

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
- 2) แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
- 3) แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- 4) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

2.1.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีการให้ความหมายของทัศนคติในหลาย ๆ แบบ ซึ่งแต่ละแบบอาจจะมีข้อแตกต่างกันบ้าง เกี่ยวกับความหมายของคำว่า ทัศนคติ

Webeter's New Twentieth Century Dictionary (1971: 122) ได้ให้คำจำกัดความของ คำว่าทัศนคติไว้หลายประการ ได้แก่

- (1) ท่าทีหรือสภาวะของบุคคลที่แสดงออกมาหรือมุ่งที่จะแสดงถึงสภาพการณ์เกี่ยวกับจิตใจ ความรู้สึก และอารมณ์
- (2) ลักษณะท่าทางที่แสดงออก ความรู้สึก หรือความคิดซึ่งแสดงถึงอารมณ์ ความคิดเห็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง
- (3) ความโน้มเอียงหรือความคิดเห็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นต้น

Allport ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า ทัศนคติหมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (W. Gordon Allport, 1935: 810)

Milton Rokeach (1970: 112) อธิบายว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของการเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

Foster (1952: 119) ได้สรุปแนวความคิดเกี่ยวกับการเกิดทัศนคติว่าขึ้นอยู่กับสาเหตุ 2 ประการ คือ

(1) ประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์ ทัศนคติที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลมาจากการได้พบ ได้เห็น ได้คุ้นเคย ทดลอง เป็นต้น ถือได้ว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง (Direct - Experiences) และโดยการได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นรูปภาพหรือได้ผ่านเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ แต่ไม่ได้พบเห็นและไม่ได้ทดลองกับของจริงด้วยตนเอง ถือได้ว่าเป็นประสบการณ์โดยอ้อม (Indirect - Experiences) เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้และการเข้าใจ (Cognition) ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งทางแง่ดีและไม่ดี ดังนั้น บุคคลจะไม่มีทัศนคติต่อสิ่งที่เขาไม่เคยมีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

(2) ค่านิยมและการตัดสินใจ ค่านิยม เนื่องจากกลุ่มชนแต่ละกลุ่มมีค่านิยมและตัดสินใจ ค่านิยมไม่เหมือนกัน คนแต่ละกลุ่มอาจมีทัศนคติต่อสิ่งเดียวกันแตกต่างกันก็ได้ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งย่อมขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ค่านิยม หรือมาตรฐานของกลุ่มที่บุคคลนั้นร่วมใช้ชีวิตอยู่

Fishbein (1952: 119) ได้ให้คำจำกัดความว่า ทัศนคติ คือ ความโน้มเอียงซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ที่จะแสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทางสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนทัศนคติเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม และทัศนคติเป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

เชคส์คัล โนวาสินท์ (2520) สรุปว่าทัศนคติหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเรานั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศหนึ่ง อาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการอบรมเรียนรู้ระเบียบวิธีสังคม

โสภา ชูพิกุลชัย (2521: 15 - 16) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นการรวบรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น และความจริง รวมทั้งความรู้สึกซึ่งเราเรียกเป็นการประเมินค่าทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพันกันและจะบรรยายให้ทราบถึงจุดแกนกลางของวัตถุนั้นๆ ความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมชนิดใดชนิดหนึ่งขึ้น

ณรงค์ สิ้นสวัสดิ์ (2518: 4 - 7) ให้ความหมายว่า ทักษะคิดคือ การที่บุคคลคิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือคนใดคนหนึ่ง หรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในทำนองที่ว่าดีหรือสมควรหรือไม่ควร ทักษะคิดมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ หลากสิ่งหลายอย่าง เป็นต้นว่า ความเชื่อ (Belief) ค่านิยม (Values) บุคลิกภาพ (Personality) และความคิดเห็น (Opinion) ความเชื่อ ค่านิยม บุคคลบวกกับสิ่งกระตุ้นจะมีอิทธิพลต่อทักษะคิดและพฤติกรรมของมนุษย์

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520: 3) ได้สรุปคำว่าจำกัดความของคำว่าทักษะคิดไว้รวมๆ ดังนี้ ทักษะคิดเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

เฉลิมชัย ผิวเรืองนนท์ (2522: 11) ทักษะคิดที่ก่อขึ้นในจิตใจของคนนั้นจะต้องได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมหลายอย่าง นับตั้งแต่ประสบการณ์ในอดีต การรับฟังข่าวสารจากภายนอก การเรียนรู้และการจดจำสิ่งต่างๆ แล้วนำมาผสมผสานกันจนเกิดทักษะคิดขึ้นในรูปของนามธรรมจับต้องหรือมองเห็นไม่ได้ แต่จะทราบทักษะคิดที่เกิดขึ้นได้โดยการอ่านข้อความที่เขาเขียน ฟังถ้อยคำที่เขาพูด พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมที่เขาแสดงออกมา การทราบทักษะคิดของบุคคลช่วยให้เราสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลได้เป็นส่วนใหญ่ เพราะทักษะคิดคงเส้นคงวา (Consistency) เปลี่ยนแปลงได้ยาก ดังนั้น การศึกษาทักษะคิดจึงเป็นประโยชน์มาก

พัชนี วรกวิน (2524) ได้ให้ความหมายของทักษะคิดไว้ว่า ทักษะคิด คือ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ หรือแนวโน้มที่พร้อมจะกระทำต่อสิ่งแวดลอมในการตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ว่า ทักษะคิด หมายถึง ความพร้อมในการแสดงออกด้านความรู้สึกหรือความเชื่อที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งทั้งในทางบวกหรือลบ หรืออาจจะเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธซึ่งมีผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา

2.1.2 องค์ประกอบของทัศนคติ (พรพิมล วรวิฑูรทพงศ์, 2528: 83 - 85)

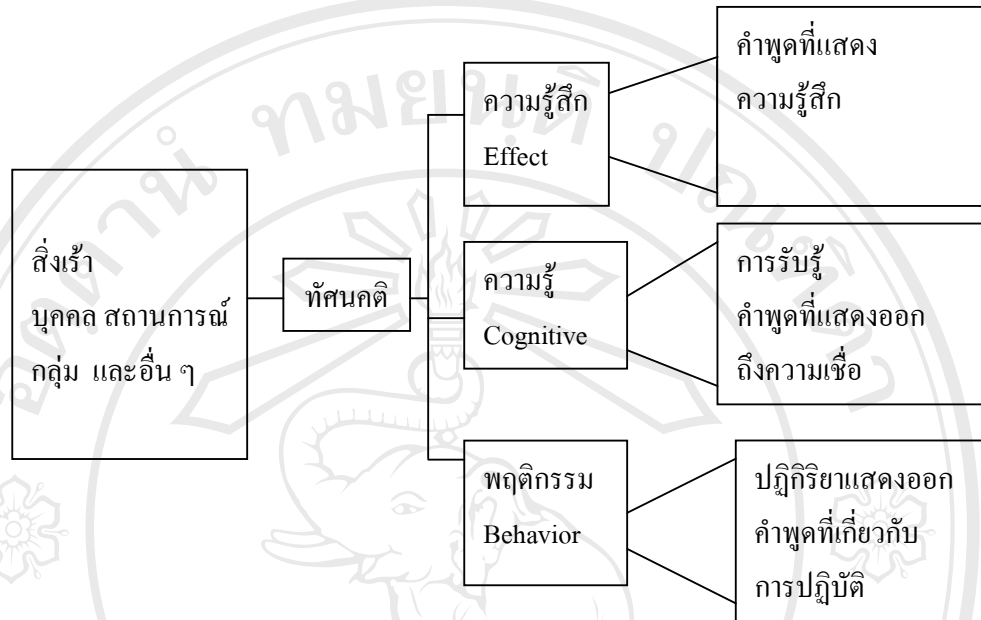
จากความหมายของทัศนคติ ซึ่งนักจิตวิทยาสังคมได้ให้ความหมายไว้ นั่นแสดงให้ทราบว่ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งโดยทั่วไปจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

(1) องค์ประกอบทางด้านความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Component or Beliefs) องค์ประกอบทางด้านความรู้เป็นความเข้าใจ รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เราจะมีทัศนคติต่อว่าดีมีประโยชน์หรือเลวมีโทษและมีองค์ประกอบแรกของการมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ ถ้าเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นๆเลย เราจะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นไม่ได้ ความรู้หรือความเชื่อนี้เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แล้วจึงเข้ามาอิทธิพลต่อการตีความสิ่งต่างๆ ของบุคคล ความรู้หรือความเชื่อนี้อาจถูกหรือผิดก็ได้ เราไม่คำนึงถึงความถูกต้องของสิ่งที่เราเชื่อ

(2) องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affection Component) เป็นการแสดงความรู้สึกหรืออารมณ์ต่อสิ่งที่บุคคลมีทัศนคติ สิ่งที่จะเป็นสิ่งที่ชี้ขาดว่าบุคคลมีความรู้สึกหรืออารมณ์อย่างไรต่อ สิ่งที่เขามีทัศนคติคือ ความเชื่อ ประสบการณ์ หรืออารมณ์อื่นๆ ที่มาผลักดันโดยบุคคลไม่รู้ตัว บางครั้งบุคคลอาจแสดงความรู้สึกทางลบต่อบางสิ่งบางอย่าง โดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้สึกรู้ตัว ทั้งนี้เกิดจากความคับแค้นใจที่บุคคลเก็บไว้ในจิตใจสำนึกและไม่ทราบว่ามีความสัมพันธ์กับทัศนคติของเขาอย่างไร

(3) องค์ประกอบทางด้านความพร้อมที่จะแสดงออก (Behavioral Component or Actions) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายของทัศนคติเป็นความพร้อมต่อสิ่งที่ตนมีทัศนคติ การแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งที่บุคคลมีทัศนคติได้รับอิทธิพลจากความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกริยาอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น

จากองค์ประกอบของทัศนคติที่กล่าวมา เราจะเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แหล่งที่มา: Triandis (1971: 3)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เชิงประเมินค่าความรู้สึกต่อสิ่งนั้นและความพร้อมที่จะกระทำจะมีความสัมพันธ์กันอย่างสอดคล้องแต่โดยทั่วไปแล้วสิ่งที่เราสังเกตได้หรือสามารถสะท้อนให้ทราบถึงทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ คือ การแสดงออกของบุคคลหรือพฤติกรรม พฤติกรรมนี้เป็นส่วนที่ต่อเนื่องจากองค์ประกอบที่สาม คือ ความพร้อมที่จะกระทำ (พรพิมล วรวุฒิปุทธพงศ์, 2528: 85)

2.1.3 การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติทำได้โดยการประมาณค่าทัศนคติ (Rating Scale) ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำการวัดทัศนคติโดยวิธี Summated Scale หรือ Likert Method (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520: 27 - 28) วิธีการนี้สร้างขึ้นโดย Rensis Likert โดยมีกระบวนการของการสร้างข้อความ (Attitude Statements) ขึ้นมาหลายๆ ข้อความให้ครอบคลุมหัวข้อที่เราจะศึกษา การตอบคำถามนี้จะมีข้อให้เลือกคือ

- 1) เห็นด้วยอย่างมาก
- 2) เห็นด้วย
- 3) ไม่แน่ใจ
- 4) ไม่เห็นด้วย
- 5) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

ส่วนการให้คะแนนนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นด้านบวกหรือด้านลบ (Positive or Negative Statement)

ในการศึกษาทัศนคติของผู้พิการครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะวัดถึงความรู้สึกของผู้พิการที่มีต่อการออกกำลังกาย โดยอ้างอิงจากวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นความคิดเห็น ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อของผู้พิการต่อการออกกำลังกาย

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

2.2.1 ความหมายของคนพิการ

จอร์จตัน ฟ่องแพ้ว (ม.ป.ป.: 20 - 21) ได้รวบรวมนิยามของคำว่า “คนพิการ” ไว้ดังนี้ องค์การสหประชาชาติให้ความหมาย “คนพิการ” ว่า คือ บุคคลผู้มีความพิการตลอดไป และพิสูจน์ได้ชัดเจน จะพิการในลักษณะใดก็ตาม ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ หรือสูญเสียความสามารถในการทำงาน

องค์การกรรมระหว่างประเทศ (ILO) ให้ความหมาย “คนพิการ” ว่า หมายถึง บุคคลซึ่งเสื่อมสมรรถภาพและโอกาสที่จะทำงานประกอบอาชีพ อันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ

นักวิชาการด้านการศึกษาให้ความหมาย “คนพิการ” ว่า หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย สมอง และจิตใจ อันเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างคนปกติ ได้แก่ คนพิการทางร่างกายและสุขภาพ คนตาบอด คนหูหนวก คนปัญญาอ่อน เป็นต้น

คนพิการ ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 คำว่า “พิการ” หมายถึง เสียอวัยวะมีแขน ขา เป็นต้น เสียไปจากสภาพเดิม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับคนพิการไว้แตกต่างจากผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 3 อย่างคือ

(1) ความบกพร่อง (Impairment) คือความสูญเสียหรือความผิดปกติทางจิต ทางร่างกาย หรือโครงสร้างทางสรีรวิทยา หรือการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ

(2) ความพิการ (Disability) คือข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถ (อันเป็นผลมาจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ) ที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในลักษณะท่าทีหรือในระดับที่ถือว่าเป็นปกติสำหรับคนทั่ว ๆ ไป

(3) ความเสียเปรียบ (Handicap) คือการเสียโอกาสของบุคคลใด ๆ อันเป็นผลมาจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตหรือความพิการอันเป็นข้อจำกัดหรือขัดขวางบุคคลนั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถกระทำสิ่งที่เป็นปกติธรรมดา ตามอายุ เพศ ตามสภาพแวดล้อมของสังคม และวัฒนธรรมของบุคคลผู้นั้น ได้ทำให้เขาถูกจำกัดโอกาสที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างเต็มที่ และเสมอภาคกับบุคคลอื่น ๆ

นอกจากนี้ นักวิชาการยังได้แบ่งคนพิการออกตามลักษณะเป็น 3 ประเภท คือ

(1) คนพิการทางร่างกาย ได้แก่ คนตาบอด คนหูหนวก คนเป็นใบ้ คนพิการแขนขา ลำตัว

(2) คนพิการทางสมองและสติปัญญา ได้แก่ คนสติปัญญาอ่อน คนสมองพิการ

(3) คนพิการทางสังคม ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจและไม่ยอมรับ เช่น หญิงโสเภณี ขอทาน เกย์ เป็นต้น

นักวิชาการด้านการแพทย์ให้ความหมาย “คนพิการ” คือ ผู้ซึ่งมีความบกพร่องหรือสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในการกระทำกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ การประกอบอาชีพ และมีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เหมือนอย่างคนปกติ

กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้แบ่งประเภทของคนพิการไว้ ดังนี้ (กรมประชาสัมพันธ์, 2537: 11 - 12)

(1) คนพิการทางการมองเห็น

(2) คนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย

(3) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

- (4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- (5) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

นอกจากนี้ กฎกระทรวงฉบับดังกล่าว ยังได้ให้ความหมายของคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ไว้ดังนี้ (กรมประชาสัมพันธ์, 2537: 12)

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คือ คนที่ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือ คนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัวอันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน หรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

การกำหนดประเภทของการสูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดและประเภทของความพิการ บางประเภทวัดได้ยาก บางประเภทวัดได้ง่าย โดยปกติแล้วการกำหนดประเภทของความพิการ มีการกำหนดไว้ดังนี้ (ศูนย์พัฒนาการศึกษาแห่งชาติของประเทศไทย, 2529: 32 - 36)

- | | | |
|-------------|-------------|-------------------------|
| (1) แขนขาด | หมายความว่า | ขาดตั้งแต่ข้อศอกขึ้นมา |
| (2) ขาขาด | หมายความว่า | ขาดตั้งแต่หัวเข่าขึ้นมา |
| (3) มือขาด | หมายความว่า | ขาดตั้งแต่ข้อมือขึ้นมา |
| (4) นิ้วขาด | หมายความว่า | ขาดอย่างน้อยหนึ่งข้อมือ |
| (5) เท้าขาด | หมายความว่า | ขาดตั้งแต่ข้อเท้าขึ้นมา |

สูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่า หมายความว่า ไม่สามารถมองเห็นอักษรแผ่นป้ายวัดสายตามาตรฐานได้ในระยะห่างจากป้ายสามเมตร ในขณะที่คนตาปกติสามารถมองเห็นได้ในระยะห่างหกสิบเมตร สูญเสียความสามารถในการใช้ตาสองข้างร่วมกัน (Binocular Vision) หมายความว่า เมื่อใช้ตาข้างที่ไม่ปกติร่วมกับตาอีกข้างหนึ่งแล้ว ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างคนปกติ และถือว่าเป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นของตาข้างที่ไม่ปกตินั้น อวัยวะส่วนใดขาดหมายความว่ารวมถึงการที่อวัยวะส่วนนั้นเสียสมรรถภาพในการทำงานโดยสิ้นเชิง ซึ่งไม่สามารถจะรักษาให้หายเป็นปกติได้กรณีนิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่นอีกสองนิ้วขึ้นไปของมือข้างเดียวกัน หรือมืออื่นอีกสี่นิ้ว นอกเหนือจากนิ้วหัวแม่มือจากมือข้างเดียวกันขาด ให้ถือว่าสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานโดยสิ้นเชิง

การจัดประเภทคนพิการอาจพิจารณาจากเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (สำนักงานกองทุนเงิน
ทดแทน, 2529: 132)

1) สาเหตุของความพิการ อันได้แก่

- (1) ความพิการแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นในวัยเด็ก
- (2) ความพิการจากสงคราม
- (3) อุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม หรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

- (4) อุบัติเหตุในท้องถนน ในบ้าน และขณะเล่นกีฬา
- (5) ความเจ็บป่วยหรือโรค

2) ลักษณะของความพิการ ได้แก่

- (1) เกี่ยวกับกระดูก
- (2) ตาบอด
- (3) หูหนวก
- (4) บุคคลที่พิการในการพูด
- (5) บุคคลที่ป่วยเนื่องจากโรคประสาท
- (6) วัณโรค
- (7) เป็นอัมพาต
- (8) ปัญญาอ่อน และอื่น ๆ

3) การสูญเสียจากความพิการเป็นร้อยละ โดยพิจารณาจาก

- (1) การใช้งานของอวัยวะ
- (2) ความสามารถที่จะทำงาน
- (3) ไร้ความสามารถ และอื่น ๆ

4) ผลของความพิการที่มีต่อความสามารถในการรับจ้าง

ในการจำแนกประเภทหรือลักษณะความพิการที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น พบว่า ความพิการนั้นมีหลายลักษณะและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป จึงเป็นไปได้ที่คนพิการทุกคนจะสามารถเข้ารับการตอบแบบสอบถามได้ ดังนั้น ต้องตรวจสอบว่าใครคือคนพิการที่จะทำการสำรวจทัศนคติได้ ควรจะได้มีการพิจารณาจากผลของความพิการที่ร่วมด้วย

2.2.2 ความสำคัญของการศึกษาปัญหาคนพิการ

จากการสำรวจและประมาณการขององค์การสหประชาชาติเกี่ยวกับจำนวนคนพิการทั่วโลกในปี พ.ศ. 2524 ซึ่งเป็นปีคนพิการสากล พบว่า มีคนพิการประมาณ 500 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก และมีคนพิการจำนวน 350 ล้านคน อยู่ในสังคมที่ไม่มีการให้บริการช่วยเหลือและส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาการกีดกันทางกายภาพ ทางวัฒนธรรมและทางสังคม (สภากงพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย, 2538: 26 อ้างใน United Nations, 1992) สำหรับสังคมไทยมีคนพิการทั่วประเทศจำนวน 1,057,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของประชากรไทยทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535: 15)

ปัจจุบันจำนวนคนพิการนับวันจะทวีจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อันเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น ภาวะทุพโภชนาการอันเป็นผลมาจากความยากจนและการศึกษาที่ไม่เพียงพอ การใช้ยาหรือสารเคมีต่างๆ การประสบอุบัติเหตุในภาคอุตสาหกรรมเกษตรกรรมและที่เกี่ยวกับยานพาหนะการขนส่ง ตลอดจนภัยพิบัติตามธรรมชาติ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าสาเหตุบางประการของความพิการเป็นสาเหตุที่มนุษย์เราหลีกเลี่ยงได้ยากและบางประการก็หลีกเลี่ยงไม่ได้เลย

คนพิการถือว่าเป็นผู้ที่เสียเปรียบ (Handicapped) หรือด้อยโอกาสในสังคม แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นศักยภาพแฝงของสังคมด้วยกล่าวคือหากสังคมใดละเลยหรือทอดทิ้งคนพิการ คนพิการก็จะเป็นภาระของสังคมต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด แต่หากสังคมให้ความสนใจและพัฒนาคนพิการให้ถูกวิธีแล้ว คนพิการก็จะกลายเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมหรือประเทศชาติให้เจริญรุ่งเรืองได้ (กรณีการ์ พุดติสาร, ม.ป.ป: 87) ดังนั้น สังคมจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจและแสวงหาวิธีการที่เหมาะสมในการสนับสนุนคนพิการซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในปัจจุบัน เพื่อให้คนพิการเหล่านี้ไม่เป็นภาระของสังคม แต่สามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้

2.2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาคนพิการ

ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เป็นรากฐานของความเข้าใจปัญหาและความต้องการต่างๆ ของผู้พิการ มี 3 ทฤษฎี ได้แก่ (McDaniel, 1976: 1 - 10)

1) **ทฤษฎีรูปลักษณ์ของตนเอง (Body - Image)** (แมคแคเนเยล, 1976: 5 - 6 อ้างใน Citing Schilder, 1950) ได้ศึกษามโนภาพเกี่ยวกับร่างกายของบุคคล แล้วสรุปว่ารูปลักษณ์ของบุคคลมีผลต่อมโนภาพเกี่ยวกับร่างกายของบุคคลและมโนภาพนี้เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซิลเดอร์ใช้หลักการดังกล่าวนี้อธิบายสภาพจิตที่แปรปรวนของ

คนพิจารณาว่า ความบกพร่องหรือความผิดปกติทางสรีระสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกแปรปรวน ทั้งนี้ เพราะรูปลักษณะที่เสียไปและ สมรรถภาพทางกายที่ลดลง ความรู้สึกแปรปรวนนี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติและประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ

2) **ทฤษฎีปมด้อย (Inferiority Complex)** (แมคแดเนียล, 1976: 2 – 5 อ้างใน Citing Adler, 1927) เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีปมด้อย (Inferiority Complex) มนุษย์จึงพยายามดิ้นรนเพื่อไปสู่สิ่งที่ดีกว่า (Striving for superiority) โดยเขาจะตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปแบบหรือวิถีชีวิต (Style of Life) ไว้ในใจ และจะพยายามนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ให้จงได้ ปรากฏการณ์เช่นนี้มีใช้สิ่งผิดปกติ แต่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน และเป็นสาเหตุที่ทำให้มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองขึ้นมาได้ ในกรณีของคนพิการ แอดเลอร์อธิบายว่า ปมด้อยของคนพิการเกิดจากสภาพความบกพร่องของร่างกาย อันทำให้คนพิการรู้สึกทรมานเพราะรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในชีวิตและการต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หากคนพิการมีความรู้สึกเช่นนี้มากก็จะตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ดีกว่าไว้สูง และจะมีความ มั่นคงแน่วแน่มากในความพยายามดิ้นรนไปสู่เป้าหมายนั้นๆ อย่างไรก็ตาม แอดเลอร์กล่าวว่า สภาพความพิการทางกายและทางจิตอาจเป็นสาเหตุสำคัญของกาตั้งความปรารถนาในรูปแบบชีวิตที่ผิด ๆ ได้

3) **ทฤษฎีจิต - สรีระ (Somatopsychology)** เป็นทฤษฎีร่วมสมัยซึ่งนำมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาผู้มีความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือมีความพิการ สาระสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ สภาวะทางกายและจิตมีความเกี่ยวเนื่องและไม่เป็นอิสระแก่กัน สภาวะทางกายสามารถส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลได้ เพราะสภาวะทางกายเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพต่าง ๆ ของร่างกาย อันเป็นเครื่องมือในการแสดงพฤติกรรมและสภาวะทางกายของบุคคลยังเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลนั้นและผู้อื่นรอบข้างเขาแสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อเขา กล่าวคือ สภาพความบกพร่องทางกายทำให้ตัวคนพิการเองและบุคคลอื่นๆ ประเมินคุณค่าของเขาต่ำลง นอกจากนี้สภาพความพิการยังทำให้บุคคลรอบข้างมองคนพิการอย่างมีอคติ ทำให้แสดงพฤติกรรมที่เป็นการปฏิเสธคนพิการหรือ การให้ความปกป้องคุ้มครองคนพิการจนเกินความจำเป็น ทำให้คนพิการยังเห็นคุณค่าของตนเองน้อยลงและ พลอยทำให้เขาไร้ความสามารถในเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับความพิการทางกายของเขาอีกด้วย (McDaniel, 1976: 8)

2.2.4 ปัญหาและความต้องการของคนพิการ

จूरिรันต์ ผ่องแผ้ว (ม.ป.ป.: 23 - 26) ได้แบ่งปัญหาและความต้องการหลักในการดำรงชีวิตของคนพิการออกเป็น 4 ประการ ดังนี้

1) **ปัญหาและความต้องการด้านการแพทย์** คนพิการจำนวนมากเกือบร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในชนบท คนพิการเหล่านี้มักไม่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ ดังนั้นอาการหรือโรคที่ควรจะรักษาให้หายได้หรือป้องกันได้ จึงกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้พิการ อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ขาดการศึกษาหรือเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย จึงทำให้คนพิการเหล่านี้ขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ตลอดจนไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการชนิดต่าง ๆ ได้

2) **ปัญหาและความต้องการด้านการศึกษา** ด้วยเหตุที่คนพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท และมีฐานะยากจน รวมทั้งรัฐไม่สามารถกระจายบริการด้านการศึกษาพิเศษไปสู่ชนบทได้อย่างเพียงพอกับความต้องการด้านการศึกษาของเด็กพิการได้ ทำให้ผู้ปกครองของเด็กพิการต้องพาเด็กพิการไปเข้ารับการศึกษาพิเศษซึ่งมีอยู่แต่ในจังหวัดใหญ่ ๆ ไม่กี่แห่งเท่านั้น ส่วนเด็กพิการที่เข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติก็ต้องเผชิญกับปัญหาทัศนคติของครูและเพื่อน ๆ ที่มีต่อเด็กพิการ บางคนถูกรังแก ถูกรังเกียจ ถูกล้อเลียนหรือแสดงความสงสารอย่างผิด ๆ อีกทั้งยังต้องเผชิญอุปสรรคในเรื่องอาคารสถานที่สำหรับเด็กพิการแขนขา อุปสรรคในการเดินทางไปโรงเรียนของเด็กตาบอดและเด็กพิการแขนขา ความไม่เข้าใจบทเรียนของเด็กหูตึงและเด็กตาบอด หรือขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยในการศึกษา เช่น หนังสืออักษรเบรลล์ หรือเทปสำหรับเด็กตาบอด เป็นต้น คนพิการจึงเรียกร้องให้รัฐบาลจัดโรงเรียนการศึกษาพิเศษในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาสำหรับคนพิการทุกประเภทให้เพียงพอตามภูมิภาคต่างๆ และรัฐควรจัดให้มีครูการศึกษาพิเศษที่จะส่งไปช่วยสอนในโรงเรียนธรรมดาที่มีเด็กพิการเรียนร่วมอยู่ด้วย

3) **ปัญหาและความต้องการด้านอาชีพ** คนพิการที่ไม่พิการมากจนทำอะไรไม่ได้ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะพึ่งพาตัวเอง มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่ต้องการทำตนเป็นภาระของครอบครัวและสังคม แต่ทัศนคติของสังคมที่มีต่อคนพิการไม่เอื้ออำนวยและไม่เปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความสามารถ ประกอบกับคนพิการเองขาดความรู้ความชำนาญ จึงเป็นการยากที่คนพิการจะใ้ทำงานทำ แต่ถ้าได้มีการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพของคนพิการให้มีประสิทธิภาพ คนพิการก็สามารถประกอบอาชีพได้ ดังนั้น รัฐและเอกชนควรให้ความสนใจมุ่งดำเนินการในเรื่องการฝึกอาชีพให้แก่คนพิการ โดยจัดตั้งศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการที่สามารถสนองตอบต่อความต้องการของคนพิการทุกประเภทได้ และควรจะฝึกอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ โดยมีหลักสูตรการฝึกอาชีพที่ตรงกับความต้องการของตลาดแรงงาน แม้คนพิการจะได้รับการฝึกอาชีพและมีความพร้อมที่จะทำงานแล้วก็ตาม ก็ยังเป็นการยากที่คนพิการจะใ้ทำงานทำ เพราะตลาดแรงงานในปัจจุบันมีการแข่งขันกันสูงและมีคนว่างงานจำนวนมาก ถ้าให้เลือกระหว่างคนที่มึนร่างกายสมบูรณ์กับคนพิการ นายจ้างย่อมไม่เลือกคนพิการเข้าทำงาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนให้คนพิการมีงานทำ โดยให้รัฐออกกฎหมายบังคับเรื่อง “โควตาในการทำงานของคน

พิการ” โดยกำหนดให้สถานประกอบการของรัฐและ เอกชนที่มีลูกจ้างมาก ๆ ต้องรับคนพิการเข้าทำงานตามสัดส่วนที่เหมาะสม

4) **ปัญหาและความต้องการด้านสังคม** การที่คนพิการจะเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมนั้นจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความพร้อมของคนพิการและความพร้อมของสังคม เมื่อคนพิการมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะประกอบอาชีพได้ตามความถนัด ตามสมรรถภาพของร่างกาย และมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม มีบทบาทและความรับผิดชอบในสังคมในขณะเดียวกัน ถ้าสังคมยังไม่พร้อมไม่เปิดโอกาสให้คนพิการได้แสดงความสามารถ โดยยังยึดติดอยู่กับทัศนคติที่คับแคบและความไม่เข้าใจก็ย่อมจะแสดงอาการไม่ยอมรับประกอบการไม่เอื้ออำนวยประโยชน์ด้านวัตถุ เช่น อาคารสถานที่ สภาพแวดล้อมสาธารณะและบริการอื่นๆ ด้วยแล้ว ผลก็คือผู้พิการไม่สามารถจะเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่าง เต็มที่และเสมอภาคเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ดังนั้น คนพิการจึงเรียกร้องให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้บริการด้านสาธารณะต่าง ๆ คำนึงถึงคนพิการประเภทต่าง ๆ ด้วย เช่น ที่ทำการต่าง ๆ ของรัฐ ที่ประชาชนต้องเข้าไปติดต่อควรมีทางลาด ราวบันไดสำหรับคนพิการที่ใช้รถเข็น หรือ เครื่องช่วยในการเดิน และรถไฟฟ้าหรือโครงการขนส่งมวลชนต่างๆ ก็ควรจะคำนึงถึงการร่วมใช้บริการของคนพิการด้วย

วริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ (2539 : 87) ได้ศึกษาพบว่าทุกวันนี้คนพิการไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม คนพิการในชนบทมักถูกเก็บไว้ไม่ให้ไปไหนมาไหน คนพิการในเมืองแม้ว่าจำนวนหนึ่งได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนสามารถช่วยเหลือตัวเองไปไหนมาไหนได้แต่พบอุปสรรคต่างๆ มากมาย จึงเกิดความรู้สึกว่าอยู่บ้านจะดีกว่านอกจากนี้กิจกรรมทางสังคมบางอย่างก็จำกัดสิทธิคนพิการ หรือไม่เปิดโอกาสให้คนพิการเข้าไปมีส่วนร่วม

สงัน สุวรรณเลิศ (2530: 135) ได้สรุปปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวของคนพิการไว้ว่า คนพิการมักจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยากกว่าบุคคลธรรมดา และมักจะแสดงอาการประพฤติดัดแปลงไปเมื่ออยู่ในหมู่คนธรรมดา แต่ก็มีอยู่มากที่สามารถปรับตัวเองได้ดีกว่าคนธรรมดา การแสดงอาการประพฤติดัดแปลงไปนี้ มักจะไม่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในหมู่คนพิการด้วยกัน คนพิการมักจะแสดงอาการต่างๆ เฉพาะเมื่ออยู่ในสังคมที่ไม่ใช่สังคมคนพิการ อาการหรือพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน คือ ขี้อาย ไม่ชอบการสังสรรค์ เป็นต้น

เชคสเปียร์ (Shakespeare, 1975: 25 - 26) กล่าวว่า คนพิการที่มีความพิการน้อยจะรู้สึก สับสนเพราะไม่แน่ใจว่าจะจัดตนเองอยู่ในกลุ่มคนพิการหรือคนปกติ และความไม่แน่ใจนี้ทำให้เขาพยายามกลบเกลื่อนความพิการของตนเองจากสายตาของผู้อื่นอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม เชคส

เปียร์กล่าวไว้ว่า คนที่มีความพิการมากก็มีปัญหาในเรื่องขาดความเป็นส่วนตัว เพราะความพิการของเขาทำให้เขาต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ บ่อยกว่าผู้ที่มีความพิการน้อย

แม็คแดเนียล (McDaniel, 1976: 8) กล่าวถึงปัญหาการปรับตัวของคนพิการว่าคนพิการที่มีความพิการน้อยหรือไม่เด่นชัดจะมีความคับข้องใจมากกว่าและมีการปรับตัวได้มากกว่าคนที่มีความพิการที่เห็นเด่นชัด ทั้งนี้เพราะสังคมมักมีความคาดหวังต่าง ๆ จากคนพิการที่เห็นเด่นชัดนี้สูง โดยมองว่าเขาน่าจะมีความสามารถไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไปนัก แต่ในความจริงแล้วเขาอาจไม่มีความสามารถตามที่สังคมคาดหวังไว้

2.2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นแนวคิดที่วิวัฒนาการมาจากภาวะการณ์หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 และ 2 ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้ความช่วยเหลือผู้พิการจากการสงเคราะห์มาเป็น การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนพิการช่วยตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

องค์การสหประชาชาติได้ให้แนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการไว้ว่า (ขนิษฐา เทวินทรภักดี, 2531: 15)

(1) คนพิการมีสิทธิมนุษยชนสมบูรณ์เช่นคนปกติ จึงควรมีสิทธิได้รับการคุ้มครองช่วยเหลือและโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(2) สภาพความพิการ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้คนพิการได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์และจิตใจ ดังนั้นคนพิการจึงควรมีสิทธิเรียกร้องความเห็นอกเห็นใจ และสร้างสรรค์จากสังคมเป็นพิเศษ

(3) ถ้าได้รับโอกาสที่เหมาะสม คนพิการจะสามารถพัฒนาสมรรถภาพของตนให้ดีขึ้นได้ และจะกลายเป็นผู้มีประโยชน์ต่อประเทศแทนที่จะเป็นภาระของสังคม

(4) คนพิการย่อมมีความรับผิดชอบต่อชุมชนในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อชาติเท่าที่กระทำได้ภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว

(5) คนพิการต้องมีชีวิตอยู่อย่างอิสระในชุมชนคนปกติ แทนที่จะไปอยู่ในที่ซึ่งจัดไว้สำหรับคนพิการโดยเฉพาะ

(6) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างจริงจังของบุคคลในวงการต่าง ๆ ในสังคม

สำหรับความหมายของคำว่า “ฟื้นฟูสมรรถภาพ” นั้น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้ให้นิยามไว้ใน 2 ลักษณะ คือ (International Labour Office, 1973: 1)

ทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การใช้มาตรการทางการแพทย์ทุกอย่าง เพื่อให้คนพิการคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด มาตรการเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในสาขาแพทย์ทาง ฝายกาย (Physical Medicine) และนำมาเป็นเครื่องช่วยการบำบัดรักษาโดยทางยาหรือทางการ ผ่าตัดที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ

ในแง่ของสังคมสงเคราะห์การฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การปรับสภาพคนพิการให้ กลับคืนไปสู่การใช้ประโยชน์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการอาชีพอย่างสมบูรณ์ที่สุด เท่าที่จะทำได้ เช่น ถ้าเป็นการสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งก็จะต้องหาวิธีให้คนพิการนั้นฝึกใช้อวัยวะ หรือความสามารถอื่นในการปฏิบัติงานแทนความสามารถเดิมที่เสียไป

สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นเป็นการปรับสภาพของผู้พิการทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ให้คนพิการมีสภาพใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสามารถใช้งานอวัยวะ ส่วนที่พิการได้ แม้จะไม่ดีเท่าเดิม เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่าง มีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อให้สมรรถภาพที่สูญเสียไปกลับคืนมานั้น จำเป็น จะต้องใช้วิทยาการของสาขาต่างๆ ร่วมกัน โดยอย่างน้อยที่สุดจะต้องครอบคลุม 4 ด้าน คือ

(1) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นการช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับการ บำบัดรักษาที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อให้สามารถกลับมีสภาพที่ใกล้เคียงกับคนปกติ อันได้แก่ การ ป้องกัน การรักษาการปรับสภาพ และการแก้ไขสภาพความพิการ เช่น การผ่าตัด การจัดหา เครื่องช่วยคนพิการ เช่น แขน ขาเทียม เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น รวมถึงกายภาพบำบัดและอาชีพ บำบัด ตลอดจนการให้คำแนะนำและการป้องกันโรคร้ายที่ก่อให้เกิดความพิการ

(2) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา เป็นการช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับการศึกษา อบรมเช่นเดียวกับคนปกติโดยทั่วไป โดยการจัดการศึกษาพิเศษให้แก่คนพิการแต่ละประเภท เช่น โรงเรียนสอนคนตาบอด โรงเรียนสอนคนหูหนวก ปัญญาอ่อน เป็นต้น นอกจากนี้ในปัจจุบันยัง ได้มีการส่งเสริมคนพิการให้ได้อยู่ในสังคมของคนปกติ มีโอกาสได้เรียนรู้และปรับตัวเข้าหากัน ตามสภาพที่เป็นจริงของสังคม และเป็นพื้นฐานในการเตรียมตัวรับการฝึกอาชีพและการทำงาน ต่อไปในอนาคต

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เป็นการฟื้นฟูคนพิการในด้านการปรับตัวให้เข้ากับสังคมเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติทั่วไป และเสริมสร้างความเป็นอยู่ของคนพิการให้ได้รับความสะดวกสบาย โดยปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับคนพิการ นอกจากนี้จุดมุ่งหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม คือ การหาทางให้สังคมยอมรับความสามารถของคนพิการ และให้สิทธิอยู่ร่วมในสังคมเดียวกัน

(4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ เป็นการช่วยเหลือคนพิการให้มีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพ มีรายได้เลี้ยงตัวเองตามความเหมาะสมกับสภาพของร่างกายและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

2.3.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

มโนทัศน์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้หลายประการ เช่น

Carspersen, Powell และ Cristenson (1985) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ซึ่งหมายถึง การเคลื่อนไหวอันเป็นผลจากการใช้พลังงานจากน้อยไปถึงมากอย่างต่อเนื่อง และมีการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายอย่างมีระบบแบบแผน มีการกระทำเป็นประจำ ก่อให้เกิดการปรับปรุงและเสริมสร้างสุขภาพ

สถาบันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (The National Institution of Health – NIH, 1995, อ้างใน มัทนา อินทร์แพง, 2543) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นชนิดของกิจกรรมทางกายที่ทำอย่างมีแบบแผนเกิดการใช้พลังงานเพื่อพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

Godin และ Shephard (1983) ให้ความหมายว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่บุคคลปฏิบัติในเวลาว่าง (นอกเหนือจากงานอาชีพ) เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2525) ให้ความหมายว่า การออกกำลังกาย คือ การที่เราทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงาน หรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัวนั้น เพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวนั่นเอง เช่น การเดิน การกระโดด การวิ่ง การทำงาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายโดยแต่ละกิจกรรม ร่างกายต้องใช้กำลังงานมากน้อยแตกต่างกันไป ตามลักษณะของงานนั้นว่ามากน้อยหรือเบาแก่ไหน

จรรยาพร ธรณินทร์ (2535) กล่าวว่า การออกกำลังกาย เป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อ และร่างกายให้เคลื่อนไหวเพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น การบริหาร เดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือการฝึกกีฬาที่มีได้มุ่งการแข่งขัน

กรมอนามัย (2540) ให้ความหมายว่า การออกกำลังกายเป็นการออกแรงทางกายที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง ทั้งระบบโครงสร้าง และทำให้กล้ามเนื้อสามารถรวมตัวกันต่อต้าน และเอาชนะแรงบงกชได้

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2542) ให้ความหมายการออกกำลังกายเพื่อสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬา การดูกีฬาของประชาชนว่า การออกกำลังกาย การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนานเพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่าย ๆ หรือมีกฎกติกาการแข่งขันต่างๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก เป็นต้น (ยกเว้นการออกกำลังกายในอาชีพและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน)

จากความหมายของการออกกำลังกายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการออกกำลังกาย เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานและร่างกายในการเคลื่อนไหว เพื่อการกระทำอย่างมีระบบแบบแผนใน ลักษณะการปฏิบัติซ้ำ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสมรรถภาพและสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย กำหนดความหมายว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเล่น การฝึก การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการ ใช้แรงกล้ามเนื้อ และมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย นอกเหนือจากการออกกำลังกาย ในอาชีพและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความ สนุกสนานและสังคม ซึ่งจะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ และจะเคร่งครัดต่อ กฎ กติกา การแข่งขัน หรือไม่ก็ได้ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิก เล่นฟุตบอล ยกน้ำหนัก ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน การบริหาร ฯลฯ

2.3.2 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ก่อให้เกิดประโยชน์มากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผู้ทำการศึกษาวิจัย สนับสนุนคุณค่าของการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาที่มี ต่อบุคคลในหลายปีจจัย กล่าวโดยสรุปดังต่อไปนี้

1) เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ได้แก่

(1) มีร่างกายที่แข็งแรง มีความอดทน ความคล่องตัว ความรวดเร็ว พละกำลัง และความสมดุลของกล้ามเนื้อกับประสาท ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมประจำวันด้วยความ

กระชับกระเวงว่องไว โดยไม่รู้สึเหนื่อย และยังมีพลังสำรองที่สามารถประกอบกิจกรรมให้ความเพลิดเพลินและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันได้เป็นอย่างดี (The Presidents on Physical Fitness and Sports cited in Rasch & Burke, 1978) มีความสามารถในการทำงานและการเคลื่อนไหวร่างกายได้ยาวนาน ไม่เหนื่อยง่ายเมื่อต้องใช้พลังงาน ร่างกายสามารถฟื้นตัวได้รวดเร็ว เป็นผลต่อความสำเร็จและประสิทธิภาพการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sevier (1979) อ้างใน ศักดิ์ฐาพงษ์ ไชยสร, 2540) เรื่อง ผลของแอโรบิกแดนซ์ ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย บางอย่างและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ ผู้เข้ารับการทดลองเป็นหญิงวัยผู้ใหญ่ จำนวน 60 คน ไม่เคยได้รับการฝึกแอโรบิกแดนซ์มาก่อน มาฝึกแอโรบิกแดนซ์ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทดสอบสมรรถภาพทางกายโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย วาย. เอ็ม. ซี. เอ. แห่งชาติ (National Y.M.C.A., Physical fitness Test) ผลปรากฏว่า สมรรถภาพทางกายมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี อย่างมีนัยสำคัญ 5 ประการ คือ ด้านระบบไหลเวียนโลหิต ลีดส่วนของร่างกาย ความอ่อนตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอดทนของกล้ามเนื้อ และนอกจากนี้มีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญต่อบุคลิกภาพอีกด้วยผู้มีสมรรถภาพทางร่างกายดี จะช่วยให้มีบุคลิกลักษณะสง่าผ่าเผย สามารถที่จะเดินหรือเคลื่อนไหวได้ด้วยความสง่าคล่องแคล่ว และกระชับกระเวงเป็นไปตามจังหวะหรือลีลาของการเคลื่อนไหว หรือการเดินนั้น ๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นการประหยัดแรงงานได้เป็นอย่างดีแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมสง่าราศีของตนเองได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

(2) รูปร่างได้สัดส่วน น้ำหนักของร่างกายเหมาะสม เพราะการออกกำลังกายทำให้ได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น และเมื่อออกกำลังกายไปเป็นเวลานานร่างกายยังใช้พลังงานมากขึ้น เป็นผลให้มีการนำไขมันที่สะสมในร่างกายมาใช้ และนอกจากนี้สมองส่วนที่สั่งความรู้สึกอยากอาหารจะปรับตัวในการรับปริมาณอาหารและการใช้พลังงานออกไปให้เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอจึงเป็นการควบคุมน้ำหนักของร่างกาย โดยให้ปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไป เท่ากับปริมาณพลังงานที่ใช้แต่ละวัน

2) ส่งเสริมสุขภาพ

การออกกำลังกายจะทำให้ระบบการย่อยอาหารและการขับถ่ายดีขึ้น นอนหลับได้ดีขึ้น และเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี จึงทำให้มีอายุยืนยาว (Hammond & Garfinkel, 1969 อ้างใน ถนอมวรรณ อยู่ขำ, 2536) ผู้ที่ศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังคือ Paffenbarger และคณะ (1978) ซึ่งเป็นนักระบาดวิทยาจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาการใช้ชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย และความยืนยาวของอายุของนักเรียนเก่าของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด

จำนวน 16,936 คน โดยใช้เวลาติดตามอยู่นานกว่า 20 ปี รายงานผลออกมาเป็นระยะโดยสรุปว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตประจำวัน และการมีอายุยืนยาว สอดคล้องกับการศึกษาของเขาและคณะ ในเวลาต่อมา (Paffenbarger, et al., 1993) โดยศึกษานักศึกษาฮาร์วาร์ด กลุ่มใหม่ จำนวน 10,629 คน ติดตามผลในเวลา 8 ปี พบว่า การเพิ่มระดับการออกกำลังกายระดับปานกลางสามารถเพิ่มอายุได้ประมาณ 0.72 – 0.79 ปี

3) ชะลอความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปบุคคลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมลงไปเรื่อย ๆ สมรรถภาพทางกายจะเริ่มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ขอบเขตความสามารถในการออกกำลังกายจะแคบลง การเสื่อมสภาพของอวัยวะจะเริ่มเกิดขึ้น แต่การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอยู่เป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะชะลอการเสื่อมสภาพให้ช้าลงเท่านั้น กลับอาจฟื้นฟูสภาพที่เสื่อมไปแล้วให้กลับมาสมวัยขึ้นด้วย (พินิจ กุลละวณิช, 2535 และศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2534 อ้างใน จิราภรณ์ มงคลศิริ, 2535)

4) ป้องกันและลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรครวมทั้งอุบัติเหตุ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันโรคที่พบบ่อย ๆ เช่น หัวใจเจ็บคอ หรือโรคที่สำคัญ ๆ เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจ ความเครียด มะเร็งต่าง ๆ โรคไขข้อและกระดูกต่าง ๆ เป็นต้น (Heyward, 1997; Canadian Society for Exercise Physiology, 2000) นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันโรคปวดหลังที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหวัดในชาวอเมริกัน (Dorfman, et al., 1980) และการมีร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว ช่วยในการเคลื่อนไหวเพื่อลดการบาดเจ็บจากการใช้กำลังกายและอุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ลดระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและไขข้อ คลายเครียด หรือใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพราะการออกกำลังกายทำให้มีการหลั่งสาร Beta-endorphine มากขึ้น ซึ่งสารนี้นอกจากจะช่วยลดความเจ็บปวดได้แล้ว ยังเป็นสารที่ต่อต้านความซึมเศร้า (Antidepressant) ด้วย (Dunn & Dishman, 1991, cited in Rejeski, 1993) โรงพยาบาลเมสซาชูเซตส์ในเมืองบอสตัน ได้ทดลองโดยให้วิ่งและถีบจักรยานทุกวันพบว่ามีการหลั่ง Beta-endorphine เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนมาก จิตแพทย์ในเมืองซานดิเอโก ได้ให้ผู้ป่วยที่มีจิตซึมเศร้าวิ่งออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่ต้องใช้อีก นอกจากนี้ยังช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ดีอื่นๆ ด้วย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (ดำรง กิจกุล, 2534)

5) เพิ่มศักยภาพทางจิต

การออกกำลังกายทำให้มีสมรรถภาพแข็งแรง สุขภาพดี ย่อมส่งผลถึงจิตใจไปตามกัน การมีรูปร่างดี บุคลิกดี ย่อมเป็นเสน่ห์แก่ผู้พบเห็น โดยเฉพาะเพศตรงข้าม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกดีต่อชีวิต (Sense of well-being) เพิ่มการรับรู้ในทางบวก มีอารมณ์มั่นคง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีสมาธิมากขึ้น เพิ่มความจำอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือพฤติกรรมชนิด A ได้ (Taylor, Sallis & Needle, 1985 Hughes, et al., 1995 Myers & Roth, 1997)

6) ปฏิสัมพันธ์ในสังคม

การออกกำลังกายสามารถทำให้ปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานและผู้อื่นได้ เพราะการออกกำลังกาย หรือการเล่นกีฬารวมกันเป็นหมู่มา ก ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจ และเรียนรู้พฤติกรรม ทำให้เกิดความเอื้อเฟื้อ มีเหตุผล อดทน สุขุม มีความเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

กล่าวโดยสรุป การออกกำลังกายนอกจากจะเป็นการสร้างสมรรถภาพทางกายแล้ว ยังเป็นการผสมผสานกลไกทางสรีระและทางจิตใจ เป็นการพัฒนาความสมดุลของร่างกายและจิตใจ และผลการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีส่วนช่วยให้ผู้พิการสามารถมีร่างกายที่แข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ อีกทั้งการออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคได้อีกด้วย

2.3.3 อุปสรรคในการออกกำลังกาย

อุปสรรคในการออกกำลังกาย คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดความยากลำบากในการเกิดพฤติกรรม หรือยับยั้ง ขัดขวางการมีพฤติกรรมออกกำลังกาย อุปสรรคแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และอุปสรรคภายใน ได้แก่ อุปสรรคของแต่ละบุคคล เช่น ขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้อุปสรรคของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการลดการออกกำลังกายมากที่สุด (Dishman, et al., 1985 และ cited in Jones & Nies, 1996)

สำหรับอุปสรรคตามแนวคิดของ Pender (1996) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงสิ่งที่คาดคะเน อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวางไม่ให้คุณคลปฏิบัติพฤติกรรมหรือจูงใจให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำดี และมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการกระทำสูงและมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ในการกระทำก็เกิดขึ้น อุปสรรคเป็นตัวแปรสำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการไปให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ซึ่ง Sechrist, Walker Pender (1987) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Exercise Benefits / Barriers Scal - EBBs) ขึ้นตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยแบ่งความรู้ อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อมของการออกกำลังกาย การใช้เวลา ความพร้อมของร่างกาย ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม ดังนี้

สภาพแวดล้อมของการออกกำลังกาย หมายถึง สถานที่สำหรับการออกกำลังกาย อยู่ไกล ไม่สะดวกที่จะไปออกกำลังกาย การออกกำลังกายทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก สถานที่สำหรับออกกำลังกายมีน้อย สภาพดินฟ้าอากาศ ฯลฯ การศึกษาของ Jones และ Nies (1996) ในกลุ่มสตรีสูงอายุเชื้อชาติอเมริกันแอฟริกัน พบว่า สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายมากที่สุด ส่วนการศึกษาของโจนส์และคณะในปีต่อมา Jones และคนอื่น ๆ 1997 พบว่าอุปสรรคในการออกกำลังกายของสตรีเชื้อชาติอเมริกันยุโรป คือ สภาพแวดล้อมจากการทำงาน เช่น การทำงานที่ต้องนั่งอยู่กับโต๊ะ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงของสภาพดินฟ้าอากาศเป็นอุปสรรคที่สำคัญเช่นกัน การศึกษาของ Sherwood และ Jeffery (2000) ถึงพฤติกรรมการตัดสินใจในการออกกำลังกายของผู้หญิงและผู้ชายวัยผู้ใหญ่ พบว่าอุปสรรคที่สำคัญต่อการตัดสินใจออกกำลังกายคือ การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายและเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Yun (1999) ในนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยซุนยัตเซน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 217 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านสภาพแวดล้อมของการออกกำลังกายมีคะแนนสูง โดยเฉพาะด้านการขาดแคลนสถานที่ และสถานที่สำหรับออกกำลังกายอยู่ห่างไกล และไม่มีความสะดวกหรือขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย การศึกษาของสกล เจริญวงศ์ (2532) ในประชาชนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอในกรุงเทพฯ พบว่า อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถในการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอคือ การไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลบ้าน สภาพอากาศไม่อำนวย ส่วนการศึกษาของเกษม นครเขตต์ (2540) ในกลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่

กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ส่วนหนึ่งไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีสถานที่ ไม่มีอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการบริการด้านการออกกำลังกายของข้าราชการและนิสิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2525) (อ้างในพัลลพ คำลือ, 2543) พบว่า ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการออกกำลังกาย คือ สถานที่และอุปกรณ์ที่ให้บริการแก่ข้าราชการและนิสิตไม่เพียงพอ

เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย หมายถึง การบริหารจัดการเรื่องเวลาของแต่ละบุคคลจากภาระกิจประจำวัน ทั้งเวลารับผิดชอบหน้าที่การงาน และกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัว การมีเวลาที่จำกัดเป็นอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งต่อการออกกำลังกาย โดยเฉพาะเวลาที่สัมพันธ์กับบุคคลในการทำงาน (Dishman, et al, 1985) จากการศึกษาอุปสรรคต่อการออกกำลังกายส่วนใหญ่ มักพบว่า เวลาเป็นอุปสรรคอันดับหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาของโจนส์และคณะในสหรัฐอเมริกา เชื้อสายยุโรปและแอฟริกัน การศึกษา Jaffee และคนอื่น ๆ (1998) ในสตรีที่ทำงาน ทั้งๆ ที่สถานประกอบการให้การสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกาย และแม้แต่กลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ยังพบปัญหาจากการจัดการเรื่องเวลาเพื่อการออกกำลังกาย

ความพร้อมของร่างกาย หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพร่างกาย ประสิทธิภาพ ทักษะหรือความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย เช่น อ้วน มีโรคประจำตัว คิดว่าตนมีอายุมากเกินไปจะออกกำลังกาย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อออกกำลังกายแล้วทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อย หรือได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ฯลฯ การศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและการมีพฤติกรรมออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของ Myers Roth (1997) พบว่า อุปสรรคด้านความพร้อม คือ การออกกำลังกายทำให้รู้สึกไม่สบาย เกิดความเหนื่อยล้า และทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaffee และคนอื่น ๆ (1999) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอุปสรรคในการออกกำลังกายเนื่องจากร่างกายอ่อนเพลีย ขาดพลังงาน

การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม หมายถึง ขาดการสนับสนุนจากคู่สมรสครอบครัว เพื่อน หรือหน่วยงาน ผลการศึกษาอุปสรรคด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของ Nies และคนอื่น ๆ (1997) ในกลุ่มสตรีเชื้อชาติอเมริกันยุโรป พบว่า หน้าที่ความรับผิดชอบ การสนับสนุนจากครอบครัวและคนอื่น ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญในการออกกำลังกาย มีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มต้นและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาในปัจจุบันพบว่า บุคคลมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในครอบครัวที่คู่สมรส หรือครอบครัวให้การสนับสนุนและส่งเสริมโดยมีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน และจากการสำรวจในสถานที่ทำงานพบว่า เพื่อนหรือเพื่อน

ร่วมงานมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนทำงาน (King, et al., 1990 อ้างใน จิตตรี ศรีอาคะ, 2543) ส่วน Myers และ Roth (1997) ศึกษาอุปสรรคต่อการออกกำลังกายด้านสังคมในวัยผู้ใหญ่ พบว่าอุปสรรคที่ทำให้ไม่ออกกำลังกาย ได้แก่ ไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกาย และครอบครัวไม่สนับสนุนการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeffee และคนอื่น ๆ (1999) พบว่า อุปสรรคในการออกกำลังกายของกลุ่มสตรีวัยทำงาน คือ ขาดการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และขาดแรงกระตุ้นจากสังคมเช่นกัน

โดยสรุป อุปสรรคในการออกกำลังกายมีปัจจัยต่าง ๆ สัมพันธ์กัน 3 ด้าน ได้แก่

- (1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความพร้อมของร่างกาย การจัดการเรื่องเวลา ทักษะและประสบการณ์ในการออกกำลังกาย ไม่มีแรงจูงใจ ไม่มีความรู้และทัศนคติในการออกกำลังกาย ฯลฯ
- (2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์การออกกำลังกาย สภาพดินฟ้าอากาศ ฯลฯ
- (3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากกลุ่มสมรส ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย และหน่วยงานหรือสังคม

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

David Braddock (1996) ได้ศึกษาสถานการณ์การเกิดความบกพร่องของสมรรถภาพในสหรัฐอเมริกาและเน้นงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และคำแนะนำการมีกิจกรรมแก่ประชาชนที่มีความผิดปกติทางกายและจิตใจเป็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษารูปแบบการทำกิจกรรมและการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการออกกำลังกายในบุคคลที่มีความบกพร่องทางสมรรถภาพ การมีโอกาสดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะทำให้สุขภาพและสมรรถภาพการทำหน้าที่ของผู้ที่มีความบกพร่องนั้นดีขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวสำหรับประชาชนชาวอเมริกันผู้มีความบกพร่องจำนวนเกือบสิบล้านคนนั้นยังมีจำกัดอยู่ สิ่งที่ทำทนายสำหรับนักวิทยาศาสตร์กีฬาก็คือ ค้นหาวิธีที่จะทำให้ประชาชนที่มีความบกพร่องทางสมรรถภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ผู้ที่มีภาวะพิการทางสมองและการบาดเจ็บของสมอง ถ้าการออกกำลังกายจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของคนอเมริกันที่มีความบกพร่องของสมรรถภาพทางกายและจิตใจ คำถามที่เกี่ยวข้องกับคู่มือการออกกำลังกาย การทดสอบเรื่องของการออกกำลังกายและอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการเข้ามามีส่วนร่วมใน

โปรแกรมการออกกำลังกายในแต่ละกลุ่มที่เฉพาะเจาะจง เป็นสิ่งที่จะต้องนำมาพูดหรือเกิดขึ้นในงานวิจัยในอนาคต หนังสือของ American College of Sports Medicine เป็นขั้นตอนในทิศทางที่ถูกต้องผู้ที่มีความบกพร่องทางสมรรถภาพจำนวนมากจะต้องมีชีวิต ทำงาน พักผ่อนและไปโรงเรียน อยู่ในสังคมปัจจุบัน ผลของการมีวิถีชีวิตที่อยู่กับที่ของประชากรกลุ่มนี้จะก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคอ้วน พวกเขาไม่ต้องการเป็นภาระที่มากมายในระบบการดูแลสุขภาพเพื่อกระตุ้นผู้คนที่มีความบกพร่องกลุ่มนี้เข้าสู่สังคมอเมริกัน และส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันโรคของพวกเขาจึงเป็นความจำเป็นสำหรับนักวิทยาศาสตร์กีฬาที่จะต้องศึกษาวิจัยความสำคัญของประชากรอเมริกันกลุ่มนี้ การศึกษารูปแบบกิจกรรมและวิธีการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสมรรถภาพกายและจิตใจ กำลังเป็นหัวข้อวิจัยที่มีความสำคัญในระดับต้น ๆ ซึ่งควรจะได้รับ การสนับสนุนและร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย ทั้งองค์กรวิจัยในชุมชน กองทุนวิจัยต่าง ๆ และตัวบุคคลที่มีความบกพร่องทางสมรรถภาพของตน

Rimmer JH (2000) ได้ศึกษาเรื่องผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยชาวอเมริกันผิวดำ หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในระยะเวลา 12 สัปดาห์ จุดประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพระยะสั้นในกลุ่มประชากรอเมริกันผิวดำที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสมมติฐานที่ว่า กิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ความฟิตและการออกกำลังกาย, ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมทางสุขภาพ จะช่วยให้สุขภาพทางกายและทางใจดีขึ้น วิธีการดำเนินงานวิจัย คัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัยจากโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 35 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกแพทย์ผู้ดูแลจะส่งคำอนุญาตมายังคณะวิจัย ทุกคนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ จากนั้นให้โปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เวลา 3 วัน ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในโปรแกรมประกอบไปด้วย การแนะนำเรื่องการออกกำลังกายและความฟิต, ความรู้เรื่องอาหาร, การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมแรก คือ โปรแกรมการออกกำลังกายและความฟิต การออกกำลังกายเป้าหมายของแต่ละคนจะได้รับการปรับปรุงและการพัฒนา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายรวมทั้งสมรรถภาพทางกาย โปรแกรมอาหาร Nutrition จะมีชั่วโมงเกี่ยวกับโภชนาการ โดยนักโภชนาการ เน้นไปที่ชนิดของอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ จุดประสงค์หลักก็คือ ให้คำแนะนำอาหารที่มีคุณภาพและวัสดุที่สามารถทดแทนซึ่งเหมาะสมตามสภาพเศรษฐกิจของแต่ละคน Health Behavior มีชั่วโมงการบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ นำโดยทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การวัดผลทางสุขภาพโดยวัดLipid Profile, การใช้ออกซิเจนสูงสุด ,ความแข็งแรง โดยใช้เครื่อง Grip A handigrip dynamometer, ความยืดหยุ่น, องค์ประกอบของร่างกาย, สักรวจทำกิจกรรมทางกายต่างๆและความบกพร่องต่างๆจะถูกนำมาใช้

กับผู้ที่รับการทดลองแต่ละคนโดยการ โทรศัพท์หรือสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งการวัด PADS นี้ จะรวมกิจกรรมทุกด้านไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย กิจกรรมประจำวันทั่วไป, ใช้แบบประเมิน RYP, แบบทดสอบความพึงพอใจในชีวิต (LSQ), วัดความพึงพอใจต่างๆ ไปและเฉพาะเจาะจง แบบสอบถาม SCL-9OR วิธีการทางสถิติ ออกแบบการทดสอบก่อนและหลังและมีกลุ่มควบคุมซ้ำ สองครั้งในระหว่าง 12 สัปดาห์ ในระหว่างการทำซ้ำ ครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมจำนวน 18 คน จะได้รับ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ 17 คนจัดเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มจะต้องทำการทดสอบ ก่อนและหลังของครั้งแรก กลุ่มที่ถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมนั้นจะได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของครั้งที่ 2 และทำการประเมินเป็นครั้งที่ 3 หลังเสร็จกิจกรรมที่ให้ครั้งที่ 2 ผลการทดลองใน กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีระดับคลอเรสเตอรอลโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมีค่าเพิ่มขึ้น ตรงข้ามกับสมมติฐาน ในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม ระดับของคลอเรสเตอรอลชนิดดีไม่มีการเปลี่ยนแปลง ค่าของคลอเรสเตอรอลที่ดี ในกลุ่มควบคุม จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนและหลังการทดสอบ มีการลดลงของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม ($P < 0.01$) มีระยะเวลาที่เริ่มเหนื่อยล้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ ในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม ก่อนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ใช้เวลา 320 วินาที จึงจะมีอาการ เหนื่อยล้าหลังกิจกรรม หลังทำกิจกรรมทำการประเมินพบใช้เวลา 431 วินาที จึงจะมีอาการ เหนื่อยล้า (เกือบ 2 เท่า) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่หลังจากได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เวลาที่จะ เริ่มมีอาการเหนื่อยก็จะนานขึ้นจาก 258 วินาที เป็น 312 วินาที มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้ง สองกลุ่มแต่จะไม่มีนัยสำคัญ ค่าคะแนนของ Rate Your Plate ที่เพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงนิสัยการ กินที่ดีขึ้น สำหรับการวัดผลของพฤติกรรมสุขภาพ จากการใช้ Wilcoxon Test ในกลุ่มที่ได้รับ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การทำคะแนนในหัวข้อต่างๆ ใน LSQ ดีขึ้น คือแสดงชีวิตที่ครบสมบูรณ์ แข็งแรงขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ($P < 0.05$) ความพึงพอใจในเวลาที่มากขึ้น ($P < 0.01$) ความสัมพันธ์กับคู่สมรสที่พึงพอใจมากขึ้น ความสัมพันธ์กับเพื่อนที่พึงพอใจมากขึ้น สำหรับมาตรวัดความเศร้า SCL-9OR ในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม ก็มีการทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่เกิดขึ้นในกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมก็ทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่เกิดใน กลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม ถูกกระทบจากความรู้สึกเหล่านี้น้อยกว่า 1) ความรู้สึก เหนื่อยล้าที่มี พลังงานต่ำ/ช้า 2) ความรู้สึกที่ถูกตกเป็นเหยื่อ 3) ความรู้สึกเศร้ามาก $p < 0.01$ 4) รู้สึกความสนใจในสิ่งต่างๆ 5) ความรู้สึกที่ว่าทุกสิ่งเป็นสิ่งที่ต้องพยายาม การวัดหัวข้อเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีรายงานบอกมาว่าพวกเขา ถูกกระทบด้วยความรู้สึกเหล่านี้ค่อนข้างน้อย ความรู้สึกที่ว่า หมดความรู้สึกทางเพศ, รู้สึกเหนื่อยล้า

เชิงซ้าลง, ช่วงเวลาร้องไห้, รู้สึกว่าติดกับดัก, รู้สึกเศร้าอย่างมาก,หมดความสนใจในทุกๆ สิ่ง, และทุกๆ สิ่งที่ต้องพยายามและยากลำบาก

ทวิ เชื้อสุวรรณเทวี (2547) ได้ทำการวิจัย เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน ในเมือง ในแง่ของสถานการณ์ และการพัฒนา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลที่มีอยู่และโครงการที่เรียกชื่อว่า โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน จำนวน 36 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 22 ข้อ ส่งไปยัง 27 จังหวัดทั่วประเทศ แล้วคัดเลือกจนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ 36 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่าโครงการส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการให้บริการจากกลุ่มนักวิชาชีพในสถาบันต่างๆ ไปสู่คนพิการ ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับโครงการ มีเพียง 33 %ของโครงการ เป็นเพียงส่วนน้อยที่มีลักษณะเป็นโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน มีคนพิการ 20.1 คนต่อโครงการ ที่มีบทบาทเพียงสมาชิกกลุ่ม หรือเป็นผู้รับบริการ มากกว่าผู้จัดการ โครงการหรือบุคคลสำคัญในการแสดงข้อคิดเห็นและชี้แนะโครงการ ขาดแคลนงบประมาณและแหล่งทุนยังเป็นปัญหาที่สำคัญของโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนอยู่ กิจกรรมของโครงการค่อนข้างครอบคลุม ด้านการช่วยเหลือทางการแพทย์ (77.8%) การสำรวจทะเบียนคนพิการ (72.7%) การฟื้นฟูด้านสังคม (66.7%) อาชีพ (66.7%) และการให้กำลังใจแก่คนพิการและครอบครัว (54.5%) โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน สามารถกระตุ้นให้สังคมมีเจตคติทางบวกต่อคนพิการ (50.0%) เป็นกลวิธีที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (30.6%) เข้าใจปัญหาของคนพิการและให้การช่วยเหลือได้ (22.2%) เป็นการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือคนพิการ ในชุมชน (19.4%) อุปสรรคที่พบ ของโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน คือชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักถึงคนพิการ (61.4%) ขาดงบประมาณและแหล่งทุน (41.7%) มีความยากลำบากในการให้บริการ (25.0%) ขาดความต่อเนื่องและประเมินผลที่เป็นระบบ (16.7%) ขาดทักษะและความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ (16.7%)

Froehlich - Grobe K (2004) ได้ศึกษาเรื่องส่งเสริมให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้หญิงที่มีความบกพร่อง/ปัญหาการเคลื่อนไหว โดยสุ่มตัวอย่างกลุ่มเพื่อที่จะประเมินการให้กิจกรรมขณะอยู่ที่บ้านและในชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการให้ความรู้และส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้หญิงที่มีปัญหาหรือความบกพร่องทางกาย วิธีการดำเนินการวิจัย รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้หญิงจำนวน 75 คน รับสมัครตามหนังสือพิมพ์และข่าวท้องถิ่น จากนั้น คัดกรอง เหลือ 75 คนที่ เข้าเกณฑ์ รูปแบบการทดลอง เป็นการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมจะถูกสุ่มเลือกให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีกลุ่มทดลอง 32 คน และ 43 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยใช้เทคนิคพฤติกรรมร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย กิจกรรมที่จัดให้ มีชั่วโมงการให้ความรู้ การให้คำปรึกษาส่วนบุคคลเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหว, การติดตามสังเกตตนเอง, การสนับสนุนจากคูหูในโปรแกรม, Self Reward การให้รางวัลตนเอง วัดความฟิตสมบูรณ์ ดัชนีมวลกาย BMI, ความดันโลหิต SBP/DBP และอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก, เวลาที่ใช้ในการเคลื่อนไหวทั้งหมด, อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตขณะทำกิจกรรมและเก็บข้อมูลประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและ กิจกรรมการเคลื่อนไหวผู้เข้าร่วมต้องรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับพวกเขาเองใน 6 เดือน ข้อมูลกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ในกลุ่มทดลองแต่ละคนจะต้องบันทึกการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งระยะเวลา และความถี่ ในแต่ละอาทิตย์และส่งมาให้ผู้วิจัย แล้วผู้วิจัยทำการแยกแยะกิจกรรมต่างๆ ไว้เข้าไปในโปรแกรมเพื่อแยกกิจกรรมของผู้มีส่วนร่วมเข้าไปในหมวดต่างๆ มีข้อมูลสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ ANOVA แสดงออกมาในรูปแบบกราฟ สถิติ ผลการวิจัย การทดสอบ paired t - test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ ระดับพื้นฐาน ไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองจะมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยมานานกว่า, มีน้ำหนักตัวและค่า BMI ต่ำกว่าและมีของ ADL ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ใช้ t - test ทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่ยังเข้าร่วมโปรแกรมและผู้ที่ถอนตัวออกไป พบค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวขณะพัก diastolic BP, กลุ่มที่ยังอยู่ในโปรแกรมจะมีค่าความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่ากลุ่มที่ถอนตัวออกไป การวัดที่เห็นความแตกต่างมีนัยสำคัญ ระหว่างกลุ่มก็คือ การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ($F_{1,56} = 7.15$, $P = 0.01$) เวลาในการทำกิจกรรมที่นานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะแรก (Baseline) และหลัง 25 อาทิตย์ของการได้รับ โปรแกรมหรือ Intervention ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน 125.8 ± 110.1 นาที เมื่อได้รับกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 193.4 ± 225.7 นาที $P = 0.04$ ถึงแม้พวกเขาจะใช้เวลาเป็นสองเท่าในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด การเพิ่มขึ้นนี้เกือบจะมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ยพื้นฐาน ณ Baseline 56.3 ± 61.6 นาที, ค่าเฉลี่ยขณะทำกิจกรรมคือ 118.9 ± 211.7 นาที) นอกจากนี้ก็มีเวลาที่เพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญในกิจกรรมเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย (ค่ามาตรฐาน 5.9 ± 13.4 นาที, ค่าเฉลี่ยขณะทำกิจกรรม 11.7 ± 12.2 นาที, $P = 0.02$) เวลาเฉลี่ยที่ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานการทำกิจกรรมระหว่าง 3 อาทิตย์แรก และหลังการทำกิจกรรมไปได้ 25 อาทิตย์ ข้อมูลที่แสดงนั้นรวมถึง เวลาทั้งหมดในการทำกิจกรรมเคลื่อนไหว กิจกรรมที่เกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและกิจกรรมที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน ข้อมูลของกิจกรรมการเคลื่อนไหวในกลุ่มทดลองมีการเพิ่มของการทำกิจกรรมเมื่อ 6 เดือนผ่านไป ซึ่งถึงแม้การศึกษานี้จะไม่ได้ค้นหาค่าการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ แต่ก็แสดงให้เห็น

ว่าผู้หญิงที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว สามารถนำโปรแกรมการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวนี้มาใช้ได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการศึกษาถึงการสำรวจทัศนคติของผู้พิการต่อการออกกำลังกายในจังหวัดเชียงใหม่มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการออกกำลังกายของคนพิการ เพื่อทราบข้อมูลที่เป็นพื้นฐานสำหรับนักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่จะมีส่วนช่วยสังคมในการพัฒนาคนพิการเหล่านี้ให้กลับมาสู่สังคม เพื่อพวกเขาจะได้มีโอกาสช่วยในการพัฒนาสังคมต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved