



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

ใบยินยอมเข้าร่วม โปรแกรมฝึกออกกำลังกายสำหรับเด็กสมองพิการที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า นายพงศกร หงษ์ระนัย นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อ โปรแกรมการฝึกออกกำลังกายสำหรับเด็กสมองพิการที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา โดยศึกษาอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ความดันโลหิต ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แขน การทรงตัว ของเด็กสมองพิการก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการฝึกออกกำลังกาย การวัดค่าต่างๆในการทดลองนี้ ไม่มีอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมการทดสอบแต่อย่างใด และผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางจัดโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายแบบนาร่อง เพื่อประโยชน์ในการศึกษาในกลุ่มเด็กสมองพิการต่อไป

ในโอกาสนี้ ข้าพเจ้าจึงใคร่ขอร่วมมือในการเข้าร่วมการทดลองทำการวิจัยครั้งนี้ด้วย

ลงชื่อ.....

(นายพงศกร หงษ์ระนัย)

ผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้า เด็กชาย/เด็กหญิง.....มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าเข้าใจถึงวิธีการวิจัย และการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และพร้อมที่จะปฏิบัติตามวิธีที่ทำการวิจัยทุกประการ

ลงชื่อ.....

ผู้ร่วมทำการทดลอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง.....เป็นผู้ปกครองของ เด็กชาย/

เด็กหญิง.....มีความประสงค์ที่จะให้บุตรเข้าร่วมฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับเด็กสมองพิการที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง โดยข้าพเจ้าเข้าใจถึงวิธีการวิจัยและการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดีและพร้อมที่จะให้บุตรปฏิบัติตามวิธีที่ทำการวิจัยทุกประการ โดยให้อยู่ในความดูแลของนักกายภาพบำบัดและผู้ทำการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครองเด็กสมองพิการ

แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายสำหรับเด็กสมองพิการที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอรายงานบันทึกการปฏิบัติตามโปรแกรมฝึกการออกกำลังกายทุกครั้ง ด้วยความสัตย์จริง

| ลำดับ | วัน/เดือน/ปี | ปฏิบัติครบถ้วน | ปฏิบัติไม่ครบ | ลงชื่อ | หมายเหตุ |
|-------|--------------|----------------|---------------|--------|----------|
| 1     |              |                |               |        |          |
| 2     |              |                |               |        |          |
| 3     |              |                |               |        |          |
| 4     |              |                |               |        |          |
| 5     |              |                |               |        |          |
| 6     |              |                |               |        |          |
| 7     |              |                |               |        |          |
| 8     |              |                |               |        |          |
| 9     |              |                |               |        |          |
| 10    |              |                |               |        |          |
| 11    |              |                |               |        |          |
| 12    |              |                |               |        |          |
| 13    |              |                |               |        |          |
| 14    |              |                |               |        |          |
| 15    |              |                |               |        |          |
| 16    |              |                |               |        |          |
| 17    |              |                |               |        |          |
| 18    |              |                |               |        |          |

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติ

ลงชื่อ.....พยาน

รับทราบ เมื่อวันที่ .. เดือน .. พ.ศ.

ลงชื่อ.....

การทดสอบสมรรถภาพก่อนเข้าโปรแกรมการฝึกท่ากายบริหารสำหรับเด็กสมองพิการ  
ที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง

| ที่ | ชื่อ - สกุล | ความดัน<br>โลหิต | ชีพจร<br>ขณะ<br>พัก | แรงบีบมือ |     | การทรงตัว |   |   | อายุ<br>(ปี) |
|-----|-------------|------------------|---------------------|-----------|-----|-----------|---|---|--------------|
|     |             |                  |                     | ซ้าย      | ขวา | น         | ซ | ข |              |
| 1   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 2   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 3   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 4   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 5   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 6   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 7   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 8   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 9   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 10  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 11  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 12  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 13  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 14  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 15  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 16  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |

การทดสอบสมรรถภาพหลังเข้าโปรแกรมการฝึกท่ากายบริหารสำหรับเด็กสมองพิการ  
ที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง

| ที่ | ชื่อ - สกุล | ความดัน<br>โลหิต | ชีพจร<br>ขณะ<br>พัก | แรงบีบมือ |     | การทรงตัว |   |   | อายุ<br>(ปี) |
|-----|-------------|------------------|---------------------|-----------|-----|-----------|---|---|--------------|
|     |             |                  |                     | ซ้าย      | ขวา | น         | ซ | ข |              |
| 1   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 2   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 3   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 4   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 5   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 6   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 7   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 8   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 9   |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 10  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 11  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 12  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 13  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 14  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 15  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |
| 16  |             |                  |                     |           |     |           |   |   |              |

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved



### การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

**รายการที่ 1** การวัดอัตราการเต้นของชีพจรขณะพักและความดันโลหิต

**เครื่องมือ** นาฬิกาจับเวลา  
เครื่องวัดความดันโลหิต  
Stethoscopes

**วิธีการปฏิบัติ**

1. ให้ผู้เข้ารับการทดสอบพักในท่านั่งที่สบายที่สุด ประมาณ 10 นาที
2. จับชีพจรที่ข้อมือขวา
3. นับจำนวนครั้งที่หัวใจเต้นในเวลา 1 นาที จาก radial artery
4. การวัดความดันโลหิต ให้ผู้ทดสอบนั่ง วางแขนอยู่ในระดับหัวใจและสวมปลอกหุ้มเหนือข้อศอก ขึ้นไปประมาณ 1 นิ้ว วาง Stethoscopes บริเวณ Brachial artery บีบตัว Cuff เพื่อให้กดบริเวณแขนจนไม่ได้ยินเสียงชีพจร และค่อยๆ ปล่อยลมออกช้าๆ บันทึกค่าความดันโลหิตเมื่อได้ยินเสียงแรกเป็นค่า Systolic และบันทึกเสียงชีพจรสุดท้ายก่อนที่จะหายไปเป็นค่า Diastolic

**รายการที่ 2** การวัดแรงบีบมือ

**เครื่องมือ** Hand Grip Dynamometer

**วิธีการปฏิบัติ**

1. จัดระดับที่จับของเครื่องให้เหมาะสมกับมือของผู้ถูกวัด
2. ให้ผู้ถูกวัดปล่อยแขนตามสบายข้างลำตัว มือกำที่จับไว้ห้ามแนบลำตัว
3. ให้ออกแรงกำมือให้เต็มที่ที่สุด ทำทีละข้างสลับกัน
4. อ่านค่าทีละข้าง ทำข้างละ 2 ครั้ง เลือกค่าครั้งที่ดีที่สุดของแต่ละข้าง

**รายการที่ 3** การทดสอบการทรงตัว (Balance) โดยวิธี Functional Reach test

**เครื่องมือ** สายวัด  
ตลับเมตร  
ลูกดิ่ง

**วิธีการปฏิบัติ**

1. ผู้ทดสอบนั่งบนเก้าอี้ล้อเข็นตัวตรง (เด็กสวมองพิการ)
2. ยกแขนขึ้นระดับไหล่ แขนเหยียดตรงกำมือ
3. เอื้อมแขนไปข้างหน้า ซ้ายและขวาให้มากที่สุด
4. หาค่าระยะต่างของตำแหน่งมือ
5. ทดสอบ 3 ครั้ง หาค่าเฉลี่ย



โปรแกรมการฝึกออกกำลังกายสำหรับเด็กสมองพิการที่มีอาการเกร็งของขาทั้งสองข้าง  
ฝึกสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 1-2**

**ท่าที่ 1 คอแบนราบหน้ากระจก (neck flatener at mirror)**

เป็นท่าบริหารสำหรับศีรษะโหลมาข้างหน้า ไหล่เอียง

ประโยชน์อื่นๆ ช่วยปรับปรุงอาการเอียงของลำตัว

**ท่าเตรียม** นั่งบนเก้าอี้หรือเก้าอี้ล้อเข็นเหยียดตัวหน้ากระจกมือประสานกันหลังท้ายทอย

1. พยายามดันศีรษะและคอไปข้างหลังพร้อมกับมือดันไปข้างหน้าและดันข้อศอกไปข้างหลังจะทำให้หลังส่วนบนแบน
2. หายใจเข้านิ่งไว้ ช่วงระยะหนึ่งแล้วหายใจออกกลับไปสู่ท่าเตรียม ผู้ปฏิบัติอาจนั่งหันหน้าเข้าหากระจกเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติทั้งทางส่วนหน้า ส่วนข้างและส่วนหลัง
3. ปฏิบัติโดยการนับ 1-10 ต่อ 1 รอบ ปฏิบัติ 5 รอบ พักระหว่างรอบ 10 วินาที

**ท่าที่ 2 เอียงศีรษะ (head tilt)**

เป็นท่าบริหารสำหรับการผ่อนคลายและการเหยียดตัวของกล้ามเนื้อคอส่วนที่ศีรษะเอียงตัวไป  
ประโยชน์อื่นๆ เพื่อลดอาการเคล็ดตึงคอ

**ท่าเตรียม** นั่งบนเก้าอี้ มือข้างหนึ่งจับเก้าอี้อย่างมั่นคง เอียงศีรษะไปทางด้านตรงข้ามประมาณ 45 องศา

1. พยายามออกแรงเอียงศีรษะกลับไปทางด้านเดิมขณะที่มือข้างหนึ่งเอื้อมไปจับประมาณที่ขมับและออกแรงที่มีมือกับบริเวณศีรษะที่เคลื่อนไหว
2. ให้ทำข้างละประมาณ 3 ครั้ง/รอบ ปฏิบัติ 5 รอบ พักระหว่างรอบ 10 วินาที แล้วสลับข้างต่อไป

**ท่าที่ 3 ทำน่องหน้ากระจกมืออยู่ท้ายทอย ( Neck flattener at mirror )**

ทำโดยเฉพาะสำหรับ ศีรษะยื่น หลังค่อม ไหล่ห่อซุ้ม หลังแอ่น

มีประโยชน์สำหรับความผิดปกติทรวงตรงด้านหน้าและด้านหลังทั้งหมด

**ท่าเริ่มต้น** นั่งตัวตรงหน้ากระจก ศีรษะตั้งตรงให้คางแนบเข้ามากับคอ กางข้อศอกไปด้านข้างให้อยู่ระดับไหล่ ให้ปลายนิ้วมืออยู่ข้างหลังตรงคอดต่อกับศีรษะ

1. เคลื่อนศีรษะและคอไปข้างหลังแรงๆในขณะที่มือกีดันมาข้างหน้า เพื่อจะให้เกิดแรงต้าน และ บังคับให้ข้อศอกกางเบะไปข้างหลัง (ทำหลังส่วนบนให้เป็นแผ่นเรียบ) สูดหายใจเข้า
2. ให้หลังส่วนล่างตรงเป็นแผ่นเดียว โดยการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อเหยียดสะโพกให้ดึง มือประสานท้ายทอยข้อศอกกางเบะออกด้านข้าง หยุดค้างอยู่ 3 วินาที
3. ดึงข้อศอกกลับมาข้างหน้าพร้อมกับไล่ลำตัวมาเล็กน้อยพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อท้องและเหยียด กล้ามเนื้อหลังหยุดค้างอยู่ 3 วินาที แล้วหายใจออก แล้วกลับไปอยู่ในท่าเดิมอีก (นักเรียนอาจจะ นั่งหันหน้าหรือหันด้านข้างเข้าหากระจกเพื่อดูท่าของร่างกายและแก้ไขความผิดปกติของทรวงอก หน้า- หลัง และด้านข้าง) ปฏิบัติจำนวน 6 ครั้ง/รอบ พักระหว่างรอบ 10 วินาที
4. ปฏิบัติทีละคนๆละ 3 รอบ

### สถาปัตยกรรมที่ 3-4

#### ท่าที่ 1 นอนหงายยกตัว (abdominal curls)

เป็นท่าบริหารพิเศษสำหรับหน้าท้องยื่น (ptosis) และหลังแอ่นมากเกิน (lordosis)

ประโยชน์อื่นๆ ช่วยแก้กระดูกเชิงกรานเอียงลงข้างหน้า (forward pelvic tilt)

ท่าเตรียม นอนหงายวางข้อศอกข้างลำตัว งอเป็นมุม 90 องศา

1. พยายามให้หลังส่วนล่างแบนราบกับพื้นเริ่มยกศีรษะขึ้นก้มตัวไปข้างหน้าช้าๆ ข้อศอกยันพื้นไว้ ให้ส่วนหลัง Vertebrae พ้นขึ้นจากพื้น
2. กลับสู่ท่าเดิมช้าๆ
3. ปฏิบัติโดยการนับ 1-10 พักระหว่างรอบ 1 นาที ปฏิบัติ 3 รอบ

ข้อสังเกต ในการนอนหงายยกลำตัวขึ้นหรือยกศีรษะขึ้นก็ตาม ผู้ปฏิบัติจะต้องหายใจออกและนับออกเสียง ดังๆในขณะที่ยกลำตัวหรือยกศีรษะขึ้นเพื่อลดแรงดันภายในท้องน้อยให้ลดลง

#### ท่าที่ 2 นั่งตรงและเหยียดแขน(tense and stretch)

เป็นท่าบริหารพิเศษสำหรับกระดูกสันหลังโค้ง คด

ประโยชน์อื่น ช่วยแก้ไขการบิดของลำตัว ไหล่เอียง

ท่าเตรียม ยืนตรงถ้าเป็นไปได้ควรนั่งเก้าอี้ล้อเข็นหน้ากระจก

1. ยกแขนขวาขึ้นตั้งฉากกับพื้น โดยแขนซ้ายเหยียดตรงข้างลำตัวกดแขนข้างขวาลง หายใจเข้าเมื่อขึ้น ขณะแขนอยู่ด้านหน้าลำตัว ลดแขนลงอยู่ในท่าปกติ

2. แล้วเปลี่ยนแขนซ้ายปฏิบัติเหมือนกัน
3. ปฏิบัติจำนวน 8 ครั้ง/รอบ พักระหว่างรอบ 1 นาที
4. ปฏิบัติทีละคนๆละ 3 รอบ

**ข้อควรระวัง** ต้องพยายามรักษาการนั่งให้อยู่ในท่าตรง โดยไม่มีบิดตัวไปข้างใดข้างหนึ่ง นั่งยืดตัว และไม่ไห้ไหล่ห้อยลง

### ท่าที่ 3 ท่านอนหงายให้คอ หลัง ไหล่ แนบกับพื้น งอเข่า (Neck , back , and shoulder flattener )

ท่าโดยเฉพาะสำหรับ ศีรษะยื่นไปข้างหน้า สันหลังบนนูน หลังค่อม ไหล่ห่อและหลังแอ่น มีประโยชน์สำหรับ ความแข็งแรงของท้อง กระดูกเชิงกรานเอียง

**ท่าเริ่มต้น** – นอนหงาย งอเข่าทั้งสองข้างให้แขนขาอยู่ข้างๆ ให้ฝ่ามือคว่ำลง

1. สูดหายใจเข้าและขยายอกในขณะที่ท่ายทอยหลังคอถูกบังคับให้เตะกับเบาะ โดยการยืดคอเต็มที่และผกศีรษะตั้งคาง ไปยังหน้าอก
2. ในขณะที่เดียวกันก็พยายามให้หลังส่วนบนแนบกับพื้น โดยการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อสะโพก
3. ใช้นิ้วคลำดูว่า คอและหลังทั้งหมดเตะกับพื้นหรือไม่
4. ในขณะที่สามารถทำให้หลังเตะกับพื้นได้ง่ายขึ้นทุกทีนั้น ทำการบริหารก็ค่อยๆเปลี่ยนไปให้ยากขึ้นและเป็นประโยชน์มากขึ้นโดยจัดทำให้เหยียดเข่าออกไปทีละน้อย จนกระทั่งเราสามารถเอาหลังเตะกับพื้นได้ทั้งหมดและเหยียดขาให้ตรงเต็มที่
5. ปฏิบัติทีละคนๆละ 10 นาที แล้วสังเกตการปฏิบัติ

### สัปดาห์ที่ 5-6

#### ท่าที่ 1 บิดผ้าเช็ดตัว (towel wringing)

เป็นท่าบริหารพิเศษเพื่อสร้างความแข็งแรงของแขนทั้งหมดและหัวไหล่

ประโยชน์อื่นๆ ช่วยพัฒนาการหมุนเข้า ของแขนท่อนล่างและข้อต่อหัวไหล่

**ท่าเตรียม** ยืนหรือนั่ง มือทั้งสองจับผ้าเช็ดตัวที่พับเป็นสี่ชั้น โดยจับให้ใกล้กัน

1. แนบข้อศอกให้ชิดลำตัวด้านข้าง
2. บิดผ้าเช็ดตัว คล้ายกับบิดใ้หน้าออกจากผ้า ครั้งแรกบิดไปทางเดียวกันก่อนนับ 1 - 10 แล้วจึงบิดไปทางตรงข้ามนับ 1- 10 เป็น 1 รอบ พักระหว่างรอบ 1 นาที
3. ปฏิบัติทีละคนๆละ 5 รอบ

**ข้อควรระวัง** ให้แขนชิดลำตัว บิดฝ่าเช็ดตัวอย่างแรง พยายามนั่ง ให้ตัวตรง

### **ท่าที่ 2 หมุนหัวไหล่ (shoulder shrugs) ใช้ขวดน้ำที่เติมน้ำจนเต็มขนาดเล็ก**

เป็นท่าบริหารพิเศษสำหรับหัวไหล่ กล้ามเนื้อ trapezius และ levator

**ท่าเตรียม** นั่งหันฝ่ามือเข้าหาลำตัวมือจับขวดน้ำ

1. แขนเหยียดหมุนหัวไหล่ทีละข้างไปข้างหน้าขึ้นข้างบน แล้วไปข้างหลัง พร้อมกับหายใจออก นั่งไว้ชั่วขณะหนึ่ง หายใจออกแล้วกลับสู่ท่าเตรียม
2. แขนเหยียดหมุนหัวไหล่ทีละข้างหนึ่ง ขึ้นข้างบนแล้วไปข้างหลัง พร้อมกับหายใจออก นั่งไว้ชั่วขณะหนึ่ง หายใจออกแล้วกลับสู่ท่าเตรียม นับเป็น 1 รอบ
3. ปฏิบัติทีละคนๆละ 5 รอบ

**ข้อควรระวัง** นั่งให้ศีรษะตั้งตรง เก็บคางตรง คุ้ยคส่วนของร่างกาย และการเคลื่อนไหวของหัวไหล่ในกระฉก

### **ท่าที่ 3 ท่ายกคัมเบลล์ระดับคาง ( Chin lifts )**

ทำโดยเฉพาะสำหรับ Deltoid biceps trapazius levator (กล้ามเนื้อที่ยกแขน)

