> ข้าพเจ้าเป็นคนหงุดหงิด โมโหง่าย					

2.3 เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะของคำถามแบ่งเป็น 5 ช่อง คือ จริงมากที่สุด จริงมาก ไม่แน่ใจ จริงบ้าง และไม่จริงเลย

ในการให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อขึ้นอยู่กับข้อความในประโยคว่าข้อความในข้อนั้น ๆ เป็นข้อความทางบวกหรือข้อความทางลบและพิจารณาว่าผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกทำคำตอบในช่องใด แล้วให้คะแนนในแต่ละข้อตามเกณฑ์ดังนี้

สำหรับข้อที่เป็นข้อความทางบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายลงในช่องจริงมากที่สุด จริงมาก ไม่แน่ใจ จริงบ้าง และไม่จริงเลย ตามลำดับ

สำหรับข้อที่เป็นข้อความทางลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายลงในช่องจริงมากที่สุด จริงมาก ไม่แน่ใจ จริงบ้าง และไม่จริงเลย ตามลำดับ

2.4 เกณฑ์การแปลผลแบบสอบถามอัตมโนทัศน์

ในการแปลผลอัตมโนทัศน์ของคนพิการ จะรวมคะแนนของข้อคำถามทุกข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อ เพื่อหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) แล้วพิจารณาแบ่งระดับอัตมโนทัศน์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินค่าของเบสท์ (Best, 1981 : 204-205) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.49 หมายถึงอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.50 - 2.49 หมายถึงอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 - 3.49 หมายถึงอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 - 4.49 หมายถึงอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.50 - 5.00 หมายถึงอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับสูง

3.แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

3.1 วิธีการสร้างแบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

ในการสร้างแบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการนั้นยังไม่มีผู้ใดได้สร้างไว้ ผู้วิจัยจึงต้องอาศัยการค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ และแนวความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแบบสอบถาม

3.1.1 แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต แบบสอบถามในส่วนนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ ของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วนของ Wellness Inventory Section ของเฮทเลอร์ (Hetter. 1982 : 226-231) และแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่ทำให้อายุยืนของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนพิการ จำนวน 36 ข้อ

3.1.2 ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร เสดนต์ อาจารย์วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา และอาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และภาษา

3.1.3 นำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับคนพิการที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แผนกกายภาพบำบัดและคนพิการที่มาขอตรวจสภาพความพิการกับโรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 60 คน จากนั้นนำแบบสอบถาม จำนวน 36 ข้อ ซึ่งผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนนหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค 25 % ของเอ็ดเวิร์ค (Edward. 1957 : 152) และทดสอบนัยสำคัญของค่าที (t - test) ของคำถามแต่ละข้อ ข้อใดที่ค่าทีเท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ถือว่าค่าอำนาจจำแนกสูงพอที่จะนำไปใช้ศึกษาค้นคว้าได้ ผลปรากฏว่ามีค่าที่ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป 35 ข้อ โดยมีค่า t อยู่ระหว่าง 2.03 - 15.50

3.1.4 นำแบบสอบถาม จำนวน 35 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161) ปรากฏว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.92

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบข้อเท็จจริงต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวคิดของท่าน กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด คำตอบที่ถูกที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่าน

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

เมื่ออ่านข้อความแล้วพิจารณาตัวเองว่าข้อความนั้นท่านเคยคิดคำนึงถึงมากน้อยเพียงใด โดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคย ดังตัวอย่าง

ข้อที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
0	ข้าพเจ้าคิดว่าควรออกกำลังกายวันละ 30 นาที		/	
00	ข้าพเจ้าจะทานอาหารครบ 5 หมู่ใน 1 วัน	/		

ข้อที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
0	<u>ข้อความด้านบวก</u> ข้าพเจ้าจะไม่รับประทานอาหารที่มีสี ฉูดฉาด			
0	<u>ข้อความด้านลบ</u> ข้าพเจ้าไม่เคยสนใจว่าอนาคตข้างหน้า จะประกอบอาชีพอะไร			

3.3 เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

ในการให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อต้องพิจารณาว่าข้อความในข้อความนั้น ๆ เป็นข้อความทางบวกหรือทางลบ และพิจารณาว่าผู้ตอบแบบสอบถามเลือกทำเครื่องหมายในช่องใดแล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

สำหรับข้อความทางบวก ให้คะแนน 3, 2 และ 1 เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายลงในช่อง เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย ตามลำดับ

สำหรับข้อความทางลบ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมายลงในช่อง เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย ตามลำดับ

3.4 เกณฑ์การแปลผลแบบสัมภาษณ์การวางแผนการดำเนินชีวิต

ในการแปลผลการวางแผนการดำเนินชีวิต จะรวมคะแนนของข้อคำถามทุกข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อ เนื้อหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) แล้วพิจารณาแบ่งระดับการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยใช้เกณฑ์การประเมินค่าของเบสท์ (Best. 1983 : 186 - 187) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.66	การวางแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับต่ำ
1.67 - 2.33	การวางแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
2.34 - 3.00	การวางแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับสูง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ไปเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในหน่วยงานต่าง ๆ โดยการให้ผู้พิจารณาตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เฉพาะรายที่ไม่สามารถเขียนตอบในแบบสอบถามได้ หน่วยงานที่ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลเองได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จ.ปทุมธานี ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดง สมุทรปราการ ในกรณีที่บางแห่งไม่อนุญาตให้เข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้จัดส่งแบบสอบถามไปให้ด้วยตนเองตามหน่วยงานนั้นๆ แก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 9 กุมภาพันธ์ 2541 ถึง 15 มีนาคม 2541
3. คัดเลือกแบบสอบถามเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์ได้ 315 ฉบับ จากแบบสอบถามจำนวน 350 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 เปอร์เซนต์ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อได้แบบสอบถามแล้วผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกแจงแบบสอบถามออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการจะศึกษา
3. ข้อมูลทั่วไปคำนวณค่าร้อยละ

4.แบบสอบถามอัตโนมัตินี้ และแบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิตคำนวณค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

5.วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

6. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันใช้ t - test

7. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าร้อยละใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

2. ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนน

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

3. ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Ferguson. 1981 : 68) โดยใช้สูตร

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$N\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

4. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อโดยวิธีการแจกแจงที (t-distribution) เทคนิค 25 % ของเอ็ดเวิร์ด โดยใช้สูตร (Edwards. 1958 : 158)

$$t = \frac{X_H - X_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์

$X_H - X_L$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

S_H, S_L แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

n_H, n_L แทน จำนวนคนที่เลือกในกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

5. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค จากสูตร (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2_t} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

K แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามเป็นรายข้อ

S^2_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ

6.ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตร (Ferguson 1981 : 182)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]}{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right] \frac{2}{n_1 - 1} + \left[\frac{S_2^2}{n_2} \right] \frac{2}{n_2 - 1}}$$

$$\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right] \frac{2}{n_1 - 1} + \left[\frac{S_2^2}{n_2} \right] \frac{2}{n_2 - 1}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

S_1^2, S_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่าง 2 ตามลำดับ

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

7.ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) โดยใช้สูตร (Lindquist. 1953 : 63)

$$F = \frac{MS_A}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่จะใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_A แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (mean Within) ภายในกลุ่ม

8. เมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2527 : 268)

$$q \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน q-statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกภายในกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากันและ

$$n = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

k = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้การแปลความหมายในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นที่เข้าใจตรงกันผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
X	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน t - distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาใน F - distribution
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

- 1.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนตัว
- 2.ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตมโนทัศน์และการวางแผนการ

