

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และอิทธิพลของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน
2. การดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน
3. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเคอร์
4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีวุฒิภาวะความพร้อมทางเพศอย่างสมบูรณ์ เปลี่ยนจากเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ สามารถพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจได้มากขึ้น แต่วุฒิภาวะเหล่านี้ยังพัฒนาไม่ถึงขีดสุดทำให้วัยรุ่นต้องประสบกับปัญหาต่างๆ การแบ่งช่วงวัยของวัยรุ่นในปัจจุบันได้ขยายออกไปโดยเริ่มตั้งแต่อายุ 12-25 ปี จากการศึกษาที่ได้อยู่ในสถาบันการศึกษานานขึ้น (ศรีเรือน, 2540; ศิริพร, และคณะ, 2545; สุชา, 2542; องค์การอนามัยโลก อ้างตาม ศิริกุล, 2546; อดิศักดิ์, และสุวรรณ, 2544; Murray & Zenter, 2001)

วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินจะมีพัฒนาการด้านร่างกายเหมือนกับวัยรุ่นทั่วไป (กิ่งแก้ว, 2542; ปริญญา, 2545) โดยร่างกายของวัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตอย่างมาก เนื่องจากการทำงานของต่อมไร้ท่อและต่อมเพศทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและพัฒนาการทางเพศ (ศิริพร และคณะ, 2545) โครงร่างของร่างกายเปลี่ยนสัดส่วนจากเด็กมาเป็นรูปร่างของผู้ใหญ่ (สุชา, 2542) กระดูกจะแข็งแรงขึ้น มีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

(ศิริพร, และคณะ, 2545) เด็กหญิงจะเจริญเร็วกว่าเด็กชายในช่วงระยะวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางในช่วงอายุประมาณ 13-17 ปี ต่อมเพศจะเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์ อวัยวะเพศของผู้ชายจะเริ่มผลิตอสุจิส่วนอวัยวะเพศของผู้หญิงจะเริ่มผลิตไข่ และนอกจากนั้นต่อมเพศยังผลิตฮอร์โมนเพศทำให้วัยรุ่นหญิงเริ่มมีประจำเดือนตะโพกผาย เอวคอด (สุชา, 2542) เต้านมเจริญขึ้นมีขนขึ้นตามอวัยวะเพศและรักแร้ ส่วนเพศชายร่างกายมีขนาดใหญ่ขึ้น มีหนวดเครา เสียงเปลี่ยน ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาสิวและกลิ่นตัวได้ง่าย องคชาติและอวัยวะพัฒนาขึ้น พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นจะเจริญเต็มที่ในช่วงอายุ 18-20 ปี (ศิริพร และคณะ, 2545)

2. พัฒนาการด้านอารมณ์ วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินจะมีพัฒนาการด้านอารมณ์แตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป คือ มีอารมณ์ไม่คงที่มากกว่าเด็กปกติ (เสาวนีย์, 2531) มักจะมีอารมณ์หงุดหงิด โมโห (ประภัสสร, 2542) โกรธง่าย เอาแต่ใจตัวเอง ชีระแวง เกิดความคับข้องใจ มีปมด้อย (วาริ, 2545) จะแสดงอารมณ์เหล่านี้เพิ่มขึ้นในกรณีที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี (ปริญญา, 2545; ผดุง, 2539) จากการศึกษาของ อัครพรธม และสุภรธรรม (2546) พบว่า คนหูหนวกจะรู้สึกอึดอัดลำบากใจเมื่อพูดสื่อสารกับเพื่อนไม่ได้ ซึ่งส่งผลให้เพิ่มปัญหามากขึ้น ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม (วาริ, 2545) จากการศึกษาของจิราพร (2544) พบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความคาดหวังต่ำ กลัวความล้มเหลวไม่พยายามต่อสู้เพื่อความสำเร็จ (เสาวนีย์, 2531) ทำให้ขาดความรับผิดชอบ หนีงานหนัก ไม่มีความหนักแน่นอดทนต่อการทำงาน (วาริ, 2545)

3. พัฒนาการด้านสังคม วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินจะมีพัฒนาการด้านสังคม ที่แตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป คือมีความรู้สึกไม่คิดถึงตนเองในกรณีที่สามารถสื่อสารกับเด็กปกติไม่ได้ผล (เสาวนีย์, 2531) จึงแยกตัวเองออกจากสังคมหรือเข้าร่วมเฉพาะสังคมเดียวกัน (ปริญญา, 2545) ถ้าหากอยู่ในสังคมที่ไม่เข้าใจไม่ยอมรับ หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์จะยิ่งถูกกีดกันแกล้งล้อเลียน จนทำให้เกิดความคับข้องใจน้อยเนื้อต่ำใจ และจะตกเป็นเครื่องมือเหยื่อของพวกมิฉฉาชีพได้ง่ายจนกลายเป็นอาชญากร คำประเวณี ดิเคยาเสพติด และเป็นนักการพนัน เป็นต้น (วาริ, 2545) จากการศึกษาของอัครพรธม และสุภรธรรม (2546) พบว่า คนหูหนวกจำนวนมากสามารถถูกหลอกง่าย ตกเป็นเหยื่อเสมอ เช่น ถูกหลอกให้อยู่ในแก๊งลักขโมย เป็นผู้เสพและค้ายาเสพติด เป็นโสเภณี

4. พัฒนาการด้านสติปัญญา วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินจะมีระดับสติปัญญาใกล้เคียงกับเด็กปกติ (ประภัสสร, 2542; ปริญญา, 2545) ส่วนที่แตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป คือ การสร้างความคิดรวบยอดช้ากว่า มีความคิดแคบ เรียนรู้สิ่งที่เป็นามธรรมได้ยาก (เสาวนีย์, 2531) จากการศึกษาของ อัครพรธม และสุภรธรรม (2546) พบว่า คนหูหนวกเข้าใจเรื่องนามธรรมยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรู้ถึงความหมายของความถูกต้อง ความผิด ความชอบ ความชั่ว ความดี คนหูหนวกจะมโนภาพในเรื่องเหล่านี้ลำบากมีจินตนาการแคบ การเรียนรู้ของคนหูหนวกจะช้ากว่าคนหูดีมาก

การสอนคนหูหนวกต้องสอนช้าๆ 3-4 เท่าของการสอนปกติ การรับรู้ของเด็กหูหนวกไม่ลึกซึ่งรับรู้เร็วแบบไม่เข้าใจและลึมเร็ว มีสมาธิสั้นช่วงความสนใจแคบ จึงส่งผลให้สติปัญญาต่างจากเด็กปกติ ทำให้เสียเปรียบทางสติปัญญาไม่สามารถพัฒนาไปได้เท่าที่ควร ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือให้เรียนรู้ได้ทันทั่วที่โดยวิธีการของการศึกษาพิเศษ (เสาวนีย์, 2531) ในด้านการพัฒนาภาษาและการพูดจะช้าหรือบกพร่อง (ปริญญา, 2545) ทำให้รู้ศัพท์ในวงจำกัดเขียนเรียงประโยคผิด หลักภาษา (ประภัสสร, 2542; วารี, 2545) สื่อสารโดยใช้ถ้อยความสั้นๆแบบภาษาโทรเลข (กิ่งแก้ว, 2542) ทำให้มีปัญหาด้านการสื่อสารเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ นอกจากนั้นยังมีปัญหาด้านการปรับตัวต้องปรับตัวมากกว่าคนปกติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการสื่อสารกับผู้อื่นถ้าหากมีการสื่อสารได้ดีทำให้สามารถปรับตัวได้ (ผดุง, 2539) จากการศึกษาของจิราพร (2544) พบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีการปรับตัวอยู่ในระดับพอใช้ การที่ไม่สามารถสื่อสารกับคนปกติได้สะดวกอีกทั้งสื่อในปัจจุบันมีล่ามและอักษรวิ่งน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการขอความช่วยเหลือคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาและยังส่งผลให้ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ไม่สะดวก (ณัฐชยา และคณะ, 2545)

สรุปได้ว่า พัฒนาการของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินนั้น มีทั้งแตกต่างและไม่แตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป ส่วนที่ไม่แตกต่าง คือ ด้านร่างกาย และที่แตกต่าง คือ ด้านอารมณ์ พบว่ามีอารมณ์ไม่คงที่ ขี้ระแวง เกิดความคับข้องใจ มีปมด้อย ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม ด้านสังคม พบว่ามีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง แยกตัวเองออกจากสังคม หรือเข้าร่วมเฉพาะสังคมเดียวกัน ด้านภาษาพบว่า ล่าช้า บกพร่องสื่อสารกับผู้อื่นได้ไม่ดีทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ไม่สะดวก ด้านสติปัญญาพบว่ามีการสร้างความคิดรวบยอดช้า เรียนรู้สิ่งที่เป็นนามธรรมได้ยาก ต้องปรับตัวมากกว่าคนปกติ ความแตกต่างดังกล่าวทำให้เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพตามมาได้

ปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

ปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน แบ่งตามพัฒนาการได้ ดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน มีปัญหาด้านร่างกายเหมือนกับวัยรุ่นทั่วไป จากการศึกษาของประภาเพ็ญ และคณะ (2542) พบว่านักเรียนหูหนวกมีโรคประจำตัวได้แก่ หอบหืด ภูมิแพ้ ปวดศีรษะ ปวดท้อง โรคกระเพาะอาหาร มีดัชนีมวลกายต่ำและสูงกว่าปกติ ผอม พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. ปัญหาด้านอารมณ์ วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน จะมีอารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่าย

เอาแต่ใจตัวเอง ขี้ระแวง เกิดความคับข้องใจ รู้สึกมีปมด้อย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเสื่อม (วาริ, 2545) จากการศึกษาของจิราพร (2544) พบว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับพอใช้

3. ปัญหาด้านสังคม วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน มักจะมีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง (เสาวนีย์, 2531) แยกตัวเองออกจากสังคม หรือเข้าร่วมเฉพาะสังคมเดียวกัน (ปริญาญา, 2545) จากการศึกษาของอัครพรรณ และสุภรธรรม (2546) พบว่า คนหูหนวกจำนวนมากถูกลอกได้ง่ายตกเป็นเหยื่อเสมอ เช่น ถูกลอกให้อยู่ในแก๊งลักขโมย เป็นผู้เสพและค้ายาเสพติด เป็นโสเภณี

4. ปัญหาด้านสติปัญญา วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน มีการสร้างความคิดรวบยอดซ้ำ เรียนรู้สิ่งที่เป็นนามธรรมได้ยากทำให้เสียเปรียบทางสติปัญญา (เสาวนีย์, 2531) จากการศึกษาของอัครพรรณ และสุภรธรรม (2546) พบว่า คนหูหนวกเข้าใจเรื่องนามธรรมยากมีจินตนาการแคบ การเรียนรู้ของคนหูหนวกจะช้าต้องปรับตัวมากกว่าคนปกติ (ผดุง, 2539) จากการศึกษาของจิราพร (2544) พบว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินมีการปรับตัวอยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนั้นยังมีปัญหาด้านการพัฒนาภาษาที่ล่าช้าบกพร่อง (ปริญาญา, 2545) ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดกับคนอื่นได้ ทำให้ติดต่อกับบุคคลได้น้อยจึงไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ (อัครพรรณ และสุภรธรรม, 2546) ส่งผลให้ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์โดยเฉพาะความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ (ณัฐชยา และคณะ, 2545)

การดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

การดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินในที่นี้ เป็นการกล่าวถึงการดำเนินชีวิตของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่อาศัยอยู่ในโรงเรียนโสตศึกษาภาคใต้ คือโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช และโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา ภาพรวมของโรงเรียนโสตศึกษาเป็นสถานศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินสังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ เป็นโรงเรียนประจำแบบสหศึกษา รับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับอนุบาลถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2544 ในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาที่ปรับให้เหมาะสมกับศักยภาพ และความพร้อมของผู้เรียน เพื่อให้ นักเรียนสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข การรับนักเรียนแบ่งตามเขตพื้นที่โดยโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช รับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินที่มีภูมิลำเนาในเขตภาคใต้ตอนบน คือ จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ ภูเก็ต และพังงา ในปีการศึกษา 2548 มีนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 143 คน เป็นนักเรียนประจำทั้งหมด

ส่วนโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา รับนักเรียนในเขตภาคใต้ตอนล่าง คือ จังหวัดนราธิวาส ยะลา ปัตตานี สตูล สงขลา และพัทลุง ในปีการศึกษา 2548 มีนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 112 คน เป็นนักเรียนประจำ จำนวน 77 คน นักเรียนไป-กลับ จำนวน 35 คน นักเรียนที่อยู่ประจำจะได้รับสวัสดิการจากรัฐบาลด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เครื่องแต่งกาย ประกอบด้วย ชุดนักเรียน ชุดลูกเสือ ยุวกาชาด ชุดพละ ชุดนอน รองเท้า ถุงเท้า และของใช้ส่วนตัว ประกอบด้วย สบู่ ยาสีฟัน แป้ง ผงซักฟอก ผ่าอนามัย เครื่องเขียนและแบบเรียน ค่าพาหนะ และค่าอาหาร ส่วนนักเรียนไม่ประจำที่ไป-กลับ จะได้รับค่าอาหารมื้อกลางวัน และค่ายานพาหนะเดินทาง

กิจวัตรประจำวันของนักเรียนประจำ จะต้องปฏิบัติตามตารางเวลาของโรงเรียนโดยมีรายละเอียดดังนี้ กิจวัตรประจำวันช่วงเช้า เริ่มตั้งแต่เวลา 05.00 น. นักเรียนทุกคนต้องตื่นนอน จัดเก็บเครื่องนอน ทำธุระส่วนตัว หลังจากนั้นเวลา 05.20 น. ทำกิจกรรมกายบริหารโดยการวิ่งออกกำลังกายและแอโรบิก สลับวันกันระหว่างนักเรียนหญิงและชาย ยกเว้นวันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 06.00 น. กิจกรรมพัฒนาโรงเรียน และหอนอนตามที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ ทำความสะอาด หอนอน ห้องน้ำ และรดน้ำต้นไม้ เมื่อเสร็จแล้วทุกคนแยกย้ายกันไปอาบน้ำแต่งตัว เวลา 07.00 น. เข้าแถวรับประทานอาหารเช้า โดยมีครูเวรประจำวันตรวจนับจำนวนนักเรียน ตรวจสอบความเรียบร้อย ความเป็นระเบียบระหว่างการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งนักเรียนทุกคนต้องรับประทานอาหารเช้าตามเวลาและตามรายการอาหารที่โรงเรียนจัดให้ รายการอาหารและคุณภาพของอาหารแต่ละมื้อจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยคณะกรรมการฝ่ายโภชนาการทุกวัน สำหรับรายการอาหารเช้าในส่วนใหญ่มักจะเป็นอาหารจานเดียว ข้าวต้ม หรือ ข้าวสวย กับข้าว 1 อย่าง เมื่อนักเรียนแต่ละคนรับประทานอาหารเช้าเสร็จจะเก็บถาดอาหารล้างทำความสะอาดด้วยตนเอง ซึ่งโรงเรียนได้จัดตารางเวรรับผิดชอบทำความสะอาดโรงอาหารให้นักเรียนแต่ละหอนอนปฏิบัติหมุนเวียนกันในแต่ละเดือน โดยมีภาระรับผิดชอบดังนี้ เคลื่อนย้ายอาหารจากโรงครัวไปหอประชุมพร้อมนำภาชนะที่ใส่อาหารมาให้คนครัวทำความสะอาด 3 มื้อ รับผิดชอบทำความสะอาดอ่างล้างจานและบริเวณหลังโรงอาหาร 3 มื้อ และทำความสะอาดที่วางอาหาร เวลา 08.00 น. เข้าแถวเคารพธงชาติและทำกิจกรรมหน้าเสาธงซึ่งอยู่ในการควบคุมดูแลของครูประจำชั้น และครูเวรประจำวัน ได้แก่ อบรมกิริยามารยาท คุณธรรมจริยธรรม แจ้งข่าวสารประจำวัน และมีกิจกรรมอื่นๆตามโอกาส เวลา 08.30 น. เข้าเรียนภาคเช้า เมื่อหมดชั่วโมงเรียนแล้ว เวลา 11.50 น. นักเรียนทุกคนจะเตรียมเข้าแถวเพื่อรับประทานอาหารเช้ากลางวัน รายการอาหารมื้อกลางวันประกอบด้วย ข้าวสวย กับข้าว 2 อย่าง และผลไม้ตามฤดูกาล หรือขนมหวาน สำหรับโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการจำหน่ายอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์ของแต่ละหอนอนในตอนเที่ยง ได้แก่ น้ำปั่น ชาเขียว ไอศกรีม ลูกชิ้นปิ้ง และเปิดโอกาสให้นักเรียนสามารถเลือกซื้ออาหารและขนมได้ที่สหกรณ์ร้านค้าของโรงเรียน ซึ่งเปิดให้บริการในตอนเที่ยงและตอนเย็นวันละ 1-2 เวลา ในสหกรณ์ร้านค้าจำหน่ายอาหารประเภทขนมเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่

