

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

กรธิดา พงศ์พันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

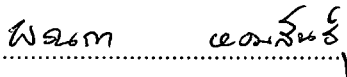
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

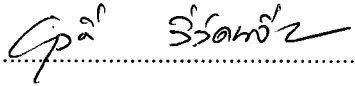
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

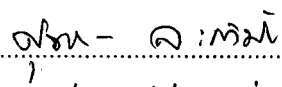
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ภรธิดา พงศ์พันธ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

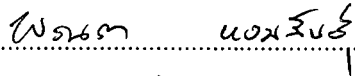
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

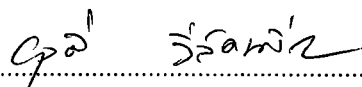
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

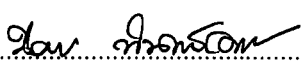
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี สีสักनावีระ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี สีสักनावีระ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ลีลัคณาวิระ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในส่วนต่าง ๆ รวมทั้ง สนับสนุนให้กำลังใจ ติดตามด้วยความเอาใจใส่ผู้วิจัยด้วยความเมตตา กรุณาแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอาจารย์ทั้งสอง เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะ ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณท่านสาธาณสุขอำเภอบ้านค่าย นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาขัน นายเทศมนตรีตำบลชากบก นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองบัว นายกองค้การบริหารส่วน ตำบลบางบุตร และนายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองตะพาน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณคนพิการทางการเคลื่อนไหวทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ พ่อ แม่ ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอน ทำให้ข้าพเจ้า เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน พี่ น้อง และเพื่อน ๆ ที่คอยช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ภรธิดา พงศ์พันธ์

52920218: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ปัจจัย/ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ/ คนพิการทางการเคลื่อนไหว

ภรธิดา พงศ์พันธ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง (FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN BANKHAI DISTRICT, RAYONG PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D., ยุติ ลีลักษณ์วีระ, วท.ด., 87 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 195 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างสูง ($M = 69.8, SD = 7.76$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .478, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .390, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .263, p < .001$) ภาวะสุขภาพ ($r = .260, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.220, p = .002$) อายุ ($r = -.151, p = .035$) และเพศ ($r = .144, p = .045$)

ผลการวิจัยเสนอแนะต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในคนพิการทางการเคลื่อนไหว ให้เน้นกิจกรรมที่เพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

52920218: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS/ HEALTH PROMOTION BEHAVIORS/ PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES

PORNTIDA PONGPANUS: FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN BANKHAI DISTRICT, RAYONG PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: PORNNAPA HOM SIN, Ph.D., YUWADEE LEELUKKANAVEERA, D.S., 87 P. 2016.

Health promotion behaviors are important for quality of life in people living with physical disabilities. Objectives of this study were to study health promotion behaviors and to examine relationship between these health promotion behaviors and their related factors among people with physical disabilities in Bankhai district, Rayong province. The participants consisted of 195 people with physical disabilities. They were selected by simple random sampling. Data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, point biserial correlation coefficients, Pearson's product moment correlation coefficients.

Study results revealed that an average score of participants' health promotion behavior was quite high ($M = 69.8$, $SD = 7.76$). Factors significantly related to health promotion behaviors were perceived self-efficacy ($r = .478$, $p < .001$), social support ($r = .390$, $p < .001$), perceived benefits of action ($r = .263$, $p < .001$), health status ($r = .260$, $p < .001$), perceived barrier of action ($r = -.220$, $p = .002$), age ($r = -.151$, $p = .035$), and sex ($r = .144$, $p = .045$).

Study findings suggest that community nurse practitioners and related professionals should develop health promotion behaviors among people with physical disabilities by focusing on increasing perceived benefits of action, decreasing barrier of action, enhancing self-efficacy, and encouraging family participation in health promotion behaviors.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ความพิการ.....	10
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	17
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
ประชากรที่ศึกษา.....	30
กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	33
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	36
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล.....	36
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	38
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ.....	42
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	44
สรุปผลการวิจัย.....	44
อภิปรายผล.....	45
ข้อเสนอแนะ.....	49
บรรณานุกรม.....	51
ภาคผนวก.....	57
ภาคผนวก ก.....	58
ภาคผนวก ข.....	64
ภาคผนวก ค.....	69
ภาคผนวก ง.....	76
ภาคผนวก จ.....	82
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	87

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล.....	37
2 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ ของตนเองของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	39
3 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	40
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และด้านการดื่มสุราเป็นรายข้อ.....	41
5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างสุขภาพเป็นรายข้อ.....	83
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างสุขภาพเป็นรายข้อ.....	84
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพเป็นรายข้อ.....	85
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างสุขภาพเป็นรายข้อ.....	86

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised)	19

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และเป็นปัจจัยหลักที่มีผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ ให้มีความเจริญก้าวหน้าทัดเทียมนานาประเทศ ดังนั้นหากประเทศใดมีทรัพยากรมนุษย์พร้อมด้วยศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ก็จะถือว่าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ในความเป็นจริงพบว่า ในสังคมยังมีบุคคลที่มีความบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ คนพิการเป็นกลุ่มประชากรด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งในสังคม ซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการเจริญเติบโตของประชากร ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การเกิดอุบัติเหตุ ทำให้มีความเสื่อมโทรมของร่างกาย และความพิการตามมา (World health organization [WHO], 2006)

สำหรับข้อมูลคนพิการในประเทศไทยที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ ได้จัดทำสถิติการจดทะเบียนคนพิการ พบว่า มีคนพิการคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของประชากร ในจำนวนนี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.3 เพศหญิงร้อยละ 45.6 (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2557) และพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529 พบคนพิการร้อยละ 0.7 ปี พ.ศ. 2545 พบคนพิการ ร้อยละ 1.7 และ ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.9 คนพิการในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเฉลี่ยกว่า 1 แสนคนต่อปี ในจำนวนคนพิการนี้พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินร้อยละ 16.2 คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 11 คนพิการทางสติปัญญาและทางจิตใจ ร้อยละ 7.7 และ 6.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) สาเหตุความพิการส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ และจากอาการแทรกซ้อนของโรคประจำตัว สำหรับจังหวัดระยองพบว่า สถิติการขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ปี พ.ศ. 2554, พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2557 มีจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 8,469, 9,443 และ 9,943 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 53 เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด และพบว่า กลุ่มคนพิการดังกล่าวส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ มีความรู้สึกท้อแท้ในการดำรงชีวิต (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง, 2557)

สำหรับอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง พบว่า มีจำนวนคนพิการทั้งหมด 1,338 คน ในจำนวนคนพิการนี้พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ

50.5 รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยิน ร้อยละ 23.1 คนพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 12.0 คนพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 4.3 และคนพิการทางจิตใจ ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง, 2557)

ความพิการส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เนื่องจากคนพิการมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โดยพบว่าคนพิการเกือบทั้งหมดร้อยละ 98 มีปัญหาสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อเกิดการเกร็งตัว ระบบหายใจ และการหมุนเวียนโลหิตไม่ดี ร่างกายปรับตัวไม่ได้ ความพิการมีผลทำให้สมรรถภาพร่างกายลดน้อยลง และเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมประจำวัน การทำงาน ส่วนทางด้านจิตใจ คนพิการจำนวนไม่น้อยต้องอยู่บนโลกใบนี้ด้วยความท้อแท้ใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หดพลัง ท้อถอย ไม่ยอมรับกับโชคชะตาที่เกิดขึ้น ปิดกั้นตนเองจากสังคม (อรสรวง บุญนาค, 2545) รวมทั้งรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน สูญเสียความเชื่อมั่น (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์, 2549) อีกทั้งการสูญเสียโอกาสในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น โอกาสทางการศึกษา โอกาสในการทำงาน และโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ผิดปกติ (ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2551) นอกจากนี้ เมื่อมีคนพิการในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทำให้ต้องแบกรับภาระมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้านซึ่งเป็นภารกิจที่ยาวนาน เป็นงานที่หนัก และซับซ้อน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องหารายได้มากขึ้น โดยการประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้การดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวรวมทั้งการดูแลคนพิการที่บ้านทำได้ไม่เต็มที่ ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทั้งสิ้น (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ (WHO, 2006) นับตั้งแต่ปีคนพิการสากล เมื่อปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา ส่วนในประเทศไทยได้มีการบรรจุแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ถึงฉบับที่ 10 ไว้อย่างละเอียด ซึ่งนำไปสู่การกำหนดพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งนับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับคนพิการ รวมถึงพระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งถือเป็นกฎหมายฉบับที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการได้มีการกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มคนกระทำ เพื่อเพิ่มระดับความผาสุกไปสู่ภาวะสุขภาพดี หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย และการที่บุคคลให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพของตนมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติ จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ดังนั้น พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นตัวบ่งชี้ ภาวะสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นหลัก โภชนาการ พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อวัยและความพิการ มีวิธีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างเกื้อกูลกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ถ้าคนพิการตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการสร้างเสริมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ย่อมส่งผลให้คนพิการมีสุขภาพที่ดี ลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ จิตใจสดชื่นแจ่มใส นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการต่อไป (เพชรชรินทร์ ต้นคงจรัสกุล, 2552)

รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งมีการปรับกลยุทธ์ ให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้เข้ากับบริบทของสุขภาพที่เปลี่ยนไป โดยในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพทั่วไทยภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2546 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผสานพลังสู่สุขภาพของประชาชนในรูปแบบ “ชมรมสร้างสุขภาพ” ตามนโยบายสร้างสุขภาพ 60. และ ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30. (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์) 2ส. (ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง แต่สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และ การทรงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับ 3 ถึง 5 ซึ่งสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือ แขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง เพียง 2 ข้าง หรือมากกว่า 2 ข้าง ทำให้บางรายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จากความพิการทำให้มีโอกาสเกิดข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ กล้ามเนื้อเกร็ง และมีความผิดปกติของระบบประสาท ระบบหายใจ และระบบการไหลเวียนโลหิต มีผลทำให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ส่งผลให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างจากคนทั่วไป กล่าวคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ เกษตรกร วิทยากร นักเรียน แต่พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวน้อยมาก ผลการศึกษาในกลุ่มอื่นอาจมีข้อจำกัดในการนำมาอธิบายกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีข้อจำกัดที่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป และส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (ชาญ สุปินะ, 2553; พิชัย ไผ่พงษ์, 2554; วุฒิชัย แพงจ้อย, 2555) และด้านสิทธิประโยชน์สวัสดิการของคนพิการ (วัชรินทร์ จิตตกุลเสนา, 2552) ในจำนวนการศึกษาในกลุ่มคนพิการที่น้อยดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการ ได้แก่ อายุ (พรนภา เจริญสันต์, 2553; พิชัย ไผ่พงษ์, 2554) เพศ (พรนภา เจริญสันต์, 2553; พิชัย ไผ่พงษ์, 2554) สถานภาพสมรส (พรนภา เจริญสันต์, 2553 และพิชัย ไผ่พงษ์, 2554) ระดับความพิการ (พรนภา เจริญสันต์, 2553) การรับรู้ประโยชน์ (เพชรวัชรินทร์ ต้นคงจรัสกุล, 2552) การรับรู้อุปสรรคฯ (เพชรวัชรินทร์ ต้นคงจรัสกุล, 2552) การรับรู้ความสามารถฯ (เพชรวัชรินทร์ ต้นคงจรัสกุล, 2552) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (พรนภา เจริญสันต์, 2553) โดยคนพิการที่มีอายุน้อย เพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับความพิการน้อย มีการรับรู้ประโยชน์ ฯ มาก การรับรู้อุปสรรค ฯ น้อย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ฯ มาก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ฯ มาก จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่า

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะ และประสบการณ์ของบุคคล (เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ ระดับความพิการ การศึกษา และสถานภาพสมรส) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะ และประสบการณ์ของบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด

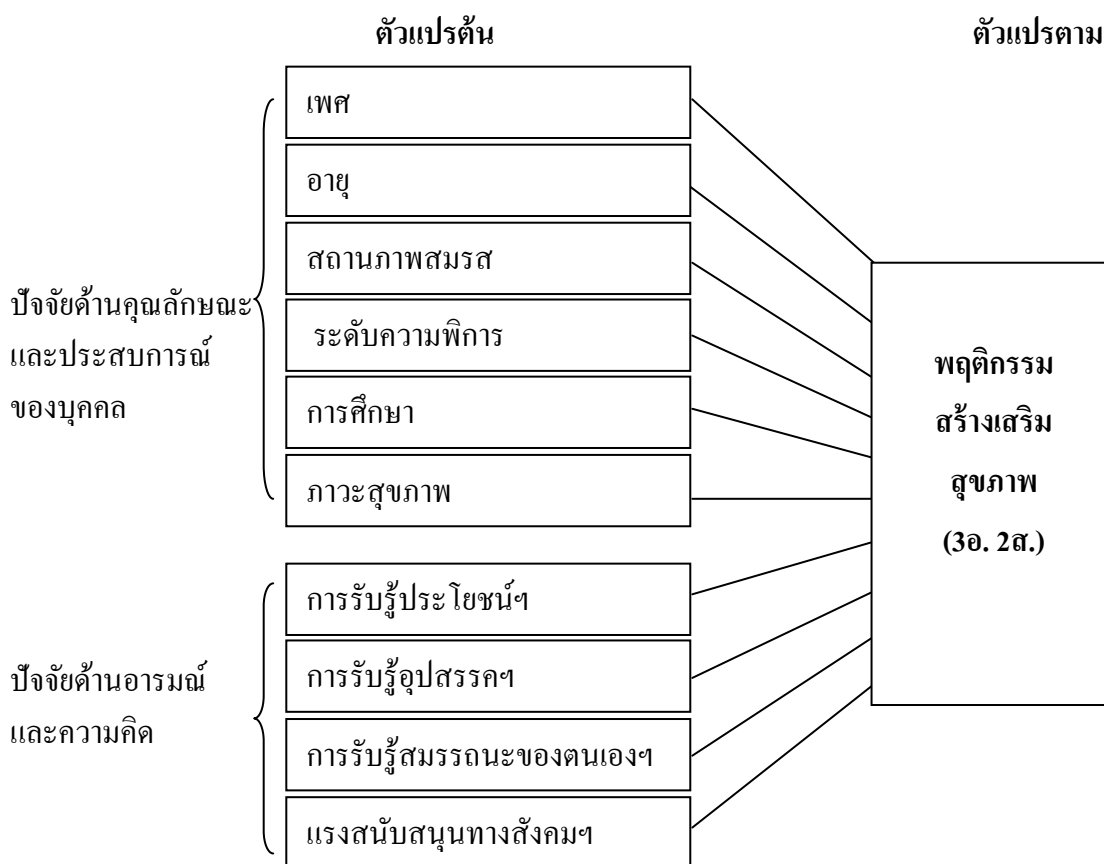
(การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. คนพิการทางการเคลื่อนไหวเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพศชาย
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
3. คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีที่ที่มีสถานภาพสมรสโสดและหม้าย
4. ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
5. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทาง การเคลื่อนไหว
6. ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
7. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
8. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
9. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
10. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก ได้แก่ คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะนิสัยและประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละคน อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Pender et al., 2011) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะเฉพาะ และประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนที่การทางการเคลื่อนไหว ได้แก่การบริโภคนอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาจากคนพิการทางกายหรือทางการเคลื่อนไหว ระดับ 3-5 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al, 2011) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีนับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษาจนถึงการศึกษาสูงสุดของคนพิการทางการเคลื่อนไหว
3. คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา (ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ, 2552) โดยคนพิการดังกล่าวมีระดับความพิการที่แตกต่างกัน ซึ่งระดับความพิการ หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการทำกิจกรรมประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแบ่งเป็นระดับตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 คือ ตั้งแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้จนถึงไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ดังมีรายละเอียดดังนี้ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552; พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการ พุทธศักราช 2534, 2537)
 - ระดับที่ 1 หมายถึง มีความผิดปกติทางกายแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้
 - ระดับที่ 2 หมายถึง มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้
 - ระดับที่ 3 หมายถึง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือ แขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง
 - ระดับที่ 4 หมายถึง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 หมายถึง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือ แขน ขา มากกว่า 2 ข้าง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้ทำการศึกษาคณพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5

4. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินสภาพร่างกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของสุขภาพโดยรวมและความพึงพอใจต่อสุขภาพ วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

5. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวปฏิบัติเพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) และความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรม วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

5.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ งดรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และรับประทานผัก/ ผลไม้ให้เพียงพอ

5.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่องแบบปานกลางหรือแบบหนัก

5.2.1 การออกกำลังกายแบบปานกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬา จนทำให้รู้สึกเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย เช่น รำไม้พลอง เดินเร็ว ตีแบด ยกตัวขึ้นลงวิลแชร์

5.2.2 การออกกำลังกายแบบหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬา จนทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว เช่น วิ่ง เต้นแอโรบิก ขี่จักรยาน เคลื่อนวิลแชร์อย่างรวดเร็ว

5.3 พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการความเครียด

5.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง มีการสูบบุหรี่ ทั้งที่เป็นบุหรี่มวนเอง บุหรี่โรงงานหรือบุหรี่ในรูปแบบอื่น ๆ ในสถานการณ์ต่าง ๆ

5.5 พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ ในสถานการณ์ต่าง ๆ

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Perceive benefits of action) หมายถึง ความคิดเห็นของคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อผลดีที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

7. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Perceive barriers to action) หมายถึง ความคิดเห็นหรือการคาดคะเนของคนพิการทางการเคลื่อนไหวถึงปัญหาหรือสิ่งกีดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

8. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Perceive self-efficacy) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวถึงความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส.) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

9. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุน หรือให้คำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความพิการ
 - 1.1 ความหมายและประเภทของความพิการ
 - 1.2 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทยและผลกระทบจากความพิการ
2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2.1 แบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion model)
 - 2.2.2 การสร้างเสริมสุขภาพด้วยพฤติกรรม 3อ. 2ส.
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ความพิการ

ความหมายและประเภทของความพิการ

1. ความหมายของความพิการ

คนพิการ (Disabled people) ปัจจุบันความหมายของคนพิการได้มีผู้ให้ความหมายหรือกล่าวถึงทางวิชาการหรือทางกฎหมายในลักษณะที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทศนคติ และประสบการณ์ของแต่ละสังคม นอกจากนี้แล้ว หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการได้กำหนดความหมายของความพิการหรือคนพิการแตกต่างกัน เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานให้บริการแก่คนพิการ ดังนี้

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2550 ให้ความหมายคนพิการว่า หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจอารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ให้ความหมายความพิการไว้ 3 ประเภท คือ

- 1) ความผิดปกติและความบกพร่อง (Impairment) คือ การสูญเสีย หรือความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นไข้ อัมพาตครึ่งซีก ปัญญาอ่อน จิตซึมเศร้า ฯลฯ เป็นการพิจารณาความพิการที่อวัยวะหรือระบบการทำงานของส่วนต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นมนุษย์
- 2) การขาดสมรรถภาพหรือไร้สมรรถภาพ (Disability) คือ การมีข้อจำกัดหรือการขาดสมรรถภาพที่จะทำกิจกรรมใด ๆ เยี่ยงคนปกติ เช่น สนทนากับคนอื่นไม่ได้ แต่งตัวไม่ได้ เดินไม่ได้ ฯลฯ เป็นการพิจารณาความพิการที่ความสามารถของบุคคลโดยรวม ทั้งนี้เป็นผลตามมาจากความผิดปกติ หรือความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา จิตใจ
- 3) ความเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาส (Handicap) คือ การขาดโอกาสของบุคคลทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตได้ทัดเทียมคนปกติ เช่น คนตาบอด เรียนหนังสือด้วยวิธีที่เด็กปกติเรียนไม่ได้ เดินทางลำบาก ดำเนินชีวิตได้ลำบากกว่าคนอื่น เป็นการพิจารณาความพิการที่ความบกพร่อง และ/หรือการขาดสมรรถภาพที่กระทบต่อบุคคลในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ให้นิยามคนพิการว่า เป็นผู้ที่มีร่างกายไม่สมประกอบ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือร่างกาย เช่น แขนขาด ขาขาด และ/หรืออวัยวะหรือร่างกายผิดปกติจากบุคคลทั่วไป เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นต้น รวมทั้งความพิการทางสมอง เช่น ปัญญาอ่อน วิกฤตจิต ซึ่งเป็นการให้คำจำกัดความบนพื้นฐานจากมุมมองที่มีต่อความพิการว่าเป็นความผิดปกติหรือความบกพร่องเป็นหลัก

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550) ให้นิยามความพิการว่า หมายถึง สถานะทางสุขภาพที่บุคคลสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดำรงชีวิตในสังคม อันเป็นผลมาจากมีความสามารถจำกัดด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม จึงต้องใช้กระบวนการทางการแพทย์ฟื้นฟูความสามารถในการดำรงชีวิต เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้ายตัว การเคลื่อนที่จากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง การสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2552) ให้นิยามความพิการว่า หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกาย และ/ หรือจิตใจซึ่งอาจจะเป็นชั่วคราวหรือถาวร ทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติ เกิดการเสียเปรียบบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ในการกระทำบทบาทต่าง ๆ

2. ประเภทของความพิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการได้แบ่งคนพิการออกเป็น 6 ประเภท (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ดังต่อไปนี้

2.1 ความพิการทางการเห็น ได้แก่

2.1.1 ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดความชัดของสายตาข้างดีกว่าเมื่อใช้แว่นวัดสายตาธรรมดาแล้วอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/ 60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/ 400) ลงมาจนถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

2.1.2 ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดความชัดของสายตาข้างดีกว่าเมื่อใช้แว่นวัดสายตาธรรมดา เมื่อแก้ไขแล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/ 60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/ 400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/ 18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/ 70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2.2 ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

2.2.1 หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ 500 เฮิรตซ์, 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า จะมีความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2.2.2 หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน

โดยใช้คลื่นความถี่ 500 เฮิร์ตซ์, 1,000 เฮิร์ตซ์ และ 2,000 เฮิร์ตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะมีความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

2.2.3 ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดหรือพูดแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

2.3 ความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

2.3.1 ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่อง หรือ การสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขา ขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อ การทำงาน ของมือ เท้า แขน ขา คนพิการทางการเคลื่อนไหว มีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ได้แบ่งระดับความพิการ (พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534) ออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 คือ มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 คือ มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 3 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือ แขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับที่ 4 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัวหรือ แขน ขา เพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 คือ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัวหรือ แขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

2.3.2 ความพิการทางกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่อง หรือ ความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัวและภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

2.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

2.4.1 ความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

2.4.2 ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาหรือการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น ออสเปอร์เกอร์ (Asperger) เป็นต้น

2.5 ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติหรือมีระดับเข่าปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 18 ปี

2.6 ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางสมองเกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือขบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของช่วงอายุและระดับสติปัญญา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาคณพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 5 ซึ่งหมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัวที่จำเป็นในการประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา น้อยกว่า 2 ข้าง/ครึ่งตัวหรือแขน ขา เพียง 2 ข้าง/ มากกว่าครึ่งตัวหรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

สถานการณ์คนพิการในประเทศไทยและผลกระทบจากความพิการ

ข้อมูลคนพิการล่าสุดในประเทศไทยที่สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ ได้จัดทำสถิติการจดทะเบียนคนพิการ พบว่า มีคนพิการคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของประชากรในจำนวนนี้เป็น เพศชาย ร้อยละ 54.3 เพศหญิง ร้อยละ 45.6 (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2557) และพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529 พบคนพิการ ร้อยละ 0.7 ปี พ.ศ. 2545 พบคนพิการ ร้อยละ 1.7 และ ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.9 คนพิการในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเฉลี่ยกว่า 1 แสนคนต่อปี ในจำนวนคนพิการนี้พบว่า คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินร้อยละ 16.2 คนพิการทางการมองเห็นร้อยละ 11 คนพิการทางสติปัญญาและทางจิตใจร้อยละ 7.7 และ 6.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) สาเหตุความพิการส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ และจากอาการแทรกซ้อนของโรคประจำตัว สำหรับจังหวัดระยอง พบว่า สถิติการขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ปี พ.ศ. 2554, พ.ศ. 2556 และพ.ศ. 2557 มีจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 8,469, 9,443 และ 9,943 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 53 เป็นคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด

และพบกลุ่มคนพิการดังกล่าวว่าส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ มีความรู้สึกท้อแท้ในการดำรงชีวิต (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง, 2557)

ในอดีตคนพิการส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้คนพิการบางส่วนไม่ได้รับโอกาสในด้านต่าง ๆ เช่น ทางด้านการศึกษา สวัสดิการ อาชีพ ซึ่งทำให้คนพิการด้อยโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสและความเป็นธรรมในการได้รับการศึกษาทุกระดับ เนื่องจากมีกฎหมายกีดกันจำกัดสิทธิ และเลือกปฏิบัติกับคนพิการ นอกจากนี้ทัศนคติของคนพิการต่อความพิการและสังคม และทัศนคติของสังคมต่อคนพิการเป็นทัศนคติด้านลบ และระบบฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสวัสดิการสังคม รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในเวลาต่อมารัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และความคุ้มครองคนพิการเพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพ รวมทั้งให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกของสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตลอดจนให้รัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเอง ทำให้คนพิการได้รับสิทธิและมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550)

ผลการสำรวจเกี่ยวกับคนพิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม เดือนกุมภาพันธ์ และเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 พร้อมกันทั่วประเทศ การสำรวจครั้งนี้ได้มี การปรับเปลี่ยนระเบียบวิธีการสำรวจ และคำนิยามเพื่อให้ได้ข้อมูลความพิการที่มีคุณภาพตรงตาม ความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล โดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่พิการที่นิยามว่า หมายถึงประชากรที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปหรือมีความลำบากในการดูแลตนเองหรือมีลักษณะความบกพร่อง จากผลการสำรวจ พบว่า จำนวนประชากรประมาณ 65.5 ล้านคนเป็นคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 และเมื่อพิจารณาตามเพศ และเขตการปกครอง พบว่า เพศหญิงพิการมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.0 และร้อยละ 2.7 ตามลำดับ) และนอกเขตเทศบาล มีร้อยละของประชากรที่พิการประมาณ 2 เท่าของในเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาจำแนกตามภาค พบว่า ภาคเหนือ มีประชากรพิการสูงสุด คือ ร้อยละ 4.4 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ภาคใต้ ร้อยละ 2.3 ภาคกลาง ร้อยละ 2.2 และกรุงเทพมหานครมีประชากรพิการ ต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 0.5 ประชากรพิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือประชากรที่พิการในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีน้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน ในขณะที่กลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีประชากรที่พิการมากที่สุด

ถึงร้อยละ 31.0 คนพิการ ส่วนใหญ่มีความลำบากจากปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 97.9 มีความลำบากในการดูแลตนเอง ร้อยละ 21.0 และมีลักษณะความบกพร่อง ร้อยละ 70.5 คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา

ความพิการก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่าคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 98 มีปัญหาสุขภาพและมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่า เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ระบบประสาท และกล้ามเนื้อเกิดการเกร็งตัว ระบบหายใจ และการหมุนเวียนโลหิตไม่ดี ร่างกายปรับตัวไม่ได้ เนื่องจากคนพิการมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ส่วนทางด้านจิตใจ คนพิการจำนวนไม่น้อยต้องอยู่บน โลกใบนี้ด้วยความท้อแท้ใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หมดพลัง ท้อถอย ไม่ยอมรับกับโชคชะตาที่เกิดขึ้น ปิดกั้นตนเองจากสังคม (อรสรวง บุนนาค, 2545) รวมทั้งรู้สึกอับอายในการปรากฏตัวต่อสาธารณชน สูญเสียความเชื่อมั่น (อัฐมา โภคาพานิชวงษ์, 2549) อีกทั้งการสูญเสียโอกาสทางสังคม และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น โอกาสทางการศึกษา โอกาสในการทำงาน และโอกาสในการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ผิดปกติ (ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2551)

จากการสำรวจพบว่า ประชากรคนพิการ อายุ 5-30 ปี ถึงร้อยละ 81.7 ไม่ได้กำลังเรียนหรือไม่เคยเรียน และมีเพียงร้อยละ 18.3 ที่กำลังเรียน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 9.5 กำลังเรียนในระดับประถมศึกษา รองลงมาเรียนระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.0 และระดับปริญญาตรีมีเพียงร้อยละ 0.5 เมื่อไม่ได้รับการศึกษาจึงทำให้ไม่ได้ประกอบอาชีพ จากการสำรวจด้านการทำงานและอาชีพของประชากรคนพิการอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เป็นผู้ที่มีงานทำในรอบปีที่แล้ว 0.6 ล้านคน หรือร้อยละ 35.2 และเป็นผู้ไม่ได้ทำงานจำนวน 1.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.8 โดยในกลุ่มผู้ที่ทำงานนั้น เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตร และประมงมากที่สุด ร้อยละ 19.4 รองลงมามีอาชีพขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ในด้านการขาย การให้บริการ และผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 4.8 ซึ่งทำให้คนพิการไม่มีรายได้ในการดำรงชีวิต หรือมีก็น้อยมาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) เมื่อมีคนพิการในครอบครัวจึงย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทำให้ต้องแบกรับภาระมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน ซึ่งเป็นภารกิจที่ยาวนาน เป็นงานที่หนักและซับซ้อน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องหารายได้มากขึ้น โดยการประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้การดูแลสุขภาพบุคคลที่บ้านรวมทั้งการดูแลคนพิการที่บ้านทำได้ไม่เต็มที่ ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทั้งสิ้น (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความปกติสุข โดยมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ได้ให้นิยามคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคล และสังคม เช่นเดียวกับกับสมรรถนะต่าง ๆ ของร่างกาย

พาแลงค์ (Palank, 1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender et al., 2011) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายและปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล (2551) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตน สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและดูแลสุขภาพของตนเอง จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

แบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion model)

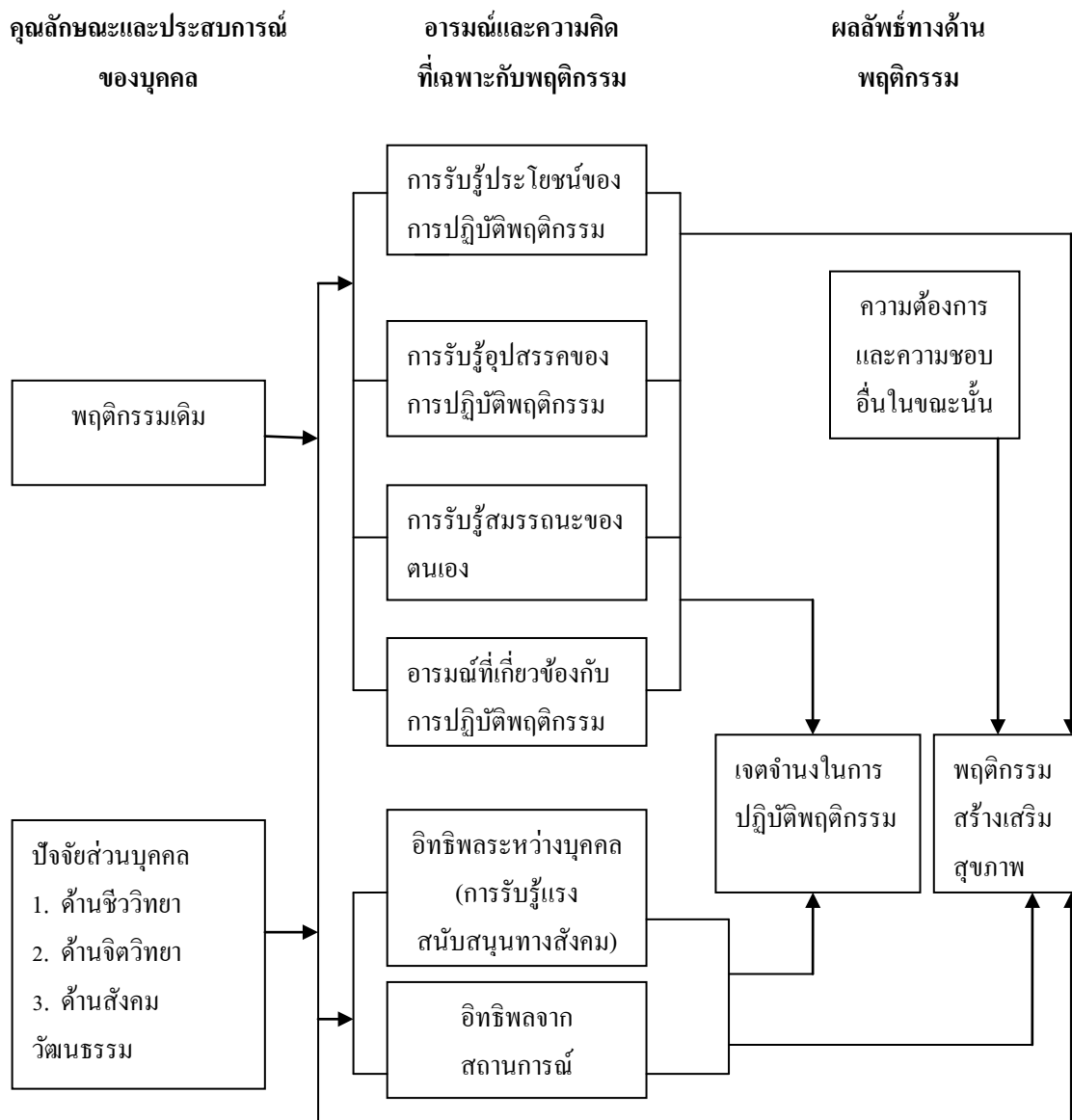
แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้พัฒนาโดย Pender (1980) เป็นต้นมา และมีการปรับปรุงเป็นระยะ แบบจำลองนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการรับรู้ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ความคาดหวังต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถหรือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของเบนดูรา ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (Pender et al., 2011)

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

1. บุคคลแสวงหาและสร้างสรรค์การดำรงชีวิตด้วยการแสดงศักยภาพของแต่ละบุคคล
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ของตนเอง และประเมินความสามารถตนเองได้
3. บุคคลพยายามเพิ่มคุณค่าของตนเองและพยายามรักษาสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและความมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาวิธีการควบคุมและกำหนดพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยมีการแลกเปลี่ยนตลอดเวลา
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงอายุ
7. บุคคลมีความคิดริเริ่มในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักในกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) อารมณ์ และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 2 (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และขวัญใจอำนาจ ชื่อสตัย, 2554, Pender et al., 2011;)



ภาพที่ 2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised) (Pender et al., 2011)

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะนิสัยและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผล ต่อพฤติกรรมเป้าหมาย ประกอบด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมที่เหมือนกันในอดีต และความถี่ของการปฏิบัติเป็นปัจจัยทำนายของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางตรง

และทางอ้อม ผลทางตรง คือ ประสบการณ์ในอดีตมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และปฏิบัติซ้ำจนเกิดเป็นนิสัย สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม กล่าวว่า พฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางแนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมตามทฤษฎีของเบนคูรา พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริงและการป้องกันกลับจากพฤติกรรมเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถหรือทักษะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เบนคูรา กล่าวถึง การรับรู้ประโยชน์ของความคาดหวังหรือประสบการณ์เป็นการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ถ้าประโยชน์จากการกระทำพฤติกรรมเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จต้องเอาชนะอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางต่อพฤติกรรมที่เคยประสบและเก็บไว้ในความทรงจำด้วย

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา (อายุ คชนิมวตกาย ภาวะการเจริญพันธุ์ ความสามารถทางร่างกาย ความแข็งแรง ความคล่องตัวหรือการทรงตัว) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (ความรู้สึกลึกในคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง) และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม) โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) ปัจจัยทางด้านอารมณ์ และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ ในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 6 ประการดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การคาดการณ์ดังกล่าวเป็นความคาดหวังในการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการเสริมแรงให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตที่พฤติกรรมนั้นจะให้ผลทางบวกกับตนเอง จึงมีอิทธิพลโดยตรงในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน แต่จะมีอิทธิพลมาน้อย เพียงใดขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าว และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์นั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)

เป็นการคาดการณ์ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้หรือคาดคะเนเท่านั้น อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นจริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง ในขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงในการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมทำให้เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล

โดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ

กล่าวคือ ถ้ามีอารมณ์ด้านบวกมากจะยิ่งรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น และการรับรู้สมรรถนะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะยิ่งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านทางารรับรู้อุปสรรคและเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-related affect) เป็น

ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณสมบัติ การเร้าของตัวพฤติกรรมเอง การตอบสนองด้านความรู้สึกอาจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรง ทำให้เกิดการเรียนรู้เก็บไว้ในความทรงจำและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในครั้งต่อไป

การตอบสนองด้านความรู้สึกต่อการมีส่วนร่วมในพฤติกรรม ประกอบด้วย การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม การกระทำของตนเอง และสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นซ้ำอีกหรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานต่อไป ความเกี่ยวข้องของผลกระทบบกับพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นปฏิกิริยาด้านอารมณ์โดยตรงหรือระดับการตอบสนอง

ด้านการตัดสินใจ ตลอดจนการมีพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวก จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกิดร่วมกับความรู้สึกด้านลบ จะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ

อารมณ์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านการรับรู้สมรรถนะของตนเองและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ซึ่งอาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานทางสังคม (ความคาดหวังของผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสารและอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และแบบอย่าง (เรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ) การที่อิทธิพลของบุคคลอื่นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลใดได้บุคคลนั้นจะต้องให้ความสนใจต่อพฤติกรรม ความต้องการ และสิ่งกระตุ้นจากผู้อื่น ทำความเข้าใจและซึมซับเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบท ซึ่งสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของทางเลือก คุณลักษณะของความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น อิทธิพลของสถานการณ์มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นคุณลักษณะที่ต้องการของสถานที่แห่งนั้น และมีผลโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome)

การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน (Commitment to a plan of actions) เป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ ยกเว้นเมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่า เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น 2) ความนึกคิดเกี่ยวกับวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นผลสำเร็จ และการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น เพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสมมักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการ และความชอบอื่นในขณะนั้นมีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามหากบุคคลมีเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแรงแอาจช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นได้ แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

3.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีทุกช่วงพัฒนาการ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำและปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแนวคิดทฤษฎีหลากหลายมาใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แต่ในสังคมปัจจุบัน พบว่า วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเทคโนโลยีที่เจริญขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มากเกินไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า มีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จากสภาพปัญหาดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การสร้างเสริมสุขภาพด้วยพฤติกรรม 3อ. 2ส.

เนื่องจากความเจริญด้านเทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมส่งผลต่อวิถีชีวิต ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น กินหวาน มัน เค็ม มากเกินไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย และขาดการออกกำลังกาย มีการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จากสภาพปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้รัฐบาลตระหนักในความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งมีการปรับกลยุทธ์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้เข้ากับบริบทของสุขภาพที่เปลี่ยนไป โดยในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพทั่วไทยภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2546 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผสานพลังสู่สุขภาพะของประชาชนในรูปแบบ “ชมรมสร้างสุขภาพ” ตามนโยบายสร้างสุขภาพ 6อ. และในปี พ.ศ. 2556 กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาแบบประเมินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ

ตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

อ. อาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวาน น้ำอัดลม รวมทั้งอาหารหมักดอง อาหารกึ่งสำเร็จรูป และขนมกรุบกรอบ ควรรับประทานผักและผลไม้ให้หลากหลาย และพอเพียง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

อ. ออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความเพลิดเพลิน และเพื่อสังคม เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแกว่งแขน เกร็งกล้ามเนื้อและข้อ เป็นต้น (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554) และควรมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพความพิการและวัย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และอย่างน้อยวันละ 20 นาที (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

อ. อารมณ์ พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ หมายถึง การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม หรือการกระทำที่ป้องกันการเหน็ดเหนื่อยของร่างกาย (Pender et al., 2011)

ส. สูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง มีการสูบบุหรี่ ทั้งที่เป็นบุหรี่ มวนเอง บุหรี่โรงงาน หรือบุหรี่ในรูปแบบอื่น ๆ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตจำนวนมากที่สุด 3 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคเหล่านี้มากเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่และอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อาจเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ (สถาบันชัยภูมิรักษ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ส. ดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมนั้น นอกจากปัญหาทางด้านร่างกาย ยังมีผลต่อโรคทางจิตประสาท ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างมากมายมหาศาลได้เช่นกัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีข้อจำกัดในการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากส่วนใหญ่มีผู้ดูแลปรุงอาหารให้รับประทาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และจากความพิการอาจทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพื่อคลายเครียด ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มาพัฒนาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในคนพิการจำนวนน้อยมาก ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว จึงได้สรุปข้อค้นพบจากการศึกษาในกลุ่มคนพิการรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

เพศ

เพศเป็นปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย ความคิด ความเชื่อ และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ ธรรม จตุนาม (2548) ในกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นจังหวัดนครปฐม ญาติและผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้พิการทางการมองเห็นเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.3 และร้อยละ 39.7 ตามลำดับ เพราะเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่าง มีความกังวลต่อความสุขในชีวิตสมรส จึงทำให้ต้องดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ

อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อายุที่ต่างกันย่อมมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตและการรับรู้ที่แตกต่างกัน อายุจึงมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะมีสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Pender et al., 2011) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพความเสื่อมของวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดน้อยลง การดูแลช่วยเหลือตนเองบางอย่างไม่ครบถ้วน บางคนเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จากการศึกษาของ เสาวภา วิจิตวาทิ (2534) ในผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา พบว่า ผู้พิการที่สูญเสียแขนขาที่มีอายุน้อย จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตัวเองได้ดีกว่าผู้สูญเสียแขนขาที่มีอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น การศึกษาของ กัญญา ชื่นอารมณ์ (2543) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากคู่สมรสจะสามารถช่วยเหลือเอาใจใส่ แบ่งเบาภาระคอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Muhlenkamp and Sayles, 1986) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะ โสภากา (2553) ในกลุ่มผู้พิการ พบว่า ผู้พิการที่มีคู่สมรส ร้อยละ 59.14 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีและได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก แสดงถึงคู่สมรสและครอบครัวคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น การศึกษาของ บุญยา สังขชาติ, อรวรรณ จันทร์เมือง และสุรีย์พร ชูแสง (2555) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.341$)

การศึกษา

การศึกษาอาจมีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจของคนทั่วไป (Maville & Huerta, 2008) โดยระดับการศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถคิดอย่างมีเหตุผล และตระหนักในความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของ มัทนา อินทร์แพง (2543) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล การศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี (2558) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นของ จารุณี จันทร์เปล่ง (2550) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.117$)

ระดับความพิการ

ระดับความพิการ เป็นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของคนพิการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีตั้งแต่ระดับที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ไปจนถึงระดับไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น คนพิการที่มีระดับความพิการมาก ส่วนใหญ่ต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร

ประจำวันและการเลี้ยงดู ถูกมองว่าเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม (อภิรักษ์ วิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล, 2550) จากการศึกษาของ พรนภา เจริญสันต์ (2553) ในคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ระดับความพิการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตคนพิการ คนพิการที่มีระดับความพิการรุนแรงมากส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาของ ปราณี ประไพวัชรพันธ์ (2551) พบว่า คนพิการมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านปัจจัยสี่ เบี้ยยังชีพ เงิน การประกอบอาชีพ และการดูแลสุขภาพอนามัย และจากการศึกษาของ Tokem, Akyol, and Argon (2007) พบว่าระดับความพิการที่มากกว่ามีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จะเห็นได้ว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันย่อมจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้หรือความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการปฏิบัติ และความตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจังต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ คือ ความสามารถอย่างแท้จริงของมนุษย์ที่มีมาแต่กำเนิด และเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี (2558) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว นั่นคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม กล่าวคือ บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงกว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไปอย่างต่อเนื่อง (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ จารุณี วารหัส และอริสา จิตวิบูลย์ (2553) ในผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .705$)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลรับรู้ หรือคาดคะเนต่ออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลกระทบต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือเป็นสิ่งที่มียุ่จริง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคสูง และขาดความพร้อมในการปฏิบัติ ก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคต่ำและมีความพร้อมสูง ในการปฏิบัติก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะ โสภา (2553) ในผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Pender et al., 2011) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมาย บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะ โสภา (2553) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ชรชรินทร์ ต้นคงจำรัสกุล (2552) ในผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจังหวัดพิจิตร

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกระตุนการตั้งเจตจำนง ในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) จากการศึกษาของ เฉลิม รัตนะ โสภา (2553) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุก็พบความสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน ได้แก่ การศึกษาของ ภัทรวรรณ คำดี (2555) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานในด้านการความเป็นอยู่ต่าง ๆ รวมทั้งได้รับการเคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน และบุคคลในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

สรุป

คนพิการ เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย และ/ หรือจิตใจ ซึ่งอาจจะเป็นชั่วคราวหรือถาวร ทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนปกติ เกิดการเสียเปรียบบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ในการกระทำบทบาทต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหว 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5) ความพิการทางสติปัญญา และ 6) ความพิการทางการเรียนรู้ ในจำนวนนี้ พบว่า จำนวนคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีมากที่สุด ความพิการดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการ และคุณภาพชีวิตของคนพิการต่อไป ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยตามแนวคิดแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ได้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะ และประสบการณ์ ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้ของบุคคล (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 3-5 ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งแพทย์ตรวจวินิจฉัยรับรองความพิการ และขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง จำนวน 675 คน

กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับที่ 3-5 ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งแพทย์ตรวจวินิจฉัยรับรองความพิการ และขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง จำนวน 195 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาการสื่อสาร มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะปกติ
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

คนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างตามแนวทางของโคเฮน (Cohen, 1992) เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.5$, $ES = \text{medium}$ เนื่องจากการศึกษาทางการพยาบาลส่วนใหญ่จะมีค่า Effect size ในระดับกลาง (Polit & Beck, 2008) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 177 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของ

ข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 195 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอบ้านค่าย มี 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านค่าย ตำบลหนองบัว ตำบลหนองละลอก ตำบลชากบก ตำบลบางบุตร ตำบลตาขัน และตำบลหนองตะพาน ซึ่งแต่ละตำบลมีบริบทที่คล้ายคลึงกัน โดยมีลักษณะโครงสร้างประชากรเป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะทางสังคมเป็นสังคมชนบท วัฒนธรรม ประเพณี คล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบลุ่ม การคมนาคมสะดวก ได้สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) มาทีละ 1 ตำบล จนได้จำนวนตัวอย่างครบตามที่ต้องการ ได้แก่ ตำบลที่หนึ่ง (ตำบลบางบุตร) จำนวน 45 คน ตำบลที่สอง (ตำบลชากบก) จำนวน 70 คน ตำบลที่สาม (ตำบลหนองบัว) จำนวน 55 คน และตำบลที่สี่ (ตำบลหนองตะพาน) จำนวน 25 คน รวมจำนวนคนพิจารณาการเคลื่อนไหวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การพักอาศัย ระดับความพิการ จำนวน 7 ข้อ และภาวะสุขภาพที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสมบูรณ์ของสุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจต่อสุขภาพของตนเอง จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อความความคิดเห็นถึงผลดีที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึงมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามถึงการคาดคะเนปัญหาหรือสิ่งกีดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามถึงการประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก

4. แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นข้อคำถามถึงการประเมินความช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) วัดโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ มีการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ ไม่ปฏิบัติ	1	4
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง/ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย หรือทำ 1 วัน/ สัปดาห์		
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนน้อย หรือทำ 2-4 วัน/ สัปดาห์		
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือทำ 5-6 วัน/ สัปดาห์		
ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง		

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน และอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 3 ท่าน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index)

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) แบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสัมภาษณ์	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา	ความเชื่อมั่น
การรับรู้ประโยชน์ฯ	1	.93
การรับรู้อุปสรรคฯ	1	.90
การรับรู้สมรรถนะของตนเองฯ	1	.90
แรงสนับสนุนทางสังคมฯ	1	.86
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.92	.77

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย และองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล ในแต่ละแห่งที่ได้จาก การสุ่มไว้แล้ว เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. ผู้วิจัยประสานงานกับปลัดขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพื้นที่
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการซึ่งปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 2 คน โดยการให้ความรู้ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เข้าใจตรงกันและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขั้นดำเนินการ

1. พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาให้ลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับและการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงลายมือชื่อยินยอมให้ข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน
3. ในแบบสัมภาษณ์ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจะใช้รหัสแทนคำตอบในแบบสัมภาษณ์ คำตอบหรือข้อความทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ครั้งนี้เท่านั้น
4. แบบสัมภาษณ์ที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วจะถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษ คำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูล การนำเสนอผู้วิจัยจะทำในภาพรวม โดยไม่ได้วิเคราะห์แยกรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) สำหรับปัจจัยที่มีระดับมาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) และมาตรวัดระดับอัตราส่วน (Ratio scale) ได้แก่ อายุ การศึกษา ระดับความพิการ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient) สำหรับปัจจัย ที่มีระดับการวัดนามบัญญัติ (Nominal scale) 2 ตัวแปร ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส ได้ทำการแปลงค่า ดังนี้

เพศ	- เพศชาย	เท่ากับ	0
	- เพศหญิง	เท่ากับ	1
สถานภาพสมรส	- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	เท่ากับ	0
	- คู่	เท่ากับ	1

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ผลการศึกษานำเสนอเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงพอ ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 59.5 และ 40.5 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 55.9 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปีขึ้นไป) โดยมีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 18 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 89 ปี และอายุเฉลี่ย 60.4 ปี (SD = 15.78) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 46.2 ส่วนใหญ่มีระดับความพิการที่ระดับ 3 ร้อยละ 83.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 โดยมีระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ ไม่ได้รับการศึกษา จนถึงมากที่สุด 16 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5.0 (SD = 3.21) ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 48.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 22.6 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 41.5 รองลงมาอาศัยอยู่กับลูก หลานญาติ-พี่น้อง ร้อยละ 40 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวม พบว่า มีคะแนนระดับต่ำ ร้อยละ 22.0 คะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 51.8 คะแนนระดับสูง ร้อยละ 26.2 และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 (SD = 2.29) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะและประสบการณ์
ของบุคคล (n = 195)

คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	116	59.5
หญิง	79	40.5
อายุ (ปี)		
วัยรุ่น อายุ 12-20 ปี	1	0.5
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-30 ปี	8	4.1
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ > 31-45 ปี	25	12.8
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 46-60 ปี	52	26.7
วัยผู้สูงอายุ > 60 ปีขึ้นไป	109	55.9
(Min = 18, Max = 89, M = 60.4, SD =15.78)		
สถานภาพสมรส		
โสด	40	20.5
คู่	90	46.2
หม้าย/ หย่า/ แยก	65	33.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20	10.3
ประถมศึกษา	152	78.0
มัธยมศึกษา/ ปวช.	9	4.6
อนุปริญญา/ ปวส.	11	5.6
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.5
(Min = 0, Max = 18, M = 5.0, SD = 3.2)		
ระดับความพิการ		
พิการระดับ 3	163	83.6
พิการระดับ 4	32	16.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	33	16.9
เกษตรกรกรรม	44	22.6
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5	2.6
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	16	8.2
พนักงานบริษัท	3	1.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	94	48.2
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่คนเดียว	12	6.2
คู่สมรส	81	41.5
ญาติ-พี่น้อง	78	40.0
พ่อ-แม่	23	11.8
เพื่อน	1	0.5
ภาวะสุขภาพ		
คะแนน < 10 คะแนน	43	22.0
คะแนน 10-15 คะแนน	101	51.8
คะแนน \geq 16 คะแนน	51	26.2
(Min = 2, Max = 20, M = 6.3, SD = 2.29)		

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูง โดยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 51.48 (SD = 6.77) คะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนต่ำสุด 33 คะแนน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 31.56 (SD = 7.36) คะแนนสูงสุด 40 คะแนน

คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 45.36 (SD = 7.08) คะแนนสูงสุด 60 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 21 คะแนน ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนไม่สูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 39.56 (SD = 9.59) คะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนต่ำสุด 15 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n = 195)

ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	M	SD
การรับรู้ประโยชน์	15-60	60	33	51.48	6.77
การรับรู้อุปสรรค	15-60	60	21	45.36	7.08
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	15-60	60	15	39.56	9.59
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	10-40	40	10	31.56	7.36

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 69.80 (SD = 7.76) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ ค่อนข้างสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายไม่สูงมากนัก มีรายละเอียดดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 14.68 (SD = 2.13) คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน พฤติกรรมการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ย 10.36 (SD = 3.10) คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ คะแนนเฉลี่ย 14.26 (SD = 2.38) คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย 13.07 (SD = 2.70) คะแนนสูงสุด 17 คะแนน คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย 17.43 (SD = 3.11) คะแนนสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n = 195)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	M	SD
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	5-20	20	8	14.68	2.13
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย	5-20	20	5	10.36	3.10
พฤติกรรมกรด้านการจัดการอารมณ์	5-20	20	9	14.26	2.38
พฤติกรรมกรสูบบุหรี่	5-20	17	5	13.07	2.70
พฤติกรรมกรดื่มสุรา	5-20	20	5	17.43	3.11
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวม	25-100	88	49	69.80	7.76

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเหมาะสม โดยร้อยละ 80 กินอาหารไขมันสูง กินอาหารรสหวานจัด กินอาหารแปรรูป และเติมน้ำตาลหรือน้ำปลาเพิ่มในมื้ออาหารบางครั้ง หรือไม่ปฏิบัติเลย ประมาณครึ่งหนึ่งกินผักและผลไม้เป็นประจำหรือบ่อยครั้ง สำหรับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย พบว่า ไม่เหมาะสมเนื่องจากมีเพียงร้อยละ 18 ที่ออกกำลังกายกล้ามเนื้อ และประมาณร้อยละ 10 มีการทำงานบ้านที่ใช้แรงเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายในระดับหนักและระดับปานกลางเป็นประจำน้อยมาก เพียงประมาณร้อยละ 2 สำหรับพฤติกรรมกรจัดการอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.3 มีพฤติกรรมไม่รับประทานยานอนหลับ ร้อยละ 55.9 ไม่เก็บกดปัญหาไว้คนเดียว และประมาณครึ่งหนึ่งมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน พุดคุย และปรับทุกข์สุขกับบุคคลใกล้ชิดบ่อยครั้ง หรือเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์ ไม่สูบบุหรี่เมื่อต้องการรู้สึกผ่อนคลาย ไม่สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียดหรือปัญหา อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างถึงประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และไม่หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่ และด้านพฤติกรรมกรดื่มสุรา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น เครียด แสดงความยินดี เมื่อรู้สึกผ่อนคลายหรือในเทศกาลต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 32.3 ที่ไม่ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่ม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่
และด้านการดื่มสุรา เป็นรายชื่อ (n = 195)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติน้อย
	บ่อยครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร				
กินอาหารไขมันสูง	6 (3.1)	19 (9.7)	112 (57.4)	58 (29.7)
กินอาหารรสหวานจัด	4 (2.1)	22 (11.3)	135 (69.2)	34 (17.4)
กินอาหารแปรรูป	5 (2.6)	18 (9.2)	112 (57.4)	19 (9.8)
เติมน้ำตาลหรือน้ำปลาเพิ่ม	13 (6.7)	37 (9.0)	105 (53.8)	40 (20.5)
กินผักและผลไม้	23 (11.8)	68 (34.9)	94 (48.2)	10 (5.1)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ออกกำลังกายกล้ามเนื้อ	35 (17.9)	61 (31.3)	73 (37.4)	26 (13.3)
ทำงานที่บ้านที่ใช้แรงเบา ๆ	27 (13.8)	55 (28.2)	74 (37.9)	39 (20.2)
ทำงานที่บ้านที่ใช้แรงมาก	21 (10.8)	47 (24.1)	71 (36.4)	56 (28.7)
ออกกำลังกายในระดับปานกลาง	3 (1.5)	33 (16.9)	59 (30.3)	100 (51.3)
ออกกำลังกายในระดับหนัก	4 (2.1)	18 (9.2)	70 (35.9)	103 (52.8)
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์				
มีวิธีคลายเครียดที่เหมาะสม	33 (16.9)	50 (25.6)	70 (35.9)	42 (21.5)
เวลาว่างหากิจกรรมที่เพลิดเพลินทำ	21 (10.8)	76 (39.0)	58 (29.7)	40 (20.5)
พูดคุย และปรับทุกข์สุขกับบุคคล ใกล้ชิด	12 (6.1)	70 (35.9)	84 (43.1)	29 (14.9)
ไม่รับประทานยานอนหลับ	139 (71.3)	45 (23.1)	9 (4.6)	2 (1.0)
ไม่เก็บกวดปัญหาไว้คนเดียว	109 (55.9)	78 (40.0)	5 (2.6)	3 (1.5)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมกรการสูบบุหรี่				
สูบเมื่อต้องการรู้สึกผ่อนคลาย	154 (79.0)	26 (13.3)	6 (3.1)	9 (4.6)
ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่	61 (31.3)	18 (9.2)	22 (11.3)	94 (48.2)
สูบเมื่อมีความเครียด/ ปัญหา	11 (5.6)	8 (4.1)	25 (12.8)	151 (77.4)
หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่	59 (30.3)	16 (8.2)	30 (15.4)	90 (46.2)
สูบเมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์	11 (5.6)	6 (3.1)	22 (11.3)	156 (80.0)
พฤติกรรมกรการดื่มสุรา				
ดื่มเมื่อต้องการรู้สึกผ่อนคลาย	8 (4.1)	10 (5.1)	23 (11.8)	154 (79.0)
ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่ม	94 (48.2)	18 (9.2)	20 (10.3)	63 (32.3)
ดื่มเมื่อมีความเครียด/ ปัญหา	9 (4.6)	6 (3.1)	18 (9.2)	162 (83.1)
ดื่มเมื่อต้องการแสดงความยินดี	5 (2.6)	6 (3.1)	28 (14.4)	156 (80.0)
ดื่มในเทศกาลต่าง ๆ	9 (4.6)	7 (3.6)	35 (17.9)	144 (73.8)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความพิการ การศึกษา ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมกรการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .478, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .390, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .263, p < .001$) ภาวะสุขภาพ ($r = .260, p < .001$) และเพศ ($r = .144, p = .045$) ส่วน การรับรู้อุปสรรค

ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.220, p = .002$) และอายุ ($r = -.151, p = .035$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว สำหรับการศึกษาศานภาพสมรส และระดับความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 195$)

ปัจจัยที่ศึกษา	r	p-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเองฯ	.478**	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคมฯ	.390**	< .001
การรับรู้ประโยชน์ฯ	.263**	< .001
ภาวะสุขภาพ	.260**	< .001
การรับรู้อุปสรรคฯ	-.220**	.002
อายุ	-.151*	.035
เพศ ^(p) (หญิง)	.144*	.045
สถานภาพสมรส ^(p) (คู่)	-.140	.051
การศึกษา	.135	.060
ระดับความพิการ	-.049	.976

^(p) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ที่มีระดับความพิการ 3-5 จำนวน 195 คน แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point bi-serial correlation coefficient) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .90, .90, .86, และ.77 ตามลำดับ สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 59.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.9 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 18 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 89 ปี และอายุเฉลี่ย 60.4 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.2 มีระดับความพิการที่ระดับ 3 ร้อยละ 83.6 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 โดยมีระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงมากที่สุด 16 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5.0 ประมาณครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.2 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 41.5 การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.3 (SD = 2.29)

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยองกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาโดยละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเหมาะสม โดยร้อยละ 80 กินอาหารกินอาหารไขมันสูง กินอาหารรสหวานจัด กินอาหารแปรรูป และเติมน้ำตาลหรือน้ำปลาเพิ่มในมื้ออาหารบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย ประมาณครึ่งหนึ่งกินผักและผลไม้เป็นประจำหรือบ่อยครั้ง สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ไม่เหมาะสมเนื่องจากมีเพียงร้อยละ 18 ที่ออกกำลังกายกล้ามเนื้อ และประมาณร้อยละ 10 มีการทำงานบ้านที่ใช้แรงเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายในระดับปานกลางและ

ระดับหนักเป็นประจำน้อยมาก เพียงประมาณร้อยละ 2 สำหรับพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.3 มีพฤติกรรมไม่รับประทานยานอนหลับ ร้อยละ 55.9 ไม่เก็บกดปัญหาไว้คนเดียว และประมาณครึ่งหนึ่งมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน พุดคุย และปรับทุกข์สุขกับบุคคลใกล้ชิดบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์ ไม่สูบบุหรี่เมื่อ ต้องการรู้สึกผ่อนคลายไม่สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียดหรือปัญหา อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างถึง ประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และไม่หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ในใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น เครียด แสดงความยินดี เมื่อรู้สึกผ่อนคลายหรือในเทศกาลต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ถึงร้อยละ 32.3 ที่ไม่ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่ม

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .478, p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .390, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .263, p < .001$) ภาวะสุขภาพ ($r = .260, p < .001$) และเพศ ($r = .144, p = .045$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.220, p = .002$) และอายุ ($r = -.151, p = .035$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ($r = .144, p = .045$) สำหรับสถานภาพสมรส ($r = -.140, p = .051$) การศึกษา ($r = .135, p = .060$) และระดับความพิการ ($r = -.049, p = .976$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่ค่อยเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และคิดว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และอาจเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อความพิการทางร่างกายที่เป็นอยู่ บางครั้งคิดว่าพิการแล้วจะออกกำลังกายไปทำไม (สร้อยสวรรค์ เกตุไทย, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาณิสรา ดิใหม่ (2551) ที่พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าคู่ม อำเภอบ้านค่าย จังหวัดลำพูนมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อายุและเพศ

2.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 9 ทั้งนี้เป็นเพราะการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเอง (Pender et al., 2011) เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมาย บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงแม้ว่าจะมีสิ่งขัดขวางต่าง ๆ เช่น การถูกชักชวน มีความเครียด แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบางอย่างได้ เช่น การเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์แต่ราคาแพง การออกกำลังกายที่ไม่มีเพื่อน การออกกำลังกายเมื่อเหนื่อยล้าหรือมีงานประจำมาก การศึกษาของ เณิม รัตนะ โสภา (2553) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ชรชรินทร์ ดันคงจำรัสกุล (2552) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการศึกษาของ Alexa and Heather (1994)

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 10 ทั้งนี้เป็นเพราะ ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน (Pender et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี (2558) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กัทรวรรณ คำดี (2555)

ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 7 ทั้งนี้เป็นเพราะ เมื่อบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ ถึงประโยชน์ที่จะ ได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ ปฏิบัติพฤติกรรม และยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์จึงเป็น แรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม (Pender et al., 2011) ในการศึกษา นี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกัน และลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ทำให้มีสุขภาพจิตดี และลดค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิม รัตนะ โสภากา (2553) ในผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ และการศึกษาของ จารุณี วารหัทส และอริสา จิตต์วิบูลย์ (2553) ในผู้สูงอายุจังหวัดสงขลาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคน พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 6 บุคคลจะบอกได้ว่าสุขภาพขณะนั้น ดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลจะเป็นผู้รับรู้และตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง และขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ภายในบุคคล พฤติกรรมและการปฏิบัติ การเปรียบเทียบคนในวัยเดียวกัน หรือ สถานการณ์เดียวกัน (Orem, 2001) คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพดีจึงมีความสามารถ ในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสามารถ ในการดูแลตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธเมษา หมั่นคำแสน (2542) และกชชุกร หว่างน่วม (2550) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

2.5 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 8 ทั้งนี้เป็นเพราะ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือเป็นสิ่งที่ มีอยู่จริง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อการรับรู้อุปสรรคมา ก็น่าจะยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Pender et al., 2011) ในการศึกษา นี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้

อุปสรรคด้านต่าง ๆ น้อย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังคงมีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารรสจืดไม่อร่อย การไม่กินอาหารมันเป็นเรื่องที่ทำยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซิดชนก ไชยกุล (2549) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม

2.6 อายุ

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ทั้งนี้เป็นเพราะ อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะและความสามารถในการรับรู้ การแปลความหมายและการตัดสินใจ อายุที่แตกต่างกันย่อมมีพัฒนาการความสามารถในการรับรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน อายุจึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะสูงสุดในผู้ใหญ่และอาจจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา วิชิตวาทิ (2534) พบว่า ผู้พิการที่สูญเสียแขนขาที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมดูแลตัวเองได้ดีกว่าผู้สูญเสียแขนขาที่มีอายุมากและการศึกษาของ เพ็ญประภา ไสวดี ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.7 เพศ

เพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้เป็นเพราะว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่ง que แสดงถึงค่านิยมที่แสดงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ สามารถบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางสังคมและเป็น ตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง (Pender et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธรรม จตุнам (2548) ที่พบว่า ผู้พิการทางการมองเห็นเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย เพราะ เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่าง มีความกังวลต่อความสุขในชีวิตสมรส จึงทำให้ต้องดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้อง กับรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่า เพศชาย ในเกือบทุกกลุ่มอายุ

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่

3.1 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 ทั้งนี้เป็นเพราะ ถึงแม้ว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีสถานภาพคู่ แต่คน โสด หม้าย/ หย่า/ แยก ก็ไม่ได้อยู่คนเดียวแต่ก็มีลูก หลาน

ญาติ-พี่น้อง คอยดูแล ช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศริน ประกอบธรรม (2548) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเป็นตัวแทนนายพุดดิกรรมสุภาพของข้าราชการเกษียณอายุในจังหวัดชลบุรี พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพุดดิกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3.2 การศึกษา

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพุดดิกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 ทั้งนี้เป็นเพราะ การศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 80 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้ไม่มีความหลากหลาย และส่งผลให้ไม่มีความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ จึงทำให้มีพุดดิกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาภรณ์ ชัดสี (2552) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทมีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาตนเองของคนพิการ

3.3 ระดับความพิการ

ระดับความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพุดดิกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความพิการระดับ 3 และ 4 ซึ่งหมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัวหรือ แขน ขา น้อยกว่า 2 ข้างหรือเพียง 2 ข้าง ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติพุดดิกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาภรณ์ ชัดสี (2552) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทมีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับความพิการไม่มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาตนเองของคนพิการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการออกกำลังกายในคนพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งไม่จำเป็น และอาจเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนต่อความพิการทางร่างกายที่เป็นอยู่ โดยแก้ไขความเชื่อที่ผิด รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจทางบวก
2. เนื่องจากปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพุดดิกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพุดดิกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพุดดิกรรม

สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อายุ และเพศ ดังนั้นจึงควรดำเนินการ ดังนี้

2.1 ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีการเสริมแรงโดยการพูดชักจูงหรือชื่นชม ให้กำลังใจ สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา รวมทั้งมีการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย

2.2 จัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้พูดคุยแสดงความคิดเห็น เพื่อค้นหาอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขความเชื่อที่ผิด

2.3 จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การเรียนรู้ด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม การเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้มากขึ้น

2.4 ให้ความสนใจและเฝ้าระวังพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพศชาย ผู้มีปัญหาลักษณะสุขภาพและอายุมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในคนพิการด้านอื่น ๆ เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหว แต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการในด้านอื่นอาจมีความแตกต่างกัน และควรศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2. ควรทำการศึกษาพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยเน้นการสร้าง ความมั่นใจในตนเอง เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

บรรณานุกรม

- กชชุกร หว่างนุ้ม. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา แอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2550-2552*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2549*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *คู่มือเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน*. กรุงเทพฯ: พรีเมียม เอ็กซ์เพรส.
- กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552). *คู่มือแนวทางการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ*. กรุงเทพฯ: กระทรวง สาธารณสุข.
- กัญญา ชื่นอรมณ. (2543). *รายงานวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. ลำปาง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบปาง.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- จารุณี จันทร์เปล่ง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารุณี วารหัส และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2553). *รายงานการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา*. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสงขลา.

- เฉลิม รัตนะโสภา. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้พิการจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชาญ สุปินะ. (2555). *บทบาทของเทศบาลนครปากเกร็ดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธรรม จตุนาม. (2548). *โครงการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสด้านสุขภาพของคนพิการทางการมองเห็นในสังคมไทยกับการเสริมสร้างสุขภาพกรณีศึกษาคนพิการทางการมองเห็นในจังหวัดนครปฐม*. กรุงเทพฯ: ออน อาร์ต ครีเอชั่น.
- บุศริน ประกอบธรรม. (2548). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุษยา สังขชาติ, อรวรรณ จันทวีเมือง และสุรีย์พร ชูแสง. (2555). *พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครสงขลา*. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- ปราณี ประไพวัชรพันธ์. (2551). *รายงานการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา*. นครราชสีมา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ปาณิสดา ดีใหม่. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าต๋ม อำเภอบ้านฝาง จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรนภา เจริญสันต์. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการทางการกาย และการเคลื่อนไหวในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิชัย ใฝ่พงษ์. (2554). *การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของเทศบาลตำบลไทรย้อย จังหวัดพิจิตร*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการปกครอง, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น,

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพชรชรินทร์ ต้นคงจำรัสกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้พิการ:*

กรณีศึกษาเขตเทศบาลเมืองพิจิตร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2534. (2537, 28 กรกฎาคม 2537).

ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 11-13.

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พุทธศักราช 2550. (2550, 27 กันยายน 2550).

ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-24.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550.

(2550, 29 พฤษภาคม 2552)

ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 2-5. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (27 กันยายน 2550).

ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8-10.

พฤษเมษา หมั่นคำแสน. (2542). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*

ชาวกะเหรี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญประภา ไสวดี. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการ*

ทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภัทรวรรณ คำดี. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัด*

อำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

มัทนา อินทร์แพง. (2543). *พฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของ*

ผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัชรินทร์ จิตตกุลเสนา. (2552). *การวิเคราะห์และจัดสวัสดิการผู้พิการ: กรณีศึกษาองค์การบริหาร*

ส่วนตำบลบ้านโนนค อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. รายงานการศึกษาดูงาน

รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วิภากรณ์ ชัดสี. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วุฒิชัย แพงจ้อย. (2553). *แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*. รายงานการศึกษา อิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัย การปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2551). *3 คนพิการ 3 ชะตากรรมกับ โอกาสแห่งชีวิตที่ศูนย์สิรินธร*. เข้าถึงได้จาก http://newsnit_net-460016.htm.
- สร้อยสวรรค์ เกตุไทย. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนพิการ ทางไกลเลื่อนไหว ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันชัยญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือหลักสูตร smart camp การเลิกสูบบุหรี่*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *รายงานความพิการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปผลจำนวนคนพิการ จากการศึกษางานสถิติการศึกษาและ ทักษะคดี*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษา กองสำรวจประชากร สำนักงานสถิติ แห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *รายงานการสำรวจสาเหตุความพิการ พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *รายงานการสำรวจสาเหตุความพิการ พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระยอง. (2557). *ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคน พิการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557*. ระยอง: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดระยอง.

- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และ ผู้สูงอายุ. (2550). *ระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความพิการ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2557). *ข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2557*. เข้าถึงได้จาก http://ecard.nep.go.th/nep_all/stat.php?view=nep
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2554). *รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2554*. ระยอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2555). *รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2555*. ระยอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2557). *รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2557*. ระยอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง.
- เสาวภา วิจิตวาทิ. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรักษ์ วิสุทท์อาภรณ์, สายัณห์ ศรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล. (2550). *ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 18(2), 8-15.
- อรสรวง บุญนาค. (2545). *เส้นทางแห่งสิทธิและความเท่าเทียมบนถนนสาย “คนพิการ”*. *วารสารวิจัยเพื่อคนพิการ*, 1(7), 50-57.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุณีย์ ละคำปิ่น และขวัญใจ อำนวยเชื้อสัตย์. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนและการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎี*. กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- อัฐมา โภคาพานิชวงษ์. (2549). *ภาพสะท้อนและเรื่องเล่า “ความพิการ” ของผู้พิการในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์.
- อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Denise F. Polit , Cheryl Tatano Beck, 2008 *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *Nursing Clinicals of North American*, 26(4), 815-832.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th /ed.). New Jersey: Pearson/ Prentice Hall.
- Token, Y., Akyol, A. D., & Argon, G. (2007). The relationship between disability and self-care agency of Turkish people with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 44-50.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby-year book.
- Ovayolu, O. U, Ovayolu, N., & Karadag, G. (2011). The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 101-110.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Disability and rehabilitation: WHO Action plan 2006-2011*. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พินามณัชปฎน โฉมทอง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นายแพทย์สุนทร เจริญภูมิการกิจ แพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
5. นางบรรเจิดลักษณ์ จงนันทนาวิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับมา อำเภอเมือง จังหวัดระยอง



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๕๕๗

วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริ

ด้วย นางกรธิดา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ทอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๕๖๖

วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิชามณูช ปุณโณทก

ด้วย นางภรธิดา พงศ์พนัส นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๕๐๙

วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

ด้วย นางกรธิดา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับกรวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขอเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้เกียรติเป็นผู้ตรวจสอบฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๕๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
จ.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ กันยายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางกรธิดา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ คนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจาก นายแพทย์สุนทร เจริญภูมิการกิจ และพยาบาลวิชาชีพบรรเจิดลักษณ์ จงนันทวานิชย์ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖

โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๑ - ๘๖๒-๑๔๒๔

ภาคผนวก ข

สำเนาแบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
Factors Related to Health-promoting Behaviors among People with Physical Disabilities in Bankhai District Rayong Province

ชื่อนิติ นางกรธิดา หงษ์พันธ์

รหัสประจำตัวนิสิต 52920218 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

- คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 09 - 2558 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ
- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 195 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
 - 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
 - 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-09-2558

ชื่อผู้วิจัย นางกรรชิตา พงศ์พนัส

ดิฉันนางกรรชิตา พงศ์พนัส กำลังทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสุ่มเลือกคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งท่านเป็นหนึ่งที่ได้รับการสุ่มเลือก จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านต้องให้ข้อมูล โดยการให้สัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีการกำหนดเป็นเลขรหัสแทนชื่อ สกุล ผลการวิจัยที่ได้จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่มในภาพรวม มิได้มีการรายงานเป็นรายบุคคลและการเข้าร่วมการวิจัย เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิที่ท่านจะได้รับ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของท่านทั้งสิ้น หากท่านยินดี ให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ขอความกรุณาลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ในกรณีที่ท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 081-862-1429 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภาหอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 085-103-8448

นางภรธิดา พงศ์พนัส
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ
คนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมี
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางกรรชิตา พงศ์พันธ์.....)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่าง
ตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่
() หย่า () หม้าย
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ปวช/ ปวส/ อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
รวมจำนวนปีที่ศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงระดับการศึกษาสูงสุด..... ปี
5. อาชีพหลักในปัจจุบัน
() รับจ้าง () เกษตรกรรม
() ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย
() พนักงานบริษัท () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() อื่น ๆ ระบุ.....
6. ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() อยู่คนเดียว () คู่สมรส
() ญาติ-พี่น้อง () พ่อ-แม่
() เพื่อน () อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระดับความพิการ (แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ประเมิน)
() ระดับ 3 () ระดับ 4
() ระดับ 5

8. ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงที่อยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ปลายสุดด้านซ้ายมือ มีคะแนนเป็น 0 คือ สุขภาพไม่ดีและปลายสุดด้านขวามือมีคะแนนเป็น 10 คือ สุขภาพดีมาก เมื่อท่านพิจารณาระหว่างตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุดไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกผิดเนื่องจากเป็นความรู้สึกที่ท่านมีต่อสุขภาพของท่าน

8.1 ความสมบูรณ์ของสุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ดี									ดีมาก

8.2 ท่านพึงพอใจกับสุขภาพของท่านเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่พอใจ									พอใจมาก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 2.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับการรับรู้ประโยชน์			
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. การรับประทานอาหารรสจืดช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้				
2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจได้				
15. การไม่ดื่มสุราทำให้ท่านสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย				

ส่วนที่ 2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	การรับรู้อุปสรรค			
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. การรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน เป็นเรื่องที่ยุ่ยาก				
2. การรับประทานอาหารรสจืด ทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย				
15. การดื่มสุรา ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				

ส่วนที่ 2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด

เพียงข้อเดียว

มากที่สุด หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้แน่นอนที่สุด

มาก หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้แน่นอน

น้อย หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้เพียงบางส่วน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้

ข้อความ	ระดับการรับรู้ความสามารถ			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ท่านมั่นใจว่าท่านจะสามารถ...				
1. รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ได้แม้จะต้อง จัดหารับประทานเอง				
2. รับประทานอาหารรสจัดได้ แม้รสชาติ จะไม่อร่อย				
15. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้แม้เป็นช่วงเทศกาล หรืองานเลี้ยงฉลองต่าง ๆ				

ส่วนที่ 2.4 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก

น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับการสนับสนุน			
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. สมาชิกในครอบครัวดูแลให้ท่านบริโภคอาหารที่มีประโยชน์				
2. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านออกกำลังกาย				
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว
 ปฏิบัติประจำ หมายถึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือทำ 5-6 วัน/ สัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนน้อย หรือทำ 2-4 วัน/ สัปดาห์
 ปฏิบัติน้อยครั้ง/ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยหรือทำ 1 วัน/ สัปดาห์

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติบางครั้ง (2)	ปฏิบัติ น้อยครั้ง/ ไม่ปฏิบัติ (1)
พฤติกรรมบริโภคอาหาร				
1. ท่านกินอาหารที่ไขมันสูงเช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง				
2. ท่านกินอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้				

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติ ประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ น้อยครั้ง/ ไม่ปฏิบัติ (1)
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย 6. ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขนแกว่งขาเกร็งข้อมือเกร็งข้อเท้า				
10. ท่านออกกำลังกายในระดับหนัก เช่น วิ่ง เดิน แอโรบิค จักรยาน เคลื่อนวีลแชร์อย่างรวดเร็ว เดินด้วยไม้ค้ำยัน (ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรง และเร็ว)				
พฤติกรรมกรจัดการอารมณ์ 11. เมื่อท่านรู้สึกเครียด/กังวลใจท่านมีวิธีการคลายความเครียดที่เหมาะสม เช่น สวดมนต์ ออกกำลังกาย ฯลฯ				
15. ท่านเก็บกดปัญหาไว้คนเดียว				
พฤติกรรมกรสูบบุหรี่ 16. ท่านสูบบุหรี่เมื่อต้องการรู้สึกผ่อนคลาย				
20. ท่านสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์				
พฤติกรรมกรดื่มสุรา 21. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เมื่อต้องการรู้สึกผ่อนคลาย				
25. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเทศกาลต่างๆ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์				

ภาคผนวก ง

สำเนาหนังสือการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ ๒๖๐๗/ ๓๑๓๔



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาขัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางกรธิดา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๓๐ ราย ณ ชุมชนในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลตาขัน ระหว่างวันที่ ๗ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๙๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๑-๘๖๒๑๔๒๙

ที่ ศธ ๖๖๐๓/ ๓๑๓๓)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองส์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางกรธิดา พงศ์พนัส นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๔๕ ราย ณ ชุมชนในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๑-๘๖๒๑๘๒๙

ที่ ศธ ๖๖๐๓/ ๓๑๓๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองบัว

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางภรธิตา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๔๗ ราย ณ ชุมชนในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจจี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๓-๘๖๒๑๔๒๙

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๓๑๓๒

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๓๓๑

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลชากบก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางภรธิดา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการเคลื่อนไหว จำนวน ๗๐ ราย ณ ชุมชนในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลชากบก ระหว่างวันที่ ๓ - ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๓๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๓-๘๖๒๑๔๒๙

ที่ ศธ ๒๖๐๓/ ๓๑๓๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองตะพาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางกรรติดา พงศ์พันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตเผยแพร่จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทาง การเคลื่อนไหว จำนวน ๓๓ ราย ณ ชุมชนในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองตะพาน ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๘๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๑-๘๖๒๑๘๒๙

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ตัวแปรต้นรายข้อ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพ เป็นรายชื่อ (n = 195)

การรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
1. กินอาหารรสจัดป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงได้	81(41.5)	109(55.9)	3(1.5)	2(1.0)
2. กินอาหารไขมันต่ำ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดและหัวใจได้	86(44.1)	105(53.5)	3(1.5)	1(0.5)
3. ไม่กินอาหารรสหวานจัด ทำให้ลดความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวานได้	88(45.1)	104(53.3)	2(1.0)	1(0.5)
4. การออกกำลังกายทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง	82(42.1)	111(56.9)	2(1.0)	0 (0)
5. การออกกำลังกายสามารถป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ได้	80(41.0)	112(57.4)	3(1.5)	0 (0)
6. การออกกำลังกาย สามารถป้องกันโรคข้อคิดใน คนพิการได้	78(40.0)	113(57.9)	4(2.1)	0 (0)
7. มีอารมณ์แจ่มใส ทำให้สัมพันธ์ภาพกับคนรอบ ข้างดีขึ้น	100(51.3)	94(48.2)	0 (0)	1(0.5)
8. ไม่เครียด/ไม่กังวลใจ ทำให้อนอนหลับพักผ่อนได้ เต็มที่	103(52.8)	92(47.2)	0 (0)	0 (0)
9. ไม่เครียดทำให้มีสุขภาพดี	97(49.7)	98(50.3)	0 (0)	0 (0)
10. ไม่สูบบุหรี่ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น โรคมะเร็ง	94(48.2)	94(48.2)	1(0.5)	6(3.1)
11. ไม่สูบบุหรี่ทำให้สุขภาพแข็งแรง	89(45.6)	100(51.3)	1(0.5)	5(2.6)
12. ไม่สูบบุหรี่ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย	99(50.8)	89(45.6)	1(0.5)	6(3.1)
13. ไม่ดื่มสุราทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ แข็งได้	97(49.7)	93(47.7)	0 (0)	5(2.6)
14. ไม่ดื่มสุราทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย	96(49.2)	92(47.2)	1(0.5)	6(3.1)
15. ไม่ดื่มสุราทำให้สุขภาพแข็งแรง	90(46.2)	96(49.2)	4(2.1)	5(2.6)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพ เป็นรายข้อ (n = 195)

การรับรู้อุปสรรคของ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
1. กินผักและผลไม้ทุกวันเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	7(3.6)	41(21.0)	107(54.9)	40(20.5)
2. กินอาหารรสจัด ทำให้ไม่อร่อย	17(8.7)	79(40.5)	74(37.9)	25(12.8)
3. ไม่กินอาหารมัน เป็นเรื่องที่ทำไต่ยาก	10(5.1)	79(40.5)	78(40.0)	28(14.4)
4. การออกกำลังกาย ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3(1.5)	23(11.8)	89(45.6)	80(41.0)
5. การออกกำลังกายทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าเกินไป	7(3.6)	28(14.4)	108(55.4)	52(26.7)
6. การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นการเสียเวลา	3(1.5)	18(9.2)	94(48.2)	80(41.0)
7. การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องที่ทำ ไต่ยาก	9(4.6)	42(21.5)	108(55.4)	36(18.5)
8. การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อเกิด ความเครียดเป็นเรื่องที่น่าอาย	4(2.1)	34(17.4)	117(60.0)	40(20.5)
9. ไม่รู้วิธีที่จะจัดการกับความเครียด	6(3.1)	43(22.1)	101(51.8)	45(23.1)
10. ไม่สูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำไต่ยาก	8(4.1)	33(16.9)	69(35.4)	85(43.6)
11. ปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อถูกชักชวน ทำให้เข้า สังคมกับเพื่อนได้น้อยลง	10(5.1)	16(8.2)	78(40.0)	91(46.7)
12. สูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	69(35.4)	77(39.5)	28(14.4)	21(10.8)
13. ไม่ดื่มสุราเป็นเรื่องที่ทำไต่ยาก	9(4.6)	25(12.8)	78(40.0)	83(42.6)
14. ปฏิเสธการดื่มสุราเมื่อถูกชักชวน ทำให้เข้า สังคมกับเพื่อนได้น้อยลง	11(5.6)	22(11.3)	77(39.5)	85(43.6)
15. การดื่มสุรา ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	68(34.9)	79(40.5)	21(10.8)	27(13.8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นรายชื่อ (n = 195)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
ท่านมั่นใจว่าท่านจะสามารถ...				
1. กินผักและผลไม้ทุกวันได้ แม้จะต้องจัดหามา รับประทานเอง	16(8.2)	108(55.4)	58(29.7)	13(6.7)
2. กินอาหารรสจัดได้ แม้จะไม่อร่อย	10(5.1)	121(62.1)	56(28.7)	8(4.1)
3. เลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพกิน ได้ แม้จะมีราคาแพง	5(2.6)	56(28.7)	109(55.9)	25(12.8)
4. ออกกำลังกายได้ แม้ไม่มีเพื่อน	9(4.6)	69(35.4)	72(36.9)	45(23.1)
5. ออกกำลังกายได้ แม้จะรู้สึกเหนื่อยล้า จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5(2.6)	60(30.8)	87(44.6)	43(22.1)
6. ออกกำลังกายเป็นประจำได้ แม้จะมีงาน ประจำมาก	6(3.1)	57(29.2)	84(43.1)	48(24.6)
7. พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง แม้จะมีเรื่องวิตกกังวลอยู่	14(7.2)	89(45.6)	74(37.9)	18(9.2)
8. มีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม แม้จะมีปัญหารุนแรงก็ตาม	4(2.1)	88(45.1)	81(41.5)	22(11.3)
9. แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เมื่อมีปัญหา	8(4.1)	79(40.5)	82(42.1)	26(13.3)
10. ไม่สูบบุหรี่ได้ แม้จะถูกเพื่อนชวน	80(41.0)	70(35.9)	16(8.2)	29(14.9)
11. ไม่สูบบุหรี่ได้ แม้จะมีเรื่องวิตกกังวล/ เครียด	82(42.1)	67(34.4)	18(9.2)	28(14.4)
12. ไม่สูบบุหรี่ได้แม้คนรอบข้างท่านส่วนใหญ่ สูบบุหรี่	83(42.6)	72(36.9)	15(7.7)	25(12.8)
13. ไม่ดื่มสุราได้ แม้จะถูกเพื่อนชวน	80(41.0)	73(37.4)	15(7.7)	27(13.8)
14. ไม่ดื่มสุราได้ แม้จะมีเรื่องวิตกกังวล/เครียด	81(41.5)	72(36.9)	16(8.2)	26(13.3)
15. ไม่ดื่มสุราได้ในสถานการณ์ต่างๆ	79(40.5)	68(34.9)	23(11.8)	25(12.8)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นรายข้อ (n = 195)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. สมาชิกในครอบครัวดูแลให้บริโภค อาหารที่มีประโยชน์	58(29.7)	99(50.8)	26(13.3)	12(6.2)
2. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ ออกกำลังกาย	50(25.6)	105(53.8)	26(13.3)	14(7.2)
3. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ ในการดำเนินชีวิต	77(39.5)	94(48.2)	17(8.7)	7(3.6)
4. สมาชิกในครอบครัว สนับสนุนให้ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	79(40.5)	85(43.6)	11(5.6)	20(10.3)
5. สมาชิกในครอบครัว สนับสนุนให้ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา	78(40.0)	87(44.6)	10(5.1)	20(10.3)
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ บริโภคอาหารที่มีประโยชน์	85(43.6)	89(45.6)	4(2.1)	17(8.7)
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ ออกกำลังกาย	88(45.1)	83(42.6)	7(3.6)	17(8.7)
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กำลังใจ ในการดำเนินชีวิต	76(39.0)	95(48.7)	6(3.1)	18(9.2)
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	77(39.5)	93(47.7)	7(3.6)	18(9.2)
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา	81(41.5)	87(44.6)	10(5.1)	17(8.7)