ดำเนินชีวิต

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ของคนพิการกับ

การวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการตามตัวแปร เพศ

อายุ วุฒิการศึกษา สภาพภาพสมรส และสภาพความพิการ

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ ตามตัวแปร เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตมโนทัศน์และการวางแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามราย ด้านของอัตมโนทัศน์และรายด้านของการวางแผนการดำเนินชีวิต ข้อมูลแสดงในตาราง 4-6

ตาราง 4 แสดงจำนวนร้อยละของคนพิการจำแนกตามตัวแปรด้านเพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความพิการ

ตัวแปร	จำนวน (N)	ร้อยละ
1.เพศ		
1.1 เพศชาย	210	66.7
1.2 เพศหญิง	105	33.3
2.อายุ		
2.1 20 ปีและต่ำกว่า	97	30.8
2.2 21 ปี - 30 ปี	163	51.7
2.3 สูงกว่า 30 ปี	55	17.5
3.วุฒิการศึกษา		
3.1 ประถมศึกษาและต่ำกว่า	123	39.0
3.2 มัธยมศึกษาตอนต้น	97	30.8
3.3 สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	95	30.2
4.สถานภาพสมรส		
4.1 โสด	238	75.6
4.2 สมรส	52	16.5
4.3 อื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	25	7.9
5.สภาพความพิการ		
5.1 พิการตั้งแต่กำเนิด	73	23.2
5.2 พิการภายหลังกำเนิด	242	76.8
รวม	315	100

จากตาราง 4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนเพศหญิง มีจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 ปี - 30 ปี ซึ่งมีจำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาอายุ 20 ปี และต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 30.8 และอายุสูงกว่า 30 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ตามลำดับ

วุฒิการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง คนพิการส่วนใหญ่ มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าเป็นจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 รองลงมาคือวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และวุฒิการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 30.2 ตามลำดับ

สถานภาพการสมรสของกลุ่มตัวอย่าง คนพิการส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด โดยมีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6 รองลงมาคือ สมรสแล้ว จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 นอกนั้นเป็นกลุ่มอื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9

สภาพความพิการของกลุ่มตัวอย่าง คนพิการส่วนใหญ่จะมีสภาพความพิการภายหลังกำเนิด โดยมีจำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 76.8 และมีสภาพความพิการตั้งแต่กำเนิด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัตมโนทัศน์โดยรวม และรายด้าน

อัตมโนทัศน์	N	X	S.D.	ระดับอัตมโนทัศน์
1.ด้านร่างกาย	315	3.42	1.57	ปานกลาง
2.ด้านศีลธรรมจรรยา	315	4.04	1.52	ค่อนข้างสูง
3.ด้านส่วนตัว	315	3.42	1.16	ปานกลาง
4.ด้านครอบครัว	315	3.63	1.22	ค่อนข้างสูง
5.ด้านสังคม	315	3.46	1.03	ปานกลาง
6.ด้านความพึงพอใจ	315	3.15	1.12	ปานกลาง
7.ด้านการวิพากษ์ตนเอง	315	3.58	1.17	ค่อนข้างสูง
รวม	315	3.49	1.25	ปานกลาง

จากตาราง 5 แสดงว่าคนพิการมีอัตมโนทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอัตมโนทัศน์เป็นรายด้านพบว่าคนพิการ มีอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา,ด้านครอบครัว ด้านการวิพากษ์ตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสังคม ด้านร่างกาย ด้านส่วนตัว และด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการวางแผนการดำเนินชีวิตของ
คนพิการโดยรวมและรายด้าน

การวางแผนการดำเนินชีวิต	N	X	S.D.	ระดับการวางแผน การดำเนินชีวิต
1.ด้านสุขภาพ	315	2.22	0.39	ปานกลาง
2.ด้านอาชีพ	315	2.40	0.42	สูง
3.ด้านสังคม	315	2.36	0.41	สูง
รวม	315	2.32	0.36	ปานกลาง

จากตาราง 6 แสดงว่าคนพิการมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คนพิการมีการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านอาชีพ และด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ

การวางแผนการดำเนินชีวิต	อัตมโนทัศน์
ด้านสุขภาพ	0.45 **
ด้านอาชีพ	0.59 **
ด้านสังคม	0.43 **
รวม	0.55 **

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการตามตัวแปร ด้าน เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ ข้อมูลในตาราง 8 - 14

ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ของคนพิการจำแนกตามเพศ

ตัวแปร	คนพิการชาย N = 210		คนพิการหญิง N = 105		t
	x	S.D.	x	S.D.	
อัตมโนทัศน์	3.60	0.50	3.43	0.53	2.23*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าคนพิการที่มีเพศแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการชายมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการหญิง

ตาราง 9 วิเคราะห์ความแปรปรวนอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกัน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-Ratio	F-Prob
อัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	2	0.72	0.36	1.39	0.25
	ภายในกลุ่ม	312	80.69	0.26		
	รวม	314	81.41			

จากตาราง 9 แสดงว่าอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีระดับวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-Ratio	F-Prob
อัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	2	7.84	3.92	16.63	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	73.57	0.23		
	รวม	314	81.41			

จากตาราง 10 แสดงว่า คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกรณีที่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ ดังตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีระดับวุฒิการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

วุฒิการศึกษา		ประถมศึกษา และต่ำกว่า	มัธยมศึกษา ตอนต้น	สูงกว่ามัธยม ศึกษาตอนต้น
	x	3.37	3.52	3.75
1.ประถมศึกษาและต่ำกว่า	3.37	-	0.15*	0.38*
2.มัธยมศึกษาตอนต้น	3.52		-	0.25*
3.สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	3.75			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 พบว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น มีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-Ratio	F-Prob
อัตมโนทัศน์	ระหว่างกลุ่ม	2	12.72	6.36	28.89	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	68.69	0.22		
	รวม	314	81.41			

จากตาราง 12 แสดงว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกรณีที่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ ดังตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส	อื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก)		โสด	สมรส
	x	2.94	3.53	3.58
1.อื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	2.94	-	0.59*	0.87*
2.โสด	3.53		-	0.27*
3.สมรส	3.38			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสและโสดมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรส อื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก) คนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ของคนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกัน

ตัวแปร	พิการแต่กำเนิด		พิการภายหลังกำเนิด		t
	N = 73		N = 242		
	x	S.D.	x	S.D.	
อัตมโนทัศน์	3.38	0.55	3.57	0.49	2.68*

จากตาราง 14 แสดงว่าคนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคนพิการภายหลังกำเนิดมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนที่พิการแต่กำเนิด

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการตามตัวแปร เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 15 - 31

ตาราง 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการจำแนกตามเพศ

ตัวแปร	คนพิการชาย N = 210		คนพิการหญิง N = 105		t
	x	S.D.	x	S.D.	
ด้านสุขภาพ	2.23	0.39	2.20	0.39	0.65
ด้านอาชีพ	2.48	0.39	2.22	0.42	5.37**
ด้านสังคม	2.42	0.41	2.24	0.36	4.14**
รวม	2.38	0.36	2.21	0.33	3.92**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 แสดงว่าคนพิการชายและหญิงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านอาชีพและด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกัน
ในด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-Ratio	F-Prob
1.ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.91	0.45	3.00	0.05
	ภายในกลุ่ม	312	47.25	0.15		
	รวม	314	48.16			
2.ด้านอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	3.01	1.50	9.11	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	51.53	0.16		
	รวม	314	54.54			
3.ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	3.72	1.86	12.10	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	47.95	0.15		
	รวม	314	51.68			
รวมทุกด้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	2.21	1.11	9.10	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	38.03	0.12		
	รวม	314	40.25			

จากตาราง 16 แสดงว่าคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ ดังตาราง 17 - 20