ขนมขบเคี้ยวอบกรอบ ขนมปัง ลูกชิ้นทอด ขนมทอด ไอศกรีม นม น้ำผลไม้ ชาเย็น เป็นต้น

กิจกรรมประจำวันช่วงบ่าย หลังจากที่นักเรียนรับประทานอาหารมื้อกลางวันเสร็จสิ้นแล้ว จะแยกย้ายกันไปพักผ่อนที่ห้องนอน และเตรียมตัวเข้าเรียนภาคบ่ายในเวลา 13.00-16.20 น. หลังจากเลิกเรียนแล้ว นักเรียนจะแยกย้ายกันไปทำธุระส่วนตัว พักผ่อนหย่อนใจตามอิสระ และเวลา 17.00 น. เตรียมเข้าแถวเพื่อรับประทานอาหารเช้า รายการอาหารมื้อเย็น ประกอบด้วย ข้าวสวย กับข้าว 2 อย่าง และโรงเรียนได้จัดบริการน้ำดื่มไว้อย่างเพียงพอตามจุดสำคัญๆ เช่น โรงอาหาร ห้องนอน เวลา 17.30 น. ทำความสะอาดบริเวณโรงเรียนที่รับผิดชอบ พักผ่อนหย่อนใจ หรือเล่นกีฬาตามอิสระ ได้แก่ ฟุตบอล บาสเก็ตบอล วอลเลย์บอล เปตอง วิ่ง และนักเรียนบางส่วนทำงานอดิเรกที่ได้รับมอบหมาย เช่น รดน้ำต้นไม้ ซักผ้า ปลูกผัก เลี้ยงสุกร ปลูกกล้วย ปลูกกุหลาบ งานอาชีพ งานศิลปะ งานประดิษฐ์ และเย็บปักถักร้อย

กิจกรรมประจำวันช่วงเย็นและกลางคืน เริ่มตั้งแต่วันที่ 18.00 น. นักเรียนทุกคนจะขึ้นห้องนอนเพื่ออาบน้ำ ซักผ้า หลังจากนั้นเวลา 18.30-20.00 น. ทำกิจกรรมที่ห้องนอน ได้แก่ ไหว้พระ สวดมนต์ แผ่เมตตา โดยครูประจำห้องนอนทำการสำรวจนักเรียน และอบรมเกี่ยวกับกฎระเบียบชีวิตความเป็นอยู่ในหอพัก แจ้งข่าวสารต่างๆ ปิดท้ายด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถของนักเรียน ได้แก่ การแสดงละคร การแสดงความสามารถต่างๆ เช่น แข่งขันการใช้ภาษามือ เล่นกีฬา กิจกรรมดังกล่าวที่โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดให้นักเรียนทำร่วมกันทุกคน ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ณ บริเวณได้อาคารเรียน 3 หลังจากนั้นเวลา 20.30 น. นักเรียนสามารถทำกิจกรรมตามอัธยาศัย ในวันหยุดดูโทรทัศน์ได้ถึงเวลา 22.00 น. เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมต่างๆแล้วครูประจำห้องนอนจะดูแลให้ทุกคนเข้านอน

นอกจากนี้โรงเรียนได้จัดให้มีกิจกรรมสันทนาการ ในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ซึ่งมีแผนประจำปีของงานกิจกรรมนักเรียนโดยมอบหมายให้ครูและนักเรียนร่วมกันจัดกิจกรรมในวันสำคัญ วันเทศกาลต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ วันลอยกระทง วันเด็กแห่งชาติ วันไหว้ครู วันเข้าพรรษา และวันคนพิการสากล มีการจัดแข่งขันกีฬาภายในโรงเรียนและร่วมกับโรงเรียนภายนอก เข้าค่ายพักแรมมีค่ายสัญจรจากหน่วยงานภายนอกขออนุญาตเข้าไปจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถด้านต่างๆให้นักเรียนทุกปี เช่น จากโรงเรียนในละแวกใกล้เคียง โรงเรียนประจำจังหวัด และคณะนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การออกนอกบริเวณโรงเรียน นักเรียนที่ต้องการไปทำธุระส่วนตัว เช่น ซื้ของ ไปตลาด ไปเที่ยวจะต้องมีผู้ปกครองมารับ-ส่ง หรือกลับบ้านด้วยตนเองเมื่อผู้ปกครองอนุญาตโดยมีหลักฐานบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครองมาแสดง โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช อนุญาตให้นักเรียนกลับบ้านเดือนละ 2 ครั้ง โดยกลับบ้านในวันเสาร์ตั้งแต่เวลา 07.30 น. และส่งนักเรียนกลับโรงเรียนในวันอาทิตย์ เวลา 13.00-15.00 น. การออกนอกบริเวณโรงเรียนในกรณี

อื่นๆต้องเขียนบันทึกขออนุญาตโดยผ่านครูเวรประจำวัน กรณีไปซื้อของใช้ ขนม ในวันจันทร์-วันศุกร์ ต้องให้ครูหอนอนพาไป

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ปรากฏขึ้นในงานด้านการพยาบาลครั้งแรก ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา โดยผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ ด้านชีวะ จิต และสังคมของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมอันเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง ในปี ค.ศ. 1987 เพนเดอร์จึงพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นครั้งแรก โดยใช้แนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) และจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy-value theory) เพื่ออธิบายและทำนายการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้และการควบคุมพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) การรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (perceived benefits of health-promoting behaviors) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างสุขภาพ (perceived barriers to health-promoting behaviors) 2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร (demographic characteristics) คุณลักษณะทางชีววิทยา (biological characteristics) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) และปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factors) 3) ตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) ได้แก่ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน และตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1987 ได้มีการนำไปศึกษา ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในชุมชน พบว่า ปัจจัยด้านความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ ปัจจัยการรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) อธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมได้ แต่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงไม่ได้ ส่วนคำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) ทำนายพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมได้ทุกงานวิจัยแต่อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงได้ 2 จาก 9 งานวิจัย ส่วน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่าง มีนัยสำคัญทั้งภาพรวมและเฉพาะเจาะจง ส่วนปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) และปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factors) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมจึงยังคงไว้ แต่เปลี่ยนตำแหน่ง ส่วนตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) ยกแก่การวัดและหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

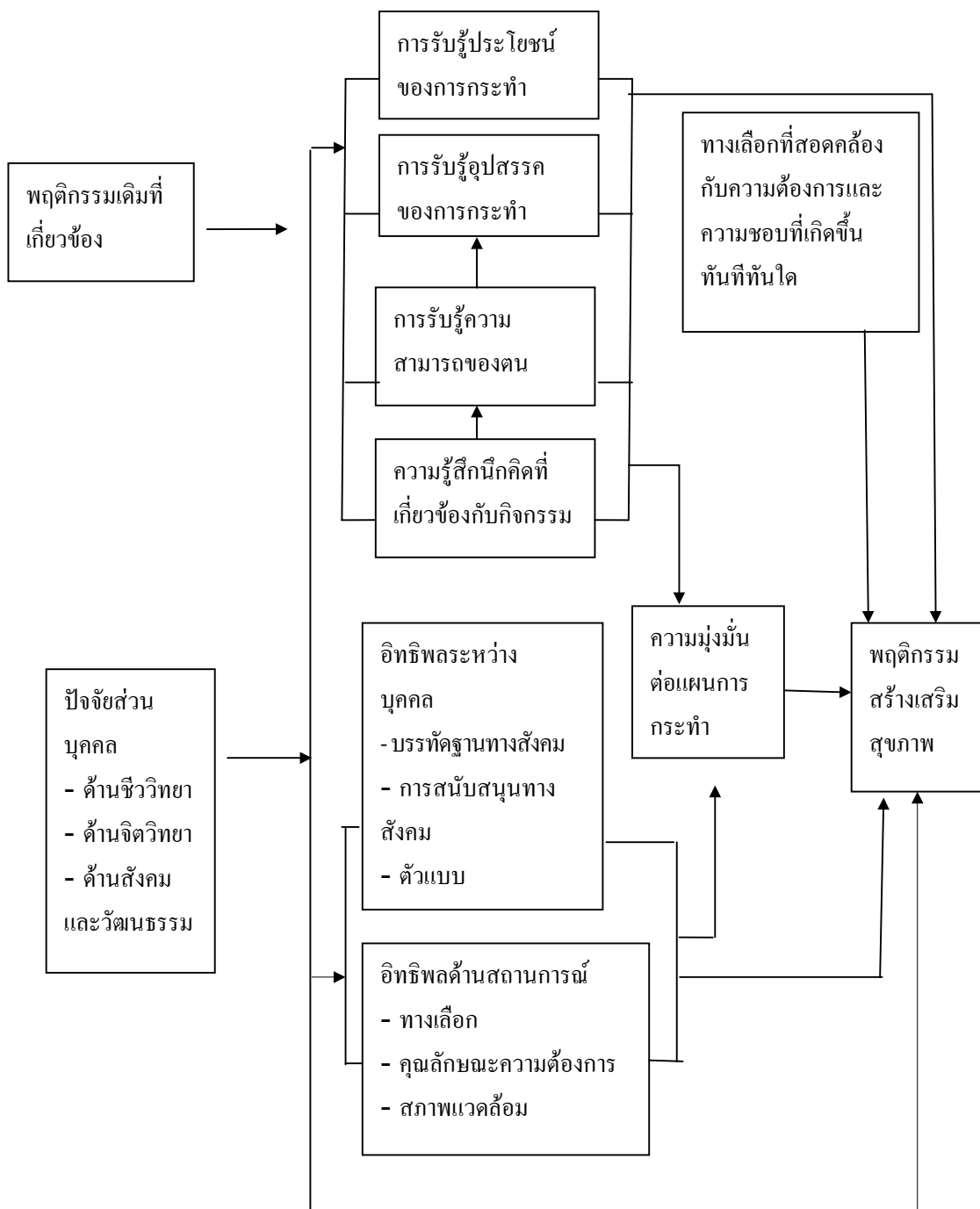
ต่อมาเพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมาใหม่ ในปี ค.ศ. 1996 (Pender et al., 2002) ภายหลังจากที่ได้มีการศึกษาวิจัยทดสอบทั้งในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง กลุ่มวัยรุ่น และในชุมชน ได้มีการตัดตัวแปรออกไป 3 ตัวแปร คือ ความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) และตัวชี้แนะการ กระทำ (cues to action) และได้มีการจัดความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยการเพิ่มตัวแปรใหม่ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (activity-related affect) ความมุ่งมั่นต่อแผนการ กระทำ (commitment to a plan of action) ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่ เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demand and preferences)

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์ (Pender, 1996) แสดงในภาพ 2 ดังนี้

คุณลักษณะและประสบการณ์
ของแต่ละบุคคล

การรับรู้และทัศนคติที่
เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

ผลลัพธ์ของพฤติกรรม



ภาพ 2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

หมายเหตุ. ที่มา “Health promotion in nursing practice” (4 th ed.) (p. 60), by N.J. Pender, C.L. Murdaugh, and M.A. Parson, 2002, New Jersey: Prentice Hall. Copyright 2002 by Pearson Education, Inc.

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพปรับปรุงใหม่นี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 องค์ประกอบ คือ

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละบุคคลจะมีลักษณะ และประสบการณ์แตกต่างกันซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคลนั้นภายหลัง ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) จากการศึกษาวิจัย พบว่าตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุด คือ การกระทำบ่อยๆของพฤติกรรมนั้นๆในอดีต โดยพฤติกรรมที่เคยกระทำในอดีตมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย (habit formation) และมีผลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม คือ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการกระทำ และความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ ค้ำฉนิมวตกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดประจำเดือน สมรรถภาพด้านแอโรบิก ความแข็งแรง ความว่องไว หรือความสมดุล

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคำจำกัดความของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

2. การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) ตัวแปรในกลุ่มนี้มีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) คือ การรับรู้การกระทำว่ามีผลทางบวกต่อตนเองเมื่อได้กระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและยังเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรมนั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) คือ การรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การไม่มีเวลา ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง และความยุ่งยาก มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยไปลดความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (perceived self-efficacy) คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำลดลง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้อุปสรรค และความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (activity-related affect) คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) คือ ความคิด ความเชื่อทัศนคติของคนอื่น กลุ่มคนอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทีมสุขภาพ บรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) คือ ความคิดของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อม บริบทที่เอื้อหรือขัดขวางการทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรม

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวได้แสดงไว้ในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพว่ามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรด้านจิตวิทยาที่อยู่ภายใต้คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ภายใต้ปัจจัยการรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้วางตำแหน่งตัวแปรด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ในช่วงต้นและห่างไกลจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตน ได้ถูกจัดวางไว้ตรงกลางและอยู่ใกล้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากลักษณะการจัดตำแหน่งดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่ใช่ปัจจัยหลักในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จึงน่าจะมีผลในการทำนาย ได้น้อย ส่วนการรับรู้ความสามารถของตน เป็นปัจจัยหลักในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จึงน่าจะเป็นตัวทำนายได้ดีกว่า

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (behavior outcome) ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดแล้วพฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น

3.2 ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demand and preferences) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้และตั้งใจกระทำ ความต้องการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดนั้นทำให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรมใหม่โดยไม่มีวางแผนไว้ก่อน

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นตัวแปรที่สำคัญของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ผู้กระทำทำแล้วมีภาวะสุขภาพดี และตามรูปแบบของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นความสนใจ เอาใจใส่ สังเกตสุขภาพของตนเอง แสวงหาข้อมูล ขอคำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในภาวะปกติและเจ็บป่วย

2. การออกกำลังกาย (physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนต่างๆของร่างกายที่ต้องใช้พลังงานในแต่ละวันในขณะที่ประกอบอาชีพ ดำเนินชีวิตประจำวัน และทำกิจกรรมสันทนาการ

3. โภชนาการ (nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ในรูปแบบของแบบแผนและนิสัยในการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน มีคุณค่าทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

4. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยการแสดงออกถึงการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ การให้ความรัก ความห่วงใย การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อต้องประสบกับปัญหาต่างๆ

5. การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นความสามารถของบุคคล ในการค้นหาจุดมุ่งหมายและความหวังของชีวิต บุคคลจะพัฒนาศักยภาพด้านจิตวิญญาณโดยการเรียนรู้หาประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ ความรัก ความปีติยินดี ความพึงพอใจในตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสงบสุขในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ หรือเป็นแบบแผนของการเผชิญกับภาวะคุกคาม หรือตัวกระตุ้นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต เพื่อผ่อนคลายและควบคุมความเครียดให้อยู่ในภาวะสมดุล กิจกรรมที่ทำได้แก่ การพักผ่อน ทำกิจกรรมสันทนาการ การทำสมาธิ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นต้น

การประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits Assessment, LHHA) ขึ้น ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป โภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสถานะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ และในปี ค.ศ. 1982 เพนเดอร์ได้ศึกษานำร่อง (pilot testing) ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำนวน 92 คน ใช้วิธีทดสอบซ้ำเว้นระยะ 2 สัปดาห์ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาคโดยรวมได้ 0.91 ต่อมา วอล์คเกอร์, ซีคริส, และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้ปรับปรุงเครื่องมือให้เหลือข้อคำถามจำนวน 48 ข้อ โดยวัดพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด พร้อมกันนี้ได้พัฒนาเครื่องมือมาเป็นแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP) จากการทดสอบเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมได้ 0.92 และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่จำนวน 63 คน ทดสอบซ้ำเว้นระยะเวลา 2 สัปดาห์ แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันโดยรวม ได้เท่ากับ 0.92 และต่อมาเครื่องมือนี้ได้พัฒนาเป็น Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP II โดยได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นเป็นจำนวน 52 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับเพื่อวัดพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด และเครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 18-92 ปี จำนวน 712 คน เมื่อหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.94 และรายด้านอยู่ในช่วง 0.79-0.87

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ได้มีการนำเครื่องมือดังกล่าวมาแปล และดัดแปลงเพื่อใช้ในประชากรกลุ่มต่างๆ แล้วนำไปทดสอบหาความตรงและความเชื่อมั่น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits Assessment, LHHA, 1987) สุนทรา (2541) ได้นำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยรวมได้เท่ากับ 0.79 รายด้านได้ 0.72-0.80 ส่วนปริศนา (2543) ได้แปลแล้วนำไปใช้กับสตรีวัยหมดประจำเดือน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.84 ต่อมาเครื่องมือฉบับนี้ ปริศนา (2545) นำมาศึกษาในนักศึกษาระดับต้นของวิทยาลัยการอาชีพ

ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

2. แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP, 1987) ปาลีรัตน์ (2541) ได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยรวมเท่ากับ 0.88 รายด้านอยู่ในช่วง 0.79-0.86 ต่อมาจิตตระกูล (2543) ได้นำแบบประเมินของปาลีรัตน์ (2541) มาดัดแปลงอีกครั้งเพื่อใช้กับสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยรวมได้เท่ากับ 0.94 ส่วนรายด้านอยู่ในช่วง 0.70-0.86 นอกจากนี้ นินิตยา (2542) ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

3. แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP II, 1996) ศิริมา (2542) ได้แปลแล้วนำมาใช้กับผู้สูงอายุ เมื่อนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85 ต่อมาแบบประเมินฉบับนี้ถูกนำมาใช้ โดยวาสนา (2544) บุญพา (2545) และพรชัย (2545) เมื่อนำไปหาค่าความเชื่อมั่นพบว่าอยู่ในช่วง 0.85- 0.94 ส่วนนันทวัน (เอกสารยังไม่ได้ตีพิมพ์) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลแล้วศึกษาหาค่าความเชื่อมั่นและวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดลีลาชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพฉบับภาษาไทย โดยศึกษาในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เมื่อนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.91 และต่อมาอุไรวรรณ (2547) ได้นำแบบวัดของนันทวัน ไปศึกษาในประชากรวัยทองและได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบวัดลีลาชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพฉบับภาษาไทยของนันทวัน (เอกสารยังไม่ได้ตีพิมพ์) มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน เนื่องจากแบบวัดดังกล่าวเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป ได้ผ่านการแปลกลับ (back translation) โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี นอกจากนั้นแบบวัดดังกล่าวได้นำมาศึกษาในประชาชนทั่วไปทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ และแบบวัดดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยการหาค่าความเชื่อมั่นและวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ดี และในการนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีข้อจำกัดในการใช้แบบประเมินในบริบทของคนไทยในด้านวัฒนธรรมและภาษา ในขณะที่แบบประเมินที่แปลโดยศิริมา (2542) และนำมาใช้โดย วาสนา (2544) มีข้อจำกัดในแง่ของวัฒนธรรมและภาษา คือ ลักษณะของข้อคำถามบางข้อมีความซับซ้อน เข้าใจยาก ไม่ชัดเจน และไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนไทย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงเลือกประยุกต์แบบวัดลีลาชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพฉบับภาษาไทยของนันทวัน (เอกสารยังไม่ได้ตีพิมพ์) โดยการประยุกต์ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านการรับรู้ภาษาและการสื่อสาร

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน เช่น กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (WHO, 1986) เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำในทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (well-being) การบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self-actualization) (Palank, 1991) และกระทำเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้มีสุขภาพดี เกิดความผาสุก แสดงถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด (Pender et al., 2002) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นกิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลยกระดับภาวะสุขภาพ มีสุขภาพดี เกิดความผาสุก และบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินมีน้อย และยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยของกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปประกอบเป็นแนวทางในการศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นความสนใจ เอาใจใส่ สังกัดสุขภาพของตนเอง (Pender et al., 2002) และกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคลในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน การอาบน้ำ การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้จ่ายที่ถูกต้อง (สุคนธ์, 2547) รวมถึงการแสวงหาข้อมูล ขอคำปรึกษา คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในภาวะปกติและเจ็บป่วย (Pender et al., 2002) สำหรับเยาวชนไทย ควรรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองโดยการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ดังนี้

- 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
- 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
- 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย
- 4) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด
- 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ
- 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น
- 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
- 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
- 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
- 10) มีสำนึกต่อส่วนร่วมร่วมสร้างสรรค์สังคม (คณะกรรมการสุศึกษา, 2539 อ้างตาม สุชาติ, 2542)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน สนใจใฝ่หาความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางโดยมีวิธีการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การถามครู ถามพ่อแม่และญาติ

คูโทรทัศน์ (ประภาเพ็ญ และคณะ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในวัยรุ่นทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง วัยรุ่นมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเองโดยการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี เมื่อมีอาการผิดปกติไม่รีบไปพบแพทย์ แต่จะชื้อยามารับประทานเอง (นวลอนงค์ และคาราวรรณ, 2544; ประภาเพ็ญ และคณะ, 2542; ยวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; รุจา และคณะ, 2548; สุดารัตน์, 2537; สายสุนี, 2544; อัจฉรา และสุธีรา, 2545; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998) และรองลงมาอยู่ในระดับดี (ปริศนา, 2545)

2. การออกกำลังกาย (physical activity) การออกกำลังกายมีความจำเป็นและสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต เพราะบุคคลต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวันขณะประกอบอาชีพ ดำเนินชีวิตประจำวัน และทำกิจกรรมสันทนาการ (Pender et al., 2002) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีผลทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายและเกิดผลทางบวกต่อสมรรถภาพและสุขภาพ (ศิริพร และคณะ, 2545) ทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานอย่างเต็มศักยภาพโดยการไปเพิ่มการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ถ้าบุคคลมีการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะหลอดเลือดในสมองแตก (Pender et al., 2002)

หลักสำคัญในการออกกำลังกายที่มีผลดีต่อสุขภาพนั้น จะต้องมีความพอดีที่จะทำให้ออกกำลังกาย (FIT) หรือมีสมรรถภาพทางร่างกาย ซึ่งสมาคมกีฬาเวชศาสตร์ของสหรัฐ (American College of Sports Medicine อ้างตาม สมจิต, วัลลา, และรวมพร, 2543) ได้กำหนดปริมาณและคุณภาพในการออกกำลังกายที่สำคัญ คือ FIT ได้แก่ ความบ่อย (frequency) คือ ออกกำลังกายเพียงสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละครั้ง หรือวันเว้นวัน ความหนัก (intensity) เป็นการแสดงออกในรูปของความเหนื่อยจากการออกกำลังกายประเภทนั้นๆ ผู้ที่ออกกำลังกายแต่ละคนจะทราบได้ด้วยตนเอง และเมื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจสำหรับผู้เริ่มออกกำลังกายควรเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 55-65 ส่วนผู้ที่เคยออกกำลังกายมาแล้วควรเพิ่มขึ้นร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ ความนาน (time) การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 30-60 นาที โดยแบ่งระยะเวลาออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (warming-up) 5 นาที ช่วงเข้มข้นของการออกกำลังกาย (endurance exercise) ประมาณ 15-30 นาที และช่วงผ่อนคลาย (cooling down) ประมาณ 5-10 นาที

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ ความถี่ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 20 นาทีขึ้นไป กีฬาที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ฟุตบอล วิ่ง สถานที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ คือ โรงเรียนและบ้าน (ประภาเพ็ญ และ คณะ, 2542) ส่วนผลการวิจัยในวัยรุ่นทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนออกกำลังกายอยู่ในระดับ ปานกลาง (นวลอนงค์ และคาราวรรณ, 2544; ยวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; รุจา และคณะ, 2548; สุดารัตน์, 2537; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998) มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอทั้งที่โรงเรียน และที่

บ้าน การออกกำลังกายที่ปฏิบัติ ได้แก่ แข่งกีฬา วิ่งเล่น ช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน ทำงานอดิเรก เล่น และฟังดนตรี เกี่ยวกับเพื่อน ปลูกต้นไม้ (สุขุมาล, พันธ์, ศิรดา, และสุจิตรา, 2546) นอกจากนั้นยังมีวัยรุ่นบางส่วนไม่ออกกำลังกายเลยเพราะไม่มีเวลาและไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย (นิลภา, 2541)

3. โภชนาการ (nutrition) วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต ร่างกายต้องการพลังงานมาใช้ ในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันอย่างเพียงพอ วัยรุ่นควรเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ได้สารอาหารที่ครบถ้วนมีคุณค่าทางโภชนาการ และหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (Pender et al., 2002) การกำหนดการใช้พลังงานในหนึ่งวันของวัยรุ่น อายุ 11-18 ปี ในเพศชายควรได้รับพลังงาน 2,500-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน เพศหญิง 2,200 กิโลแคลอรี ต่อวัน (Insel, Turner, & Ross, 2002 อ้างตาม ศิริพร และคณะ, 2545) และสารอาหารที่ควรให้ความสำคัญ คือโปรตีน ไขมัน ซึ่งไม่ควรบริโภคสูงเกินไป ควรได้รับแคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ และ วิตามินซีอย่างเพียงพอ (ศิริพร และคณะ, 2545) เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) แนะนำว่า วัยรุ่นควรรับประทานอาหารประเภทไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ต่อวัน โคลเลสเตอรอลน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยการลดอาหารจานด่วนจำพวกแฮมเบอร์เกอร์ มันฝรั่งทอด นมเย็น และไอศกรีม ใน มือเที่ยงและมือเย็นเพราะอาหารเหล่านี้มีไขมันประมาณร้อยละ 46 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการ เป็นโรคอันเกิดจากไขมันสูงในเส้นเลือดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่ถูกต้องจะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ไม่เพียงพอ หรือไม่สมดุลกับความต้องการ อาจทำให้เกิดโรคได้ เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น (สมจิต, วัลลา, และรวมพร, 2543) ดังนั้นวัยรุ่นจึงควรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนี้ (ศิริพร และคณะ, 2545) 1) รับประทานอาหาร ให้ครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว 2) รับประทานอาหารเป็นอาหารหลักสลับ กับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ 3) รับประทานอาหารผักให้มากและผลไม้เป็นประจำ 4) รับประทาน ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6) รับประทานอาหาร ที่มีไขมันแต่พอควร 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด 8) รับประทานอาหารที่ สะอาดปราศจากการปนเปื้อน และ 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินมีพฤติกรรมของความบ่อยในการรับประทานอาหารประเภทต่างๆ ดังนี้ รับประทานอาหารเช้าชนิดนั้นๆทุกวันนี้ รับประทาน อาหารครบ 5 หมู่ร้อยละ 55.3 รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ร้อยละ 41.2 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อปนมัน พะโล้ แกงกะทิ ร้อยละ 58.2 รับประทาน ขนมหวานขนมใส่กะทิ ร้อยละ 57.2 ส่วนที่รับประทาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 10.4 ดื่มเครื่องดื่มประเภทกาแฟ โอเลี้ยง ร้อยละ 26.4 รับประทานอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่าไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ ร้อยละ 43.2 รับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป ร้อยละ 60.6

ดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 50 รับประทานอาหารขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 49.2 ลักษณะของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีดังนี้ รับประทานอาหารเช้าก่อนมาเรียนหนังสือทุกวัน ร้อยละ 83.6 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน ร้อยละ 72.8 รสชาติอาหารที่ชอบมากที่สุด ร้อยละ 29.8 ชอบอาหารรสหวาน (ประภาเพ็ญ และคณะ, 2542) ส่วนผลการวิจัยในวัยรุ่นทั่วไป พบว่า มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี โดยรับประทานอาหารครบ 5 มื้อ วันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำเพียงพอ ดื่มนม เลือกอาหารที่ปรุงสุกและสะอาด (นิลภา, 2541; สุขุมาล, พัชรี, ศิรดา, และ สุจิตรา, 2546) ส่วนในระดับปานกลาง พบว่ามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันสูง ดื่มน้ำชา กาแฟ รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ และงดรับประทานอาหารบางมื้อ (นวลอนงค์ และดารารวรรณ, 2544; ประภาเพ็ญ และคณะ, 2542; ยวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; รุจา และคณะ, 2548; สุดารัตน์, 2537; อุบลรัตน์, 2540; อัจฉรา และสุชีรา, 2545; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998) และที่พบระดับไม่ดี คือ รับประทานอาหารสำเร็จรูป งานด่วน ดื่มน้ำอัดลม และรับประทานอาหารที่มี รสหวานจัด เช่น ลูกอม ลูกกวาด (นวลอนงค์ และดารารวรรณ, 2544; สนทยา, 2543)

4. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relation) ในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดเวลา (วัลดี, ขนิษฐา, สาลิกา, และณัฐวุฒิ, 2546) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคล เป็นการแสดงออกถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บุคคลจะแสดงบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อมูล ความรัก ก่อใจ และความห่วงใยเมื่อต้องประสบกับปัญหา บุคคลจะใช้แหล่งสนับสนุนจากตนเอง บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาของตน (Pender et al., 2002) การจะมีสัมพันธ์ภาพที่ดีได้นั้นเป็นศิลปะที่สำคัญมาก (ฉันทนิช, 2540) วัลดี, ขนิษฐา, สาลิกา, และณัฐวุฒิ (2546) ได้เสนอแนวทางในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น ดังนี้ ทักทายผู้อื่นก่อน สร้างอารมณ์ที่ดีต่อกัน ยิ้มแย้ม แจ่มใส มีอารมณ์มั่นคง เป็นผู้ฟังที่ดี พุดจาไพเราะ แสดงน้ำใจ รู้จักการให้ การรับและการแลกเปลี่ยน ให้เกียรติยอมรับผู้อื่น ชื่นชม ให้กำลังใจแก่กันและกันตามความเหมาะสม ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นผู้ที่สร้างสัมพันธ์ภาพและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขทั้งยังรักษาสัมพันธ์ภาพไว้ได้ยืนยาว รวมทั้งเป็นผู้ที่มีจิตใจเข้มแข็ง อดทน เสียสละและมีความเข้าใจผู้อื่น ดังนั้นการสร้างไมตรีกับผู้อื่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิต

การศึกษาที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง (นวลอนงค์ และดารารวรรณ, 2544; ยวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; สุดารัตน์, 2537; สุขุมาล, พัชรี, ศิรดา, และสุจิตรา, 2546; อัจฉรา และสุชีรา, 2545) โดยจะขอคำปรึกษาจากเพื่อนมากที่สุดเมื่อมีปัญหา รองลงมาอยู่ในระดับดี (ปริศนา, 2545; รุจา และคณะ, 2548; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998)

5. การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ เพราะเป็นแหล่งของความหวัง กำลังใจ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคในชีวิตไปได้ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยบุคคลมีความต้องการทางจิตวิญญาณมากเป็นพิเศษ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (ทศนีย์, 2545 ข) ประเวศ (2543) กล่าวว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณจะมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง ซึ่งบุคคลจะเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณเมื่อได้ทำความดี เช่น การเสียสละ การมีเมตตา เข้าถึงพระรัตนตรัย หรือพระเจ้า บุคคลสามารถพัฒนาจิตวิญญาณของตนจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการค้นหาจุดมุ่งหมาย เป้าหมาย และความหวังในชีวิต (Pender et al., 2002) ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของความรัก ความปีติยินดี ความพึงพอใจในตนเอง การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มีความสงบสุข (ทศนีย์, 2545 ข; Pender et al., 2002)

การศึกษาที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษากการพัฒนาจิตวิญญาณในวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป พบว่า มีพฤติกรรมการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (นวลอนงค์ และดารารวรรณ, 2544; ยวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; รุจา และคณะ, 2548; สุภารัตน์, 2537; อัจฉรา และสุชีรา, 2545) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ปริศนา, 2545; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998)

6. การจัดการกับความเครียด (stress management) ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ในขณะที่ดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะในแต่ละวันบุคคลต้องพบกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จึงทำให้ต้องตกอยู่ในภาวะเครียด สาเหตุของความเครียดที่สำคัญนั้นมาจากการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล และการกระทำ (Pender et al., 2002) ความเครียดในวัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการ เช่น การมีประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงของเสียง รูปร่าง การขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ปัญหาในการคบเพื่อน ความรักและความผิดหวัง การไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน การเรียนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางต้องมีการศึกษด้วยตนเองมากขึ้น (ศิริพร และคณะ, 2545)

การจัดการกับความเครียด เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม และตัวกระตุ้นความเครียด เพื่อผ่อนคลายและควบคุมความเครียดให้อยู่ในภาวะที่สมดุล (Pender et al., 2002) ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984 cited by Pender et al., 2002) กล่าวถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคลว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1) มุ่งแก้ไขที่ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการจัดการกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น โดยพยายามมุ่งแก้ไขที่ปัญหา 2) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดให้บรรเทาลง โดยไม่ได้มุ่งแก้ไขที่ปัญหา เช่น การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงปัญหา การระบายความทุกข์ให้

ผู้อื่นฟัง การลืม การผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคลไว้ ดังนี้ 1) ลดความถี่ของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situations) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มากเกินไป การควบคุมและจัดการกับเวลา 2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย เพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตน เพิ่มการกล้าแสดงออก ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ สร้างแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการจัดการกับความเครียด 3) วางเงื่อนไขต่อต้านสิ่งที่มีภาวะกระตุ้นด้านสรีระ (counterconditioning to avoid physiologic arousal) ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และใช้จินตนาการ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินมีการจัดการกับความเครียดโดยการปรึกษาเพื่อน อยู่เงียบๆคนเดียว ดูโทรทัศน์และฟังวิทยุ สาเหตุของความเครียดส่วนใหญ่ถูกพ่อแม่ และตำหนิ ครูครู มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน (ประภาเพ็ญ และคณะ, 2542) สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปส่วนใหญ่ พบว่ามีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (นวลอนงค์ และดารารวรรณ, 2544; นิลภา, 2541; ยุวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; รุจา และคณะ, 2548; สุดารัตน์, 2537; สุขุมาล, พัชรี, ศิรดา, และสุจิตรา, 2546; สดุดี, 2541; อัจฉรา และสุธีรา, 2545; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998) โดยจะพบปะสังสรรค์กับเพื่อน เล่นกีฬา ทำงานอดิเรก นั่งสมาธิ กินยานอนหลับ ออกกำลังกาย ฟังเพลง ดูหนัง ผ่อนคลายกับเพื่อน รองลงมา มีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี (ปริศนา, 2545; อุบลรัตน์, 2540)

สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน พบว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องในบางด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการกับความเครียด (ประภาเพ็ญ และคณะ, 2542) ส่วนวัยรุ่นทั่วไป พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (นวลอนงค์ และดารารวรรณ, 2544; ยุวดี, พรนภา, และรุ่งรัตน์, 2546; รุจา และคณะ, 2548; สุดารัตน์, 2537; สายสุนี, 2544; อัจฉรา และสุธีรา, 2545; Felton, Liu, Parsons, & Geslani, 1998) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ปริศนา, 2545) และระดับพอใช้ (สดุดี, 2541) ความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินกับวัยรุ่นทั่วไป พบทั้งที่ เหมือนกันและแตกต่างกันคือ ส่วนที่เหมือน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด ส่วนที่แตกต่าง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ จากความแตกต่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตน

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินน้อย พบการศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบในประชากรกลุ่มต่างๆมาอย่างแพร่หลายและผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนพบว่า เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดและมีอำนาจในการทำนายค่อนข้างสูง จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงทบทวนเฉพาะปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิตที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิตได้ จึงเปรียบเสมือนภูมิคุ้มกันของร่างกาย (อุมาพร, 2543) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกและทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งในทางบวกและทางลบ (Rosenberg's, 1979 cited by Kowalski, 1997) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมองและประเมินตนเองว่าตนเป็นคนมีคุณค่า มีความหมาย และมีประสิทธิภาพ โดยปกติบุคคลจะมองตนเองเป็นสองภาพ ภาพแรกเป็นภาพในอุดมคติภาพที่สองเป็นภาพในความเป็นจริง หากสองภาพนี้ใกล้เคียงกันบุคคลจะรู้สึกดีกับตนเอง ถ้าแตกต่างกันมากจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง บุคคลที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมองตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า มีความสามารถ มีความเชื่อมั่น รู้สึกตนเองมีประโยชน์ พึงพอใจในตนเอง รักตนเอง แก้ปัญหาได้ดี ส่วนผู้ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะรู้สึกว่าตนไร้ค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีความสำคัญ ขาดความเชื่อมั่น ท้อถอย และแก้ปัญหาได้ไม่ดี พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารกดำเนินไปเรื่อยๆจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และสามารถสร้างขึ้นมาใหม่ได้จากอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้การสนับสนุนและมีความหมายต่อตนเอง เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน ญาติพี่น้อง และจากประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (ศิริกุล, 2546; อุมาพร, 2543) ซึ่งในวัยเด็กจะสร้างได้ง่ายและมีความมั่นคงกว่าวัยผู้ใหญ่

(อุมพร, 2543)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ (อุมพร, 2543; Coopersmith, 1984)

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย

1.1 บุคลิกภาพภายนอก บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีลักษณะใบหน้าท่าทางที่ผ่อนคลาย แจ่มใส มีชีวิตชีวา ใหลตั้งศีรษะตรง ท่วงท่าสง่างาม น้ำเสียงหนักแน่น อารมณ์มั่นคง ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีใบหน้าตึงเครียด วิตกกังวลสูง ซึมเศร้า ทำเดินไม่มั่นใจ หลังงุ้ม ใหลห่อ คอดก เสียงพูดเบาและไม่ชัด อารมณ์หงุดหงิดง่าย

1.2 การมองตน บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะรู้สึกว่าตนน่ารัก เป็นที่รัก และต้องการของผู้อื่น มีคุณค่า มีความหมาย รู้สึกภูมิใจในตนเอง เป็นคนเปิดเผย ซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้อื่น มีชีวิตอยู่อย่างกล้าหาญ และมีความสุข ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนไม่น่ารัก ไม่เป็นที่รักหรือต้องการของใคร ไม่เชื่อว่ามีคนรักตนจริง รู้สึกว่าตนไร้ค่า ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ปิดบังซ่อนเร้น กลัวความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง มักจะมีชีวิตอยู่ด้วยความกลัว ส่วนบุคคลที่มีความพิการ เจ็บป่วยบ่อย ประสบแต่ความล้มเหลวจะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเช่นกัน

1.3 อารมณ์ บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีอารมณ์ที่หนักแน่นมั่นคง ไม่มีปฏิกิริยารุนแรงต่อการกระทำหรือคำพูดของคนอื่น ยอมรับความบกพร่อง และคำชม ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่ยอมรับข้อบกพร่อง และคำชม แสดงความโกรธหรือมีปฏิกิริยารุนแรงในการกระทำที่ตนยอมรับไม่ได้

1.4 ความสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมองโลกในแง่ดี ใจกว้าง จริงใจและเปิดเผย ซื่อสัตย์ต่อผู้อื่น ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะสื่อสารกับผู้อื่นอ้อมค้อมไม่เปิดเผย ใจแคบ

1.5 การปรับตัว บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีการปรับตัวดี ไม่เคร่งเครียด จัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะปรับตัวได้ไม่ดี

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย

2.1 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ครอบครัวที่พ่อแม่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ กล่าวคำชมมากกว่าตำหนิ ให้การยอมรับนับถือในตัวเด็ก มีกฎระเบียบวินัย กฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ยืดหยุ่น เป็นเหตุเป็นผล สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ เข้าใจความต้องการและความรู้สึก มีความคาดหวังที่เหมาะสม ฝึกให้ลูกเป็นตัวของตัวเอง อบรมเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปในทางที่สูงขึ้น

2.2 กลุ่มเพื่อน การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มเพื่อน การได้รับการยอมรับ การคบหาสมาคม ความสนใจจากกลุ่ม และการมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม จะทำให้เด็กมี

ความรู้สึกที่ดีกับตนเอง รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ส่วนเด็กที่เพื่อนไม่ให้การยอมรับ ไม่ให้เข้ากลุ่ม จะมีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ต้องการ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง

2.3 โรงเรียนและการศึกษา โรงเรียนมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าบ้าน เพราะเป็นสังคมแรกที่เด็กเข้าไปใช้ชีวิต ช่วยในการเรียนรู้ทางด้านวิชาการ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การที่ครูช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาทของครูที่จะช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น ได้แก่ การสร้างบรรยากาศในห้องเรียน เช่น ให้การประทับประคองเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนมีคุณค่า การยอมรับในตัวเด็ก การรับฟังความรู้สึกของเด็ก พัฒนาความสามารถของเด็กโดยการสร้างความหวังที่จุดแข็งในตัวเด็กมากกว่าการมองจุดด้อย และช่วยให้เด็กเอาชนะจุดอ่อนของตน สร้างประสิทธิภาพให้เด็ก ช่วยให้เด็กมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน สร้างวินัยและกฎระเบียบที่มีเหตุผล

องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำคัญ (significance) เป็นการที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองต่อการได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลอื่น และรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญมีประโยชน์ต่อคนอื่น 2) ความสามารถ (competency) เป็นการที่บุคคลพิจารณาถึงความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายของตนเองและตามความคาดหวังของผู้อื่น 3) คุณความดี (virtue) เป็นความรู้สึกที่ดีของบุคคลเมื่อได้ปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลักศีลธรรม จริยธรรม สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม และ 4) พลังอำนาจ (power) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับความรู้สึกของบุคคล ที่ใช้ในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ รอบๆ ตัว รวมทั้งทำให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนต่อการกระทำให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ซึ่งพลังอำนาจนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่นด้วย (Coopersmith, 1984)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้มีผู้ศึกษาและสร้างเครื่องมือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมิน ดังนี้

1. แบบวัด Self-esteem Inventory ของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) ซึ่งมีจำนวน 3 ฉบับ คือ ฉบับนักเรียน (School Form) ฉบับนักเรียนฉบับสั้น (School Short Form) และฉบับผู้ใหญ่ (Adult Form) แบบวัดฉบับนักเรียนเหมาะสมที่จะใช้กับเด็กอายุ 8-15 ปี ซึ่งลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นการรายงานตนเอง 52 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด คือ ด้านตนเอง โดยทั่วไป ด้านตนเองทางสังคม-เพื่อน ด้านตนเองทางบ้าน-พ่อแม่ ด้านโรงเรียน-การศึกษา และด้านการตอบไม่ตรงกับความจริง ฉบับนักเรียนฉบับสั้น (School Short Form) ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม ใน 5 หมวดเช่นเดียวกัน เมื่อนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมและรายด้านอยู่ในช่วง 0.80-0.86

2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกยอมรับตนเองของบุคคล ในด้านการมองเห็นคุณค่า

ของตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด ลักษณะของข้อคำถาม กระชับ รัดกุม เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละข้อให้คะแนน 1-4 คะแนน แบบวัดนี้โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 ต่อมาได้มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มต่างๆ เช่น วิทยาลัย ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในต่างประเทศ และถูกนำไปทดสอบความตรงและความเชื่อมั่น ผลการทดสอบพบว่า มีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบประเมินนี้มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ (เขวาลักษณ์, 2529) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วรรณระวี, 2534) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (ผ่องศรี, 2536) ผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ (ดาริกา, 2540) เมื่อนำไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0.80-0.91

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีลักษณะข้อคำถามกระชับ รัดกุม เข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งมีข้อจำกัดด้านภาษาและแบบวัดนี้ได้ผ่านการทดสอบในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนั้นแบบวัดดังกล่าวได้ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่น โดยได้ค่าสูงถึง 0.97 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ดี

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน แต่พบการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาระดับต้นของวิทยาลัยการอาชีพ (ปริศนา, 2545) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิไล และจุฑารัตน์, 2540) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (ชนพร, 2544) ผู้สูงอายุ (เขวาลักษณ์, 2529) ส่วนใหญ่ผลการศึกษามีความสอดคล้องกันโดยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความสัมพันธ์อยู่ในช่วงระหว่าง 0.24 - 0.44 (ชนพร, 2544; ปริศนา, 2545; วิไล และจุฑารัตน์, 2540; เขวาลักษณ์, 2529) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.29 (ชนพร, 2544)

การรับรู้ความสามารถของตน (perceived self-efficacy)

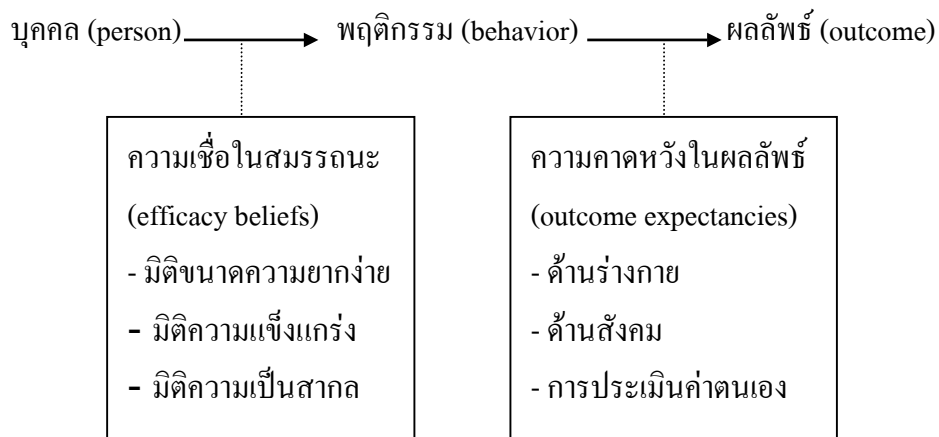
การรับรู้ความสามารถของตนเป็นมโนทัศน์หนึ่ง ที่อยู่ในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนจะส่งผลโดยตรงต่อการกระทำ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1997) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวทำนายและกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการคงอยู่ของพฤติกรรม เบนดูรา ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้ความสามารถของตน (percieved self-efficacy) ว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีความเชื่อว่าตนมีความสามารถก็จะลงมือทำกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งการกระทำพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้ รวมถึงการตัดสินใจความสามารถของตนว่าจะสามารถทำงานได้หรือไม่ ระดับใด ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนจะเปลี่ยนแปลงไปตามมิติ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) มิติขนาดหรือความยากง่ายของกิจกรรมที่ทำ (level) เป็นระดับความเชื่อในความสามารถของบุคคลต่อการทำกิจกรรม บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนต่อการทำงานที่ไม่ยาก แต่เมื่อต้องทำงานที่ยากขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนลดลง 2) มิติความแข็งแกร่งหรือความเชื่อมั่นในการกระทำ (strength) เป็นความเชื่อของบุคคลในพลังความสามารถต่อกิจกรรมที่กระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นสูงว่าตนสามารถทำได้ถึงแม้จะมีความยากลำบากก็จะไม่ล้มเลิกความตั้งใจในการกระทำ ส่วนบุคคลที่มีความเชื่อในพลังความสามารถของตนอยู่ในระดับต่ำเมื่อมีอุปสรรคขัดขวางจะทำให้ขาดความพยายามและล้มเลิกความตั้งใจได้ง่าย 3) มิติความเป็นสากล (generality) เป็นการอ้างอิงความสามารถของตนที่เคยประสบความสำเร็จจากการกระทำกิจกรรมในอดีต ไปสู่การทำการกิจกรรมอื่นๆที่คล้ายคลึงกันภายใต้สถานการณ์ที่ต่างกัน

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) เป็นการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ผลลัพธ์ที่คาดหวังสามารถเกิดได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย (physical effects) ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ เช่น ความสุขสบาย ความไม่สุขสบาย และความเจ็บปวด 2) ผลลัพธ์ทางด้านสังคม (social effects) ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ เช่น การเป็นที่ยอมรับหรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม 3) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self-evaluative reaction to one's own behavior) ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือ รู้สึกไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นต้น

เบนดูราเชื่อว่าความเชื่อในสมรรถนะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ดังแสดงในภาพ 3



ภาพ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม
 หมายเหตุ. ที่มา “Self-efficacy: the exercise of control” (p.22) , by A. Bandura, 1997, New
 York: W.H. Freeman and company. Copyright 1997 by W.H. Freeman and company.

บุคคลสามารถสร้างและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนจากการได้รับข้อมูล 4 ทาง คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จอยู่เป็นประจำจะรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้น ส่วนบุคคลที่ประสบกับความล้มเหลว และความยุ่งยากบ่อยๆจะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนลดลง บุคคลที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากกิจกรรมง่ายๆจะคาดหวังผลที่รวดเร็ว แต่เมื่อเกิดความล้มเหลวจะท้อแท้หมดกำลังใจได้ง่าย บุคคลมักจะเรียนรู้และฝึกฝนตนเองเมื่อต้องประสบกับความล้มเหลว โดยการใช้ความพยายามในการเอาชนะอุปสรรคและสร้างความสำเร็จให้เกิดขึ้นในที่สุด

2. การเห็นประสบการณ์จากผู้อื่นที่กระทำได้สำเร็จ (vicarious experience) เป็นการที่บุคคลสังเกตการกระทำกิจกรรมของผู้อื่นที่เป็นตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการประสบความสำเร็จแล้วเปรียบเทียบหาข้อสรุปว่า ถ้าตนอยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับตัวแบบก็น่าจะกระทำกิจกรรมได้ประสบผลสำเร็จเช่นกัน วิธีการนี้จะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมของผู้สังเกตการณ์

3. การพูดชักจูงจากผู้อื่น (verbal persuasion) เป็นการโน้มน้าว ชักจูงจากผู้อื่นที่มีความสำคัญกับตน โดยการแสดงคำพูดที่ให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลคนนั้นว่า ต้องกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพิ่มขึ้น มีพลัง มีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จในที่สุด การพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจจะมีอิทธิพลน้อยต่อการรับรู้ความสามารถของตน ควรใช้ร่วมกับการส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จด้วย

4. สภาพทางสรีรและอารมณ์ (physiological and affective states) สมรรถนะของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย สรีรสุขภาพ และการเผชิญกับความเครียด บุคคลที่ร่างกายได้รับการกระตุ้นจากความเครียดจนเกิดภาวะเครียดและมีอารมณ์วิตกกังวล จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าต่อการกระทำกิจกรรมต่างๆ และส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนลดลง แต่ถ้าวางกายอยู่ในสภาวะผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด ไม่มีความวิตกกังวล จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตน ได้มีผู้ศึกษาและสร้างเครื่องมือเพื่อใช้เป็นแนวทางประเมิน ดังนี้

1. แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Scale) เป็นแบบประเมินที่ซีเรอร์ และแมคด็อกซ์ (Sherer & Maddux, 1982) ได้รวบรวมความสามารถของตนตามแนวคิดของเบนดูรา แล้วสร้างแบบวัดขึ้น เรียกว่า แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนโดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เมื่อนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.71 ตามลำดับ

2. แบบวัดความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Rated Abilities for Health Practices Scale) ของเบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1993) เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้วัดความสามารถของผู้พิการในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความผาสุก ด้านโภชนาการ และด้านความรับผิดชอบสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.94 เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ ความผาสุก และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เท่ากับ 0.92, 0.81, 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ ต่อมาได้มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ ในประชากรกลุ่มต่างๆ ดังนี้ สติปีเบอร์เจนและเบคเกอร์ (Stuijbergen & Becker, 1994) นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่พิการ วัยผู้ใหญ่ จำนวน 117 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างแบบวัด General self-efficacy Scale กับแบบวัด Self-Rated Abilities for Health Practices Scale พบว่าแบบวัด General self-efficacy Scale สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมได้ดีกว่า Self-Rated Abilities for Health Practices Scale แต่เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ทำนายได้เฉพาะบางด้าน คือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนแบบวัด Self-

Rated Abilities for Health Practices Scale สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านได้ทุกด้าน ในประเทศไทยได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้น้อย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ (นิตยา, 2542) โดยการดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.76 และสายสุนี (2544) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในนักศึกษาวัยรุ่น โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.82

สำหรับในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือมาจากแบบวัดความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Rated Abilities for Health Practices Scale) ของเบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1993) โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และได้ผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้พิการ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ และแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูงถึง 0.94 นอกจากนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด ซึ่งแบบวัดดังกล่าวมีองค์ประกอบของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ ความผาสุก และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ แต่มีความครอบคลุมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยในด้านความผาสุกจะประกอบไปด้วย การจัดการกับความเครียด การพัฒนาจิตวิญญาณ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยิน แต่พบการศึกษาในประชากรกลุ่มต่างๆ ดังนี้ การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับต่ำ ค่าความสัมพันธ์ 0.19 (ปริศนา, 2545) ระดับปานกลางค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.46-0.50 (สดุดี, 2541; สุดารัตน์, 2537) และระดับสูงค่าความสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.57-0.69 (ประภาพร และอุไร, 2545; ศศิธร, 2541; สายสุนี, 2544) และการรับรู้ความสามารถของตนสามารถ ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ในระดับที่แตกต่างกัน อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 25.08-56 (ประภาพร และอุไร, 2545; ศศิธร, 2541; สดุดี, 2541; สายสุนี, 2544; สุดารัตน์, 2537; Gillis, 1994)

ส่วนการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นๆ พบว่าผลการศึกษาร่วมกันจะมีความสอดคล้องกัน เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่น โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพ ที่ระดับความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับต่ำ ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.20-0.39 (จิตตระการ, 2543; วาสนา, 2544; อุไรวรรณ, 2547; Kerr, Lusk, and Ronis, 2002; Weitzel, 1989) ระดับปานกลาง ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.41-0.49 (นิตยา, 2542; วันเพ็ญ, 2543; Sohng, Sohng & Yeom, 2002) และระดับสูง ค่าความสัมพันธ์ 0.63 (ภัทรจิต, 2546) และการรับรู้ความสามารถของตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ในระดับที่แตกต่างกัน อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 11.4 - 52.90 (ภัทรจิต, 2546; วาสนา, 2544; วันเพ็ญ, 2543; Kerr, Lusk, & Ronis, 2002; Weitzel, 1989)

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้พิการ พบว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกัน โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (น้ำค้าง, 2541) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 28.3-50 (มาลิน, 2542; Stuitbergen & Becker, 1994) นอกจากนั้นยังพบผลการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านยกเว้นพฤติกรรมออกกำลังกาย (สุรศักดิ์, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินน้อย และศึกษาเพียงปัจจัยส่วนบุคคลยังไม่มีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินมักจะมีความรู้สึก และรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบจึงน่าจะส่งผลต่อปัจจัยดังกล่าว และจากผลการศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความพิการทางการได้ยินจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป