

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กันยายน 2560

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมลดการสูบบุหรี่และการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

กันยายน 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กันยายน 2560

อรุณี ลิ้มมณี. (2560). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว. ปรินทิพพานิช ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 190 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 5 แบบสอบถาม และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 15 คน โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้นและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า แบบจำลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยตัวแปรความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .34 และ .28 ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .86 และตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .29 และ .24 และการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมในกลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

THE CAUSAL RELATIONSHIP MODEL AND EFFECTIVENESS
OF THE BEHAVIORAL MODIFICATION PROGRAM ON REPRODUCTIVE HEALTH
OF FEMALE STUDENTS WITH MOBILITY IMPAIRMENT



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

September 2017

Arunee Limmanee. (2017). *The Causal Relationship Model and Effectiveness of the Behavioral Modification Program on Reproductive Health of Female Students with Mobility Impairment*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Dusadee Yoelao, Assist. Prof. Dr. Narisara Peungposop.

This objectives of the study were to examine the causal relationship model and the effect size of all factors on the reproductive health behavior of female students with mobility impairment; and to test the effectiveness of the behavioral modification program on the reproductive health behaviors of female students with mobility impairment. The samples in Phase one consisted of one hundred and ninety female students with mobility impairment who studied at the secondary level in three Srisangwal Schools. There were five questionnaires used as instruments for data collection. The samples in the second phase consisted of thirty students recruited from female students at the secondary level in Srisangwal School, Nonthaburi Province who met the requirements of the study. There were fifteen students in the experimental group and fifteen students in control group. The structural equation model (SEM) and MANCOVA were used for data analysis of phase one. This study examined the effect of the above-mentioned variables on the reproductive health behavior of the students. The study revealed that all of the variables had a direct effect on self-efficacy except knowledge of reproductive health. Hence, it did not have an indirect effect on the reproductive behavior of the students. Other variables, i.e. belief in reproductive health care and the cues to actions had a direct effect on self-efficacy, with effect sizes of .34 and .28 respectively. Self-efficacy in reproductive health behavior had a direct effect on reproductive health behavior with an effect size of .86. A belief of reproductive health and the cues to actions had an indirect effect on reproductive health behavior via self-efficacy with the effect sizes of .29 and .24 respectively. The test of the effectiveness of the reproductive health behavioral modification program revealed that female students with mobility impairment who participated in reproductive health behavioral modification program had better reproductive health behavior in term of general reproductive health care, self-prevention from sexually transmitted diseases and unplanned pregnancy and self-prevention from sexual abuse, with a statistical significance of .01. The implication of this study can be applied for reproductive health behavior modification of female students with mobility impairment.

ปริญญาบัตร

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว
ของ
อรุณี ลิ้มมณี

ได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
วันที่.....เดือน พ.ศ. 2560

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาบัตร คณะกรรมการสอบปากเปล่า
..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์)
..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม) (รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม)
..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)
..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

ประกาศคุณูปการ

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา ที่กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์และให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทั้งวิชาความรู้ กำลังใจและความเชื่อมั่นในตัวข้าพเจ้า ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม สำหรับข้อชี้แนะและการเอาใจใส่เสมอมา ขอขอบคุณประธานและกรรมการสอบ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ ดร. อมราพร สุรการ อาจารย์ ดร. สุพิน นายอง และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมพา ขจรธรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิไลภรณ์ โคตรบึงแก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร อาจารย์ ดร. กมลพรรณ พันพืง และอาจารย์ ดร. สามารถ รัตนสาคร ขอขอบคุณผู้อำนวยการ คณาจารย์และนักเรียนของโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้งสามแห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ ดร. อรุดา สุดมี ผู้อำนวยการโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ขอขอบคุณอาจารย์อิทธิพล พิมพ์ชัย อาจารย์วรรณภา บาลี อาจารย์จีระนันท์ อิศรศักดิ์ ณ อยุธยา นักเรียน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะเพื่อน ปรด. เน้นวิชัย รุ่น 8 ขอขอบคุณสำหรับความปรารถนาดี กำลังใจและความช่วยเหลือทุกอย่าง

ขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจและแรงผลักดัน ขอขอบคุณคุณพ่อผู้ทำทุกอย่างเพื่อให้ลูกๆ มีการศึกษาที่ดี ขอขอบคุณคุณแม่ผู้เป็นครูคนแรกของข้าพเจ้า ความสำเร็จในวันนี้ เริ่มต้นจากวันที่คุณแม่จับมือหัดเขียน ก. ไก่ในวัยเยาว์

ขอความดีงามทั้งปวงที่เกิดจากงานวิจัยนี้ บังเกิดเป็นกุศลให้กับท่านทั้งสองยิ่งๆ ขึ้นไป

อรุณี ลิ้มมณี

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ.....	12
สภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ.....	14
การจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว.....	24
พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	29
แนวคิด ทฤษฎี ที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	37
การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	39
การกำกับตนเอง.....	44
แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม.....	46
ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	47
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	51
ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	54
สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ.....	58
การบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ.....	63
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	65
รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ.....	78
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	80
นิยามปฏิบัติการตัวแปร.....	83
สมมติฐานการวิจัย.....	87

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 88
การวิจัยระยะที่ 1: วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ.....	88
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	88
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	89
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ.....	92
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	93
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
การวิจัยระยะที่ 2: การวิจัยเชิงทดลอง.....	96
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	96
แบบแผนการทดลอง.....	97
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ.....	99
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	109
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	112
การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย.....	112
สรุปความสัมพันธ์ของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะ.....	113
4	ผลการวิเคราะห์..... 115
ผลการวิจัยระยะที่ 1.....	115
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง.....	117
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร.....	118
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ.....	122
ผลการวิจัยระยะที่ 2.....	128
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง.....	128
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร.....	130
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน.....	131
ความพึงพอใจในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์..	141

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	143
การวิจัยระยะที่ 1.....	145
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1.....	145
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1.....	147
การวิจัยระยะที่ 2.....	151
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2.....	151
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2.....	151
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	154
ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ.....	154
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป.....	155
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	157
บรรณานุกรม	158
ภาคผนวก	178
ภาคผนวก ก.....	179
ภาคผนวก ข.....	188
ภาคผนวก ค.....	192
ภาคผนวก ง.....	217
ประวัติย่อผู้วิจัย	220

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 คุณภาพเครื่องมือของตัวแปรในขั้นการทดสอบและใช้จริง.....	93
2 สรุปกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว.....	101
3 สรุปการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัย การเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว.....	103
4 แผนผังการทดสอบวัดผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม...	110
5 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
6 สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการศึกษา.....	116
7 ความถี่และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	118
8 ค่าสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกต.....	119
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษา.....	121
10 ค่าดัชนีความกลมกลืนที่ได้จากการวิเคราะห์ เกณฑ์และผลการพิจารณา (ก่อนและหลังปรับ).....	123
11 คะแนนมาตรฐานของอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลระหว่างตัวแปร อิสระกับตัวแปรตาม.....	124
12 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม.....	129
13 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่ พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จำแนกตาม กลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาทำการวัด.....	130
14 ค่าเฉลี่ยที่ปรับตามตัวแปรร่วมและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการ ตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	133

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
15	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ร่วมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA).....	134
16	ความถี่ในการกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	140
17	ผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	142
18	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	190
19	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	190
20	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	191
21	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	191
22	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ.....	192

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	35
2 การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม.....	38
3 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	40
4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	40
5 องค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	42
6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	44
7 องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	48
8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	51
9 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ฉบับปรับปรุง.....	52
10 องค์ประกอบของความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	55
11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	58
12 องค์ประกอบของสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ.....	58
13 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	63
14 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	65
15 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1.....	81
16 รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์.....	82
17 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2.....	83

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ	หน้า
18 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1.....	95
19 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2.....	111
20 ความสัมพันธ์ของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะ.....	114
21 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแล อนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว.....	125



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นปัญหาที่สำคัญของสตรีพิการ เนื่องจากสตรีพิการเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสในหลายด้าน ทั้งด้านการศึกษา อาชีพ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตัวอย่างจาก จากข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2560) พบว่า จำนวนคนพิการที่จดทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการนับถึงวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2560 มีจำนวน 1,726,544 คน เป็นชาย 909,670 คน และหญิง 816,874 คน จากตัวเลขดังกล่าวเห็นว่า จำนวนผู้หญิงพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการมีน้อยกว่าผู้ชาย ซึ่งหากคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จะไม่สามารถได้รับสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้ ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อบ่งชี้ประการหนึ่งว่าผู้หญิงพิการมีโอกาสน้อยกว่าผู้ชายพิการในการเข้าถึงสวัสดิการและบริการจากรัฐ นอกจากนี้ ผู้หญิงพิการยังมีโอกาสน้อยกว่าในด้านการศึกษา จากการสำรวจการศึกษาของคนพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555) ในกลุ่มประชากรพิการที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 1,865,298 คน พบว่าคนพิการชายได้รับการศึกษา ร้อยละ 81.6 ในขณะที่คนพิการที่เป็นผู้หญิงได้รับการศึกษาร้อยละ 70.6 เห็นได้ว่ามีจำนวนน้อยกว่า ซึ่งจากการมีการศึกษาที่ต่ำกว่า ทำให้ผู้หญิงพิการมีโอกาสน้อยกว่าผู้ชายพิการในการมีงานทำ อันเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องเก็บตัวหรือถูกแยกออกจากสังคม และไม่สามารถเข้าถึงสิทธิและบริการต่างๆ รวมทั้งสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ในด้านสวัสดิภาพ พบว่า สตรีและเด็กหญิงพิการเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิด สตรีและเด็กหญิงพิการจำนวนไม่น้อยที่ถูกล่วงละเมิดทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางเพศ ผู้หญิงพิการที่เป็นชนกลุ่มน้อย หรือเป็นเด็ก มีแนวโน้มที่จะถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าผู้หญิงพิการทั่วไป ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจึงถูกซ่อนทับกันหลายชั้น เพราะความเป็นผู้หญิงและเพราะความพิการที่ได้เพิ่มความเสี่ยงของการถูกทำร้ายและรวมทั้งมีข้อจำกัดที่จะยุติหรือหนีให้พ้นจากความรุนแรงนั้นๆ มากกว่าผู้หญิงทั่วไป (เพ็ญจันทร์ เฮอร์เรอร์. 2549) จึงควรมีมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันสตรีพิการไม่ให้ถูกล่วงละเมิด การเสริมสร้างศักยภาพ (Empower) สตรีพิการเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สตรีพิการสามารถป้องกันตนเองได้ โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตน ตลอดจนความเชื่อที่เหมาะสม โดยเริ่มตั้งแต่วัยรุ่น บ่อยครั้งการกระทำนั้นเกิดจากคนใกล้ชิดหรือผู้ดูแล ทั้งที่บ้านและในสถานสงเคราะห์ ถึงแม้จะเป็นเรื่องยากที่จะทราบตัวเลขที่แน่นอนเนื่องจากส่วนใหญ่จะไม่มีรายงานอย่างเป็นทางการ โดยสาเหตุของความยากจน การไม่รู้เท่าทันและการไม่รู้วิธีการตอบโต้ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีพิการอยู่ในภาวะเสี่ยงมากยิ่งขึ้นที่จะถูกล่วงละเมิดทางเพศ

สิทธิการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีพิการ เป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงความสำคัญและได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในสังคมไทย เกี่ยวโยงกับพหุปัจจัยว่าด้วยค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรม และสิทธิทางเพศ สิทธิในการเลือกมีชีวิตครอบครัว สิทธิในการตัดสินใจมีบุตร และสิทธิในการรับบริการสุขภาพและการคุ้มครองป้องกันต่างๆ ที่ถูกละเลยจากครอบครัวและสังคม และถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ และครอบคลุมประชากรเป้าหมาย แต่ยังมีข้อจำกัดสำหรับสตรีพิการเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป เช่น ระบบบริการด้านการวางแผนครอบครัว ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนาเพื่อรองรับความต้องการของคนพิการ ด้านข้อมูล จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านสำหรับการให้คำปรึกษา และการผลักดันนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ซึ่งเมื่อคนพิการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระร่างกาย อารมณ์ และความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป การขาดโอกาสทางการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลและบริการเรื่องเพศศึกษามีผลต่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภักดิ์ หลีกทอง. 2555: 168; อ้างอิงจาก เสาวลักษณ์ ทองก๊วย. 2555) ดังนั้น สตรีพิการจึงเป็นกลุ่มที่สมควรได้รับโอกาสที่เท่าเทียมในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการในแต่ละช่วงอายุ เนื่องจากสตรีพิการในแต่ละช่วงอายุมีสภาวะด้านสุขภาพและสังคมแตกต่างกัน สภาพปัญหาที่พบจึงแตกต่างกัน เช่น วัยรุ่นสตรีพิการจำเป็นต้องได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อเตรียมพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป แต่วัยรุ่นสตรีพิการอาจต้องได้รับข้อมูลที่เพิ่มมากกว่าวัยรุ่นทั่วไปในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิด การให้ความรู้และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์กับวัยรุ่นนั้นต้องครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่นสตรีพิการด้วย จากการที่คนพิการจำนวนหนึ่งใช้ชีวิตอยู่ในสถานสงเคราะห์ สถานพยาบาล หรือกรู๊ปโฮม (ที่พักสำหรับคนพิการซึ่งมีผู้ดูแลแต่ทำให้มีลักษณะคล้ายบ้าน) ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ไม่เอื้อให้คนพิการมีความเป็นส่วนตัว ทำให้ไม่ได้รับความรู้หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งไม่สามารถซื้อถุงยางอนามัยหรืออุปกรณ์ในการคุมกำเนิดหรือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ไม่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (WHO. 2009) สภาพการณ์นี้คล้ายคลึงกับชีวิตความเป็นอยู่ของคนพิการในประเทศไทยส่วนหนึ่งที่อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือศูนย์ฝึกอาชีพรวมทั้งผู้ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสำหรับเด็กพิการ โดยเฉพาะ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงบริการของสตรีพิการ เช่น การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งเพศศึกษาด้วย จึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมากที่จะส่งเสริมให้สตรีพิการได้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

สาเหตุอีกประการหนึ่งคือ คนพิการและครอบครัวขาดข้อมูลและการตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Groce. 2006) สอดคล้องกับรายงานเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของคนพิการขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ปัญหาด้านสภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการไม่ได้มีสาเหตุมาจากความพิการ แต่เกิดมาจากการขาดความ

สนใจจากสังคม การไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย รวมทั้งการขาดความเข้าใจและขาดกระบวนการช่วยเหลือ สตรีพิการส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้ว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานก็ตาม จึงทำให้สตรีพิการไม่มีความรู้ความเข้าใจในร่างกายของตนเอง และสิทธิในการปกป้องตนเองจากสิ่งที่ไม่ต้องการหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นควรที่จะเพิ่มความสามารถของสตรีพิการในด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป ซึ่งสตรีพิการอาจไม่ได้รับสิทธิในการเลือกคู่ครอง ในบางครั้งอาจถูกบังคับให้แต่งงาน และมีสถานะในครอบครัวเป็นเพียงผู้ดูแลบ้านหรือเป็นเป้าหมายของการล่วงละเมิดมากกว่าเป็นสมาชิกของครอบครัว นอกจากนี้ คนพิการส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น ความยากจน การไม่รู้หนังสือ การไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และขาดอำนาจในการต่อรองกับคู่เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น (WHO. 2009) การถูกล่วงละเมิดทางเพศมีผลต่อสุขภาพทางเพศของสตรีพิการ รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย สุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากการตั้งครรภ์บ่อยหรือมีความเสี่ยงสูง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงบาดแผลทางใจ (United Nations Population Fund. 2006) ดังนั้น สตรีพิการจึงควรที่จะสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ตัวเลขรายงานเรื่องการข่มขืนมักน้อยกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะในกรณีของสตรีพิการเนื่องจากการที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล (ในหลายกรณีเป็นผู้กระทำรุนแรงหรือล่วงละเมิดเสียเอง) การที่สตรีพิการถูกกันออกจากสังคม ทำให้ไม่มีที่ปรึกษา หรือไม่รู้จะหันหน้าไปหาใคร ขาดข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล/องค์กรที่จะขอความช่วยเหลือ (Naidu; et al. 2005) และมีอุปสรรคในการเข้าถึงระบบความยุติธรรมทางกฎหมายหากเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่พิการ เช่น การไม่มีล่ามภาษามือสำหรับสตรีพิการทางการได้ยิน อาคารที่ทำการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมไม่เอื้อต่อการเข้าถึงสำหรับสตรีพิการทางการเคลื่อนไหว รวมทั้งไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับสตรีพิการที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษหรือต้องได้รับการบำบัดทางแพทย์เป็นพิเศษซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการออกนอกสถานที่ (Nosek; Howland; & Hughes. 2001) จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าสตรีพิการจะได้รับความเสี่ยงทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าคนที่ไม่พิการ เป็นผลจากการถูกกีดกันออกจากสังคม จึงทำให้สตรีพิการไม่ได้รับการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม

ในส่วนของหลักสูตรเพศศึกษาในโรงเรียนนั้น การศึกษาของสุรัชดา กองศรี และคณะ (2552) พบว่าเนื้อหาหลักสูตรที่เกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันเนื่องจากเด็กมีการเจริญเติบโตเร็ว และอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มต่ำลงเรื่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนนท์ และคณะ (Vuttanont; et al. 2006) พบว่าหลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนในประเทศไทยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงมากกว่าการให้ความรู้ที่จำเป็นในทางปฏิบัติ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การกินยาเม็ดคุมกำเนิด

ที่ถูกต้องวิธี แบบไม่มีการสอนเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความสัมพันธ์ ทักษะการ ต่อรอง นอกจากนี้ ข้อมูลที่อยู่ในสื่อการสอนไม่ครอบคลุมประเด็นที่นักเรียนต้องการทราบ และช่วง อายุที่นักเรียนจะได้เรียนเพศศึกษาค่อนข้างช้า ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมและความต้องการของ วัยรุ่น โดยในประเทศไทย วัยรุ่นจะได้เรียนเพศศึกษาเมื่ออายุเฉลี่ย 14 ปี ในขณะที่วัยรุ่นประมาณ ร้อยละ 60 ได้ข้อมูลเรื่องเพศศึกษาส่วนใหญ่จากเพื่อน สื่อ และอินเทอร์เน็ต (สุริยเดว ทรีปาตี. 2553) ซึ่งข้อมูลที่ได้ อาจไม่ถูกต้องและหากวัยรุ่นไม่ได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่อง เพศ อาจทำให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและสังคม วัยรุ่นสตรีพิการจึงเป็นกลุ่มที่น่าจะได้รับการพัฒนา ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากวัยรุ่นสตรีพิการที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลง ต่างๆ และมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ขาดโอกาสทางการศึกษา และเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศศึกษา ทำให้มีผลต่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรี วัยรุ่นที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ใช้ชีวิตในสถานสงเคราะห์หรือโรงเรียนประจำ นักเรียนกลุ่มนี้จะ ได้รับข้อมูลจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ เฉพาะในเวลาที่ทางโรงเรียนอนุญาตเท่านั้น นักเรียนไม่สามารถ เลือกรับข้อมูลจากสื่อได้ตามความต้องการ วัยรุ่นกลุ่มนี้ จึงอาจไม่ได้รับข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ นอกเหนือไปจากที่ได้รับจากบทเรียนในชั้นเรียน นอกจากนี้ ผู้ปกครองและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาจ มีทัศนคติว่า สตรีพิการไม่สามารถมีครอบครัวได้ จึงไม่เห็นความสำคัญในการให้ความรู้ด้านอนามัย การเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นสตรีพิการ ดังนั้น สตรีวัยรุ่นที่พิการทางการเคลื่อนไหวจึงไม่ได้รับการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยโรงเรียนศรีสังวาลย์ก็เป็นโรงเรียนหนึ่งที่ ใช้หลักสูตรเดียวกับโรงเรียนทั่วไปของกระทรวงศึกษาธิการ แต่เนื่องจากวัยรุ่นสตรีที่พิการทางการ เคลื่อนไหวกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเสริมปัจจัยที่มากขึ้นจะทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มี อนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีและเหมาะสมในทุกๆ ด้าน จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ ของการมีโปรแกรมการส่งเสริมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับนักเรียนกลุ่มนี้ นอกเหนือไปจาก หลักสูตรปกติ อันจะช่วยให้วัยรุ่นสตรีพิการก้าวผ่านช่วงวัยนี้ได้อย่างมั่นใจ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มี คุณภาพต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับ อนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เช่น ศึกษาผลของความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศที่มีต่อ โอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (สมรวิฐ ศรีตระกูล. 2550; สุรเดช บุญยเวทย์; และคณะ. 2551; อนงค์ ประสาธน์วันกิจ; และคณะ. 2552) การใช้สารเสพติดกับโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์ (กิตติพงษ์ อุบลสะอาด. 2552; ศิริวรรณ กำแพงพันธ์; ฐิติวี แก้วพรสวรรค์; และสุพร อภินันทเวช. 2554) และอิทธิพลของความภาคภูมิใจในตนเองและการเห็นคุณค่าของตนเองที่มีต่อ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นไทย (Podhisita; et al. 2004) ซึ่งการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นที่ พิการทางการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลผู้พิการ ทางการเคลื่อนไหว แต่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เช่น

เพ็ญประภา ไสวดี (2558) ซึ่งยังไม่ใช้การศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีวัยรุ่นที่พิการทางการเคลื่อนไหว

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นสตรีที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในประเด็นความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ว่าควรมีประเด็นใดบ้างที่ควรให้ความสนใจ พบว่า ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีที่พิการทางการเคลื่อนไหว มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในวัยรุ่นสตรีทั่วไป ในเรื่องของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับอมราสุนทรธาดา และอักษรภักดิ์ หลักทอง (2555) พบว่า สตรีวัยรุ่นทั่วไปในประเทศไทยทั้งที่พิการและไม่พิการ มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์บางประการในลักษณะคล้ายกัน เช่น ปัญหาด้านการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในส่วนสตรีพิการ ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มีความซับซ้อนยิ่งกว่า โดยคนพิการมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวทางร่างกายและการทรงตัว ทำให้ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดังเช่นคนทั่วไป (อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์; สายัณห์ ตรีผล; และพิสิษฐ์ ภูมิพื้นผล. 2550) จากงานวิจัยของแบนดูรา (Bandura. 1994) ได้สนับสนุนความคิดที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถเป็นตัวกำหนดให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและการบำบัดรักษาจากอาการเจ็บป่วยนั้นได้ หากสตรีพิการได้รับการฝึกและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ฝึกให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ตรง เขาจะเชื่อว่าเขาจะแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีพิการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเหมาะสมในการเข้ารับการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรม เนื่องจากเป็นวัยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ และสามารถที่จะเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง มีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตัวเอง ชอบค้นหาและเลียนแบบในสิ่งใหม่ๆ ที่ตนเองสนใจ ประกอบกับเป็นช่วงวัยที่มีมุมมองต่างๆ ของตนเอง และรับฟังความเห็นจากบุคคลที่สาม (เฉลิมพล ต้นสกุล. 2543) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ทำการวิจัยในโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี เป็นตัวแทนโรงเรียนศรีสังวาลย์ จากจำนวนโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้งหมด 3 โรงเรียน เนื่องจากโรงเรียนอยู่ในพื้นที่ที่ใกล้กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะเป็นสังคมเมืองที่มีสิ่งยั่วยุและความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวเด็กนักเรียนเป็นจำนวนมาก

จากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในหัวข้อรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิง ที่พิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว จะทำให้ทราบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิง ที่พิการทางการเคลื่อนไหว และขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว อันนำไปสู่การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ว่ามีความเหมาะสมในการปรับพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมเสริมในโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากยังไม่พบว่ามีกรออกแบบโปรแกรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นการเฉพาะสำหรับนักเรียนกลุ่มนี้ในประเทศไทย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมโดยคาดหวังผลที่ได้จากการวิจัยในแต่ละระยะดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 จะทำให้ทราบรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีเชิงบูรณาการหลายทฤษฎีในการออกแบบโปรแกรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวหรือไม่ เพื่อจะได้นำไปปรับแก้โปรแกรมดังกล่าวไปเสริมสร้างความคิด อารมณ์ และทักษะในการป้องกันตนเอง เพื่อลดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ อันนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมต่อไป รวมทั้งจะได้ค้นคว้าวิธีการสอนเรื่องเพศ เช่น ชุดฝึกอบรม สื่อการสอน เป็นต้น ให้กับโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุและขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว แล้วนำผลที่ได้มาสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่นและโรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่ และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี เนื่องจากโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี มีการเรียนการสอนถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอายุของนักเรียน พบว่าอายุมีความหลากหลาย นักเรียนมัธยมต้นบางคนมีอายุมากกว่านักเรียนมัธยมปลาย (อายุ 13-18 ปี) จำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 202 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น และโรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่ ทั้งนี้ ต้องไม่มีความพิการทางสติปัญญาร่วมด้วยอันอาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 190 คน

การวิจัยระยะที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย นักเรียนหญิงพิการทางการเคลื่อนไหวของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรีที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 30 คน แล้วนำเข้าสู่กลุ่มทดลอง 15 และกลุ่มควบคุม 15 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2

1. เป็นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี
2. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
3. ไม่มีความพิการทางสติปัญญาและความพิการทางการเรียนรู้ร่วมด้วย
4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. มีความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดให้นักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องของอายุและชั้นปีที่กำลังศึกษาและคะแนนจากการทำแบบทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมใช้เวลา 20 ชั่วโมง โดยนักเรียนต้องสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือครู ผู้วิจัยเลือกทำการทดลองในโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ในการทำกิจกรรม ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งหมด 10 คาบ นักเรียนในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน เป็นนักเรียนที่พิการทางการเคลื่อนไหวในหลายลักษณะจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคกล้ามเนื้อเสื่อม (Muscular dystrophy) ซึ่งทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและเป็นโรคที่มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงขึ้น (Progressive disease) โปลิโอ ซึ่งทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเช่นกัน แต่เป็นโรคที่ไม่มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงขึ้น (Stable disease) และอาการอัมพาตแบบเกร็งที่เกิดจากอาการทางสมอง (Cerebral palsy) ซึ่งทำให้มีอาการเกร็งเวลาพูดหรือเดิน แต่สติปัญญาปกติ และอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ เฝือกพยุง (Braces) ไม้ค้ำยัน (Crutches) ไม้ค้ำยันที่สูงแค่ข้อศอก (Canadian canes) วอล์กเกอร์ (Walker) วีลแชร์ธรรมดา (Manual wheelchair) และวีลแชร์ไฟฟ้า (Motorized wheelchair)

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 1 แบ่งเป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงภายนอก 3 ตัว ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ จากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการนำไปใช้

1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ จากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.3 อิทธิพลของคนสำคัญ จากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงภายใน 2 ตัว ซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลาง 1 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว ได้แก่

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2.2 พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้เข้าร่วม/ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่

2.1 การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป

2.2 การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

2.3 การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม อันเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด เป็นต้น

2. อนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น หมายถึง การที่วัยรุ่นมีการดูแลสุขภาพปฏิบัติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ปราศจากการเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รู้จักยับยั้งชั่งใจในเมื่อไม่ถึงเวลา รวมทั้งการมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกรังแกและการล่วงละเมิดทางเพศได้

3. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง แบบจำลองความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ อิทธิพลของคนสำคัญ เป็นต้น สำหรับตัวแปรต้นกลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น ส่วนตัวแปรเชิงผล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษา ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีทางปัญญาสังคม และศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยการจัดการเรียนรู้จากชุดกิจกรรมที่ประยุกต์จากทฤษฎีทางปัญญาสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การปรับพฤติกรรม และแนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยปรับให้สอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้ วัฒนธรรม และบริบทของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลง ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การฝึกอบรมด้วยการทำกิจกรรมทั้งหมด 10 คาบ ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 20 ชั่วโมง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปร และการวัดตัวแปร เพื่อออกแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในโรงเรียนศรีสังวาลย์ โดยการประมวลเอกสารแบ่งเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ
2. สภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ
3. การจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว
4. พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
 - 4.1 แนวคิดอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว
 - 4.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 4.3 พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว
5. แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 5.2 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
 - 5.3 การกำกับตนเอง
 - 5.4 แนวคิดการจัดระบบตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม
 - 5.4.1 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
 - 5.5 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 5.5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
 - 5.5.2 สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ
 - 5.6 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
6. รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย
8. นิยามปฏิบัติการตัวแปร
9. สมมติฐานในการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ

วัยรุ่น คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยแบ่งได้เป็น 3 ช่วงคือ วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 17-19 ปี) (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล; และคณะ. 2551) ซึ่งในวัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางอารมณ์ และสังคม นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนมีผลทั้งต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และอารมณ์ วัยรุ่นหญิงมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาหนึ่งปีก่อนที่จะมีประจำเดือน ขนาดของเต้านมจะเริ่มขยายในช่วงอายุประมาณ 8-13 ปี และจะเจริญเต็มที่ในช่วงอายุประมาณ 11-13 ปี วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) จะมีรูปร่างเป็นสาวเต็มตัวในช่วงอายุดังกล่าว ซึ่งเป็นช่วงที่เรียนอยู่ในระดับประถมตอนปลาย หรือมัธยมตอนต้น

การมีประจำเดือนครั้งแรกของเด็กหญิง เริ่มเมื่ออายุ 12-13 ปี การมีประจำเดือนแสดงว่ามดลูกและช่องคลอดได้เจริญเติบโตเต็มที่ ปฏิบัติการและความรู้สึกต่อการมีประจำเดือนครั้งแรกของเด็กหญิงอาจแตกต่างกันในแต่ละคน บางคนอาจรู้สึกพอใจและภูมิใจที่เป็นผู้หญิงเต็มตัว ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกในทางลบ คือ หวั่นไหวหวาดหวั่นหรือตกใจ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล; และคณะ. 2551) วัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสนใจในความงามทางร่างกาย ต้องการให้คนชื่นชมรูปลักษณ์ภายนอกของตน วัยรุ่นจึงพิถีพิถันในการแต่งตัว การหิวผอม เอาใจใส่ต่อการออกกำลังกาย สนใจคุณค่าทางอาหาร เครื่องประดับ สุขภาพอนามัย รวมไปถึงการวางตัวให้สมบทบาททางเพศ และการวางตัวในสังคม

สตรีวัยรุ่นในประเทศไทย ทั้งที่มีความพิการและไม่มีความพิการ มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์บางประการในลักษณะคล้ายกัน เช่น ปัญหาด้านการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในส่วนของสตรีพิการ ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความซับซ้อนยิ่งกว่า จากงานวิจัยของอมรา สุนทรธาดา และอักษรภักดิ์ หลักทอง (2555) พบว่า สตรีพิการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากความหลากหลายและระดับของความพิการ สถานบริการภาครัฐมีบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ เช่น ล่ามภาษามือ อุปกรณ์และข้อมูลข่าวสารไม่เหมาะสมตามความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นคนพิการ ช่องว่างด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสตรีพิการ โดยพ่อแม่หรือผู้ดูแลใกล้ชิดมีทัศนคติว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งต้องห้ามสำหรับคนพิการ มีผลต่อวิถีชีวิตเรื่องการเรียนรู้ และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้ว่าสตรีพิการไม่คิดว่าความพิการเป็นข้อจำกัดหรือทำให้ตนอยู่ในสภาวะชายขอบของสังคมก็ตาม

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของวัยรุ่นสตรีในประเทศไทยและอีกหลายประเทศ ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปี มีมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ประมาณ 14 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ ประมาณ 12.8 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO. 2007) ซึ่งประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศดังกล่าว นอกจากนี้ การทำแท้งในวัยรุ่นทั่วโลกมีถึงปีละประมาณ 4 ล้านคน และผลกระทบจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนา (WHO. 2007) สาเหตุที่วัยรุ่นเลือกการทำแท้งเดือนหรือ

การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เกิดจากการไม่สามารถเข้าถึงบริการและขาดการได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ การท้องก่อนแต่งในหลายๆ ประเทศ ยังเป็นเรื่องที่รับไม่ได้ วัยรุ่นส่วนหนึ่งจึงหาทางออกด้วยการทำแท้งโดยไม่ให้ใครรู้ แม้แต่ครอบครัวของตนเอง (WHO. 2007) ในประเทศไทย ปัญหาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ เช่น ในปี พ.ศ. 2556 อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี มีถึง 52.2 คน ต่อ 100,000 คน หรือร้อยละ 0.00052 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักกระบวนวิชา กรมกำกับโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554 เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น พบว่า เพียงร้อยละ 51.1 ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และสำหรับนักเรียนหญิงนั้น มีเพียงร้อยละ 54.1 ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ซึ่งถึงแม้ตัวเลขจะสูงกว่าปีที่ผ่านมา แต่ก็นับว่ายังไม่เป็นที่น่าพอใจ เพราะจำนวนผู้ที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยยังคงมีมากกว่าร้อยละ 40 ซึ่งนับว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (สำนักกระบวนวิชา. 2554) สอดคล้องกับข้อมูลของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) ที่รายงานว่า สตรีวัยรุ่นในประเทศไทย เป็นกลุ่มที่ถูกกละเลยในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (UNFPA. 2005) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทย ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังไม่ได้แก้ไขอย่างจริงจัง (AVERT. 2011: ออนไลน์)

ในด้านการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการ เป็นเรื่องที่ถูกกละเลยจากครอบครัวและสังคม การขาดโอกาสทางการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศศึกษา มีผลต่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ในข้อเท็จจริงนั้น สตรีพิการจำนวนมากขาดผู้ดูแล ต้องใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรีพิการทางสติปัญญาหรือกลุ่มบกพร่องทางการเรียนรู้ มีโอกาสสูงเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ขณะที่ระดับความพิการที่เป็นอยู่เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการป้องกันตนเองหรือการเรียนรู้ว่าการกระทำในรูปแบบใดเป็นการกระทำไม่พึงประสงค์ และขอความช่วยเหลือเพื่อป้องกันตนเองอย่างไร ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติในปี 2552 ได้รายงานว่ามีคดีล่วงละเมิดทางเพศ 4,642 ราย โดยในจำนวนนี้มีสตรีพิการรวมอยู่ด้วย (อมรา สุนทรธาดา; และ อักษรภาค หลีกทอง. 2555: 168; อ้างอิงจาก เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์. 2552: 168)

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นนี้ จึงมีความจำเป็นที่วัยรุ่นสตรีพิการต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความสนใจ ความต้องการ และลักษณะการเรียนรู้ของสตรีวัยรุ่นกลุ่มนี้ ดังนั้น ครูและบุคลากรด้านการศึกษาจึงควรให้ความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมของสตรีวัยรุ่นพิการ ซึ่งควรเป็นกระบวนการสร้างพฤติกรรมที่มีความต่อเนื่อง แต่จากงานวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า วัยรุ่นสตรีพิการยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ดี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษารูปแบบการฝึกอบรมทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นสตรีกลุ่มดังกล่าว

2. สภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ

อนามัยการเจริญพันธุ์ถือเป็นคุณภาพชีวิตด้านหนึ่งของวัยรุ่นสตรีพิการที่มีความครอบคลุมทั้งสภาวะการเจริญพันธุ์ (Reproductive health) และสภาวะทางเพศ (Sexual health) ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญในกลุ่มวัยรุ่นสตรีพิการ ดังนี้

2.1 สภาวะการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีพิการ

สำหรับสตรีวัยรุ่นที่มีความพิการ ปัญหาที่พบค่อนข้างซับซ้อนเนื่องจากมีปัจจัยด้านความพิการมาเกี่ยวข้องด้วย โดยในกลุ่มของวัยรุ่นสตรีที่มีความพิการนั้น การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ยังต่ำ สาเหตุสำคัญมาจากทัศนคติทางสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีพิการ โดยเฉพาะทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ เริ่มตั้งแต่ครอบครัวที่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม พ่อแม่บางคนมีความเห็นว่าลูกที่พิการไม่ควรีครอบครัว ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นต้องรู้เรื่องเหล่านี้ ทำให้คนพิการโดยเฉพาะสตรีพิการถูกปิดกั้นการเรียนรู้เรื่องสรีระร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์ การถูกล่วงละเมิดและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตร สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้หญิงควรเรียนรู้ แต่เนื่องจากสังคมมีมายาคติต่อสตรีพิการทั้งในแง่ที่เป็นสตรีและในแง่ที่เป็นคนพิการ เช่น คนพิการไม่ควรสนใจเรื่องเพศ สตรีพิการมักจะถูกมองได้ง่ายจึงไม่ควรคบหากับเพศตรงข้าม (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลักทอง. 2555) ทำให้สตรีพิการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นที่พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากขาดการให้ความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าใจ มีความเหมาะสมกับวัยและสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นสตรีที่มีความพิการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องสถานบริการภาครัฐไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและการใช้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสารไม่ตรงกับความต้องการ ข้อมูลข่าวสารไม่อยู่ในรูปแบบที่คนพิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงได้โดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหว ช่องว่างด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการ การสื่อสารที่ไม่ครบถ้วน รวมทั้งทัศนคติของคนพิการเอง ทำให้ไม่กล้าขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ รวมทั้งเกิดความไม่มั่นใจว่าจะได้รับคำแนะนำหรือถูกเพิกเฉยที่จะให้คำปรึกษา หรือได้รับการปฏิบัติที่แตกต่าง เช่น สตรีพิการที่ตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติที่แตกต่างจากสตรีที่ไม่พิการเนื่องจากการมีการมองภาพเหมารวม (Stereotype) ว่าสตรีพิการไม่สามารถตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยตนเองได้ การดูแลทารกแรกคลอดน่าจะเป็นหน้าที่ของสามีหรือญาติ

นอกจากนี้สตรีพิการขาดโอกาสการเรียนรู้ที่สำคัญในหลายด้าน เนื่องจากในสังคมไทย การสอนเพศศึกษาสำหรับคนพิการยังถูกปิดกั้นอยู่มาก สิทธิทางเพศวิถีของคนพิการยังถูกตีกรอบด้วยบรรทัดฐานของสังคมและภาพเหมารวมที่ถูกสร้างขึ้น ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการมีพื้นฐานมาจากแนวคิดต่างๆ ได้แก่ มายาคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ ทัศนคติและการไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศผ่านสถาบันทางสังคม อุดมการณ์ด้านความเป็นปกติผ่านสถาบันทางการแพทย์

ส่งผลให้สตรีพิการถูกมองเสมือนบุคคลไร้เพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ เป็นผลทำให้ถูกกีดกัน เรื่องการมีครอบครัว ซึ่งปกติแล้วสตรีพิการแทบไม่ได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และไม่ได้รับการสนับสนุนในการสร้างครอบครัว จึงอาจทำให้รู้สึกสับสน เกิดความรู้สึกลดและเก็บกด รวมทั้งความภูมิใจและมั่นใจในตนเองต่ำ (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลักทอง. 2555) สตรีและเด็กหญิงพิการมีความเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับความรุนแรง การบาดเจ็บ การถูกล่วงละเมิด การถูกเลือกปฏิบัติ การถูกใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงผลประโยชน์ และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Groce; et al. 2009) การที่สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น มีสาเหตุหลักสองด้านได้แก่ สาเหตุด้านกายภาพ เช่น สถานบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและการใช้บริการโดยสตรีพิการ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและ/หรือบริการที่ปรับเพื่อให้สตรีพิการสามารถใช้ได้ บริการที่จัดให้โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากสาเหตุด้านสังคม เช่น ทัศนคติของบุคลากรผู้ให้บริการ ทัศนคติของครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีต่อสตรีพิการ (UNFPA. 2009) ตั้งแต่อดีต สตรีพิการเป็นกลุ่มคนที่ถูกมองข้ามในการวางแผน นโยบาย และการปรากฏในสื่อ รวมทั้งการไม่ได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ นำไปสู่การมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ดี การที่สังคมมีข้อมูลและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการเป็นผลให้สตรีพิการถูกละเลยโดยกลุ่มผู้วางแผนนโยบาย รัฐบาล รวมทั้งภาคประชาสังคม (Groce; et al. 2009) ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพิการ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การขาดข้อมูลข่าวสาร การไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ (UNFPA. 2009) ซึ่งสอดคล้องกับ WHO/UNFPA Guidance Note เรื่อง Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities ที่กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของสถานที่ไม่เอื้อ เช่น อาคารไม่มีทางลาด เตี้ยสำหรับตรวจสูงเกินไป ไม่มีเตียงตรวจที่ปรับสำหรับผู้ใช้วีลแชร์ ปัญหาด้านการสื่อสารก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง การไม่สามารถสื่อสารกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น ไม่มีล่ามภาษามือสำหรับคนหูหนวก ไม่มีเอกสารเป็นอักษรเบรลล์สำหรับคนตาบอด ฯลฯ สาเหตุอีกประการคือ ทัศนคติในแง่ลบของผู้ให้บริการหรือบุคลากรที่มีต่อคนพิการ ปัญหาที่เกิดจากผู้ให้บริการยังรวมไปถึงการที่ผู้ให้บริการหรือบุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับคนพิการ ขาดการประสานงานระหว่างบุคลากร ปัญหาสำคัญอีกประการคือ การที่คนพิการไม่มีหลักประกันสุขภาพ (WHO. 2009) สตรีพิการนอกจากจะมีโอกาสน้อยกว่าสตรีทั่วไปในการได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แล้ว ยังมีโอกาสน้อยกว่าในการที่จะได้รับบริการด้านการวางแผนครอบครัว สตรีพิการมักได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรตั้งครรภ์ โดยที่หากสตรีพิการตั้งครรภ์ก็มักไม่ได้รับบริการเหมือนที่สตรีตั้งครรภ์ทั่วไปพึงได้รับ นอกจากนี้ยังอาจถูกปฏิเสธ เช่น ในบางหมู่บ้าน หมอตำแยจะปฏิเสธการทำคลอดให้สตรีพิการเนื่องจากเข้าใจว่าสตรีพิการไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ ต้องใช้วิธีผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งไม่จริงเสมอไป (Maxwell; Belser; & David. 2007)

สตรีพิการถูกละเมิดสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในหลายรูปแบบ เช่น การถูกบังคับให้ทำหมัน ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิอย่างร้ายแรงเนื่องจากบุคคลมีสิทธิในร่างกายของตนเอง ดังที่ระบุไว้ในมาตรา 3 ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการที่กล่าวถึงการเคารพในศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิด การอยู่ได้ด้วยตนเอง รวมถึงเสรีภาพในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง และความเป็นอิสระของบุคคล และมาตรา 17 ว่าด้วยการคุ้มครองบูรณภาพของบุคคล ดังนี้ “คนพิการทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการเคารพในบูรณภาพทางร่างกายและจิตใจของตนบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น” (CRPD. 2006) อย่างไรก็ตาม แม้ในศตวรรษที่ 21 ก็ยังมีการบังคับทำหมันให้กับสตรีพิการในหลายประเทศ การตัดสินใจดังกล่าวอาจกระทำโดยนักกฎหมาย บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยไม่คำนึงถึงความสมัครใจของสตรีพิการเอง โดยเฉพาะในกรณีสตรีพิการทางสติปัญญาอันเนื่องมาจากความเชื่อที่ว่าสตรีที่มีความพิการไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ (Leanne. 2004) หรือเกรงว่าความพิการบางอย่างอาจถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือบางครั้งก็เพียงต้องการลดภาระหรือลดความกังวลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง แต่ในความเป็นจริง มีหลักฐานสนับสนุนว่า การทำหมันให้กับเด็กหญิงหรือสตรีพิการนั้นไม่ใช่เรื่องจำเป็นหากพ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนที่ดีในการดูแลลูกไม่ว่าจากรัฐหรือจากชุมชน (Leanne. 2004)

นอกจากจะมีการละเมิดสิทธิในร่างกายของสตรีพิการโดยการบังคับให้ทำหมันแล้ว ยังมีการละเมิดโดยการบังคับให้ทำแท้งอีกด้วย เนื่องจากมีความเชื่อว่าสตรีพิการไม่สามารถดูแลบุตรได้หรือไม่สามารถตัดสินใจได้โดยลำพังเกี่ยวกับสิทธิในด้านการเจริญพันธุ์ (Fiduccia. 1997) ทั้งๆ ที่ได้มีการรับรองสิทธิของสตรีพิการไว้ในกฎหมายสากลที่ว่าด้วยสิทธิคนพิการ ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ และกฎหมายสากลที่ว่าด้วยสิทธิสตรี ได้แก่อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women – CEDAW) ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ นอกจากมาตรา 3 และมาตรา 17 ที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังมีหลายมาตราที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการกระทำรุนแรงต่อสตรีและเด็กหญิง เช่น มาตรา 16: เสรีภาพจากการถูกแสวงประโยชน์ การใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิด ข้อ 5 ให้อำนาจที่จัดทำกฎหมายและนโยบายที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงกฎหมายและนโยบายสำหรับสตรีและเด็กเป็นการเฉพาะ เพื่อประกันว่าการถูกแสวงประโยชน์ การใช้ความรุนแรงและการล่วงละเมิดที่เกิดขึ้น จะได้รับการพิสูจน์ทราบ สอบสวนและ ฟ้องร้องดำเนินคดีต่อไปได้ในกรณีที่เหมาะสม มาตรา 23: การเคารพในการสร้างครอบครัวและสถาบันครอบครัว ข้อ 1 (เอ) สิทธิของคนพิการทั้งปวงที่ถึงวัยสมรสให้สามารถสมรสและสร้างครอบครัวได้บนพื้นฐานของความยินยอมพร้อมใจและโดยอิสระของผู้เจตนาจะสมรสกัน ข้อ 1 (บี) สิทธิของคนพิการในการตัดสินใจได้อย่างอิสระและอย่างมีความรับผิดชอบในการกำหนดจำนวนบุตรและการเว้นระยะการมีบุตร และให้เข้าถึงสารสนเทศที่เหมาะสมกับวัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว ย่อมได้รับการยอมรับ และจัดให้มีวิธีการที่ช่วยให้คนพิการสามารถใช้สิทธิเหล่านี้ได้ ข้อ 1 (ซี) คนพิการรวมทั้งเด็กพิการ คงไว้ซึ่งความสามารถในการเจริญพันธุ์บนพื้นฐานที่

เท่าเทียมกับบุคคลอื่น มาตรา 25: สุขภาพ ข้อ (เอ) จัดให้มีบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือที่สามารถจ่ายได้สำหรับคนพิการ ในระดับคุณภาพและมาตรฐานเช่นเดียวกับการที่จัดให้บุคคลอื่นรวมถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และโปรแกรมสาธารณสุขที่มีให้กับประชาชนทั่วไป นอกจากนี้โครงการปฏิบัติการของการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยประชากรและการพัฒนา ก็ยังได้ให้การรับรองสิทธิด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของคนพิการ เช่น สิทธิในการที่จะตัดสินใจว่าจะมีบุตรเมื่อไหร่ มีกี่คน ระยะห่างของการมีบุตร สิทธิที่จะได้มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ซึ่งรวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (UNFPA. 2004)

จากการที่สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การวางแผนครอบครัว หรือการได้รับคำปรึกษาผ่านระบบการศึกษา ระบบบริการของชุมชน หรือแม้แต่ครอบครัว ทำให้สตรีพิการไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Groce. 2006) นอกจากนี้ รูปแบบของการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่คนพิการไม่สามารถเข้าถึงได้ก็เป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่ง เช่น ข้อมูลข่าวสารที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์นั้น คนตาบอดจะไม่สามารถเข้าถึงได้ ส่วนคนหูหนวกก็ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ทางวิทยุ รวมทั้งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์หากไม่มีล่ามภาษามือ หรือข้อมูลที่ซับซ้อน ยากแก่การเข้าใจก็เป็นอุปสรรคสำหรับสตรีที่พิการด้านสติปัญญา อุปสรรคอีกประการหนึ่งที่ทำให้สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้แก่ การไม่รู้หนังสือ ในบรรดาประชากรพิการทั่วโลกนั้น มีเพียงร้อยละ 3 ที่รู้หนังสือ สำหรับในกลุ่มของสตรีพิการทั่วโลกนั้น มีเพียงร้อยละ 1 ที่รู้หนังสือ (UNFPA. 2009) จากการสำรวจโดยธนาคารโลกใน 57 ประเทศ เมื่อพ.ศ. 2547 พบว่า เด็กพิการในโรงเรียนมักไม่ได้เข้าเรียนในวิชาเพศศึกษา รวมทั้งวิชาสุขศึกษาและวิทยาศาสตร์ทั่วไป (Groce. 2004) และจากข้อมูลขององค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา พบว่า เนื่องจากสตรีพิการมักไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายของการรณรงค์เพื่อต่อต้านโรคเอดส์ ทำให้ปฏิบัติการของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มของสตรีพิการไม่สามารถลดลงได้ (USAID. 2011) และถึงแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มสตรีพิการ แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงไม่ได้รับความสนใจจากองค์กรหรือกลุ่มคนที่ทำงานด้านนี้เท่าที่ควร (Hancock-Hanass. 2009) ในส่วนของสตรีพิการที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่มีอำนาจต่อรองต่ำในการปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Groce. 2005) ในบางกรณีสืบเนื่องจากความยากจน สตรีพิการบางคนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนเพื่อแลกกับการสนับสนุนด้านการเงินและอื่นๆ (Mulindwa. 2003) ในกลุ่มของวัยรุ่นพิการนั้น มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่พิการ เนื่องจากวัยรุ่นพิการมักไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้ขาดทักษะในการปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม ทำให้ไม่มีความสามารถในการต่อรองในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หรือการใช้สารเสพติด (Groce. 2005) องค์กรยูนิเซฟ คาดการณ์ว่า หนึ่งในสามของเด็กเร่ร่อนเป็นเด็กพิการ และเด็กกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการถูกชักจูงให้เข้าวงการค้า

ทางเพศและสารเสพติด (UNICEF. 2011) การที่โครงการรณรงค์เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ครอบคลุมกลุ่มของสตรีพิการจะยิ่งทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี มีมากขึ้นในกลุ่มของสตรีพิการ และหากสตรีพิการติดเชื้อเอชไอวี โอกาสที่จะได้รับการรักษาหรือตรวจพบแต่เนิ่นๆ ก็น้อยกว่าคนทั่วไป (UNFPA. 2007) นอกจากนี้ คู่มือแนะนำด้านสุขภาพและคู่มือการฝึกอบรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์หรือการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปมักไม่มีการกล่าวถึงสตรีพิการ ทำให้ทั้งสตรีพิการเองและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องอันนำไปสู่การละเว้นการให้บริการหรือให้ข้อมูล เช่น ในบางหมู่บ้านหรือชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ไปให้ความรู้และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่สตรีในชุมชนถึงที่บ้าน แต่เมื่อถึงบ้านของสตรีพิการ เจ้าหน้าที่มักไม่เข้าไปเนื่องจากเห็นว่าสตรีพิการไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับข้อมูลหรือบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Groce; et al. 2009) ในความเป็นจริง สตรีพิการมีความต้องการความรู้และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เช่นเดียวกับสตรีทั่วไป แต่พวกเขา มักถูกละเลย และไม่สามารถเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสาร (Ibid.) สตรีพิการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อันเนื่องมาจากเจตคติของสังคม ทั้งการตีตรา (Stigmatization) การเหมารวม (Stereotype) และความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับความพิการ เพศสภาพ (Gender) เพศวิถี (Sexuality) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Hancock-Hanass. 2009) นอกจากนี้ ในกลุ่มคนพิการด้วยกัน ผู้หญิงพิการก็มีโอกาสน้อยกว่าผู้ชายพิการในการที่จะได้รับโอกาส ไม่ว่าจะเป็นการแต่งงานมีครอบครัว หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ซึ่งการขาดโอกาสต่างๆ ดังกล่าว นำไปสู่การขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ ข้อมูล และเครือข่ายการช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน

ในส่วนของเยาวชนสตรีพิการนั้น โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มีน้อยกว่าเยาวชนที่ไม่มีความพิการ แม้ว่าในร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ มาตรา 7 จะระบุว่า ให้สถานศึกษาจัดให้มีการสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวุฒิภาวะและวัยของผู้เรียน แต่ในความเป็นจริงพบว่า หลักสูตรการสอนเพศศึกษาไม่สอดคล้องกับสภาวะและความต้องการของวัยรุ่น (สุริยเดว ทรีปาตี. 2553) เนื่องจากยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โรงเรียนศรีสังวาลย์ เป็นโรงเรียนที่จัดการศึกษาให้กับเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งใช้หลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการเช่นเดียวกับโรงเรียนอื่นๆ การสอนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของวิชาสุขศึกษา แต่เนื้อหาวิชาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ความรู้และแนวทางในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ นอกจากนี้ ในประเทศไทยข้อมูลในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนพิการทั้งหญิงและชายยังมีจำกัด จะเห็นได้จากนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555-2557) มีเป้าประสงค์เพื่อให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้ บนหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง ซึ่งกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ 10 ประการ คือ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ภาวะการมีบุตรยาก การแท้งและภาวะแทรกซ้อน มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนาไม่วัยรุ่น และภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ พบว่า ยังขาดกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นและเป็นเยาวชนพิการ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. 2556)

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นสตรีพิการไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เกิดจากทัศนคติของพ่อแม่หรือผู้ปกครองซึ่งมีทัศนคติว่าเรื่องเพศไม่ใช่เรื่องที่จะพูดคุยได้อย่างตรงไปตรงมาหรือมีความจำเป็น แม้แต่วิธีการเรียนการสอนด้านเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับวัยรุ่นสตรีพิการก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในบางกรณีครอบครัวเป็นอุปสรรคใหญ่ที่ปิดกั้นการเรียนรู้ในเรื่องสรีระ ความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยเฉพาะวัยรุ่นสตรีที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งไม่ได้รับความรู้หรือข้อมูลที่ง่ายต่อการเข้าใจและอยู่ในรูปแบบที่คนพิการสามารถเข้าถึง ขาดการแยกแยะได้ว่าการปฏิบัติในลักษณะใดที่เข้าข่ายการล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งการใช้คำพูด ท่าทาง การสัมผัส การลวนลามทางสายตา รวมไปถึงการทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งมีข้อจำกัดต่อการเข้าถึงข้อมูลเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพความสะอาดเมื่อมีรอบเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการที่ไม่รุนแรง สตรีวัยรุ่นพิการก็จะสอบถามข้อมูลหรือรักษาอาการตามที่ได้เรียนรู้จากพ่อแม่ หรือขอคำแนะนำจากเพื่อนทั้งที่เป็นคนพิการด้วยกันและคนทั่วไป (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลักทอง. 2555)

ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการด้านอนามัยที่ไม่เอื้อต่อการใช้งานของคนพิการก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้สตรีพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ เช่น สตรีพิการที่นั่งวีลแชร์ไม่สามารถขึ้นเตียงที่ใช้ตรวจภายในได้ (ข้อมูลจากสตรีพิการนั่งวีลแชร์ท่านหนึ่ง ที่เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการจัดทำร่างแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีพิการ วันที่ 29 พ.ย. 2555) รวมถึงการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการที่จำเป็น เช่น ล่ามภาษามือ หรือการไม่อนุญาตให้สามีเข้าไปในห้องตรวจด้วยเพื่อเป็นล่ามให้ในการสื่อสารกับแพทย์แต่ทางโรงพยาบาลไม่อนุญาตเนื่องจากขัดกับระเบียบของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์และวิทยุ โทรทัศน์ที่เป็นข้อมูลกระแสหลักส่วนใหญ่มีสำหรับเฉพาะคนปกติ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของสตรีพิการจึงมีข้อจำกัด (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลักทอง. 2555)

สำหรับการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนที่เน้นการสอนให้นักเรียนเข้าใจร่างกายของตนเองและการดูแลสุขภาพความสะอาดนั้น ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้ เนื่องจากในปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่ง que เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้มากขึ้นหากผู้เกี่ยวข้องละเลยที่จะให้การศึกษาและช่วยให้เยาวชนมีทางเลือกที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเป็นอีกมิติหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกไปจากการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ แต่กระบวนการให้ความรู้ในเชิงป้องกันโรคติดต่ออย่างดั้งเดิม ไม่ได้ครอบคลุมบริบทการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ทั้ง

ครอบครัวและโรงเรียนจะเน้นไปที่การห้ามปรามไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และเชื่อว่าการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาจะกระตุ้นหรือเปิดทางให้วัยรุ่นเปรียบเสมือน “การชี้โพรงให้กระรอก” กระโจนเข้าสู่ชีวิตทางเพศเร็วขึ้น อย่างอิสระ เสรีมากขึ้น ปัญหาอีกประการหนึ่งของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่นได้แก่ ทศนคติของครู เช่น ครูผู้สอนหลายคนยอมรับว่ารู้สึกอึดอัดใจที่ต้องสอนเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่น (วัลยา ธรรมพินิจวัฒน์. 2553) จึงควรถ่ายทอดเรื่องเพศศึกษา เพื่อเสริมสร้างความรู้ และเจตคติที่ถูกต้องในเรื่องเพศ และการมีทักษะชีวิตที่จำเป็น (Vuttanont; et al. 2006)

สำหรับการเรียนการสอนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยนั้น การให้ความรู้และข้อมูลด้านเพศวิถีและอนามัยการเจริญพันธุ์มักเป็นความรู้เพียงชุดเดียวและอยู่บนพื้นฐานทางด้านการแพทย์ซึ่งมักจะเป็นเชิงลบ เช่น การทำแท้งในกรณีที่น่าทรมานว่าทารกจะเกิดมาพิการ การทำหมันสตรีเพื่อการทางสติปัญญาโดยกลัวว่าจะตั้งครรรภ์จากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งบางครั้งอาจนำไปสู่การล่วงละเมิดที่มากขึ้น เนื่องจากผู้กระทำ (ซึ่งในหลายกรณีเป็นคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว) ไม่ต้องกังวลว่าผู้ถูกรกระทำจะตั้งครรรภ์ (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภักดิ์ หลักทอง. 2555) จากการสำรวจข้อมูลการละเมิดสิทธิสตรีในประเทศไทย พบว่ายังมีการละเมิดสิทธิด้วยเหตุแห่งความเป็นหญิง มีสถานการณ์การเลือกปฏิบัติปรากฏชัดเจน ผู้หญิงในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิงในกลุ่มยากจน ผู้หญิงพิการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ มากกว่าผู้หญิงกลุ่มอื่นๆ (ศิริพร จิรวัดน์กุล; และคณะ. 2554) สตรีพิการเป็นกลุ่มเปราะบางที่เผชิญกับการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิในหลายด้านด้วยเหตุแห่งความพิการและด้วยเหตุแห่งความเป็นหญิง สตรีพิการจึงมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดสิทธิและถูกกระทำความรุนแรงสูงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการล่วงละเมิดทางเพศ สตรีพิการมีแนวโน้มของการถูกกระทำความรุนแรงสูงกว่าสตรีที่ไม่พิการ นอกจากนี้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะถูกทับซ้อนกันหลายชั้น เพราะความเป็นผู้หญิงและเพราะความพิการซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย รวมทั้งมีข้อจำกัดที่จะยุติหรือหนีให้พ้นจากความรุนแรงนั้นๆ มากกว่าผู้หญิงทั่วไป โดยในหลายกรณีสตรีพิการถูกล่วงละเมิดจากบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพา การป้องกันหรือต่อต้านทำได้ยาก พ่อแม่ของสตรีพิการมีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของบุตรสาวที่พิการมากเป็นพิเศษ ชีวิตของสตรีกลุ่มนี้จึงต้องตกอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของครอบครัวหรือพี่น้อง ซึ่งมักตัดสินใจเก็บพวกเธอไว้ที่บ้าน ทำให้ยังขาดโอกาสในการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตในสังคม ขาดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันและการป้องกันตนเอง ถูกกีดกันจากสังคมในประเด็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์โดยเฉพาะเรื่องของเพศวิถีและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สตรีพิการมักไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อสิทธิสตรีทำให้ไม่สามารถปกป้องสิทธิของตนเอง แม้ว่าจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น ความมีอิสระทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิที่จะเลือกหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย หรือการมีเพศวิถีในรูปแบบอื่น สิทธิที่จะเลี้ยงดูเด็ก สิทธิที่จะไม่ถูกลวนลามทางเพศ ทั้งๆ ที่สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่สตรีพิการพึงควรจะได้เช่นกัน (เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์. 2549; เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์; และคณะ. 2554)

2.2 สุขภาวะทางเพศ

องค์การอนามัยโลก (WHO. 2006) ได้กล่าวว่า สุขภาวะทางเพศ (Sexual health) มีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) มีความสามารถที่จะเป็นสุขและกำกับควบคุมพฤติกรรมทางเพศของตนเองให้สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม 2) ปราศจากความรู้สึกกลัว อับอาย ละอายใจ ความเชื่อที่ผิดๆ และสภาวะทางจิตใจที่จะมายับยั้งการตอบสนองทางเพศและขัดขวางความสัมพันธ์ทางเพศ และ 3) ปราศจากความผิดปกติทางร่างกาย โรค และความบกพร่องต่างๆ ที่จะขัดขวางการทำหน้าที่ทางเพศและระบบสืบพันธุ์ ดังนั้น การมีสุขภาวะทางเพศต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญทั้ง 3 องค์ประกอบ เพื่อการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี หากมีองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งผิดปกติ ก็ถือว่ามีสุขอนามัยทางเพศที่ไม่ดี และอาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางเพศตามมา ซึ่งก็พบได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นสตรีมีสุขภาวะทางเพศที่ดี ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2006) สามารถแบ่งมิติของการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ ดังนี้

1. การป้องกันโรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์ ได้แก่

1.1 การป้องกันโรคติดต่อที่ไม่ได้เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ สามารถทำได้โดยการดูแลเอาใจใส่ต่อความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ มีหลักในการดูแลตนเอง ดังนี้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. 2556: 60-61)

- ควรอาบน้ำชำระล้างอวัยวะเพศทุกครั้งที่อาบน้ำด้วยน้ำและสบู่ แล้วจึงซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดและอ่อนนุ่ม เพราะผิวหนังบริเวณนี้บอบบางหากเช็ดแรงเกินไป จะทำให้เป็นแผลหรือระคายเคืองได้

- ไม่ควรใช้น้ำยาสว่นหรือล้างช่องคลอด เพราะส่วนภายในช่องคลอดจะมีแบคทีเรียชนิดหนึ่งคอยป้องกันเชื้อโรคอื่นๆ แผลกลปอมเข้าสู่ช่องคลอด ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตามธรรมชาติ และหากนำยาล้างจุดซ่อนเร้น สารเคมีในน้ำยาอาจไปฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่มีประโยชน์บริเวณจุดซ่อนเร้นจะอ่อนแอและติดเชื้อได้ง่าย

- การดูแลจุดซ่อนเร้นระหว่างมีประจำเดือน ต้องรักษาทำความสะอาดมากกว่าปกติ ควรล้างทำความสะอาดด้วยน้ำ ซับให้แห้งและหมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ วันละ 3-4 ครั้ง เพื่อทำความสะอาด และจะไม่เกิดการระคายเคืองและกลิ่นไม่พึงประสงค์

- หลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ควรทำความสะอาดทุกครั้ง โดยทำความสะอาดอวัยวะเพศให้เสร็จก่อนแล้วค่อยทำความสะอาดกันภายหลัง ควรใช้กระดาษชำระซับให้แห้ง

- ไม่สวมเสื้อผ้า กางเกงใน เสื้อชั้นใน ที่อับชื้นและรัดแน่นจนเกินไป

- ไม่ควรใช้เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว กางเกงในปะปนกับผู้อื่น เพราะอาจติดโรคกันได้

- ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย หรือสงสัยว่าป่วยเป็นกามโรคหรือโรคผิวหนังอื่นๆ

- การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องระวังในเรื่องสุขลักษณะ เพราะอาจเกิดการติดเชื้อ

โรคต่างๆ ได้

- ถ้าสงสัยว่าตนเองมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการคัน มีระดูขาวผิดปกติ รอบเดือนผิดปกติ ควรปรึกษาผู้ใหญ่หรือแพทย์ทันที

1.2 การป้องกันโรคติดต่อที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ มีแนวทางป้องกันจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. 2556: 90-91)

- ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนที่เพิ่งรู้จัก หรือยังไม่รู้จักดีพอ เพราะคนนั้นอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อสูง เช่น มีคู่นอนหลายคน เป็นต้น

- ไม่เปลี่ยนคู่อุปกรณ์บ่อยๆ

- มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย คือ ใช้ถุงยางอนามัย เพื่อไม่ให้มีสารคัดหลั่งและของเหลวของคู่อุปกรณ์สัมผัสตัว และไม่สัมผัสกับแผลหรือร่องรอยโรคที่ผิวหนัง ให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะมีความสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางทวารหนัก หรือทางปาก นอกจากนี้ยังป้องกันการตั้งครรภ์ได้อีกด้วย

- สำรวจลักษณะการติดเชื้อบางอย่างที่พบบ่อยได้ เช่น ตุ่มหนองหนองไก่ หนองที่ท่อน้ำนม สะอึกที่อวัยวะเพศ ถ้าเห็นสิ่งเหล่านี้ ต้องปฏิบัติสุขภาพการมีเพศสัมพันธ์ด้วยอย่างเข้มแข็ง \

- การดื่มน้ำก่อนมีเพศสัมพันธ์ และถ่ายปัสสาวะทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ หรือการฟอกล้างสบู่หลังมีเพศสัมพันธ์ อาจช่วยลดการติดเชื้อได้บ้าง แต่ไม่ใช่ได้ผลกับทุกราย

- หากเป็นไปได้ ควรตรวจโรคก่อนการมีเพศสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะเมื่อตัดสินใจจะแต่งงานกัน

- เมื่อมีอาการใดๆ ควรรีบพบแพทย์ การเริ่มรักษาโดยเร็วจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องรักษาให้ครบตามแพทย์ให้ยา และติดตามผลว่ารักษาหายแล้ว รวมถึงต้องรักษาคู่เพศสัมพันธ์ด้วยก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไป

2. การจัดการกับอารมณ์ทางเพศ

เมื่อวัยรุ่นสตรีเกิดอารมณ์ทางเพศ สามารถระงับหรือจัดการกับอารมณ์ทางเพศได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้ (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. 2555: 47-48)

2.1 หลีกเลี่ยงการดูหรืออ่านข้อความจากสื่อประเภทต่างๆ ที่มีภาพหรือข้อความที่สามารถยั่วให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้ เช่น การดูหนังสือโป๊ ภาพยนตร์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นต้น

2.2 หลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือการทำตัวให้ว่างหรือปล่อยตัวให้มีความสบายมากเกินไป เช่น การนอนเล่นโดยไม่หลับ การนั่งฝืนกลางวันหรือนั่งจินตนาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ การอยู่ในสภาพที่มีแสงสีเสียงที่ก่อให้เกิดการปลุกเร้าอารมณ์ทางเพศ

2.3 การบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง แต่ไม่ควรปฏิบัติบ่อยจนเกิดความหมกมุ่นต่อเรื่องดังกล่าว หากมีความจำเป็นและไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวได้ ต้องคำนึงถึงความสะอาดเป็นสำคัญ มีความเป็นส่วนตัว ไม่ประเจิดประเจ้อ และไม่ปฏิบัติด้วยวิธีการที่รุนแรง

3. การปฏิบัติต่อเพื่อนทั้งเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศอย่างเหมาะสม

เมื่อวัยรุ่นคบเพื่อน หรือมีการปฏิบัติต่อเพื่อนทั้งกับเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศได้อย่างเหมาะสม ซึ่งวัยรุ่นถือเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเพศหลายอย่างทั้งชายและหญิงต่างมีความสัมพันธ์ต่อกันทางสังคมมากขึ้น ทำให้มีความสนใจในเพื่อนต่างเพศมากขึ้น การคบเพื่อนต่างเพศนั้นไม่ใช่เรื่องเสียหาย แต่ต้องปฏิบัติตนให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและรู้จักมารยาทที่พึงปฏิบัติต่อกัน โดยวัยรุ่นควรวางตัวให้เหมาะสม สงวนตัว ไม่อยู่ในที่รโหฐานกับเพศตรงข้ามตามลำพัง ไม่ไปในสถานที่เปลี่ยว แต่งตัวสุภาพ ไม่แสดงกิริยาจากที่ไม่เหมาะสม เช่น ส่งเสียงดัง หรือกล่าวคำหยาบคาย เป็นต้น ทั้งควรแสดงความมีน้ำใจและให้เกียรติต่อฝ่ายชาย (สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. 2555: 48)

4. การปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

วัยรุ่นควรมีทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ใดๆ ที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยการปฏิเสธที่ดีต้องแสดงท่าทางจริงจังประกอบด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่หนักแน่นเพื่อแสดงความตั้งใจจริง ต้องแสดงความผูกพัน และห่วงใยผู้ชวนไว้ด้วย มีขั้นตอนการปฏิเสธ ดังนี้ (นิกรดุสิตสิน; วีระ นิยมวัน; และไพลิน ศรีสุขโข. 2545: 156)

4.1 การบอกความรู้สึกร่วมกับเหตุผลประกอบ เป็นการใช้อำนาจที่อ่อนโยนกว่าการใช้เหตุผลอย่างเดียว ซึ่งมักถูกโต้แย้งด้วยเหตุผลอื่นได้อีก แต่ถ้าบอกความรู้สึกจะเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่สามารถหาข้อโต้แย้งได้

4.2 การขอปฏิเสธ เป็นการใช้อำนาจปฏิเสธอย่างจริงจัง ทั้งท่าทาง คำพูด และน้ำเสียง

4.3 การขอความเห็นชอบ เมื่อมีการปฏิเสธแล้ว ควรมีการขอบคุณที่ชวน เป็นการรักษาน้ำใจของผู้ชวน และแสดงความผูกพันไว้เพื่อไม่ให้สูญเสียมิตรภาพ

4.4 การหาทางออกเมื่อถูกเข้าซื้อหรือสบประมาท เมื่อผู้ชวนไม่ลดละ และขอเข้าซื้อให้เสียหน้าเพื่อชักชวนให้สำเร็จ ต้องไม่หวั่นไหว เพราะจะขาดสมรรถภาพในการหาทางออก ควรยืนหยัดในการปฏิเสธด้วยท่าทีที่มั่นคง ดังนี้

- การปฏิเสธซ้ำ โดยไม่ต้องใช้อ้อออง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้นเลย
- การต่อรอง โดยการชวนไปทำกิจกรรมอย่างอื่นทดแทนให้เป็นทางเลือก
- การผัดผ่อน โดยขอยืดระยะเวลาออกไป เพื่อให้ผู้ชวนเปลี่ยนความตั้งใจ

วัยรุ่นควรมีสุนัขภาวะทางเพศที่ดีได้ จะต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศทั้ง 4 มิติ คือ 1) การป้องกันโรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์ 2) การจัดการอารมณ์ทางเพศ 3) การปฏิบัติต่อเพื่อนทั้งเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศอย่างเหมาะสม และ 4) การปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติ กบิโก และปริฉัตร เนื่องเนาวนิตย์ (2546) กล่าวว่า การที่จะมีสุขภาวะทางเพศที่ดี เป็นการเดินสายกลาง โดยมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสในเวลาที่เหมาะสม ไม่ซิงสุกก่อนห้าม และมีการแบ่งปันซึ่งกันและกันด้วยความรัก ความเข้าใจ การมีเพศสัมพันธ์อย่าง

ปลอดภัย ปราศจากการเสี่ยงต่อการติดเชื้อกามโรคและโรคเอดส์ การมีความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รู้จักยับยั้งชั่งใจในเมื่อไม่ถึงเวลา รู้จักเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและให้เกียรติเพศตรงข้ามโดยเฉพาะผู้เยาว์และผู้อ่อนแอกว่า ทั้งหมดนี้ย่อมนำมาซึ่งสุขภาพทางเพศที่สมบูรณ์ภายใต้ขอบเขตของศีลธรรมจรรยาอันดีงามของสังคม

สำหรับวัยรุ่นสตรีพิการ สุขภาพทางเพศเป็นสิ่งที่เด็กไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากนัก ข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศศึกษาเป็นรูปแบบข้อมูลสำหรับคนปกติ ดังนั้น ข้อมูลข่าวสารที่ได้จึงไม่ตรงกับความต้องการ รวมทั้งทัศนคติของวัยรุ่นสตรีพิการที่ไม่กล้าขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ รวมทั้งเกิดความไม่มั่นใจว่าจะได้รับคำแนะนำหรือถูกเพิกเฉยที่จะให้คำปรึกษา หรือการเลือกปฏิบัติ และการขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้วัยรุ่นสตรีพิการไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ขาดทักษะในการปฏิบัติตนเองต่อเพศตรงข้าม จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดสิทธิและถูกระงับความรุนแรงสูงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งมักถูกล่วงละเมิดจากบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพา การป้องกันหรือต่อต้านทำได้ยาก พ่อแม่ของวัยรุ่นสตรีพิการจึงมีความกังวลต่อความปลอดภัยของลูกสาวมากเป็นพิเศษ โดยตัดสินใจให้วัยรุ่นสตรีพิการอยู่แต่ในบ้าน ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคม ขาดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม การรู้เท่าทันและการป้องกันตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจในพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงพิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากเด็กยังขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษา ทั้งเรื่องสุขปฏิบัติที่จำเป็นและถูกต้อง การป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการถูกระงับความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งผลกระทบดังกล่าว อาจส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวอีกด้วย

3. การจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษากับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว จึงต้องทำความเข้าใจประเภทของเด็กพิการโดยทั่วไป ลักษณะของเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว รวมทั้งวิธีการจัดการศึกษาพิเศษที่เหมาะสมสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

3.1 ประเภทของเด็กพิการ

จากประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ในข้อ 3 ให้กำหนดประเภทของความพิการ ดังนี้

- 1) ความพิการทางการเห็น
- 2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 4) ความพิการทางการจิตใจหรือพฤติกรรม

- 5) ความพิการทางสติปัญญา
- 6) ความพิการทางการเรียนรู้
- 7) ความพิการทางอภิสติ

ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ศึกษาในกลุ่มความพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งมีหลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายตามประกาศกระทรวงฯ ว่า “ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา”

3.2 ลักษณะเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว

ลักษณะของเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว หรือมีความบกพร่องทางกาย (เกยูร วงศ์ก้อม. 2548: 48) มีดังนี้

- 1) แสดงความผิดปกติทางร่างกายเป็นที่น่าสังเกตอย่างเด่นชัด
- 2) มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว
- 3) เท้าบิดผิดรูป
- 4) กระดูกสันหลังโค้งงอ
- 5) กลไกการเคลื่อนไหวมีปัญหา
- 6) ท่าเดินคล้ายกรรไกร คือ เข้าชิดปลายเท้าแยกจากกัน
- 7) สวมรองเท้าขาเหล็ก หรือเบรส
- 8) สูญเสียการควบคุมกลไกกล้ามเนื้อ หรือการประสานงานของร่างกาย
- 9) อากการเคลื่อนไหวสั้น หรือกระดูก
- 10) การทรงตัวของร่างกายทั้งสองข้างไม่สมดุลกัน
- 11) ความผิดปกติเกี่ยวกับหน้าที่การใช้งานปกติของระบบกระดูก กล้ามเนื้อหรือข้อต่อ

ลักษณะดังกล่าวข้างต้น เป็นความบกพร่องทางร่างกาย เป็นการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้เด็กใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างลำบาก

3.3 การจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการ

การจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการในประเทศไทย มีความเป็นมาของการศึกษาพิเศษ โดยเมื่อก่อนเริ่มจากระบบจัดการศึกษามีเพียงแค่รูปแบบเดียว คือ “การศึกษาปกติทั่วไป” (Regular education) มีได้คำนึงถึงเด็กพิการหรือเด็กที่ไม่สามารถเรียนรู้ได้ในระบบปกติทั่วไป แต่ต่อมามีกลุ่มเด็กพิการที่นักการศึกษา มองว่าสามารถให้การศึกษาได้ จึงได้จัดเป็นโรงเรียนพิเศษเฉพาะความพิการให้กับกลุ่มเด็กพิการเหล่านั้น จึงมี “การศึกษาพิเศษ” เกิดขึ้นมา เมื่อจัดการศึกษาพิเศษไปได้สักระยะเวลาหนึ่ง จึงมีกลุ่มนักการศึกษาที่มองเห็นว่า เด็กพิการกลุ่มหนึ่งสามารถพัฒนาได้ และได้มีการทดลองโดยให้เด็กพิการเข้าไปเรียนร่วมในโรงเรียนทั่วไป และเกิดวิธีจัดการศึกษาแบบเรียนร่วม

(Mainstreaming or integrated education) พบว่า เด็กที่เรียนร่วมนั้นมีทักษะทางสังคมดีกว่าเด็กที่อยู่ในโรงเรียนพิเศษเฉพาะความพิการ และยังสามารถพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ดีกว่าด้วยการจัดการศึกษาในลักษณะนี้ เรียกว่า การเรียนร่วม เป็นการที่เด็กที่มีความต้องการพิเศษได้รับโอกาสเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติทั่วไป โดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรในโรงเรียนทุกฝ่ายให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สติปัญญาและการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของเด็กให้ได้สูงสุด นอกจากนี้ ในปัจจุบันมองว่าการศึกษาเป็นสิทธิของเด็กทุกคนพึงจะได้รับ จึงเกิดปรัชญาและแนวทางการศึกษาในแนวทางใหม่ เรียกว่า การเรียนรวม (Inclusive education) มีหลักการที่ว่า เด็กเป็นผู้เลือกโรงเรียน ไม่ใช่โรงเรียนเลือกรับเด็กเหมือนอย่างการเรียนร่วม และเด็กทุกคนมีสิทธิ์ที่จะเรียนรวมกัน โดยทางโรงเรียนและครูจะต้องเป็นผู้ปรับสภาพแวดล้อม หลักสูตร การประเมินผล วัตถุประสงค์ ฯลฯ เพื่อให้ครูและโรงเรียนสามารถจัดการเรียนการสอนเพื่อสนองความต้องการของนักเรียนทุกคนเป็นเฉพาะบุคคลได้ (เกยูร วงศ์ก้อม. 2548: 74-75; อ้างอิงจาก เบญจมา ชลธารินทร์. 2545: 1-2) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษากับเด็กพิการที่เรียนในโรงเรียนพิเศษเฉพาะความพิการและโรงเรียนร่วม จึงได้อธิบายการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการ เฉพาะการศึกษาพิเศษและการเรียนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 การศึกษาพิเศษ (Special education)

การจัดการศึกษาพิเศษโดยทั่วไป ตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อหรือหลักปรัชญา (วารี ธีระจิตร. 2545: 10-11) ดังนี้

1) ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับบริการทางการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นคนพิการหรือคนปกติ เมื่อรัฐดำเนินการจัดการศึกษาให้แก่เด็กปกติแล้ว ก็ควรจัดการศึกษาให้แก่เด็กพิเศษด้วย หากเด็กพิเศษไม่สามารถเรียนในโปรแกรมการศึกษาที่รัฐจัดให้เด็กปกติได้ ก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่ควรจัดการศึกษาให้สามารถสนองต่อความต้องการของเด็กพิเศษ

2) เด็กพิเศษควรได้รับการจัดการศึกษาควบคู่ไปกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทุกด้านโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเตรียมเด็กให้มีความพร้อมที่จะเรียนต่อไป และมีพัฒนาการพร้อมในทุกๆ ด้าน

3) การจัดการศึกษาพิเศษควรคำนึงถึงการอยู่ร่วมสังคมกับคนปกติอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนการสอนในกลุ่มเด็กเหล่านี้จึงควรได้เรียนร่วมกับเด็กปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เว้นแต่ว่าเด็กพิเศษนั้นมีสภาพความพิการในขั้นรุนแรง จนไม่อาจเรียนร่วมได้

4) การจัดการศึกษาพิเศษต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพความเสียเปรียบของเด็กพิเศษแต่ละประเภท โดยใช้แนวทางการศึกษาของเด็กปกติ

5) การศึกษาพิเศษและการฟื้นฟูบำบัดทุกด้าน ควรจัดให้เป็นโปรแกรมให้กับเด็กเป็นรายบุคคล ในการจัดกิจกรรมบางอย่าง อาจมีการจัดให้เป็นกลุ่มเล็กสำหรับเด็กที่มีความพิการหรือมีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน และอยู่ในระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกันด้วย

6) การจัดโปรแกรมการสอนเด็กพิเศษ ควรเน้นที่ความสามารถของเด็กและให้เด็กได้มีโอกาสที่ประสบความสำเร็จมากกว่าที่จะคำนึงถึงความพิการหรือความบกพร่องนั้นๆ เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจว่าแม้ตนจะมีความบกพร่อง แต่ก็ยังมีความสามารถบางอย่างเท่ากับหรือดีกว่าคนปกติ ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

7) การศึกษาพิเศษควรมุ่งให้เด็กเกิดความเข้าใจ สามารถยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่น และสามารถช่วยตนเองได้ ตลอดจนมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและสังคม

8) การศึกษาพิเศษควรมีการจัดทำอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่เกิดเรื่อยไป ขาดตอนไม่ได้ และควรเน้นเรื่องอาชีพด้วย

แนวคิดการศึกษาพิเศษ จึงมุ่งเน้นที่เด็กพิเศษที่จะได้รับการศึกษาควบคู่ไปกับการฟื้นฟูบำบัด จัดการศึกษาเป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องหรือความต้องการใกล้เคียงกัน เพื่อให้เด็กเกิดความรู้ความเข้าใจ มีความเชื่อมั่น ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตนเองให้สามารถอยู่ในสังคมต่อไปได้

3.3.2 การเรียนร่วม (Mainstreaming or integrated education)

การจัดการศึกษาพิเศษในประเทศไทย ปัจจุบันยังให้บริการโรงเรียนการศึกษาพิเศษแก่เด็กพิเศษอย่างไม่ทั่วถึง เนื่องจากรัฐไม่มีงบประมาณเพียงพอที่จะจัดตั้งโรงเรียนพิเศษในทุกจังหวัด เพราะค่าใช้จ่ายสูงมากกว่าเด็กทั่วไป จึงเป็นสิ่งที่เกินกำลังที่รัฐจะสามารถทำได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น เพื่อไม่ให้เด็กพิเศษที่สามารถเรียนได้เสียโอกาสในการได้รับการศึกษา รัฐจึงเน้นการจัดการศึกษาพิเศษในรูปแบบของการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติ เรียกว่า การศึกษาแบบเรียนร่วม (Mainstreaming) การกระทำเช่นนี้จะทำให้เด็กพิเศษมีโอกาสได้รับการศึกษามากขึ้น โดยการเรียนร่วมเป็นการรวมเด็กพิเศษไว้กับเด็กปกติ ทั้งในด้านเวลา ด้านการเรียนการสอน และด้านสังคม ภายใต้พื้นฐานการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งการปรับตัวทางสังคม เพื่อให้เด็กมีประสบการณ์ตรงและพัฒนาตนเองให้ได้มากที่สุด (วาริ ธีระจิตร. 2545: 15-16)

การเรียนร่วมเป็นการจัดให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้าไปในระบบการศึกษาปกติ เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนและทำกิจกรรมร่วมกับเด็กปกติ โดยมีครูปกติและครูการศึกษาพิเศษร่วมมือและมีความรับผิดชอบร่วมกัน (Collaboration) โดยสามารถจัดรูปแบบการศึกษาได้ 6 รูปแบบ (เกยูร วงศ์ก้อม. 2548: 3-4; อ้างอิงจากเบญญา ชลธารันนท์. 2545: 8-9) ดังนี้

1) ชั้นเรียนปกติเต็มวัน เด็กจะเรียนในชั้นเรียนเต็มเวลา และอยู่ในความรับผิดชอบของครูประจำชั้น โดยไม่ได้รับบริการทางการศึกษาพิเศษ

2) ชั้นเรียนปกติเต็มวันและบริการปรึกษาหารือ เด็กจะเรียนในชั้นเรียนปกติเต็มเวลาและอยู่ในความรับผิดชอบของครูประจำชั้น ครูประจำชั้นหรือครูปกติจะได้รับคำแนะนำหรือการบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เรื่องการศึกษาปกติและการศึกษาพิเศษ เช่น นักจิตวิทยา นักการศึกษาพิเศษ เป็นต้น

3) ชั้นเรียนปกติเต็มวันและบริการครูเดินสอน เด็กจะเรียนในชั้นเรียนปกติเต็มเวลาและอยู่ในความรับผิดชอบของครูประจำชั้น แต่จะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครูเดินสอนตามตารางที่กำหนดหรือเมื่อมีความจำเป็น ซึ่งครูเดินสอนจะเดินทางไปให้บริการตามโรงเรียนต่างๆ ทั้งในและนอกห้องเรียน รวมถึงการให้บริการช่วยเหลือแก่ครูปกติทั้งด้านการสอน และ/หรือการปรับพฤติกรรม

4) ชั้นเรียนปกติเต็มวันและบริการสอนเสริม เด็กจะเรียนในชั้นเรียนปกติเต็มวันและอยู่ในความรับผิดชอบของครูประจำชั้น แต่ได้รับการสอนเสริมจากครูการศึกษาพิเศษที่ประจำอยู่ห้องสอนเสริมทั้งบางเวลาและบางวิชา หรือทักษะที่เด็กมีความต้องการจำเป็นพิเศษ

5) ชั้นเรียนพิเศษและชั้นเรียนปกติ เด็กจะเรียนชั้นเรียนพิเศษ คือ กลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาไทย คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ศาสนาและวัฒนธรรม ภาษาต่างประเทศ และเข้าเรียนร่วมในชั้นเรียนปกติในกลุ่มสาระการเรียนรู้การงานอาชีพและเทคโนโลยี สุขศึกษาและพลศึกษา และศิลปะ

6) ชั้นเรียนพิเศษในโรงเรียนปกติ เด็กจะเรียนในชั้นเรียนพิเศษเต็มเวลาและเรียนกับครูประจำชั้นทุกวิชา จะเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กปกติ เช่น กิจกรรมเข้าแถวเคารพธงชาติ การรับประทานอาหาร การไปทัศนศึกษา กีฬาในช่วงเทศกาลต่างๆ เป็นต้น

แนวคิดการจัดการศึกษาแบบเรียนร่วม เป็นการจัดการศึกษาที่ให้เด็กพิเศษได้มีโอกาสเข้าไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ และมีการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กปกติ โดยความร่วมมือระหว่างครูปกติและครูการศึกษาพิเศษ เพื่อให้เด็กพิเศษสามารถปรับตัวกับเด็กปกติ และมีพัฒนาการที่เหมาะสมต่อไป

3.4 การจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว

เป้าหมายทางการศึกษาสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว ไม่แตกต่างไปจากเด็กปกติ แต่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงวิธีการและอุปกรณ์ รวมทั้งเครื่องมือต่างๆ ให้สอดคล้องตามความต้องการและสภาพร่างกายของเด็กเหล่านี้ และควรเน้นที่ความสามารถ และจุดเด่นของเด็ก ไม่ควรเน้นที่ความพิการหรือความบกพร่องของเด็ก อาจเป็นการย่ำให้เด็กมีปัญหามากยิ่งขึ้น โดยในการจัดการเรียนการสอนของเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพความพิการทางร่างกายของเด็ก เด็กพิการทางการเคลื่อนไหวแต่ละคนจะมีสภาพความบกพร่องหรือความพิการไม่เหมือนกัน บางคนขาขาดข้างเดียว บางคนแขนเป็นอัมพาตทั้งสองข้าง หลายคนต้องนั่งรถเข็น ถ้าสามารถจัดเด็กที่มีความคล้ายคลึงกันไว้เป็นกลุ่มได้ ก็สามารถจัดในชั้นเรียนพิเศษได้ และดำเนินการสอนไปพร้อมกันเป็นชั้นไปเลย แต่ส่วนมากจะมีปัญหาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างบุคคล การเรียนการสอนจึงเน้นเป็นรายบุคคล ซึ่งครูผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องตามความต้องการ ปัญหา และระดับสติปัญญาของเด็กได้ (ผดุง อารยะวิญญู, 2523: 77-81)

การจัดหลักสูตรแก่เด็กพิการทางการเคลื่อนไหวที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ผดุง อารยะวิญญู. 2542: 95-96) โดยหลักสูตรสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวควรมีลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากเด็กปกติมากนัก เพราะเด็กประเภทนี้ส่วนมากต้องการได้รับการรับรองว่ามีความสามารถด้านการเรียนเทียบเท่ากับเด็กปกติ จุดเน้นของหลักสูตรในระดับนี้อยู่ที่หมวดสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตและการเตรียมความพร้อมด้านอาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้เมื่อจบจากโรงเรียนไปแล้ว ทักษะที่นักเรียนจำเป็นต้องมี ได้แก่ การใช้บริการสาธารณะ การดูแลรักษาบ้านเรือนของตนเอง การดูแลรักษาสุขภาพของตน การดูแลรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือในการบำบัด การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และการหางานทำ เป็นต้น โดยการจัดการเรียนการสอนแก่เด็กพิการทางการเคลื่อนไหวยังต้องใช้แผนการศึกษาเฉพาะบุคคล มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ได้มีโอกาสเรียนร่วมในชั้นปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้มีความรู้และทักษะในด้านวิชาการ สังคมและวิชาชีพ ได้แก่ การสื่อความหมาย การคำนวณ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งได้ฝึกทักษะชดเชยกับทักษะที่สูญเสียไป และเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนสามารถจัดได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) ให้เด็กเรียนร่วมเต็มเวลากับเด็กปกติ แต่ได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือเพิ่มเติมจากครูการศึกษาพิเศษ 2) ให้เรียนในห้องพิเศษสำหรับเด็กประเภทนี้โดยเฉพาะ และห้องพิเศษนี้อยู่ในโรงเรียนปกติ และ 3) ให้เรียนในห้องพิเศษ ในศูนย์การศึกษาพิเศษหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษที่มีเด็กพิการหลายประเภท เนื่องจากเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายต้องการความช่วยเหลือมากในด้านการเคลื่อนไหว จึงควรจัดให้มีผู้ช่วยครูการศึกษาพิเศษ ห้องละ 1 คน และการให้บริการทางการศึกษาแก่เด็กพิการทางการเคลื่อนไหว ควรคำนึงถึงข้อจำกัดทางการแพทย์ของเด็กเสมอ ครูผู้สอนจึงควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในด้านนี้ด้วย

จากแนวคิดดังกล่าว จึงควรจัดการเรียนการสอนแก่เด็กพิการทางการเคลื่อนไหวให้สามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง นั่นคือ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะต้องให้ความรู้และทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เด็กประเภทนี้เกิดความพร้อมให้มากที่สุด โดยมีทั้งที่ให้เด็กเรียนในโรงเรียนพิเศษ และเด็กพิเศษที่เรียนร่วมกับเด็กปกติด้วย

4. พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนจะทำความเข้าใจถึงความหมายของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้นั้น ควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดอนามัยการเจริญพันธุ์และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) และมีการเชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวสู่การปฏิบัติตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

4.1 แนวคิดอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อให้มีสุขอนามัยทางเพศที่เหมาะสม โดยวัยรุ่นถือเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงทางเพศ ดังนั้นเพื่อให้มีสุขอนามัยทางเพศที่สมบูรณ์ วัยรุ่นจึงควรปฏิบัติตนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้ 1) สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยเฉพาะเรื่องการเปลี่ยนแปลงในเรื่องเพศ 2) ดูแลรักษาสุขภาพทางกายให้สะอาดถูกสุขอนามัยอยู่เสมอ และให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ 3) ไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศมากเกินไป ยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมชาติ เพียงแต่ต้องมีการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพให้ถูกต้อง 4) แสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสมกับเพศ และวัยของตน ไม่ใช่ตัวเองเป็นเครื่องทดลองทางเพศ และ 5) ฝึกกำกับอารมณ์และความรู้สึกถึงความต้องการทางเพศ พร้อมทั้งสามารถจัดการกับอารมณ์ทางเพศได้อย่างเหมาะสมกับเพศ และวัยของตน จึงกล่าวได้ว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงทางเพศนั้น ต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องทั้งทางร่างกาย คือ การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รักษาความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ ควบคู่ไปกับการรักษาสุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ การแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมกับเพศและวัย และสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมอันดีของสังคมไทย (สุธีราวัลย์ ศรีวงศ์. 2553: 10; อ่างอิงจาก เรณูมาศ มาอ่อน. 2550: 49-50) ดังนั้น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเกิดสุขอนามัยทางเพศที่เหมาะสมข้างต้น สอดคล้องกับวรรณกรรมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในข้อ 3 “สุขภาพทางเพศ” หมายถึง สุขภาพที่หมายรวมไปถึงการมีเจตคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ และมีความเคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคล เพื่อเป็นพื้นฐานต่อการมีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัยและมีความพึงพอใจปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2552: 6) และวัยรุ่นที่มีภาวะพิการจะไม่สามารถมีสุขอนามัยทางเพศที่สมบูรณ์ได้ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของร่างกายที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงไทยอีสานที่พิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ปัญหาสุขอนามัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่เป็นเรื่องมีอาการตกขาว ปวดมดลูกอักเสบ การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลง และปัญหาที่ผู้หญิงกลุ่มนี้ให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ การเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก การถูกกระทำความรุนแรง และปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผู้หญิงกลุ่มนี้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและความตระหนักถึงความสำคัญที่มีต่อการดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ (ปราณี ป้องเรือ. 2550) ดังนั้น กลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่จำเป็นในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับวัยรุ่น นักเรียนหญิงจำเป็นต้องปรับตัวและดูแลรักษาอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งในด้านการดูแลร่างกายทางเพศของตน การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมและปลอดภัย รวมถึงการป้องกันจากถูกกระทำรุนแรง นักเรียนหญิงกลุ่มนี้จึง

ต้องได้รับการฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทั้งยังสามารถป้องกันตนเองและสามารถรับมือจากภัยคุกคามทางเพศได้เป็นอย่างดี

จากแนวคิดอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่สำคัญว่ามี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพปฏิบัติทางเพศ ด้านการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และด้านการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดเพศ

4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีผู้อธิบายความหมายของการดูแลตนเอง (Self-care) เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO. 1983) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนรับภาระหน้าที่ด้วยความตั้งใจที่จะสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ จำกัดอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ โดยกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้รับมาจากความรู้และทักษะจากทั้งผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาชีพและประสบการณ์ของตนเอง ต่อมาในการประชุมบทบาทของเภสัชกรในการดูแลตนเอง ก็ได้ให้นิยาม การดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลกระทำเพื่อตัวเองที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะเจ็บป่วย โดยมีทั้งแนวคิดกว้างๆ อย่างสุขลักษณะ โภชนาการ วิถีชีวิต ปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจ และการให้ยาตนเอง (WHO. 1998) นอกจากนี้ โอเรียม (Orem. 1991: 117) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะธำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง และอังคินันท์ อินทรกำแหง และคณะ (2553: 85) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ จะเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองจะเป็นการช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดในอนาคต และเป็นแนวทางการปฏิบัติในระยะยาว (Greaves; & Campbell. 2007) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชี้แนะว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองถือเป็นประสิทธิผลสำหรับเงื่อนไขในระยะยาว (Norris; Engelgau; & Narayan. 2001)

จากพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม ในที่นี้เน้นตัวบุคคลสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคภัยต่างๆ เป็นต้น โดยเป็นกิจกรรมที่ได้รับความรู้และทักษะต่างๆ มาจากผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์ของตนเอง

4.3 พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

จากที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคภัยต่างๆ ซึ่งประเด็นที่จำเป็นต่อการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยได้อาศัยแนวคิดความรุนแรงของสตรีพิการของเพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ (2549) สตรีผู้พิการและการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ของอมรา สุนทรธาดา และอักษรภาค หลักทอง (2555) รวมทั้งแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศที่ดี (WHO. 2006) ซึ่งทำให้ได้องค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยกิจกรรมจะต้องกระทำด้วยตนเอง ในการดูแลสุขปฏิบัติทางเพศ ได้แก่ การล้างอวัยวะสืบพันธุ์และซับให้แห้งหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง การไม่สวนล้างช่องคลอด และการไม่ใส่ผ้าอนามัยทุกวันหรือตลอดเวลา เป็นต้น สำหรับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว การมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างเต็มที่ และไม่ได้รับความรู้ในเรื่องสุขปฏิบัติทางเพศเหมือนนักเรียนหญิงปกติทั่วไป ดังนั้นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องกระทำกิจกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ให้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.3.2 ด้านการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันโรคภัยหรือปัญหาที่จะเกิดขึ้น และควรส่งเสริมให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว แต่การเข้าถึงข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในคนพิการเป็นเรื่องที่ซับซ้อน โดยเฉพาะการยอมรับจากพ่อแม่หรือบุคคลใกล้ชิด เพราะมีทัศนคติว่าไม่ใช่เรื่องที่จะพูดคุยกันได้อย่างตรงไปตรงมาหรือมีความจำเป็น แม้แต่การคิดวิธีการเพื่อการเรียนการสอนนับว่าเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน อิทธิพลของครอบครัวมีส่วนสำคัญในการปิดกั้นการเรียนรู้ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลักทอง. 2555) จึงต้องมีวิธีการป้องกัน ได้แก่ มีทักษะการปฏิเสธ มีการปฏิเสธการชวนกระทำในสิ่งที่ตนเองไม่ต้องการทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการชวนกระทำในสิ่งที่เสี่ยงต่อความปลอดภัย หรือการติดโรค เมื่อถูกเข้าขู่ สบประมาท ควรหาทางออกด้วยการปฏิเสธซ้ำ การผัดผ่อน และการต่อรอง อาจมีวิธีเดียวหรือหลายวิธีก็ได้ (ทิพย์สิริ กาญจนวาสี. 2557: 251-252) ส่วนในประเด็นของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีหลักปฏิบัติ ดังนี้ 1) วิธีที่ดีที่สุด คือ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ 2) การสอนเพศศึกษา เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเรื่องเพศแก่วัยรุ่น 3) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เสี่ยงอันจะมีโอกาสนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ 4) การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปลอดภัยจาก

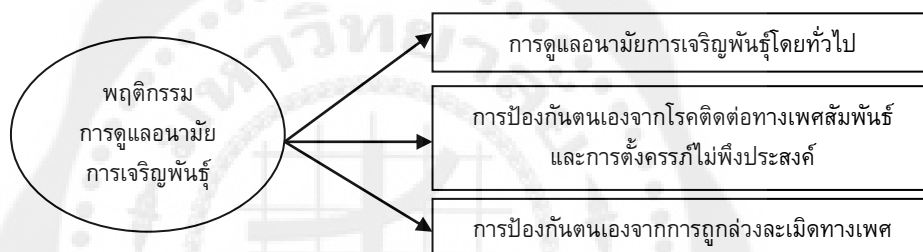
โรคติดต่อสัมพันธ์และหมกมุ่นทางเพศ 5) ควรมีการป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยรุ่นอายุ 17 ปีหรือน้อยกว่า วัยรุ่นที่ตกเป็นเหยื่อของการมีเพศสัมพันธ์หรือถูกข่มขืน วัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว วัยรุ่นที่มีสติปัญญาบกพร่อง และวัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และ 6) การมีหน่วยงานที่ช่วยเหลือ ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจ รวมทั้งการให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจอย่างเป็นรูปธรรม เช่น มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการสนับสนุนวัยรุ่นที่มีกิจกรรมทำยามว่าง เป็นต้น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. 2556: 74-75; อ้างอิงจาก สุวชัย อินทรประเสริฐ. 2553) นอกจากนี้ยังมีวิธีการคุมกำเนิดที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด แผ่นยาคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ถุงยางอนามัยชาย ถุงยางอนามัยหญิง หมวกยางครอบปากมดลูก (ต้องใช้ร่วมกับยาฆ่าสุมิ) การทำหมันหญิง การทำหมันชาย และยาเม็ดรับประทานสำหรับการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน เป็นต้น (นาถฤดี เต็นดวง. 2551: 79-82) ดังนั้นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การต่อรงกับคู่นอนให้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยและการกินยาเม็ดคุมกำเนิดได้ถูกวิธี เป็นต้น

4.3.3 ด้านการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญและมีความจำเป็นสำหรับเด็กพิการ เพราะเด็กพิการจะช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างยาก ซึ่งการล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็ก หมายถึง การที่ผู้ใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทุกรูปแบบต่อเด็ก เช่น การสัมผัส ลูบคลำ การกระตุ้นอวัยวะเพศด้วยรูปแบบต่างๆ การร่วมเพศ เป็นต้น การกระทำเช่นนั้นถือเป็นการข่มขืนและผิดกฎหมาย เนื่องจากเด็กยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะรับรู้และตัดสินใจยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ได้ สิ่งหนึ่งที่เป็นข้อตำหนิที่สุดในการล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็ก ได้แก่ การที่ผู้ใหญ่ฉวยโอกาสใช้ประโยชน์จากความเชื่อ ความไร้เดียงสา และความไว้วางใจของเด็ก เพื่อความบันเทิงทางเพศของตนเอง โดยการล่วงละเมิดทางเพศที่ผู้ใหญ่กระทำกับเด็กนั้นมีทั้งการข่มขืนให้กลัว ไม่กล้าต่อต้าน และแบบไม่ใช้กำลังข่มขืน แต่ใช้การหลอกล่อหรือการให้รางวัลแก่เด็กเพื่อให้เด็กทำตามความต้องการ ซึ่งการล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็ก แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การล่วงละเมิดทางเพศที่เกิดจากคนแปลกหน้า และการล่วงละเมิดทางเพศที่เกิดขึ้นในเครือญาติ ได้แก่ พ่อเลี้ยง พ่อ ปู่ ตา ลุง อา น้า พี่และน้อง ในกรณีเช่นนี้เด็กจะไม่ถูกล่วงละเมิดเพียงครั้งเดียว แต่ถูกล่วงละเมิดเป็นระยะเวลานาน และบางครั้งมีการทารุณหรือข่มขืนเด็กด้วย การล่วงละเมิดเด็กเกิดขึ้นมากในสังคม แต่ปรากฏเป็นข่าวเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่วนใหญ่เด็กที่ถูกกระทำจากบุคคลในครอบครัวจะไม่ค่อยถูกเปิดเผย ส่วนที่ตกเป็นข่าวที่เปิดเผยให้สังคมได้รับรู้ส่วนใหญ่มักจะเป็นกรณีที่รุนแรง จำเป็นต้องเข้าพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาทันที (นิกร ดุสิตสิน; วีระ นิยมวัน; และไพลิน ศรีสุขโข. 2545: 101) และการป้องกันภัยทางเพศ เป็นวิธีการป้องกันภัยก่อนที่จะมีภัยมาถึงตัวได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจวิธีการป้องกันภัยทางเพศเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยทางเพศที่ผู้หญิงควรต้องทำความเข้าใจเพื่อเตรียมพร้อมทั้งวิธีเผชิญภัยทางเพศ ดังนี้ 1) เวลาอยู่บ้านไม่ว่าจะอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่หลายคน ควรใส่กลอนประตูรั้วบ้านและห้องรับแขก และถ้าอยู่ในรถควรล็อก

ประตุรฤให้เรียบร้อยเป็นนิสัย 2) ไม่ควรเดินทางไปไหนไกลๆ แต่ลำพังคนเดียว ควรมีเพื่อนไปด้วยทุกครั้ง และควรหลีกเลี่ยงการเดินทางผ่านบุคคลที่อาจเป็นอันตราย เช่น คนอันธพาล 3) ถ้าหากต้องเดินทางคนเดียวในที่เปลี่ยวยามค่ำคืน ให้เดินทางห่างจากอาคารหรือสิ่งก่อสร้างต่างๆ รวมทั้งต้นไม้ใหญ่หรือพุ่มไม้ด้วย และโปรดจำไว้ว่า พวกที่คิดจะคุกคามทางเพศทั้งหลาย มักชอบเข้าจับเหยื่อทางด้านหลัง เพราะง่ายเนื่องจากเหยื่อหมดทางสู้ 4) ถ้าจำเป็นต้องเดินผ่านคนแปลกหน้าที่มีท่าทางพิรุณ ให้เดินทางออกห่างๆ ทันทที หากมีรถยนต์จอดอยู่ ควรเดินคนละด้านของรถยนต์นั้น โดยใช้ตัวรถเป็นฉากบัง และเวลาเดินไม่ควรเอามือล้วงกระเป๋า แต่ควรปล่อยมือให้อิสระในลักษณะเตรียมพร้อม 5) หัดเป็นคนช่างสังเกต ควรสังเกตได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ โดยฝึกหัดสังเกตเล็กน้อย ทั้งภายในบ้านและที่สาธารณะให้ติดเป็นนิสัย รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ลักษณะและพฤติกรรมของคนแปลกหน้าว่ามาดีหรือมาร้าย 6) ควรทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติตนในเรื่องกิจวัตรประจำวันให้แตกต่างออกไป เพราะการทำอะไรซ้ำซากจำเจอยู่เสมอ บางครั้งอาจทำให้เป็นสิ่งที่น่าสังเกตของกลุ่มมิจฉาชีพได้ เช่น เส้นทางและเวลาในการเดินทางไปและกลับ การแต่งกาย หรือการสวมใส่เครื่องประดับ เป็นต้น และ 7) ควรรู้จักใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือป้องกันภัยต่างๆ ทั้งแบบใช้สำหรับส่วนบุคคลหรือใช้ในที่สาธารณะให้ถูกวิธีและคล่องแคล่วว่องไว ถ้าเป็นไปได้ควรนำเครื่องส่งสัญญาณส่วนบุคคล เช่น นกหวีด หรือเครื่องเตือนภัย หรือเครื่องมือป้องกันภัยใส่กระเป๋าถือไว้เพื่อป้องกันตัวเองเมื่อถึงคราวฉุกเฉิน ดังนั้นการป้องกันภัยทางเพศจึงเป็นสิ่งที่เพศหญิงควรรู้และเข้าใจเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยทางเพศก่อนที่จะเปิดโอกาสให้มีการล่วงเกินทางเพศ (สุมาลี สวยสะอาด. 2555: 316-317) โดยเฉพาะนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความบกพร่องทางร่างกายจึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ และการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการล่วงละเมิดทางเพศ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ขาดการให้ความรู้หรือข้อมูลที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ สามารถแยกแยะได้ว่าการปฏิบัติจากผู้อื่นต่อตนเอง เช่น การสัมผัส การใช้คำพูด มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ซึ่งกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการกระทำของบุคคลอื่น เช่น การถูกข่มขืน เป็นต้น (อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลักทอง. 2555) ซึ่งถือเป็นภัยอันตรายสำหรับกลุ่มนี้ จึงเห็นสมควรที่จะมีการป้องกันตนเอง ดังนั้น นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น ความสามารถที่จะระบุพฤติกรรมที่เข้าข่ายการล่วงละเมิดทางเพศ สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การรับมือกับสถานการณ์เมื่อถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

จากพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจและมุ่งเน้นเกี่ยวกับการดูแลสุขปฏิบัติทางเพศ รวมทั้งการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยสามารถสรุปได้เป็น 3 ด้านที่สำคัญ ดังนี้ 1) การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป 2) การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ 3) การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

จากแนวคิดอนามัยการเจริญพันธุ์และทฤษฎีการดูแลตนเองข้างต้น จึงสามารถสรุปคำจำกัดความของคำว่า “พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์” ได้ดังนี้ การปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า อนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นสตรีพิการทางการเคลื่อนไหว มีองค์ประกอบหลักได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงวัดได้จากตัวแปรสังเกต 3 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

4.4 การวัดพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น รตินันท์ เกียรติมาลา (2545) ได้สร้างพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ แบบวัดมีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติ” และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาเท่ากับ .73

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังนี้

1) การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป หมายถึง การทำความสะอาดและดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยวิธีที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ เช่น การล้างอวัยวะสืบพันธุ์และซับให้แห้งหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง การไม่ใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้นบ่อยเกินไป การไม่สมชุดชั้นในที่อับชื้น ต้องซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก เป็นต้น โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการทำความสะอาด

สะอาดและดูแล้วยวะสืบพันธุ์ มีลักษณะเป็นมีลักษณะเป็นมาตรฐานประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไปสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2) การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การต่อรองกับคู่นอนให้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยและการกินยาเม็ดคุมกำเนิดได้ถูกวิธี การลดความเสี่ยงโดยการล้างอวัยวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีลักษณะเป็นมีลักษณะเป็นมาตรฐานประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3) การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น ความสามารถที่จะระบุพฤติกรรมที่เข้าข่ายการล่วงละเมิดทางเพศ สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การรับมือกับสถานการณ์เมื่อถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีลักษณะเป็นมีลักษณะเป็นมาตรฐานประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5. แนวคิด ทฤษฎี ที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

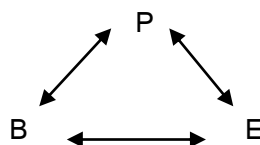
ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นสตรีที่พิการทางการเคลื่อนไหวนั้น พบว่า มีปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยอาจเป็นทั้งปัจจัยด้านจิตลักษณะของบุคคล หรือปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการทำนายหรือค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม (Bloom's taxonomy) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของเบกเกอร์ และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงความสัมพันธ์แบบมีทิศทางระหว่างปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้นำทฤษฎีทั้งสามข้างต้นมาประยุกต์ใช้ สำหรับแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม (Bloom's taxonomy) เช่น รตินันท์ เกียรติมาลา (2545) พบว่า

ความรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่นเดียวกับณัฐภาพ ระยะเวลา (2554) พบว่า ความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศ รวมทั้งชฎาภรณ์ วัฒนวิไล และคณะ (2550) พบว่า ความรู้ทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องทางเพศสัมพันธ์ได้ สำหรับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เช่น สุพัตรา พรหมเรนทร์ (2550) ศติกาญจน์ เชียงทอง (2543) และกมลแพง พันทะวง (2553) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศ สำหรับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification) ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) เช่น อัมพร ศรีสำรวล (2541) และกัลดทอง (Klatthong. 2006) ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Strecher; et al. 1986: 73) รวมทั้งการกำกับตนเอง (Self-regulation) นั้นมีบทบาทที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน (Mann; de Ridder; & Fujita. 2013)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

5.1 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) เป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลเป็นอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา โดยเขาเชื่อว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ต้องอาศัยปัจจัยภายในตัวบุคคล และจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีทางปัญญาสังคม เชื่อว่า พฤติกรรม (B = Behavior) ของบุคคลนั้นไม่ได้เกิดขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (E = Environment) แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น หากแต่เปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขปัจจัยภายในตัวบุคคล (P = Person) รวมด้วย นั่นคือ ปัจจัยทั้งสามรวมกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแบ่งแยกจากกันได้ และปัจจัยทั้งสามนี้ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากแต่ต้องอาศัยระยะเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยภายในบุคคล กับปัจจัยด้านพฤติกรรม แสดงให้เห็นถึงความคิดความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ นั่นคือ สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ คาดหวัง รู้สึก จะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมเช่นใด และมีทิศทางเป็นอย่างไร ในขณะที่เดียวกัน การแสดงพฤติกรรมของบุคคลก็เป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดการคิดการตอบสนองของบุคคลเช่นกัน ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้ และระบบประสาท มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และการแสดงศักยภาพของบุคคลเช่นเดียวกัน ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม

ที่มา: Bandura (1986)

ทั้งนี้ ปัจจัยภายในบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยกำหนดทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ โดยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ และต้องสามารถกำกับพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง บุคคลจึงสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ นั่นคือ ต้องมี 1) การรับรู้ความสามารถของตน และ 2) การกำกับตนเอง เป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยคาดว่าตัวแปรทั้งสองนี้เป็นตัวแปรเชิงเหตุที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงได้ทบทวนเอกสาร ทฤษฎีหลัก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) มีแนวคิดหลัก ได้แก่ แนวคิดของการเรียนรู้จากการสังเกต (Observational learning) แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-regulation) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิดหลักมาใช้ คือ การรับรู้ความสามารถของตน มาเป็นตัวแปรแฝง ส่วนการกำกับตนเอง พิจารณานำเอามาใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แบนดูรา (Bandura. 1977b; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 51-52) ได้กล่าวว่ามนุษย์มีการเรียนรู้พฤติกรรมจากประสบการณ์ที่ตนเองได้รับทั้งโดยตรง (Direct experience) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและโดยอ้อม (Indirect experience) เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นๆ หรือเรียกว่าการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Learning through modeling) ถือเป็นการเรียนรู้โดยอาศัยการเรียนรู้จากการสังเกต (Observational learning process) มีองค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้

1. กระบวนการสร้างความใส่ใจ (Attention process) เป็นกระบวนการในการเลือกรับรู้ลักษณะของการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบ โดยผู้สังเกตต้องให้ความใส่ใจและรับรู้ลักษณะที่มีความสำคัญให้ถูกต้อง แล้วนำสิ่งที่ได้จากการสังเกตมาสรุปรวบรวมเป็นขั้นตอน เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ การรับรู้นี้จะเกิดขึ้นมากน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการใส่ใจของผู้

สังเกต หรือจากโครงสร้างและลักษณะของตัวแบบ ได้แก่ ความซับซ้อน ความน่าสนใจของตัวแบบ รวมถึงองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแบบกับผู้สังเกตด้วย

2. กระบวนการจดจำ (Retention process) เป็นกระบวนการในการจำ เป็นการรวบรวมลักษณะพฤติกรรมที่ได้มาจากการสังเกตในขั้นตอนก่อนหน้า ไว้ในระบบความจำที่เก็บไว้ในรูปของสัญลักษณ์ ได้แก่ จินตภาพ และภาษา เมื่อบุคคลได้เห็นพฤติกรรมของตัวแบบที่ตนเองสนใจ การรับรู้เกิดขึ้นและเมื่อพฤติกรรมนั้นสิ้นสุดลง ภาพของพฤติกรรมดังกล่าวยังคงอยู่ในความจำ และถูกดัดแปลงให้เป็นสัญลักษณ์ทางภาษา ที่สามารถจดจำได้ง่ายกว่าและนานกว่า

3. กระบวนการกระทำ (Motor reproduction process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ในความจำให้ออกมาเป็นการกระทำ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมีความถูกต้องหรือมีความใกล้เคียงกับตัวแบบหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปริมาณของสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ได้มาจากการสังเกต และความสามารถที่มีในตัวบุคคลนั้นๆ ด้วย

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation process) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งจูงใจจากภายนอก ซึ่งสิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งจูงใจของตนเอง อาจเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินตนเอง นอกจากนี้ในแง่ของผู้สังเกตนั้น ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งจูงใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคมและมาตรฐานภายในของตนเอง

สรุปได้ว่า ทฤษฎีทางปัญญาสังคม เป็นการเรียนรู้ที่มีความเชื่อมโยงกำหนดซึ่งกันและกัน ทั้งปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยพฤติกรรม การเรียนรู้จะใช้กระบวนการในสังเกตตัวแบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางปัญญาสังคมในเรื่องการเรียนรู้ บุคคลจะมีความคิดความเชื่อต่างๆ (ปัจจัยภายใน) รวมทั้งสภาพแวดล้อมรอบตัว (ปัจจัยสิ่งแวดล้อม) จะเรียนรู้จากตัวแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีการใส่ใจเลือกเก็บจำตัวแบบที่ดี มีการกระทำ และมีสิ่งจูงใจให้ตัวแบบจึงทำให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป สิ่งต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลได้คิดได้เรียนรู้ จึงทำให้ไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้

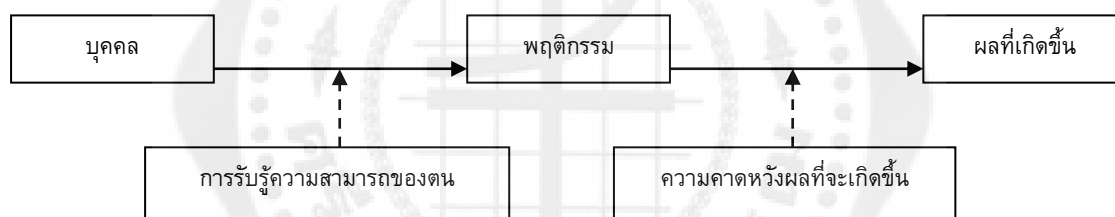
5.2 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลหามัยการเจริญพันธุ์

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน พัฒนามาจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ซึ่งเชื่อว่าปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะทำพฤติกรรมนั้น และมีการรับรู้ความสามารถของตน สามารถส่งผลหรือทำนายได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน มีหลักการว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวตัดสินว่าบุคคลจะสามารถกระทำ

พฤติกรรมใดๆ ได้หรือไม่ กล่าวคือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเป็นสิ่งที่ตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่

แบนดูราได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ และกระทำสิ่งนั้นเพื่อให้บรรลุถึงสถานการณ์ที่คาดหวัง ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนนี้จะมีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึกและแรงจูงใจที่บุคคลมีต่อตนเอง รวมไปถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อแรงจูงใจและการบรรลุเป้าหมายของบุคคล การที่บุคคลใดมีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูง แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ หรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้น (Bandura. 2000)

การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) มีความเกี่ยวข้องหรือแตกต่างกันอย่างไรกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) โดยแบนดูรา (Bandura. 1977a; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2553: 58) ได้เสนอให้เห็นความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977a) และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2553: 58)

ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองตัวแปรนี้ มีผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังภาพประกอบ 4

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

สูง

ต่ำ

การรับรู้ความสามารถ ของตน	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977a) และสมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ (2553: 58)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา ระบุว่า บุคคลจะสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนได้นั้น มาจากแหล่งที่มา 4 แหล่ง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ. 2553: 59-60; อ้างอิงจาก Evans. 1989) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จที่บุคคลได้รับจะทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนนั้น จำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

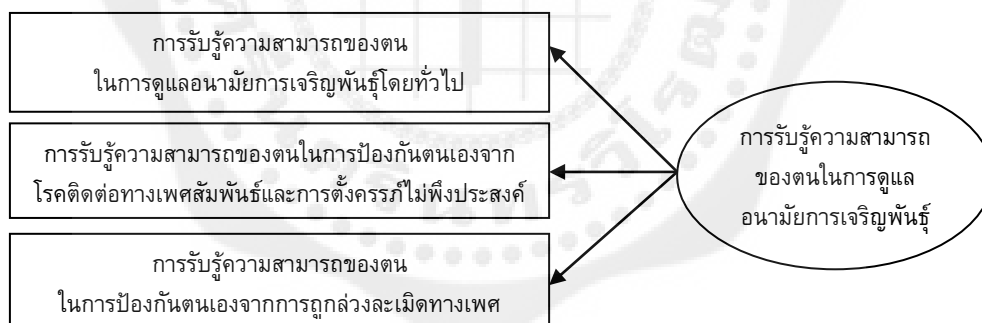
2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ สามารถทำให้ผู้ที่สังเกตมีความรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จ ถ้าหากเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกกล่าวว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป แต่แบนดูรา ได้กล่าวไว้ว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ได้ผลนักในการที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน โดยชี้ให้เห็นว่า การใช้วิธีการนี้ให้ได้ผล ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมี ประสบการณ์ของความสำเร็จโดยตรง วิธีดังกล่าวจะใช้ในการสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่าง ค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามขั้นตอน โดยใช้คำพูดชักจูงร่วมด้วย

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นทางอารมณ์ในเชิงลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและความกลัว อันนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้ บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การ

รับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก ถ้าหากบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ในเชิงลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถตนดีขึ้น ซึ่งจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถของตนเองดีขึ้นด้วย

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน มาจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมเชื่อว่าพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นตัวแปรแฝงที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง การที่นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย การดูแลอนามัยเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ วัดได้จากตัวแปรสังเกต 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 องค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตน เช่น แกสตาล ปินเฮโร และวาซเกซ (Gastal; Pinheiro; & Vazquez. 2007) ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน จำนวน 28 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่าแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีความเชื่อมั่นแบบแอลฟาเท่ากับ .82 และณัฐวุฒิ แก้วสุทธา (2558) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้

ความสามารถของตน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่าแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาเท่ากับ .78

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวทางตามการสร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน โดยแบนดูรา (Bandura. 2006) โดยประยุกต์จากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ของแกสตาล ปินเฮโร และวาสเกซ (Gastal; Pinheiro; & Vazquez. 2007) มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่า ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

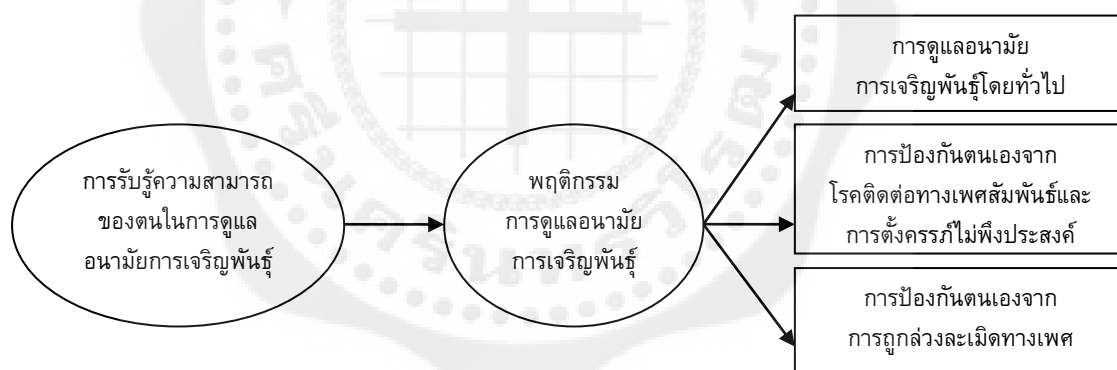
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า สำหรับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น วัฒนา ญาณพัฒน์ (2551), พรอินทร์ วัลยาจิม (2553), และอาทิตย์ยา โปณะทอง (2553) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า การรับรู้ความสามารถตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการสังเคราะห์งานวิจัยของกัตติกา ธนะขว้าง (2552) และการศึกษาของศิริหงษ์ ชัมเจริญ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และแสงทอง ชีระทองคำ (2555) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยูดดา สิงห์เมธา, สุภาพร ธนะชานันท์ และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2555) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายได้สูงสุด สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ร้อยละ 51

ในกลุ่มพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ ชีรนุช พิทักษ์วสิน (2548) และวรางคณา มาลัยวงศ์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับดรุณฐยา สมสีใส (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ (ปรีชา สร้อยสน. 2554; ศรีณย์ พิมพ์ทอง. 2554) ในขณะที่ วิดแมน และคณะ (Widman; et al. 2014) ศึกษาการสื่อสารสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นและการใช้ถุงยางอนามัยโดยการวิเคราะห์เมต้า พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีผลต่อ

การใช้ถุงยางอนามัย ($r = .14-.51$) สอดคล้องกับครอสบี้ และคณะ (Crosby; et al. 2013) ศึกษาตัวทำนายของการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการเจรจาต่อรองให้ใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ สามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยได้ ส่วน ซอย และชิน (Choi; & Shin. 2015) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อขั้นของการเปลี่ยนแปลงการใช้การคุมกำเนิด: การวิเคราะห์เส้นทาง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลทางตรงต่อขั้นของการเปลี่ยนแปลงการใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับโทมาสซุสกี และคณะ (Tomaszewski; et al. 2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการกินยาคุมกำเนิด พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อการกินยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่าเบต้า เท่ากับ .37) และร่วมกับตัวแปรอื่นๆ สามารถทำนายการกินยาคุมกำเนิดได้ร้อยละ 16

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น และเมื่อพิจารณางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบกัน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งสามารถเขียนสรุปเป็นภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังภาพประกอบที่ 6



ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

5.3 การกำกับตนเอง

แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ทั้งการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีดำเนินการเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าว มีที่มาจากทฤษฎีทางปัญญาสังคม เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางอย่างเพื่อกำกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง โดยอิงคินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้สรุปความหมายของการกำกับตนเอง

(Self-regulation) เป็นการกระทำในการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีการตั้งเป้าหมายและวางแผนตนเองให้มีสุขภาพที่ดีตามแผนที่วางไว้ อาจมีการกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีการกระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

กระบวนการกำกับตนเอง แบ่งได้เป็น 3 กระบวนการย่อย (อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2552; อ้างอิงจาก Schunk; & Zimmerman. 1994) ได้แก่ การสังเกตตนเอง (Self Observation) การตัดสินตนเอง (Self Judgment) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self Reaction) ดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-Observation) คือ ความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดๆ ที่มีความต้องการจะเปลี่ยนแปลง และเบนดูราเสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการตัดสินหรือประเมินพฤติกรรมตนเองนั้นควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะดังนี้ (อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2556: 27-28; อ้างอิงจาก Bandura. 1997; 1986; 1988)

1) ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือเท่าไร

2) ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น

3) ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทาง เช่น ควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะออกกำลังกาย 30 นาที” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ซอง”

4) ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะมีคามพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มขึ้น

5) ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพ้อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ต้องสามารถปฏิบัติได้

1.2 การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองจะกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองแสดงพฤติกรรมในลักษณะใด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลป้อนกลับ ก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำอย่างไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายนั้น

2. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้ การตัดสินตนเองขึ้นอยู่กับประเภทของมาตรฐาน องค์ประกอบของเป้าหมาย และความสำคัญในการบรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมใดๆ ที่สำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นกับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะนำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) เป็นกระบวนการในขั้นสุดท้ายของกลไกกำกับตนเอง ทำหน้าที่ 2 ประการ ดังนี้

3.1 เป็นการตอบสนองต่อผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสิน ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเอง นั่นคือการให้รางวัลตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางลบ นั่นคือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

3.2 เป็นตัวจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง

กระบวนการที่สำคัญของเทคนิคการกำกับตนเอง คือ บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ทั้งการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีดำเนินการ เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น การกำกับตนเองนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ที่มีทักษะในการกำกับตนเองได้ดีจะไม่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งเร้าภายนอกเลย เพียงแต่สิ่งเร้าภายนอกมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมน้อย กล่าวคือ บุคคลที่มีทักษะในการกำกับตนเองสูง สิ่งเร้าภายนอกจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นต่ำ ส่วนบุคคลที่มีทักษะในการกำกับตนเองต่ำ สิ่งเร้าภายนอกจะมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

ประทีป จินฉ่ำ (2540) ได้กล่าวไว้ว่า ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของการกำกับตนเอง คือ เป็นการเลือกที่จะกระทำพฤติกรรม 2 พฤติกรรมที่มีความขัดแย้งกัน และผลกรรมของพฤติกรรมทั้งสองมีความขัดแย้งกัน 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) ไม่ทำพฤติกรรมที่ได้รับผลกรรมที่พึงพอใจเพียงเล็กน้อยในทันทีเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับผลกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างมากในอนาคต 2) ไม่กระทำพฤติกรรมที่ได้รับผลกรรมที่พึงพอใจเพียงเล็กน้อยทันทีเพื่อจะได้รับผลกรรมที่พึงพอใจอย่างมากในอนาคต 3) กระทำพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับผลกรรมที่ไม่พึงพอใจเพียงเล็กน้อยทันทีเพื่อที่จะได้รับผลกรรมที่พึงพอใจในอนาคต และ 4) กระทำพฤติกรรมที่ทำให้ได้รับผลกรรมที่ไม่พึงพอใจเพียงเล็กน้อยทันทีเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับผลกรรมที่ไม่พึงพอใจอย่างมากในอนาคต

แนวคิดการกำกับตนเอง มีหลักการจากทฤษฎีปัญญาสังคม เชื่อว่าพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ หากบุคคลสามารถควบคุมและกำกับพฤติกรรมนั้น จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณานำการกำกับตนเอง เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคาดว่าจะการสร้างกิจกรรมพัฒนาการกำกับตนเองจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5.4 แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม

แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของเบนจามิน บลูม (Benjamin Bloom) กล่าวถึงการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการรู้คิด (Cognitive domain) ด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด (Affective domain) และด้านทักษะกลไก (Psycho-motor domain) ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะด้านการรู้คิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Bloom; et al. 1956; อรพินทร์ ชูชม. 2545)

1. ด้านการรู้คิด (Cognitive domain) ประกอบด้วย ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถที่จดจำและระลึกได้ในสิ่งที่เคยเรียนรู้ หรือมีประสบการณ์มาแล้ว (หรือเรียกอีกอย่างว่าความจำ) แบ่งได้ 3 ประเภท ได้แก่ ความรู้เฉพาะ ในเนื้อเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ และ ความรู้รวบยอดและนามธรรม

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการเข้าใจเนื้อเรื่อง โดยสามารถแปลความหมาย ตีความ และขยายความเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ

1.3 การนำไปใช้ (Application) หมายถึง ความสามารถที่จะนำเอาความรู้หลักการ แนวคิด วิธีการ ทฤษฎี หรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ไปใช้สถานการณ์ใหม่และสร้างสรรค์

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถที่จะจำแนกแยกแยะเรื่องราว ข้อเท็จจริง หรือเหตุการณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้ว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง และส่วนย่อยๆ นี้มีความสัมพันธ์กันอย่างไร อะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล และมีหลักการอะไรที่ยึดให้ส่วนย่อยเหล่านี้เกี่ยวข้องกันเป็นส่วนรวม

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถที่จะรวบรวมผสมผสาน ส่วนย่อยๆ เข้าด้วยกันให้เป็นส่วนรวมที่มีแบบหรือโครงสร้างใหม่ที่ดีไปกว่าเดิม

1.6 การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆหรือเรื่องราวต่างๆ อย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นพฤติกรรมการรู้คิดที่สูงที่สุด

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าด้านการรู้คิดในมุมมองดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงสาเหตุ และนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

5.4.1 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

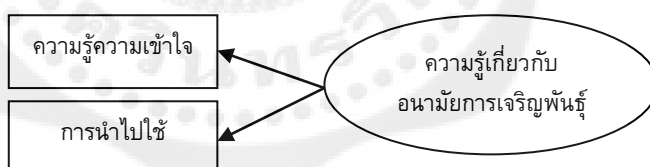
จากแนวคิดของบลูมข้างต้น จึงเห็นได้ว่าความรู้ จากด้านการรู้คิดนั้นประกอบด้วย 6 ระดับ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงสาเหตุ และนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เฉพาะส่วนที่เป็นระดับความรู้ ระดับความเข้าใจ และระดับการนำไปใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำและระลึกได้ในสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือมีประสบการณ์มาแล้วเกี่ยวกับเนื้อเรื่อง ข้อเท็จจริง ข้อสรุปต่างๆ และวิธีการป้องกันเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยสามารถอธิบายความหมาย สาเหตุ และหาความสัมพันธ์ของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ กับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาความรู้ หลักการ แนวคิด วิธีการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้รับไปปรับใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม ด้านการรู้คิดมาศึกษาเพียงสามระดับ เพื่อให้เข้าใจง่ายและมีความกระชับ ผู้วิจัยได้ผนวกระดับความรู้กับระดับความเข้าใจเข้าด้วยกัน จึงสามารถสร้างเป็นตัวแปรสังเกต 2 ตัวแปร คือ ความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ เนื่องจากทั้งสามระดับนี้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี วัยรุ่นในช่วงพัฒนาการนี้เป็นช่วงพัฒนาการที่มีสติปัญญากว้างขวางขึ้น มีการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีการคิดแก้ไขปัญหา มีการสื่อสารพูดคุยกับเพื่อนสนิทมิตรสหายค่อนข้างมาก มักชอบแสดงออกทางความคิดและชอบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองสนใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ทั้งยังมีความคิดริเริ่ม มีความอยากรู้อยากเห็น และสามารถเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้เร็ว ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

การที่นักเรียนจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งถ้าแต่ละบุคคลมีความรู้ในเนื้อหาที่ถูกต้องบนพื้นฐานของความจริง รวมทั้งมีความเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ก็ย่อมจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีความถูกต้องและเกิดความสม่ำเสมอ อันนำไปสู่การมี การเจริญพันธุ์ที่ดีได้

โดยสรุปแล้ว ความรู้เกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์ ในที่นี้ หมายถึง ระดับของความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้เกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคเกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์

การวัดความรู้เกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการวัดความรู้ตามแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม นั้น ควรมีการตั้งคำถามให้มีความสอดคล้องกับระดับความรู้ที่ต้องการจะวัด ในที่นี้ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอในระดับความรู้ความเข้าใจ และระดับการนำไปใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Bloom; et al. 1956; อรพินทร์ ชูชม. 2545: 186-189)

1) การวัดพฤติกรรมการรู้คิด ในระดับความรู้ เป็นการวัดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ จำที่แสดงออกมาในรูปของการระลึกหรือสามารถจำสาระสำคัญของความรู้ที่ได้เรียนรู้แล้ว การวัดแบบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการทราบคำนิยามทั่วไป ข้อเท็จจริงเฉพาะ วิธีการและขั้นตอน แนวคิด พื้นฐาน และหลักการ โดยพิจารณาจากคำกริยาที่ใช้ระบุพฤติกรรมเพื่อวัดระดับความรู้ เช่น กำหนด บรรยาย ระบุ แสดงรายการ จับคู่ บอกชื่อ เลือกลง ชี้บ่ง ให้นิยาม เป็นต้น

2) การวัดพฤติกรรมการรู้คิด ในระดับความเข้าใจ เป็นการวัดพฤติกรรมการรู้คิดด้าน ความเข้าใจ การวัดแบบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจข้อเท็จจริงและหลักการ แปลความหมาย ทางภาษา กราฟและตาราง แปลถ้อยคำเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์และประมาณค่าผลที่ได้จากข้อมูล ได้ โดยพิจารณาจากคำกริยาที่ใช้ระบุพฤติกรรมเพื่อวัดระดับความเข้าใจ เช่น อธิบาย แปลง แยกแยะ ประมาณค่า โต้แย้ง ขยายความ สรุปความ ตีความ ทำนาย เขียนใหม่ เปลี่ยนรูป เป็นต้น

3) การวัดพฤติกรรมการรู้คิด ในระดับของการนำไปใช้ การวัดแบบนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ประยุกต์หลักการให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ประยุกต์ทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติ สามารถแก้ปัญหา ทางคณิตศาสตร์ สร้างกราฟและตาราง และสาธิตการใช้ขั้นตอนที่ถูกต้อง โดยพิจารณาจากคำกริยา ที่ใช้ระบุพฤติกรรมเพื่อวัดระดับการนำไปใช้ เช่น เปลี่ยน คำนวณ สร้าง ค้นพบ จัดกระทำ ปรับ ขยาย ดำเนินการ พัฒนา ทำนาย เตรียม สาธิต แสดง ผลิต สัมพันธ์ แก้ปัญหา ใช้ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแนวทางดังกล่าวกับแนวทางการวัดของณัฐวุธ แก้วสุทธา (2558: 38) ซึ่งได้เสนอแนวทางในการวัดพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนตามการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาของบลูม ประกอบด้วย 1) เนื้อหาที่ต้องการวัด 2) คำกริยาที่ใช้เป็นข้อคำถาม และ 3) ตัวอย่างของข้อคำถามในการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาของบลูมในแต่ละระดับ โดยผู้วิจัยใช้เพียงสองระดับ คือ ระดับความรู้ความเข้าใจ และระดับการนำไปใช้ จากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมา มีการวัดความรู้กับสุขภาพและการป้องกันโรคที่ ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายของบลูม เช่น วรรณชนก จันทชุม (2549) ได้ ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี เพื่อวัดการรู้จำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การ สังเคราะห์ และการประเมินค่าของนักเรียนเกี่ยวกับสารพิษในบุหรี ผลเสียของบุหรีและกฎหมายที่ เกี่ยวข้องในการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี และควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีลักษณะเป็นแบบชนิด

จำกัดตัวเลือกถูกผิด จำนวน 12 ข้อ และการศึกษาของณัฐรุช แก้วสุทธา (2558) ได้ใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและอนามัยช่องปาก เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้เกี่ยวกับโรคฟันผุและเหงือกอักเสบและการดูแลอนามัยช่องปาก มีลักษณะเป็นแบบชนิดจำกัดตัวเลือกถูกผิด จำนวน 10 ข้อ นอกจากนี้มีการวัดความรู้แบบอื่นๆ เช่น การศึกษาของบังอร นางทรัพย์ (2549) ได้ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เพื่อวัดความสามารถในการจดจำข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ มีลักษณะเป็นแบบชนิดจำกัดตัวเลือกถูกผิด จำนวน 10 ข้อ และให้เลือกตอบจำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ เช่นเดียวกับพัชรี ดวงจันทร์ (2553) ได้ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อวัดความสามารถในการจดจำและเข้าใจข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะเป็นแบบชนิดให้เลือกตอบจากตัวเลือก 4 ตัวเลือกจำนวน 15 ข้อ นอกจากนี้ ทัลบอตและแลงดอน (Talbot; & Langdon. 2006) ได้ใช้แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องเพศ เพื่อวัดความเข้าใจเกี่ยวกับเพศ และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) สรีระร่างกาย 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การตั้งครรภ์ 4) การคุมกำเนิด 5) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 6) เพศสภาพ มีลักษณะเป็นทั้งแบบชนิดจำกัดตัวเลือกถูกผิด และแบบให้เลือกตอบ จำนวน 63 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม ด้านการรู้คิด และนำแบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องเพศของทัลบอตและแลงดอน (Talbot; & Langdon. 2006) มาปรับใช้ให้เหมาะสม โดยเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้เกี่ยวกับโรคและการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นแบบทดสอบลักษณะชนิดจำกัดตัวเลือกถูกผิด มีคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

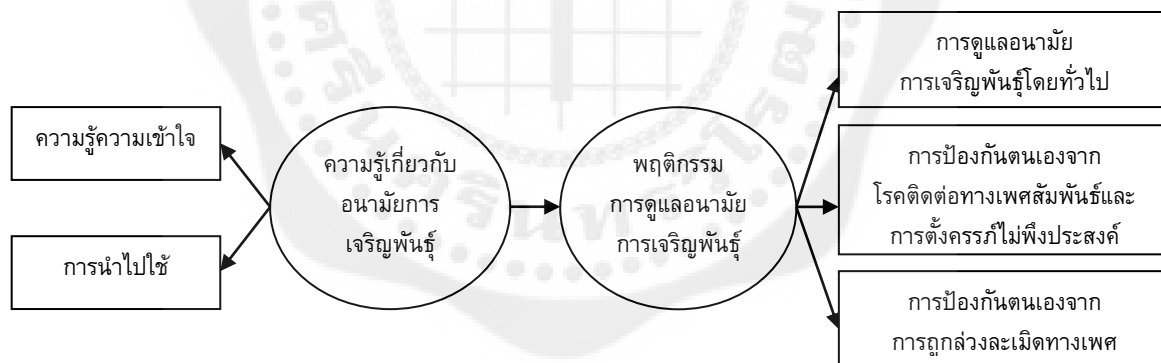
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ กับพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ กับพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (เกษฎา ศรีงาม. 2547) และการป้องกันโรคกระดูกพรุน (วิวัฒนา ญาณพัฒน์. 2551) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคเท้าช้าง (รุ่งนภา เพชรปานกัน. 2544) และการป้องกัน การเสพติดยาบ้า (ปวยรี พิริยะอุดมพร. 2543) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น เช่น ทรงวุฒิ ขวาทไทย (2541) ล้ำยอง หอมกลิ่นเทียน (2542) ธีรประภา ทองวิเศษ (2544) จรรยา ศรีปัญญา (2546) และภาวินี รอดประเสริฐ และคณะ (2557) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับลัดดาวลัย พงษ์ไพจิตร (2544) และทองศักดิ์ มนสิมา (2544) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับณัฐภาพ ระวะใจ (2554) พบว่า ความรู้เรื่องเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพาสี (Phasie. 2005) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ชญาอนุตม์ นิรมร (2554) พบว่า ความรู้เรื่องการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการล่วงละเมิดทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับบรรดินันท์ เกียรติมาลา (2545) พบว่า ความรู้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ (ขวัญดาว กล่ำรัตน์. 2548; ปรีชา สร้อยสน. 2554)

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ ดังภาพประกอบที่ 8



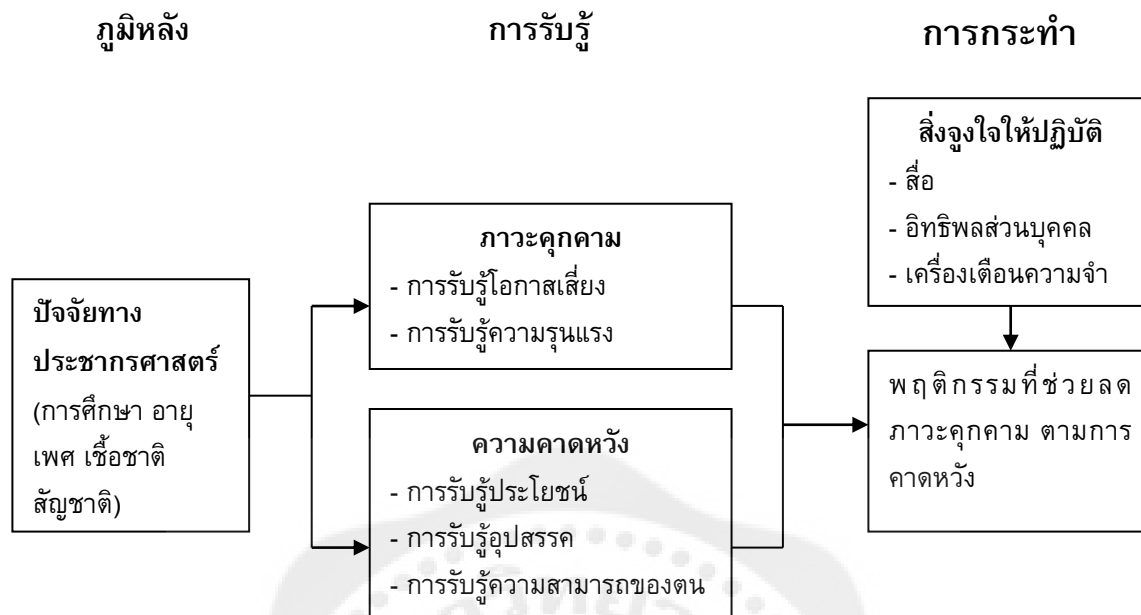
ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

5.5 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยแบบแผนความเชื่อและการตัดสินใจเพื่อกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเบกเกอร์ (Becker. 1974) ได้สรุปข้อค้นพบจากงานวิจัยว่าเป็นแนวคิดที่ทำความเข้าใจว่าเหตุใดบุคคลจึงตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ จนกว่าบุคคลนั้นจะตระหนักว่าพฤติกรรมมีผลต่อสภาวะสุขภาพของตน โดยสภาวะพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเกิดจากบุคคลรับรู้

ตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือสภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ บุคคลนั้นเชื่อว่ามีมาตรการในการดูแลรักษา ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรค และเชื่อว่าผลประโยชน์ที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะมากกว่าต้นทุนของการที่จะต้องไปใช้สำหรับการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974: 329-333) ได้ศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ แรงจูงใจและการรับรู้ การแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะมีการกระทำที่หลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บ บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า บุคคลจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค (Susceptibility) และการเกิดขึ้นของโรคนั้นมีความรุนแรง (Severity) ต่อการดำรงชีวิตของบุคคล และบุคคลจะกระทำเมื่อได้รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ (Benefits) ก็จะทำให้เกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือหรือช่วยลดความรุนแรงโดยไม่มีอุปสรรค (Barriers) เช่น ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยาก ความเจ็บปวด และความลำบากใจ เป็นต้น มาขัดขวางการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนสนับสนุนหรือขัดขวาง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ เป็นตัวกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งความเข้มข้นของสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมพร้อมกับความแตกต่างในระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหนึ่งๆ เช่น หากมีการยอมรับว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหรือมีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ บุคคลจะต้องการตัวกระตุ้นเหล่านี้เพื่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ในทางกลับกันหากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคและความรุนแรงของโรคระดับสูง ตัวกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วม (Modifying factors) เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความรู้ เป็นต้น อาจช่วยส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก็ได้ ต่อมา โรเซนสต็อก สเตรเชอร์ และเบกเกอร์ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) นั่นคือ บุคคลจะไม่พยายามกระทำพฤติกรรมสุขภาพใหม่ๆ หากเขาคิดว่าเขาไม่สามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น จึงสามารถแบ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำความเข้าใจ อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค ดังแสดงภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ฉบับปรับปรุง

ที่มา: Rosenstock; Strecher; & Becker (1988)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อในการยอมรับว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคซึ่งมีผลต่อร่างกาย บุคคลอาจมองปัญหาสุขภาพในแง่ผลที่ตามมาของโรคนั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิต หรือพิการ มีผลกระทบต่ออาชีพ ครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด
3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ (Perceived benefits of taking action) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่เป็นไปได้ในการลดภาวะคุกคามจากโรคร้ายไข้เจ็บ การปฏิบัติของบุคคลเป็นการคิดที่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่บุคคลมีความเชื่อในวิธีการที่หลากหลาย โดยต้องมีวิธีการอย่างน้อยวิธีหนึ่งที่สามารถเป็นไปได้ ซึ่งวิธีการที่แน่วแน่มเป็นประโยชน์จะเกี่ยวข้องกับการลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barriers to taking action) หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงความยุ่งยาก ลี้นเปลือง ไม่เป็นที่น่าพอใจ ทรมาน หรืออารมณ์เสีย การกระทำด้านสุขภาพทางลบถือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ และกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย

หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดอุปสรรคต่อชีวิตของบุคคลในด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เสียเวลา ขัดขวางด้านอาชีพหรือด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น

5. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ (Cues to actions) หมายถึง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เข้ามาสนับสนุนหรือขัดขวางให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น คำแนะนำของแพทย์ อิทธิพลของสื่อ เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริม หรืออาจเป็นอุปสรรคต่อการกระทำเพื่อป้องกันโรค เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ความรู้ในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

7. การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) มีการเพิ่มตัวแปรนี้เข้ามาในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลได้ริเริ่มและคงสภาพของการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม แต่เมื่อเป็นสถานการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว ปัญหาที่มักเกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงความเคยชินด้านการรับประทาน การดื่ม การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ ถือเป็นสิ่งที่ยากแก่การเอาชนะได้ ไม่ง่ายเหมือนกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ต้องมีความมั่นใจว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้ด้วยตัวเอง ดังนั้น การขยายทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนถือเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างมากในการทำความเข้าใจและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

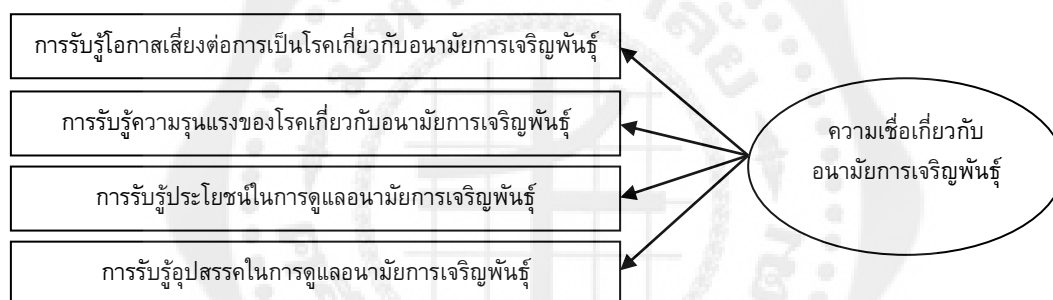
ดังนั้น การที่บุคคลมีการตัดสินใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยมีการชั่งน้ำหนักว่าข้อดีหรือประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัตินั้นมีมากกว่าข้อเสียหรืออุปสรรค สอดคล้องกับนัทบีม และแฮริส (Nutbeam; & Harris. 2004) กล่าวว่า บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพใดๆ ขึ้นอยู่กับปฏิกริยาระหว่างองค์ประกอบด้านความเชื่อ 4 องค์ประกอบ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อที่ว่าตนเองนั้นตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพ มีความเชื่อว่าโรคหรือปัญหานั้นๆ อาจนำไปสู่สภาวะการณ์ที่รุนแรงขึ้น มีความเชื่อว่ามีพฤติกรรมที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค และมีความเชื่อว่าเป็นประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ มีมากกว่าอุปสรรค

จากแนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ตัวแปรที่สำคัญจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพทั้ง 4 ด้าน สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตน เป็นต้น มากำหนดเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับตัวแปรแฝงความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ วัดได้จากตัวแปรสังเกต 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

และตัวแปรแฝงสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ วัดได้จากตัวแปรสังเกต 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้ เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว กับ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

5.5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อ การเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงใด โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การใช้ชีวิตมากน้อยเพียงใด รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ วัดได้จากตัวแปรสังเกต 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับ อนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้อุปสรรคใน การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 องค์ประกอบของความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ทั้งนี้ ได้กำหนดนิยามความหมายและการวัด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิจารณาการเคลื่อนไหวว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับ อนามัยการเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงใด

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้ เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิจารณาการเคลื่อนไหวว่าโรค มีความรุนแรงและ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเองมากน้อยเพียงใด

3. การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว รวมถึงเชื่อว่าการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

4. การรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์และอุปสรรคที่อาจขัดขวางการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

การวัดความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวัดความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล (2548) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 44 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมาก” ถึง “ไม่เห็นด้วย” และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาเท่ากับ .82 นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ เช่น พนิดา เหมโลหะ (2544) ได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ โดยวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเอดส์ จำนวน 62 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วย” ถึง “ไม่เห็นด้วย” และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาเท่ากับ .62 รวมทั้งสุปริดา มหาสุข (2547) และสุนทร ใจกล้า (2548) ได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาระหว่าง .63 ถึง .90

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามนิยามปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ กับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

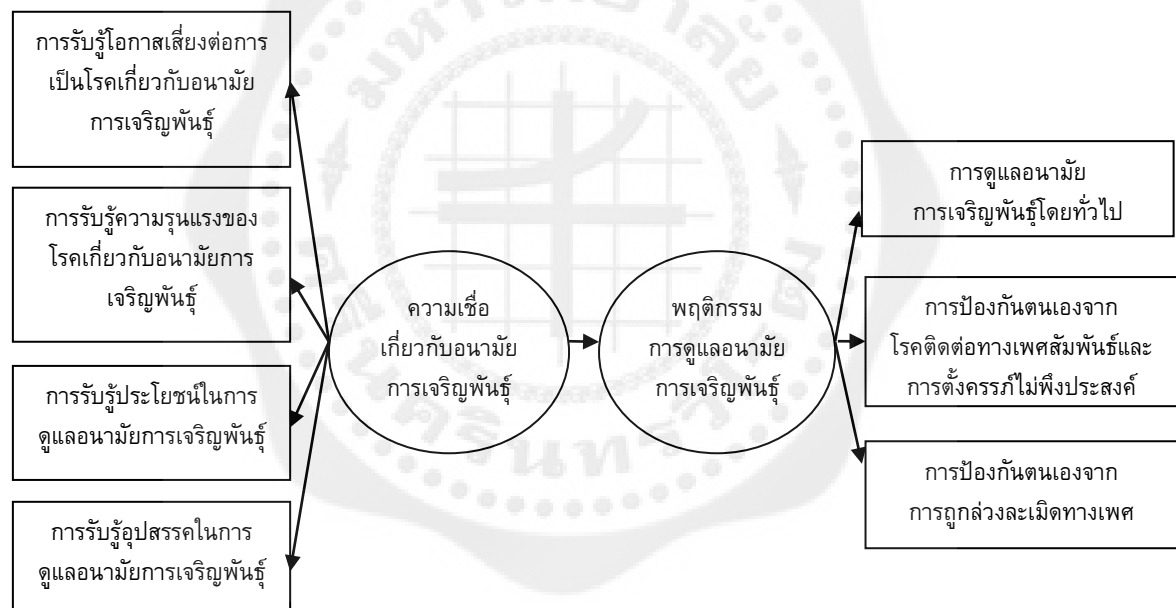
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ กับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ซึ่งมีเพียงความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 2 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น

เสาวรัตน์ เจียมอุทิศศักดิ์ (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรควัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับเสนห์ พลีจันทร์ (2555) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการกระทำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้ออีโคไล และการรับรู้อุปสรรคในการกระทำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้ออีโคไล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้ออีโคไลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอาทิตยา โปณะทอง (2553) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 3 ด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์ (2553) พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น เจษฎา ศรีงาม (2547) และวัฒนา ญาณพัฒน์ (2551) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุจิตรา สุตระสุนทร์ (2553) พบว่า การรับรู้โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น พบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น ชีรนุช พิทักษ์วสิน (2548) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 2 ด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น สุภัทรา ชูเกียรติ (2543) พบว่า แบบแผนความเชื่อโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น พนิดา เหมโลหะ (2544) สุปรีดา มหาสุข (2547) และสุนทร ใจกล้า (2548) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์

ทางลบกับการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการป้องกันโรคเอดส์ ไม่สอดคล้องกับวารางคณา มาลัยวงศ์ (2549) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้พบงานวิจัยที่การรับรู้เกี่ยวกับบอานามัยการเจริญพันธุ์สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ได้ เช่น สุนีย์ เอื้อประเสริฐ (2551) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และณิลาวัลย์ งามเสงี่ยม (2555) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

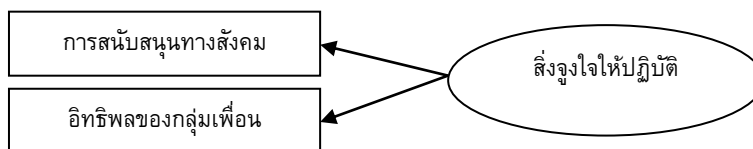
จากความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับบอานามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลบอานามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ ดังภาพประกอบที่ 11



ภาพประกอบ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับบอานามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลบอานามัยการเจริญพันธุ์

5.5.2 สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ

สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เข้ามาสนับสนุนหรือขัดขวางให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ซึ่งตัวแทนสองกลุ่มนี้ คือ ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เป็นกลุ่มตัวแทนที่สำคัญที่จะกระตุ้นหรือชักจูงให้เกิดพฤติกรรมการดูแลบอานามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ วัดได้จากตัวแปรสังเกต 2 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 องค์ประกอบของสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของตัวแปรสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม เช่น คอบบ์ (ดูจเดือน พันธุมนาวิณ. 2547: 6-7; อ้างอิงจาก Cobb. 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นการที่บุคคลได้รับสิ่งๆ หนึ่งที่ทำให้รู้สึกว่าการตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนในช่วยป้องกันบุคคลจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ คาห์น (Kahn. 1979: 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง มีผลทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการยอมรับในการกระทำซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเกิดขึ้นเพียงอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งได้สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยจะให้การสนับสนุนในสิ่งต่างๆ ดังเช่น เฮ้าส์ (House. 1981) เช่นเดียวกับดูจเดือน พันธุมนาวิณ (2547) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นใจ ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ การยอมรับ ความหวังดี และการให้กำลังใจ เป็นต้น 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความรู้และทักษะ การให้รางวัลและลงโทษ เป็นต้น และ 3) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและงบประมาณ เช่น การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน จัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณ เป็นต้น

แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่เป็นพื้นฐานต่อพฤติกรรมดูแลอนามัย การเจริญพันธุ์ คือ สถาบันครอบครัว ซึ่งแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว เป็นระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะครอบครัวมีบทบาทต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก อีกทั้งยังเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในการให้การสนับสนุนบุคคล (Pender. 1987: 396) ทั้งนี้ การสนับสนุน

ทางสังคม อาจมีหลายลักษณะ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และการสนับสนุนด้านวัตถุ (Material support) โดยครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับเด็ก สามารถอำนวยความสะดวก และการให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ในลักษณะของการสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้ฝึกฝน สามารถดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นที่ปรารถนา สอดคล้องกับณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553: 109) กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ของกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ คือ กลุ่มตัวแทนที่มีส่วนช่วยในเรื่องสุขภาพอนามัยได้โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตที่สนับสนุนพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้เกิดการป้องกันโรค หรือเปลี่ยนแปลงเพื่อการป้องกันโรค เช่น การศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง (2552) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยวิธีการวิเคราะห์เมต้า พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จิราพร ถนอมกล่อม (2540) และสุนันทา กาญจนกิจ (2548) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชัชชนัย ดิยะไพธาดา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ใช้อภิปรายกลุ่ม บทบาทสมมติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ การปฏิบัติตนและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งกิจกรรมประชุมผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนคู่มือและเอกสาร การติดตามเยี่ยมในโรงเรียน กิจกรรมส่งผลให้นักเรียนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและการศึกษาของชญาดา คล่องการ (2556) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่มีทักษะชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม กระบวนการกลุ่ม กลุ่มสัมพันธ์ การบรรยายรายกลุ่ม วิดีทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนตามปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคม ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญที่สุด เพราะการสนับสนุนทางสังคมทำให้ได้อยู่ใกล้ชิดนักเรียนตลอดเวลา ทั้งยังช่วยให้บุคคลลดความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดนั้นได้เร็วขึ้น จากการ

ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และสามารถเรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าต่างๆ จึงสามารถป้องกันการตั้งครมภ์ได้ และส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรสังเกตตัวหนึ่งในตัวแปรแฝงสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ ในลักษณะของการแสดงความเข้าใจ และให้กำลังใจพร้อมที่จะให้คำแนะนำปรึกษาในพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อันประกอบด้วย การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครมภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เด็กมักให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมาก โดยมักจะจับกลุ่มกันได้นาน และมีความผูกพันกับเพื่อนมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายอย่างรวดเร็วและมากมายจึงเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กมีการรวมกลุ่ม เพราะสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขแก้ไขและเข้าใจปัญหาของกันและกันได้ดีกว่าบุคคลต่างวัยบุคคลอื่นๆ การรวมกลุ่มของเด็กเป็นอย่างเป็นธรรมชาติ เด็กมักเลือกเป็นสมาชิกของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งตามความสนใจ ค่านิยม สติปัญญา ความมั่งหวังในชีวิต และอื่นๆ ดังนั้น การคบเพื่อนร่วมวัยจึงเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่มีความสำคัญต่อจิตใจของเด็กวัยรุ่น แต่การคบเพื่อนย่อมมีทั้งคุณและโทษ เพื่อนอาจเป็นผู้ประคับประคองจิตใจของวัยรุ่นในยามลำบาก ซึ่งแนะสิ่งที่มีประโยชน์ แต่ในทางกลับกัน เพื่อนอาจชักนำวัยรุ่นไปในทางเสื่อมถอย เช่น เกเร โดดเรียน เสพยาเสพติด เป็นต้น ล้วนมีสาเหตุสำคัญมากจากการถูกเพื่อนชักจูง (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549: 337-338) ซึ่งในสังคมปัจจุบัน วัยรุ่นมักยึดเอากลุ่มเพื่อนเป็นแนวปฏิบัติ โดยกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลที่สำคัญ ดังนี้ 1) การเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน 2) การแสวงหาความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และ 3) การแสดงบทบาททางเพศที่เหมาะสม เป็นต้น (นวลศิริ เปาโรหิตย์; จันทมาศ ปรีชยานุช; และ อรทัย ชื่นมณูษย์. 2520)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น สุमितตา สว่างทุกข์ และปาริชาติ ทาโน (2558) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่น พบว่า การได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนแตกต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนส่งผลต่อการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ เช่น ฌฐาภพ ระวะใจ (2554) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศ พบว่า อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์งานวิจัยของความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อนและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น พบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อน ทั้งพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มเพื่อน ความเห็นชอบให้มี

พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มเพื่อน และการกดดันจากกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Van de Bongardt; et al. 2015)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นตัวแปรสังเกตตัวหนึ่งในตัวแปรแฝงสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการยอมรับและคล้อยตามอิทธิพลของเพื่อนที่สามารถจะชักจูงให้ตนเองกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป ด้านการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และด้านการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การวัดสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ

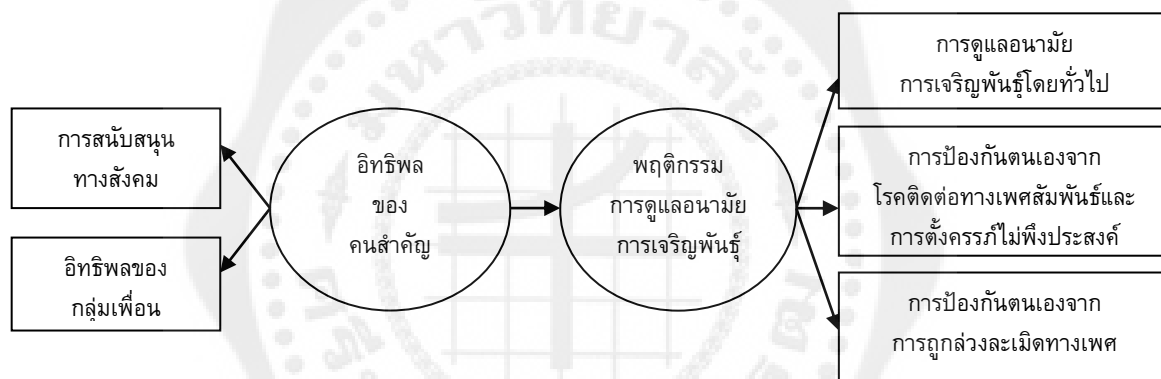
ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) โดยวัดการรับรู้ข้อมูลที่ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดการกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ในรูปแบบต่างๆ ทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่ชักจูงให้ตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง (2552) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยวิธีการวิเคราะห์เมตา โดยสังเคราะห์จากงานวิจัยจำนวน 48 เล่ม พบว่า สิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การศึกษาของจุฑามาส แสงทองดี (2547) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยถูกเพื่อนในกลุ่มชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การอ่านหนังสือ ดูวิดีโอทัศน์/ภาพยนตร์ประเภทยั่วกามารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เที่ยวสถานเริงรมย์ยามราตรี รวมทั้งแนะนำให้หาประสบการณ์ทางเพศโดยการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับสุนทร ใจกล้า (2548) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งการศึกษาของนักชญา โปประยูร, พัชรภรณ์ เกษะประกกร และมัลลิกา ผลอนันต์ (2557) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า นักศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานครที่มี

พฤติกรรมที่ชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นเพราะการปฏิบัติตัวของวัยรุ่น เช่น พักอาศัยโดยปราศจากผู้ปกครอง การมีคู่อรักและการแสดงความรัก การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การเปิดรับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การนัดพบเพื่อนชายจากอินเทอร์เน็ต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเสพยาเสพติด และการแต่งกายล่อแหลมของวัยรุ่นหญิง ซึ่งเป็นการกระทำที่เสี่ยงต่อการถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย เนื่องจากวัยรุ่นนี้เป็นวัยที่มีความต้องการตามใจกันระหว่างเพศ โดยเฉพาะเพศหญิงมักจะมีอารมณ์ในเสน่ห์หาของตน ดังนั้น หากวัยรุ่นชายและหญิงได้ใกล้ชิดกันย่อมจะไปมีเพศสัมพันธ์กันทั้งที่เต็มใจหรือไม่เต็มใจก็ตาม

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ ดังภาพประกอบที่ 13



ภาพประกอบ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

5.6 การบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ

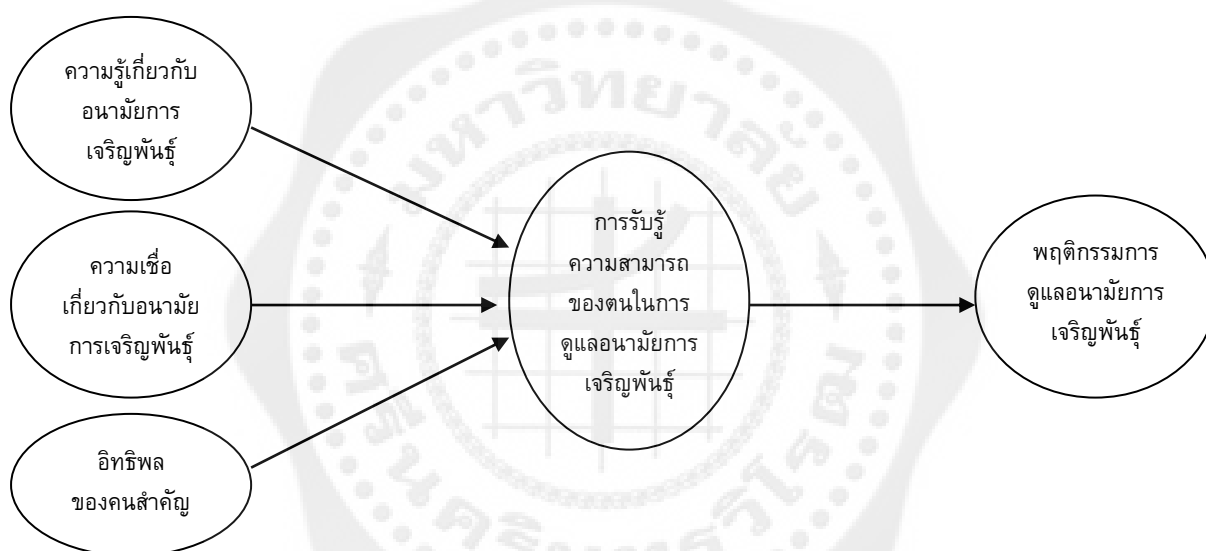
เมื่อพิจารณาแนวคิดต่าง ๆ มาบูรณาการเข้าด้วยกัน เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ รูปแบบขั้นของการเปลี่ยนแปลง และทฤษฎีทางสังคมปัญญา ที่เน้นบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับความรู้และการรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพ และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรม โดยจะต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตจากการสังเกตตัวแบบ (Role model) ซึ่งการเรียนรู้แบบนี้เป็นการเรียนรู้ที่ใช้การรู้คิด (Cognition) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน โดยการเรียนรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Davies; & Macdowall. 2006: 31-36; Sarafino. 2012: 75) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรคั่นกลาง ดังนี้

- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรูู้ ได้แก่ การศึกษาของ Wu และคณะ (Wu; et al. 2016) ศึกษาการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองจากความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรคั่นกลาง พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการดูแลตนเอง โดยการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรคั่นกลางสมบูรณ์ (Fully mediated) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเงิน และคณะ (Chen; et al. 2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสุขภาพและความรู้โรคหัวใจล้มเหลว การรับรู้ความสามารถของตน และการดูแลตนเองด้วยการกินยา พบว่า ความรูู้ไม่ส่งผลทางตรงกับการรับรู้ความสามารถของตน แต่การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้วยการกินยา

- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ได้แก่ การศึกษาของทชума และคณะ (Tshuma; et al. 2017) ศึกษาบทบาทคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถของตนในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ: การศึกษาภาคตัดขวางเชิงทฤษฎีของผู้อาศัยในเมืองในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการรับรู้ความสามารถของตน และหยาง และคณะ (Yang; et al. 2016) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ป่วย ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการกินยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อการกินยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ผ่านการรับรู้ความสามารถของตน

- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ได้แก่ การศึกษาของซีน และคณะ (Cene; et al. 2013) ศึกษาความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเป็นตัวคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองผ่านความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และการศึกษาของโคซานซูและเออร์โดกัน (Cosansu; & Erdogan. 2014) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยจิตสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำตาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการรับรู้ความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์ก และคณะ (Berg; et al. 2010) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและการจัดการเบาหวานของวัยรุ่น บทบาทคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอกและภายใน พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองต่ออาการเบาหวาน โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนต่อการจัดการเบาหวาน และการศึกษาของเซง เมนดอนคา และเดอ ฟาเรียส จูเนียร์ (Cheng; Mendonca; & de Farias Junior. 2014) ศึกษากิจกรรมทางกายในวัยรุ่น การวิเคราะห์อิทธิพลทางสังคมของผู้ปกครองและเพื่อน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อกิจกรรมทางกาย ผ่านการรับรู้ความสามารถของตน

จากแนวคิดและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยคั่นกลางระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุกับพฤติกรรมสุขภาพ คาดว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่วนความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทำให้ได้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการวิจัยระยะที่ 1 ดังภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

5.7 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

การสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการสร้างโปรแกรมการอบรม โดยสร้างจากการนำเอาหลักการ แนวคิด และทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ผลจากตัวแปรเชิงสาเหตุที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 และจากการศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว มาใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้พฤติกรรมเป้าหมาย หรือพฤติกรรมพึงประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการ คือ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการ

เจริญพันธุ์ ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ให้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงระยะยาวและมีความคงอยู่ของพฤติกรรม จึงได้เลือกใช้เทคนิคในการปรับพฤติกรรม โดยใช้หลักการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ในการพัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนและกำกับพฤติกรรมที่ดีของตนเองได้ อันนำไปสู่พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีกิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

5.7.1 กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

การพัฒนาให้มีการรับรู้ความสามารถของตน นำไปสู่พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน มี 4 วิธี (Bandura, 1977a: 195-200; สุรงค์ พันธุ์เยี่ยม, 2548: 38-39) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance Accomplishments) เป็นประสบการณ์โดยตรง โดยความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ แบบอย่างของบุคคลที่อยู่รอบข้าง (Participant Modeling) การเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป (Performance Desensitization) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Performance Exposure) และการสอนการกระทำด้วยตนเอง (Self-Instructed Performance)

2. การใช้ประสบการณ์จากการสังเกตผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นการที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ สามารถทำให้ผู้ที่สังเกตมีความรู้สึกว่าคุณเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จ ถ้าหากเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ การได้เห็นตัวอย่างจริง (Live Modeling) และการได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่น (Symbolic Modeling)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกกล่าวว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ (Suggestion) การได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Exhortation) การสอนตัวเอง (Self-Instruction) และการอธิบายสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Interpretive Treatments)

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลที่ถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว อันอาจนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำลง ถ้าหากบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ในเชิงลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้น ซึ่งจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถของตนเองดีขึ้นด้วย รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ คุณลักษณะประจำตัว (Attribution) การผ่อนคลาย (Relaxation, Biofeedback) การเผชิญการกระตุ้นเร้าต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Symbolic Desensitization) และการกล้าที่จะเผชิญกับการกระตุ้นเร้า (Symbolic Exposure)

ทั้งนี้ กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ประยุกต์จากแหล่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนทั้ง 4 วิธีมาใช้ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เช่น กิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) การใช้ประสบการณ์จากการสังเกตผู้อื่นหรือการใช้ตัวแบบ เช่น การใช้ตัวแบบจากเพื่อนๆ และการใช้ตัวแบบจากสื่อที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 3) การใช้คำพูดชักจูง เช่น การให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อทำสำเร็จ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น การผ่อนคลาย ซึ่งวิธีการพัฒนานี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะช่วยให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีการรับรู้ความสามารถของตน นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

5.7.2 กิจกรรมการพัฒนาการกำกับตนเอง

การพัฒนาให้มีการกำกับพฤติกรรมของตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบในการพัฒนาการกำกับตนเอง ดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-Observation) คือ ความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือพฤติกรรมที่กำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดๆ ที่มีความต้องการจะเปลี่ยนแปลง การตั้งเป้าหมายควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและระบุให้ชัดเจน และ 2) การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองจะกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองแสดงพฤติกรรมในลักษณะใด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลป้อนกลับ ก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำอะไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายนั้น รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง

2. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้ รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ การนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมมาทำการเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ตั้งไว้ ทั้งมาตรฐานส่วนบุคคล และมาตรฐานของผู้อื่นด้วย

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) ทำหน้าที่ 2 ประการ คือ 1) เป็นการตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสิน และ 2) เป็นตัวจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว จะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง รูปแบบกิจกรรมที่มีความเหมาะสม ได้แก่ การให้รางวัลตนเอง การลงโทษตนเอง

ทั้งนี้ กิจกรรมการพัฒนาการกำกับตนเอง ประยุกต์จากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะยาว กำหนดเป้าหมายว่าสังเกตพฤติกรรมอะไร พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึกพฤติกรรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับและพิจารณาการ

เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมว่ามีความก้าวหน้าเพียงใด 2) การตัดสินตนเอง เช่น การเปรียบเทียบผลที่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งตามมาตรฐานส่วนบุคคล และมาตรฐานของผู้อื่น 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เช่น การให้รางวัล การชมเชย ให้แรงจูงใจด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการพัฒนานี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะช่วยให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีการกำกับพฤติกรรมของตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

5.7.3 กิจกรรมการพัฒนาอื่น ๆ

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ทราบตัวทำนายที่สำคัญบางประการ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมกิจกรรมในการพัฒนาอื่น ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอตัวอย่างกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับที่ผู้วิจัยศึกษา และนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนี้

การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้

หลักการการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ของผู้เรียนนั้นสามารถทำได้ โดยผู้สอนเป็นผู้ดำเนินการเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ด้วยวิธีการต่างๆ ที่แตกต่างกันไปซึ่งมีความเหมาะสมกับการพัฒนาความรู้ในระดับต่างๆ ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมวิธีการสอนแบบต่างๆ (ทิตินา แซมมณี, 2556: 325-369) โดยนำเสนอวิธีการสอนที่มีความเหมาะสมกับจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม เพียงสองระดับ คือ ความรู้ความเข้าใจ และการนำไปใช้ ดังนี้

1. การบรรยาย (Lecture) เป็นวิธีสอนโดยใช้การบรรยาย โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนจำนวนมากได้เรียนรู้เนื้อหาหรือข้อความจำนวนมากพร้อมๆ กันได้ในเวลาที่จำกัด ซึ่งผู้สอนจะต้องพูด บอก เล่า อธิบายเนื้อหาสาระที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ การบรรยายที่ดีผู้สอนจะต้องมีการเตรียมการที่ดี ผู้สอนจึงจำเป็นต้องศึกษาเนื้อหาสาระที่จะบรรยายให้เข้าใจแจ่มแจ้ง พร้อมทั้งมีการคัดเลือกเนื้อหาที่มีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อผู้เรียน ผู้สอนควรบรรยายโดยการสร้างความสนใจของผู้เรียนและพยายามรักษาความสนใจนั้นให้คงอยู่ตลอดทั้งการบรรยายด้วยเทคนิคต่างๆ ได้แก่ การใช้ปัญหาเป็นสื่อ การใช้การทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน การใช้สื่อประกอบ การใช้การซักถาม การยกตัวอย่าง การใช้กิจกรรมอื่นๆ เช่น การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การเล่นเกม เป็นต้น นอกจากนี้ในการบรรยายทุกครั้งผู้สอนควรมีการสรุปสาระสำคัญของการบรรยาย และควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2. การสาธิต (Demonstration) เป็นวิธีสอนโดยใช้การสาธิต โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนทั้งชั้นเรียนได้เห็นการปฏิบัติจริงด้วยตาตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือการปฏิบัตินั้นชัดเจนขึ้น ซึ่งผู้สอนจะต้องมีเรื่องหรือสิ่งที่จะต้องสาธิต โดยการแสดง ทำให้ผู้เรียนสังเกตดู ผู้สอนควรมีการซ้อมการสาธิตก่อนเพื่อจะได้เห็นปัญหาและเตรียมการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น จากนั้นจึงจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และสถานที่ที่จะสาธิต นอกจากนี้ต้องให้ความรู้

ก่อนที่จะสาธิตด้วย โดยอาจใช้วิธีบรรยายหรือเตรียมเอกสารสำคัญเป็นลำดับขั้นตอน ขณะสาธิตควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถาม หรือเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3. การทดลอง (Experiment) เป็นวิธีสอนโดยใช้การทดลอง โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนรายบุคคลหรือรายกลุ่มเกิดการเรียนรู้ โดยการเห็นผลประจักษ์ชัดจากการคิดและการกระทำของตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้นั้นตรงกับความเป็นจริง มีความหมายสำหรับผู้เรียนและจำได้ โดยผู้สอนและผู้เรียนกำหนดปัญหาและสมมติฐานในการทดลอง มุ่งให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการทดลอง ให้ขั้นตอนและรายละเอียดในการทดลองแก่ผู้เรียน โดยใช้วิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม ให้ผู้เรียนลงมือทดลองโดยใช้วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นตามขั้นตอนที่กำหนดและบันทึกข้อมูลการทดลอง ทั้งวิเคราะห์และสรุปผลการทดลองจนถึงวิธีการที่ผู้สอนและผู้เรียนอภิปรายผลและสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นวิธีสอนที่ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรง ได้ผ่านกระบวนการต่างๆ ได้พิสูจน์ ทดสอบ และเห็นผลประจักษ์ด้วยตนเอง จึงเกิดการเรียนได้ดี มีความเข้าใจ และจดจำการเรียนรู้ได้ยาวนาน

4. การนิรนัย (Deduction) เป็นวิธีสอนโดยใช้การนิรนัย โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หลักการและสามารถนำหลักดังกล่าวไปใช้ได้ โดยผู้สอนถ่ายทอดความรู้ ทฤษฎี หลักการ กฎ ข้อสรุปที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม วิธีสอนวิธีนี้เป็นวิธีสอนที่ช่วยถ่ายทอดเนื้อหาสาระได้อย่างรวดเร็วและไม่ยุ่งยาก และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีการฝึกฝนนำการทฤษฎี/หลักการไปใช้ในสถานการณ์

5. การอุปนัย (Induction) เป็นวิธีสอนโดยใช้การอุปนัย โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ สามารถจับหลักการ หรือประเด็นสำคัญได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้หลักการและแนวคิด หรือข้อความรู้ต่างๆ อย่างเข้าใจ โดยผู้สอนและ/หรือผู้เรียนยกตัวอย่าง ข้อมูล สถานการณ์ เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ และความคิดที่เป็นลักษณะย่อยของสิ่งที่จะเรียนรู้ เน้นให้ผู้เรียนศึกษาและการวิเคราะห์หาหลักการที่แฝงอยู่ในตัวอย่างนั้น พร้อมทั้งสรุปหลักการและแนวคิดที่ได้จากตัวอย่างนั้น วิธีสอนวิธีนี้เป็นวิธีสอนที่ผู้เรียนสามารถค้นพบการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้เป็นอย่างดี

6. การอภิปราย (Discussion) เป็นวิธีสอนโดยใช้การอภิปราย โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้อย่างทั่วถึง มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยมีการจัดผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อยๆ กลุ่มละประมาณ 4-8 คน ต้องมีประเด็นในการอภิปราย มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มตามประเด็นในการอภิปราย รวมทั้งมีการสรุปสาระที่สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายกันเป็นข้อสรุปของกลุ่ม และนำข้อสรุปของกลุ่มมาใช้ในการสรุปบทเรียน

7. การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นวิธีสอนโดยแสดงบทบาทสมมติ โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การเอาใจเขามาใส่ใจเรา เกิดความเข้าใจในความรู้สึกและพฤติกรรมทั้งของตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับบทบาทสมมติที่ตนแสดง โดยต้อง

มีสถานการณ์สมมติและบทบาทสมมติ มีการแสดงบทบาทสมมติ และมีการอภิปรายเกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้แสดง และสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ

8. กรณีตัวอย่าง (Case) โดยมุ่งช่วยให้ผู้เรียนฝึกฝนการเผชิญและปัญหาโดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาจริง เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ และเรียนรู้ความคิดของผู้อื่น ช่วยให้ผู้เรียนมีมุมมองที่กว้างขึ้น โดยให้ผู้เรียนและผู้สอนนำเสนอกรณีตัวอย่าง ให้ผู้เรียนศึกษาตัวอย่าง พร้อมทั้งอภิปรายประเด็นคำถามเพื่อหาคำตอบ และผู้เรียนและผู้สอนจะอภิปรายคำตอบร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้เรียน และสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ

9. เกม (Game) เป็นวิธีสอนโดยใช้เกม เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องต่างๆ อย่างสนุกสนานและท้าทายความสามารถ โดยผู้เรียนเป็นผู้เล่นเอง ทำให้ได้รับประสบการณ์ตรง เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมสูง โดยผู้สอนนำเสนอเกม ชี้แจงวิธีการเล่น และกติกาการเล่น ผู้เรียนต้องเล่นตามกติกา พร้อมทั้งผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับผลการเล่น หรือวิธีการหรือพฤติกรรมการเล่นของผู้เรียน

ข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่า วิธีการสอนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หรือมีความรู้นั้นมีวิธีการสอนที่หลากหลายตั้งแต่การที่ผู้สอนมีบทบาทเป็นหลัก ผู้เรียนไม่ได้มีบทบาทมากนัก ผู้เรียนมีส่วนร่วมบ้าง ไปจนถึงการที่ผู้เรียนได้ลงมือนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งแต่ละวิธีการมีจุดประสงค์ในการเกิดความรู้แต่ระดับแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้สอนควรเลือกวิธีการที่มีความเหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน

จากวิธีการสอนในรูปแบบต่างๆ มีการวิจัยที่มีการสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการศึกษาที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การศึกษาของนาตยา เกรียงชัยพฤษ (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียด โดยมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยใช้เทคนิควิธีการสอน ได้แก่ การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ เป็นต้น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของเครือวัลย์ ตาปราบ (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยโปรแกรมมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้เทคนิคการสอน ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแจกคู่มือเอกสาร และสไลด์ทัศนูปกรณ์ รวมทั้งการใช้กระบวนการกลุ่มในการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การกระตุ้นเตือน และการให้รางวัล เป็นต้น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การศึกษาของขวัญใจ ศุภรณันท์ (2548) ศึกษาการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยโปรแกรมสุขศึกษา มีการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้เทคนิควิธีการสอน ได้แก่ การบรรยาย การพูดชักชวนให้บริโภคอาหารที่ถูกต้อง การอภิปรายกลุ่ม การสอนโดยใช้ภาพพลิก แผ่นพับ อุปกรณ์และสื่อการสอนต่างๆ เป็นต้น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จะมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของพัชรี ดวงจันทร์ (2553) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องความรู้ โดยใช้เทคนิควิธีการสอน ได้แก่ การบรรยาย การตั้งคำถาม การนำเสนอกรณีศึกษา การเล่นเกม การอภิปรายกลุ่ม การฝึกซ้อม การฝึกคิดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ มีการวิจัยที่มีการสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การศึกษาของสุธีรา เมืองนาโพธิ์ (2542) ได้ทำการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งมีองค์ประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) สร้างโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ โดยสอดคล้องแนวคิดเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เข้าไปในโปรแกรมด้วย ด้วยเทคนิควิธีการสอน ได้แก่ การระดมสมอง การอภิปราย กรณีตัวอย่าง การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิต เป็นต้น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของจงกล พวงนาค (2542) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเป็นการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์เนื้อหาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ด้วยเทคนิควิธีการสอน ได้แก่ การบรรยาย เป็นต้น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยาย การระดมสมอง การนำเสนอกรณีศึกษา การเล่นเกม การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกและการลงมือปฏิบัติ โดยวิธีการสอนเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจและมีการนำไปใช้ในเนื้อหาที่ผู้สอนต้องทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์และการตั้งครภไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวเหล่านี้ เป็นการช่วยกระตุ้นความจำและความรู้ความเข้าใจของเด็ก ประกอบกับเป็นการสร้างบรรยากาศที่มีความผ่อนคลาย มีความสนุกสนาน รวมทั้งใช้เป็นสื่อที่น่าสนใจ อันจะเป็นการช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น ได้แก่ การละลายพฤติกรรม และการเล่นเกม เป็นต้น ทั้งนี้ การให้ความรู้ความเข้าใจในแต่ละเนื้อหาสาระนั้น ผู้สอนนั้นสามารถใช้วิธีการสอนเพียงวิธีการสอนใดเดียวหรือใช้วิธีการสอนที่มีความหลากหลายวิธีการสอนได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน

5.7.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการปรับพฤติกรรม พบว่า มีการนำปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตน และการกำกับตนเอง มาร่วมด้วยกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตน เช่น การศึกษาของวันเพ็ญ เสรีพงษ์ (2548) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งเต้านม ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญดาว พันธุ์หมุด (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพร ชวนชาติ (2551) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การศึกษาของอำไพ ขำล่อ (2553) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้การพัฒนาการรับรู้

ความสามารถของตนเอง 4 วิธีการ คือ ประสพการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้สุขศึกษา 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับกุลชาติ วัฒนวงศ์ เวพวนารักษ์ (2555) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ ด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ เสนอตัวแบบสาธิตและฝึกปฏิบัติ การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของชนกันันท์ พงษ์บริบูรณ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสพการณ์ของบุคคลต้นแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสพการณ์ของบุคคลต้นแบบ ประกอบด้วย การบรรยายร่วมกับการศึกษาจากวีดิทัศน์ การสนทนา การสาธิต การให้ฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสพการณ์ การใช้ตัวแบบทางบวกและทางลบ การอภิปรายกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา การบริโภคอาหาร และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณรัตน์ เป็นสุข (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครอง จำนวน 38 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของโรเจอร์สที่ให้ความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้การป้องกันโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปาก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้การป้องกันโรคมือเท้าปาก ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่าควบคุม ส่วนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปาก ดีวก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่าควบคุม และการศึกษาของณัฐนิชา แหวนวนศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะคู่มือเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรม

ป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนการทบทวนเอกสารและงานวิจัยของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตน เช่น การศึกษาของกลัดทอง (Klatthong. 2006) ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมทักษะการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมทักษะการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ใช้การเรียนรู้แบบผู้เรียนมีส่วนร่วม 5 แผนการสอน ทุกแผนการสอนใช้ร่วมกับเทคนิคการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะคู่มือเรื่องภัยทางเพศรู้ไว้ป้องกันได้ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของมิน (Min. 2012) ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการกระตุ้นพฤติกรรมการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาของหญิงโสดอพยพ จำนวน 70 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (CUBE) เพื่อให้กลุ่มทดลองใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนในการคุมกำเนิด และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการใช้วิธีการคุมกำเนิด สูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของซีฟวิงและคณะ (Sieving; et al. 2012) ศึกษาโปรแกรมทางคลินิกพัฒนาการของเยาวชนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นหญิงจากคลินิก 3 แห่ง จำนวน 128 คน โดยวัยรุ่นที่เข้าเกณฑ์ความเสี่ยง จะเข้ากลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม บุคคล และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยประยุกต์ทฤษฎีทางสังคมปัญญาของแบนดูรา และแนวคิดความยืดหยุ่น รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ประกอบด้วย 1) การจัดการเป็นรายกรณี ได้แก่ การเพิ่มแรงจูงใจและทักษะสำหรับการมีพฤติกรรมทางเพศอย่างมีความรับผิดชอบ การสร้างความคาดหวังและทักษะสำหรับการมีสัมพันธภาพทางเพศที่ดี การส่งเสริมความเกี่ยวข้องทางบวกของโรงเรียนและครอบครัว เป็นต้น 2) กลุ่มเพื่อน ได้แก่ กลุ่มเพื่อนเป็นผู้ให้ความรู้ทั้งทักษะการสื่อสาร การจัดการกับความเครียด การแก้ไขความขัดแย้ง การทำความเข้าใจอิทธิพลของสังคมที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศ การตัดสินใจทางเพศ และทักษะการใช้คุมกำเนิด เป็นต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่านอนน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของแรด และคณะ (Rad; et al. 2017) ศึกษาอิทธิพลของโปรแกรมโรงเรียนเป็นฐานที่ใช้การบูรณาการแบบแผนพฤติกรรมตามแผนและการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองในกลุ่มวัยรุ่นหญิง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่มีเจตคติ การรับรู้บรรทัดฐานจากคนรอบข้าง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน และเจตนา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่ม

ทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยของเจมมอตต์ที่สาม และคณะ (Jemmott, III; et al. 2010) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการลดความเสี่ยงของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับเขาวลักษณะ แสนทวีสุข (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยาย การแสดงตัวแบบ บทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต ฝึกปฏิบัติ และกำหนดพันธะสัญญาวัยรุ่น โดยได้รับแรงจูงใจเป็นของรางวัลการจัดประกวดคำขวัญ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนตามปกติ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ และความตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่พึงประสงค์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยของศรีพรชัย ถาวรรัตน์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ซึ่งมีการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม ระดมสมอง การฝึกทักษะผ่านการสอนสาธิต การสาธิตย้อนกลับ และการแสดงบทบาทสมมติที่ครอบคลุมเนื้อหาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ ทักษะคิดต่อเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ ทักษะเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้การกำกับตนเอง พบเฉพาะในพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปเท่านั้น เช่น การศึกษาของศรีัญญา คล้ายสกุล (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกาย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะ ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองของคานเฟอร์ (Kanfer. 1980) มีแนวคิดมาจากทฤษฎีทางปัญญาสังคม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) มีเทคนิคการกำกับตนเอง ได้แก่ การประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ การอบรมให้ความรู้ การกำหนดเป้าหมาย การฝึกทักษะ การปฏิบัติ และการประเมินผล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการลดลงของความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสาคร นันทโกวัฒน์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองเพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของกษมล ธนะวงศ์ (2556) ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้สุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลโดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดการเรียนรู้วิชาสุขศึกษาโดยทฤษฎีการกำกับตนเอง มีแนวคิดในการฝึก ประกอบด้วย 1) ชั้นสังเกตตนเอง 2 การตั้งเป้าหมาย และการเตือนตนเอง 2) ชั้นตัดสินใจ และ 3) ชั้นแสดงพฤติกรรมยาต่อตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนรู้วิชาสุขศึกษาแบบปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของคณิตา จันทवास (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักและน้ำหนักตัว โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 1) การสังเกตพฤติกรรมตนเอง โดยตั้งเป้าหมายเชิงบวกที่สามารถทำได้ และการเตือนตนเองด้วยการบันทึกพฤติกรรม 2) การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การแสดงพฤติกรรมต่อตนเอง ให้รางวัลตนเองเมื่อทำได้ตามเป้าหมาย และการอภิปรายกลุ่มเมื่อมีพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนจากพยาบาลตามปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งการศึกษารุสนี วาอาयीตา (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมลดตนเองและการลดน้ำหนัก โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การฝึกการกำกับตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย 4) การสร้างพฤติกรรมลดตนเอง และ 5) การติดตามผลและประเมินผล เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการกำกับตนเอง และพฤติกรรมลดตนเอง ดีวก่อนได้รับโปรแกรม รวมทั้งมีน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และค่ารอบเอวลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของนวลพรรณ เอี่ยมตระกูล (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหาร ความเสี่ยง การออกกำลังกายและการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนการทบทวนเอกสารและงานวิจัยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้การกำกับตนเอง เช่น การศึกษาของสเวนเดอแมนและคณะ (Swendeman; et al. 2015) ศึกษาการเตือนตนเองด้วยสมาร์ทโฟนในการสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มที่มีเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 50 คน โดยถูกสุ่มเข้าเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนทุกวัน จำนวน 34 คน และ 2) กลุ่มที่ใช้แค่การสำรวจทางเว็บไซต์ทุกสองสัปดาห์ โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการเตือนตนเอง (Self-monitoring) จำนวน 6 สัปดาห์ ซึ่งการเตือนตนเองด้วยสมาร์ทโฟน จะประกอบด้วย การให้ยา สุขภาพจิต การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า การเตือนตนเองมีทั้งการตระหนักรู้ตนเอง สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ การเสริมแรงจากการติดตามของตนเอง และอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยง แรงจูงใจ ทักษะ และภาวะการกระตุ้นเชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนแนะนำว่าการใช้การเตือนตนเองทุกวันจะได้รับประโยชน์มากกว่าความถี่ทุกสองสัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการเตือนตนเองทุกวันจะมีการตระหนักรู้ตนเองเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่มาจากการเตือนตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับจากการสำรวจทางเว็บไซต์ทุกสองสัปดาห์

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ (Integrative literature review) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศและโปรแกรมการให้การศึกษาเรื่องเพศในกลุ่มวัยรุ่นชายเอเชียและอเมริกัน เพื่อประเมินปัจจัยทั่วไปจากโปรแกรมการให้ความรู้ทางเพศที่ประสบความสำเร็จ พบว่า มีจำนวน 2 โปรแกรมที่ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ดังนี้ 1) โปรแกรมทางเลือกที่ปลอดภัย (Safer choices) เป็นโปรแกรมที่ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสังคมปัญญา อิทธิพลทางสังคม และรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของโรงเรียน โปรแกรมมีจุดประสงค์เพื่อลดโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยการเพิ่มความรู้อย่างชัดเจน และการรับรู้เกี่ยวกับการบังคับใจตนเองและการใช้ถุงยางอนามัย โปรแกรมนี้ช่วยยืดระยะเวลาการเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ เพิ่มการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย ลดการเกิดขึ้นของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและลดจำนวนคู่นอนที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น และ 2) โครงการพัฒนาการทางสังคมของซีแอตเติล (Seattle Social Developmental Project) เป็นโปรแกรมที่มีอิทธิพลในระยะยาวที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศ การตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบพัฒนาการทางสังคม โดยเด็กนักเรียนจะได้รับความรู้จากครูที่ได้รับการฝึกมาแล้ว โปรแกรมมีจุดประสงค์เพื่อลดอาชญากรรมที่ไม่รุนแรง การใช้สารเสพติด กิจกรรมทางเพศ การตั้งครรรภ์ ความผูกพันกับโรงเรียน ความสำเร็จในโรงเรียน การถูกไล่ออกจากโรงเรียน โปรแกรมนี้ช่วยยืดระยะเวลาการเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย ลดจำนวนคู่นอนที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ลดอัตราการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มอัตราการตรวจสอบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น (Lee; et al. 2015) เช่นเดียวกับมอริสัน-บีดีและคณะ (Morrison-Beedy; et al. 2013) ศึกษาการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง ผลการวิจัยจากการทดลองที่มีกลุ่มควบคุมอย่างสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีความเสี่ยง โดยต้องยังไม่แต่งงาน ไม่ตั้งครรรภ์ ไม่คลอดลูกในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีกิจกรรมทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสังคมปัญญา ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี การเพิ่มความพร้อมในการลดพฤติกรรมเสี่ยง (แรงจูงใจ) และการชี้แนะ รวมทั้งการเป็นแบบอย่างและมีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะระหว่างบุคคล และการจัดการตนเองที่เกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงและการใช้ถุงยางอนามัย ใช้กิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การเล่นเกม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เรื่องโภชนาการ สุขภาพ การจัดการความโกรธ เป็นต้น พบว่า มีความเสี่ยงทางเพศลดลง มีจำนวนการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันลดลง และมีจำนวนคู่นอนลดลง

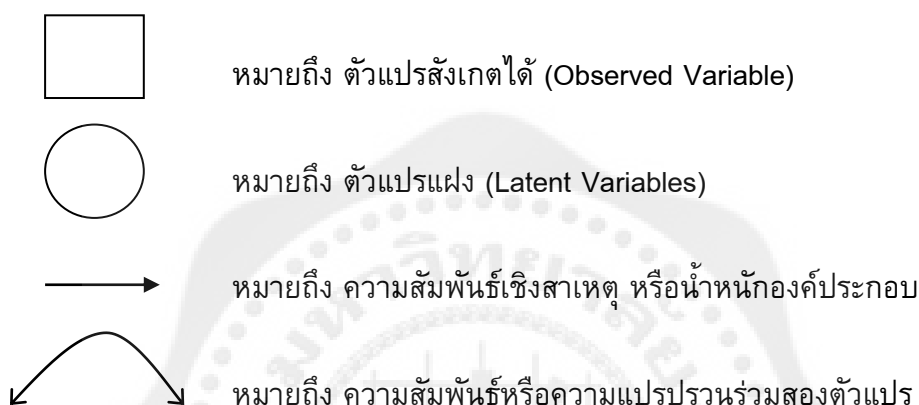
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัย การเจริญพันธุ์ แสดงให้เห็นว่า มีหลายรูปแบบกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงนำมาสู่กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2 ที่นำแนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยที่สำคัญบางประการในการวิจัยระยะที่ 1 มาร่วมกันใช้เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นตัวแปรจัดการกระทำ สามารถสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2 ได้

6. รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ

รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ หรือโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ทดสอบและประมาณค่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยใช้การรวมข้อมูลทางสถิติกับข้อตกลงเบื้องต้นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โมเดลสมการโครงสร้างใช้วิเคราะห์เพื่อยืนยันโมเดลมากกว่าใช้วิเคราะห์เพื่อสำรวจหรือระบุโมเดล ซึ่งเหมาะสมสำหรับทดสอบทฤษฎีมากกว่าการสร้างทฤษฎี การวิเคราะห์ด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง เริ่มจากสมมติฐานการวิจัยที่แสดงในรูปของโมเดล โดยโมเดลนั้นสามารถสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรที่อยู่ในโมเดลได้ แล้วตรวจสอบโมเดลว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยหรือไม่ ข้อตกลงเบื้องต้นในโมเดลบางอย่างสามารถผ่อนคลายได้ ในระหว่างการวิเคราะห์เพื่อยืนยันโมเดลนั้น อาจมีการปรับโมเดล

เพื่อให้สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูล โดยจุดแข็งของโมเดลสมการโครงสร้าง คือ สามารถสร้างตัวแปรแฝง (Latent Variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง โดยสามารถวัดประมาณค่าได้จากโมเดลด้วยตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถวัดค่าได้ และยังสามารถทราบค่าความเที่ยงของตัวแปรที่สังเกตได้ที่วัดตัวแปรแฝงในโมเดลด้วย นอกจากนี้ยังสามารถประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงได้ (สุภมาส อังศุโชติ; สมถวิล วิจิตรวรรณ; และรัชณีกุล ภิญญภาณุวัฒน์. 2554: 4)

เพื่อให้เข้าใจสัญลักษณ์ต่างๆ ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ดังนี้



รูปแบบสมการโครงสร้าง ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ โมเดลการวัด (Measurement model) และโมเดลโครงสร้าง (Structural model) ดังนี้

1. โมเดลการวัด (Measurement model) เป็นโมเดลที่ระบุความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรสังเกตได้ มี 2 ชนิด คือ โมเดลวัดสำหรับตัวแปรแฝงภายนอก และโมเดลวัดสำหรับตัวแปรแฝงภายใน

2. โมเดลโครงสร้าง (Structural model) เป็นโมเดลที่ระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรแฝง

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง มีขั้นตอน (สุภมาส อังศุโชติ; สมถวิล วิจิตรวรรณ; และรัชณีกุล ภิญญภาณุวัฒน์. 2554: 10-13) ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนารอบแนวคิดของการวิจัย และทำให้ทราบว่าควรเลือกตัวแปรใดบ้างเข้ามาอยู่ในโมเดล และทำให้ทราบถึงการสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรนั้นๆ ด้วย

2. พัฒนาโมเดลการวิจัย โดยนำตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย และกำหนดให้เป็นโมเดลของการวิจัย

3. การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (Model Identification) ศึกษาลักษณะการกำหนดค่าพารามิเตอร์ที่ยังไม่ทราบค่าในโมเดลการวิจัยว่าเป็นไปตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์หรือไม่ โดยการเปรียบเทียบค่า $n(n+1)/2$ กับจำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า

4. การประมาณค่าพารามิเตอร์ เมื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ค่าเดียวว่าอยู่ในภาวะ Over Identification โปรแกรมจะประมาณค่าพารามิเตอร์ทุกค่าในโมเดล แล้วนำค่าพารามิเตอร์เหล่านั้นคำนวณกลับเป็นค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดล แล้วแสดงในรูปของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมจากการประมาณค่าตามโมเดล

5. การตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (model fit) โดยโปรแกรมจะนำเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมจากการประมาณค่าตามโมเดล ลบออกจากเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของข้อมูลดิบ เรียกเมทริกซ์นี้ว่า เมทริกซ์ส่วนเหลือ โดยโปรแกรมจะใช้สถิติไคสแควร์ ตรวจสอบว่าเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมจากการประมาณค่าตามโมเดลต่างจากเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของข้อมูลดิบหรือไม่ ถ้าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญแสดงว่าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกัน

6. การปรับโมเดล ถ้าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกัน ผู้วิจัยจะต้องปรับโมเดล แล้วดำเนินการวิเคราะห์ใหม่จนกว่าโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์จะสอดคล้องกลมกลืนกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิจัยในระยะที่ 1 โดยใช้รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโมเดลการวิจัย ระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล ประมาณค่าพารามิเตอร์ ตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการปรับโมเดล

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวสามารถสร้างแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งแบบจำลองสมมติฐาน ประกอบด้วย ตัวแปรแฝง 5 ตัว ที่วัดค่ามาจากตัวแปรสังเกตได้ 14 ตัว ดังนี้

ตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 2 ตัวแปร คือ ความรู้ความเข้าใจ และการนำไปใช้ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 4 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ในการ

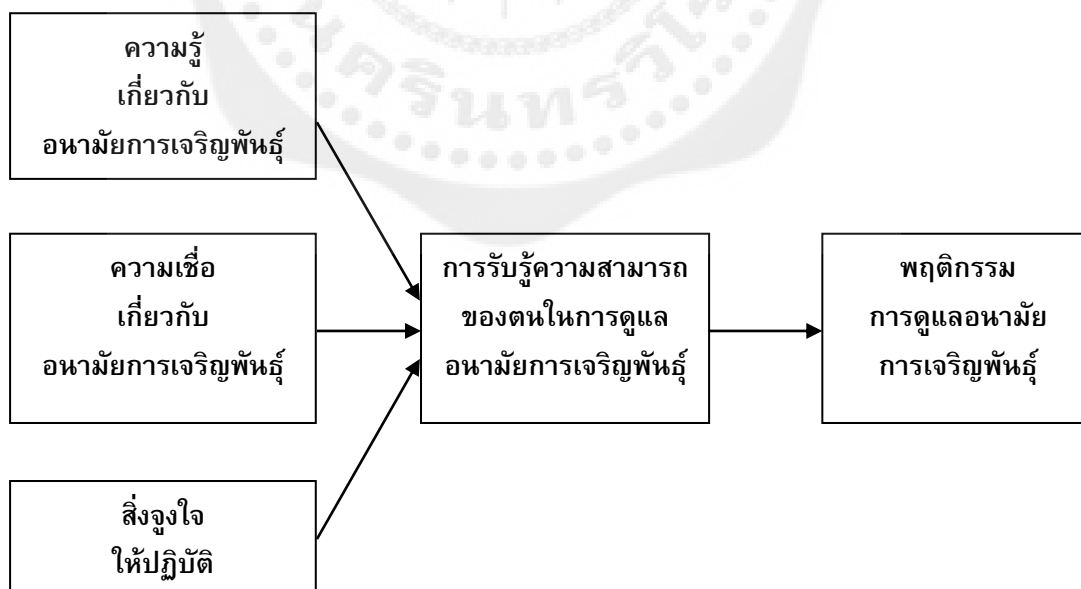
ดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และ 3) สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 2 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และ 2) พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัวแปร คือ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่วนความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

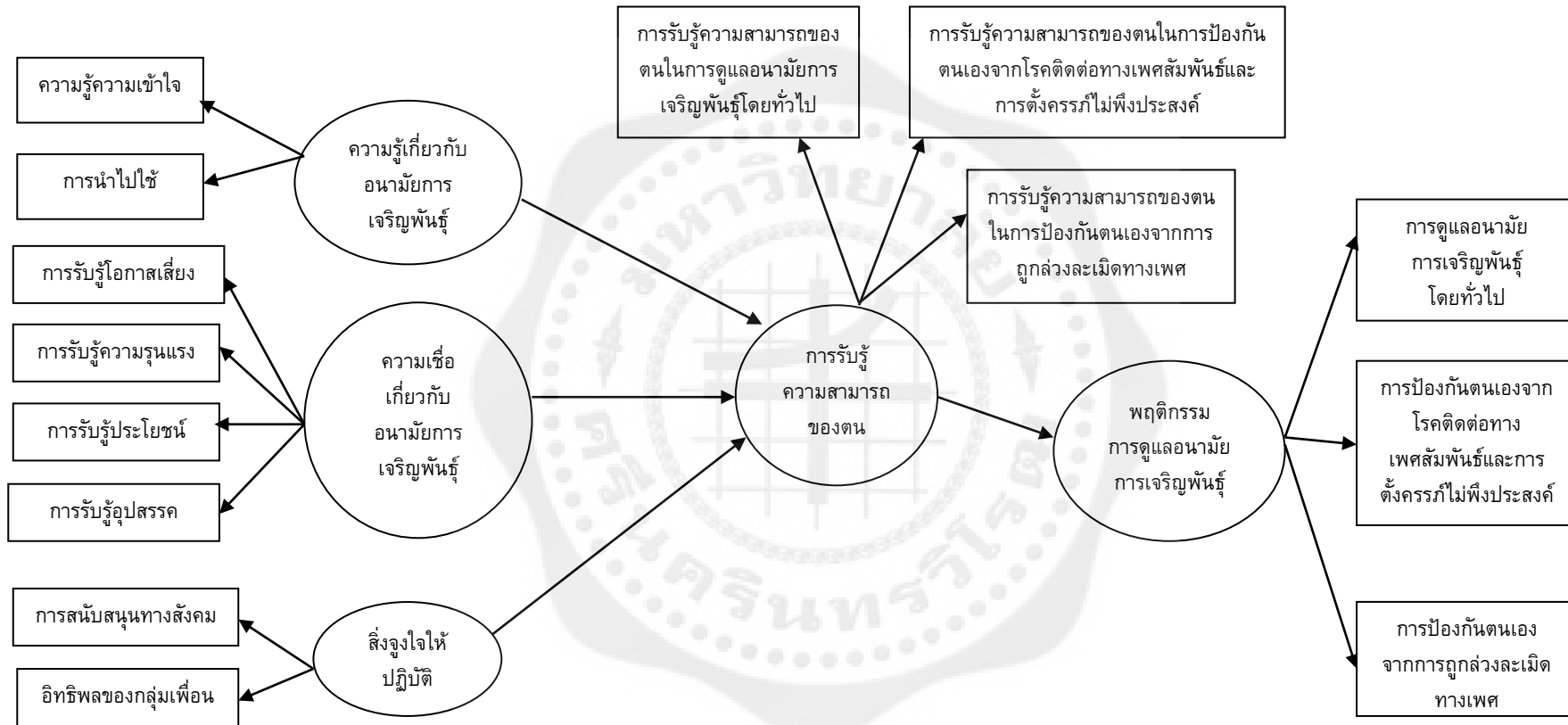
ความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยและรูปแบบโครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของการวิจัยระยะที่ 1 แสดงดังภาพประกอบ 15-16

กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1



ภาพประกอบ 15 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1

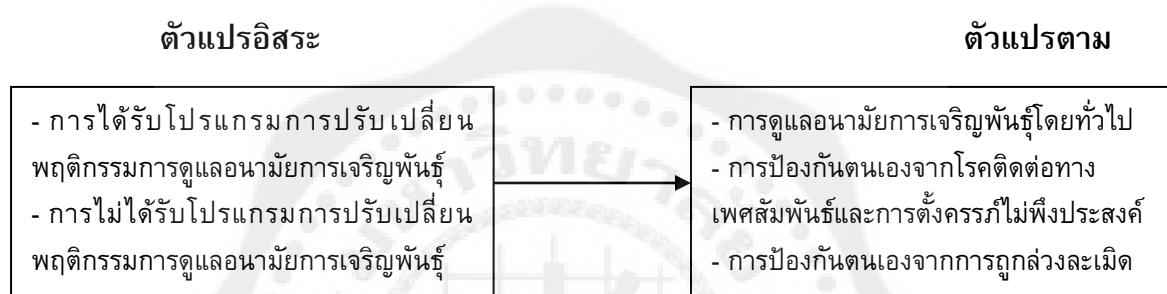
รูปแบบโครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์



ภาพประกอบ 16 รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

หลังทราบรูปแบบความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยจะนำตัวแปรที่มีอิทธิพลเหล่านี้มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ตามกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) โดยมุ่งศึกษาประสิทธิผลของการทำกิจกรรมในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว แสดงดังภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

8. นิยามปฏิบัติการตัวแปร

1. พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง การปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป หมายถึง การที่นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวทำความสะอาดและดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยวิธีที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การล้างอวัยวะสืบพันธุ์และซับให้แห้งหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง การไม่ใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้นบ่อยเกินไป การไม่สวมชุดชั้นในที่อับชื้น ต้องซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก เป็นต้น โดยสร้างแบบสอบถามตามนิยามปฏิบัติการเพื่อวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการทำความสะอาดและดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไปสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

1.2 การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การปฏิบัติตนของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การต่อรองกับคู่นอนให้ใช้ถุงยางอนามัย

ขณะมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยและการกินยาเม็ดคุมกำเนิดได้ถูกวิธี การลดความเสี่ยงโดยการล้างอวัยวะเพศก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น โดยสร้างแบบสอบถามตามนิยามปฏิบัติการเพื่อวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

1.3 การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ หมายถึง การปฏิบัติตนของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น ความสามารถที่จะระบุพฤติกรรมที่เข้าข่ายล่วงละเมิดทางเพศ และสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การรับมือกับสถานการณ์เมื่อถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น โดยสร้างแบบสอบถามตามนิยามปฏิบัติการเพื่อวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. โปรแกรมปรับพฤติกรรมของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยการจัดการเรียนรู้จากชุดกิจกรรมที่ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน แนวคิดการกำกับตนเอง และแนวคิดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยปรับให้สอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้ วัฒนธรรม และบริบทของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของคะแนนตัวแปรพฤติกรรมในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามและแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบด้วย

3.1 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไปได้

3.2 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้

3.3 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้แนวทางตามการสร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา (Bandura, 2006) และประยุกต์แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนของแกสตาล ปินเฮโร และวาสเกซ (Gastal; Pinheiro; & Vazquez, 2007) มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย

4.1 ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในการจดจำและระลึกได้ในสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือมีประสบการณ์มาแล้ว ทั้งยังสามารถทำความเข้าใจและอธิบายความหมายของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สาเหตุของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และหาความสัมพันธ์ของโรคกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้

4.2 การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในการนำเอาความรู้ แนวคิด และวิธีการเกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้รับไปปรับใช้ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม ด้านการรู้คิด และแบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องเพศของทัลบอตและแลงดอน (Talbot; & Langdon, 2006) ปรับใช้ให้เหมาะสม เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีลักษณะเป็นแบบชนิดจำกัดตัวเลือกถูกผิด มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงใด โรคมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย

5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงใด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker, 1988) โดย

ลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวว่าโรคเกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเองมากน้อยเพียงใด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) โดยลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับบอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5.3 การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงเชื่อว่าการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำ ให้ไม่เป็นโรค ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) โดยลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5.4 การรับรู้อุปสรรคในการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์ และอุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) โดยลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนหรือขัดขวาง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลการบอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ชักจูงสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย

6.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ทั้งด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุ ในลักษณะของการแสดงความเข้าใจ และให้กำลังใจพร้อมที่จะให้คำแนะนำปรึกษาในการดูแลบอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามนิยามปฏิบัติการ โดยลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

6.2 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน หมายถึง ระดับการรับรู้ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการยอมรับและคล้อยตามอิทธิพลของเพื่อนที่สามารถจะชักจูงให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามนิยามปฏิบัติการ โดยลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า

9. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยระยะที่ 1

1. รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อย ดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.2 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.4 ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.5 สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.6 สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

1.7 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

สมมติฐานการวิจัยระยะที่ 2

1. นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการออกแบบวิธีการวิจัยหลากหลายวิธีที่เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกัน (Sequential multimethod design) (Morse. 2003) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสาเหตุ (Causal research) เพื่อทราบโครงสร้างเชิงเหตุและผล ว่าตัวแปรเชิงสาเหตุตัวใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และค้นหาตัวแปรเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ว่ามีความเหมาะสมในการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

ในการวิจัยแต่ละระยะมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1: วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2559 จากโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น และโรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่ และนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี เนื่องจากโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรีไม่มีการเรียนการสอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย รวมทั้งสิ้น 202 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2559 ของโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น และโรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่ ส่วนโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี ผู้วิจัยสุ่มเลือกเฉพาะนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โดยจะต้องไม่มีความพิการทางสติปัญญาาร่วมด้วยอันอาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 190 คน

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวทางตามการสร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura. 2006) และประยุกต์แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของแกสตาล ปินเฮโร และวาสเกซ (Gastal; Pinheiro; & Vazquez. 2007) เพื่อวัดระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “ไม่จริงที่สุด” (1 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-72 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบบวัดนี้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .262-.754 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ .758

ตัวอย่างคำถาม เช่น

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป						
0 ฉันรู้ว่าฉันสามารถขับอวัยวะเพศให้แห้งด้วยผ้าสะอาด
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์						
0 ฉันสามารถกินยาเม็ดคุมกำเนิดได้อย่างถูกวิธี
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ						
0 ฉันมั่นใจว่าฉันจะไม่ไปในสถานที่เปลี่ยวคนเดียว

2.4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม ด้านการรู้คิด และแบบสอบถามความรู้ทั่วไปเรื่องเพศของทัลบอตและแลงดอน (Talbot; & Langdon. 2006) ปรับใช้ให้เหมาะสม เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบชนิดจำกัดตัวเลือกถูกผิด มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-9 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบบวัดนี้มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง .333-.667 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .213-.544 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ .568

ตัวอย่างคำถาม เช่น

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ความรู้ความเข้าใจ		
0 การมีเพศสัมพันธ์โดยให้คู่นอนหลังข้างนอกจะไม่ทำให้ท้อง การนำไปใช้
0 เราควรใส่แผ่นอนามัยทุกวัน

2.5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามนิยามปฏิบัติการ เพื่อวัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงใด โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้มากน้อยเพียงใด มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับจาก “จริงที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “ไม่จริงเลย” (1 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 20-120 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบบวัดนี้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .205-.877 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ .896

ตัวอย่างคำถาม เช่น

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์						
0 การหลังข้างนอกก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์						
0 การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้มีความลำบากในการใช้ชีวิต
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์						
0 การไม่ใส่สวามทางเพศเป็นสิ่งที่ควรกระทำ
การรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์						
0 ไม่สามารถซื้อหรือพกถุงยางอนามัยได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่น่าอาย

2.6 แบบสอบถามสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) เพื่อวัดการรับรู้ข้อมูลที่ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดการกระทำพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่ชักจูงให้ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” (6 คะแนน) ถึง “ไม่จริงเลย” (1 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-72 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบบวัดนี้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .210-.484 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟา เท่ากับ .711

ตัวอย่างคำถาม เช่น

	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง	ค่อนข้าง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
ข้อความ			จริง	ไม่ จริง		
การสนับสนุนทางสังคม						
0 ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องเพศศึกษากับพ่อแม่ได้
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน						
0 เพื่อนแนะนำฉันไม่ให้เป็นสถานที่เปลี่ยวเพียงลำพัง

3. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการสร้างและการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัด ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบหลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ว่าเนื้อหาที่ต้องการวัดมีความครอบคลุมตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าดัชนีความสอดคล้องที่คำนวณได้ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ส่วนข้อคำถามใดที่มีค่าต่ำกว่า 0.5 ให้พิจารณาตัดทิ้งหรือทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (อรพินทร์ ชูชม. 2545: 340)

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้กับนักเรียน จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้ ให้ทำการวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย โดยคำนวณจากสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อกับจำนวนผู้ตอบทั้งหมด โดยทั่วไปค่าความยากง่ายสำหรับแบบทดสอบควรมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.3-0.7 (อรพินทร์ ชูชม. 2545: 271; อ้างอิงจาก Gregory. 1996)

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (r) แล้วทำการปรับปรุงข้อคำถามโดยวิธีการตัดข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.20 และข้อคำถามที่มีความกำกวม ให้ทำการปรับปรุงเนื้อหาให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัด

ทั้งนี้ สามารถสรุปคุณภาพเครื่องมือตัวแปรแต่ละตัว ในขั้นตอนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือและแบบสอบถามที่ใช้จริง แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 คุณภาพเครื่องมือของตัวแปรในขั้นการทดสอบและใช้จริง

ตัวแปร	Try out (N=60)		Final (N=190)	
	อำนาจจำแนก	Alpha	อำนาจจำแนก	Alpha
1. พฤติกรรมการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์	.201-.583	.733	.208-.637	.823
2. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลนามัยการเจริญพันธุ์	.262-.754	.758	.191-.541	.683
3. ความรู้เกี่ยวกับนามัยการเจริญพันธุ์	.213-.544	.568	.167-.455	.554
4. ความเชื่อเกี่ยวกับนามัยการเจริญพันธุ์	.205-.877	.896	.156-.655	.836
5. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ	.210-.484	.711	.282-.692	.861

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ยื่นขอหนังสือแนะนำตัวและจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อแสดงฐานะของผู้วิจัยต่อผู้บริหารโรงเรียนศรีสังวาลย์ทุกแห่ง ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น และได้แจกเอกสารเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลในการวิจัย

2. แนบจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยไว้ในแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนำไปให้นักเรียน โดยผู้วิจัยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่โรงเรียนเป็นผู้ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับนักเรียน

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จึงนำแบบสอบถามเหล่านั้นมาตรวจสอบความถูกต้องให้แน่ใจก่อนกำหนดรหัสข้อมูล ลงรหัส และตรวจสอบข้อมูลให้ตรงตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรล เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อค้นหาตัวแปรที่สำคัญเพิ่มเติม

5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้แบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยทำการตรวจสอบจำนวนของแบบสอบถามและตรวจสอบคุณภาพของการตอบแบบสอบถาม แล้วทำการลงรหัสข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม SPSS หลังจากนั้น ดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าสถิติอื่นๆ เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง ด้วยโปรแกรม LISREL เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของรูปแบบสมมติฐานเชิงทฤษฎี กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การประมาณค่าแบบความน่าจะเป็นสูงสุด และมีค่าสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืน (Hair; et al. 1995) ดังนี้

(1) ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square: χ^2) เป็นการทดสอบว่ารูปแบบเชิงทฤษฎีที่สร้างขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยถ้าค่าสถิติไคสแควร์มีค่าต่ำ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า โมเดลที่กำหนดขึ้นสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(2) ค่า SRMR (Standardized root mean square residual) เป็นค่าเฉลี่ยของเศษที่เหลือจากการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับค่าที่ประมาณจากค่าพารามิเตอร์ ซึ่งถ้าค่า SRMR มีค่าน้อยกว่า .05 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(3) ค่า RMSEA (Root mean square error of approximation) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของรูปแบบที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร โดยค่า RMSEA ที่มีค่าต่ำกว่า .10 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดี (Good fit) ถ้ามีค่าต่ำกว่า .05 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดีมาก (Very good fit) ถ้ามีค่าต่ำกว่า .01 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนในระดับดีเยี่ยม (Outstanding fit) และถ้าค่า RMSEA มีค่าเท่ากับ 0 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนอย่างแท้จริง

(4) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness-of-fit index: GFI) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องกลมกลืนจากโมเดลก่อนและหลังปรับโมเดลกับฟังก์ชันความสอดคล้องกลมกลืนก่อนปรับโมเดล ค่า GFI ควรค่ามากกว่า .90 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

(5) ค่า CFI (Comparative fit index) เป็นดัชนีที่คิดค้นโดยเบนท์เลอร์ (Bentler. 1989) เป็นดัชนีเชิงเปรียบเทียบที่มีการคำนวณขึ้นจากค่าสถิติไคสแควร์ที่มีการแจกแจงแบบ non-central distribution มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนดีกว่าโมเดลฐาน เกณฑ์ที่นิยมใช้ คือ โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืน ควรค่า CFI ไม่ต่ำกว่า .90

(6) ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤต (Critical N: CN) เป็นค่าขนาดตัวอย่างที่ใช้ค่าสถิติไคสแควร์ ทดสอบข้อมูล ค่า CN สูงกว่าหรือเท่ากับ 200 ของกลุ่มตัวอย่าง จะมีแนวโน้มว่าค่าสถิติไคสแควร์จะไม่มีนัยสำคัญ คือ ข้อมูลโมเดลที่สร้างขึ้นสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Bollen.1989)

(7) สหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation: R^2) หรือค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรสังเกต โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 โดยค่าสถิติที่มีค่าสูง แสดงว่า โมเดลมีความเที่ยงตรง แต่ถ้ามีค่าสถิติน้อย แสดงว่า โมเดลมีความเที่ยงตรงน้อย และไม่มีประสิทธิภาพ

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1



ภาพประกอบ 18 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 2: การวิจัยเชิงทดลอง

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ว่ามีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียน โดยคาดหวังว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถคงพฤติกรรมนี้ไว้ได้ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย นักเรียนหญิงพิการทางการเคลื่อนไหวของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 30 คน เหตุผลที่กำหนดเฉพาะระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ไม่มีนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปลาย จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน สาเหตุที่ผู้วิจัยเลือกทำการทดลองในโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ในการทำกิจกรรม ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งหมด 10 ครั้ง นักเรียนในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน เป็นนักเรียนที่พิการทางการเคลื่อนไหวในหลายลักษณะจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคกล้ามเนื้อเสื่อม (Muscular dystrophy) ซึ่งทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและเป็นโรคที่มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงขึ้น (Progressive disease) โปลิโอ ซึ่งทำให้มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเช่นกัน แต่เป็นโรคที่ไม่มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงขึ้น (Stable disease) และอาการอัมพาตแบบเกร็งที่เกิดจากอาการทางสมอง (Cerebral palsy) ซึ่งทำให้มีอาการเกร็งเวลาพูดหรือเดิน แต่สติปัญญาปกติ และอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ เฝือกพยุง (Braces) ไม้ค้ำยัน (Crutches) ไม้ค้ำยันที่สูงแค่ข้อศอก (Canadian canes) วอล์กเกอร์ (Walker) วีลแชร์ธรรมดา (Manual wheelchair) และวีลแชร์ไฟฟ้า (Motorized wheelchair)

เกณฑ์ในการคัดเลือกนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองระยะที่ 2

1. เป็นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี
2. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
3. ไม่มีความพิการทางสติปัญญาและความพิการทางการเรียนรู้ร่วมด้วย
4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. มีความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คัดเลือกนักเรียน จำนวน 30 คน ของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุ แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกำหนดให้นักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องของอายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาและคะแนนทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้เวลา 20 ชั่วโมง แบ่งเป็น 10 คาบ โดยนักเรียนต้องสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือครู

ทั้งนี้ โดยก่อนทำการทดลอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ประโยชน์ และ รายละเอียด ขั้นตอนในการทำกิจกรรมทดลองการวิจัย รวมทั้งมีหนังสือแสดงความยินยอมจาก ผู้ปกครองหรือครู

2. แบบแผนการทดลอง

การวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมอยู่ในโรงเรียนเดียวกัน เพื่อให้มีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด ในทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้แบบ แผนการทดลองแบบวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (Pretest-posttest design)

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ตัวแปรพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 3 ส่วน ได้แก่

2.1 การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป

2.2 การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึง

ประสงค์

2.3 การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร ได้แก่ แบบสอบถาม 5 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ

ทั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่โดยเน้นเฉพาะตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรม แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ

3.2 โปรแกรมการทดลอง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง โดยผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และจากการสัมภาษณ์ครูและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า การกำกับตนเองมีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของนักเรียน ผู้วิจัยจึงออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวโดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง ดังนี้

1. กิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย

1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยหลังจากผู้วิจัยอธิบายถึงการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยจะสนับสนุนให้นักเรียนนำไปปฏิบัติจริง เช่น การทำความสะอาดด้วยน้ำแล้วเช็ดให้แห้งทุกครั้งหลังเข้าห้องน้ำ การใช้ชุดชั้นในที่ทำจากผ้าฝ้าย การไม่ใช้แผ่นอนามัยทุกวัน การตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก หลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์ จึงให้นักเรียนมาแลกเปลี่ยนกัน

2) การใช้ตัวแบบ จากการยกตัวอย่างโดยผู้วิจัย และการแลกเปลี่ยนกันในการหารือเป็นกลุ่มย่อย โดยแต่ละกลุ่มจะนำเสนอตัวอย่างการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การทำความสะอาดด้วยการใช้กระดาษชำระเช็ดจากหน้าไปหลัง ผู้วิจัยจะให้นักเรียนที่สามารถปฏิบัติได้เล่าให้เพื่อนฟังถึงวิธีการที่จะนำมาปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของนักเรียน นอกจากนี้ ยังใช้ตัวอย่างจากการแสดงบทบาทสมมุติ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตน เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์หากยังไม่พร้อม ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่โดยไม่จำเป็นต้องตามใจแฟนหรือตามเพื่อน ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยนักเรียนทุกคนจะจับคู่กันเพื่อสลับบทบาทชาย-หญิง แล้วให้เพื่อนๆ ร่วมกันอภิปรายและคัดเลือกตัวอย่างที่ดีและเหมาะสมที่จะนำไปเป็นแบบอย่าง

3) การใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัยให้กำลังใจนักเรียนเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง

2. กิจกรรมที่ส่งเสริมการกำกับตนเอง ประกอบด้วย

1) ฝึกการตั้งเป้าหมาย โดยวิทยากรแจกสมุดบันทึก เด็กหญิงสดใส เพื่อให้นักเรียนตรวจสอบพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยให้นักเรียนตั้งเป้าหมายว่า ในแต่ละสัปดาห์นักเรียนจะทำพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ตามรายการที่ระบุไว้ในสมุดกี่ครั้ง และหากทำสำเร็จจะให้รางวัลตนเองอย่างไร

2) ฝึกบันทึกพฤติกรรม นักเรียนจะทำการบันทึกว่าในแต่ละวันนักเรียนได้ทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ข้อใดบ้าง เช่น เปลี่ยนชุดชั้นในทุกครั้งหลังอาบน้ำ ตากชุดชั้นในในที่แห้งและมีลมโกรก การทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่ให้แห้งหลังเข้าห้องน้ำ หลังหนึ่งสัปดาห์ นักเรียนจะได้รับคำแนะนำจากเพื่อนๆ และข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้วิจัย

3) ฝึกการประเมินพฤติกรรม นักเรียนจะได้ฝึกประเมินพฤติกรรมตนเอง โดยให้นักเรียนทำการบันทึกทุกวัน ว่าในหนึ่งสัปดาห์ นักเรียนได้ทำพฤติกรรมนั้นกี่วัน แล้วให้นักเรียนสรุปว่าในแต่ละพฤติกรรม นักเรียนทำได้จริงกี่วัน บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ พร้อมทั้งรางวัลที่ตนเองหากสามารถบรรลุเป้าหมาย และถ้าไม่บรรลุเป้าหมาย ให้ระบุสาเหตุและแนวทางแก้ไข โดย

3. กิจกรรมการพัฒนาอื่นๆ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นการใช้ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ แสดงให้นักเรียนเห็นถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์จากการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเห็นความสำคัญของประโยชน์และอุปสรรคจากการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ โดยให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือนักเรียนเป็นระยะ และกลุ่มเพื่อนมีส่วนร่วมในโปรแกรม เป็นต้น

นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย วิทยากร สื่อการสอนต่างๆ และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น แบบบันทึกการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อุปกรณ์สำหรับเล่นเกมและการทำกิจกรรมกลุ่ม ถูยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด อุปกรณ์ประเภทสื่อการสอน ได้แก่ แผ่นพลิก สไลด์ แผ่นพับ เป็นต้น

4. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลอง

ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยนำข้อมูลเบื้องต้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดตัวแปรเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน คือ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification) ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) ของแบนดูรา เป็นแนวคิดหลักในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง นอกจากนี้ยังมีแนวคิดอื่นๆ เช่น การพัฒนาความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกิจกรรมในโปรแกรม

กรอบในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง เป็นระยะของการจัดเตรียมความพร้อมของสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ วิทยากร เอกสารที่ใช้ สื่อการสอนต่างๆ เป็นต้น พร้อมทั้งรับสมัครกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ เข้าร่วมโปรแกรม โดยให้ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pretest)

2. ระยะทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม เข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่วนกลุ่มทดลอง ให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 7 กิจกรรม แบ่งเป็น 10 คาบ คาบละ 2 ชั่วโมง รวมเวลาทั้งหมด 20 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 สรุปกิจกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

คาบที่	ชื่อกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม/สื่อที่ใช้	ทฤษฎี/แนวคิดที่ใช้
1-4	1) สร้างความคุ้นเคย 2) ดูแลตัวเองด้วยนะจะปกป้องฉันหน่อย 3) ปลอดภัย ไร้กังวล 4) รู้ทัน ป้องกัน	1) เพื่อให้นักเรียนรู้สึกผ่อนคลายและมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยและเพื่อนๆ 2) เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3) เพื่อพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 4) เพื่อเสริมสร้างนักเรียนด้วยสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	- บรรยาย สาทิต บทบาท - สมมุติ กิจกรรมกลุ่มย่อย การนำเสนอและแลกเปลี่ยนในกลุ่มใหญ่ เกม - แผ่นภาพ - อุปกรณ์จริง เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย - บัตรคำ - ใบงาน	1. แนวคิดการจัดระบบ ความรู้ตามจุดมุ่งหมาย การศึกษาของบลูม 2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ
5-10	5) ไม่ยากเลยถ้าจะทำ 6) มั่นใจ ไม่หวั่นกระแส 7) สิทธิของฉัน	1) เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ 2) เพื่อพัฒนาทักษะการกำกับตนเอง	- บรรยาย บทบาทสมมติ - แลกเปลี่ยนในกลุ่ม - การเล่าเรื่อง - แผ่นภาพ - บัตรคำ - ใบงาน	1. การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง 2. การกำกับตนเอง - การสังเกตตนเอง - การตัดสินใจตนเอง - การแสดงปฏิกิริยาต่อ ตนเอง

3. ระยะหลังทดลอง แบ่งเป็น 2 ช่วงได้แก่

3.1 การทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) เพื่อวัดความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะทำการจับโปรแกรมทันที

3.2 การติดตามและประเมินผลนักเรียนในกลุ่มทดลอง หลังผ่านไป 1 เดือน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มนักเรียน และเพื่อให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคที่ค้นพบจากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์



ตาราง 3 สรุปการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

กิจกรรม/คาบที่	วัตถุประสงค์	การดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 1.1 มารู้จักกัน หน่อย คาบที่ 1	1) เพื่อให้นักเรียนรู้สึก ผ่อนคลายและสร้าง ความคุ้นเคยกับเพื่อน ต่างชั้นเรียนและผู้วิจัย	1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและแนะนำโครงการแก่นักเรียน 2) ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับนักเรียนโดยการพูดคุยและให้นักเรียนเล่นเกม (เกมจะเอ้และเกมฉันทคือ.....)	30 นาที	- ผ้าสำหรับกันระหว่างนักเรียนสองฝั่ง (ใช้ผ้าห่มหรือผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่)	- สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนของนักเรียน
กิจกรรมที่ 1.2 รู้จักตัวเอง มากขึ้นอีกนิด ดูแลตัวเองด้วย นะจ๊ะ (คาบที่ 1)	1) เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์และการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง	1) ให้นักเรียนชมสไลด์บรรยายเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ 2) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มแล้วตั้งคำถามเพื่อถามกลุ่มอื่นๆ 3) แข่งกันตอบคำถาม กลุ่มที่ชนะได้รางวัล	90 นาที	- คอมพิวเตอร์ โปรเจคเตอร์ และจอมอนิเตอร์ - แผ่นโปสเตอร์ อิท	- สังเกตการตั้งคำถามและการตอบคำถามของนักเรียน - สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่มและการตอบคำถาม
กิจกรรมที่ 2 ปกป้องฉัน หน่อย (คาบที่ 2)	1) เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	1) ให้นักเรียนชมสไลด์บรรยายเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) แนะนำให้นักเรียนรู้จักอุปกรณ์และวิธีการคุมกำเนิดและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการบรรยายและภาพประกอบ 3) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด	120 นาที	- ใบงานที่ 1: จริง – ไม่จริง - คอมพิวเตอร์ โปรเจคเตอร์ และจอมอนิเตอร์ - แผ่นโปสเตอร์ อิท - แผ่นภาพ	- สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่ม - สังเกตจากความสามารถในการบอกขั้นตอนการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - สังเกตจากความสามารถในการบอกว่าคุณเชื่อใจเป็นความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม/คาบที่	วัตถุประสงค์	การดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 3 ปลอดภัย ไร้ กังวล (คาบที่ 3)	1) เพื่อให้นักเรียนมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ จะเกิดโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) เพื่อให้นักเรียนมี การรับรู้ความรุนแรง ของโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	1) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ โดยใช้ใบงาน ห้อง-ไม่ห้อง และใบงานเสียงมาก - เสียงน้อย โดยให้อภิปรายกันในกลุ่มย่อย 2) นำเสนองานของแต่ละกลุ่ม 3) อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน กลุ่มใหญ่ 4) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับ ผลเสียที่อาจเกิดจากโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 5) นำเสนองานของแต่ละกลุ่ม 6) อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน กลุ่มใหญ่โดยผู้วิจัยช่วยเสริมข้อมูลและทำ ความเข้าใจเพิ่มเติม	120 นาที	- ใบงานที่ 2: ห้อง-ไม่ห้อง - ใบงานที่ 3: เสียงมาก - เสียง น้อย - flip chart - ปากกาเมจิก	- จำนวนคำถามที่นักเรียนตอบถูก - สังเกตจากเนื้อหาในการนำเสนอของ นักเรียนแต่ละกลุ่ม - การอภิปรายของนักเรียนในขณะที่ทำ กิจกรรมกลุ่ม - การอภิปรายของนักเรียนในกลุ่มใหญ่

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม/คาบที่	วัตถุประสงค์	การดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 4 รู้ทัน ป้องกัน (คาบที่ 4)	1) เพื่อให้นักเรียนมี การรับรู้อุปสรรคในการ ป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการ ตั้งครรภไม่พึงประสงค์ 2) เพื่อให้นักเรียนมี การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และ การตั้งครรภไม่พึง ประสงค์	1) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอภิปรายถึงอุปสรรค และข้อจำกัดในการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการตั้งครรภไม่พึงประสงค์ 2) นำเสนองานของแต่ละกลุ่ม 3) อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน กลุ่มใหญ่โดยผู้วิจัยช่วยเสริมข้อมูลและทำ ความเข้าใจเพิ่มเติม 4) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอภิปรายถึงประโยชน์ ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภไม่พึงประสงค์ 5) นำเสนองานของแต่ละกลุ่ม 6) อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน กลุ่มใหญ่ 7) ให้นักเรียนจับคู่แสดงบทบาทสมมติ เกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการตั้งครรภไม่พึงประสงค์ (เช่น ไม่มีเงิน ไม่กล้าซื้อ ยา ยาฉีด ตำหนิ) และแนวทางแก้ไข 8) คัดเลือกคู่ตัวอย่าง 9) อภิปรายร่วมกัน โดยผู้วิจัยช่วยเสริมข้อมูล และทำความเข้าใจเพิ่มเติม	120 นาที	- flip chart - ปากกาเมจิก - กระดาษเปล่าสำหรับร่าง คำตอบ	- สังเกตจากเนื้อหาในการนำเสนอเป็น กลุ่ม - สังเกตจากเนื้อหาในการแสดงบทบาท สมมติ - สังเกตการแสดงความคิดเห็นของ นักเรียนในการอภิปรายในกลุ่มย่อยและ กลุ่มใหญ่

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม/คาบที่	วัตถุประสงค์	การดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 5 ไม่ยากเลยถ้า จะทำ (คาบที่ 5-6)	1) เพื่อพัฒนาการ รับรู้ความสามารถ ของตนเองด้านการ ดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์	1) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มแล้วช่วยกันระบุนิเวศการดูแล อนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองในด้านต่างๆ เพื่อให้ นักเรียนสามารถแยกแยะพฤติกรรมการดูแลอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม 2) นำเสนองานของแต่ละกลุ่ม 3) อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มใหญ่ โดยผู้วิจัยช่วยเสริมข้อมูลและทำความเข้าใจเพิ่มเติม 4) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอภิปรายถึงข้อดีของการดูแล อนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง อุปสรรค ความ ยากลำบากและการแก้ไข 5) แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนในการนำเสนอ 6) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้ จากการทำงานกลุ่มของนักเรียน 7) ผู้วิจัยแจกสมุด “เด็กหญิงสดใส” ให้นักเรียนพร้อม อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการบันทึก 8) ให้นักเรียนฝึกตั้งเป้าหมายและสังเกตตนเองในการ ทำพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม 9) นักเรียนส่งตัวอย่างการบันทึกให้ผู้วิจัยเพื่อรับ feedback 10) ให้นักเรียนหารือกันว่า เมื่อทำได้ตามเป้าหมาย นักเรียนควรจะได้อะไรเป็นรางวัล	240 นาที แบ่งเป็น 3 ช่วง	- ใบงานที่ 4: พฤติกรรมการ ดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ เหมาะสมและไม่เหมาะสม - สมุดบันทึก “เด็กหญิง สดใส”	- สังเกตจากการตอบคำถามได้ ถูกต้องจากใบงานแสดงพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ เหมาะสมและไม่เหมาะสม - สังเกตจากการตอบคำถามได้ ถูกต้องจากใบงานพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ เหมาะสมและไม่เหมาะสม - สังเกตการแสดงความคิดเห็นของ นักเรียนในการอภิปรายในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ - สังเกตจากเนื้อหาในการนำเสนอ งานกลุ่ม - ตรวจสอบการบันทึกในสมุด “เด็กหญิงสดใส” ของนักเรียนแต่ละ คน

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม/คาบ ที่	วัตถุประสงค์	การดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 6 มั่นใจ ไม่หวั่น กระแส (คาบที่ 7-8)	1) เพื่อพัฒนาการ รับรู้ความสามารถ ของตนเองด้านการ ป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ไม่ พึงประสงค์	1) ให้นักเรียนจับคู่กันแสดงบทบาทสมมุติชาย หญิง โดยแต่ละคู่ จะได้รับแจกใบงานอธิบายเหตุการณ์สมมุติที่อาจเสี่ยงต่อการ ตั้งครรรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วให้เขียนบทสนทนา เพื่อปฏิเสชโดยใช้ทักษะการปฏิเสชที่ได้เรียนแล้ว 2) แสดงบทบาทสมมุติ 3) ให้นักเรียนจับคู่กันแสดงบทบาทสมมุติชาย หญิง โดยฝ่าย ชายหญิงต้องโน้มน้าวให้ฝ่ายชายใส่ถุงยางอนามัย แต่ละคู่จะ ได้รับแจกใบงานที่ระบุข้ออ้างของฝ่ายชายที่จะไม่ใส่ถุงยาง อนามัย 4) แสดงบทบาทสมมุติ 5) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่ม เพื่อหารือกันว่า ในการที่จะตัดสินใจว่า จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่นั้น ควรพิจารณาเรื่องใดบ้าง ให้นักเรียน อภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นส่งตัวแทน นำเสนอโดยขึ้นต้นประโยคว่า “ฉันสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ถ้า” 6) อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มใหญ่ โดยผู้วิจัยช่วย เสริมข้อมูลและทำความเข้าใจเพิ่มเติม 7) นักเรียนแบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการบันทึกในสมุด “เด็กหญิงสดใส” ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา และอภิปรายถึง ความสำเร็จและอุปสรรคในการทำตามแผน รวมทั้งแนวทางการ แก้ไข 8) อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มใหญ่ เพื่อหา แนวทางร่วมกันในการบรรลุเป้าหมายการกำกับตนเอง โดยการ สนับสนุนจากเพื่อน	240 นาที แบ่งเป็น 3 ช่วง	- ใบงานที่ 5: ทักษะการ ปฏิเสช - ใบงานที่ 6: ใส่ถุงเออะที่รัก - ใบงานที่ 7: มีเพศสัมพันธ์ ได้ถ้า - คอมพิวเตอร์ โปรเจคเตอร์ และจอมอนิเตอร์	- สังเกตจากเนื้อหาในการแสดง บทบาทสมมุติ - สังเกตการแสดงความคิดเห็น ของนักเรียนในการอภิปรายใน กลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ - ตรวจสอบจากจำนวนนักเรียนที่ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในสมุด บันทึก “เด็กหญิงสดใส”

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม/คาบที่	วัตถุประสงค์	การดำเนินกิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 7 สิทธิของฉันทัน (คาบที่ 9-10)	1) เพื่อพัฒนาการ รับรู้ความสามารถ ของตนเองด้านการ ป้องกันตนเองจาก การล่องละเมิดทาง เพศ	1) ผู้วิจัยอธิบายถึงสิทธิในร่างกายและสวัสดิภาพของสตรี ตัวอย่างการกระทำที่เข้าข่ายการล่วงละเมิดทางเพศ หน่วยงานเครือข่ายที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิและให้ความ ช่วยเหลือแก่เยาวชนและสตรี แนวทางการป้องกันตนเองและ การใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนทางสังคมที่อยู่รอบตัว 2) ให้นักเรียนแบ่งกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมในการแยกแยะ พฤติกรรมที่เข้าข่ายและไม่เข้าข่ายการล่วงละเมิดทางเพศ 3) นำเสนอผลการอภิปรายของแต่ละกลุ่มโดยผู้วิจัยช่วยเสริม ข้อมูลและทำความเข้าใจเพิ่มเติม	200 นาที แบ่งเป็น 2 ช่วง	- ใบงานที่ 8: ละเมิด – ไม่ละเมิด - คอมพิวเตอร์ โปรเจคเตอร์ และ จอมอนิเตอร์	- สังเกตจากการตอบคำถาม ได้ถูกต้องจากใบงานแสดง พฤติกรรมพฤติกรรมที่เข้า ข่ายและไม่เข้าข่ายการล่วง ละเมิดทางเพศ - สังเกตจากเนื้อหาที่นำเสนอ ในการแสดงบทบาทสมมติ
- สรุป - ทำ posttest - ทำแบบ ประเมินความ พึงพอใจ		- ผู้วิจัยสรุปโปรแกรมและนัดหมายเพื่อการติดตามผล - นักเรียนทำแบบทดสอบ posttest และแบบประเมินความพึง พอใจ	40 นาที	- แบบทดสอบ posttest - แบบประเมินความพึง พอใจ	- คะแนนจากการทำ แบบทดสอบ posttest - คะแนนจากการทำแบบ ประเมินความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือ

ภายหลังการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เสร็จแล้ว จึงได้ดำเนินการปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือ โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ซึ่งหนึ่งในสามคนนี้ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาของคณาจารย์ เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความสอดคล้องด้านเนื้อหา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและรูปแบบ หลังจากนั้นจึงนำข้อเสนอแนะที่ได้ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนนำโปรแกรมไปใช้

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการทดลอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและขอใช้สถานที่

1.2 ติดต่อประสานงานกับครู เจ้าหน้าที่หรือผู้ประสานงานในโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยร่วมกับทางโรงเรียน ทำการคัดเลือกนักเรียนตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการทดลอง

1.4 ส่งจดหมายให้ผู้ปกครองหรือครูของนักเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์ดังกล่าว เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ กิจกรรมในโปรแกรม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับพร้อมทั้งจัดส่งใบยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรม

1.5 ทำการจัดเตรียมสถานที่ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ สื่อการสอนต่างๆ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ขั้นการเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนการดำเนินการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มทำการทดลอง โดยให้นักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest)

2.2 ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยให้นักเรียนกลุ่มทดลองเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 10 คาบ ใช้รวมเวลาทั้งหมด 20 ชั่วโมง ในระยะนี้กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

2.3 ขั้นตอนหลังการทดลอง เป็นขั้นตอนที่ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และให้ทำแบบทดสอบหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที เพื่อวัดข้อมูลตัวแปร ประกอบด้วย การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ภายหลังจบโปรแกรม ซึ่งดำเนินการทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และสำหรับกลุ่มทดลอง ยังให้ทำแบบประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรมหดงกล่าว และมีการติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากนักเรียนและเพื่อให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคที่ค้นพบจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และจากแบบบันทึกการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ว่ามีการบันทึกอย่างไร เกิดความต่อเนื่องมากน้อยเพียงใด เพื่อติดตามผลการปฏิบัติด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม โดยการประเมินผลการทดลองสามารถสรุปเป็นตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 แผนผังการทดสอบวัดผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

แบบแผนการวิจัยที่มีการวัดก่อน-หลัง (Pretest-Posttest Design)			
กลุ่ม	การทดสอบก่อน (T1)	โปรแกรมฝึก (Treatment)	การทดสอบหลังโปรแกรม (T2)
กลุ่มทดลอง	BEL, SEF, INF RHB1, PDP1, PSA1	X	RHB2, PDP2, PSA2
กลุ่มควบคุม	BEL, SEF, INF RHB1, PDP1, PSA1	-	RHB2, PDP2, PSA2

โดยที่ BEL	= ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
SEF	= การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
INF	= สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ
RHB1, RHB2	= การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยรวม ครั้งที่ 1, 2
PDP1, PDP2	= การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ครั้งที่ 1, 2
PSA1, PSA2	= การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ครั้งที่ 1, 2

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2



ภาพประกอบ 19 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

6. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
2. ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov test
3. ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้สถิติ Box's M Test เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และตรวจสอบความเท่ากันของตัวแปรทุกตัว โดยใช้วิธี Levene's test
4. ทดสอบสมมติฐาน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA)

7. การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

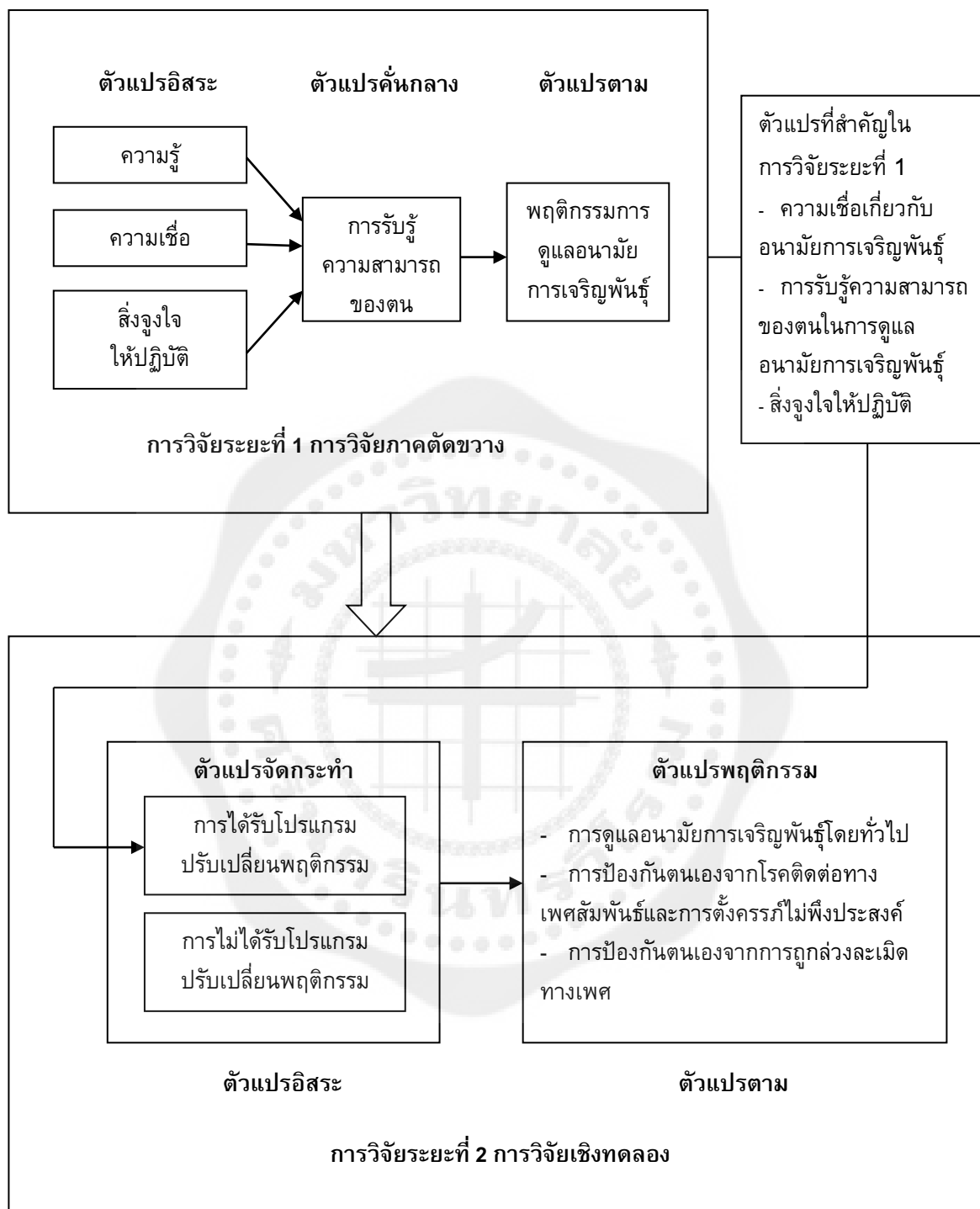
การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการทดลองในมนุษย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยทำเรื่องขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC/E-011/2560 รวมถึงทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ลงนามโดยผู้ปกครองหรือครู พร้อมอธิบายการวิจัยให้นักเรียนทุกคนทราบ เพื่อให้มั่นใจว่านักเรียนมีความเข้าใจอย่างแท้จริง และในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยนักเรียนสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้ แม้ว่าโครงการจะยังไม่สิ้นสุดก็ตาม และผู้วิจัยต้องชี้แจงให้นักเรียนมั่นใจว่าการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนหรือด้านอื่นๆ นอกจากนี้ นักเรียนต้องได้รับทราบว่า ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเป็นความลับ ในการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นการสรุปในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคล ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย นักเรียนในกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามดูแลนามัยการเจริญพันธุ์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้ นักเรียนในกลุ่มควบคุมได้รับความรู้และทักษะเช่นเดียวกัน

สรุปความสัมพันธ์ของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะ

การวิจัยในครั้งนี้ที่มีการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะ ต่างมีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

การวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ทราบข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และทำให้ทราบขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และจากการศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยระยะที่ 1 จะมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการสร้างและพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 นอกจากนี้ได้ทำการหาตัวแปรที่มีความสำคัญเพิ่มเติม โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ยังช่วยให้ทราบขนาดของตัวแปรในกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่อการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้น การวิจัยระยะที่ 1 จึงมีความสำคัญในการออกแบบกิจกรรมและวางแผนการควบคุมตัวแปรในกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งการวิจัยระยะที่ 2 มีความสำคัญและความสามารถในการยืนยันผลของความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุต่างๆ ในการวิจัยระยะที่ 1 ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการวิจัยระยะที่ 2 เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ดังนั้น ในเงื่อนไขของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลย่อมเกิดตามหลังสาเหตุ (Causal Relationship) จึงมีความชัดเจนมากกว่าการวิจัยระยะที่ 1 ที่เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional) ดังนั้น การวิจัยระยะที่ 2 จึงมีความสำคัญในการช่วยตรวจสอบความถูกต้องของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาระยะที่ 1 และเป็นการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ในบางคู่ตัวแปรที่อาจจะไม่พบในลักษณะการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง โดยได้แสดงความสัมพันธ์ของการวิจัยทั้ง 2 ระยะ ดังภาพประกอบ 20



ภาพประกอบ 20 ความสัมพันธ์ของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยเรื่องรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ในครั้งนี้เป็นการวิจัย 2 ระยะ โดยการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุและขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ ขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยแต่ละระยะ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสนองมติฐานการวิจัย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural equation modeling: SEM) ด้วยโปรแกรม LISREL พร้อมทั้งได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้วย โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการแปล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ดังนี้

ตาราง 5 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์	ความหมาย
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
Sk	ค่าความเบ้ (Skewness)
Ku	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ตาราง 5 (ต่อ)

สัญลักษณ์	ความหมาย
R^2	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
χ^2	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
df	องศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
p	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index)
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index)
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation)
SRMR	ค่ารากกำลังสองเฉลี่ยมาตรฐานของส่วนที่เหลือ (Standardized root mean square residual)
TLI	ค่าดัชนีทัทเกอร์ลูอิส (Tucker-Lewis index)
DE	อิทธิพลทางตรง (Direct effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)
TE	อิทธิพลรวม (Total effect)

ตาราง 6 สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต
1. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (Knowledge)	1. ความรู้ความเข้าใจ (k1) 2. การนำไปใช้ (k2)
2. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (Belief)	1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (b1) 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (b2) 3. การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ (b3) 4. การรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ (b4)
3. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ (Influence)	1. การสนับสนุนทางสังคม (i1) 2. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (i2)

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต
4. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ (Efficacy)	1. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป (e1) 2. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (e2) 3. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (e3)
5. พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ (Behavior)	1. การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป (b1) 2. การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (b2) 3. การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (b3)

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 190 คน ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.1 และมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.0 และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 ร้อยละ 51 รองลงมาคือ เกรดเฉลี่ย 2.01-3.00 ร้อยละ 47.4 ผู้ปกครองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 80.5 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.3 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.7 รองลงมาคือ รายได้ต่อเดือน 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 31.6 ข้อมูลแสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 ความถี่และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลคุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	74	38.9
16 ปีขึ้นไป	116	61.1
ระดับชั้นเรียน		
มัธยมศึกษาตอนต้น	114	60.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	76	40.0
ผลการเรียน		
1.01-2.00	3	1.60
2.01-3.00	90	47.4
3.01-4.00	97	51.1
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	153	80.5
ปริญญาตรี	29	15.3
สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.2
ระดับรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	121	63.7
10,001-50,000 บาท	60	31.6
มากกว่า 50,000 บาท	9	4.7

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการ เคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค่าตัวแปรโดยการคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) ค่าสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) จากนั้นจึงทำการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) โดย พิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งความเบ้และความโด่ง ถ้าไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ แสดงว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผลการทดสอบปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวแปร มี การแจกแจงเป็นโค้งปกติ ข้อมูลแสดงไว้ดังตาราง 8

ตาราง 8 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรสังเกต	M	SD	Sk	Ku	p
1. ความรู้ความเข้าใจ	0.583	0.261	-0.154	-0.735	.754
2. การนำไปใช้	0.697	0.200	-5.216	-0.357	.000*
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับ อนามัยการเจริญพันธุ์	4.900	1.012	-1.775	-2.109	.022*
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัย การเจริญพันธุ์	4.804	0.933	-0.658	-0.922	.526
5. การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์	4.878	0.864	-0.439	-0.556	.778
6. การรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการ เจริญพันธุ์	4.277	0.975	-0.219	-0.432	.889
7. การสนับสนุนทางสังคม	4.197	0.850	-0.582	-1.133	.444
8. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	4.389	0.971	-0.191	-0.360	.920
9. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัย การเจริญพันธุ์โดยทั่วไป	4.441	0.724	-0.107	-0.215	.972
10. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกัน ตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	4.211	0.990	-0.400	-0.890	.621
11. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกัน ตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ	4.564	1.001	-0.749	-1.391	.287
12. การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป	4.011	0.910	-0.005	-1.345	.405
13. การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	3.669	1.454	-0.206	-1.321	.409
14. การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิด ทางเพศ	4.700	1.123	-1.017	-1.602	.165

* p<.05

ข้อมูลจากตาราง 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา มีค่าอยู่ระหว่าง 0.583 – 4.900 สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.583 สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.900 ในส่วนของการกระจายของข้อมูล ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษา มีค่าอยู่ระหว่าง 0.200 – 1.454 สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีการกระจายของข้อมูลน้อยที่สุด คือ การนำไปใช้ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.200 สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุด คือ การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.454

การตรวจสอบความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกต พบว่า ตัวแปรสังเกตทั้งหมดมีความเบ้ติดลบ แสดงว่าข้อมูลค่อนข้างเบ้ไปทางซ้ายหรือค่าเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าค่ามัธยฐาน โดยมีค่าอยู่ระหว่าง -0.005 ถึง -5.216 ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความเบ้ติดลบน้อยที่สุด คือ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป สำหรับตัวแปรที่มีค่าความเบ้ติดลบมากที่สุด คือ การนำไปใช้

การตรวจสอบค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรสังเกต พบว่า ตัวแปรสังเกตทั้งหมดมีความโด่งติดลบ แสดงว่าข้อมูลโด่งน้อยกว่าปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง -0.215 ถึง -2.109 ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความโด่งติดลบน้อยที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งติดลบมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

การทดสอบลักษณะของการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ของตัวแปรสังเกต โดยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ หากตัวแปรใดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผลการตรวจสอบพบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีค่าไค-สแควร์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบปกติ แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่า มีตัวแปรสังเกตบางตัวมีค่าไค-สแควร์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ามีการแจกแจงไม่ปกติ เช่น ตัวแปรการนำไปใช้ และตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว ตัวแปรสังเกตส่วนใหญ่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงยังคงมีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นได้

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. ความรู้ความเข้าใจ (k1)	1.000													
2. การนำไปใช้ (k2)	.039	1.000												
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (p1)	.053	.308**	1.000											
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (p2)	.075	.247**	.599**	1.000										
5. การรับรู้ประโยชน์ (p3)	.053	.238**	.543**	.562**	1.000									
6. การรับรู้อุปสรรค (p4)	.115	.070	.256**	.128	.065	1.000								
7. การสนับสนุนทางสังคม (i1)	.076	.041	.323**	.362**	.195**	.022	1.000							
8. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (i2)	.118	.174*	.346**	.461**	.373**	-.044	.505**	1.000						
9. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป (e1)	.133	.090	.314**	.266**	.244**	.202**	.189**	.230**	1.000					
10. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ (e2)	.073	.257**	.433**	.198**	.371**	.330**	.080	.162*	.256**	1.000				
11. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (e3)	.127	.125	.247**	.236**	.341**	-.002	.226**	.436**	.404**	.261**	1.000			
12. การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป (b1)	.012	.116	.050	.090	.121	.131	-.145*	-.114	.093	.086	-.013	1.000		
13. การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (b2)	.029	.168*	.330**	.148*	.299**	.177*	.198**	.164*	.331**	.481**	.288**	.200**	1.000	
14. การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (b3)	.134	.236**	.276**	.206**	.324**	.042	.230**	.351**	.397**	.326**	.630**	.113	.533**	1.000

* p<.05, ** p<.01

หลังจากที่ได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของตัวแปรสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบข้อตกลงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าตัวแปรสังเกตที่ศึกษาจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูงจนเกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) โดยผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังแสดงในตาราง 9

ผลการตรวจสอบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ศึกษา พบว่า มีทั้งค่าความสัมพันธ์เชิงบวกและค่าความสัมพันธ์เชิงลบ โดยมีค่าสหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.145 ถึง .630 โดยตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ กับ การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ($r = .630, p < .01$) ตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์เชิงลบมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม กับ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป ($r = -.145, p < .05$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า ในภาพรวม คู่ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตทุกตัวไม่มีคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์เกิน .85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (Kline. 2005) ดังนั้น ตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้จึงไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ ถือว่าเป็นข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นได้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ

ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นที่ได้พัฒนาจากพื้นฐานทางแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ จากนั้นจึงพิจารณาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏ สำหรับการวิจัยระยะที่ 1 ทดสอบแบบจำลองตามสมมติฐานของรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ถ้าพบว่าแบบจำลองไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้แบบจำลองให้มีความกลมกลืนมากยิ่งขึ้น พิจารณาจากรายงานค่าดัชนีปรับแก้ (Modification index) และยอมให้ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตในแบบจำลองสมการโครงสร้างบางคู่มีความสัมพันธ์กันได้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทางแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ในการอภิปรายผลการวิจัยหลังจากการแก้ไขแบบจำลองด้วย ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) มีค่าเท่ากับ 2.771, SRMR = 0.074, RMSEA = 0.097, GFI = 0.87, NFI = 0.87, TLI = 0.89 และ CFI = 0.92 ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเหล่านี้กับเกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากนัก เนื่องจากค่าไค-สแควร์ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า RMSEA ยังมากกว่า 0.08 รวมทั้งค่า NFI, TLI, และ GFI มีค่าน้อยกว่า 0.90

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลองโดยการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ทางทฤษฎีและการอภิปรายผล ประกอบกับรายงานค่าดัชนีปรับแก้ (Modification index) โดยได้ทำการยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรสังเกตบางคู่ให้มีความสัมพันธ์กันได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกล้วงละเมิดทางเพศ (e3) กับการป้องกันตนเองจากการถูกล้วงละเมิดทางเพศ (b3)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภที่ไม่พึงประสงค์ (e2) กับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ (p4)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภที่ไม่พึงประสงค์ (e2) กับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภที่ไม่พึงประสงค์ (b2)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการนำไปใช้ (k2) กับการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภที่ไม่พึงประสงค์ (e2)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป (e1) กับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ (p4)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการนำไปใช้ (k2) กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (p3)

ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองภายหลังการปรับแก้แบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องมีค่าดีขึ้น พบว่า ค่าไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) มีค่าเท่ากับ 1.864, SRMR = 0.061, RMSEA = 0.068, GFI = 0.92, NFI = 0.91, TLI = 0.94 และ CFI = 0.96 (ตาราง 10)

ตาราง 10 ค่าดัชนีความกลมกลืนที่ได้จากการวิเคราะห์เกณฑ์และผลการพิจารณา (ก่อนและหลังปรับ)

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าดัชนีก่อนปรับ	ค่าดัชนีหลังปรับ	ผลการพิจารณา
χ^2/df	ต่ำกว่า 2.00	2.771	1.864	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< .08	0.074	0.061	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< .08	0.097	0.068	ผ่านเกณฑ์
GFI	> .90	0.87	0.92	ผ่านเกณฑ์
NFI	> .90	0.87	0.91	ผ่านเกณฑ์
TLI	> .90	0.89	0.94	ผ่านเกณฑ์
CFI	> .90	0.92	0.96	ผ่านเกณฑ์

เมื่อพิจารณาถึงค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเหล่านี้กับเกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ปรับแก้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถประมาณค่าขนาดอิทธิพลในแบบจำลองดังกล่าวเป็นที่ยอมรับได้ ถือว่าเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1

ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 11 และภาพประกอบ 21

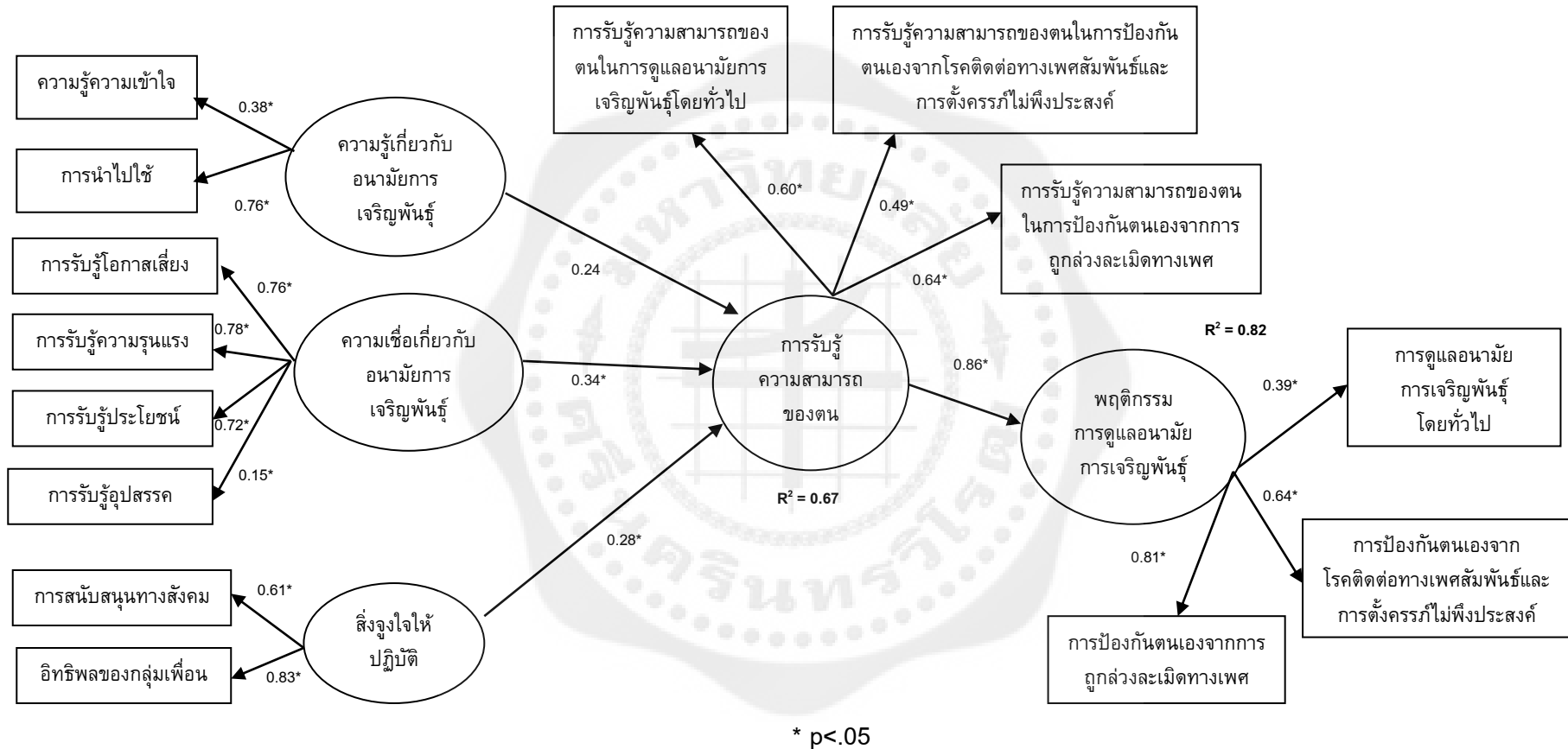
ตาราง 11 คะแนนมาตรฐานของอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม	R ²	ความสัมพันธ์	ตัวแปรอิสระ			
			ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์	ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์	สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ	การรับรู้ความสามารถของตน
การรับรู้ความสามารถของตน	0.67	DE	0.24	0.34*	0.28*	-
		IE	-	-	-	-
		TE	0.24	0.34*	0.28*	-
พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์	0.82	DE	-	-	-	0.86*
		IE	0.20	0.29*	0.24*	-
		TE	0.20	0.29*	0.24*	0.86*

$\chi^2/df = 1.864$, SRMR = 0.061, RMSEA = 0.068, GFI = 0.92, NFI = 0.91, TLI = 0.94, CFI = 0.96

* p<.05

รูปแบบโครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์



* $p < .05$

ภาพประกอบ 21 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

เมื่อพิจารณาจากตาราง 11 และภาพประกอบ 21 อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีรายละเอียดตามสมมติฐานดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

2. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

3. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .34)

4. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .29)

ในตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ แสดงว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มากที่สุด รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

5. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .28)

6. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .24)

ในตัวแปรสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ แสดงว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุด และการสนับสนุนทางสังคม

7. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .86)

ในตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แสดงว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ยอมรับ 5 ข้อ ได้แก่ สมมติฐานข้อที่ 1.3-1.7 กล่าวคือ ตัวแปรที่มีค่าขนาดอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

เมื่อพบตัวแปรที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ครูและผู้เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ผู้อำนวยการ และครูผู้สอนและดูแลนักเรียนของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี จำนวน 4 คน เพื่อหาตัวแปรเพิ่มเติม ผลการสัมภาษณ์พบว่า มีองค์กรต่างๆ มาทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับนักเรียนค่อนข้างมาก แต่บางโครงการไม่มีความต่อเนื่อง ผลที่ได้จึงไม่ยั่งยืน ในส่วนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่า หากต้องการให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปมีความยั่งยืน ควรจะต้องให้นักเรียนได้มีการตรวจสอบพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเตือนตนเองและเพื่อตรวจสอบตนเอง ดังข้อความต่อไปนี้

“อบรมแล้วต้องไม่ให้สูญเปล่า ต้องให้ทำได้อย่างต่อเนื่อง” (ผู้อำนวยการ)

“เราไม่รู้ว่าเด็กจะทำตลอดหรือเปล่า เราจะคอยถามคอยเช็คตลอดก็คงไม่ใช่” (ครูท่านที่ 1)

เนื่องจากครูไม่สามารถกำกับดูแลนักเรียนได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ นักเรียนบางคนไม่ได้พักอาศัยในโรงเรียน การกำกับติดตามพฤติกรรมจึงทำได้ยาก

“เด็กบางคนไม่ได้อยู่ประจำ เราคงไม่ไปตามดูได้ อีกอย่างพฤติกรรมบางอย่างเราก็ไปเช็คเค้าไม่ได้ เราจะเข้าไปดูเค้าในห้องน้ำมันก็ไม่ใช่” (ครูท่านที่ 2)

“ต้องให้เค้าเช็คตัวเอง เค้าก็โตแล้ว” (ครูท่านที่ 3)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสันนิษฐานว่า การกำกับตนเอง อาจเป็นอีกหนึ่งตัวแปรเพิ่มเติมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยมองว่านักเรียนสามารถควบคุมพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ให้มีความเหมาะสมได้ วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้นักเรียนมองเห็นว่าสิ่งที่ทำอยู่มีความเหมาะสมหรือไม่ อาจให้มีการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง และมีการจดบันทึกสิ่งที่ปฏิบัติในแต่ละวัน จึงน่าจะเป็นสิ่งที่ผลักดันให้นักเรียนมีความพยายามที่จะควบคุมกำกับพฤติกรรมตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์และตัวแปรที่ได้เพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ไปดำเนินการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2

งานวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ระหว่างนักเรียนที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศึกษาผลของปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ว่ามีผลต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ระหว่างนักเรียนที่ได้รับการฝึกอบรมและไม่ได้รับการฝึกอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ซึ่งมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	หมายถึง	ค่าสถิติ F ที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร
N	หมายถึง	จำนวนนักเรียนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
Sig	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 2 นี้ มีการนำเสนอข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร และตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย ไม่มีความพิการทางสติปัญญาและความพิการ

ทางการเรียนรู้ร่วมด้วย และไม่เคยได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใดๆ มาก่อน ทั้งนี้ ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จากนั้นผู้วิจัยจึงจะส่งจดหมายถึงผู้ปกครองและครูผู้ดูแลนักเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ ประโยชน์ และรายละเอียดขั้นตอนในการทำกิจกรรมตลอดจนการทำการวิจัย รวมถึงหนังสือแสดงความยินยอม ซึ่งมีนักเรียนที่สมัครใจและได้รับการยอมรับจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม จำนวน 30 คน และอยู่ร่วมจนครบโปรแกรมทั้ง 30 คน โดยผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน โดยข้อมูลรายละเอียดลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=15)		กลุ่มควบคุม (N=15)		รวม (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
ต่ำกว่า 15 ปี	7	46.7	8	53.3	15	50.0
16 ปีขึ้นไป	8	53.3	7	46.7	15	50.0
เกรดเฉลี่ยสะสม						
1.01-2.00	1	6.6	1	6.6	2	6.6
2.01-3.00	7	46.7	7	46.7	14	46.7
3.01-4.00	7	46.7	7	46.7	14	46.7
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	73.3	13	86.7	24	80.0
ปริญญาตรี	4	26.7	2	13.3	6	20.0
รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	9	60.0	9	60.0	18	60.0
10,001-50,000 บาท	5	33.3	5	33.3	10	33.3
50,000 บาทขึ้นไป	1	6.7	1	6.7	2	6.7

จากตาราง 12 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ทั้งสองกลุ่มมีอายุ เกเรดเฉลี่ยสะสม ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง ลักษณะดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันมากนักในทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี และอายุ 16 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเท่ากัน (50.0%) มีเกเรดเฉลี่ยสะสม 2.01-3.00 และ 3.01-4.00 ในสัดส่วนเท่ากัน (46.7%) ส่วนใหญ่ผู้ปกครองสำเร็จ การศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (80.0%) และส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (60.0%)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตัวแปรตามในการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยข้อมูลรายละเอียดสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับตัวแปรตามดังกล่าว แสดงไว้ในตาราง 13

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาที่ทำการวัด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=15)		กลุ่มควบคุม (N=15)		รวม (N=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	3.07	.49	3.38	.52	3.22	.52
หลังการทดลอง	5.38	.45	2.82	.37	4.10	1.36
การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์						
ก่อนการทดลอง	1.93	.80	1.97	.89	1.95	.83
หลังการทดลอง	5.00	.53	2.73	.80	3.87	1.33
การป้องกันตนเองจากการ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ						
ก่อนการทดลอง	4.00	1.01	3.67	1.29	3.83	1.15
หลังการทดลอง	5.60	.47	2.89	.94	4.24	1.56

จากตาราง 13 สามารถสรุปได้ว่า เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมสรุปได้ว่า สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไปมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 3.07, 5.38$) แต่กลุ่มควบคุมกลับมีค่าเฉลี่ยลดลง ($\bar{X} = 3.38, 2.82$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยมากขึ้นทั้งในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.93, 5.00$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 1.97, 2.73$) และสำหรับคะแนนเฉลี่ยของการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 4.00, 5.60$) แต่กลุ่มควบคุมกลับมีค่าเฉลี่ยลดลง ($\bar{X} = 3.67, 2.89$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ก่อนการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบสมมติฐาน โดยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การแจกแจงเป็นปกติ โดยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลว่า มีการแจกแจงปกติหรือไม่ จึงใช้การตรวจสอบความเบ้และโด่งของตัวแปรตามแต่ละตัว ควบคู่กับการใช้ค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรตามทั้ง 3 ตัวแปร ประกอบด้วย การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังนั้น ตัวแปรในแต่ละกลุ่มจึงมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงเป็นปกติ (Normality assumption)

2. ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม โดยได้ทำการตรวจสอบโดยใช้สถิติ Box's M Test ผลการวิเคราะห์พบว่า มีค่าสถิติ Box's M test เท่ากับ 31.772 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และตรวจสอบความเท่ากันของตัวแปรทุกตัว โดยใช้วิธี Levene's test ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่า เมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของตัวแปรตามมีความเท่ากันทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrix)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม โดยได้ใช้สถิติการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .645-.791 นั่นคือตัวแปรตามทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งต้องมีค่าความสัมพันธ์ไม่เกิน .85 (Kline. 2005)

จากผลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามดังกล่าวข้างต้น ซึ่งในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงควรใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) ดังนี้

3.1 สมมติฐาน “นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม”

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) สำหรับการเปลี่ยนแปลงคะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ เมื่อกำหนดให้คะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเริ่มต้นเท่ากัน (การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป = 3.22 การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ = 1.95 และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ = 3.83) จะพบว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไปดีกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยที่ปรับตามตัวแปรร่วมในกลุ่มทดลอง = 5.35 กลุ่มควบคุม = 2.85) นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยที่ปรับตามตัวแปรร่วมในกลุ่มทดลอง = 5.01 กลุ่มควบคุม = 2.72) และนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศดีกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยที่ปรับตามตัวแปรร่วมในกลุ่มทดลอง = 5.53 กลุ่มควบคุม = 2.96) ข้อมูลแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยที่ปรับตามตัวแปรร่วมและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	\bar{X}	SE	95% CI	
			Lower Bound	Upper Bound
การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป				
กลุ่มควบคุม	2.85	.12	2.61	3.09
กลุ่มทดลอง	5.35	.12	5.12	5.59
การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์				
กลุ่มควบคุม	2.72	.19	2.33	3.11
กลุ่มทดลอง	5.01	.19	4.62	5.40
การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ				
กลุ่มควบคุม	2.96	.18	2.58	3.35
กลุ่มทดลอง	5.53	.18	5.14	5.91

สำหรับผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) ของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ โดยใช้คะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ร่วม พบว่า อิทธิพลหลักของการทดลอง (Main effect) คือ กลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) มีผลต่อการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks' Lambda = .084, F = 83.92, p < .000) แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ มีประสิทธิผลต่อตัวแปรการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ข้อมูลแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปฏิบัติสัมพันธ์ร่วมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA)

แหล่งความแปรปรวน	df	ค่าสถิติ	
		Wilks' Lambda	Multivariate F-test
กลุ่มของการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม)	23	.084	83.92**

** P < .01

จากผลการทดลองดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่ากลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานข้างต้น

3.2 ผลการสนทนากลุ่มของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

หลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับนักเรียนในกลุ่มทดลองทั้ง 15 คน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากนักเรียนและเพื่อให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคที่ค้นพบจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และจากแบบบันทึกการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ว่ามีการบันทึกอย่างไร เกิดความต่องเนื่องมากน้อยเพียงใด เพื่อติดตามผลการปฏิบัติด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม โดยมีครูสุภาพสตรี 1 ท่าน และครูพี่เลี้ยง 1 ท่าน เป็นผู้ช่วยในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยได้ออกแบบคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

- 1) หลังจากที่นักเรียนได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แล้ว มีพฤติกรรมใดบ้างที่นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลง
- 2) นักเรียนพบปัญหา อุปสรรคใดบ้าง ในการทำพฤติกรรมดังกล่าว
- 3) เมื่อพบปัญหา อุปสรรคในการทำพฤติกรรมดังกล่าว นักเรียนแก้ปัญหาอย่างไร

4) นักเรียนมีคำแนะนำในการทำพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีให้กับเพื่อน ๆ หรือไม่ อย่างไร

5) สำหรับพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง นักเรียนมีการทำพฤติกรรมดังกล่าวบ่อยเพียงใด (0-5 ครั้ง, 6-10 ครั้ง, 11-15 ครั้ง, 16-20 ครั้ง, 21-25 ครั้ง, 26-30 ครั้ง, มากกว่า 30 ครั้ง)

3.2.2 พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหา อุปสรรคที่พบ และแนวทางในการแก้ไข จากการสนทนากลุ่มกับนักเรียนในกลุ่มทดลองเมื่อผ่านไป 1 เดือน ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไข ดังนี้

1. ใส่ชุดชั้นในที่นำมาจากผ้าฝ้าย

จากคำถามที่มีอยู่ในแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง และในสมุดบันทึกเด็กหญิงสดใส ซึ่งให้นักเรียนบันทึกความถี่ของพฤติกรรมในการใส่ชุดชั้นในที่นำมาจากผ้าฝ้ายนั้น นักเรียนคนหนึ่งเล่าว่า เธอไม่แน่ใจว่าชุดชั้นในของตนเองนำมาจากผ้าฝ้ายหรือไม่ จึงไปถามแม่ และพบว่า มีบางส่วนทำจากผ้าฝ้ายและบางส่วนทำจากใยสังเคราะห์ เธอจึงบอกให้แม่เปลี่ยนให้เป็นแบบที่ทำจากผ้าฝ้ายทั้งหมด ในขณะที่นักเรียนส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกได้ว่าชุดชั้นในของตนเองนำมาจากผ้าฝ้ายหรือไม่และไม่สามารถถามผู้ปกครองได้ หรือถามแล้วแต่ผู้ปกครองก็ไม่ทราบ นักเรียนกลุ่มนี้ จึงมาขอคำแนะนำจากเพื่อนคนดังกล่าวเกี่ยวกับวิธีการดูว่าชุดชั้นในที่นำมาจากผ้าฝ้ายมีลักษณะอย่างไร แต่นักเรียนบางคนก็ยังไม่แน่ใจ เมื่อมีผู้ยกประเด็นนี้ขึ้นมาในระหว่างการสนทนากลุ่ม ได้มีนักเรียนคนหนึ่งแนะนำว่า ให้ดูที่ป้าย ซึ่งจะระบุว่า มีฝ้ายเป็นส่วนประกอบกี่เปอร์เซ็นต์ ใยสังเคราะห์กี่เปอร์เซ็นต์ หรือไม่ก็ให้ใช้วิธีถามคนขาย นอกจากนี้ มีนักเรียนคนหนึ่งเล่าว่า ได้พยายามไปหาซื้อชุดชั้นในที่นำมาจากผ้าฝ้าย แต่พบว่า ค่อนข้างหายาก มีแบบให้เลือกน้อย และราคาสูงกว่าชุดชั้นในใยสังเคราะห์

“แถวบ้านหนูไม่มีขายค่ะ”

“แบบมันเซยอะค่ะ”

“ไม่ค่อยมีแบบให้เลือก”

“มีราคาค่อนข้างแพง”

แสดงว่านักเรียนรับรู้อุปสรรคในการทำพฤติกรรม เพื่อนในกลุ่มจึงได้แนะนำสถานที่ที่มีชุดชั้นในผ้าฝ้ายขายเป็นจำนวนมากและมีหลากหลายแบบ โดยนักเรียนได้มีการเปรียบเทียบราคาและความหลากหลายของสินค้าแต่ละยี่ห้อ ในร้านที่แต่ละคนได้ไปดูมาด้วยตนเอง หรือได้ข้อมูลจากผู้ปกครอง ในส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรค นักเรียนกล่าวว่า

“...แต่ถ้าใส่กางเกงในใยสังเคราะห์มันจะอับชื้น เป็นเชื้อรานะ”

“มันจะอับแล้วมันจะเหม็นด้วย”

ในส่วนที่ซุดชั้นในผ้าฝ้ายมีราคาสูงกว่านั้น นักเรียนได้อภิปรายร่วมกันและได้ข้อสรุปว่า ไม่จริงเสมอไป ซุดชั้นในผ้าฝ้ายบางรุ่นมีราคาถูกกว่าซุดชั้นในใยสังเคราะห์บางรุ่น และถึงแม้ว่าราคาอาจจะสูงกว่าบ้าง ก็ถือว่าคุ้มค่าเพื่อแลกกับการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี

“ถึงจะแพงกว่าจริง ก็ไม่มาก ก็ถือว่าคุ้มค่า เพราะมันดี”

แสดงว่า นักเรียนมีการรับรู้ประโยชน์ของการทำพฤติกรรมในการใส่ซุดชั้นในที่ทำจากผ้าฝ้าย นอกจากนี้ ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ในการให้คำแนะนำและเป็นตัวแบบให้กับเพื่อนๆ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ในการจัดเตรียมหรือสนับสนุนด้านการเงินในการซื้อซุดชั้นในที่ทำจากผ้าฝ้ายให้กับนักเรียน

2. ทำความสะอาดหลังปัสสาวะด้วยการล้างแล้วซับให้แห้ง ด้วยการเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง

สำหรับพฤติกรรมข้อนี้ นักเรียนในกลุ่มทดลองทุกคนกล่าวว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ไม่เคยรู้มาก่อนว่าต้องเช็ดจากหน้าไปหลัง หลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อในช่องคลอดจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่บริเวณทวารหนัก และรับรู้ความรุนแรงของโรค

“ที่กันเรานั้นสกปรก แล้วมันอยู่ใกล้อวัยวะ(เพศ)เรา ต้องระวังดีๆ”

แต่นักเรียนมีการรับรู้อุปสรรคในการทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น นักเรียนบางคนมีแขนสั้น หรือมือไม่ค่อยมีแรง เมื่อพยายามจะเช็ดโดยเอื้อมมือไปด้านหลังจะไม่ถนัด บ่อยครั้งที่ทำกระดาษทิชชูตกรีดส้วมโดยยังไม่ทันได้เช็ด นักเรียนบางส่วนแก้ปัญหาด้วยการเอื้อมมือเข้าทางด้านหน้าเหมือนเดิม แต่จะเช็ดในลักษณะของการซับลงไปตรงๆ ไม่ปาดจากด้านหลังมา เนื่องจากนักเรียนเข้าใจแล้วว่าการปาดจากด้านหลังมาด้านหน้า อาจนำเชื้อแบคทีเรียหรือสิ่งสกปรกจากทวารหนักเข้าสู่อวัยวะเพศ นอกจากนี้ นักเรียนยังได้แนะนำให้แก่นักเรียนคนอื่นๆ ที่มีแขนสั้นหรือมืออ่อนแรงในลักษณะเดียวกันโดยนักเรียนมีการรับรู้ประโยชน์ของการทำพฤติกรรม

“ก็เช็ดลงไปตรงๆ ไม่ปาด เชื้อโรคมันก็เข้าไปไม่ได้”

ในส่วนของเด็กที่ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้ด้วยตนเอง ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยบอกให้แม่หรือพี่เลี้ยงทราบถึงวิธีที่ถูกต้องเพื่อนำมาใช้ในการเจริญพันธุ์ที่ดีของตนเอง

“หนูบอกแม่ (ครูพี่เลี้ยง) ค่ะ แม่ก็ทำให้”

นอกจากนี้ นักเรียนยังมีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ซึ่งในที่นี้คือครูพี่เลี้ยงซึ่งนักเรียนเรียกว่าแม่

“พี่เค้าบอกว่า เอ้อมไปข้างหลังแล้วมันจะล้มอะค่ะ ก็เลยต้องล้วงข้างหน้า แต่ให้เซ็ดตรงๆ เลย หนูก็คอยระวังตลอดค่ะ”

“แม่เค้าก็โอเคค่ะ เค้าก็เซ็ดจากข้างหน้าไป บางทีก็ซับๆ เอา”

3. เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ

นักเรียนที่พิการในระดับไม่รุนแรงกล่าวว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยขึ้นเวลาเป็นประจำเดือน สำหรับนักเรียนที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายและต้องใส่แพมเพอร์สกล่าวว่า ปกติเวลาเป็นประจำเดือน ถ้าเป็นวันมามากจะใช้แพมเพอร์สแทนผ้าอนามัยเพราะสามารถซึมซับได้มากกว่า ส่วนในวันมาน้อยจะใส่ผ้าอนามัยซ่อนอยู่ในแพมเพอร์สแล้วเปลี่ยนเฉพาะผ้าอนามัยโดยไม่ต้องเปลี่ยนแพมเพอร์ส โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยขึ้นกว่าเดิมเช่นกันเนื่องจากนักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหากใช้ผ้าอนามัยที่ไม่สะอาด

“ถ้าไม่เปลี่ยน(ผ้าอนามัย) มันจะหมักหมม ติดเชื้อ”

“ใส่นานๆ มันไม่ดี”

“ถ้าช่องคลอดติดเชื้อ อาจลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะได้ด้วยนะ”

โดยนักเรียนมีและการรับรู้อุปสรรคในการทำพฤติกรรม โดยเฉพาะนักเรียนที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และต้องใส่แพมเพอร์ส

“ถ้ามามากก็ใส่แพมเพอร์สแทนผ้าอนามัยไปเลย เพราะมันซึมซับได้มากกว่า แล้วไม่ต้องเปลี่ยนบ่อยๆ เปลี่ยนทีลำบาก”

แต่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีการรับรู้ประโยชน์และมีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำพฤติกรรมโดยได้รับการสนับสนุนจากครูพี่เลี้ยง

“หนูก็บอกแม่(ครูพี่เลี้ยง) ว่ามันจำเป็น ก็ต้องเปลี่ยนบ่อยๆ ไม่มีปัญหาค่ะ”

นอกจากนี้ นักเรียนยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากพ่อแม่ในการสนับสนุนการเงินในการซื้อผ้าอนามัย และได้รับการสนับสนุนจากครูพี่เลี้ยงในการช่วยเปลี่ยนผ้าอนามัยสำหรับนักเรียนที่ไม่สามารถทำได้

4. ไม่ใส่แผ่นอนามัยทุกวัน

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนบางคนใส่แผ่นอนามัยทุกวันหรือมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์เพื่อให้ชุดชั้นในไม่สกปรกและซักง่าย แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดจากการใส่แผ่นอนามัยทุกวัน

“ใส่ทุกวันเหมือนจะสะอาดจริง แต่จริงๆ ไม่ดี มันอับ”

“อากาศไม่ถ่ายเทค่ะ”

โดยนักเรียนยังมีการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ใส่แผ่นอนามัยทุกวันหรือบ่อยเกินไป

“นานๆ ใส่ค่ะ เวลาเมื่อก้าวหรือเม็นส์มาน้อยๆ วันแรกก็วันท้ายๆ”

และมีการรับรู้ความสามารถของตนในการที่จะตัดสินใจว่าเมื่อไหร่จะใส่แผ่นอนามัย

“ก็มีติดไว้ เผื่อเม็นส์มา แผ่นเล็กๆ พกง่าย”

โดยนักเรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากพ่อแม่ในการสนับสนุนการเงินในการซื้อแผ่นอนามัย และได้รับการสนับสนุนจากครูพี่เลี้ยงในการช่วยใส่แผ่นอนามัยสำหรับนักเรียนที่ไม่สามารถทำได้

5. ไม่สวนล้างอวัยวะเพศและไม่ใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้นเป็นประจำ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่า การใช้สายยางฉีดน้ำเข้าไปในอวัยวะเพศหรือการใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้นจะช่วยให้อวัยวะเพศสะอาดปราศจากเชื้อโรค แต่หลังจากมีความเข้าใจเรื่องการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องจากการเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนจึงเลิกทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยนักเรียนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดจากการสวนล้างอวัยวะเพศ

“มันก็จะรุนแรงไปมัย”

“ทำให้อีกเสบ ติดเชื้อ”

และการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดจากการใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้นเป็นประจำหรือบ่อยเกินไป

“มันจะทำลายสมดุล”

“เกิดแพ้น้ำยาอีก”

ในส่วนของ การรับรู้อุปสรรค นักเรียนเห็นว่า ไม่มีอุปสรรคแต่อย่างใด เพียงแค่เลิกฉีดน้ำและเลิกใช้น้ำยา อย่างไรก็ตาม นักเรียนเห็นประโยชน์ของการทำพฤติกรรมดังกล่าว

“ไม่ต้องกลัวติดเชื้อ”

“ไม่ต้องไปหาซื้อน้ำยา”

และนักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำพฤติกรรมดังกล่าว

“ไม่ต้องฉีดน้ำเข้าไป ล้างแล้วใช้มีอูๆ ให้สะอาด”

“ล้างธรรมดา ก็พอ”

6. ชักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก

สำหรับนักเรียนที่อยู่ประจำที่โรงเรียน การซักเสื้อผ้ารวมทั้งชุดชั้นในเป็นงานของแม่บ้าน โดยทางโรงเรียนจัดสถานที่สำหรับซักและตากเสื้อผ้าในที่ที่ถูกต้องลักษณะ ส่วนนักเรียนที่ไม่ได้อยู่ประจำ บางคนซักและตากชุดชั้นในเอง บางคนซักเองแต่ให้แม่ตากให้ ในขณะที่บางคนไม่สามารถซักเองได้ แม่หรือพี่เลี้ยงที่บ้านเป็นผู้ซักให้ แต่ไม่ว่าในกรณีใด ชุดชั้นในของนักเรียนต่างก็ได้รับการซักและตากในที่ที่มีลมโกรกและบางที่ยังเป็นที่ที่มีแสงแดดส่องถึงอีกด้วย โดยนักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดจากการไม่ซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก

“ถ้าไม่ตากให้แห้ง ใส่แล้วเป็นเชื้อรา”

“ถ้าตากไม่ดี กางเกงในชื้นรา เราเอามาใส่ก็จะเป็นเชื้อรา”

ในส่วนของผู้เรียนที่ไม่สามารถซักชุดชั้นในเอง นักเรียนมีการรับรู้อุปสรรคในการทำพฤติกรรมดังกล่าว

“ต้องคอยบอกแม่ว่าอย่าตากในห้องน้ำ”

“บางที่ฝนตกก็ต้องตากในบ้านค่ะ”

ในขณะเดียวกัน นักเรียนก็มีการรับรู้ประโยชน์ในการทำพฤติกรรม

“ตากให้มีลมโกรกจะแห้งเร็ว ไม่เหม็น ไม่ต้องกลัวเป็นเชื้อรา”

และนักเรียนยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอีกด้วย

“ซักเองแล้วให้แม่ตากให้ค่ะ แม่เค้าก็ตากข้างนอกค่ะ ก็คอยดู ไม่ให้ตากในห้องน้ำ”

3.2.3 จากแบบบันทึกความถี่ในการกระทำพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ละข้อ สามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 16 ความถี่ในการกระทำพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)						
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	> 30
1. ใส่ชุดชั้นในที่หามาจากผ้าฝ้าย	9	2	4	0	0	0	0
2. ทำความสะอาดหลังปัสสาวะด้วยการล้างแล้วซับให้แห้งด้วยการเช็ดจากหน้าไปหลัง	0	0	0	5	8	1	1
3. เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ในสัปดาห์ที่มีประจำเดือน	0	0	0	0	1	10	4
4. ไม่ใส่แผ่นอนามัยทุกวัน	0	15	0	0	0	0	0
5. ไม่สวนล้างอวัยวะเพศและไม่ใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้น	0	15	0	0	0	0	0
6. ซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก	6	9	0	0	0	0	0

3.2.4 จากการตรวจสอบสมุดบันทึกเด็กหญิงสดใส ที่ผู้วิจัยแจกให้นักเรียนในครั้งที่ 5 ของการทำกิจกรรม เพื่อฝึกทักษะการกำกับตนเอง โดยให้นักเรียนบันทึกพฤติกรรมของตนเองในแต่ละวันเป็นเวลาหนึ่งเดือน พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมลดการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สม่ำเสมอ แม้หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมในส่วนของการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น การไม่ไปสถานที่เปลี่ยวตามลำพัง การไม่อยู่กับเพศตรงข้ามสองต่อสอง การปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์หากยังไม่พร้อม โดยนักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่

“ไม่ไปเที่ยวกลางคืนอะดีที่สุด”

“ไม่ไปดูหนังกับผู้ชายสองต่อสอง”

และการรับรู้ความรุนแรงของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

“ถ้าถูกข่มขืน อาจจะติดโรค”

“ถูกข่มขืนมันเจ็บทั้งกาย เจ็บทั้งใจ”

นอกจากนี้ นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนที่จะทำพฤติกรรมดังกล่าว

“หนูไม่ไปหรอกค่ะ”

“ต่อให้มีแฟน ก็ไม่ไปหรอก”

“เราไม่ไปซะอย่าง จะมาบังคับอะไรเราได้”

ความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ภายหลังจากจัดกิจกรรมโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนในกลุ่มทดลองประเมินความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม จะมีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ “มากที่สุด” (5 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (1 คะแนน) สรุปผลการประเมินความพึงพอใจแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 ผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแล
อนามัยการเจริญพันธุ์

ข้อ	รายการ	คะแนนเฉลี่ย
1	กิจกรรมมีวัตถุประสงค์ชัดเจน	4.67
2	เนื้อหาของกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.87
3	สามารถนำเนื้อหาจากกิจกรรมไปใช้ประโยชน์ได้	4.67
4	ระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.67
5	กิจกรรมส่งเสริมการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักเรียน	4.80
6	สื่อการสอนมีความเหมาะสม	4.80
7	เอกสารประกอบ มีความเหมาะสม เข้าใจง่าย	4.80
8	วิทยากรมีวิธีดำเนินกิจกรรมที่น่าสนใจ	4.87
9	ความรู้และประสบการณ์ที่ได้เป็นไปตามความคาดหวังของนักเรียน	4.80
10	โดยภาพรวม นักเรียนพึงพอใจกับกิจกรรมในโครงการ	4.93
โดยรวม		4.79

จากตาราง 17 สามารถสรุปได้ว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีความพึงพอใจ โดยเฉลี่ยในการจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เท่ากับ 4.79 เป็นความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยทุกข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่มากกว่า 4.50 คะแนน ถือเป็นความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยข้อคำถามที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ “โดยภาพรวม นักเรียนพึงพอใจกับกิจกรรมในโครงการ” โดยได้คะแนนเฉลี่ย 4.93 คะแนน รองลงมาคือ “เนื้อหาของกิจกรรมมีความเหมาะสม” และ “วิทยากรมีวิธีดำเนินกิจกรรมที่น่าสนใจ” โดยได้คะแนนเฉลี่ย 4.87 คะแนน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เป็นการออกแบบวิธีการวิจัยหลากหลายวิธีที่เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกัน (Sequential multimethod design) (Morse. 2003) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสาเหตุ (Causal Research) เพื่อทราบโครงสร้างเชิงเหตุและผล ว่าตัวแปรเชิงสาเหตุตัวใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และได้ศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อค้นหาตัวแปรที่สำคัญเพิ่มเติม โดยได้นำตัวแปรดังกล่าวมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ว่ามีความเหมาะสมในการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

ในการวิจัยระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น โรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่ โดยผู้วิจัยเลือกใช้การกำหนดตัวอย่างโดยเก็บจากประชากรทั้งหมดจำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ 5) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และ 6) แบบสอบถามสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กับนักเรียน และการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และตอนที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ

ในการวิจัยระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย นักเรียนหญิงพิการทางการเคลื่อนไหวที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาทั้งหมดของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ซึ่งได้แก่นักเรียนหญิงในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เนื่องจากโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี ไม่มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปลาย ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยระยะที่ 1 จำนวน 30 คน นำเข้ากลุ่มทดลอง 15 และกลุ่มควบคุม 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน การวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในโรงเรียนเดียวกัน เพื่อให้มีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด ในทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้แบบแผนการทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest design) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร ได้แก่ แบบสอบถาม 5 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และตอนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว มีขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ประสพการณ์จากคนอื่น หรือการใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง เช่น การให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อทำสำเร็จ และการกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น การผ่อนคลาย และ (2) กิจกรรมการพัฒนาการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย วิทยากร สื่อการสอนต่างๆ และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น แบบบันทึกการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อุปกรณ์สำหรับเล่นเกมและการทำกิจกรรมกลุ่ม ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด อุปกรณ์ประเภทสื่อการสอน ได้แก่ แผ่นพลิก สไลด์ แผ่นพับ เป็นต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร และตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม

โดยในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอถึงการสรุปผลการศึกษาและการอภิปรายผล และการนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและการวิจัยในครั้งต่อไป ได้ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

การนำเสนอการสรุปผลการวิจัย โดยเริ่มจากการสรุปผลการวิจัยเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง และสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานที่สำคัญ โดยสามารถนำเสนอได้ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัยเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 190 คน ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.1 และมีอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.0 และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 ร้อยละ 5.1 รองลงมาคือ เกรดเฉลี่ย 2.01-3.00 ร้อยละ 47.4 ผู้ปกครองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 80.5 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.3 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.7 รองลงมาคือ รายได้ต่อเดือน 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 31.6

คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 0.583 – 4.900 สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจ สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ในส่วนของการกระจายของข้อมูล ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 0.200 – 1.454 สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีการกระจายของข้อมูลน้อยที่สุด คือ การนำไปใช้ สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุด คือ การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์

การตรวจสอบความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกต พบว่า ตัวแปรสังเกตทั้งหมดมีค่าความเบ้ติดลบ แสดงว่าข้อมูลค่อนข้างเบ้ไปทางซ้ายหรือค่าเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าค่ามัธยฐาน โดยมีค่าอยู่ระหว่าง -0.005 ถึง -5.216 ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความเบ้ติดลบน้อยที่สุด คือ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป สำหรับตัวแปรที่มีค่าความเบ้ติดลบมากที่สุด คือ การนำไปใช้

การตรวจสอบค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรสังเกต พบว่า ตัวแปรสังเกตทั้งหมดมีค่าความโด่งติดลบ แสดงว่าข้อมูลโด่งน้อยกว่าปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง -0.215 ถึง -2.109 ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความโด่งติดลบน้อยที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยทั่วไป สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งติดลบมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

การทดสอบลักษณะของการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ของตัวแปรสังเกต โดยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ หากตัวแปรใดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผลการตรวจสอบพบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงมีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้น

2. สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน

ผลการตรวจสอบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ศึกษา พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.145 ถึง 0.630 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า ในภาพรวม ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตทุกตัวไม่มีคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์เกิน 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) (Kline. 2005) ดังนั้น ตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ ถือว่าเป็นข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นได้

ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ โดยตรวจสอบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นที่ได้พัฒนาจากพื้นฐานทางแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ พบว่าแบบจำลองไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการแก้ไขแบบจำลองให้มีความกลมกลืนมากยิ่งขึ้น โดยพิจารณาจากรายงานค่าดัชนีปรับแก้ (Modification index) และยอมให้ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตในแบบจำลองในแบบจำลองสมการโครงสร้างบางคู่มีความสัมพันธ์กันได้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทางแนวคิดและทฤษฎีตลอดจนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ในการอภิปรายผลการวิจัย หลังจากการแก้ไขแบบจำลองด้วย จึงทำให้ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องมีค่าดีขึ้น พบว่า ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) มีค่าเท่ากับ 1.864 , SRMR = 0.061 , RMSEA = 0.068 , GFI = 0.92 , NFI = 0.91 , TLI = 0.94 และ CFI = 0.96

เมื่อพิจารณาถึงค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเหล่านี้กับเกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ปรับแก้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถประมาณค่าขนาดอิทธิพลในแบบจำลองดังกล่าวเป็นที่ยอมรับได้ ถือว่าเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1

เมื่อทำการทดสอบสมมติฐานย่อย พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
2. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
3. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
4. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
5. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

6. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

7. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยที่เกิดขึ้นตามสมมติฐานตามแต่ละตัวแปร ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จากผลการวิจัยพบว่า “การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์” นั่นคือ การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ ชีรนุช พิทักษ์วศิน (2548) และวารงณา มาลัยวงศ์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับดรุณีฐญา สมสีใส (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ได้ (ปรีชา สร้อยสน. 2554; ศรีธัญย์ พิมพ์ทอง. 2554) รวมทั้งการศึกษาของครอสบี้ และคณะ (Crosby; et al. 2013) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนสามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิด (Choi; & Shin. 2015; Tomaszewski; et al. 2017) จากผลการศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา (Bandura. 2000) มีหลักการที่ว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวที่ช่วยตัดสินว่าบุคคลจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ ได้หรือไม่ นั่นคือบุคคลจะเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยการที่บุคคลใดมีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งสูง บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสูง แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำ หรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลย

2. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านการรับรู้ความสามารถ

ของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แสดงให้เห็นว่า การที่นักเรียนมีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่ได้หมายความว่า จะเกิดความเชื่อมั่นที่จะแสดงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ สอดคล้องกับโอคีฟเฟ เนสเซลฮอฟ-เคนดอล และบาม (O'Keeffe; Nesselhof-Kendall; & Baum.1990) กล่าวว่า ข้อมูลข่าวสารนั้นมีความจำเป็น แต่ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จากผลการวิจัยข้างในครั้ง นี้จึงแสดงให้เห็นว่าตัวแปรสังเกตความรู้ความเข้าใจมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ต่ำ เนื่องจากความรู้ความเข้าใจตามแนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม (Bloom; et al. 1956) เป็นการวัดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึก การจำสาระสำคัญได้ มีความเข้าใจข้อเท็จจริง และสามารถอธิบายได้ นั่นคือ สามารถบรรยายหรืออธิบายพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ (What) ส่วนตัวแปรสังเกตการนำไปใช้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่สูง เนื่องจากเป็นการวัดพฤติกรรมที่มีการประยุกต์ให้เข้ากับการปฏิบัติหรือสถานการณ์ใหม่ๆ สามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคำกริยาที่ใช้ระบุพฤติกรรมเพื่อวัดระดับการนำไปใช้ ได้แก่ เปลี่ยน (Change) แสดงว่า การนำไปใช้ (Application) สามารถนำไปใช้วัดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ (How) ดังนั้น เมื่อนำตัวแปรสังเกตทั้งสองตัวมาทดสอบ ปรากฏว่าไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ ดังนั้น หากต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม จึงต้องทำการวัดความรู้ในระดับขั้นที่ 3 เป็นต้นไป ได้แก่ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล เนื่องจากความรู้ทั้ง 6 ระดับ จะไล่เรียงลำดับความรู้จากต่ำไปสูง

3. ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ จากผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ ความเชื่อไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงทำให้เกิดพฤติกรรม แต่เป็นเพียงปัจจัยโดยอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยส่งผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเมื่อนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว มีความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รับรู้ว่าโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเองมากน้อยเพียงใด รับรู้ว่าการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และรับรู้อุปสรรคที่อาจขัดขวางการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ย่อมส่งผลให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบกเกอร์ (Becker. 1974) เป็นแนวคิดที่ทำความเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจะไม่แสดง

พฤติกรรมจนกว่าบุคคลจะตระหนักว่าพฤติกรรมมีผลต่อสภาวะสุขภาพของตน โดยสภาวะพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเกิดจากบุคคลรับรู้ว่าจะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือสภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ บุคคลนั้นเชื่อว่ามีมาตรการในการดูแลรักษา ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรค และเชื่อว่าผลประโยชน์ที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะมากกว่าต้นทุนของการที่จะต้องไปใช้สำหรับการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว และโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 329-333) กล่าวว่าบุคคลจะมีการกระทำที่หลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บ บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า บุคคลจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและการเกิดขึ้นของโรคนั้นมีความรุนแรงต่อการดำรงชีวิตของบุคคล และบุคคลจะกระทำเมื่อได้รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติที่จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือหรือช่วยลดความรุนแรงโดยไม่มีอุปสรรค และโรเซนสต็อก สเตรเชอร์ และเบกเกอร์ (Rosenstock; Strecher; & Becker, 1988) กล่าวว่าบุคคลจะไม่พยายามกระทำพฤติกรรมสุขภาพใหม่ๆ หากคิดว่าเขาไม่สามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ นั่นคือ บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลป้องกันโรค จะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ (Yang; et al. 2016; Tshuma; et al. 2017) โดยเป็นการศึกษาตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่มีข้อสังเกตเกี่ยวกับน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกต โดยควรให้ความสนใจกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นลำดับแรกๆ เนื่องจากเป็นตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้น ในแง่การนำไปสร้างโปรแกรมการพัฒนา ควรให้ความสนใจกับข้อมูลโรคที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยให้นักเรียนได้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นหากมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ของการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม ส่วนตัวแปรสังเกตอีกตัวหนึ่งคือ การรับรู้อุปสรรคในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำสุด เนื่องจากนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว มีลักษณะของความพิการทางการเคลื่อนไหว ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างลำบาก ดังนั้น กลุ่มนักเรียนเหล่านี้จะมองว่าเป็นอุปสรรคที่ต้องเกิดขึ้นกับกลุ่มพวกเขาอยู่แล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้ปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

4. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ จากผลการวิจัยพบว่า สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ เป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผล สอดคล้องกับ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock; Strecher; & Becker. 1988) ที่ระบุว่า สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ (Cues to actions) เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เข้ามาสนับสนุนให้ชัดเจนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่เป็นพื้นฐาน คือ สถาบันครอบครัว ซึ่งแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมาก เพราะครอบครัวมีบทบาทต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ทั้งเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในการสนับสนุนบุคคล (Pender. 1987: 396) และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การคบเพื่อนร่วมวัยจึงเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่มีความสำคัญต่อจิตใจของเด็กวัยรุ่น แต่การคบเพื่อนย่อมมีทั้งคุณและโทษ เพื่อนเป็นผู้ประคับประคองจิตใจของวัยรุ่นในยามลำบาก ชี้แนะสิ่งที่มีประโยชน์ แต่ในทางกลับกัน เพื่อนชักนำวัยรุ่นไปในทางเสื่อมถอย เช่น เกเร โดดเรียน เสพยาเสพติด เป็นต้น มีสาเหตุสำคัญมากจากการถูกเพื่อนชักจูง (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2549: 337-338) สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เสรีพงษ์ (2548) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งเต้านม ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งงานวิจัยต่างๆ (ได้แก่ Berg; et al. 2010; Cene; et al. 2013; Cheng; Mendonca; & de Farias Junior. 2014; Cosansu; & Erdogan. 2014) พบว่า ตัวแปรสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า หากนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และมีอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมาก โดยครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เป็นผู้ที่คอยอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ ในลักษณะของการสนับสนุนให้เด็กมีโอกาสได้เรียนรู้และฝึกฝน รวมทั้งมีการคบเพื่อนที่มีการกระทำแต่สิ่งที่ดีมีประโยชน์ เนื่องจากในวัยนี้ การทำตามกลุ่มเพื่อนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ จะมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ด้วยตนเอง

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ และตัวแปรการกำกับตนเองที่ได้จากการสัมภาษณ์และผู้เกี่ยวข้องเพิ่มเติมโดยนำตัวแปรเหล่านี้มาดำเนินการทดลองสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นหลัก และกิจกรรมพัฒนาความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในโปรแกรม เพื่อให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยระยะที่ 2

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

จากการวิจัยระยะที่ 2 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

สมมติฐานที่ 1 นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม

จากผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่านักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนหรือยอมรับสมมติฐานที่ 1 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ มีประสิทธิผลต่อการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

เป็นการแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยสร้างจากการนำเอาหลักการแนวคิด และทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) และผลจากตัวแปรเชิงสาเหตุและจากการสัมภาษณ์ครูและผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ พฤติกรรมเป้าหมาย หรือพฤติกรรมพึงประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการ คือ พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เพื่อให้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงระยะยาวและมีความคงอยู่ของพฤติกรรม จึงได้เลือกใช้เทคนิคในการปรับพฤติกรรม โดยใช้หลักการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่

ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ดีขึ้นกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้ ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่จะได้รับเพียงแค่ว่าความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์เพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมครั้งนี้ จะเป็นกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ทั้ง 4 วิธีมาใช้ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เช่น กิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) การใช้ประสบการณ์จากการสังเกตผู้อื่น หรือการใช้ตัวแบบ เช่น การใช้ตัวแบบจากเพื่อนๆ และการใช้ตัวแบบจากสื่อที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 3) การใช้คำพูดชักจูง เช่น การให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อทำสำเร็จ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น การผ่อนคลาย รวมทั้งกิจกรรมการพัฒนาการกำกับตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะยาว กำหนดเป้าหมายว่าสังเกตพฤติกรรมอะไร พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึกพฤติกรรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับ และพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมว่ามีความก้าวหน้าเพียงใด 2) การตัดสินใจตนเอง เช่น การเปรียบเทียบผลที่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งตามมาตรฐานส่วนบุคคล และมาตรฐานของผู้อื่น 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เช่น การให้รางวัล การชมเชย ให้แรงจูงใจด้วยตนเอง เป็นต้น และกิจกรรมพัฒนาความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของแรดและคณะ (Rad; et al. 2017) ศึกษาอิทธิพลของโปรแกรมโรงเรียนเป็นฐานที่ใช้การบูรณาการแบบแผนพฤติกรรมตามแผนและการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองในกลุ่มวัยรุ่นหญิง พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับงานวิจัยของเจมมอตต์ที่สาม และคณะ (Jemmott, III; et al. 2010) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยของศรีพรรษ ถาวรรัตน์, ปัญญรัตน์ ลากวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ซึ่งมีการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยงานวิจัยเหล่านี้ มีการใช้โปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาพัฒนาเป็นกิจกรรมภายในโปรแกรม รวมทั้งการศึกษาของสเวนเดอแมน และคณะ (Swendeman; et al. 2015) ศึกษาการเตือนตนเองด้วยสมาร์ตโฟนในการสนับสนุนการจัดการ

ตนเองในกลุ่มที่มีเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 50 คน โดยถูกสุ่มเข้าเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนทุกวัน จำนวน 34 คน และ 2) กลุ่มที่ใช้แค่การสำรวจทางเว็บไซต์ ทุกสองสัปดาห์ โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการเตือนตนเอง (Self-monitoring) จำนวน 6 สัปดาห์ ซึ่งการเตือนตัวเองด้วยสมาร์ทโฟน พบว่า การเตือนตัวเองมีทั้งการตระหนักรู้ตนเอง สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ การเสริมแรงจากการติดตามของตนเอง และอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยง แรงจูงใจ ทักษะ และภาวะการกระตุ้นเชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นกลุ่มที่ใช้สมาร์ทโฟนแนะนำว่าการใช้การเตือนตัวเองทุกวันจะได้รับประโยชน์มากกว่าความถี่ทุกสองสัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการเตือนตัวเองทุกวันจะมีการตระหนักรู้ตนเองเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่มาจาก การเตือนตัวเอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับจากการสำรวจทางเว็บไซต์ทุกสองสัปดาห์ จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผนวกกับงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตน และการกำกับตนเอง มีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สูงสุด ดังนั้น กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง จะมีสัดส่วนของการพัฒนาในประเด็นนี้ ประมาณร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 จะมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เพื่อให้นักเรียนมีความเข้าใจในความเชื่อที่ถูกต้องของโรคที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อันจะช่วยให้ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีขึ้น ทั้งการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศอย่างชัดเจน

ข้อสังเกตเกี่ยวกับลักษณะของความพิการ โดยกลุ่มนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบกับการมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้ นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวสามารถดูแลตนเองในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ การส่งเสริมให้กลุ่มนักเรียนเหล่านี้มีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จะช่วยให้ นักเรียนกลุ่มนี้มีความคิดความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถเอาชนะข้อจำกัดต่างๆ ที่ตนเองมี มีความมั่นใจ มีความสามารถที่จะกระทำ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมด้วยตนเอง เนื่องจากด้วยความพิการ ทำให้ในปัจจุบันมีข้อจำกัด หรือมีสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่น้อยกว่าคนที่ไม่มีความพิการ การส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ นักเรียนสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อสังเกตที่น่าสนใจในการวิจัยระยะที่ 2 ที่พบว่า การป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองที่ค่อนข้างสูง มากกว่าการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป และการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นไปได้ว่า นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ได้รับการจัดการศึกษาที่ให้แก่เด็กได้มีทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เนื่องจากเพศหญิงที่มีความพิการถือเป็นกลุ่มหนึ่งที่

เพราะบางที่จะเผชิญกับการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิในหลายด้านด้วยเหตุแห่งความพิการ และด้วยเหตุแห่งความเป็นหญิง สตรีพิการจึงมีแนวโน้มที่จะถูกละเมิดสิทธิและถูกกระทำ ความรุนแรงสูงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการล่วงละเมิดทางเพศ แต่การรับรู้ความสามารถของตนและการกำกับตนเอง จะช่วยให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวสามารถดูแลและป้องกันตนเองเกี่ยวกับประเด็นการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ และเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยขั้นแรกที่มีการออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมที่พิการทางการเคลื่อนไหว และพบว่าโปรแกรมห่วงการดังกล่าวมีผลที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในนักเรียนกลุ่มนี้ จึงนับว่าเป็นข้อค้นพบที่สำคัญและมีประโยชน์ โดยอาจมีการนำไปปรับใช้กับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวในโรงเรียนศรีสังวาลย์อีกสองแห่งและโรงเรียนอื่นๆ ที่มีนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถให้ข้อเสนอที่สำคัญในเชิงปฏิบัติแก่หน่วยงานต่างๆ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว มีสาเหตุมาจากตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ที่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้น ครูอาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีหน้าที่ที่รับผิดชอบในการจัดโครงการ รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ภายในโรงเรียนในระดับมัธยมศึกษา จึงควรได้นำผลการศึกษาที่สำคัญในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในสถานศึกษา โดยควรควรดำเนินการบรรจุเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้กับครูและผู้บริหารได้นำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ อันจะทำให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีความเข้าใจปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

2. จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ที่ค้นพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ผู้วิจัยได้คิดค้นขึ้น มาจากการนำเอาหลักการปรับพฤติกรรมมาช่วยในการจัดกิจกรรม โดยกิจกรรมดังกล่าวนั้นเป็นกิจกรรมที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจของนักเรียน นักเรียนสามารถที่จะเรียนรู้ได้เอง รวมทั้งเป็นกิจกรรมที่นำมาสอดแทรกในชั้นเรียนในรายวิชาต่างๆ โดยครูผู้ดูแลในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อมาเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งจากประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่สามารถช่วยให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนให้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารใน

โรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีการจัดการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กพิการ โดยเฉพาะเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว หรือการจัดการศึกษาสำหรับการเรียนร่วม ควรได้นำเอารูปแบบกิจกรรมการพัฒนาของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวนี้ไปใช้ในการขยายผลเพื่อกระทำกิจกรรมนี้กับโรงเรียนแห่งอื่น เพื่อประโยชน์ในวงกว้างต่อไป

3. ควรนำผลการวิจัยที่ได้นำเสนอต่อหน่วยงานที่สนับสนุนช่วยเหลือวัยรุ่นสตรีพิการ เพื่อประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดการให้ความรู้กับกลุ่มวัยรุ่นสตรีพิการทางการเคลื่อนไหวในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง และสนับสนุนให้มีการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้มากขึ้น วัยรุ่นสตรีพิการจะได้มีความรู้เข้าใจ ความต้องการ และการเรียนรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อเสริมสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันในการดูแลตนเอง และป้องกันตนเองจากภัยคุกคามที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

4. ควรมีการจัดฝึกอบรมให้กับครูอาจารย์ผู้ดูแลที่เป็นผู้สอนนักเรียนหญิงพิการ ทั้งในโรงเรียนทั่วไปและโรงเรียนเฉพาะด้านความพิการทั่วประเทศ เพื่อให้นักเรียนหญิงพิการมีโอกาสได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วถึง เพื่อให้นักเรียนหญิงพิการสามารถดูแลตนเองด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ และสามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในการต่อยอดได้ในอนาคต ดังนี้

1. เนื่องจากในบริบทครั้งนี้ เป็นบริบทของโรงเรียนที่มีเฉพาะแต่ผู้พิการเท่านั้น ซึ่งอาจจะมี ความแตกต่างกันไปในบริบทของโรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาพิเศษเป็นแบบโรงเรียนเรียนร่วมในโรงเรียนทั่วไป ซึ่งเด็กโรงเรียนประเภทนี้ จะได้รับการศึกษาที่เท่าเทียมกับเด็กที่ไม่พิการ แบบจำลองดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้ ที่จะนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์นี้ อาจมีข้อจำกัด ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลอง (Invariance model) ทั้งในโรงเรียนที่มีเฉพาะเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว และโรงเรียนที่มีการเรียนร่วม หรืออาจขยายผลการตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองนี้ไปยังเด็กพิการประเภทอื่นๆ นอกจากเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว เช่น เด็กพิการทางการเห็น เด็กพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย เด็กพิการทางการเรียนรู้ หรือเด็กพิการออทิสติก เป็นต้น ซึ่งเด็กที่มีความพิการต่างกันมีบริบทที่มีความแตกต่างกันในการดูแลตนเอง การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน จะทำให้เกิดประโยชน์ในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นวิธีการป้องกันในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการจัดการศึกษากับเด็กพิเศษของประเทศได้ในระดับวงกว้างต่อไป

2. ควรนำเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative methods) ในการค้นหาเงื่อนไขหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิง

ที่พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความเฉพาเจาะจง จึงอาจมีเงื่อนไขหรือปรากฏการณ์สำคัญที่อาจเกิดขึ้น นอกเหนือไปจากข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปริมาณ

3. เนื่องจากปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ได้จากผลการวิจัยระยะที่ 1 มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพียงไม่กี่ตัว อาจศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม ที่คาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ การมีเจตคติที่ดี มีการเห็นประโยชน์ มีการเห็นคุณค่า ความรู้สึกชอบและแนวโน้มพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ก็ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างแน่นอน นอกจากนี้ อาจศึกษาเรื่องอิทธิพลจากสื่อ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ ที่มีผลที่อาจทำให้นักเรียนวัยรุ่นในยุคสมัยปัจจุบันนี้สามารถที่จะเข้าถึงและมีการค้นคว้าหาข้อมูลต่างๆ ในอินเทอร์เน็ตได้โดยง่าย อาจเป็นผลให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้

4. จากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ไม่ได้มีการวัดในระยะติดตามผลด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ จึงทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงควรมีการศึกษาการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการวัดผลในระยะติดตามผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ภายหลังจากมีการจัดกิจกรรมพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนหรือไม่ อย่างไร

5. จากผลการวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความรู้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ อาจเป็นเพราะผู้วิจัยใช้วิธีการวัดความรู้ในระดับพื้นฐาน ซึ่งไม่เพียงพอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ในการวิจัยครั้งต่อไป จะต้องทำการวัดความรู้ในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวได้

6. ควรมีการวิจัยโดยเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน เพราะถึงแม้ว่านักเรียนจะมีความพิการทางการเคลื่อนไหวเหมือนกัน แต่ระดับของความพิการอาจจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน

7. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวกับนักเรียนหญิงที่ไม่มีความพิการเพื่อศึกษาว่ามีข้อแตกต่างในประเด็นพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์หรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการจัดบริการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรในกลุ่มนี้ หรือในกรณีที่พบว่าไม่มีความแตกต่างก็จะได้มีการส่งเสริมให้นักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมที่จัดสำหรับนักเรียนหญิงทั่วไปให้มากขึ้น

8. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งนักเรียนในกลุ่มนี้เป็นเด็กนักเรียนที่อาศัยอยู่ในหอพักของโรงเรียนเป็นหลัก ดังนั้น การวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงสะท้อนผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ไม่เพียงพอ ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรให้ความสำคัญกับบริบทของโรงเรียนประจำ โดยควรสนใจที่จะวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครูผู้ดูแลในโรงเรียน ซึ่งมีความใกล้ชิดและใช้เวลาร่วมกันกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวมากกว่าผู้ปกครองหรือครอบครัวของนักเรียนเอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้เป็นประชากรในกลุ่มเปราะบาง และมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก เช่น มีนักเรียนบางส่วนยังไม่กลับมาเรียนแม้จะเปิดภาคเรียนไประยะหนึ่งแล้ว ทำให้ต้องเลื่อนการเก็บข้อมูลออกไป

2. คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความหลากหลายและมีจำนวนถึง 878,888 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดของคนพิการทั้ง 7 ประเภท (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2560) แต่ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะในโรงเรียนที่มีนักเรียนที่พิการทางการเคลื่อนไหวเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ (Generalizability) จึงควรพิจารณาเก็บข้อมูลกับนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหวที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเรียนร่วม หรือตามสถานสงเคราะห์เด็กพิการร่วมด้วย

3. จำนวนนักเรียนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เรียนอยู่ในโรงเรียนเฉพาะด้านความพิการมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่เข้าเรียนในโรงเรียนทั่วไป ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะกำหนดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงไม่สามารถกำหนดตัวแปรในการศึกษาหลายตัวแปรได้



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชมล ณะวงศ์. (2556). ผลของการจัดการเรียนรู้สุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา. ปรินุญญาณิพนธ์ ค.ม. (สุขศึกษาและพลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กมลแพง พันทะวง. (2553). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกระบวนการกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่นครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. ปรินุญญาณิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2560). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนมิถุนายน 2560. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2560, จาก <http://dep.go.th>
- กัตติกา ณะขำว้าง. (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์อภิมาน. ปรินุญญาณิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กุลชาติ วัฒนวงศ์ เวฬุวนารักษ์. (2555). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ตำบลเมืองแคน อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ. ปรินุญญาณิพนธ์ ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- กิตติพงษ์ อุบลสะอาด. (2552). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว เยาวชน และโรงเรียนในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2: 199-218.
- เกยูร วงศ์ก่อม. (2548). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการศึกษาพิเศษ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพทายการพิมพ์.
- ขวัญใจ ศุภรนนท์. (2548). การประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. ปรินุญญาณิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2548). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐมเขต 1. ปรินุญญาณิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยา ชุมชน). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.

- ขวัญดาว พันธุ์หมุด. (2549). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. ปรินทิพนิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- คณิตา จันทवास. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักรักษาและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. ปรินทิพนิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- เครือวัลย์ ดาปราบ. (2550). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนอัสสัมชัญคอนแวนต์ สังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จกมล พวงนาค. (2542). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ใช้แรงงาน. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา ศรีปัญญา. (2546). พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเขตอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑามาส แสงทองดี. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี ของนักเรียนโรงเรียนนายร้อยตำรวจ. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เจษฎา ศรีงาม. (2547). พฤติกรรมการป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชญาดา คล่องการ. (2556). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. ปรินญาณิพนธ์ ส.ม. (สาธาณสุขศาสตร์).
 ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ชญาตุตม์ นิรมร. (2554). ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ทศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเซนต์โยเซฟทิพวัล จังหวัดสมุทรปราการ. สารนิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล; และคณะ. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์และแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์เสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดนครนายก. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2(2): 151-158.
- ชนกนันท์ พงษ์บริบูรณ์. (2555). ผลของโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาณิพนธ์ ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ชัชชัย ดิยะไพฑูริดา. (2555). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. ปรินญาณิพนธ์ ส.ม. (สาธาณสุขศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐภาพ ระวะใจ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐณิชา แหวนวงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- ณัฐวรุช แก้วสุทธา. (2558). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณิลาวัลย์ งามเสงี่ยม. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ดุจเดือน พันธุนานาวิน. (2547). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้าในสถานอนามัยตำบล. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ดุริฎฐยา สมสีใส. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทงศักดิ์ มนสิมา. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงวุฒิ ขวาทไทย. (2541). การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (พลศึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์สิริ กาญจนवासี. (2557). ความตระหนักรู้เรื่องเพศ: ความรู้เรื่องเพศและแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิสนา แคมมณี. (2556). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล. (2548). ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและสมรรถนะด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธราพงษ์ กัปโก; และปริฉัตร เนื่องเนาวินิตย์. (2546). ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตเทศบาลจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2546. พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- ธีรประภา ทองวิเศษ. (2544). ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนในสถานศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดอุดรธานี. ปรินฎานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยา การศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ธีรรุช พิทักษ์วสิน. (2548). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. ปรินฎานิพนธ์ วท.ม. (เทคโนโลยีวิจัย การศึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- นวลพรรณ เอี่ยมตระกูล. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 5(1): 129-138.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์; จันทมาศ ปรีชยานุช; และอรทัย ชื่นมณุษย์. (2520). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นภัสชญา โปประยูร; พัทธราภรณ์ เกษะประกะ; และมัลลิกา ผลอนันต์. (2557). รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 6(1): 235-249.
- นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์. (2544). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. ปรินฎานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นาถฤดี เต็นดวง. (2551). คู่มือการสร้างองค์ความรู้เรื่อง สิทธิการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.
- นิกร ดุสิตสิน; วีระ นิยมวัน; และไพลิน ศรีสุขโข. (2545). คู่มือการสอนเพศศาสตร์ศึกษา ระดับมัธยม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บั้งอร ฉางทรัพย์. (2549). ผลของการให้โปรแกรมสุขภาพด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. ปรินฎานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. (2555). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 129 ตอนพิเศษที่ 119ง. หน้า 22-23.

- ประทีป จินนี่. (2540). เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี ป้องเรือ. (2550). ประสบการณ์การดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงไทยอีสานที่พิการทางการเคลื่อนไหว. ปรินญาณิพนธ์ ปร.ด. (การพยาบาล). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปรีชา สร้อยสน. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำเขต 2. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ปยารี พิริยะอุดมพร. (2543). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2523). การศึกษาพิเศษในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรรณรัตน์ เป็นสุข. (2555). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. ปรินญาณิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- พรอินทร์ วัลย์ฉายฉิม. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พนิดา เหมโลหะ. (2544). พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรี ดวงจันทร์. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิต ตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรทางกายภาพในเด็กนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล; และคณะ. (2551). เพศวิถีในสื่อนิยม: บริบทเสียงและเสริมต่อสุขภาวะทางเพศ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.), มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์. (2549). ความรุนแรงต่อผู้พิการ: ภัยเงียบที่ซ่อนเร้นในสังคม. วารสารสหศาสตร์. 6(1): 76-107.
- เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์; และคณะ. (2554). รายงานโครงการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการจัดการทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์.
- เพ็ญประภา ไสวดี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ภาวินี รอดประเสริฐ; และคณะ. (2557). การวิจัยเรื่องการศึกษาเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- ยุวดา สิงห์เมธา; สุภาพร ณะชานันท์; และอังศินันท์ อินทรกำแหง. (2555). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของบุคลากรโรงพยาบาลเทพธารินทร์. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 4(1): 105-123.
- เยาวลักษณ์ แสนทวิสุข. (2554). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาณิพนธ์ ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- รตินันท์ เกียรติมาลา. (2545). พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของชายและหญิงวัยหลังเจริญพันธุ์ในจังหวัดเพชรบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งนภา เพชรปานกัน. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคทำซ้ำของประชาชนในพื้นที่เสียงสูง จังหวัดกาญจนบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- รุสนี วาอาอีตา. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้
 สามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดน้ำหนักของ
 บุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. ปรินุญยานิพนธ์ วท.ม.
 (สาธารณสุขศาสตร). ยะลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ พงษ์ไพจิตร. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดปทุมธานี.
 ปรินุญยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ลำยอง หอมกลิ่นเทียน. (2542). พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาสาขาบริหารธุรกิจ
 ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงชั้นปีที่ 2 โรงเรียนอาชีวศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร.
 ปรินุญยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณชนก จันทขุม. (2549). การพัฒนาทวิวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยใช้
 กระบวนการมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียนขยายโอกาส ในจังหวัดกาฬสินธุ์.
 ปรินุญยานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วารางคณา มาลัยวงศ์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ
 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. ปรินุญยานิพนธ์ วท.ม.
 (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วัฒนา ญาณพัฒน์. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของ
 สตรีวัยหลังหมดระดู อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. ปรินุญยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วันเพ็ญ เสรีพงษ์. (2548). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
 ร่วมกับใช้รูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี
 ที่มารับบริการที่คลินิกอภัยทอง โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินุญยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). บทบรรณาธิการรับเชิญ: เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสาร
 สภาการพยาบาล. 25(4): 5-9.
- วารี ธีระจิตร. (2545). การศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- ศรัณย์ พิมพ์ทอง. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มี
 เพศสัมพันธ์กับชาย. ปรินุญยานิพนธ์ ปร.ด. (พัฒนาสังคมและการจัดการสิ่งแวดล้อม).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- ศรัญญา คล้ายสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน*. ปรินญาณีพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีพรธรรพ์ ถาวรรัตน์; ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา; และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 27(2): 14-26.
- ศรีเรื่อน แก้วก้างวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2) วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิกัญญาณี เชียงทอง. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ*. ปรินญาณีพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล; และคณะ. (2554). *การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส)*. ขอนแก่น: ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพร ชวนชาติ. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น*. ปรินญาณีพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริวรรณ กำแพงพันธ์; จิตวี แก้วพรสวรรค์; และสุพร อภินันทเวช. (2554). *ปัจจัยทางจิตสังคมกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 56(3): 255-266.
- ศิริหงษ์ ชิมเจริญ; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล; และแสงทอง ชีระทองคำ. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 20(3): 35-46.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2553). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมรรัฐ ศรีตระกูล. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี*. *อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2: 1425-1431.

- สาคร นันทโกวัฒน์. (2552). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง ต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- สุจิตรา สุตระสุนทร. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีรา เมืองนาโพธิ์. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาเอกชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีราวัลย์ ศรีวงศ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของมารดาที่มี บุตรสาววัยรุ่นตอนต้น. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. ถ่ายเอกสาร.
- สุนันทา กาญจนกิจ. (2548). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย โรงเรียนกรุงเทพคริสเตียนวิทยาลัย. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทร ใจกล้า. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการในจังหวัดนครราชสีมา. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุปรีดา มหาสุข. (2547). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัด นครปฐม. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ เอื้อประเสริฐ. (2551). ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดสตูล. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและประเมิน). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ. ถ่ายเอกสาร.
- สุพัตรา พรหมเรนทร์. (2550). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน สาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สุภัทรา ชูเกียรติ. (2543). ความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมทางสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4. ปรินูญานีพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุมาลี สวายสอาด. (2555). เพศศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุमितตา สว่างทุกข์; และปรีชาดิ ทาโน. (2558). การศึกษาการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่น. วารสารเกื้อการุณย์. 22(2): 41-56.
- สุรเดช บุญยเวทย์; และคณะ. (2551). วิทยาการระบาดและการตั้งครุภีในสตรีวัยรุ่น อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2: 1231-1242.
- สุรัชดา กองศรี; และคณะ. (2552). ข้อค้นพบและแนวโน้มอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไทย: แม่วัยรุ่น ขาดความรู้ ขาดการป้องกัน. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2558, จาก <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachnewsletter/29/chapter1.pdf>
- สุรางค์ พันธุ์เอี่ยม. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่สถานอนามัย อำเภอลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินูญานีพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรียเดว ทรีปาตี. (2553). การศึกษารายงานสภาวะการณั้ต้นตุนชีวิตของเยาวชนในสถานศึกษาประเทศไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 17: 7-15.
- สุภมาส อังศุโชติ; สมถวิล วิจิตรวรรณ; และรัชนิกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2554). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- เสนห์ พลีจันทร์. (2555). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมกำป้องกันโรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้ออีโคไลโดยมีตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรกำกับ. ปรินูญานีพนธ์ วท.ม. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- เสาวลักษณ์ เจียมมุกุทิศศักดิ์. (2549). พฤติกรรมกำป้องกันกำติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปรินูญานีพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. นนทบุรี: วิกี.

- สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. (2555). *หนังสือเรียนสาระทักษะการดำเนินชีวิต รายวิชาสุขศึกษา พลศึกษา รหัส ทข 21002 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552*. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2558, จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-4-4.html>
- สำนักกระบวนวิชา. (2554). *ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2556). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อนงค์ ประสานนันทกิจ; และคณะ. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 27: 369-380.
- อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์; สายัณห์ ตรีผล; และพิสิทธิ์ ภูมิพันธ์. (2550). ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 18(2): 43-53.
- อมรา สุนทรธาดา; และอักษรภาค หลีกทอง. (2555). สตรีผู้พิการและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์. ใน *ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย*. กุลภา วจนสาระ; และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). หน้า 167-184. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินทร์ ชูชม. (2545). *เอกสารคำสอน วิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2556). *รายงานการวิจัยฉบับที่ 143 เรื่องการวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- อังศินันท์ อินทรกำแหง; และคณะ. (2553). รายงานการวิจัยฉบับที่ 129 เรื่องการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร ศรีสำราล. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อาทิตยา โปณะทอง. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อำไพ ขำล่อ. (2553). ผลการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทหารบกชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- AVERT. (2011). *The History of HIV and AIDS in Thailand*. Retrieved February, 8, from <http://www.avert.org/thailand-aids-hiv.htm>
- Bandura, A. (1977a). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84(2): 191-215.
- (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (1994). Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection. In *Preventing AIDS: Theories and Methods*. Edited by R.J. DiClemente; & J. L. Peterson (eds.). pp. 25-59. New York: Plenum Press.
- (2000). *Self Efficacy: The Exercise of Control*. 4th ed. New York: W.H. Freeman & Co.

- (2006). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Vol. 5. Edited by F. Pajares; & T. Urdan (Eds.). pp. 307-337. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, NJ: Slack.
- Berg, C. A.; et al. (2010). Parental Involvement and Adolescents' Diabetes Management: The Mediating Role of Self-Efficacy and Externalizing and Internalizing Behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*. 36(3): 329-339.
- Bloom, B. S.; et al. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Cene, C. W.; et al. (2013). Self-Care Confidence Mediates the Relationship Between Perceived Social Support and Self-Care Maintenance in Adults with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*. 19(3): 201-210.
- Chen, A. M. H.; et al. (2014). Relationships between Health Literacy and Heart Failure Knowledge, Self-Efficacy, and Self-Care Adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 10(2): 378-386.
- Cheng, L. A.; Mendonca, G.; & de Farias Junior, J. C. (2014). Physical Activity in Adolescents: Analysis of the Social Influence of Parents and Friends. *Jornal de Pediatria*. 90(1): 35-41.
- Choi, M. S.; & Shin, H. (2015). Factors Influencing Stages of Change for Contraceptive Use in College Students: A Path Analysis. *Nursing and Health*. 3(1): 7-13.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). (2006). Retrieved January 10, 2013, from <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>
- Cosansu, G.; & Erdogan, S. (2014). Influence of Psychosocial Factors on Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Turkish Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*. 25(1): 51-59.
- Crosby, R. A.; et al. (2013). Predictors of Consistent Condom Use Among Young African American Women. *AIDS and Behavior*. 17(3): 865-871.
- Davies, M; & Macdowall, W. (2006). *Health Promotion Theory*. New York: Open University Press.

- Fiduccia, W. B. (1997). *Multiplying Choices: Improving Access to Reproductive Health Services for Women with Disabilities*. Retrieved September 23, 2014, from http://hesperian.info/asessets/wwd/Women_with-Disabilities_Full_Book.pdf
- Gastal, D. A.; Pinheiro, R. T.; Vazquez, D. P. (2007). Self-Efficacy Scale for Brazillians with Type 1 Diabetes. *Sao Paulo Medical Journal*. 125(2): 96-101.
- Greaves, C. J.; & Campbell, J. L. (2007). Supporting Self-Care in General Practice. *British Journal of General Practice*. 57: 814-821.
- Groce, N. E. (2004). Global Survey on HIV/AIDS and Disability. Retrieved November 1, 2014, from <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Health-and-Wellness/HIVAIDS.pdf>
- (2005). HIV/AIDS and Individuals with Disability. *Health and Human Rights*. 8(2): 215-224.
- (2006). *Expert Meeting on Sexual and Reproductive Health of Persons with Disabilities*. Yale University School of Public Health.
- Groce, N. E.; et al. (2009). *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note*. Retrieved July 15, 2014, from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/index.html>
- Hair, J. F.; et al. (1995). *Multivariate Data Analysis with Readings*. 4th ed. Englewood: Cliftsice-Hall.
- Hancock-Hanass, J. (2009). Interweaving Conceptualizations of Gender and Disability in the Context of Vulnerability to HIV/AIDS in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexuality and Disability*. 27(1): 35-47.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MN: Addison-Wesley Publishing Company.
- Jemmott, III; et al. (2010). Effectiveness of an HIV/STD Risk-Reduction Intervention for Adolescents When Implemented by Community-Based Organizations: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*. 100(4): 720-726.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and Social Support. In *Aging from Birth to Death*. Edited by M. M. Riley (Ed.). pp. 77-91. Corolado: Westview Press.
- Kanfer, F. H. (1980). *Helping People Change*. 2nd ed. New York: Pergamon.

- Klatthong, S. (2006). *Program Development on Prevention Skills against Sexual Assault among School Aged Children in Maung District, Uttaradit Province*. Master of Science's Thesis (Public Health). Bangkok: Graduate School, Mahidol University. Photocopied.
- Leanne, D. (2004). *Moving Forward or Losing Ground? The Sterilization of Women and Girls with Disabilities*. Retrieved August 12, 2014, from <http://www.wwda.org.au/steril3.htm>
- Lee, Y.; et al. Factors Related to Sexual Behaviors and Sexual Education Programs for Asian-American Adolescents. *Applied Nursing Research*. 28(3): 222-228.
- Mann, T.; de Ridder, D.; & Fujita, K. (2013). Self-Regulation of Health Behavior: Social Psychological Approaches to Goal Setting and Goal Striving. *Health Psychology*. 32(5): 487-498.
- Maxwell, J.; Belser, J. W.; & David, D. (2007). *A Health Handbook for Women with Disabilities*. Berkley, CA: Hesperian Foundation.
- Min, T. H. (2012). *Effectiveness of Contraceptive Used Behavior Encouragement Model to Prevent Unwanted Pregnancy among Young Unmarried Migrant Women in Maesot, Tak Province, Thailand*. Doctoral Dissertation (Public Health). Bangkok: Graduate School, Chulalongkorn University. Photocopied.
- Morrison-Beedy, D.; et al. (2013). Reducing Sexual Risk Behavior in Adolescent Girls: Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Adolescent Health*. 52: 314-321.
- Morse, J. M. (2003). Principles of Mixed Methods and Multimethod Research Design. In *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Edited by Tashakkori; & C. Teddlie (Eds.), pp. 189-208. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mulindwa, I. N. (2003). *Study on Reproductive Health and HIV/AIDS among Persons with Disabilities in Kampala, Katakwi and Rakai Districts (Knowledge, Attitudes and Practices)*. Kampala, Uganda: DWNRO
- Naidu E.; et al. (2005). *On the Margins: Violence against Women with Disabilities*. Centre for the Study of Violence and Reconciliation (CSVr). Retrieved November 6, 2015, from: <http://www.csvr.org.za/docs/gender/onthemargins.pdf>
- Norris, S. L.; Engelgau, M. M.; & Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Diabetes Care*. 24(3): 561-587.

- Nosek, M.; Howland, C.; & Hughes, R. (2001). The Investigation of Abuse and Women with Disabilities: Going beyond Assumptions. *Violence Against Women*. 7(4): 477-499.
- Nutbeam, D.; & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories*. New York: McGraw-Hill.
- O’Keeffe, M. K.; Nesselhof-Kendall, S.; & Baum, A. (1990). Behavior and Prevention of AIDS: Bases of Research and Intervention. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 16: 166-180.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby.
----- (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. New York: Appleton & Lange.
- Phasie, A. (2005). *Factors Associated with Use of Condom to Prevent Sexually Transmitted Infections among Male Clients Visiting Sex Service Places in Bangkok*. Master of Science’s Thesis (Human Reproduction and Population Planning). Bangkok: Graduate School, Mahidol University. Photocopied.
- Podhisita, C.; et al. (2004). The Risk of Premarital Sex among Thai Youth: Individual and Family Influences. *Journal of Population and Social Studies*. 12: 1-31.
- Rad, E. F.; et al. (2017). The Impact of a School-Based Intervention Using the PBSEIM Model on Health Promoting Behaviors and Self-Care in Adolescent Females. *Advances in Nursing and Midwifery*. 27: 15-19.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 2(4): 328-335.
- Rosenstock, I. M.; Strecher, V. J.; & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*. 15(2): 175-183.
- Sarafino, E. P. (2012). *Applied Behavior Analysis: Principles and Procedures for Modifying Behavior*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sieving, R. E.; et al. (2012). A Clinic-Based Youth Development Program to Reduce Sexual Risk Behaviors among Adolescent Girls: Prime Time Pilot Study. *Health Promotion Practice*. 13(4): 462-471.
- Strecher, V. J.; et al. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. 13(1): 73-91.

- Swendeman, D.; et al. (2015). Smartphone Self-Monitoring to Support Self-Management among People Living with HIV: Perceived Benefits and Theory of Change from a Mixed-Methods Randomized Pilot Study. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*. 69: S80-S91.
- Talbot, T. J.; & Langdon, P. E. (2006). A Revised Sexual Knowledge Assessment Tool for People with Intellectual Disabilities: Is Sexual Knowledge Related to Sexual Offending Behaviour? *Journal of Intellectual Disability Research*. 50(7): 523-531.
- Tomaszewski, D.; et al. (2017). Relationship between Self-Efficacy and Patient Knowledge on Adherence to Oral Contraceptives Using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Reproductive Health*. 14: 110.
- Tshuma, N.; et al. (2017). The Mediating Role of Self-Efficacy in the Relationship between Premotivational Cognitions and Engagement in Multiple Health Behaviors: A Theory-Based Cross-Sectional Study among Township Residents in South Africa. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 10: 29-39.
- UNFPA. (2004). *Programme of Action*. International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. Retrieved October 29, 2014, from https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
- (2005). *Reproductive Health of Women in Thailand*. Bangkok: UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia.
- (2007). *Emerging Issues: Sexual and Reproductive Health of Persons with Disabilities*. New York: UNFPA.
- (2009). *A Situational Analysis of the Sexual and Reproductive Health of Women with Disabilities*. New York: UNFPA.
- UNICEF. (2011). Press Release: UNICEF Calls for Children with Disabilities to be Included in All Development. Retrieved January, 12, 2015, from http://www.unicef.org/media/media_60790.html
- United Nations Population Fund. (2006). *Gender Equality: Ending Widespread Violence against Women*. Retrieved October 25, 2015, from <http://www.unfpa.org/gender/violence.htm>
- United States Agency for International Development (USAID). (2011). General Information on Disability and Development. Retrieved December 7, 2014, from <http://www.usaid.gov>

- Van de Bongardt, D.; et al. (2015). A Meta-Analysis of the Relation between Three Types of Peer Norms and Adolescent Sexual Behavior. *Personality and Social Psychology Review*. 19(3): 203-234.
- Vuttanont; et al. (2006). "Smart Boys" and "Sweet Girls" – Sex Education Needs in Thai Teenagers: A Mixed Method Study. *Lancet*. 368: 2068-2080.
- Widman, L; et al. (2014). Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. *Health Psychology*. 33(10): 1113-1124.
- World Health Organization. (1983). *Health Education in Self-Care: Possibilities and Limitations*. Geneva: WHO.
- (1998). *The Role of the Pharmacist in Self-care and Self-Medication: Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. Geneva: WHO.
- (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January 2002*. Geneva: WHO Press.
- (2007). *Adolescent Pregnancy-Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Geneva: WHO Press.
- (2009). *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note*. Retrieved September 1, 2015, from www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
- Wu, S. V.; et al. (2016). Prediction of Self-Care Behaviour on the Basis of Knowledge about Chronic Kidney Disease Using Self-Efficacy as a Mediator. *Journal of Clinical Nursing*. 25: 2609-2618.
- Yang, S.; et al. (2016). Determinants of Antihypertensive Adherence Among Patients in Beijing: Application of the Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*. 99(11): 1894-1900.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
(เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล)



แบบสอบถาม

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

แบบสอบถามในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยผลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยจึงใคร่ขอรบกวนขอความกรุณาจากท่านโปรดตอบแบบสอบถามนี้จากความเป็นจริง และขอความกรุณาตอบคำถามทุกข้อเพื่อการนำข้อมูลของท่านไปใช้ประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจะถือว่าข้อมูลที่ท่านให้มาเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยและนำไปใช้ในกรณีอื่นใดนอกจากการวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยทราบว่าท่านต้องเสียสละเวลาที่มีค่าและความคิดในการตอบคำถามครั้งนี้เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงรู้สึกขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในการให้ความร่วมมือของท่านไว้ ณ ที่นี้

นางอรุณี ลิ้มมณี

นิสิตปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์
- ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลของคนสำคัญ

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง จงเติมคำหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่าน

1. อายุ
 - ต่ำกว่า 15 ปี
 - 16 ปีขึ้นไป
2. ระดับชั้นเรียน
 - มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย
3. ผลการเรียน เกรดเฉลี่ยสะสม
4. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง
 - ต่ำกว่าปริญญาตรี
 - ปริญญาตรี
 - สูงกว่าปริญญาตรี
5. ระดับรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง
 - ต่ำกว่า 10,000 บาท
 - 10,001-50,000 บาท
 - 50,001-100,000 บาท
 - มากกว่า 100,000 ขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	บ่อย ครั้ง ที่สุด	บ่อย ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	ค่อนข้าง ไม่ เคย	ไม่ เคย	ไม่ เคย ทำ เลย
1	ฉันไม่เคยใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้น						
2	ฉันไม่สวมชุดชั้นในที่อับชื้น						
3	ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก						
4	ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการล้างแล้วซับให้แห้ง						
5	ฉันทราบวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง						
6	ฉันทราบวิธีการกินยาเม็ดคุมกำเนิดที่ถูกต้อง						
7	ฉันจะบอกปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เสมอ หากไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย						
8	ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง						
9	ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่สองต่อสองกับเพศตรงข้าม						
10	ฉันหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่เปลี่ยว						
11	เมื่อจำเป็นต้องผ่านสถานที่ที่เปลี่ยว ฉันจะพาเพื่อนไปด้วยเสมอ						
12	ฉันตะโกนขอความช่วยเหลือทันทีหากรู้สึกว่าถูกคุกคามทางเพศ						
13	ฉันไม่ขึ้นรถ เมื่อมีคนแปลกหน้าชวนให้ขึ้น						
14	ฉันศึกษาวิธีการป้องกันตัวจากสื่อต่างๆ						

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่ สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
1	ระหว่างมีประจำเดือน ฉันเชื่อว่าฉันสามารถล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ						
2	แม้ชุดชั้นในจะอับชื้น ฉันก็สามารถใส่ได้						
3	ฉันรู้ว่าฉันสามารถขับอวัยวะเพศให้แห้งด้วยผ้าสะอาด						
4	ฉันมั่นใจว่าฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยวันละ 1-2 ครั้งก็พอ						
5	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือไม่						
6	ฉันสามารถกินยาเม็ดคุมกำเนิดได้อย่างถูกวิธี						
7	ฉันสามารถพูดคุยต่อรองเพื่อเลื่อนการมีเพศสัมพันธ์ออกไปได้						
8	ฉันเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายชายในการตัดสินใจว่าจะใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่						
9	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถหลีกเลี่ยงการอยู่สองต่อสองกับเพศตรงข้าม						
10	ฉันมั่นใจว่าฉันจะไม่ไปในสถานที่เปลี่ยวคนเดียว						
11	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน						
12	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถป้องกันตนเองได้หากเกิดการคุกคามทางเพศ						

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามข้อความดังกล่าว

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด
1	การสวมถุงยางอนามัยช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ 100%		
2	การมีเพศสัมพันธ์โดยให้คู่นอนหลังข้างนอกจะไม่ทำให้ท้อง		
3	การกินยาคุมกำเนิดช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้		
4	การมีประจำเดือนมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง ถือเป็นเรื่องปกติ		
5	การกินยาเม็ดคุมกำเนิดช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้แน่นอน		
6	การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงครั้งเดียว ก็อาจเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้		
7	เราควรทำความสะอาดช่องคลอดด้วยการสวนล้างเข้าไปภายในให้ลึกที่สุด		
8	เราควรใส่แผ่นอนามัยทุกวัน		
9	แม้เราจะมีคู่นอนเพียงคนเดียว ก็อาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้		

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่ สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
1	ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พอๆ กัน						
2	การมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
3	การหลังข้างนอก ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
4	การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่ สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
5	การกินยาคุมกำเนิด ไม่ได้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
6	การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจทำให้มีความเจ็บปวดทรมาน						
7	การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้มีความลำบากในการใช้ชีวิต						
8	การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทำให้พ่อแม่อับอาย						
9	การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทำให้เสียสุขภาพ เสียเวลา และเสียเงินทอง						
10	การมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ทำให้ฉันมีสุขภาพกายและจิตโดยรวมดี						
11	การไม่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามช่วยให้ฉันไม่ต้องกังวลว่าจะตั้งครรภ์ จึงสามารถใช้เวลากับการเรียนได้อย่างเต็มที่						
12	การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
13	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เป็นพฤติกรรมทางเพศที่มีความปลอดภัย						
14	การกินยาคุมกำเนิดชนิดฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ฉันรู้สึกปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์						
15	การไม่สาส์อนทางเพศเป็นสิ่งที่ควรกระทำ						
16	เป็นการยุ่งยากที่จะตรวจภายใน เนื่องจากไม่มีเงินไปตรวจ						
17	ไม่สามารถซื้อหรือพกถุงยางอนามัยได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่น่าอาย						
18	สามารถเรียนเรื่องเพศศึกษาได้ เนื่องจากไม่ใช่สิ่งที่น่าอาย						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่ สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
19	ไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ เนื่องจากเป็น สิ่งที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย						
20	สามารถหลีกเลี่ยงการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยุ่งยากลำบาก						

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลของคนสำคัญ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	คำถาม	จริง ที่ สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
1	เมื่อฉันเล่าปัญหาเรื่องเพศศึกษา พ่อแม่จะรับ ฟังเรื่องของฉันอย่างตั้งใจ						
2	ในยามที่ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ พ่อแม่เป็นกำลังใจให้ฉันเสมอ						
3	ฉันคิดว่าพ่อแม่ไม่สามารถคลายความกังวลต่อ ปัญหาทางเพศของฉันได้						
4	ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใน เรื่องเพศศึกษากับพ่อแม่ได้						
5	พ่อแม่สนับสนุนเงินไว้จ่ายค่าตรวจภายในให้ ฉัน						
6	พ่อแม่สนับสนุนให้ฉันใช้เวลาว่างผ่อนคลาย ความต้องการทางเพศ เช่น ซื้ออุปกรณ์กีฬาให้ เป็นต้น						
7	เพื่อนยอมรับฉันเพราะฉันปฏิเสธการมี เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร						
8	เพื่อนช่วยตักเตือนฉันไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กับ แฟนก่อนวัยอันควร						

ข้อ	คำถาม	จริง ที่ สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่ จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
9	เมื่อฉันไม่เข้าใจวิธีการกินยาคุมกำเนิด เพื่อน จะช่วยอธิบายให้เข้าใจ						
10	เพื่อนแนะนำให้ฉันใช้ผ้าอนามัยแบบสอดหาก ต้องการว่ายน้ำขณะมีประจำเดือน						
11	เพื่อนแนะนำให้ฉันใช้ชุดชั้นในที่สะอาด						
12	เพื่อนแนะนำฉันไม่ให้ไปในสถานที่เปลี่ยว เพียงลำพัง						

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถาม

☺ Have a nice day ☺





ภาคผนวก ข
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 18 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล
อนามัยการเจริญพันธุ์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.371
2	.201
3	.243
4	.470
5	.373
6	.246
7	.524
8	.309
9	.286
10	.513
11	.583
12	.210
13	.284
14	.242
ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .733	

ตาราง 19 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความสามารถ
ของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.290
2	.301
3	.344
4	.328
5	.443
6	.262
7	.514
8	.754
9	.280
10	.653
11	.402
12	.287
ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .758	

ตาราง 20 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ
อนามัยการเจริญพันธุ์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.513
2	.403
3	.405
4	.516
5	.544
6	.282
7	.213
8	.417
9	.244
ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .568	

ตาราง 21 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับ
อนามัยการเจริญพันธุ์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.766
2	.528
3	.691
4	.383
5	.598
6	.205
7	.313
8	.233
9	.429
10	.563
11	.454
12	.323
13	.402
14	.405
15	.377
16	.436
17	.675
18	.877
19	.725
20	.696
ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .896	

ตาราง 22 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอิทธิพลของคนสำคัญ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.237
2	.433
3	.314
4	.433
5	.376
6	.418
7	.322
8	.484
9	.383
10	.210
11	.328
12	.259
ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .711	



ภาคผนวก ค

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพวัยการเจริญพันธุ์

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว



อรุณี ลิ้มมณี

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาของโปรแกรม

ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับนักเรียนหญิงในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากนักเรียนมีความเคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก จึงทำให้ดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ สาเหตุของปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่นั้น เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันและปรับเปลี่ยนได้ นั่นคือ การเพิ่มศักยภาพของพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ สามารถทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

สำหรับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแบนดูรา (Bandura, 1986) มาสร้างกรอบในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการประยุกต์แนวคิดหลัก คือ การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ (Belief of reproductive health) เพื่อให้ นักเรียนมีพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยนักเรียนจะมีโอกาสได้เข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มเกี่ยวกับความรู้ การได้ร่วมกิจกรรมในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยชุดกิจกรรมทั้งหมดนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อปรับเปลี่ยนตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้ นักเรียนมีความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น
3. เพื่อให้ นักเรียนมีการกำกับตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น
4. เพื่อให้ นักเรียนมีการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไปเพิ่มขึ้น
5. เพื่อให้ นักเรียนมีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
6. เพื่อให้ นักเรียนมีการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายของโปรแกรม คือ นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

หลักการและแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว สามารถประมวลแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์
ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ประยุกต์จากแหล่งการพัฒนาการ
รับรู้ความสามารถของตนทั้ง 4 วิธีมาใช้ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เช่น กิจกรรม
การฝึกทักษะการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ 2) การใช้ประสบการณ์จากการสังเกตผู้อื่น หรือการใช้
ตัวแบบ เช่น การใช้ตัวแบบจากเพื่อน ๆ และการใช้ตัวแบบจากสื่อที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแล
อนามัยการเจริญพันธุ์ 3) การใช้คำพูดชักจูง เช่น การให้กำลังใจ การชมเชยเมื่อทำสำเร็จ และ 4)
การกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น การผ่อนคลาย

2. แนวคิดการพัฒนาการกำกับตนเองในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย
กิจกรรมการพัฒนาการกำกับตนเอง ประยุกต์จากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา 3 ด้าน
ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะยาว กำหนด
เป้าหมายว่าสังเกตพฤติกรรมอะไร พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง กำหนดวิธีการ
บันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึกพฤติกรรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับและพิจารณาการเปลี่ยนแปลง
ของพฤติกรรมว่ามีความก้าวหน้าเพียงใด 2) การตัดสินตนเอง เช่น การเปรียบเทียบผลที่ได้กับ
เป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งตามมาตรฐานส่วนบุคคล และมาตรฐานของผู้อื่น 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง
เช่น การให้รางวัล การชมเชย ให้แรงจูงใจด้วยตนเอง

3. แนวคิดการพัฒนาความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีวิธีการ
สอนที่มีประสิทธิภาพที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยาย การระดมสมอง การนำเสนอกรณีศึกษา การ
เล่นเกม การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกและการลงมือปฏิบัติ โดย
วิธีการสอนเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจและมีการนำไปใช้ในเนื้อหาที่ผู้สอน
ต้องทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป
การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกัน
ตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวเหล่านี้ เป็นการช่วยกระตุ้นความจำ
และความรู้ความเข้าใจของเด็ก ประกอบกับเป็นการสร้างบรรยากาศที่มีความผ่อนคลาย มีความ
สนุกสนาน รวมทั้งใช้เป็นสื่อที่น่าสนใจ อันจะเป็นการช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น ได้แก่ การ
ละลายพฤติกรรม และการเล่นเกม เป็นต้น ทั้งนี้ การให้ความรู้ความเข้าใจในแต่ละเนื้อหาสาระนั้น
ผู้สอนนั้นสามารถใช้วิธีการสอนเพียงวิธีการสอนใดเดี่ยวหรือใช้วิธีการสอนที่มีความหลากหลาย
วิธีการสอนได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน

กิจกรรมของโปรแกรม

โปรแกรมการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมการร่วมกับทางโรงเรียนในด้านสถานที่ อุปกรณ์ สื่อ

1.2 คัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมโปรแกรมโดยเลือกจากนักเรียนชั้น ม.1-3 ของโรงเรียนศรีสังวาลย์ นนทบุรี จำนวน 30 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้น ทำการทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pretest) เพื่อวัดตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ อิทธิพลของคนสำคัญ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

2. ระยะทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง โดยให้ตัวอย่างในสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านอายุ ชั้นเรียน และคะแนนก่อนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

2.2 กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรม ทั้งหมด 8 คาบ รวม 16 ชั่วโมง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยแบ่งเป็นจำนวนคาบที่ทำกิจกรรม 8 คาบ รวม 16 ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1-4 (สำหรับคาบที่ 1-4 รวม 8 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 1 มารูจักกันหน่อย รู้จักตัวเองมากขึ้นอีกนิด ดูแลตัวเองด้วยนะจ๊ะ

กิจกรรมที่ 2 ปกป้องฉันหน่อย

กิจกรรมที่ 3 ปลอดภัย ไร้กังวล

กิจกรรมที่ 4 รู้ทัน ป้องกัน

วัตถุประสงค์ ได้แก่

1) เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างนักเรียนด้วยกันและระหว่างนักเรียนกับผู้วิจัย

2) เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

3) เพื่อพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค เพศ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

4) เพื่อเสริมพลัง (Empower) นักเรียนโดยใช้อิทธิพลของคนสำคัญในส่วนของอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

รูปแบบกิจกรรมและสื่อที่ใช้

- บรรยาย สาธิต บทบาทสมมุติ กิจกรรมกลุ่มย่อย การนำเสนอและแลกเปลี่ยนกันใน
กลุ่มใหญ่ เกม

- แผ่นภาพ บัตรคำ
- ใบงาน

ทฤษฎี/แนวคิด

1. แนวคิดการจัดระบบความรู้ตามจุดมุ่งหมายการศึกษาของบลูม
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. อิทธิพลของคนสำคัญ

กิจกรรมที่ 5-8 (สำหรับคาบที่ 5-10 รวม 12 ชั่วโมง)

- กิจกรรมที่ 5 ไม่ยากเลยถ้าจะทำ
กิจกรรมที่ 6-7 มั่นใจ ไม่หวั่นกระแส
กิจกรรมที่ 8 สิทธิของฉัน

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม 5-8 ได้แก่

- 1) เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ การ
ป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ
- 2) เพื่อพัฒนาทักษะการกำกับตนเอง

รูปแบบกิจกรรมและสื่อที่ใช้

- บรรยาย สาธิต บทบาทสมมุติ แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม
- การเล่าเรื่อง
- บัตรภาพ, เกม
- สมุดบันทึก “เด็กหญิงสดใส” ที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น เพื่อให้นักเรียนใช้บันทึกพฤติกรรม
ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง

ทฤษฎี/แนวคิด

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. การกำกับตนเอง

3. ระยะหลังทดลอง แบ่งเป็น 2 ช่วงได้แก่

3.1 การทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรม (posttest) เพื่อวัดตัวแปรพฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์โดยทั่วไป การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะทำหลังจบโปรแกรมทันที

3.2 การติดตามและประเมินผลนักเรียนในกลุ่มทดลอง หลังผ่านไป 1 เดือน โดยตรวจสอบจากสมุดบันทึก “เด็กหญิงสดใส” และการทำ focus group เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากนักเรียนและเพื่อให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบและแนวทางแก้ไข



ใบงานที่ 1: จริง – ไม่จริง

ให้นักเรียนจับกลุ่มกัน กลุ่มละ 5 คน แล้วช่วยกันตัดสินใจว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยดังต่อไปนี้ เป็นความเชื่อที่ถูกต้องหรือไม่

ให้เวลาหารือและเตรียมการ 15 นาที และให้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

1. การใส่ถุงยางขนาดใหญ่เกินไป อาจไม่ได้ผลในการป้องกัน
2. ใส่ถุงยางสองชั้นช่วยให้ป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อได้ดีขึ้น
3. ใส่ถุงยางกลับด้านช่วยให้ป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อได้ดีขึ้น
4. ใส่ถุงยางแล้วหมดอารมณ์
5. ถุงยางยิ่งแพง ยิ่งปลอดภัย
6. ถุงยางแบบมีสี มีกลิ่น อาจเป็นอันตราย
7. เวลาใช้ถุงยาง ไม่ควรใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนประกอบของน้ำมัน
8. เราสามารถนำถุงยางไปล้างทำความสะอาดแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ได้
9. การพกถุงยาง ควรเป็นหน้าที่ของฝ่ายชาย
10. ถ้าเราไม่ได้สำส่อน ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยาง

ใบงานที่ 2: ท้อง – ไม่ท้อง

ให้นักเรียนจับกลุ่มกัน กลุ่มละ 5 คน แล้วช่วยกันตัดสินใจว่า การกระทำต่อไปนี้เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ ให้นักเรียนอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นส่งตัวแทนนำเสนอ

ให้เวลาหารือและเตรียมการ 15 นาที และให้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

1. มีเพศสัมพันธ์โดยใส่ถุงยางอนามัย
2. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการสอดใส่
3. มีเพศสัมพันธ์โดยฝ่ายชายหลังข้างนอก
4. มีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีประจำเดือน
5. มีเพศสัมพันธ์ก่อนมีประจำเดือน 7 วันหรือหลังมีประจำเดือน 7 วัน (หน้า 7 หลัง 7)
6. มีเพศสัมพันธ์ในน้ำ
7. มีเพศสัมพันธ์แล้วรีบกินยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินตาม
8. การช่วยตัวเอง
9. วាយน้ำในสระเดียวกับผู้ชาย
10. ใส่กางเกงชั้นในของแฟน
11. ใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ชาย

ใบงานที่ 3: เสียงมาก – เสียงน้อย

ให้นักเรียนช่วยกันตัดสินใจว่า การกระทำต่อไปนี้เสียงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือไม่ โดยให้จัดกลุ่มตามระดับความเสียงดังนี้

เสียงมาก - เสียงปานกลาง - เสียงน้อย – ไม่เสียง

ให้นักเรียนอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นส่งตัวแทนนำเสนอ โดยให้เวลาหารือและเตรียมการ 15 นาที และให้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

1. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อโดยใส่ถุงยางอนามัย
2. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อโดยไม่มีการสอดใส่
3. จูบปากกับผู้ที่ติดเชื้อ
4. ใช้เสื้อผ้าร่วมกัน
5. ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
6. ใช้มีดโกนร่วมกัน
7. ทำแผลให้ผู้ที่ติดเชื้อ
8. ทำเล็บในร้านเดียวกับผู้ที่ติดเชื้อ
9. ตัดผมในร้านเดียวกับผู้ที่ติดเชื้อ
10. กินอาหารร่วมกัน
11. ใช้ห้องน้ำร่วมกัน
12. ยุงกัดผู้ที่ติดเชื้อแล้วมากัดเรา
13. ว่ายน้ำในสระหรือคลองเดียวกัน
14. สัมผัส โอบกอด จับมือ
15. สัมผัสน้ำมูก น้ำลายของผู้ที่ติดเชื้อ
16. ได้รับบริจาคโลหิตจากผู้ติดเชื้อ
17. เด็กทารกที่มีแม่เป็นผู้ติดเชื้อ
18. เด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ไปกัดเด็กอื่น
19. ใช้ปากสำเร็จความใคร่ให้ผู้ติดเชื้อ
20. ใช้นิ้วสอดใส่ในอวัยวะเพศของผู้ติดเชื้อ

ใบงานที่ 4: พฤติกรรมการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

ให้นักเรียนจับกลุ่มกัน กลุ่มละ 5 คน แล้วช่วยกันตัดสินใจว่า พฤติกรรมต่อไปนี้ เป็นการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ให้นักเรียนอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นส่งตัวแทนนำเสนอ

ใช้เวลาหารือและเตรียมการ 15 นาที และใช้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

1. มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย
2. ทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการล้างแล้วซับให้แห้งทุกครั้ง
3. สวมชุดชั้นในสะอาดถ้าไม่สกปรก
4. ซักและตากชุดชั้นในในห้องน้ำ
5. ทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการเช็ดจากด้านหน้ามาด้านหลัง
6. หลีกเลี่ยงการอยู่สองต่อสองกับเพศตรงข้าม
7. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่เปลี่ยว
8. ไม่ขึ้นรถเมื่อมีคนแปลกหน้าชวนให้ขึ้น
9. เวลาเป็นประจำเดือนในวันที่มาน้อย ไม่ต้องเปลี่ยนผ้าอนามัยเลยก็ได้
10. ตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ
11. ใช้จ่ายคุมฉุกเฉินดีกว่ายาคุมธรรมดา เพราะถ้าไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ไม่ต้องกิน
12. ผู้หญิงไม่ต้องพกถุงยาง เพราะเป็นหน้าที่ของผู้ชาย

ใบงานที่ 5: ทักษะการปฏิเสธ

ให้นักเรียนจับคู่กันแสดงบทบาทสมมติชาย หญิง โดยฝ่ายชายต้องการชวนฝ่ายหญิงไปทำกิจกรรมต่อไปนี้ แต่ฝ่ายหญิงไม่ยอมทำ นักเรียนจะมีทักษะในการปฏิเสธอย่างไร

ให้นักเรียนช่วยกันเขียนบทสนทนา แล้วออกมาแสดงบทบาททีละคู่ โดยให้เวลาหารือและเตรียมการ 10 นาที และให้เวลาในการแสดงคู่ละ 3 นาที

1. ชวนไปค้างคืนที่บ้าน โดยบอกว่าไปตีหนังสื่อกันหลายคน
2. ชวนไปงานวันเกิดตอนกลางคืน
3. ชวนไปดูหนังไปที่ห้อง
4. ชวนไปลอยกระทงด้วยกัน
5. ให้ของขวัญวันวาเลนไทน์แล้วชวนให้มีเพศสัมพันธ์กันโดยอ้างว่าเป็นวันแห่งความรัก
6. ชวนไปดูหนังรอบดึก
7. ชวนให้ดื่มเหล้า
8. ชวนให้ลองยาเสพติด โดยบอกว่าลองเพียงครั้งเดียวไม่ติดหรอก

ใบงานที่ 6: ใส่ถุงเถาะที่รัก

ให้นักเรียนจับคู่กันแสดงบทบาทสมมติชาย หญิง โดยฝ่ายชายไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัย ฝ่ายหญิงจะมีวิธีใดที่จะโน้มน้าวให้ฝ่ายชายใส่ถุง

ให้นักเรียนช่วยกันเขียนบทสนทนา แล้วออกมาแสดงบทบาทที่ละคู่ โดยให้เวลาหารือ และเตรียมการ 10 นาที และให้เวลาในการแสดงคู่ละ 3 นาที

1. ใส่ถุงแล้วมันรู้สึกไม่ธรรมชาติ
2. ผมมีคุณคนเดียว จะกลัวอะไร
3. ผมไม่ได้เป็นโรคนะ
4. ใส่ถุงแล้วไม่สนุก
5. ใส่แล้วรู้สึกแน่น อึดอัด
6. คุณไม่ไว้ใจผมเหรอ
7. ใส่ถุงแล้วหมดอารมณ์
8. ยังไงก็ไม่ใส่

ใบงานที่ 7: ฉันสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ถ้า.....

ให้นักเรียนช่วยกันคิดว่า ในการที่จะตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่นั้น ควรพิจารณาเรื่องใดบ้าง มีเงื่อนไข ปัจจัยอะไรประกอบการตัดสินใจ ให้นักเรียนอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

จากนั้นส่งตัวแทนนำเสนอโดยขึ้นต้นประโยคว่า “ฉันสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ถ้า.....” โดยแต่ละกลุ่มต้องคิดให้ได้ไม่น้อยกว่า 5 ข้อ

ให้เวลาหารือและเตรียมการ 15 นาที และให้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที



ใบงานที่ 8: ละเมิด – ไม่ละเมิด

ให้นักเรียนช่วยกันคิดตัดสินใจว่า การกระทำต่อไปนี้เป็นการล่วงละเมิดทางเพศหรือไม่ เพราะเหตุใด อภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นส่งตัวแทนนำเสนอ ให้ความรู้หรือและเตรียมการ 15 นาที และให้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 5 นาที

1. การจ้องมองของสงวน
2. การโชว์ภาพโป๊หรือภาพที่ส่งไปในทางเพศ
3. การแอบดู
4. การแอบถ่ายภาพ
5. การโชว์อวัยวะเพศ
6. การเผยแพร่ภาพถ่ายทางอินเทอร์เน็ต
7. การเล่าเรื่องตลกสองแง่ สองงาม
8. การวิจารณ์รูปร่าง
9. โอบไหล่
10. จับแขน
11. พุดกระซิบข้างหู
12. ตามจับ ตามตื้อ

สมุดบันทึก เด็กหญิงสดใส



สมุดบันทึก เด็กหญิงสดใส



ชื่อ.....

อายุ.....ปี

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่.....

หักเรียนคะ

สมุดบันทึก “เด็กหญิงสดใส” เล่มนี้ ไว้สำหรับให้นักเรียนบันทึกพฤติกรรมในการดูแล
อนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง เพื่อช่วยให้นักเรียนได้ตรวจสอบตัวเองว่านักเรียนได้
ดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

วิธีบันทึก

ในแต่ละข้อ ถ้านักเรียนทำพฤติกรรมที่ระบุไว้ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับ
วันที่นักเรียนได้ทำกิจกรรมนั้น สำหรับวันที่ไม่ได้ทำ ให้ใส่เครื่องหมาย -

สัปดาห์ที่ 1

พฤติกรรม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1. ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะ ด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง							
2. ฉันใช้ทิชชูซับอวัยวะเพศด้วยการเช็ดจาก ด้านหน้ามาด้านหลัง							
3. ฉันสวมชุดชั้นในในที่แห้งและสะอาด							
4. ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก							
5. ฉันสวมกางเกงในที่มียีนขนาดพอดี ไม่รัดแน่น เกินไป							
6. ฉันสวมกางเกงในที่ทำจากผ้าฝ้าย							
7. ฉันเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ							
8. ระหว่างมีประจำเดือน ฉันล้างทำความสะอาด อวัยวะด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ							
9. ฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมี ประจำเดือน							
10. ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง							

สรุปการบรรลุเป้าหมายในแต่ละพฤติกรรม

พฤติกรรมที่ 1 ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 2 ฉันใช้ทิชชูซับอวัยวะเพศด้วยการเช็ดจากด้านหน้ามาด้านหลัง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 3 ฉันสวมชุดชั้นในที่แห้งและสะอาด

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 4 ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 5 ฉันสวมกางเกงในที่มีขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 6 ฉันสวมกางเกงในที่ทำจากผ้าฝ้าย

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 7 ฉันเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 8 ระหว่างมีประจำเดือน ฉันล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 9 ฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 10. ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

สรุป ในสัปดาห์ที่ 1

จากจำนวนเป้าหมายทั้งหมด 10 ข้อ ฉันสามารถบรรลุเป้าหมายได้.....ข้อ

หากสามารถบรรลุเป้าหมายได้ 8 ข้อขึ้นไป ฉันจะให้รางวัลตัวเอง คือ.....

สัปดาห์ที่ 2

พฤติกรรม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1. ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง							
2. ฉันใช้ทิชชูซับอวัยวะเพศด้วยการเช็ดจากด้านหน้ามาด้านหลัง							
3. ฉันสวมชุดชั้นในที่แห้งและสะอาด							
4. ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก							
5. ฉันสวมกางเกงในที่มียีนขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป							
6. ฉันสวมกางเกงในที่ทำจากผ้าฝ้าย							
7. ฉันเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ							
8. ระหว่างมีประจำเดือน ฉันล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ							
9. ฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน							
10. ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง							

สรุปการบรรลุเป้าหมายในแต่ละพฤติกรรม

พฤติกรรมที่ 1 ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 2 ฉันใช้ทักษะข้อวัวยะเทศด้วยการขีดจากด้านหน้ามาด้านหลัง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 3 ฉันสวมชุดชั้นในที่แห้งและสะอาด

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 4 ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 5 ฉันสวมกางเกงในที่มิขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 6 ฉันทนสวมกางเกงในที่มาจากผ้าฝ้าย

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 7 ฉันทเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 8 ระหว่างมีประจำเดือน ฉันทล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 9 ฉันทเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 10 ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

สรุป ในสัปดาห์ที่ 1

จากจำนวนเป้าหมายทั้งหมด 10 ข้อ ฉันสามารถบรรลุเป้าหมายได้.....ข้อ

หากสามารถบรรลุเป้าหมายได้ 8 ข้อขึ้นไป ฉันจะให้รางวัลตัวเอง คือ

.....

สัปดาห์ที่ 3

พฤติกรรม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1. ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง							
2. ฉันใช้ทิชชูซับอวัยวะเพศด้วยการเช็ดจากด้านหน้ามาด้านหลัง							
3. ฉันสวมชุดชั้นในในที่แห้งและสะอาด							
4. ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก							
5. ฉันสวมกางเกงในที่ที่มีขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป							
6. ฉันสวมกางเกงในที่ทำจากผ้าฝ้าย							
7. ฉันเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ							
8. ระหว่างมีประจำเดือน ฉันล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ							
9. ฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน							
10. ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง							

สรุปการบรรลุเป้าหมายในแต่ละพฤติกรรม

พฤติกรรมที่ 1 ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....

- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 2 ฉันใช้ทิชชูซับอวัยวะเพศด้วยการเช็ดจากด้านหน้ามาด้านหลัง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....

- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 3 ฉันสวมชุดชั้นในที่แห้งและสะอาด

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....

- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 4 ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....

- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 5 ฉันทวมกางเกงในที่มิขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 6 ฉันทวมกางเกงในที่มาจากผ้าฝ้าย

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 7 ฉันทเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 8 ระหว่างมีประจำเดือน ฉันทล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 9 ฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 10 ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

สรุปในสัปดาห์ที่ 1

จากจำนวนเป้าหมายทั้งหมด 10 ข้อ ฉันสามารถบรรลุเป้าหมายได้.....ข้อ

หากสามารถบรรลุเป้าหมายได้ 8 ข้อขึ้นไป ฉันจะให้รางวัลตัวเอง คือ

.....

สัปดาห์ที่ 4

พฤติกรรม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
1. ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง							
2. ฉันใช้ทิชชูซับอวัยวะเพศด้วยการเช็ดจากด้านหน้ามาด้านหลัง							
3. ฉันสวมชุดชั้นในที่แห้งและสะอาด							
4. ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก							
5. ฉันสวมกางเกงในที่ที่มีขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป							
6. ฉันสวมกางเกงในที่ทำจากผ้าฝ้าย							
7. ฉันเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ							
8. ระหว่างมีประจำเดือน ฉันล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ							
9. ฉันเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน							
10. ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง							

สรุปการบรรลุเป้าหมายในแต่ละพฤติกรรม

พฤติกรรมที่ 1 ฉันทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังปัสสาวะด้วยการใช้ทิชชูซับให้แห้งทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 2 ฉันใช้ทักษะข้อวัวยะเทศด้วยการขีดจากด้านหน้ามาด้านหลัง

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายความว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 3 ฉันสวมชุดชั้นในที่แห้งและสะอาด

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายความว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 4 ฉันซักและตากชุดชั้นในในที่ที่มีลมโกรก

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายความว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 5 ฉันสวมกางเกงในที่มียาขนาดพอดี ไม่รัดแน่นเกินไป

- จำนวนวันที่ตั้งเป้าหมายความว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 6 ฉันทนสวมกางเกงในที่มาจากผ้าฝ้าย

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 7 ฉันทเปลี่ยนกางเกงในทุกครั้งหลังอาบน้ำ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 8 ระหว่างมีประจำเดือน ฉันทล้างทำความสะอาดด้วยน้ำและซับให้แห้งเสมอ

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 9 ฉันทเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ระหว่างมีประจำเดือน

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

พฤติกรรมที่ 10 ฉันปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง

- จำนวนวันที่ตั้งใจเป้าหมายว่าจะทำใน 1 สัปดาห์.....
- จำนวนวันที่ทำจริง.....

บรรลุเป้าหมาย

ไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะ.....

สรุป ในสัปดาห์ที่ 1

จากจำนวนเป้าหมายทั้งหมด 10 ข้อ ฉันสามารถบรรลุเป้าหมายได้.....ข้อ

หากสามารถบรรลุเป้าหมายได้ 8 ข้อขึ้นไป ฉันจะให้รางวัลตัวเอง คือ

.....



ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ	สถานที่ทำงาน
1. ผศ.ดร.จตุรงค์ บุญรัตนสุนทร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ผศ.ดร.วิไลภรณ์ โคตรบึงแก	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผศ.ดร.พิมพ์า ขจรธรรม	วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร.สามารถ รัตนสาคร	สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ
5. ดร.กมลพรรณ พันธ์พึ้ง	สถาบันเทคโนโลยีเพื่อคนพิการและผู้สูงอายุ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์ แห่งชาติ



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางอรุณี ลิ้มมณี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	99/307 ถนนบางแค แขวงบางแค เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160
โทรศัพท์	083-019-4265
อีเมล	wongsalena@hotmail.com
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	ศิลปศาสตรบัณฑิต (ศศ.บ.) เกียรตินิยมอันดับ 2 สาขาวิชาภาษาอังกฤษ จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2539	Master of Social Work Washington University in St. Louis, Missouri, USA
พ.ศ. 2560	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2531-2537	เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ กรมชลประทาน
พ.ศ. 2540-2549	อาจารย์ สาขาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2549-2550	Visiting Scholar Gallaudet University, Washington, D.C., USA
พ.ศ. 2550-2554	อาจารย์ สาขาคณะตรีบัณฑิต วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ปัจจุบัน	ที่ปรึกษา (Consultant) องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) นักวิชาการ นักวิจัยด้านคนพิการ