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

ด้านสุขภาพ	อายุ				
			20 ปีและ ต่ำกว่า	สูงกว่า 30 ปี	21 ปี - 30 ปี
		x	2.14	2.22	2.26
20 ปี และต่ำกว่า	2.14	-		0.08	0.12*
สูงกว่า 30 ปี	2.22			-	0.04
21 ปี - 30 ปี	2.26				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่าคนพิการที่มีอายุ 21 ปี - 30 ปี มีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าคนพิการที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

ด้านอาชีพ อายุ				
		20 ปีและ ต่ำกว่า	สูงกว่า 30 ปี	21 ปี - 30 ปี
	x	2.25	2.45	2.49
20 ปี และต่ำกว่า	2.25	-	0.20*	0.24*
สูงกว่า 30 ปี	2.45		-	0.04
21 ปี - 30 ปี	2.49			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าคนพิการที่มีอายุสูงกว่า 30 ปีและคนพิการที่มีอายุ 21 ปี - 30 ปี มีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพสูงกว่าคนพิการที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

ด้านสังคม อายุ	x	20 ปีและ ต่ำกว่า	สูงกว่า 30 ปี	21 ปี - 30 ปี
		2.20	2.42	2.46
20 ปี และต่ำกว่า	2.20	-	0.22*	0.26*
สูงกว่า 30 ปี	2.42		-	0.04
21 ปี - 30 ปี	2.46			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่าคนพิการที่มีอายุสูงกว่า 30 ปีและคนพิการที่มีอายุ 21 ปี - 30 ปี มีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมสูงกว่าคนพิการที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมของคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันเป็นรายคู่

การวางแผนรวม ทุกด้าน	อายุ	x	20 ปีและ ต่ำกว่า	สูงกว่า 30 ปี	21 ปี - 30 ปี
			2.20	2.37	2.38
20 ปี และต่ำกว่า	2.20	-	0.17*	0.18*	
สูงกว่า 30 ปี	2.37	-		0.10	
21 ปี - 30 ปี	2.38	-			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่าคนพิการที่มีอายุสูงกว่า 30 ปีและคนพิการที่มีอายุ 21 ปี - 30 ปี มีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 วิเคราะห์ความแปรปรวนการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษา
ต่างกันในด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม

การวางแผน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-Ratio	F-Prob
1.ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	3.25	1.62	11.29	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	44.91	0.14		
	รวม	314	48.16			
2.ด้านอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	5.39	2.70	17.07	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	49.16	0.16		
	รวม	314	54.54			
3.ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	1.82	0.91	5.70	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	49.86	0.16		
	รวม	314	51.68			
รวมทุกด้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	3.37	1.68	14.24	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	36.88	0.11		
	รวม	314	40.25			

จากตาราง 21 แสดงว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ ดังตาราง 22 - 25

ตาราง 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

ด้านสุขภาพ	วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา และต่ำกว่า			มัธยมศึกษาตอนต้น	สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น
		x	2.12	2.21		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	2.12	-	0.01	0.24*		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.21		-	0.15*		
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	2.36			-		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

ด้านอาชีพ	วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา และต่ำกว่า	มัธยมศึกษา ตอนต้น	สูงกว่ามัธยม ศึกษาตอนต้น
	x	2.30	2.36	2.59
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	2.30	-	0.06	0.29*
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.36		-	0.23*
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	2.59			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพสูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

ด้านสังคม	วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา และต่ำกว่า	มัธยมศึกษา ตอนต้น	สูงกว่ามัธยม ศึกษาตอนต้น
	x	2.30	2.34	2.47
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	2.30	-	0.04	0.17*
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.34		-	0.13*
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	2.47			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมสูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 25 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมของคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

การวางแผน รวมทุกด้าน	วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา และต่ำกว่า	มัธยมศึกษา ตอนต้น	สูงกว่ามัธยม ศึกษาตอนต้น
	x	2.22	2.30	2.47
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	2.22	-	0.08	0.25*
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.30		-	0.17*
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	2.47			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 26 วิเคราะห์ความแปรปรวนการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันในด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม

การวางแผน	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F-Ratio	F-Prob
1.ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	5.40	2.70	19.71	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	42.75	0.14		
	รวม	314	48.16			
2.ด้านอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	6.25	3.12	20.20	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	48.30	0.15		
	รวม	314	54.55			
3.ด้านสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2	6.74	3.37	23.42	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	44.93	0.14		
	รวม	314	51.68			
รวมทุกด้าน	ระหว่างกลุ่ม	2	6.07	3.03	27.70	0.00
	ภายในกลุ่ม	312	34.18	0.10		
	รวม	314	40.24			

จากตาราง 26 แสดงว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรส แตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธีการของนิวแมน - คูลส์ ดังตาราง 27 - 29

ตาราง 27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่

ด้านสุขภาพ	สถานภาพสมรส	อื่นๆ (หม้าย/ หย่า/แยก)	โสด	สมรส
	x	1.80	2.23	2.36
อื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	1.80	-	0.43*	0.56*
โสด	2.23		-	0.13*
สมรส	2.36			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรส กับคนพิการที่มีสถานภาพโสดมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพของคนพิการที่มี
สถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่

ด้านอาชีพ สถานภาพสมรส	อื่นๆ (หม้าย/ หย่า/แยก)		โสด	สมรส
	x	1.93	2.41	2.51
อื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	1.93	-	0.48*	0.58*
โสด	2.41		-	0.10*
สมรส	2.51			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรส กับคนพิการที่มีสถานภาพโสด มี
การวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ (หม้าย/หย่า/
แยก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่

ด้านสังคม สถานภาพสมรส	อื่นๆ (หม้าย/ หย่า/แยก)			
	x	1.90	2.37	2.53
อื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	1.90	-	0.47*	0.63*
โสด	2.37		-	0.16*
สมรส	2.53			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่า คนพิการที่มีสถานภาพสมรส กับคนพิการที่มีสถานภาพโสดมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 30 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมของคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันเป็นรายคู่

การวางแผน สถานภาพสมรส โดยรวม		อื่นๆ (หม้าย/ หย่า/แยก)	โสด	สมรส
	x	1.89	2.34	2.46
อื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	1.89	-	0.45*	0.57*
โสด	2.34		-	0.12*
สมรส	2.46			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 แสดงว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรส กับคนพิการที่มีสถานภาพโสดมี
การวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ (หม้าย/หย่า/แยก)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีการวางแผนการดำเนิน
ชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 31 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการจำแนกตามสภาพความพิการ

การวางแผน การดำเนินชีวิต	พิการแต่กำเนิด		พิการภายหลังกำเนิด		t
	N = 73		N = 242		
	x	S.D.	x	S.D.	
1.ด้านสุขภาพ	2.00	0.40	2.28	0.37	5.53**
2.ด้านอาชีพ	2.12	0.47	2.48	0.36	6.07**
3.ด้านสังคม	2.1	0.40	2.43	0.37	6.06**
รวมทุกด้าน	2.07	0.37	2.40	0.32	6.65**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 31 แสดงว่าคนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าคนพิการภายหลังกำเนิดมีการวางแผนการดำเนินชีวิตดีกว่าคนพิการตั้งแต่กำเนิด

+

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงอัตมโนทัศน์ของคนพิการ
2. เพื่อศึกษาการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการในด้านต่าง ๆ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ของคนพิการกับการวางแผนการดำเนินชีวิต
4. เพื่อเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ
5. เพื่อเปรียบเทียบการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา และสภาพความพิการ

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. อัตมโนทัศน์ของคนพิการมีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ
2. คนพิการที่มีเพศต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
3. คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
4. คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
5. คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
6. คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน
7. คนพิการที่มีเพศต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
8. คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
9. คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
10. คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน
11. คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

ขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวทางกายและพิการทางสายตาที่อยู่ในความดูแลจากหน่วยงานของรัฐและมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ จำนวน 350 คน ซึ่งได้มาจากจำนวนประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

- 1.แบบสอบถามอัตโนมัตินวัตกรรม
- 2.แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ตามขั้นตอน ดังนี้

- 1.ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2.แจกแจงแบบสอบถามออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการจะศึกษา
- 3.ข้อมูลทั่วไปคำนวณค่าร้อยละ
- 4.คำนวณค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
- 5.วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
- 6.ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันใช้ t - test
- 7.ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ปรากฏดังนี้

1. ผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ของคนพิการกับการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ พบว่าคนพิการมีอัตมโนทัศน์สัมพันธ์กับการวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 1

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการตามตัวแปรด้านเพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ มีดังนี้

2.1 เพศ คนพิการเพศชายและเพศหญิงมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 2 และคนพิการเพศชายมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการหญิง

2.2 อายุ พบว่าคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษา ข้อที่ 3

2.3 วุฒิการศึกษาพบว่า คนพิการที่มีระดับวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 4

2.4 สถานภาพสมรส พบว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 5

2.5 สภาพความพิการพบว่าคนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคนพิการภายหลังกำเนิดมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการก่อนกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการวางแผนการดำเนินชีวิตตามตัวแปรด้าน เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ มีดังนี้

3.1 เพศ คนพิการชายและหญิงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคนพิการชายและหญิงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพและด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3.2 อายุ พบว่า คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 8 และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่ พบว่า คนพิการที่มีอายุสูงกว่า 30 ปี และคนพิการที่มีอายุ

21 ปี - 30 ปี การวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 วุฒิการศึกษา พบว่า คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 9 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่า คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม สูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่ากับคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 สถานภาพสมรส พบว่า คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 10 เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า คนพิการที่มีสถานภาพสมรสกับคนพิการที่มีสถานภาพโสด มีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีการวางแผนการดำเนินชีวิตสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 สภาพความพิการ พบว่า คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 11 และพบว่าคนพิการภายหลังกำเนิดมีการวางแผนการดำเนินชีวิตดีกว่าคนพิการตั้งแต่กำเนิด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ อภิปรายผลได้ดังนี้

✓ 1. ผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสรุปได้ว่าถ้าคนพิการมีอัตมโนทัศน์สูงหรือการที่ตนเองมีความรู้สึกต่อตนเองดีแล้ว จะทำให้ผลการวางแผนการดำเนินชีวิตดีไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของฟิทส์ (ฟิทส์ บุญช่วง. 2526 : 24 ; Fits. n.d.) ที่ว่าอัตมโนทัศน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งฟิทส์ สรุปว่า คนที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวกจะมองโลกกว้างและตามสภาพความเป็นจริง มีบุคลิกภาพมั่นคง ปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และขจัดความยุ่งยาก

กตสันต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้อย่างเหมาะสม รับรู้ได้ถึงความสำเร็จและคุณค่าของการมีชีวิตอยู่

2.เปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของคนพิการจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

2.1 เพศ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการเพศชายมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการเพศหญิง เนื่องจากคนพิการหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะและมีการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในด้านต่าง ๆ มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีอัตมโนทัศน์แตกต่างกับเพศชาย เพศหญิงจะอายและปกปิดความพิการของตนเองมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง จึงทำให้มีอัตมโนทัศน์ต่ำกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรา ศิริสมบุรณ์ลาภ (2537 : 93) ที่ทำการศึกษาลำดับที่มีอิทธิพลต่อมโนภาพแห่งตนเองของคนพิการ พบว่าคนพิการที่มีเพศแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

2.2 อายุจากข้อมูลที่ทำการศึกษาพบว่าคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งผลของการศึกษานี้สรุปได้ว่า การที่อายุไม่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์นั้น เพราะว่าองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์มีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพความพิการ สภาพครอบครัว ประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งสิ่งแวดล้อมของแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน และอัตมโนทัศน์ยังเกิดจากการเรียนรู้ในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ นวลศิริ เปาโรหิตย์ (2533) ที่ว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นปัจจัยทางด้านอายุเพียงด้านเดียวจึงไม่มีผลต่ออัตมโนทัศน์

2.3 วุฒิการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นกับวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คนที่มีการศึกษาสูงจะเกิดความภาคภูมิใจและมีการยอมรับตนเองมากกว่าคนมีการศึกษาน้อย จากการศึกษาแสดงว่า วุฒิการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรา ศิริสมบุรณ์ลาภ (2537:76) ที่ว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายหรือพยากรณ์อัตมโนทัศน์ของคนพิการได้ว่ามากหรือน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงว่าสถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์ และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่ พบว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสและคนพิการที่มีสถานภาพโสด มีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก) เพราะคนพิการที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก จะมีความรู้สึกมั่นคงในตนเองน้อยกว่าและการยอมรับตนเองก็น้อยกว่าคนพิการที่สมรส และโสด เนื่องจากคนพิการที่สมรสแล้วจะมีคู่คิด คู่ปรึกษามีความมั่นคงเป็นปึกแผ่นมากกว่าและคนพิการที่โสดก็จะมีปัญหาเรื่องชีวิตคู่เข้ามาทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลหรือมีปัญหากับคู่ครองของตน และยังพบว่า คนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรา ศิริสมบุญผล (2537 : 76) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อมโนภาพแห่งตนของคนพิการ แล้วพบว่าสถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์และสอดคล้องกับแนวความคิดของ อำไพ ศิริพิพัฒน์ (2515 : 91-100) ที่กล่าวว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์มากที่สุด ผลผลิตซึ่งเกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว สามภรรยา ญาติพี่น้อง บิดา-มารดา ย่อมส่งผลดีต่ออัตมโนทัศน์ด้วย

2.5 สภาพความพิการ พบว่าสภาพความพิการแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า คนพิการที่พิการภายหลังกำเนิดจะมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนที่พิการตั้งแต่กำเนิด ซึ่งผลการศึกษาสรุปได้ว่าการที่คนพิการภายหลังกำเนิดมีอัตมโนทัศน์สูงกว่าคนพิการตั้งแต่กำเนิด เพราะว่าคนพิการภายหลังกำเนิดมีโอกาสในเรื่องของการศึกษา ประสบการณ์ชีวิตกว้างขวางกว่าและพื้นฐานครอบครัวซึ่งไม่ได้ผิดหวังที่มีสภาพความบกพร่องทางกายมาแต่กำเนิดทำให้หล่อหลอมพื้นฐานของอัตมโนทัศน์มาก่อนข้างดีกว่าผู้พิการตั้งแต่กำเนิด ซึ่งถือว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสในหลาย ๆ ด้าน

ไม่ว่าประสบการณ์จากการดำเนินชีวิตประจำวันหรือบทบาททางสังคมของบุคคล วิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้พิการตั้งแต่กำเนิดย่อมได้รับน้อยกว่าผู้ที่พิการภายหลังกำเนิด ซึ่งส่งผลเหล่านี้สำคัญต่อการพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ (นวลศิริ เปาโรหิตย์. 2533 : 73-76)

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการวางแผนการดำเนินชีวิตจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

3.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่า คนพิการชายคนพิการหญิงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คนพิการชายและคนพิการหญิงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพ และด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ยกเว้นการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่าคนพิการที่มาอยู่ในศูนย์และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ไปทำการศึกษาจะได้รับข้อมูลในด้านสุขภาพอนามัย เหมือน ๆ กันจากเจ้าหน้าที่ศูนย์และสภาพความพิการก็มีลักษณะคล้าย ๆ กัน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของตนเองจึงไม่แตกต่างกันด้วย และนอกจากนี้ยังพบว่า การวางแผนการดำเนินชีวิตในด้านอาชีพ เพศหญิงมีการวางแผนสูงกว่าเพศชาย ที่เป็น

เช่นนี้เนื่องจากเพศหญิงจะชอบคิดเรื่องใกล้ตัวห่วงอนาคตว่าจะอยู่อย่างไร ใครจะดูแลมีการคิดล่วงหน้าตลอด จึงทำให้มีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านอาชีพสูงกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายจะชอบในการสังคมเปิดเผย และสังสรรค์กับเพื่อนฝูงมากกว่ามีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ๆ มากกว่า จึงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตด้านสังคมได้ดีกว่า

3.2 อายุ พบว่าคนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านคือ ด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่าคนพิการที่มีอายุสูงกว่า 30 ปี และคนพิการที่มีอายุ 21 ปี - 30 ปี มีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม สูงกว่าคนพิการที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการวางแผนการดำเนินชีวิตคนที่อายุมากขึ้นย่อมมีประสบการณ์ และการเรียนรู้มากขึ้น รอบคอบมากขึ้นอันเป็นผลมาจากประสบการณ์และการเรียนรู้มากขึ้น ที่ได้สะสมมา ทำให้รู้จักคิดตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและวิธีปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าคนที่อายุน้อย

3.3 วุฒิการศึกษา พบว่า คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น มีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และคนพิการที่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า วุฒิการศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของการวางแผนการดำเนินชีวิตผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมได้รับความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้กว้างขวางกว่าคนที่มีการศึกษาค่ำ เพราะพื้นฐานทางการศึกษาที่ดี ย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคลที่ดีได้ด้วย

3.4 สถานภาพสมรส พบว่า ผลการศึกษาพบว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านคือ ด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสกับคนพิการที่มีสถานภาพโสด มีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคนพิการที่มีสถานภาพสมรส มีการวางแผนการดำเนินชีวิตสูงกว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากคนพิการที่มีสถานภาพสมรสมีภาระกิจหลายอย่างต้องคำนึงถึง เช่น การดูแลสมาชิกในครอบครัว สามี ภรรยา บุตร จึงทำให้ต้องมีการคิดวางแผนแนวทางให้ครอบครัวอยู่เสมอทำให้ความคิดในการวางแผนการดำเนิน

ชีวิตมีมากตามไปด้วย แสดงว่าสถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ เนื่องจากว่า คนพิการที่มีสถานภาพสมรสคู่จะทำให้มีการกิจกรรมทำร่วมกันได้ มีคนคอยเป็นคู่คิดคู่ปรึกษาซึ่งกันและกันชีวิตไม่โดดเดี่ยวซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem.1985 : 91 - 120) ก็กล่าวว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติด้วย

3.5 สภาพความพิการจากผลการศึกษาพบว่า คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านคือ ด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ และด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าคนพิการภายหลังกำเนิดมีการวางแผนการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าคนพิการตั้งแต่กำเนิดด้วยซึ่งอาจสรุปได้ว่าคนที่พิการภายหลังกำเนิดจะมีความวิตกกังวลกับสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากคนปกติมากกว่าคนที่พิการมาตั้งแต่กำเนิด คนพิการภายหลังกำเนิดมีโอกาสทางด้านการศึกษาและประสบการณ์ใช้ชีวิตมากกว่าคนพิการตั้งแต่กำเนิด จึงมีวิธีการกำหนดเป้าหมายและวิธีปฏิบัติในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 อัตมโนทัศน์ของคนพิการจากผลการศึกษาพบว่า อัตมโนทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และอัตมโนทัศน์ด้านที่ต่ำสุดคือด้านความพึงพอใจ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการควรจะได้มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกให้ผู้พิการเกิดความภาคภูมิใจในตนเองมองเห็นคุณค่าแห่งตน เพื่อจะได้เป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพและไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ควรได้มีการฝึกทักษะต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและกำลังใจให้แก่คนพิการเหล่านี้

1.2 การวางแผนการดำเนินชีวิตพบว่า การวางแผนด้านสุขภาพจะต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งตรงนี้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการน่าจะต้องให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้พิการให้มากขึ้น เพราะสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกคน การที่ผู้พิการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ก็จะส่งผลดีต่อตัวผู้พิการเองและครอบครัวตลอดจนสังคมที่เขาอยู่ด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอัตมโนทัศน์และการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการในหน่วยงานอื่นและนอกหน่วยงานด้วย
2. ควรศึกษาในจังหวัดอื่น ๆ นอกเหนือไปจากเขตปริมณฑลที่ทำการศึกษารั้งนี้
3. ควรมีการศึกษากับคนพิการที่มีสภาพความพิการอื่น ๆ ด้วย เช่น พิการทางการได้ยิน พิการทางจิตใจ/สติปัญญา
4. ควรวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างอัตมโนทัศน์
5. มีการให้คำปรึกษาในเรื่องการวางแผนการดำเนินชีวิตและการปรึกษาด้านอาชีพเพื่อจะได้สร้างเสริมอัตมโนทัศน์

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร ศรีสัมพันธ์. บทบาทของสมาชิกรอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ สส.ม.กรุงเทพ ฯ . มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2538. อัดสำเนา.
- กชกร อินทโสภณ. โปรแกรมการวางแผนชีวิตอาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพะทางอาชีพของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย. เชียงใหม่ สส.ม. เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538 . อัดสำเนา.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสัมมนาเรื่อง แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน. วันที่ 28-30 พฤศจิกายน 2533 ณ โรงแรมชีวิวิร์สอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี กรุงเทพฯ ฯ : ม.ป.ท., 2533.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ : มโนคติการประเมินและการพยาบาล", ในการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1. มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. หน้า 77-109. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์. การศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งล่าง . วิทยานิพนธ์ อท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กิตติยา รัตนกร. คนพิการ:การสงเคราะห์การฟื้นฟูสมรรถภาพ. กรุงเทพฯ ฯ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
- โกมินทร์ ชาวนาใต้. การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตของลูกจ้างพิการที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีลูกจ้างพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานกรมแรงงาน. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537. อัดสำเนา.
- ชนิษฐา เทวินทรภักดี. "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคน", การดูแลคนพิการ. หน่วยที่ 1-7 . กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2531.
- จิตรา ศิริสมบุญธลภ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนภาพแห่งตนของคนพิการ. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ ฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2537. อัดสำเนา.
- จินตนา เพียรพิจิตร. การพัฒนา มโนภาพแห่งตนโดยการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524. อัดสำเนา.
- จุรีรัตน์ ผ่องแผ้ว. "คนพิการในสังคมไทย : สถานภาพปัญหาและความต้องการ", ในกฎหมายเพื่อคนพิการ. หน้า 20-23. กรุงเทพฯ ฯ : สมาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.

- จุมพล พูลภัทรชีวิน. มโนภาพแห่งตน ความวิตกกังวล ความเกรงใจและลักษณะความเป็นผู้นำของผู้นำตาม ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา, 2515. อัดสำเนา.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถาบันประชากรศาสตร์. 2537. ประชากรโลก 1994. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. สุขภาพจิตและการปรับอารมณ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ม.ป.ป.
- นิยม บุญมี. ปัญหาการดำเนินชีวิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, 2530.
- นิมนวล อินทะชัย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการปรับตัวสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนต่างเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมศึกษาหญิง โรงเรียนมัธยมศึกษาชาย โรงเรียนมัธยมศึกษาสหศึกษา. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.
- ฤทัยรัตน์ ธรเสนา. พัฒนาอัตมโนทัศน์หลายมิติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อทัศนคติต่อวิชาชีพแตกต่างกัน โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- บังอร ฤทธิ์อุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- บังอร เสดนนท์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตนเองอย่างที่เราคิดว่าเป็นและตนเองอย่างที่คิดอยากจะเป็นของนักเรียนวัยรุ่น อายุ 13 -16 ปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนพระโขนง จังหวัดพระนคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการศึกษา, 2512. อัดสำเนา.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. การศึกษามโนภาพแห่งตน ความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.
- ประชาสงเคราะห์, กรม. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : ม.ป.ป.

- ประชาสงเคราะห์, กรม สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูคนพิการ. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์ , 2534.
- ประชาสงเคราะห์, กรม. กองวิชาการ. รายงานประจำปี 2535. กรุงเทพฯ : หจก.นำกิจการพิมพ์ , 2536.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. 2535.
- พรณทิพย์ เกษะนันท์. "การเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของวัยรุ่น", วารสารเศรษฐศาสตร์. ปีที่ 3 ส.ค. - ก.ย. 2516.
- พรณทิพย์ คเนจร ณ อุรุยา. ปัญหาการดำเนินชีวิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน, 2523.
- รัตนา ไกรสีหนาท. การศึกษารเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ สุขภาพจิตและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพกับพยาบาลเทคนิค. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- เรวัต ผ่องสุวรรณ. ความต้องการทางการศึกษานอกโรงเรียนของคนพิการ ณ ศูนย์ฟื้นฟูคนพิการ พระปะแดง จังหวัดสมุทรปราการ. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- รุ่งนภา ภาณิตร์นัต. ผลของกลุ่มปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบองค์รวมต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคลที่สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2534.อัดสำเนา.
- วรัญญา คุ่มผาดิ. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537. อัดสำเนา.
- สมพร แซ่เฮง. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานของคนพิการ. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- สามัญศึกษา, กอง กองการศึกษาพิเศษ. คนพิการก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคม. กรุงเทพฯ ฯ : หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา, 2524.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. กองอนามัยโรงเรียน, "บทความเรื่อง ชีวิตยังมีหวัง", เอกสารปีคนพิการสากล 2524.กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2525.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิภาพ พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535.

- สิรินารถ บุญเกียรติ. การเตรียมการของสถานประกอบการในการจ้างงานคนพิการ.
วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535. อัดสำเนา.
- สุกัญญา วิบูลล์พานิช. อัตมโนทัศน์และการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ. วิทยานิพนธ์
พบ.ม. กรุงเทพฯ ฯ : สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, 2536. อัดสำเนา.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. 2534. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534.
กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ
พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ ฯ : อักษรไทย, 2534.
- "รักลูก", คู่มือดูโทรทัศน์กับลูกอย่างสร้างสรรค์. กรุงเทพฯ ฯ : แปลนพับลิชชิง , 2536.
- เสาวภา วิจิตวาท. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทาง
สังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อรุณี ชาญด้วยกิจ. ผลของการแนะแนวอาชีพแบบกลุ่มย่อยต่ออู่วิภาวะทางอาชีพของ
นักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ ค.ม. : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2529.
อัดสำเนา.
- อำไพ ศิริพิพัฒน์. "ความนึกคิดเกี่ยวกับตน" วารสารครุศาสตร์. 2 : 5 - 6 ; สิงหาคม -
พฤศจิกายน 2515.
- Barry, P.D. Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention Care of the
Physically Ill Person. 2 nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1980.
- Brunner, L.S. and D.S. Suddart, D.S. The Lippincott Manual of Medical-Surgical
Nursing. London : Harper and Row, Publishers, 1982.
- Coopersmith, S. 1967. The Antecedents of Self Esteem. San Francisco ; Freeman.
Quoted in Garry, R. Walz and Jeanne C. Bleuer. "Student Self - Esteem." In A
Vital Element of School Success Volume I , 491 . Michigan : Counseling and
Personal Service , 1993.
- Cottle , T.J. "Self-Concept, Ego Ideal, and the Response to Action". Social 50 : 78 - 88;
January - February, 1965.
- English, H B. and English, A C. A Comprehensive Dictionary of Psychological and
Psychoanalytical Terms. 9 th ed. New York : David McKay Company, Inc.,
1968.
- Frandsen N. Educational Psychology. New York. McGraw-Hill Book Company, 1967.

- Fiedler, Fred. E. "Assumed Similarity Measures as Predictor of Team Effectiveness", Journal of Abnormal and Social Psychology. 49 : 381-388 ; 1954.
- Griffine , David Kenneth. "Self-Esteem and Job Satisfaction of Adult with Mild Mental Retardation in Sheltered Workshops and Supported Employment Programs," in Dissertation Abstracts International A 54 (8) : 2981 : February, 1994.
- Jersild, Arthur T. The Psychology Of Adolescence. New York ; McMillan Co., 1963.
- Jersild, Arthur T. In Search of Self. New York : Teachers College, Columbia University, 1966.
- Kottke, F.J. "Philosophic Consideration of Quality of Life For Disabled." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 : 60-62 February , 1982.
- Lambert, V.A. and C.E. Lambert , Psychosocial Care of the Physically Ill : What Every Nurse Should Know. 2 nd ed. Englewood Cliffs : Prentice - Hall, Inc., 1985.
- Lawrance, L and Mcleary. K.R. "Self-Efficacy and Health Education", Journal of School Health. 56 (8) : 317-321 ; 1986.
- Lazarus, T.S. and S. Folkman. Stress Appraisal and Coping. New York : Springer, 1984.
- Lindzey, Gardner and Levin , Hall. Theories of personality : Primary Source and Research. New York : John Wiley and Sons, 1965.
- McDaniel, James W. Physical Disability and Human Behavior. 2 nd ed. New York : Pergamon Press. 1976.
- McDavid J.W. and H. Harari. Social Psychology. New York : Harper & Row, 1963.
- Nickell, P. et al. Management I Family Living. John Wiley & Sons, Inc, 1976.
- Persson, Daniel A. The Child in Education Process, New York : McGraw-Hill Book Company, Inc, 1957.
- Remey, A and N.W. Finelstein. "Contingent Stimulation and Infant Competence", Journal of Pediatric Psychology. 3. 89-96; 1978.
- Roger. C.R. "A Theory of Therapy, personality , and Interpersonal Relationship as Developed in the Client - Centered Framework". in Psychology : A study of Science, 184 . New York : McGraw-Hill, 1959.
- Rogers, Carl R. Client-Centered Therapy. Boston : Houghton Mifflin Co., 1951.
- Sachs, I . Gandhi and Development : A European View. Self-reliance : A Strategy for Development. London : Begle-L Quvertiere Publication Ltd., 1980.

Somidt E.V. et al, " Result of the Seven-Year Prospective Study Stroke Patients".

Stroke. 19 (August) ,1988.

Supannce Chaiumpon. Development of a Self - reliance Measuring Instrument for Farmers of Northern Thailand. A Doctoral Thesis, UPLB, College Laguna, 1986.

Thoits, P.A. "Social Support as Coping Assistance". Journal of Cousulting and Clinical Psychology : 1986.

UNESCO. "Evaluation the Quality of Life in Belgium", Social Indicators Research. 89 : 312 ; September, 1980.

Walz, Garry. R. and Jeanne C. Bleuer. Student self-esteem. in A Vital Element of School Success Volume I , 47. Michigan : Counseling and Personal Service,1993.

W.H.O., "Classification of Impairment". Disability and Handicap. Geneva ; World Health Organization, 1980.

ภาคผนวก

แบบทดสอบวัดอัตมโนทัศน์

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึก และความคิดเห็นบางประการของท่านแต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เพราะแต่ละคนย่อมมีลักษณะนิสัย ความรู้สึก หรือแนวทางการประพฤติปฏิบัติไม่เหมือนกัน ดังนั้นคำตอบที่ดีที่สุดคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือสภาพที่แท้จริงของท่าน

การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบโดยกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ต้องการจะตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น และขอให้ท่านตอบทุกข้อ

ตัวอย่างการตอบ

(0) ข้าพเจ้าเป็นคนมีเหตุผล

เมื่อท่านอ่านข้อความนี้แล้วก็พิจารณาตัวเองว่า ข้อความนี้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงใดสมมุติว่า ข้อความนี้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ก็กาเครื่องหมาย / ลงในช่องหมายเลข 5 ดังนี้

ข้อความ	จริงมากที่สุด (5)	จริงมาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	จริงบ้าง (3)	ไม่จริงเลย(1)
(0) ข้าพเจ้าเป็นคนมีเหตุผล					

ข้อความ	จริงมากที่สุด (5)	จริงมาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	จริงบ้าง (3)	ไม่จริงเลย(1)
1.ข้าพเจ้ารู้สึกอายและต้องการปกปิดความพิการ					
2.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีอยู่เสมอ					
3.ข้าพเจ้ารู้สึกผิดหากทำให้คนอื่นเดือดร้อน					
4.ข้าพเจ้าคิดว่าการดูถูกคนอื่นเป็นสิ่งไม่ดี					
5.ข้าพเจ้ามีเรื่องกลุ้มใจบ่อย ๆ					
6.ข้าพเจ้าชอบอยู่ตามลำพังคนเดียว					
7.ข้าพเจ้าคิดว่าครอบครัวของข้าพเจ้ามีความสุข					
8.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคนในครอบครัวรักและเมตตาข้าพเจ้า					
9.ข้าพเจ้าเป็นคนที่มีย่านับถือ					
10.ข้าพเจ้ามักได้รับความไว้วางใจจากคนอื่นเสมอ					
11.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตัวเองเป็นคนที่มีความค่า					
12.ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายต่อสภาพที่เป็นอยู่					
13.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตัวเองอารมณ์เสียได้ง่าย					
14.ข้าพเจ้าเป็นคนที่ไม่วางใจให้ใครได้ง่าย ๆ					

ข้อความ	จริงมากที่สุด (5)	จริงมาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	จริงบ้าง (3)	ไม่จริงเลย(1)
15.ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองมีหน้าตาดี					
16.ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองเป็นคน เชื่องช้าขี้เกียจ					
17.ข้าพเจ้าคิดว่าอยากเปลี่ยนแปลงร่างกายบางส่วนได้ดีกว่านี้					
18.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อ เห็นเพื่อนได้ดีกว่า					
19.ข้าพเจ้าคิดว่าเมื่อทำผิดก็ เฉย ๆ เสียดีกว่า					
20.ข้าพเจ้าคิดว่าชอบทำบุญกุศล					
21.ข้าพเจ้าเป็นคนมีอารมณ์ไม่แน่นอน นอนอยู่บ่อย ๆ					
22.ข้าพเจ้าเป็นคนขี้อาย					
23.ข้าพเจ้าเป็นคนมีเพื่อนมาก					
24.ข้าพเจ้าคิดว่าครอบครัวผิดหวัง ในตัวข้าพเจ้า					
25.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นผู้สร้างความ เดือดร้อนให้กับครอบครัว เสมอ					
26.ข้าพเจ้าคิดว่าในครอบครัวไม่มีใคร ให้ความสำคัญกับข้าพเจ้า					
27.ข้าพเจ้าชอบทำงานตามลำพัง คนเดียวมากกว่าทำงานเป็นกลุ่ม					
28.ข้าพเจ้าชอบยิ้มแย้มทักทายคนอื่น					
29.เพื่อน ๆ ชอบข้าพเจ้า					
30.ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองสามารถ ทำประโยชน์ให้คนอื่นได้ดีมาก					

ข้อความ	จริงมากที่สุด (5)	จริงมาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	จริงบ้าง (3)	ไม่จริงเลย(1)
31.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณภาควิชาใจในตนเองน้อยมาก					
32.ข้าพเจ้าพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้					
33.ข้าพเจ้ารับฟังคำติเตียนได้โดยไม่โกรธ					
34.ข้าพเจ้าเป็นคนค่อนข้างดี					
35.ข้าพเจ้าจะได้เสียด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์					
36.ข้าพเจ้าคิดว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองปฏิบัติภารกิจส่วนตัวได้ดี					
37.ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองเป็นคนที่ทำอะไรได้ช้า					
38.ข้าพเจ้าคิดว่าผลประโยชน์หรือเงินทองมีความสำคัญมากกว่าถูกต้อง					
39.ข้าพเจ้ารู้สึกอายใจที่ต้องกล่าวคำขอโทษเมื่อทำผิด					
40.ข้าพเจ้าเป็นคนที่มีความมานะอดทน					
41.ข้าพเจ้ามักพูดจาแบบขวานผ่าซาก					
42.ข้าพเจ้าสามารถเข้ากับคนในครอบครัวได้ดี					
43.ข้าพเจ้าชอบปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับคนในครอบครัว					
44.ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองไม่มีใครชอบ					

ข้อความ	จริงมากที่สุด (5)	จริงมาก (4)	ไม่แน่ใจ (3)	จริงบ้าง (3)	ไม่จริงเลย(1)
45.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าจะมีความเชื่อมั่นในตัวเองในการพูดและการทำงานร่วมกับคนอื่นโดยไม่กลัวว่าจะผิด					
46.ข้าพเจ้าคิดว่าปัจจุบันข้าพเจ้าประสบความสำเร็จในชีวิตแล้ว					
47.ข้าพเจ้าคิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่สำหรับข้าพเจ้าเลย					
48.ข้าพเจ้าเป็นคนร่าเริงแจ่มใส					
49.ข้าพเจ้าเป็นคนที่ชอบผลัดวันประกันพรุ่ง					

แบบสอบถามอัตมโนทัศน์สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของฟิตส์ (Fitts) โดยจำแนก
อัตมโนทัศน์ออกเป็น 7 ด้านดังนี้

- 1.ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,15,16,17,36,37
- 2.ด้านศีลธรรมจรรยา จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,18,19,20,38,39
- 3.ด้านส่วนตัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,6,21,22,23,40,41
- 4.ด้านครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,8,24,25,26,42,43
- 5.ด้านสังคม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9,10,27,28,29,44,45
- 6.ด้านความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11,12,30,31,46,47
- 7.ด้านการวิพากษ์ตัวเอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,14,33,34,35,48,49

แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงใน () ที่ตรงตามสภาพเป็นจริงของท่าน

1.เพศ () หญิง

() ชาย

2.อายุ.....ปี

3.วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน

() ไม่ได้เรียนหนังสือ

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3)

() ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6)

() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช./ปวส.)

() ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4.สถานภาพสมรส

() โสด

() สมรส

() หย่า

() หม้าย

() แยกกันอยู่

5.สภาพความพิการ

() พิการตั้งแต่กำเนิด

() พิการภายหลังกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการวางแผนการดำเนินชีวิต

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดของท่าน กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด คำตอบที่ถูกต้องที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่าน

การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบโดยกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ต้องการจะตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้นและกรุณาตอบทุกข้อ

ตัวอย่างการตอบ

เมื่อท่านได้อ่านข้อความแล้วก็พิจารณาตัวเองว่า ข้อความนั้นท่านเคยคิดคำนึงถึงมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคย เพียงช่องใดช่องหนึ่งนั้นในแต่ละข้อเช่น

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
(0) ข้าพเจ้าคิดว่าควรออกกำลังกายวันละ 30 นาที เพื่อสุขภาพที่แข็งแรง			/

ข้อที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ด้านสุขภาพ ข้าพเจ้าจะไปตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี			
2	ข้าพเจ้าจะกินยาตามคำแนะนำของแพทย์			
3	เมื่อไม่สบายข้าพเจ้าจะซื้อยาชุดหรือยากินเอง			
4	ข้าพเจ้าจะต้องนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
5	ก่อนออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาข้าพเจ้าจะหยุดคิดก่อนว่าสิ่งนั้นมีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายและอายุของข้าพเจ้า			
6	ข้าพเจ้าจะควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนหรือผอมเกินไป			
7	ข้าพเจ้าจะพิจารณาเลือกรับประทานอาหารที่มีวิตามิน เกลือแร่ อย่างเพียงพอ			
8	ข้าพเจ้าคิดว่าจะต้องดูแลความสะอาดร่างกาย ตลอดจนเสื้อผ้าที่สวมใส่อย่างดีเพื่อป้องกันเชื้อโรคที่อาจเกิดขึ้น			
9	ข้าพเจ้าคิดว่าจะต้องดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องช่วยพิการของข้าพเจ้าทุกวัน			
10	ข้าพเจ้าจะสังเกตการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของร่างกาย			
11	ข้าพเจ้าจะหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีจากแพทย์/พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

ข้อที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
12	ข้าพเจ้าชอบอ่านหนังสือหรือฟังวิทยุเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ			
1	ด้านอาชีพ ข้าพเจ้าพิจารณาประกอบอาชีพที่ตนเองมีความถนัด			
2	ข้าพเจ้าพยายามศึกษาแนวทางในการประกอบอาชีพต่าง ๆ			
3	ข้าพเจ้าสนใจอาชีพใดข้าพเจ้าจะพยายามศึกษาอาชีพนั้นอย่างละเอียด			
4	ข้าพเจ้าพยายามพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถตรงกับอาชีพที่ข้าพเจ้าคิดจะทำ			
5	ข้าพเจ้าจะถามบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาชีพที่ข้าพเจ้าสนใจด้วยตนเอง			
6	ข้าพเจ้าวางแผนทางไว้ล่วงหน้าว่าจะประกอบอาชีพที่คิดไว้			
7	ข้าพเจ้าติดตามข่าวสารต่าง ๆ ที่เห็นว่าจำเป็นต่อการประกอบอาชีพ			
8	ข้าพเจ้าจะประกอบอาชีพที่มีรายได้สูง			
9	ข้าพเจ้าเก็บสะสมเงินเพื่อเป็นทุนในการประกอบอาชีพที่คิดไว้			
10	หากมีการเปิดสอนเกี่ยวกับอาชีพหรือฝึกอาชีพข้าพเจ้าจะสมัครทันที			
11	ข้าพเจ้าจะประกอบอาชีพตามเพื่อนหรือครอบครัวอยากให้ทำมากกว่าที่ตัวเองชอบ			

ข้อที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
12	ข้าพเจ้ามีความกระตือรือร้น และ ต้องการมีอนาคตที่ดีในหน้าที่ การงาน			
1	<u>ด้านสังคม</u> เมื่ออยู่ในกลุ่มคนจำนวนมาก ข้าพเจ้าเตรียมพร้อมเสมอที่จะ ปรับตัว			
2	ข้าพเจ้าปรับตัวได้ดีในกลุ่มเพื่อน			
3	ข้าพเจ้าใช้ความสามารถของตนเอง ด้วยการผูกมิตรกับเพื่อน			
4	ข้าพเจ้าคิดว่าเราควรจะช่วยเหลือ คนรอบข้างเพื่อโอกาสข้างหน้าเขา จะได้ช่วยเหลือเราบ้างหากเรา เดือดร้อน			
5	ในการเข้าสังคมข้าพเจ้าจะพยายาม แก้ไขเหตุการณ์และปัญหาต่าง ๆ ด้วยตัวเอง			
6	ข้าพเจ้ารู้จักแต่งกายได้เหมาะสม กับกาลเทศะ			
7	ข้าพเจ้าคิดว่าจะต้องหาวิธีควบคุม อารมณ์ตนเองให้ได้เวลาโกรธ			
8	ในงานเลี้ยงและงานสังคมข้าพเจ้า จะระมัดระวังคำพูดเพราะเกรงจะ ทำหรือพูดในสิ่งที่คนอื่นไม่ชอบ			
9	ข้าพเจ้ามักจะใช้เวลาว่างในการทำ กิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือ เพื่อนฝูง			
10	เมื่อไม่ชอบใครควรควบคุมความ รู้สึกไว้ดีกว่าที่จะแสดงความไม่ชอบ ออกมา			

ข้อที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
11	การทำสมาธิทำให้จิตใจสงบและมี สติที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับ คนอื่นได้ดี สุขภาพ			

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นางสาว สุภัทรา วังชากร
วัน เดือน ปีเกิด	1 พฤษภาคม พุทธศักราช 2511
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	170/350 หมู่บ้านเกษตราสลิกโฮม ถนนสุขาภิบาล 2 คั่นยาว เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่- การงานปัจจุบัน	นักสังคมสงเคราะห์ระดับ 4 โรงพยาบาลปทุมธานี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2529	ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย แผนกวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ โรงเรียนสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
พ.ศ.2533	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษาและแนะแนว) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ.2541	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การศึกษาอัตมโนทัศน์และการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการ
ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

บทคัดย่อ
ของ
สุภัทรา วังชากร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว
พฤษภาคม 2541

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ และการวางแผนการดำเนินชีวิตของคนพิการในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตามตัวแปร ด้านเพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส และสภาพความพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นคน พิการทางกายและการเคลื่อนไหวและคนพิการทางสายตา ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 315 คน เป็นชาย 210 คนและเป็นหญิง 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ และแบบสอบถามการวางแผน การดำเนินชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว และการทดสอบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1.อัตมโนทัศน์ของคนพิการมีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดำเนินชีวิตในด้าน สุขภาพ ด้านอาชีพ ด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.คนพิการเพศชายและเพศหญิงมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

3.คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์ไม่แตกต่างกัน

4.คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01

5.คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7.คนพิการเพศชายและเพศหญิง มีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8.คนพิการที่มีอายุแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9.คนพิการที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

10.คนพิการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิตแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

11.คนพิการที่มีสภาพความพิการแตกต่างกันมีการวางแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**THE STUDY OF SELF-CONCEPT AND LIFE PLANNING OF THE
DISABLED PERSONS IN BANGKOK AND NEIGHBOURING PROVINCES**

**AN ABSTRACT
BY
SUPATTRA WANGCHAKORN**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University
May 1998.**

The purposes of this research was to study the relationship and the comparison of self concept and life planning of the disabled persons as related to the following variables : sex , age, education level, marital status and disabled status. The sample was 315 disabled persons consisted of 210 males and 105 females. Their ages were 15 at the least. The instruments were the questionnaires on self concept and life planning. The data were analysed by t-test , one-way analysis of variance and Newman-Keuls test.

The results were as follows :

1. There was a significant relationship between self concept and life planning at the disabled persons as related to health , occupation and social variables at .01 level.
2. There was a significant difference in self concept between the male and female disabled persons at .05 level.
3. There was no significant difference in self concept as related to age.
4. There was a significant difference in self concept as related to educational level of the disabled persons at .01 level.
5. There was a significant difference in self concept as related to different marital status of the disabled persons at .01 level.
6. There was a significant difference in self concept as related to disabled status of the disabled persons at .01 level.
7. There was a significant difference in life planning between the male and female disabled persons at .01 level.
8. There was a significant difference in life planning as related to age of the disabled persons at .01 level.
9. There was a significant difference in life planning as related to education levels of the disabled persons at .01 level.
10. There was a significant difference in life planning as related to marital status of the disabled persons at .01 level.
11. There was a significant difference in life planning as related to status of the disabled persons at .01 level.