

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 8 -12 ปี ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอสาระสำคัญเรียงตามลำดับ เพื่อประกอบการศึกษาดังนี้

1. เด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว
2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
3. ลักษณะพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว และการดูแลช่วยเหลือ
4. คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว
5. การประเมินคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว

เด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ความหมาย

คำจำกัดความที่เกี่ยวกับความหมายของคนพิการที่ระบุไว้ในความพิการประเภทต่างๆ มักพบคำว่า “ไร้ความสามารถ” “ความเสียเปรียบ” “ความชำรุดบกพร่อง” ซึ่ง องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามโดยสรุป ดังนี้ (ขนิษฐา เทวินทรภักดี, 2540)

การไร้ความสามารถหรือไร้สมรรถภาพ (disability) หมายถึง ผลที่เกิดจากการชำรุด ทำให้เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ที่ถือว่าเป็นปกติวิสัยของมนุษย์ทั่วไปที่ควรทำได้ เช่น เด็กที่มีอาการตาพร่ามัวไม่สามารถเรียนหนังสือได้ตามปกติ ช่างไม้ที่ต้องปีนป่ายที่สูง ถ้าขาขาดจะไม่สามารถประกอบอาชีพช่างไม้ต่อไปได้ เป็นต้น

ความเสียเปรียบหรือความบกพร่อง (handicap) หมายถึง ความเสียเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิต หรือแสดงบทบาทได้เหมาะสมสอดคล้องตามวัย เพศ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตลำบากกว่าคนทั่วไป

ความบกพร่องหรือชำรุด (impairment) หมายถึง การสูญเสีย หรือมีความผิดปกติใน โครงสร้างด้านหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ หรือสรีรวิทยา จะเป็นลักษณะชั่วคราวหรือถาวร รวมถึง ความพิการของอวัยวะ ความสูญเสียหรือขาดหายของอวัยวะ กลไกการทำงานของร่างกาย และระบบ การทำงานของจิตใจ เช่น สายตาข้างใดข้างหนึ่งเกิดการมัว พร่า หรือมองไม่เห็น แขนขาเป็นอัมพาต หูสูญเสียการได้ยิน อาการทางจิตประสาท เป็นต้น

นอกจากนี้เด็กพิการยังถูกให้ความหมายว่าเป็นเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มูลนิธิเพื่อ เด็กพิการ (2543) ได้ให้ความหมาย เด็กที่มีความต้องการพิเศษว่า หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการช้าด้านใด ด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ของพัฒนาการทางด้าน ร่างกาย ประสาทสัมผัส การสื่อสาร สติปัญญา และ สังคมอารมณ์ และให้ความหมาย ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวว่า หมายถึง คนที่มีความ ผิดปกติ บกพร่อง หรือสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี เท่าคนปกติ (มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, 2539)

กระทรวงมหาดไทย ให้ความหมายตามกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537) ออกตามความ ในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ว่าเด็กพิการทางกายหรือการ เคลื่อนไหว หมายถึง

1. เด็กที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ
2. เด็กที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ ลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรัง ของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน หรือ ดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

ศูนย์พัฒนาศึกษาแห่งชาติของประเทศไทย (2529) ได้ให้ความหมาย เด็กพิการทางร่างกาย และการเคลื่อนไหว ในแต่ละด้านดังนี้

ด้านการศึกษา หมายถึง เป็นความบกพร่องอย่างถาวรที่ทำให้เด็กไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ดี เท่ากับเด็กปกติ เช่น เด็กที่แขนขาเป็นอัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกันทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่หรือเคลื่อนที่ได้ไม่ดี

ด้านกายภาพ หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติในลักษณะจำนวน ขนาดหรือรูปร่างของ อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง ระบบใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบ เช่น สมอมน้ำคั่ง ปากแหว่ง แขนขา บิดเกหลังโค้ง เพดานปากโหว่ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวและทรงตัว โรคลมชัก โรคหัวใจรูมาติก โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ว่าหมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องของร่างกาย หรือ มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ ลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อ หรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้ง โรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหรือ ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติได้

ลักษณะความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหวในเด็ก

ลักษณะความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหวที่มักพบในเด็ก มีดังต่อไปนี้ (พิมพ์พรรณ วรชุตินทร, 2542)

1. **ประสาทพิการ (Neurological Impairment)** มีสาเหตุมาจากระบบประสาทได้รับความเสียหาย ความพิการหรือเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางอาจเกิดขึ้นในบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หรือเป็นไปอย่างกว้างขวางหลายๆ บริเวณร่างกายขาดความสามารถในการประสานประสานกันของอวัยวะต่างๆ มีความทุกข์ทรมาน มีปัญหาทางอารมณ์ มีปัญหาในการพูดและภาษา อวัยวะกลไกไม่ทำงานตามปกติ เป็นอัมพาต หรือถ้าไขสันหลังพิการเด็กจะหมดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ไม่รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวที่หรือเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการของประสาทสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 ความพิการทางสมอง (Cerebral Palsy) เด็กจะมีอาการอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแอ ไม่มีแรง การทำงานของอวัยวะต่างๆ ขาดความประสานประสานกันหรืออวัยวะกลไกไม่ทำงานตามปกติ บางรายอาจมีหลายๆ อาการปรากฏ ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของความพิการทางสมองได้ดังนี้

1.1.1 แบ่งตามลักษณะของความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ได้ 7 ประเภท คือ

- 1) แขนหรือขาด้านใดด้านหนึ่งเป็นอัมพาต (Hemiplegia)
- 2) ขาทั้งสองข้างเป็นอัมพาตมากกว่าแขนทั้งสองข้าง (Diplegia)
- 3) แขนหรือขาเป็นอัมพาตข้างเดียว (Monoplegia)
- 4) ขาทั้งสองข้างเป็นอัมพาต ลำตัวอ่อนบนปกติ (Paraplegia)
- 5) แขนข้างใดข้างหนึ่งเป็นอัมพาตและขาทั้งสองข้างเป็นอัมพาต(Triplegia)
- 6) แขนและขาเป็นอัมพาตทั้งหมด (Quadriplegia)

7) แขนทั้งสองเป็นอัมพาตมากกว่าขาทั้งสองข้าง อาจเป็นซีกใดซีกหนึ่งที่อัมพาตมากกว่าอีกซีกหนึ่ง (Double Hemiplegia)

1.1.2 แบ่งตามความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ 6 ประเภท คือ

- 1) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไม่ประสมกลมกลืนกัน (Spastic) ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามที่ต้องการ
- 2) ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไปในทิศทางที่ต้องการได้ มีอาการกระตุกหรือบิดไปมา (Athetosis)
- 3) ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่ต้องการได้ จังหวะการเคลื่อนไหวไม่เป็นไปตามธรรมชาติ กล้ามเนื้อมีอาการสั่นเนื่องจากการหดตัว (Tremor)
- 4) กล้ามเนื้อมีการตึงตัวตลอดเวลา (Rigidity) และอาจเกิดร่วมกับอาการสั่น
- 5) การทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็กเป็นไปอย่างเชื่องช้า รุ่มง่าม เด็กจะสูญเสียการทรงตัว (Ataxia) เวลาเดินเหมือนคนเมา เดินขาถ่าง ลำตัวยักไปมา ข้อศอกหรือมือจะเข้ามาหาเองเพื่อช่วยในการทรงตัว มีปัญหาในการกระกระยะทางหรือตำแหน่งของวัตถุ
- 6) มีอาการผสม (Mixed) ทั้ง Spastic และ Athetosis หรือ Ataxia และ Athetosis

1.1.3 แบ่งตามความรุนแรงของอาการ ได้ 3 ระดับ คือ

- 1) ระดับน้อย (mild) มีความผิดปกติเล็กน้อย เด็กสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย
- 2) ระดับปานกลาง (moderate) มีความผิดปกติปานกลาง เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นมากพอควร และมักต้องใช้อุปกรณ์ช่วย
- 3) ระดับรุนแรง (severe) มีความผิดปกติมาก เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

1.2 สไปนาไบฟิดา (Spina Bifida) เป็นความพิการที่เกิดเนื่องจากในระยะพัฒนาการของตัวอ่อนในครรภ์มีการพัฒนาของส่วนที่เป็นกระดูกสันหลังไม่สมบูรณ์ รอยต่อของกระดูกไม่สนิท ทำให้ระบบประสาทไขสันหลังปูดออกมาตรงรอยต่อที่ไม่สนิท ประสาทส่วนนั้นถูกทำลายเสียไปเป็นผลทำให้เกิดอาการอัมพาตท่อนล่างตั้งแต่เอวลงมา ไร้ความรู้สึกในการสัมผัส เด็กจะไม่สามารถกลั้นอุจจาระปัสสาวะได้ เรียกว่า ไมโยลิเมนิงโกเชล (Myelomeningocele) สาเหตุของโรคนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด เด็กที่เป็นโรคนี้อาจมีอาการของสมองขยายโตและมีน้ำข้าง (Hydrocephalus) ร่วมอยู่ด้วย คือ จะมีของเหลวที่ควรจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ไหลไปมาระหว่างสมองและกระดูกสันหลังไปคั่งอยู่ในสมอง เมื่อมีน้ำมากก็จะดันให้สมองขยายโตขึ้น กดทั้ง

สมองและเส้นประสาทที่ควบคุมการมองเห็นและการได้ยิน สมองถูกทำลาย สายตาอาจพิการ สูญเสียการได้ยิน แต่สามารถทำการผ่าตัดได้

2. ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal Condition) เป็นความบกพร่องทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความไม่สมบูรณ์ของกล้ามเนื้อหรือกระดูก เด็กจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับ ขา แขน ข้อต่อ กระดูกสันหลัง ทำให้การเดิน ยืน นั่ง และการใช้มือของเด็กลำบาก ซึ่งสามารถแบ่งตามสภาพได้ 2 ประเภท คือ

2.1 กล้ามเนื้อลีบ (Muscular Dystrophy) คือ กล้ามเนื้อไม่มีแรง เนื่องจากเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อเสื่อมสภาพและการเสื่อมนี้ก็จะดำเนินไปเรื่อย ตามอายุพัฒนาการทางร่างกาย การเดินจะลำบาก การทรงตัวได้ไม่ดี ทำเดินผิดปกติ เช่น เขย่งปลายเท้าเดิน หน้าเซิด หลังแอ่น เดิน สะเปะปะ ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของกล้ามเนื้อลีบ ได้ 2 แบบ คือ

2.1.1 โรคกล้ามเนื้อเสื่อม (Pseudohypertrophic form : Duchenne) จะพบในเด็กชายเท่านั้น พบมากในวัยที่เด็กเริ่มหัดเดิน กล้ามเนื้อเชิงกราน ไหล่ ขา แขน ไม่เจริญเติบโตตามปกติ มีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแอและถูกแทนที่ด้วยไขมัน อาการจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงวัยเด็ก และเด็กจะมีอายุไม่ยืน

2.1.2 โรคกล้ามเนื้อใบหน้า ไหล่และแขนเสื่อม (Faciocapulothumeral) พบในทั้งเด็กชายและเด็กหญิงในช่วงวัยที่เข้าสู่วัยรุ่น กล้ามเนื้อไหล่และแขนจะเสื่อมมากกว่ากล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อบริเวณ ใบหน้าจะเสื่อมลง อาการเหล่านี้จะเป็นไปอย่างช้าๆ จนบางคนไม่สามารถใช้กล้ามเนื้อเหล่านั้นได้เลย

2.2 โรคไขข้ออักเสบ (Arthritis) พบได้ทุกเพศทุกวัยที่พบในเด็กมากที่สุดคือ โรคกล้ามเนื้อไขข้ออักเสบในเด็ก (Juvenile Rheumatoid Arthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้มีอาการปวดเมื่อย หัวใจพิการ กล้ามเนื้อและข้ออักเสบ มีไข้เรื้อรัง ตามีผิดปกติ มีโรคที่แทรกซ้อน คือ อาการกล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อและประสาท ข้อต่อผิดปกติ

2.3 โรคเท้าปุก (Club foot) เป็นลักษณะของเท้าผิดปกติ ทำเท้าบิดเข้าด้านใน เท้าเล็ก ขาลีบ เดินลงหลังเท้าแทนที่จะเป็นฝ่าเท้า ซึ่งอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา พบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง

2.4 โรคกระดูกสันหลังโก่งหรืออ (Scoliosis) เป็นภาวะที่กระดูกสันหลังมีการเอียงตัวออกจากแนวตั้ง ซึ่งอาจเกิดจากการนั่ง ยืน หรือเดิน ไม่ถูกสุขลักษณะท่าทางที่เหมาะสม หรือมีการติดเชื้อมัดกล้ามเนื้อ พบในเด็กหญิงมากกว่าชาย

2.5 โรคข้อยึดติด (Arthrogryposis) เป็นลักษณะกลุ่มอาการที่มีข้อติดแข็งตั้งแต่กำเนิดหลายข้อ ไม่มีรอยพับของผิวหนัง มีเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังน้อย มีสาเหตุหลายประการ เช่น มีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง กล้ามเนื้อและข้อต่อ รวมถึงการติดเชื้อมีอยู่ในครรภ์

2.6 โรคโปลิโอ (Polio) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสไปทำลายสมองและไขสันหลัง ทำให้กล้ามเนื้อหมดกำลัง หดความรู้สึกเป็นง่อยเปลี้ย แต่ไม่มีผลต่อสมองโดยตรง ดังนั้น เด็กจึงสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ หรือหากได้รับการรักษาทางยาและได้รับการแก้ไขความพิการด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม

สาเหตุของความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

สาเหตุของความพิการในเด็กแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงระยะเวลา คือ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2542)

1. ระยะเวลาช่วงตั้งครรภ์ (Prenatal Period) คือ ระยะเวลาที่ทารกยังอยู่ในครรภ์มารดา 3 และ 6 เดือนแรก สาเหตุความพิการในเด็กมักมีสาเหตุทั้งจากตัวมารดาหรือจากทารกเอง

1.1 สาเหตุจากมารดา โดยเฉพาะเมื่อมารดากำลังตั้งครรภ์ในระยะ 3 - 6 เดือนแรก เนื่องจากในระบะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงสำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารกเป็นอย่างมากเพราะเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์กำลังมีการพัฒนาโครงสร้างต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงอวัยวะของร่างกายอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลง หากมีความผิดปกติของการตั้งครรภ์ในระยะนี้ อาจทำให้ทารกที่คลอดออกมามีความพิการได้ เช่น มารดามีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย เช่น โรคหัดเยอรมัน โลหิตฉาง ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด เกิดอุบัติเหตุหกล้มตกบันได มีประวัติการใช้ยา สูบบุหรี่ หรือดื่มสุราเป็นประจำ มารดาได้รับสารกัมมันตภาพรังสี หรือสารพิษ จากเหตุผลที่กล่าวมาล้วนเป็นสาเหตุของทารกที่คลอดออกมาแล้วพิการได้

1.2 สาเหตุจากทารก เช่น ทารกได้รับการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรมบางชนิด เช่น โรคกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Muscular dystrophy) โรคกล้ามเนื้อเสื่อมที่พบมากในเด็ก (Duchene muscular dystrophy) โรคเซลล์ประสาทเสื่อม (Werdnig-Hoffmann disease, Kugelberg-Welander Syndrome) ภาวะสมองเล็กกว่าปกติ (Microcephaly) มีน้ำคั่งในสมอง (Hydrocephalus) ความเข้ากันไม่ได้ของกลุ่มเลือดมารดาและทารก (Blood group incompatibility) ภาวะไขสันหลังฝ่อ (Spinal muscular atrophy) และโรคข้อยึดติด (Arthrogryposis)

2. ระยะคลอด (Perinatal Period) คือ ระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ช่วงระยะระหว่างคลอดจนถึงเมื่อทารกอายุ 1 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งสาเหตุที่พบส่วนใหญ่ คือ การคลอดยากทำให้เด็กขาดออกซิเจน คลอดผิดปกติ คลอดก่อนกำหนด รกพันคอ มีไขว้หลังคลอด

ติดเชื้ ได้รับสารพิษ อุบัติเหตุ ตัวเหลืองหลังคลอด เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการในเด็กที่พบบ่อย เช่น โรคสมองพิการ (Cerebral Palsy) และเบรเคียลเพลกซัส (Brachial plexus)

3. ระยะหลังคลอด (Postnatal Period) ระยะที่เด็กเจริญเติบโตตั้งแต่อายุ 1 สัปดาห์ เป็นต้นไป ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนี้ อาจมีสาเหตุที่ทำให้เด็กมีความพิการที่แตกต่างกันออกไปหลายประการ เช่น

3.1 การติดเชื้ เช่น สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้ไขสันหลัง โปลิโอ

3.2 การได้รับอุบัติเหตุ เช่น ทางรถยนต์ รถจักรยานยนต์ ตกจากที่สูง ไฟไหม้ ถูกสารพิษ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายไปหรือใช้การไม่ได้ อุบัติเหตุที่ทำให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน เกิดเลือดออกและคั่งในสมอง

3.3 การขาดสารอาหาร เช่น มีฐานะยากจน ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวขาดแคลนปัจจัยในการซื้อของให้บุตร

3.4 เนื้องอก เช่น เนื้องอกในสมองหรือเนื้องอกของกล้ามเนื้อหรือกระดูกของแขนขา ซึ่งเนื้องอกดังกล่าวอาจจะไปทำลายเนื้อสมอง กล้ามเนื้อและหรือกระดูกให้เกิดความผิดปกติ การมีเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่กระดูก และหรือกล้ามเนื้อ อาจทำให้ร่างกายส่วนนั้นต้องถูกตัดออกไป เกิดความพิการแขนขาด้วน เนื้องอกชนิดที่ไม่ร้ายแรง แต่มีก้อนขนาดใหญ่อาจกดทับเส้นประสาทหรือเบียดกล้ามเนื้อ ทำให้การทำหน้าที่เสื่อมไป เป็นต้น

3.5 การได้รับสารพิษ เช่น สารหนู สารตะกั่ว และยาฆ่าแมลง ทำให้เกิดความผิดปกติ เช่น โรคพิษตะกั่วที่มีผลต่อระบบประสาทและสมอง (lead polyneuropathy หรือ lead encephalopathy)

จะเห็นว่าเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีหลายประเภทและหลายระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งมีลักษณะความพิการในอวัยวะที่แตกต่างกัน และมีสาเหตุความพิการที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามแม้เด็กพิการเหล่านี้จะไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้เท่ากับเด็กปกติ แต่เด็กพิการก็ควรจะได้รับ การเลี้ยงดู การดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามศักยภาพและตามวัย เนื่องจากเด็กพิการจัดได้ว่าเป็นทรัพยากรบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญ หากเด็กกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและทัดเทียมกับเด็กปกติในด้านต่างๆ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมความสามารถตามศักยภาพที่เหลืออยู่ ก็จะส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตัวเด็กและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเด็กจะสามารถมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย มีโอกาสศึกษาเล่าเรียนและนำความรู้ที่ได้มาหาเลี้ยงชีพตนเอง โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในสังคม

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

พัฒนาการ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทักษะการทำงาน ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึง วัยเจริญพันธุ์ ทุกคนจะมีลำดับขั้นตอนที่เหมือนกัน อาจมีความแตกต่างในรายละเอียดบ้างเล็กน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (มธุรส สว่างบำรุง, 2543)

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน อายุ 8 -12 ปี ถือได้ว่าเป็นช่วงที่สำคัญอีกช่วงหนึ่งของพัฒนาการทางสังคมของมนุษย์ เนื่องจากบริบทสภาพแวดล้อมทางสังคมของเด็กเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากวัยเด็กตอนต้น เด็กจะเริ่มออกจากบ้าน ดำเนินชีวิตส่วนหนึ่งในสังคมภายนอก คือ โรงเรียน เด็กจะเข้าเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาซึ่งถูกจัดให้เป็นการศึกษาภาคบังคับของกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อเป็นพื้นฐานทางการศึกษาก่อนจะเข้าเรียนในระดับชั้นที่สูงต่อไป เด็กจะต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้บทบาทใหม่ทั้งด้านการศึกษาเล่าเรียน การเป็นสมาชิกกลุ่มในสังคมโรงเรียน กิจกรรมการเล่น ความสนใจ ทักษะความคิดที่เปิดกว้าง เป็นต้น พัฒนาการแต่ละด้านของเด็กจะมีพัฒนาการทางด้านกายและจิตใจควบคู่กันไป ฉะนั้นเด็กวัยนี้จึงเป็นวัยเริ่มต้นจะเปลี่ยนแปลงเจตคติบางอย่างและพฤติกรรมความสนใจต่างๆ รวมถึงเป็นวัยที่เป็นจุดเริ่มต้นการมีวุฒิภาวะทางเพศ (sexually mature) เด็กแต่ละคนจะแสดงออกได้ช้าหรือเร็วจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความพร้อมทางร่างกายของแต่ละบุคคลเป็นองค์ประกอบที่จะกำหนด โดยจะแยกพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนี้ (มธุรส สว่างบำรุง, 2543)

1. **พัฒนาการทางร่างกาย** เด็กวัยนี้จะมีรูปร่างสูงยาว ลำตัวเล็ก มีสัดส่วนร่างกายใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น คอยาว ออกผาย ท้องราบ ช่วงแขนและขายาวขึ้น มือและเท้ามีลักษณะใหญ่ขึ้น มีฟันแท้ขึ้น 28 ซี่ ในจำนวน 32 ซี่ ในวัยนี้พัฒนาการด้านร่างกายไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักแต่จะเปลี่ยนแปลงเร็วอีกครั้งเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เด็กวัยนี้สามารถจัดการหรือช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หวีผม สามารถแบ่งเบาภาระของบิดามารดา ด้วยการเลี้ยงน้อง ซักผ้า รีดผ้า ล้างจาน ถูบ้าน หุงข้าว เก็บที่นอน รดน้ำต้นไม้ หรือตามที่บิดามารดา มอบหมายงานให้รับผิดชอบทำแทน ส่วนในโรงเรียนนั้น เด็กจะสามารถช่วยเหลือสังคมครูอาจารย์ หรือบุคคลอื่นๆ เช่น ทำเวร เก็บเศษขยะตามบริเวณโรงเรียน ทำความสะอาดกระดานดำ ช่วยครูหอบเอกสารหรือการบ้าน เป็นตัวแทนเด็กนักเรียนเชิญธงชาติ นำสวดมนต์ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการเรียนการสอนของโรงเรียน เช่น การขีดเขียน วาดรูป ระบายสี การปั้นดินน้ำมัน

เดินรำประกอบกิจกรรมเข้าจังหวะหรือเสียงเพลง การร้องเพลง เย็บปักถักร้อย จักสาน ทำอาหาร งามฝีมือ ต่าง ๆ

2. พัฒนาการทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ในเด็กวัยนี้พบว่าจะค่อนข้างรุนแรง โดยเฉพาะอารมณ์เชิงลบ เด็กเรียนรู้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ในเชิงลบจะไม่ใช่ยอมรับของสังคม ความเป็นไปได้ที่จะแสดงออกจึงทำได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น เด็กจึงพยายามเรียนรู้ที่จะควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายนอกอย่างเหมาะสม ในขณะที่เดียวกันการแสดงออกของอารมณ์เชิงลบก็เป็นสิ่งที่พบเห็นได้เสมอในเด็กวัยนี้แต่ยังไม่มีความวิตกกังวลและความคับข้องใจ เด็กที่ได้รับการยอมรับจากบิดา มารดา กลุ่มเพื่อน และครู จะแสดงออกถึงความหงุดหงิดใจและความอิจฉาน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการยอมรับ (มธุรส สว่างบำรุง, 2543) พัฒนาการช่วงนี้ของเด็กจะขยายเขตกว้างขึ้น เด็กจะสามารถปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมที่จะปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกลักษณะ ของผู้อื่นที่อยู่ภายใต้การกระทำนั้นๆ โดยที่เด็กจะประเมินตัวเอง เปรียบเทียบตนเองกับคนอื่น ซึ่งจะเป็แรงผลักดันไปสู่การพัฒนาความสามารถ (competence) การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (self - criticism) และความภาคภูมิใจในตนเองหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง (self-esteem) ในขณะเดียวกัน ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยตัวเด็กที่ประกอบด้วย ด้านชีววิทยา ด้านพัฒนาการ ด้านสุขภาพจิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ด้านครอบครัว ด้านวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านโรงเรียน และชุมชน และปัจจัยจากกลุ่มเพื่อน เด็กวัยนี้สามารถพัฒนาทักษะด้านอารมณ์ได้ก้าวหน้ามากหากได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี ซึ่งจะเป็พื้นฐานต่อพัฒนาการในช่วงวัยต่อไป นอกจากนี้ยังมี ความสัมพันธ์กับด้านอื่นๆ เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการทำงาน การปรับตัวในสังคม (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2549)

ประเภทของอารมณ์เชิงลบที่พบในเด็กวัยนี้ ได้แก่

- 2.1 อารมณ์วิตกกังวล เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ได้รับความรักและการยอมรับ หรือการพลัดพรากจากบิดา มารดา
- 2.2 อารมณ์กลัว เด็กสามารถแยกว่าสิ่งเร้าชนิดไหนควรจะกลัวหรือไม่ควรกลัว รู้จักคิดไตร่ตรองและมีเหตุผลของความกลัว
- 2.3 อารมณ์เศร้า เด็กจะไม่แสดงออกมากนัก ส่วนมากจะเป็นอารมณ์เศร้าโดยทั่วไป เช่น ของหาย ถูกมารดาตำหนิ เป็นต้น
- 2.4 อารมณ์โกรธ เกิดจากการถูกดูถูก เหยียดเย้ย ถูกวิจารณ์ ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมวัยหรืออื่น ๆ ซึ่งบางครั้งเด็กอาจตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยการใช้กำลังหรือถอยหนี

3. **พัฒนาการทางสังคม** นักจิตวิทยาชื่อว่า อีริกสัน (Erikson, 1987 อ้างใน พิงพิศ จักรปิง, 2549) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้นนอกจากจะเกิดจากแรงผลักดันของแรงขับทางเพศแล้ว ยังขึ้นอยู่กับตัวแปรทางสังคม เช่น การอบรมเลี้ยงดู สภาพทางสังคม ที่อยู่อาศัย ซึ่งพัฒนาการนั้นจะเป็นไปตามขั้นตอนและเกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของบุคคลและพัฒนาการในขั้นต่างๆและจะเป็นพื้นฐานของขั้นต่อไป อีริกสันจึงได้แบ่งพัฒนาการของมนุษย์ออกเป็น 8 ขั้น โดยแต่ละขั้นมีโอกาสที่จะพัฒนาไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี จะมีพัฒนาการทางจิตสังคมอยู่ในขั้นความขยันหมั่นเพียรและความรู้สึกต่ำต้อย (industry versus inferiority) เป็นวัยที่เด็กเรียนรู้งานที่มีความจำเป็นต่อชีวิตในการที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เด็กจะถูกส่งไปโรงเรียนเพื่อเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่จะทำให้อยู่ในสังคมได้ ถ้าเด็กประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ทักษะ เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ก็จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกขยันหมั่นเพียรในการทำสิ่งต่างๆ แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จ ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีปมด้อย

4. **พัฒนาการทางสติปัญญา** นักจิตวิทยาชื่อเปียเจต์ (Jean Piaget, 1924 อ้างใน วิณี ชิดเชิดวงศ์, 2537) กล่าวว่า เด็กคือผู้ที่พยายามศึกษาสำรวจ โลกของตนเอง ทั้งที่เป็นวัตถุสิ่งของ และบุคคล จากการที่เด็กได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับสิ่งแวดล้อมรอบข้าง เด็กเกิดความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม และมีพัฒนาการต่อไปเรื่อย ๆ จนสามารถคิดในสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ ดังนั้น สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาและความคิดคือ การที่คนเราได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งทำให้เด็กเริ่มรู้จักตนเอง (self) พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนตามทฤษฎีของเปียเจต์จะอยู่ในขั้นที่มีการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operation) เด็กจะมีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์ โดยใช้ภาษาและคิดด้วยภาษาเชิงตัวเลข (number symbols) ขณะนี้เด็กกำลังเรียนอยู่ในชั้นประถมสามารถใช้สมองในการคิดอย่างมีเหตุผล รู้จักการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมได้ สามารถเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความคงตัวของสิ่งต่าง ๆ แม้ว่าเปลี่ยนแปลงรูปไปแล้วก็ตาม สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ของส่วนย่อย สามารถคิดย้อนกลับ เข้าใจเกี่ยวกับการแบ่งและจัดหมู่ โดยมีเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นหลัก สามารถคิดถึงขนาดและน้ำหนัก หรือขนาดและปริมาตรไปพร้อมๆ กันได้

5. **พัฒนาการทางศีลธรรมและจรรยา** นักจิตวิทยาชื่อโคลเบอร์ก (Kohlberg, 1969 อ้างใน วิณี ชิดเชิดวงศ์, 2537) กล่าวว่า พัฒนาการทางสมองหรือสติปัญญานั้นเป็นรากฐานของการพัฒนาจริยธรรม และเชื่อว่าในบุคคลปกติที่สติปัญญาไม่เจริญถึงขีดสุดนั้น จะมีจริยธรรมในขั้นสูงสุดไม่ได้ การพัฒนาทางศีลธรรมและจรรยานี้จะเริ่มตั้งต้นในขั้นแรกก่อน บุคคลจึงจะก้าวขึ้นไปในขั้นสูงๆต่อไปได้ แต่จะไม่สามารถข้ามขั้นการพัฒนาได้ เด็กในขั้นพัฒนาการนี้ยอมทำตามสิ่งที่สังคมกำหนด

ว่าดีหรือไม่ดี ส่วนใหญ่จะมองที่ผลของการกระทำว่าจะได้รับความเจ็บปวดหรือความพึงพอใจ จึงลงมือทำตามกฎเกณฑ์ที่ผู้มีอำนาจเหนือตนกำหนดไว้ โดยจะเลือกทำพฤติกรรมเฉพาะที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเองโดยไม่คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้อื่น ในเด็กที่มีอายุ 7-10 ปี จะเลือกทำในสิ่งที่ตนพอใจเป็นผลดีแก่ตนเท่านั้น เด็กวัยนี้จะทำอะไรก็ได้ที่มีผลลัพธ์ตอบแทน เช่น รางวัล หรือคำชม

นอกจากนั้นเด็กวัยนี้ยังมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านทักษะด้านการเรียนรู้ที่เห็นได้เด่นชัด เช่น การจัดการหรือช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ การช่วยเหลือสังคมทั้งที่บ้านและโรงเรียน การเล่นกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัย การเรียนวิชาต่างๆ ในโรงเรียน ทักษะการเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ ซึ่งเด็กจะเกิดการเรียนรู้ได้นั้นย่อมจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เวลาและโอกาส ความพร้อมของโครงสร้างร่างกายและการพัฒนาทักษะก่อนหน้านั้นด้วย

ในส่วนของเด็กที่มีปัญหาความพิการนั้น ผู้ศึกษาขอเสนอทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

จีเซล (Gesell, 1949 อ้างใน ศรัณย์ คำวิสุทธิ, 2525) นักจิตวิทยาพัฒนาการได้เน้นด้านวุฒิภาวะของเด็ก โดยเชื่อว่าพัฒนาการทั้งหมดปรากฏขึ้นในรูปจำกัดและเป็นไปตามลำดับ ซึ่งไม่เพียงแต่การเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะเท่านั้น แต่รวมไปถึงพฤติกรรมและหน้าที่ของสิ่งเหล่านี้ด้วย ส่วนวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นจัดเป็นองค์ประกอบอันดับสอง

จีเซล ได้จำแนกพัฒนาการของเด็กออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2524)

1. พฤติกรรมทางด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior หรือ gross motor เป็นความสามารถของร่างกายในด้านการเคลื่อนไหว พฤติกรรมนี้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงขั้นการเจริญของระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งของสมอง เช่น ในเด็ก 2 คน ที่อายุ 12 เดือนเท่ากัน ถ้าคนหนึ่งเดินได้แต่อีกคนหนึ่งยังเดินไม่ได้ แสดงว่าเด็กที่เดินได้ก่อน มีขั้นการเจริญของสมองเร็วกว่าของอีกคนหนึ่ง

2. พฤติกรรมทางด้านการปรับตัว (adaptive behavior) เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการประสานงานระหว่างระบบการเคลื่อนไหวกับระบบความรู้สึก (motor-sensory co-ordination) สำหรับมนุษย์นั้น motor-sensory co-ordination ที่สำคัญที่สุดในชีวิตประจำวัน คือ การประสานงานระหว่างตากับมือ (eye-hand co-ordination) ซึ่งศึกษาได้จากความสามารถในการใช้มือของเด็ก (manipulation) ฉะนั้นพฤติกรรมด้านการปรับตัวจึงสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านการเคลื่อนไหว

3. พฤติกรรมทางด้านการสื่อสาร (language behavior) เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงขั้นการเจริญของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเปล่งเสียงตลอดจนสมองส่วนที่ควบคุมการพูดด้วย นอกจากนั้นพฤติกรรมทางด้านการสื่อสารยังบอกถึงความสามารถในการแสดงออกซึ่งความต้องการของเด็กด้วย (ability to express self needs) พฤติกรรมทางด้านการสื่อสารนี้จะศึกษาได้จากความสามารถในการแสดงออกถึงความเข้าใจและความสามารถในการเปล่งเสียงจนกว่าเด็กจะพูดได้ ทั้งนี้รวมถึงการ

เข้าใจเสียง คำพูด ตลอดจนท่าทางอากัปกิริยา (body language หรือ gesture) ด้วย ทั้งนี้เป็นที่เข้าใจกันแล้วว่าอวัยวะรับเสียงจะต้องปกติ

4. พฤติกรรมทางด้านนิสัยส่วนตัวและสังคม (personal-social behavior) หมายถึงความสามารถในการปรับตัวภายใต้อิทธิพลของภาวะแวดล้อมและสภาพแห่งความเป็นจริง เป็นการปรับตัวระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือเป็นการปรับตัวระหว่างบุคคลกับกลุ่ม แม้ว่าพฤติกรรมทางด้านนิสัยส่วนตัวและสังคมจะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมประเพณีของภาวะแวดล้อมที่เด็กดำรงชีวิตอยู่ก็ตาม แต่ความสามารถของเด็กในการเรียนรู้เพื่อจะปรับตัว ต้องอาศัยปัจจัยการเจริญเติบโตภายในตัวเด็กเอง ซึ่งก็คือ การเจริญของสมองและระบบการเคลื่อนไหวที่ทำให้เด็กแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ต่างกัน

ในรายที่เป็นเด็กพิการนั้นอาจมีพัฒนาการด้านต่างๆ ที่แตกต่างกันออกไปไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไปได้ทั้งหมด เนื่องจากพัฒนาการทางร่างกายที่เปลี่ยนไปหรือมีความแตกต่าง หรือแม้แต่สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนกันของเด็กก็ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่นๆ ด้วยไม่ว่าจะเป็น ด้านบุคลิกภาพ อารมณ์ สังคม หรือสติปัญญา

ลักษณะพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวและการดูแลช่วยเหลือ **ลักษณะพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว**

เด็กวัยเรียนที่พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวนั้น อาจจะมีปัญหาพัฒนาการทางกายอันเนื่องมาจากความพิการ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กรณีไม่มีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสมอง เด็กก็จะมีพัฒนาการของสมองเหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่เนื่องจากความพิการทางกายดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงอาจทำให้เด็กมีลักษณะพฤติกรรมที่แตกต่างจากเด็กคนอื่นๆ ดังนี้ (พิมพ์พรรณ วรชุตินธร, 2542)

1. ระดับสติปัญญา ความพิการทางร่างกายไม่มีผลต่อความพิการทางสติปัญญา เว้นแต่เด็กเกิดมาพร้อมภาวะปัญญาอ่อน เนื่องมาจากการที่สมองถูกทำลายหรือเป็นอาการติดเชื้อ ถูกสารพิษที่มีผลภัยต่อระบบประสาทและสมอง ซึ่งเด็กกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าเรียนในโรงเรียนธรรมดาได้ โดยอาศัยเครื่องช่วยเหลือพยุงร่างกาย
2. ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ เนื่องจากเด็กต้องเข้ารับการรักษา ฟันฟู บำบัด ในโรงพยาบาลทำให้ขาดเรียนบ่อย เรียนไม่ทันเพื่อนร่วมชั้น ความเจ็บปวดของร่างกายมีผลต่อจิตใจและการเรียนรู้ แม้ว่าเด็กนั้นจะมีระดับสติปัญญาในระดับปกติ ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการก็จะต่ำกว่าเด็กปกติในระดับสติปัญญาเดียวกัน อาจมีบางรายที่มีผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการสูงทัดเทียมเด็กปกติ ซึ่งนั่นหมายความว่า

เด็กคนนั้นต้องมีระดับสติปัญญาสูงมาก มีแรงจูงใจสูง รวมทั้งความร่วมมือร่วมใจของครูและผู้ปกครองที่ทำให้บริการพิเศษต่างๆ ทางการศึกษาเข้าถึงตัวเด็ก

3. บุคลิกภาพ รูปแบบของบุคลิกภาพเด็กวัยเรียนที่มีความพิการทางร่างกายนั้นไม่มีความแน่นอน เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป แต่จะปรับเปลี่ยนไปตามองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ ได้แก่ ปฏิกริยาของพ่อแม่ พี่น้อง ครู เพื่อน และสังคม

3.1 ปฏิกริยาของสังคม เจตคติของสังคมมีอิทธิพลต่อการมองเห็นตนเอง โอกาสของการปรับตัว การศึกษาและอาชีพของเด็ก ถ้าปฏิกริยาแสดงออกมาในรูปของความกลัว ผลักไสไล่ส่ง การแบ่งแยกเด็กพิการ เด็กก็จะใช้ความพยายามอย่างมากที่จะซ่อนเร้นความน่าอวดของตน หากปฏิกริยาของสังคมแสดงออกมาในรูปของความสงสารและต้องการให้ความช่วยเหลือ เด็กที่มีความพิการทางร่างกายก็จะมีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมที่ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเสมอ แต่หากสังคมมองเด็กพิการทางกายเหมือนกับคนที่มีข้อจำกัดในบางอย่างบางประการแต่ก็เหมือนกับคนปกติอื่นๆ เด็กพิการเหล่านี้ก็จะกลายเป็นคนที่พึ่งตัวเองได้และจะเป็นสมาชิกที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ต่อไป

3.2 ปฏิกริยาของเด็ก ปฏิกริยาของสังคมมีผลต่อปฏิกริยาของเด็กที่มีต่อตนเอง หากสังคมแสดงความดูแลช่วยเหลือหยาบต่อเด็กพิการ เด็กก็จะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง แต่หากปฏิกริยาของสังคมต่อตัวเด็กเป็นไปอย่างถูกต้อง เด็กก็จะสามารถพึ่งตนเองได้ มีชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่ต้องเรียกร้องความช่วยเหลือมากนัก มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองที่เป็นจริง สามารถตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงสำหรับตนเองได้

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าเด็กจะได้รับการปฏิบัติอย่างไรจากสังคมและครอบครัว เด็กพิการทุกคนก็มีความปรารถนาจะให้ความพิการหายไปเป็นปกติ สามารถทำกิจกรรมเช่นเด็กปกติทำกัน ซึ่งเป็นเพียงความคาดหวังเท่านั้นเพราะในความเป็นจริงแล้วความพิการไม่หายไปไหน แต่หากเด็กได้รับการเลี้ยงดู ได้รับการดูแลช่วยเหลือและจัดการความพิการให้เหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กยอมรับสภาพความพิการของตนเองที่ละเอียดละน้อยและสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

การดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว

เนื่องจากเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวนั้นมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ฉะนั้น การดูแลเด็กประเภทนี้นั้นย่อมแตกต่างไปจากเด็กปกติทั่วไป ซึ่งวิธีการให้ความช่วยเหลือมี ดังนี้ (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2544)

1. แนวทางการเลี้ยงดู

1.1 เด็กเหล่านี้เป็นเด็กที่ต้องการการเลี้ยงดูและการดูแลช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่นเดียวกับเด็กปกติ เช่น การดูแลเอาใจใส่ การได้รับความรัก ความเมตตา ได้รับการเลี้ยงดูอย่างเด็กปกติ จะทำให้เด็กเหล่านี้ไม่มีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจภายหลัง

1.2 การเรียนรู้เกี่ยวกับความผิดปกติ หรือความบกพร่องของเด็กเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้าใจและยอมรับสภาพของเด็ก รวมถึงหาทางช่วยเหลือเด็กได้ถูกต้อง ซึ่งทำได้โดยการพูดคุยปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ

1.3 พาเด็กออกสู่อากาศ แวะนั่งพิ้นอง ญาติ เพื่อนๆ ให้รู้จักเด็กและความพิการของเด็กเสียแต่เนิ่นๆ และควรพาออกไปสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้รู้จักช่วยเหลือตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

1.4 การฝึกหัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ควรเริ่มจากกิจกรรมที่ง่าย ๆ ก่อนเพื่อให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจและเป็นแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ยากขึ้น

1.5 เปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝนกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพราะเด็กเหล่านี้จะทำด้วยความเชื่องช้าเสียเวลาในการทำมากหรือเลอะเทอะ ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องเข้าใจให้เด็กได้ฝึกฝนทำเอง ทำบ่อย ๆ ช้า ๆ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กิจกรรมที่ควรให้เด็กได้ฝึกทำเอง ได้แก่ การเดิน การอาบน้ำเอง การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การทำงานบ้าน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

1.6 พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ควรให้ความร่วมมือกับทีมผู้รักษาเมื่อได้รับคำแนะนำวิธีการบำบัดอย่างง่าย ๆ ควรนำไปปฏิบัติกับเด็กที่บ้าน เวลาของเด็กส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้านมากกว่าสถานพยาบาล การเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดของพ่อแม่ผู้ปกครองจะช่วยเหลือเด็กได้มาก

1.7 การฝึกหัดเด็ก จะต้องทำอย่างสม่ำเสมอและด้วยอารมณ์มั่นคง มีเหตุผล เมื่อเด็กทำผิด จะถูกทำโทษทันที เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายไม่สับสน

1.8 สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของเด็กอย่างสม่ำเสมอและให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น เมื่อมีปัญหาหรืออาจมีปัญหาเกิดขึ้นให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้การแก้ไขได้อย่างทันเหตุการณ์และถูกต้องต่อไป

1.9 การให้กำลังใจบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น พ่อ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้อง ควรให้กำลังใจแก่แม่ ตลอดจนช่วยในการเลี้ยงดูและอบรมเด็กด้วย

2. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายตั้งแต่เริ่มแรกในด้านต่าง ๆ เช่น การเดิน การยืน เพื่อกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้อง การทำกายภาพบำบัดจะใช้วิธีการฝึกออกกำลัง เพื่อ

เพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อและเป็นการรักษาบางส่วนร่วมด้วย เช่น การป้องกันความพิการ การใช้ความร้อนเพื่อลดปวด เป็นต้น

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

เป็นการฝึกพัฒนาทักษะด้านสังคมเพื่อให้เด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวสามารถอยู่ในสังคมร่วมกับคนทั่วไปอย่างมีความสุข สามารถมีกิจกรรมในการพักผ่อนหย่อนใจ เช่นเดียวกับเด็กปกติ สามารถพัฒนาศักยภาพในการศึกษา เพื่อความเพลิดเพลินเพื่อการแข่งขันเช่นเดียวกับเด็กไม่พิการ

4. การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก

4.1 กายอุปกรณ์ และเครื่องช่วยคนพิการ เด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีความต้องการกายอุปกรณ์ และเครื่องช่วยคนพิการที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละคน เช่น เหล็กประคองขา แขนเทียม เข็มค้ำมือ รองเท้าพิเศษ เครื่องช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน และเก้าอี้ล้อเข็น เป็นต้น ซึ่งกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยคนพิการ อาจต้องปรับหรือเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายหรือการเจริญเติบโต

4.2 การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม แม้จะมีความสามารถเคลื่อนไหวเดินทาง หรือประกอบกิจกรรมได้โดยใช้กายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการ แต่เด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหวยังคงต้องการการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวเช่น พื้นทางเดิน ประตูที่มีขนาดกว้างพอที่ล้อเข็นจะเข้าออกได้สะดวก ห้องน้ำที่เป็นโถนั่ง มีราวจับและเก้าอี้เข็นเข้าได้ ทางลาด ลิฟท์ หรือบันไดที่ใช้ได้อย่างปลอดภัย โต๊ะเรียนมีส่วนเว้าให้เก้าอี้เข็นเข้านั่งได้ เก้าอี้ที่พอดีกับตัวเด็ก

4.3 การช่วยเหลือต่างๆ แม้มีสิ่งอำนวยความสะดวก กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ล้อ และอุปกรณ์พิเศษ แต่เด็กพิการยังมีข้อจำกัดมาก ยังจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในลักษณะต่างๆ อีกด้วย เช่น ช่วยป้อนอาหาร ช่วยเคลื่อนย้ายขึ้นหรือลงจากรถเข็น ช่วยเข็นรถเข็นคนพิการ และอุ้มขึ้นบันไดในอาคารที่ไม่มีทางลาดให้กับรถเข็น

5. การจัดการศึกษาสำหรับเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 -2554 กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้มีการพัฒนาระบบบริการคนพิการทุกด้าน ทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคมให้ครอบคลุมทั่วถึง (คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 หมวด 2 สิทธิและหน้าที่ทางการศึกษา บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่า 12 ปี

ที่รัฐต้องจัดให้ทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายซึ่งรวมถึงบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านต่าง ๆ บุคคลที่ด้อยโอกาสและบุคคลที่มีความสามารถพิเศษที่รัฐต้องจัดให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ ในรูปแบบที่เหมาะสมกับความสามารถของบุคคลนั้น ๆ (สำนักประเมินผลการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2545) เด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่อยู่ในวัยเรียนจึงต้องได้เรียนหรือได้เข้าศึกษาในโรงเรียนตามศักยภาพ ซึ่งการจัดการศึกษาแก่เด็กพิการนั้นจะแตกต่างกันไปตามลักษณะความพิการ โดยแนวคิดในการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่ จัดการศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล โดยจัดทำแผนจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program = IEP) จัดทำแผนการสอน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งจัดให้ผู้เรียนและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน (พวงแก้ว กิจธรรม, 2544)

5.1 การจัดการศึกษาสำหรับเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ควรทำในรูปแบบโรงเรียนเฉพาะเด็กพิการทางกาย ๆ เนื่องจากลักษณะของเด็กพิการดังกล่าวจะแตกต่างจากคนพิการประเภทอื่น คือเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่สามารถรับการรักษาผ่าตัดหรือฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ให้พัฒนาการใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ช่วยเหลือตนเอง เคลื่อนไหวเดินทาง และสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ในระดับหนึ่ง บางคนอาจพัฒนาถึงระดับใกล้เคียงกับคนปกติ แต่การรักษาผ่าตัด หรือฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต้องใช้เวลาเป็นปี หรือหลายๆ ปี ดังนั้นเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวจึงต้องจัดการศึกษาให้ในแบบ “โรงเรียนเฉพาะความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว” ซึ่งโรงเรียนปกติหรือโรงเรียนเรียนร่วมไม่สามารถรับภาระได้ นั่นคือ รับผิดชอบเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนที่พิการซึ่งยังไม่สามารถศึกษาในสถานศึกษาทั่วไปได้ ให้สามารถเข้าสู่การศึกษาในรูปแบบเรียนร่วมโดยเร็วที่สุด โดยโรงเรียนเฉพาะความพิการทางกายต้องจัดการศึกษาในระบบ นอกกระบบ และตามอัธยาศัยให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของแต่ละคน ทั้งนี้บางคนอาจเรียนในระบบหนึ่ง แต่บางคนอาจจะเรียนมากกว่า 1 ระบบพร้อมกัน เช่น คนที่มีสติปัญญาดี แต่เข้าเรียนช้าหรือพักการเรียนนานจนอายุมากกว่าคนในชั้นเรียนเดียวกันเพื่อปรับสถานภาพการเรียนให้ใกล้เคียงกับวุฒิกlasse และคนวัยเดียวกันให้มากที่สุด

นอกจากนั้น โรงเรียนเฉพาะความพิการทางกาย ๆ ควรทำหน้าที่เป็นโรงเรียนต้นแบบในการสอนเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาหรือการสื่อสาร ตลอดจนให้บริการประสานงานด้านรักษา บริการให้พักฟื้นหลังการผ่าตัด บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สังคมและอาชีพ บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เป็นต้น รวมทั้งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเกี่ยวกับการจัดการศึกษาแก่เด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในด้านต่างๆ เช่น ศูนย์วิชาการ ศูนย์ข้อมูล ศูนย์ประสานงาน ศูนย์วิจัยและพัฒนา ศูนย์พัฒนาบุคคลากร ศูนย์พัฒนา

หลักสูตรเทคโนโลยี และสื่อการเรียนการสอน เป็นต้น ปัจจุบันโรงเรียนเฉพาะความพิการทางกาย ๑ มี 2 แห่ง คือ โรงเรียนศรีสังวาลย์ จังหวัดเชียงใหม่ และโรงเรียนการศึกษาพิเศษขอนแก่น (พวงแก้ว กิจธรรม, 2544)

5.2 การจัดหลักสูตรในแต่ละระดับ

ระดับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรมี 3 ระดับ คือ (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2544)

5.2.1 ระดับวัยก่อนเรียน หลักสูตรในระดับนี้ควรเน้นเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการสื่อสาร (การสื่อความหมาย) การเคลื่อนไหวรวมถึงการพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ (แขน ขา) และกล้ามเนื้อมัดเล็ก (นิ้วมือ) จุดมุ่งหมายสำคัญของการเตรียมความพร้อมในระดับนี้คือให้เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากนัก ปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่งของเด็กประเภทนี้ คือ การพูดและภาษา ซึ่งในบางรายอาจช้ากว่าเด็กปกติ จุดมุ่งหมายของหลักสูตรคือ การพัฒนาทักษะด้านการพูดและภาษาของเด็กให้สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

5.2.2 ระดับประถมศึกษา หลักสูตรในระดับประถมศึกษาอาจเป็นหลักสูตรเดียวกันกับที่ใช้สำหรับเด็กปกติ แต่ความแตกต่างที่สำคัญในระดับประถมศึกษา คือ หลักสูตรสำหรับเด็กวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ควรเน้นทักษะทางสังคม ทั้งนี้เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหวยังขาดทักษะในการติดต่อ ผูกมิตรกับเด็กปกติ อาจเป็นเพราะเด็กหลายคนขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความพิการของตนเอง ดังนั้น หลักสูตรในระดับนี้ ควรเน้นทักษะในทางสังคมเพิ่มเติมในหลักสูตรสำหรับเด็กปกติ

5.2.3 ระดับมัธยมศึกษา หลักสูตรในระดับนี้ควรมีลักษณะที่ไม่แตกต่างจากเด็กปกติมากนัก เพราะเด็กประเภทนี้ส่วนมากต้องการได้รับการรับรองว่ามีความสามารถด้านการเรียนเท่าเทียมกับเด็กปกติ จุดเน้นของหลักสูตรในระดับนี้อยู่ที่หมวดสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตและการเตรียมความพร้อมทางด้านอาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เมื่อจบจากโรงเรียนไปแล้ว ทักษะที่นักเรียนจำเป็นต้องมี อาจได้แก่ การใช้บริการรถสาธารณะ การดูแลรักษาบ้านเรือนของตนเอง การดูแลรักษาสุขภาพของตน การดูแลรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือในการบำบัด การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการหางานทำ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว และเด็กปกติ อายุ 8-12 ปี ซึ่งอยู่ในวัยเรียนที่คาดว่าจะได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ได้รับการสอนและมีทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร การผูกมิตร การเล่นด้วยกันและการเข้ากันได้กับเด็กอื่น เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสังคมแก่เด็กให้สอดคล้องกับพัฒนาการในวัยเรียนให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ประชากรวัยเด็กเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและสำคัญต่อประเทศชาติในอนาคต ซึ่งควรได้รับการดูแลให้มีคุณภาพ การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว นั้นมีแนวคิด ความหมาย และ องค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย ดังนี้

แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เป็นนามธรรมมีความหมายกว้างและหลากหลาย มักใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และทางด้านมนุษย์กับสังคม เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมิน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากรของแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตาม ความหมายของคุณภาพชีวิตยังคงมีความแตกต่างกันไปในมุมมองและแนวคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงชีวิต โดยขึ้นกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม การศึกษา ความเป็นอยู่ที่ดี ภาวะสุขภาพ และฐานะทางเศรษฐกิจ (Weisgerber, 1991) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าที่สังคมยึดถือ เพราะคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แม้ในภาวะเจ็บป่วย หรือพิการ (พึงพิศ ศรีสืบ, 2543) จึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนี้

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถด้านสังคม ความพึงพอใจของชีวิต สภาวะของสุขภาพทุกด้าน และความสามารถในการทำหน้าที่

โรเจอร์ และคณาฟล์ (Roger & Knafel, 2000) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ การสื่อความหมาย หรือสัญลักษณ์ของความคิด และการให้ความหมายรวมถึงการแสดงออกถึงสิ่งที่เป็นนามธรรม สุชาติพิชญ์ อุปลาบดี (2536) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละ

บุคคลตามสภาพที่ตนเองดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2549) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ การให้คุณค่า หรือความหมายของบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจหรือความผาสุกต่อความต้องการของตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครั้ว และสังคม บนสภาวะที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

ปภรณ์ วชิร็คกุล (2541) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ชีวิตที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อันเกิดจากการที่ผู้พิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยมของสังคม

สุดใจ สมิทการ (2541) คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และมีความเป็นปกติสุขของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างครบถ้วน ภายใต้ค่านิยมที่สังคมยอมรับ

สำหรับคุณภาพชีวิตเด็กพิการนั้นเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ โดยวานีและคณะ (Vami, et. al, 2006) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตในเด็กพิการว่าเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ และความรู้สึก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเรียนที่โรงเรียน

พิงพิศ ศรีสืบ (2543) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในเด็กพิการว่า หมายถึง ความสามารถของการกระทำกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การเคลื่อนไหว การสื่อความหมาย การแสดงออกทางอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเรียนรู้

การศึกษาครั้งนี้ สรุปว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว หมายถึง ความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านการเคลื่อนไหวด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการเรียนที่โรงเรียน ซึ่งการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ขึ้นกับความต้องการ ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่รวมเรียกว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไป และในแต่ละองค์ประกอบนั้นก็อาจมีความสำคัญมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้หรือปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคมในช่วงเวลานั้น ดังนั้น บุคคลจะรับรู้หรือพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเองก็ต่อเมื่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตต่าง ๆ ที่มีความสำคัญกับเขาได้รับการตอบสนอง การกำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจึงมีหลากหลายและแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ศึกษา ดังนี้

1. องค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of life : WHOQOL group, 1996) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 ด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย พลังงาน ความอ่อนล้าและการนอนหลับพักผ่อน

1.2 ด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ความคิด การเรียนรู้ ความทรงจำ ความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกลักษณะ และภาพลักษณ์

1.3 ด้านระดับการพึ่งพา เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมประจำวัน การพึ่งพา การรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

1.4 ด้านความสัมพันธ์กับสังคม เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ การสนับสนุนจากสังคม และกิจกรรมทางเพศ

1.5 ด้านสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสุขภาพกาย สิ่งแวดล้อมของครอบครัว แหล่งการเงิน การดูแลด้านสุขภาพและสังคม โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและทักษะต่าง ๆ การพักผ่อนหย่อนใจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการคมนาคม

1.6 ด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับการนับถือศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล

2 คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (2549) ได้กำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตประชาชนชาวไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 -2554) เรียกว่า ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 6 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 การมีสุขภาพดี เกี่ยวข้องกับการอนามัยแม่และเด็ก การรับประทานอาหารเหมาะสม การใช้เวลา การออกกำลังกายและการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 การมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเหมาะสม เกี่ยวข้องกับการมีบ้านที่ถูกสุขลักษณะ มีน้ำดื่ม น้ำใช้เพียงพอ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2.3 การได้รับการศึกษา เกี่ยวข้องกับการได้รับการเลี้ยงดู การส่งเสริมการเรียนรู้ ได้รับการศึกษาภาคบังคับ การได้รับข่าวสารที่มีประโยชน์

2.4 การมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ การมีรายได้สม่ำเสมอ และการมีเงินออมในครัวเรือน

2.5 การปลูกฝังค่านิยมในไทย เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย การนับถือศาสนา ครอบครัวอบอุ่นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2.6 การมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวม การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง และการอนุรักษ์ทรัพยากรเพื่อชุมชน

3 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2549) ทำการศึกษาเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐาน การให้บริการคนพิการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 ปัจจัยขั้นพื้นฐานการดำรงชีวิต

3.2 สุขภาพอนามัย

3.3 การเข้าถึงบริการการฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสวัสดิการ

3.4 การศึกษา

3.5 อาชีพ

3.6 นันทนาการและกีฬา

3.7 วัฒนธรรม

3.8 การมีสิทธิและใช้สิทธิ

3.9 ด้านการเมือง

3.10 ด้านการมีส่วนร่วม

จากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า สุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (health - related quality of life : HRQOL) การวัดและประเมินคุณภาพชีวิต จึงมักมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (ฟิงพิส ศรีสืบ, 2543) โดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม ข้อจำกัดของการทำกิจกรรม อาการที่แสดงออกทางกาย ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับร่างกาย การรับความรู้สึกทางร่างกาย ความผิดปกติทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง สำหรับด้านจิตใจจะครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้สึกด้านลบ ด้านบวก ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ การคิดรู้ และพฤติกรรมทั่วไป ส่วนด้านสังคมในเด็กพิการวัยเรียนจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับเพื่อน โรงเรียน และครอบครัว ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กนั้น คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานเยาวชนแห่งชาติ ได้ใช้เกณฑ์สถานะความจำเป็นพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพด.) เป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ความต้องการด้าน โภชนาการและสุขภาพอนามัย ด้านความแข็งแรงของร่างกาย ด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม ด้านการศึกษา ด้านวัฒนธรรม ด้านการเตรียมการเข้าสู่อาชีพและด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง (สุจิตใจ สมิตการ, 2541)

สำหรับคุณภาพชีวิตของเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในการศึกษาครั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความพิการ เช่น ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยหรือความพิการ ความรู้สึกต่อคุณค่าของตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพของตนเองกับครอบครัว เพื่อนและ โรงเรียน (Devinsky, 1995 อ้างใน ฟิงพิส ศรีสืบ, 2543)

การประเมินคุณภาพชีวิตเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

การวัดและประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทำได้ยากลำบาก เนื่องจากไม่สามารถมองเห็นหรือสัมผัสคุณภาพชีวิตได้เหมือนการประเมินคุณภาพสินค้า การวัดและประเมินคุณภาพชีวิตไม่มีเครื่องชี้วัดหรือเครื่องมือใดที่จะมีความเที่ยงตรงในการวัดและประเมินได้ ประกอบกับคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม จึงมีความยากลำบากในการวัดและประเมินออกมาให้เห็นหรือรับรู้ได้อย่างเป็นปรนัย อีกทั้งการรับรู้ของแต่ละบุคคลก็แตกต่างกัน ดังนั้น การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของเด็กจึงย่อมแตกต่างจากการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวที่มีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องอีกมากมาย ทั้งสภาวะและระดับความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การวัดและประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ยังไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ขึ้นกับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ ดังนั้น เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลาย มีทั้งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เช่น เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากข้อมูลจปฐ. เป็นต้น และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ โรคที่ใช้กับผู้ป่วยหรือผู้พิการ ซึ่งมีหลากหลาย ขึ้นกับความเจ็บป่วยและ/หรือความพิการนั้น เช่น เกลิมขวัญ สิงหวิ สุภาณี สนธิรัตน์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2548) นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ WHO มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกาย ในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยทำการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า คนพิการทางกายมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ เช่นกัน แต่คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ในศูนย์ฟื้นฟูฯ อยู่ในระดับสูง

สำหรับเด็กพิการนั้น พบว่าการวัดและประเมินคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มักจะเป็นการประเมินพัฒนาการ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของความพิการ ติดตามผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในเด็ก ความช่วยเหลือที่เด็กต้องการตามระดับอายุและแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตเด็ก (Deutsch, Braun and Granger, 1996) ตัวอย่างเช่น เอ็มพิทเท็นเคทและคณะ (M Pit-ten Cate et.al, 2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กพิการทั้ง 3 ประเภท คือ เด็กสไปนาไบฟิดา (Spina bifida), เด็กที่เป็นโรคน้ำคั่งในสมอง (Hydrocephalus) และ เด็กสไปนาไบฟิดากับโรคน้ำคั่ง

ในสมอง (Spina bifida and Hydrocephalus) นั้นมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าเด็กสไปนาไบฟิดา (Spina bifida) มีคุณภาพชีวิตด้านการดูแลตนเอง ความอดทน และกิจกรรมทางการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่เด็กเป็นโรคน้ำคั่งในสมอง (Hydrocephalus) มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำด้านกิจกรรมของโรงเรียน ความกังวล การมองเห็นและการสื่อสาร เอ็มเซลและคณะ (Msall, et.al, 2003) ได้ศึกษาถึงความพิการทางกายและการถูกจำกัดกิจกรรมในโรงเรียนของเด็กวัยเรียนกับความต้องการบริการทางการแพทย์ พบว่า ภาวะความบกพร่องทางสุขภาพ ความพิการทางระบบประสาท ความบกพร่องทางการเรียนรู้ การมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ล้วนทำให้ความต้องการด้านต่าง ๆ ของเด็กวัยเรียนมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เด็กพิการทางร่างกายอีกจำนวนมากที่ถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนและยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แมคโดกอลและคณะ (McDougall, et.al, 2004) ได้ศึกษา การเป็นโรคเรื้อรังทางกายและความพิการในเด็กวัยเรียนประเทศแคนาดา พบว่า เด็กที่มีความพิการทางกายจะมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว เด็กเหล่านี้จะมีปัญหาทางสุขภาพจิต บกพร่องทางการเรียนรู้ และขาดเรียนบ่อย ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ควรได้รับบริการทางการศึกษาพิเศษ พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และต้องใช้จ่ายตามคำสั่งของแพทย์มากกว่าเด็กทั่วไป

สำหรับเด็กวัยเรียนที่มีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ยังไม่พบรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กกลุ่มดังกล่าวโดยตรง แต่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนอายุ 8 – 12 ปี ที่มีความพิการทางสมอง โดยวานีและคณะ (Varni, et.al, 2006) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กทั่วไป ฉบับที่ 4 (The PedsQL 4.0 Generic Core Scales) สอบถามเด็กและบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและกิจวัตรประจำวัน อารมณ์และความรู้สึก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และโรงเรียน สำหรับเด็กสมองพิการที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้ปกครองจะเป็นผู้รายงานแทน ผลการศึกษาพบว่าเด็กพิการทางสมองทุกประเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ไม่ว่าจะเด็กสมองพิการที่ต้องการความช่วยเหลือและที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือก็ให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในกลุ่มเด็กพิการทางสมอง พบว่าเด็กสมองพิการที่มีลักษณะความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของแขนและขาทั้งสองข้าง (Quadriplegia) จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กที่มีลักษณะความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของแขนขาซีกหนึ่งของร่างกาย (Hemiplegia) และต่ำกว่าเด็กที่มีลักษณะความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของแขนและขาทั้งสองข้าง แต่เขามีอาการรุนแรงมากกว่าแขน (Diplegia) และในการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเด็กพิการทางสมองกับเด็กกลุ่มอื่นของวานีและคณะ (Varni et.al, 2005) พบว่า เด็กพิการทางสมองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กสุขภาพดีและเด็กที่กำลังเป็นโรคมะเร็งทั้ง

ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและโรงเรียน ซึ่งทั้งเด็กและผู้ปกครองได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องกันว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนตัวเด็กเองได้รายงานว่าคุณภาพชีวิตของตนเองทั้งด้านร่างกายและโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำด้วย นอกจากนี้วานีและคณะได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กทั่วไป ฉบับที่ 4 (The PedsQL 4.0 Generic Core Scales) ในเด็กป่วยเป็นมะเร็งเปรียบเทียบกับเด็กที่มีสุขภาพดี พบว่าเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็งและผู้ปกครองมีคุณภาพชีวิตต่ำทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและโรงเรียน (Varni et.al, 2002)

ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนในประเทศไทยนั้นพบว่า ไกรสร พงษ์วิไลรัตน์และคณะ (2005) ได้นำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเด็กทั่วไป ฉบับที่ 4 ของวานีและคณะไปใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับเด็กที่มีภาวะสุขภาพปกติ ผลการศึกษาพบว่าทั้งตัวเด็กและบิดามารดาของเด็กโรคสมาธิสั้น มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กและบิดามารดาของกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติ เด็กโรคสมาธิสั้นเห็นว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายต่ำแม้ว่าสุขภาพจะแข็งแรงก็ตาม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดของวานีและคณะ (Varni et al, 2002) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว อายุ 8 -12 ปี เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านสุขภาพกายและการเคลื่อนไหว ด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านสังคม/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านโรงเรียน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเด็กทั่วไป ฉบับที่ 4 (The PedsQL 4.0 Generic Core Scales) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน โดยการสัมภาษณ์เด็กและบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของเด็ก ซึ่งหากเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