มีประโยชน์สำหรับ การบริหารพิเศษสำหรับกล้ามเนื้ออกและแขน

**ท่าเริ่มต้น** นั่งบนรถเข็นให้มืออยู่ติดกันยกคัมเบลล์ให้อยู่ในระดับขา ให้ฝ่ามือหันเข้าหาลำตัว แขนเหยียดเต็มที่

1. หายใจเข้าในขณะที่ยกข้อศอกขึ้นข้างบนและชี้ไปข้างหลังจนกระทั่งคัมเบลล์มาแตะปลายคางหยุดอยู่ตรงนั้นแล้วหายใจออกในขณะที่หย่อนคัมเบลล์ลงในท่าเริ่มต้น ปฏิบัติ 10 ครั้ง/รอบ
2. นั่งให้ตัวตรงพยายามยกข้อศอกให้สูงที่สุด ให้หลังส่วนล่างและหน้าท้องเรียบ (flat)
3. ปฏิบัติทีละคนๆละ 5 รอบ พักระหว่างรอบ 1 นาที

### ความคิดเห็นเพื่อการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย

ข้อมูลความคิดเห็นของเด็กพิการที่มีต่อกิจกรรมออกกำลังกายมีระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

|                      |             |   |
|----------------------|-------------|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายความว่า | ท่านยอมรับและเห็นด้วยกับข้อความอย่างมาก |
| เห็นด้วย             | หมายความว่า | ท่านยอมรับและเห็นด้วยกับข้อความนั้น     |
| ไม่แน่ใจ             | หมายความว่า | ท่านยังตัดสินใจไม่ได้หรือยังลังเลอยู่   |
| ไม่เห็นด้วย          | หมายความว่า | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น           |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายความว่า | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก   |

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดช่องเดียว

#### หมวด ก ความคิดเห็นของเด็กพิการต่อกิจกรรมออกกำลังกาย

| ข้อความ   | ระดับของความคิดเห็น   |          |          |                 |                      |
|---|-----------------------|----------|----------|-----------------|----------------------|
|   | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1.การออกกำลังกายช่วยพัฒนา<br>บุคลิกภาพของท่าน   |                       |          |          |                 |                      |
| 2.การออกกำลังกายก่อให้เกิดความ<br>มั่นใจในตนเอง ทำให้ยอมรับ<br>ตนเองมากขึ้น             |                       |          |          |                 |                      |
| 3.การออกกำลังกายช่วยพัฒนา<br>สุขภาพจิต  |                       |          |          |                 |                      |
| 4.การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่<br>สนุกสนาน  |                       |          |          |                 |                      |
| 5.การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่<br>ท่านเบื่อหน่าย  |                       |          |          |                 |                      |
| 6.การออกกำลังกายทำให้ได้รับ<br>ประสบการณ์ใหม่ๆที่เป็น<br>ประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน |                       |          |          |                 |                      |
| 7.การออกกำลังกายช่วยให้ท่าน<br>รู้จักการให้อภัยและมีน้ำใจเป็น<br>นักกีฬา                |                       |          |          |                 |                      |

| ข้อความ  | ระดับความคิดเห็น      |          |          |                 |                      |
|--|-----------------------|----------|----------|-----------------|----------------------|
|  | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 8.การออกกำลังกายทำให้ท่านมี<br>สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง           |                       |          |          |                 |                      |
| 9.การออกกำลังกายทำให้ท่านมี<br>ส่วนร่วมในการทำกิจกรรม            |                       |          |          |                 |                      |
| 10.การออกกำลังกายทำให้ท่านเข้า<br>คู่สังคมได้                    |                       |          |          |                 |                      |
| 11.การออกกำลังกายทำให้ท่านมี<br>มนุษยสัมพันธ์ที่ดีขึ้น           |                       |          |          |                 |                      |
| 12.การออกกำลังกายส่งเสริม<br>ความคิดสร้างสรรค์                   |                       |          |          |                 |                      |
| 13.การออกกำลังกายเสริมสร้างให้<br>ท่านใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ |                       |          |          |                 |                      |
| 14.การออกกำลังกายช่วยฝึกความ<br>เป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี          |                       |          |          |                 |                      |

## หมวด ข ความคิดเห็นของเด็กพิการต่ออุปสรรคของกิจกรรมออกกำลังกาย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

| ข้อความ  | ระดับความคิดเห็น      |          |          |                 |                      |
|--|-----------------------|----------|----------|-----------------|----------------------|
|  | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1.ท่านเห็นว่าสถานที่ออกกำลังกายควรมีความพร้อม เช่น ระบบเครื่องเสียง น้ำดื่มที่สะอาด                          |                       |          |          |                 |                      |
| 2.ท่านคิดว่าสถานที่ออกกำลังกายควรมีความสะอาดเพียงพอ  |                       |          |          |                 |                      |
| 3.ท่านเห็นว่าสถานที่ที่ออกกำลังกายควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสม เช่น ทางลาด ห้องน้ำ<br>สำหรับเด็กพิการ |                       |          |          |                 |                      |
| 4.ท่านคิดว่าสภาพแวดล้อมบรรยากาศของสถานที่ออกกำลังกาย ควรมีความเหมาะสม  |                       |          |          |                 |                      |
| 5.ท่านเห็นว่าการคมนาคมควรมีความสะอาดในการสัญจรไปมาเพื่อการออกกำลังกาย  |                       |          |          |                 |                      |
| 6.ท่านเห็นว่าสถานที่ที่ออกกำลังกายควรเป็นที่โล่งแจ้ง โดยปกติใช้จัดกิจกรรมอื่นๆมาแล้ว                         |                       |          |          |                 |                      |
| 7.ท่านเห็นว่าควรจัดกิจกรรมกายบริหารในวันเสาร์และวันอาทิตย์   |                       |          |          |                 |                      |
| 8.ท่านเห็นว่าควรจัดกิจกรรมกายบริหารในวันธรรมดา   |                       |          |          |                 |                      |
| 9.ท่านเห็นว่าควรมีกิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง  |                       |          |          |                 |                      |

| ข้อความ   | ระดับความคิดเห็น      |          |          |                 |                      |
|---|-----------------------|----------|----------|-----------------|----------------------|
|   | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 10.ท่านคิดว่าการใช้เวลาในการมีกิจกรรมออกกำลังกาย 30-60 นาที มีความเหมาะสม     |                       |          |          |                 |                      |
| 11.ท่านคิดว่ากิจกรรมเกมกีฬาไม่เหมาะสมกับท่าน                                  |                       |          |          |                 |                      |
| 12.ผู้นำกิจกรรมออกกำลังกายควรมีความสนใจ ต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเท่าเทียมกัน     |                       |          |          |                 |                      |
| 13.ผู้นำกิจกรรมออกกำลังกายควรมีท่าทีและบุคลิกภาพที่ดี                         |                       |          |          |                 |                      |
| 14.ผู้นำกิจกรรมออกกำลังกายควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี |                       |          |          |                 |                      |
| 15.ผู้นำกลุ่มออกกำลังกายน่าจะเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพได้เช่นกัน                    |                       |          |          |                 |                      |
| 16.ท่านคิดว่าไม่ควรทำกิจกรรมที่ต้องแข่งขัน                                    |                       |          |          |                 |                      |
| 17.ท่านควรได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆตลอดเวลา                                 |                       |          |          |                 |                      |
| 18.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในกิจกรรมออกกำลังกาย                              |                       |          |          |                 |                      |

ขอขอบคุณเด็กพิการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

All rights reserved

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล นายพงศกร หงษ์ระนัย

วัน เดือน ปี เกิด 12 พฤษภาคม 2518

ที่อยู่ปัจจุบัน 136/10 หมู่ 1 ต.ต้นเปา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130

การศึกษา สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย  
โรงเรียนพิริยาลัยจังหวัดแพร่ ปีการศึกษา 2537  
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพลศึกษา  
สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2541

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved