

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม
ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2553

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม
ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2553
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม
ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อของ
ของ
วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2553

THE EFFECTIVENESS OF HEATH EDUCATION PROGRAM BY APPLYING THE
PROTECTION MOTIVATION THEORY ON SELF-CARE BEHAVIORS OF PATIENTS
WITH SHOULDER, NECK PAIN AND HEADACHE IN TRADITIONAL THAI MEDICAL
CLINIC SAINOI DISTRICT NONTHABURI PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
WICHAI SIVIBOONKITTI

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Sciences Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

May 2010

วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. (2553). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที.

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ พังผืดที่สำคัญและพบมาก คือ อาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีจับคู่ด้วยตัวแปรอาชีวะ กลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา และการประเมินความก้าวหน้า กลุ่มควบคุม 30 คน ให้สุขศึกษาตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาและภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่าที่

ผลการศึกษา

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระดับอาการปวดลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Wichai Siriviboonkitti. (2010). *The Effectiveness of Health Education Program by Applying the Protection Motivation Theory on Self-care Behaviors of Patients with Shoulder Neck pain and headache in Traditional Thai Medical Clinic Sainoi District Nonthaburi Province*. Master thesis. M.S. (Health Education) Bangkok: Graduate school, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist.Prof.Dr.Kamonmarn virutsetzin, Acisist.Prof Dr.Thada Wimonwatwatee.

The Important Myofascial pain syndrome is shoulder pain, neck pain and headaches that affect on lifestyle and threaten health. The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of health education program by applying the Protection Motivation Theory on self-care behaviors of patients with shoulder pain, neck pain and headache in traditional Thai medical clinic Sainoi district Nonthaburi province. Sixty patients were enrolled in this study and equally divided into the study and control group, and occupation was matched between the two groups. The health education program by applying the protection motivation theory was used in the experimental group that consisted of threat coping and progress appraisal and the conventional health education was used in the control group. Data were collected by using self-care behavior questionnaires before and 4 weeks after applying the program. The data were then analyzed through descriptive statistics and determined statistical difference by t-test

The results were as follows:

1. After receiving health education program, experimental group had statistically significant better and self-care behaviors and pain level than before receiving program at 0.05 level
2. After receiving health education program, experimental group had statistically significant better on self-care behaviors than the control group at 0.05 level, but the experimental group had statistically significant decrease on pain level than control group at 0.05 level

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่มีต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ของ
วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)
วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลมาลย์ วรรณเศรษฐ์สิน)

.....ประธาน
(อาจารย์ ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กมลมาลย์ วรรณเศรษฐ์สิน)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. อนันต์ มาสารรัตน์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ท่านทั้งสองได้เสียสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำในการจัดทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอนมีคุณค่าอย่างยิ่ง ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆมาโดยตลอด รวมทั้ง อาจารย์เรือเอก อภิสิทธิ์ ทรงบัณฑิต อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์ อาจารย์สมชาย แก้วมณี อาจารย์อุบลรัตน์ มโนศิลป์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในความเมตตาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

อนึ่งการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากปราศจากความกรุณาและให้ความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณด้วยความทราบบ้างยิ่ง

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ภรรยา บุตร พี่ และเพื่อนๆ ทุกคนที่ให้ทั้งกำลังใจกำลังใจที่ดีเยี่ยมตลอดเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย จนสำเร็จ

วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	2
ความสำคัญของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	3
ตัวแปรที่ศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
สมมติฐานในการวิจัย	6
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ	7
สาเหตุของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพังผืด	8
โรคปวดศีรษะหรืออาการปวดศีรษะ	9
กลไกการปวดศีรษะจากความเครียด	10
ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ	11
การประเมินความเจ็บปวด	12
การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ	13
การนวดแผนไทย	14
กลไกลดการเจ็บปวดโดยวิธีนวด	15
การนวดแผนไทย	15
ประโยชน์ของการนวด	16
การนวดตนเองแก้ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ	18
การประคบความร้อน	19
ประโยชน์ของการประคบความร้อน	20
การบริหารร่างกาย	21
ทฤษฎีที่ใช้ประยุกต์ในการวิจัย	22
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	22
วิธีทางสุขศึกษา	34

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	43
งานวิจัยในประเทศ.....	45
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	48
กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
ประชากร.....	48
กลุ่มตัวอย่าง.....	48
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	49
รูปแบบการวิจัย.....	50
แผนการวิจัย.....	51
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	54
การดำเนินการทดลอง.....	55
ขั้นเตรียมงาน.....	55
ขั้นดำเนินการทดลอง.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ผลวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	79
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการค้นคว้า.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผล.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	83
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก.....	93
ภาคผนวก ข.....	99
ภาคผนวก ค.....	111
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	134

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 การคัดเลือกกลุ่มทดลอง 30 คน โดยวิธีการจับคู่ด้วยตัวแปรอาชีพตามกลุ่มควบคุม.....	49
2 คำอำนาจจำแนก ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของการทดลองใช้กับผู้ป่วยปวดปัสสาวะ ต้นคอ และศีรษะ.....	54
3 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	64
4 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิริยาบถในแต่ละวัน ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน.....	66
5 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามประวัติโรคประจำตัว.....	67
6 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะเวลาของอาการสำคัญที่มาพบแพทย์.....	67
7 การอธิบายการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของกลุ่มทดลอง.....	68
8 การอธิบายการประเมินการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลอง.....	70
9 การอธิบายการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มทดลอง.....	71
10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง 30 คน.....	72
11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม 30 คน.....	74
12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน.....	75
13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน.....	76
14 การประเมินระดับอาการปวดของกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกก่อนและหลังการทดลอง.....	78

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ปี ค.ศ.1975.....	23
3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ได้รับการพัฒนา ปี ค.ศ. 1983.....	28
4 กระบวนการของการเรียนรู้จากการสังเกต.....	31
5 การสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะปวดปัสสาวะ ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส.....	33
6 รูปแบบการวิจัย.....	50
7 แผนการวิจัย.....	51
8 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้การดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย ซึ่งจากเดิมมีการดำเนินชีวิตแบบเรียบง่ายไม่เร่งรีบ แต่ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เต็มไปด้วยการแข่งขันทำให้การดำเนินชีวิตต้องเร่งรีบ ทำงานแข่งกับเวลา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปและอาหารจานด่วนมากขึ้น โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าโภชนาการ มีเวลาพักผ่อนและออกกำลังกายน้อยลง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเกิดปัญหาด้านสุขภาพด้านต่างๆตามมา ซึ่งพบได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และจะทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือวัยทำงาน ปัญหาสุขภาพในวัยทำงานที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อหรือปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ อันมีผลกระทบต่อโครงสร้างของร่างกาย ก่อให้เกิดอันตรายต่อทรัพยากรบุคคลของประเทศชาติอย่างมาก จากสถิติสาธารณสุขเมื่อพิจารณาอัตราป่วยของผู้ป่วยนอก เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่าในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึงเดือนกันยายน 2550 พบโรคระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ 862,370 คน (สถิติ กรมการแพทย์แผนไทย: 2550) และข้อมูลจากสถิติการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล แพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย ซึ่งเป็นหน่วยงานในการบำบัดด้วยการนวดแบบราชสำนักและสมุนไพร พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อต่างๆ มากขึ้น กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2547- 2550 มีจำนวนผู้ป่วย 1,658 คน 1,763 คน 1,812 คน 1,864 คน ตามลำดับและในปี พ.ศ. 2550 จำแนกเป็น ปวดบ่า คอ และศีรษะ 599 คนปวดหลัง 652 คน ปวดข้อเข่า 372 คนปวดข้อเท้า 166 คนปวดข้อมือ 91 คนปวดข้อศอก 74 คนและอัมพาต 3 คน (สถิติ อำเภอไทรน้อย นนทบุรี: 2550) ซึ่งคาดว่าแนวโน้มจะมีจำนวนมากขึ้น

สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นสถานพยาบาลให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยหลังจากได้รับการสอนทำการบริหารร่างกายเฉพาะส่วน การประคบความร้อนชื้น และคำแนะนำทั่วไป เช่น การงดอาหารแสลง จำพวกอาหารหมักดอง แต่งกวาหน่อไม้ สุรา สัตว์ปีก เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามโดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา หรือลืมนำจากผลสอบถามเบื้องต้นในขณะที่ผู้วิจัยทำการบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีทักษะในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการหลีกเลี่ยงการเกิดอาการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อให้ผลในการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้พื้นฐานในการนวดแบบราชสำนัก เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการนวด การประคบความร้อนชื้น และทำการบริหารร่างกาย ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษานี้จะสร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้จากภัยคุกคามสุขภาพของตนเอง เพิ่มการรับรู้

ความสามารถของตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะในชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้การดำเนินชีวิต และปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ พร้อมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้จากภัยคุกคามสุขภาพของตนเอง เช่น อันตรายจากโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องด้วยการนวด การยืดกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ อาจจะมีผลต่อความดันโลหิตในสมองเพิ่มขึ้น ทำให้เส้นเลือดฝอยแตก ทำให้เกิดเป็นอัมพาตได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งแรงเป็นล้าไปเบียดเส้นเลือดทำให้การไหลเวียนของโลหิตกลับหัวใจน้อยลง ซึ่งการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้กับผู้ป่วย ได้รับความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และได้รับผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดการเกิดโรคที่เป็นอันตรายที่คุกคามได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ความสำคัญของการวิจัย

- 1 . ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ทำให้เกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ที่รับการรักษาในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 599 คน (สถิติอำเภอไทรน้อย นนทบุรี: 2550)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ที่รับการรักษาในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งได้โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการจับคู่ (Match paired) ด้วยตัวแปรอาชีพ

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
2. ตัวแปรตาม คือ

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่การนวด การประคบความร้อนชื้น การบริหารร่างกายและการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2.2 ระดับอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้วิจัยดำเนินการทำวิจัยครั้งนี้โดยเก็บข้อมูลที่ละกลุ่ม จะเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม จนครบ 30 คน หลังจากนั้นเริ่มในกลุ่มทดลองด้วยเหตุผลดังนี้

1. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดความวิตกกังวลว่ามีการรักษาที่แตกต่างกันในสถานพยาบาลเดียวกัน
2. เพื่อป้องกันไม่ให้นักทดลองและกลุ่มควบคุมมีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยประเมินผลจากพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับของอาการปวด

2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยอภิปรายกลุ่มให้เกิดการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพและการเผชิญปัญหา ตลอดจนการสาธิตและฝึกปฏิบัติการนวดด้วยตนเอง การประคบความร้อนชื้น และทำการบริหารร่างกาย

3. การสอนสุขศึกษาตามปกติ หมายถึง การสอนท่ากายบริหารเฉพาะส่วน การประคบความร้อนชื้น และหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลตนเองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดังต่อไปนี้

4.1 การนวดด้วยตนเอง หมายถึง การใช้มือกดนวดบริเวณบ่า ต้นคอ และศีรษะ เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว

4.2 การประคบความร้อนชื้น หมายถึง การใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อนประคบบริเวณที่ปวด

4.3 การบริหารร่างกาย หมายถึง การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณ บ่า และต้นคอเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวด้วยวิธีการดัด บิด ดึง กดเพื่อให้เกิดการยืดของกล้ามเนื้อ

4.4 การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจวัตรประจำวันในอิริยาบถต่างๆ ได้แก่ ทำนั่ง ทำยืน ทำเดิน ทำนอน

5. ระดับอาการปวด หมายถึง ความรู้สึกอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ เนื่องจากกล้ามเนื้อมีการหดเกร็งตัวมากผิดปกติ จำแนกเป็น 1 - 10 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปวดเลย ถึงปวดมากที่สุด

6. แพทย์แผนไทย (นวดไทย) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพที่กฎหมายรองรับมี 2 ลักษณะคือ

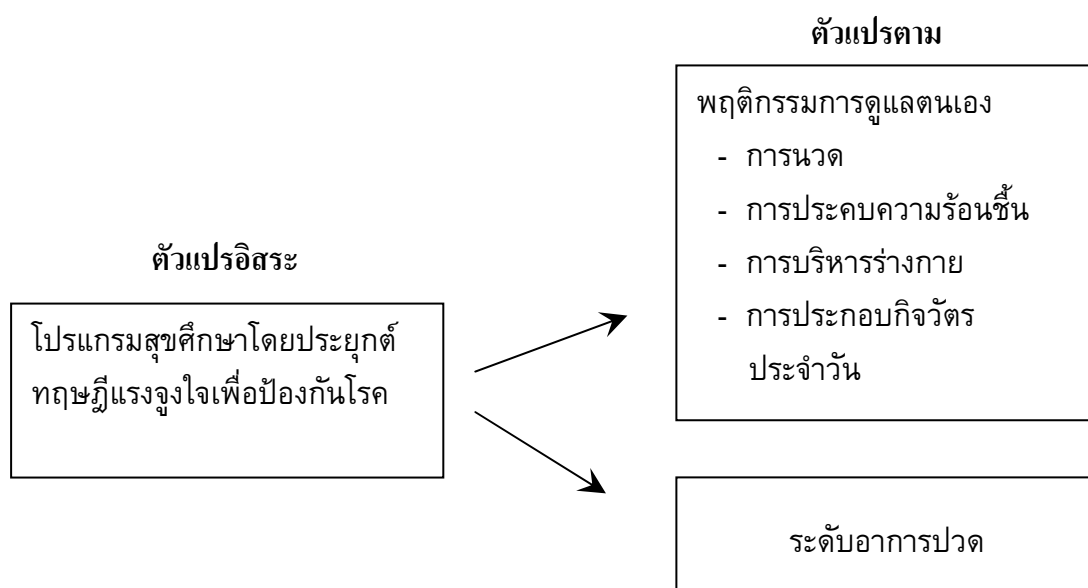
6.1 หมอนวดวิชาชีพ หมายถึง ผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมไทย หรือมีใบประกอบโรคศิลปะนวดไทยหรือมีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์

6.2 ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ แต่จบในหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หรือหลักสูตรวิชาชีพนวดไทย หรือนักศึกษาแพทย์แผนไทยที่ฝึกงานฯ หรือผู้จบปริญญาพยาบาลแผนไทย ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งต้องปฏิบัติงานภายใต้ผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ

7. สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย หมายถึง สถานที่ให้บริการการรักษาโรคด้วยสมุนไพรและการนวดแบบราชสำนักตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการเอาใจใส่ต่อสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน จะทำให้มีผลต่อการปฏิบัติงานและกิจกรรมประจำวัน ผู้วิจัยได้เลือกวิธีทางสุศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลพฤติกรรมตนเองได้เหมาะสมและถูกต้อง ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดบวม ตันคอ และคีรีษะ มีสมมุติฐานในการวิจัยการดังต่อไปนี้

1. หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไปนี้ดีกว่าก่อนการทดลอง
 - 1.1 การนัดด้วยตนเอง
 - 1.2 การประคบความร้อนชื้น
 - 1.3 การบริหารร่างกาย
 - 1.4 การประกอบกิจวัตรประจำวัน
2. หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่ากลุ่มควบคุม
 - 3.1 การนัดด้วยตนเอง
 - 3.2 การประคบความร้อนชื้น
 - 3.3 การบริหารร่างกาย
 - 3.4 การประกอบกิจวัตรประจำวัน
4. หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการปวดไม่แตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation theory) ในการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ณ สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
2. การนวดแผนไทย
3. การประคบความร้อนชื้น
4. ทำบริหารร่างกาย
5. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
6. วิธีทางสุขศึกษา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1 งานวิจัยต่างประเทศ
 - 7.2 งานวิจัยในประเทศไทย

1. ความรู้เรื่องโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพังผืด ภาษาอังกฤษเรียกว่า Myofascial pain syndrome ใช้ย่อว่า MPS ในแพทย์แผนไทยเทียบได้ว่าเป็นโรค ลมปลายปัตคาค เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด มีลักษณะเฉพาะ คือ จะต้องมียจุดปวด หรือจุดกดเจ็บ ภาษาอังกฤษเรียกว่า Trigger point ใช้ย่อว่า TrP เป็นจุดที่ทำให้เกิดอาการปวดร้าวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายลมปลายปัตคาคเกิดได้กับทุกมัด บางครั้งเรียก เส้นจม ภาษาอังกฤษเรียกว่า Myofascial pain syndrome ปกติกล้ามเนื้อที่ไม่มีปัญหาจะราบเรียบ กล้ามเนื้อเริ่มเกิดปัญหาที่จุดๆ หนึ่ง อาจคลำพบเป็นเม็ดกรวด ถ้าทิ้งไว้นานจะโตขึ้น ถ้าคลำที่เส้นไม่รู้สึอะไร แต่ถ้าคลำถูกตำแหน่งกดเจ็บ จะเจ็บ เพราะมีการหดตัวของใยกล้ามเนื้อนั้น ถ้ากดถูกตำแหน่งจะทำให้เกิดการคลายตัวและทำให้สบายขึ้น เวลาคลำให้ลูบขวางกล้ามเนื้อ เพราะ ลูบตามแนวยาวกล้ามเนื้อจะไม่พบจุดกดเจ็บ ต้องลูบขวางจะสะดุดจุด (ชินินทร์ ลีวานันท์ .2548: 2-6)

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพังผืด เปลี่ยนแบบอาการอย่างอื่นได้อย่างแนบเนียนเช่นไมเกรน หัวใจขาดเลือด หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท พบกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพังผืดได้บ่อยบริเวณกล้ามเนื้อแกนกลางของร่างกาย (คอ-หลัง-ก้น) พบร้อยละ 6.3 ของประชากรไทย หรือ

ร้อยละ 36 ของอาการปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และพบในหญิงมากกว่าชาย ในช่วงอายุ 31 - 50 ปี

สาเหตุของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพังผืด

สาเหตุของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพังผืดที่พบบ่อยที่เป็นปัจจัยชักนำ หรือส่งเสริมให้เกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ได้แก่ (ชนินทร์ สีวานันท์ .2548: 2-6)

1. อิริยาบถในการทำงานรวมทั้งท่าที่ผิดสุขลักษณะ ในกิจวัตรประจำวัน ที่กล้ามเนื้อของบ่า ต้นคอ บางมัดถูกใช้งานมากจนเมื่อยล้าเกินไป เช่น ที่ชอบยืนท่าหลังค่อม พุงยื่นจะทำให้คอต้องก้มมาข้างหน้ามาก ซึ่งพบได้บ่อยในคนอ้วนที่มีไขมันหน้าท้องมากและกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอ การงานที่ต้องนั่งก้มหน้าทำงานทั้งวัน เช่น งานนั่งโต๊ะเขียนหนังสือในสำนักงาน งานเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น ในทำนองเดียวกันปัญหาอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ก็พบได้ในงานที่มีอิริยาบถที่ต้องเงยหน้าอยู่นานๆ ได้แก่ งานก่อสร้าง งานช่างไม้และฟอร์นิเจอร์ที่ต้องเงยหน้าทำงานอยู่นานๆ การเอนคออยู่ตลอดเวลาทำให้ปวดคอได้เช่นกัน การนอนในท่าที่คอพับหรือบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง นอนหนุนหมอนสูงเกินไป ก็จะทำให้ปวดคอหรือคอเคล็ดหลังจากตื่นนอนได้

2. ภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจ การดำรงชีวิตในปัจจุบันทำให้เกิดความเครียดและได้มากเช่น หน้าที่การงานที่ทำประจำ เศรษฐกิจที่บีบรัด ปัญหาชีวิตครอบครัว ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่ออันตรายสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจ และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นต้น อาจทำให้กล้ามเนื้อคอเกิดการหดตัวและแข็งเกร็งมาก และถ้ามีอาการเครียดเรื้อรังนานจะเกิดอาการผิดปกติทำให้เกิดอาการปวดต้นคอหรือปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยภายหลังการทำงาน

3. ภาวะอันตรายบริเวณคอ คอเคล็ด เกิดจากขณะเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันหรือทำงานตามปกติหรือใช้คอต้องเคลื่อนไหวมาก หรือรวดเร็วรุนแรงกว่าปกติ ซึ่งมีผลทำให้เส้นเอ็นหรือกล้ามเนื้อต้องถูกยืดมากจนมีการฉีกขาดบางส่วน เกิดอาการปวดและกล้ามเนื้อหดตัวเกร็งในทิศใดทิศหนึ่ง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ถนัด ภาวะที่ทำให้เกิดคอเคล็ดได้บ่อยๆ ได้แก่ การนั่ง หรือยืนโหนรถเมล์ เมื่อรถหยุดกะทันหันคอจะถูกเหวี่ยงไปข้างหลังแล้วพับมาข้างหน้าอย่างแรง การยืดหรือก้มคอเพื่อมองหาของที่ตกใต้โต๊ะ ม้านั่ง โต๊ะเตียง ตลอดจนการหกล้มศีรษะถูกกระแทกทำให้คอหัก นอกจากนี้ที่พบได้บ่อยคือ การนอนบนหมอนที่ผิดท่าหรือไม่ถูกสุขลักษณะ ภายหลังจากตื่นนอนแล้วจะพบว่ามีอาการ “ คอเคล็ด ” ได้

4. ภาวะเสื่อมของข้อเกิดจากการใช้งาน คือ กล้ามเนื้อคอต้องรับน้ำหนักศีรษะตลอดเวลา ตั้งแต่เด็กเมื่อเริ่มชันคอได้ข้อต่อของกระดูกย่อมเสื่อมสภาพไปตามอายุขัยและสภาพในการใช้งาน การเสื่อมเกิดขึ้นได้ทั้งข้อต่อของหมอนรองกระดูกที่อยู่ด้านหน้าและที่อยู่ด้านหลัง ข้อเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงคือ มีปุ่มกระดูกงอกที่ขอบๆ ของข้อต่อ ซึ่งอาจไปกดทับถูกปลายประสาทที่ออกมาจากช่องระหว่างกระดูกหรือการเสื่อมของหมอนรองกระดูกเองที่เคลื่อนไปกดทับถูกไขสันหลังหรือเส้นประสาท

5. ภาวะข้ออักเสบ การเกิดข้ออักเสบเรื้อรังบางชนิดจะทำให้ข้อต่อที่กระดูกอักเสบด้วย เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ผู้ป่วยมักปวดข้อรุนแรง ไม่ควรรักษาตนเอง ควรรีบไปปรึกษาแพทย์

6. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดคอได้มากกว่าสาเหตุใด ๆ ดังกล่าวข้างต้น พบได้ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะวัยสูงอายุมักทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากกระดูกคองอกไปกดทับเส้นประสาท ซึ่งความจริงแล้วเกิดจากมีปัญหหรือพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อบริเวณคอหรือสะบักโดยตรง นอกจากจะมีอาการปวดคอแล้ว อาจมีอาการปวดมีน็หรือร่วมด้วย หรือมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ แขน มือ และร่วมกับมีความรู้สึกชาที่แขนและปลายนิ้วมือ คล้ายกับเส้นประสาทถูกกดทับด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีปัญหาซึ่งมีอาการแสดงแตกต่างกันออกไปของแต่ละกลุ่มกล้ามเนื้ออาการที่ปรากฏจะมีอาการปวดในกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อจะปวดมากขึ้น เมื่อกล้ามเนื้อบริเวณที่มีปัญหานั้นถูกใช้งานมานาน มีบริเวณ ของการปวดร้าว พบจุดกดเจ็บในกล้ามเนื้อ เมื่อกดจะเจ็บมากขึ้นและอาจปวดร้าวได้ คลำพบพังผืดลักษณะเป็นก้อน หรือแข็งเป็นลำ บริเวณจุดกดเจ็บ อาจพบว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อใกล้เคียง และกล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงได้

โรคปวดศีรษะหรืออาการปวดศีรษะ

การปวดศีรษะ หมายถึง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับหน้าผากขึ้นไป อาจเป็นอาการตึง ๆ หนัก ๆ มีนงงจนถึงปวดทั้งศีรษะ และมักจะรวมความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและต้นคอ อาการปวดศีรษะมีอยู่หลายชนิดและหลายรูปแบบ เป็นอาการแสดงของโรค แต่ไม่ใช่ตัวโรคสามารถเป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของโลหิต ความตึงเครียด อาการเกร็งของกล้ามเนื้อที่คอและศีรษะ การเปลี่ยนแปลงของสารฮอร์โมน ฯลฯ สาเหตุของอาการปวดศีรษะได้จำแนกดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์ 2533; ลีออน ไชโตว. 2537: 8)

โรคปวดศีรษะจากเส้นเลือด (Vascular headache) เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดง บริเวณศีรษะพบบ่อยได้แก่ ไมเกรน (Migraine) กลุ่มอาการปวดศีรษะ (Cluster headache) ปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว ความเครียด (Muscle contraction headache, Tension headache) เป็นอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุของการปวดศีรษะในประชาชนทั่วไปปวดศีรษะจากการบาดเจ็บของศีรษะ (Headache associated with head trauma) ปวดศีรษะจากเยื่อหุ้มสมอง (Meningeal irritation type of headache) ปวดศีรษะจากความดันในสมองเพิ่มขึ้น (Increase intracranial pressure type of headache) ปวดศีรษะจากการติดเชื้อ (Headache associated with systemic or focal infection) ปวดศีรษะจากโรคตา หู จมูก ฟัน และอวัยวะในช่องปาก เช่น ต้อหิน เย็บพลาติน โพรงอากาศอักเสบเย็บพลาติน ปวดศีรษะจากประสาทอักเสบ (Cranial neuralgia) จะมีอาการปวดเฉพาะเหมือนถูกไฟดูดหรือถูกลวดไฟเผา จะปวดช่วงสั้น ๆ เป็นวินาทีในแต่ละครั้ง ปวดศีรษะจากภาวะจิตใจ (Psychogenic headache) เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ ไม่สามารถปรับชีวิตให้

เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมได้ และ ปวดศีรษะจากสาเหตุอื่นๆ เช่นปวดศีรษะจากการไอ จากการได้รับยาบางอย่าง จากการขาดออกซิเจน เป็นต้น

ดังนั้นปวดศีรษะ เป็นอาการป่วยซึ่งแพทย์มักจะได้รับคำบอกเล่าจากผู้ป่วยบ่อยที่สุด เป็นอาการที่พบได้บ่อยครั้งโดยไม่พบโรคภัยแรง แต่สามารถคุกคามต่อการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ได้ (Diamond, Solomon, Freitag. 1989: 249)

กลไกการปวดศีรษะจากความเครียด

อาการปวดศีรษะ เกิดจากความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ โดยเป็นสิ่งที่อยู่ในร่างกายและจิตใจเป็นเวลานานซึ่งจะกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวลง หรือกระตุ้นเส้นเลือดให้หดตัวร่วมด้วยกับการเกิดไมเกรนซึ่งมีผลส่งเสริมให้การปวดศีรษะยังคงอยู่ต่อไป

ปวดศีรษะจากความเครียดเป็นอาการผิดปกติทางร่างกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เนื่องจากความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาที่ปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับความเครียด เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตอารมณ์ โดยมีกลไกคือสิ่งก่อความเครียด เช่น ความคับข้องใจ ความวิตกกังวลจะกระตุ้นประสาทการรับรู้ (Sensory receptors) จะมีสัญญาณประสาทส่งผ่านไปยังสมองส่วนคอร์เทกซ์ (Cerebral cortex) ซึ่งทำหน้าที่แปลผลสิ่งก่อความเครียด และทำให้มีการตอบสนองทางด้านพฤติกรรม นอกจากนั้นบริเวณของด้านบนของสมองส่วนคอร์เทกซ์ มีการเชื่อมต่อกับระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่มีหน้าที่ตอบสนองต่อความเครียดทางด้านอารมณ์ และเชื่อมติดต่อกับ เรติคิวลาร์ฟอร์เมชัน (Reticular formation) ซึ่งควบคุมระบบของการตื่นตัวตั้งนั้น แรงกระตุ้นหรือสัญญาณประสาทจากสมองส่วนคอร์เทกซ์จะถูกส่งมายังระบบลิมบิกก่อให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์และส่งต่อไปยังไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ นอกจากนี้ไฮโปทาลามัส ยังเชื่อมต่อกับต่อมพิทูอิทารี ซึ่งควบคุมการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. 2548: 13; อ้างอิงจาก Boore ; et al.1987: 162)

ทำให้กล้ามเนื้อลายหดตัวจะทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อนั้นถูกกดให้ตีบตัน ร่วมกับการหดตัวของหลอดเลือดด้วย ทำให้ปริมาณการไหลเวียนของโลหิตมายังกล้ามเนื้อดังกล่าวลดลง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดลงไปด้วย ในขณะที่การเผาผลาญเพิ่มขึ้นเนื้อเยื่อของร่างกายจึงเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ยังผลให้มีกรดแลคติกสะสมอยู่ในบริเวณกล้ามเนื้อและเกิดภาวะกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ นอกจากนั้นเนื้อเยื่อที่ขาดออกซิเจนจะปล่อยสารเบรดีไคนินและฮีสตามีน ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (อุตม ปุณยทรรพ. 2524: 28) และจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้นโดยที่ความถี่และความวิตกกังวลต่าง ๆ ทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนอง โดยการเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นได้ และเมื่อเกิดความเจ็บปวดจะเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับ โดยมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นผลให้ความเจ็บปวดยิ่งเพิ่มความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นก็มักทำให้เกิดความวิตกกังวล ถ้ามีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดก็

มากตามไปด้วย ปวดศีรษะจากความเครียดนั้น สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันทางจิตใจสูงหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ไม่สงบสุขเป็นประจำมีการเกร็งของกล้ามเนื้อจนกลายเป็นพฤติกรรมที่ประพฤตินั้นเป็นนิสัย และเมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลด้วย แล้วกล้ามเนื้อที่เคยเกร็งก็จะถูกทบทวนได้อีก ทำให้มีอาการปวดศีรษะเพิ่มความรุนแรงขึ้น (วัลลภ ปิยะมโนธรรม. 2528: 77) ดังนั้นองค์ประกอบ มีส่วนทำให้มีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นและเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป วิธีบรรเทาความเจ็บปวดมีหลักการอยู่ที่ว่า การตัดวงจรใดวงจรหนึ่งมีผลลดความเจ็บปวดลงได้ (ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. 2548: 13; อ้างอิงจาก McCaffery. 1979: 250) สำหรับการนวดเป็นการคลายกล้ามเนื้อและทำให้หลอดเลือดขยายตัวซึ่งจะส่งผลให้ไม่เกิดอาการปวดศีรษะ

โรคปวดศีรษะ (ลมปะกำ) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในสภาวะสภาพเศรษฐกิจสังคมปัจจุบัน ปวดศีรษะข้างเดียว มี 2 ชนิดคือ ปวดศีรษะ มีอาการอาเจียนร่วมด้วย มักเป็นลมบ่อย ๆ รักษายาก และ ปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียนร่วมด้วย การปวดศีรษะทั้ง 2 ชนิดมีสาเหตุจากมีเลือดแข็งตัวทำให้การส่งน้ำเลี้ยงขึ้นสมองไม่ดีมี อาการปวดศีรษะข้างเดียว เป็นๆ หายๆ มีเหตุส่งเสริมให้เป็นหลายอย่าง เช่น ภาวะเครียดในสตรีอาจมีอาการก่อนมีรอบเดือน รักษาโดยการนวดพื้นฐาน (นวดใต้หลังท่าหุ มานถวายแหวน) เพื่อส่งน้ำเลี้ยงขึ้นสมอง นวดพื้นบ่า กดจุดสัญญาณ 4 สัญญาณ 5 หลัง และ สัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหลัง เสริมด้วยหากิจกรรมทำเพื่อ ลดความเครียดเช่น ออกกำลังกาย ร่วมกับการพักผ่อนให้เพียงพอ และการประคบความร้อนขึ้น (อภิชาติ ลิมต๊ะโยธิน. 2549: 62)

ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อ

ปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดอธิบายความเจ็บปวดได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากความซับซ้อนของกลไกการเกิดความเจ็บปวด (นครชัย เพื่อนบุญม, 2538) ดังนั้นกลไกการเกิดความเจ็บปวดในโรคกล้ามเนื้อและข้อ จึงสามารถอธิบายได้ด้วยหลายทฤษฎีร่วมกัน ได้แก่ ทฤษฎีการควบคุมประตู ทฤษฎีการควบคุมภายในและกลไกทางสรีรวิทยาของความเจ็บปวด ได้ดังนี้ (Banasik. 2000; Lombardo; & wilson. 1997; Wilkie; & Monreal. 1999)

ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อ และการอักเสบภายในกล้ามเนื้อและข้อ โดยจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ที่เป็นสารสื่อประสาทความเจ็บปวด เช่น ฮิสตามีน (Histamine) พรอสตาแกลดิน (Prostaglandin) และเบรดิไคนิน (Bradykinin) ซึ่งจะมีผลกระตุ้นต่อตัวรับความเจ็บปวดของใยประสาทขนาดเล็ก (ใยประสาทซี) นำสัญญาณของความเจ็บปวดเข้าทางไขสันหลังไปสิ้นสุดในชั้นซับสแตนเชียเจลลาติโนซา (Substantia gelatinosa) โดยหลั่งสารสื่อประสาทความเจ็บปวดไปยังเซลล์ซี ทำให้ประตูเปิดส่งผลให้มีสัญญาณประสาทส่งไปยังเซลล์ซี ซึ่งทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังเปลือกสมองใหญ่ในส่วนของการรับรู้ความรู้สึกทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น นอกจากปัจจัยทางสรีระดังกล่าวที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดแล้ว ยังมีปัจจัยของความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับจิตใจและอารมณ์ ที่เกิดจากการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เช่นการรับรู้ความรู้สึกไม่พึงพอใจหรือความ

ไม่สุขสบายความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด ความเครียดวิตกกังวล ความกลัว และความจำจากประสบการณ์ในอดีตของความเจ็บปวดเป็นต้น ซึ่งเกิดจากการทำงานร่วมกันของเปลือกสมองใหญ่ ธาราลัมัส และระบบลิมบิกมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติปล่อยสารสื่อประสาท เช่น พรอสตาแกลนดินและนอร์อิพิเนฟริน(Norepinephrin) จะทำให้เพิ่มการหลั่งสารพี และยับยั้งการทำงานของเซลล์เอสจีทำให้ประตูเปิดเพิ่มสัญญาณความเจ็บปวดส่งไปกระตุ้นเซลล์ที่และส่งต่อไปยังสมองทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นได้อีกทางหนึ่ง

การประเมินความเจ็บปวด (Pain assessment)

การประเมินความเจ็บปวด (Pain assessment) สามารถประเมินได้ 4 วิธีดังนี้ (สุรศักดิ์ นิลพานวงศ์. 2539; Lambardo; & Wilson. 1997)

1. การซักประวัติ ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง (Subjective data) ถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือโดยซักถามเกี่ยวกับตำแหน่งของความเจ็บปวด (location) โดยอาจให้ชี้ตรงตำแหน่งบนร่างกายหรือขึ้นภาพ ลักษณะของความเจ็บปวด เวลาที่เกิดความเจ็บปวด ระยะเวลาและความถี่คุณภาพของความเจ็บปวดโดยให้บอกเล่าหรือบรรยายถึงอาการปวดเช่นปวดแบบตื้อๆ หรือเหมือนถูกทิ่มแทงเป็นต้น

2. การใช้เครื่องมือในการประเมิน ซึ่งประเมินได้หลายรูปแบบ และที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด คือมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) โดยแบ่งเส้นตรงออกเป็น 10 ส่วน และมีตัวเลขกำกับตั้งแต่เลข 0 ถึง 10 โดยให้เลข 0 แทนความรู้สึกไม่มีอาการปวดเลข และเลข 10 แทนความรู้สึกถึงอาการปวดที่มากที่สุดที่เคยมีมา แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดที่มากที่สุดที่เคยมีมา แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดในขณะนั้น ตัวอย่างเช่น มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน (Johnson's two component scales) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวด และมาตรวัดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเป็นต้น ซึ่งการวัดความรู้สึกทั้ง 2 ส่วนประกอบนี้สามารถแยกวัดได้ (อุไร นิโรธนันท์.2539) ส่วนการวัด VAS สำหรับใช้กับเด็กหรือผู้ที่มีความพร่องในการรับรู้ ได้มีการพัฒนาแบบวัด โดยเพิ่มรูปในหน้าคนแสดงอาการต่างๆ ตั้งแต่กำลังยิ้มจนถึงกำลังร้องไห้ เช่น แบบวัดความเจ็บปวดแสดงออกทางใบหน้าของรองเบคเกอร์ (Wong Baker Faces Pain Rating Scale) เป็นต้น

3. การสังเกตพฤติกรรม ได้แก่พฤติกรรมที่ไม่ได้เกิดจากการบอกเล่า เช่นการเคลื่อนไหว บิดตัวไปมาหรือนอนเฉยๆ การลูบคลำบริเวณที่ปวด การแสดงทางสีหน้าเช่น หน้านัยั้วขมวดกักริมฝีปาก หรือหลับตาแน่น การแสดงพฤติกรรมที่มีการออกเสียง

4. การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น จากการตอบสนองของระบบซิมพาเทติก ในอาการปวดแบบเฉียบพลัน จะพบว่า ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีเหงื่อออก ขนลุกเป็นต้น ส่วนอาการปวดแบบเรื้อรังจะไม่พบอาการเหล่านี้

5. การตรวจร่างกายบริเวณที่เจ็บปวด เช่น การคลำหาตำแหน่งที่ปวด การขยับดูการเคลื่อนไหวของข้อถ้ามีความเกี่ยวข้องกับระบบกระดูก ตรวจดูความรู้สึกบริเวณที่ปวดว่าลดลงหรือเพิ่มขึ้นมีการกดเจ็บหรือไม่เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวดโดยใช้วิธีมาตราวัดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) โดยแบ่งเส้นตรงออกเป็น 10 ส่วน และมีตัวเลขกำกับตั้งแต่เลข 0 ถึง 10 โดยให้เลข 0 แทนความรู้สึกไม่มีอาการปวดเลย และเลข 10 แทนความรู้สึกถึงอาการปวดที่มากที่สุดที่เคยมีมา โดยตรงข้อมูลที่ได้ถือว่ามีความเชื่อถือโดยใช้เครื่องมือในการประเมินเกี่ยวกับอาการปวด ปวด ต้นคอ และศีรษะ

การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด ปวด ต้นคอ ศีรษะ

การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำบนความรับผิดชอบของตนเองเพื่อที่จะดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าควรเลือกปฏิบัติอย่างไรทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย เมื่อการดูแลตนเอง ได้ถูกกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยดำรงความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการกระทำหน้าที่ของมนุษย์ ส่งเสริมพัฒนาการของมนุษย์ โอเร็ม (Orem. 1991: 64) ดังนั้นในการปฏิบัติดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด ปวด ต้นคอ และศีรษะ คือ (อภิชาติ ลิมตยะโยธิน. 2549: 52-67)

1. การปฏิบัติตนเมื่ออาการปวดคอหรือคอแข็งอย่างเฉียบพลัน หลังจากเปลี่ยนอิริยาบถ เช่นการเอี้ยว บิดบิดท่าหรือภายหลังการตื่นนอน

1.1 พักผ่อนให้เพียงพอและควรหาโอกาสนอนราบชั่วคราว เพราะจะทำให้คอไม่ต้องแบกน้ำหนักส่วนศีรษะ

1.2 รับประทานยาแก้ปวดให้รับประทานยาพาราเซตามอล หรือแอสไพรินซึ่งเป็นยาสามัญประจำบ้าน ให้ใช้ยาตามฉลากที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์

1.3 การใช้ความร้อนและความเย็น ในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ เนื่องจากความร้อนช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลายและการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้มีการขับถ่ายสารเคมีที่เกิดจากการอักเสบที่มีผลทำให้เกิดความเจ็บปวดเฉพาะที่ เช่น แบรคิโค พรอสตาแกนดิน (Brakechi prostagandin) และฮิสตามีน (Histamine) เป็นต้น ส่วนความเย็นมีกลไกในการลดความเจ็บปวดโดยทำให้การนำสัญญาณความเจ็บปวดมีเพียงเล็กน้อยที่ถูกส่งไปสมองและอาจเป็นกลไกของการรับรู้ต่อความเย็นซึ่งอยู่เหนือความรู้สึกปวด (สมชาย อรรถศิลป์; และ อุทิศ ดีสมโชค. 2541; Kee; et al. 1998; Lambardo; & Wilson. 1997; Shahid; & Edwards. 1998)

1.4 การยืดกล้ามเนื้อคอด้วยตนเอง ใช้ฝ่ามือสองข้างประสานกันที่บริเวณท้ายทอยค่อยๆออกแรงยืดกล้ามเนื้อคอในท่าก้ม หรือดัดในท่าก้มร่วมกับบิดศีรษะไปในทิศทางที่หันไปไม่ได้เต็มที่ ทำเป็นจังหวะอย่างช้า ๆ จนรู้สึกเจ็บเสียวเล็กน้อย แล้วค้างไว้ประมาณ 30 วินาที ทำชุดละ

5-10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ภายหลังการยืดกล้ามเนื้อแล้วอาการเจ็บปวดจะลดลง การเคลื่อนไหวคอจะมากขึ้นแล้วจะทุเลาดีขึ้นและหายปวดในที่สุด

2. การบริหารกล้ามเนื้อคอได้ด้วยตนเองโดยใช้มือ ออกแรงต้านตามตำแหน่งต่างๆ ของศีรษะ โดยไม่ให้ศีรษะมีการเคลื่อนไหวตามทิศทางที่ออกแรงผู้ที่มิห็นปูนอกกดทับเส้นประสาทนั้น ให้สังเกตอาการของตนเอง กล่าวคือจะมีอาการเจ็บปวดเสียวร้าวที่รุนแรงในขณะที่เคลื่อนที่ศีรษะในลักษณะเงยและเอียงมาจากด้านที่มีปัญหา เป็นผลทำให้ผู้นั้นไม่กล้าเคลื่อนที่ศีรษะในลักษณะเงยหน้า ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

3. ผู้ที่ปวดคอ ปวดสะบัก จากสาเหตุกลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อโดยสังเกตอาการแสดงตามที่ได้กล่าวมาแล้ว (ข้อ 6 หน้า 9) ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 การประคบความร้อนขึ้นจะใช้ความร้อนประคบ บริเวณที่มีอาการปวดหรือตรงกล้ามเนื้อที่มีจุดกดเจ็บ เป็นเวลาครั้งละ 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

3.2 การนวดแก้อาการ ด้วยวิธีกดจุด ที่บริเวณจุดกดเจ็บ โดยใช้อุ้งหัวแม่มือกดลงอย่างช้าๆ แล้วนิ่ง หรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย จนสัมผัสรับรู้สึกว่าพอทนได้ กดนิ่งไว้เป็นเวลา 30 วินาที แล้วค่อยผ่อนแรงสักระยะ แล้วออกแรงกดลงใหม่สลับกันไป รวมระยะเวลาครั้งละ 3-5 นาที ทำวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ซึ่งการกระทำนี้อาจทำโดยตนเองหรือญาติพี่น้อง ที่สำคัญต้องกดให้ตรงจุดที่ปวดหรือจุดกดเจ็บ มิฉะนั้นแล้วจะไม่ได้ผล ถ้าทำถูกต้องอาการปวดจะลดลงภายใน 1 สัปดาห์

3.3 การยืดกล้ามเนื้อ โดยยืดกล้ามเนื้อมัดที่มีปัญหาหรือมีอาการตึงหรือปวดบริเวณใด ควรจะดัดกายโดยท่าบริหารร่างกาย ดัดตนแล้วค่อยๆ ยืดกล้ามเนื้อไปตามความยาวของกล้ามเนื้อ ยืดไว้เป็นเวลา 10-20 วินาที ทำครั้งละ 5-10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น (ชนินทร์ ลีวานันท์. 2548: 3)

3.4 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้นหรือใช้งานข้างที่มีปัญหา เช่น ใช้งานข้างที่ปวดเป็นต้น

2. การวางแผนไทย

กลไกการลดความเจ็บปวดโดยวิธีการนวด

การนวดตามแนวคิดของทฤษฎีการควบคุมภายใน เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ของระบบประสาทนำลงจากส่วนต่างๆ ของสมองที่เป็นศูนย์ควบคุมความเจ็บปวด ทำให้มีการหลั่งสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน เช่น สารเอนเคฟาลิน (Enkephalin) และเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ออกมายับยั้งหรือควบคุมความเจ็บปวดในกลไกของการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังในส่วนดอร์ซอลฮอร์น โดยกระตุ้นเซลล์ประสาทภายใน ในชั้นเอซจีให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ออกไปยับยั้งการทำงานของสารพี มีผลทำให้ประตูปิดจึงไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ถือเป็นการควบคุมความเจ็บปวดภายหลังสื่อประสาท (Lombardo; & wilson; Wilson; & Monreal. 1997)

การนวดตามแนวคิดของกลไกทางสรีรวิทยาของความเจ็บปวด ช่วยลดสิ่งที่มากระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด จากผลโดยตรงทางกลศาสตร์ของวิธีการนวด ที่ทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นคลายตัว ทำให้เส้นเลือดที่ถูกบีบเป็นอิสระ รวมทั้งการนวดยังมีผลกระตุ้นต่อประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงทำให้มีการขยายตัว และผลจากการนวดถูกทำให้เซลล์เมส (Mast cell) ปลั่งสารคล้ายฮีสตามีนออกมาทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัวเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดง ไปบริเวณที่บาดเจ็บให้ได้รับสารอาหารออกซิเจนเพิ่มขึ้นซึ่งจะช่วยให้การเยียวยา ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมความสามารถในการยืดตัวของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันรวมทั้งเพิ่มการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำและน้ำเหลือง ทำให้มีการระบายหรือลดปริมาณของสารต่างๆ ที่เกิดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งมีผลกระตุ้นต่อตัวรับความเจ็บปวด เช่น กรดแลคติก พรอสตาแกลดิน ฮีสตามีน เป็นต้น ทำให้ไม่มีการกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวดจึงไม่เกิดสัญญาณความเจ็บปวดส่งต่อไปยังไขสันหลังและสมองทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด การนวดยังมีผลลดปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าทางอารมณ์ด้านลบ ที่จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติในการหลั่งสารกระตุ้นต่อความเจ็บปวดลดลง ทำให้ความรุนแรงของความเจ็บปวดลดลงได้เนื่องจากขณะนวดผู้ถูกนวดจะไม่ถูกรบกวนและไม่ทำกิจกรรมใดๆ ส่วนการสัมผัสจากการนวดความเอาใจใส่และเอื้ออาทรระหว่างผู้นวดและผู้ถูกนวด ยังทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น เกิดการผ่อนคลายในบริเวณที่นวดและความพึงพอใจ ซึ่งเป็นการเร้าทางอารมณ์ด้านบวกที่มีผลกระตุ้นระบบลิมปิกทำให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินทำให้เกิดความผ่อนคลายทั่วทั้งตัว จึงทำให้ลดความเจ็บปวดได้อีกทาง (Wilkie; & Monreal. 1999)

การนวดแผนไทย

การนวดแผนไทยเพื่อการบำบัดรักษาโรค แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ซึ่งมีหลักการในการบำบัดรักษาโรค และอาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน แต่มีข้อปลีกย่อยที่แตกต่างกันพอสรุปได้ดังนี้คือ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. 2540)

1. การนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดถวายในหลวงหรือเจ้าขุนมูลนายชั้นสูงของราชสำนัก จะเน้นเรื่องกิริยามารยาทต้องสุภาพเรียบร้อยอ่อนน้อมใช้เดินเข้าหาผู้ป่วย ไม่หายใจลดผู้ป่วยขณะทำการนวด ต้องหันหน้าไปข้างๆ หรือเงยหน้า การนวดจะใช้นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่นๆ เท่านั้น ไม่มีการนวดโดยใช้เข่าไม่มีการคลึงขณะกด ไม่ใช้การคัดหรือขอข้อหรือส่วนใดของร่างกาย แขนทั้งสองของหมอนวดต้องเหยียดตรงเสมอ ท่านวดจะไม่มีท่านอนคว่ำ การนวดต้องการให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ เพิ่มการไหลเวียนและเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของเส้นประสาท

2. การนวดแบบเชลยศักดิ์ นวดแบบทั่วไป เป็นการนวดที่ปรากฏอยู่ในวัดและในสังคมทั่วไปมีการสอนแบบสืบทอดจากรุ่นเก่าและมีแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น มีการพนมมือไหว้ครูก่อนนวด ในขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่กับพื้นไม่ค่อยเน้นเรื่องกิริยามารยาท ไม่ได้คำนึงถึงท่าทาง

ของแขนว่าจะตรงหรืองอ จะเริ่มนวดฝ่าเท้าก่อน มีการนำการตัดตนแบบโยคะมาประกอบด้วย มีการใช้ท่านอนคว่ำด้วยในการนวด

การนวดในปัจจุบันยังแบ่งเป็นการนวดเพื่อการผ่อนคลายหรือการนวดเพื่อสุขภาพ เป็นการนวดเพื่อต้องการให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนทั่วร่างกายเป็นการนวดทั่วทั้งตัว และการนวดเพื่อการบำบัดรักษาโรค เป็นการนวดเฉพาะที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยโดยเฉพาะ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การนวดด้วยตนเองโดยใช้จุดการรักษาแบบราชสำนักในการลดการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการนวดด้วยตนเองให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง

ประโยชน์ของการนวด

ปัจจุบันการนวดได้รับความนิยมเพราะเมื่อได้รับการนวดแล้วทำให้สุขภาพดีขึ้น (กรุงไกร เจนพาณิชย์. 2534: 40-41) ดังนี้

1. ผลของการนวดไทยมีผลดีต่อทุกระบบร่างกาย คือ การไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้นทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อคลาย กล้ามเนื้อเรียบ สมอง ระบบประสาท ลดความเครียด ความกังวล และลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อลาย ฯลฯ

2. ผลของการนวดไทยมีผลดีต่อร่างกายและจิตใจ เพราะอาการปวดเมื่อยคลายตัวและหายไป เจริญอาหาร นอนหลับได้ดี ผ่อนคลายทั้งตัว สดชื่นแจ่มใส หายวิงเวียน หายปวดศีรษะ ตาสว่างสดใส กระปรี้กระเปร่า การทำงานระบบหายใจได้เต็มความสามารถ ทำให้หัวใจ และปอดทำงานได้ดี ท้องโล่งเบาสบายไม่อึดอัด

3. ประโยชน์จากการนวดไทย มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การป้องกัน กินไม่ได้ นอนไม่หลับ วิดกกังวล เครียด นวดถอนมสาตา การรักษาอาการ ปวดเมื่อยล้า ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน นวดรักษาสาตา ฯ การรักษาสาเหตุ ปวดข้อมือ ข้อไหล่ติด ตกหมอน หลังแข็ง ข้อแพลง ฯ การวิเคราะห์แยกโรค ปวดท้อง แน่นอก หายใจขัด ตามัว การรักษาเร่งด่วน (ปัจจุบันพยาบาล) ปวดกระเพาะอาหารและลำไส้ หอบเหนื่อย (หืด) ปวดศีรษะอย่างรุนแรง (ความดันโลหิตสูง ไมเกรน) ฯ การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นโรคที่ทำให้ต้องนอนนาน ผู้ป่วยสูงอายุหลังหายจากผ่าตัด ลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ฯ และการทำให้มีอายุยืน ช่วยจัดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้เหมาะสม

4. ผลของการนวดไทยช่วยปรับโครงสร้างของร่างกายให้สมดุล ให้เข่ารองเข่ารอง ซึ่งสังเกตได้เวลาถูกนวดตรงบริเวณข้อต่อจะเคลื่อนที่ดังกรุบกรำบ ทำให้รู้สึกคลายตัวของกล้ามเนื้อหรืออาการปวดลดลง เป็นต้น

ข้อสังเกต

การนวดไทยได้เสริมการใช้สมาธิร่วมบูรณาการด้วย จะทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรอนุรักษ์และส่งเสริมพัฒนาการนวดไทยด้วยการค้นคว้าวิจัยต่อไปให้ก้าวหน้ามากขึ้นตามลำดับ

การรักษาทางหัตถเวชกรรม จะพบว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเหมือน ๆ กัน เพิ่มขึ้นตามลำดับ เช่น โรคปวดคอและบ่า (ลมปลายปัตคตสัญญาณหลัง 4, 5) ซึ่งโรงเรียนอายุรเวท (2535: 11-12) เขียนไว้ดังนี้

สาเหตุ เกิดจากความเครียด อุบัติเหตุ อิริยาบถในการทำงาน พักผ่อนไม่เพียงพอ ความเสื่อมของร่างกาย เป็นต้น

อาการ ปวดตึงที่บ่าและต้นคอแล้วไปกกหู มีอาการชาแล้วลงไปที่ข้อศอกและแขน ปวดระบอตา มึนงง ปวดศีรษะ

การตรวจ ให้ผู้ป่วยก้มหน้า เงยหน้า จะไม่ได้ตองศา คือ ก้มและเงยไม่ได้เต็มที่เอียงคอชิดไหล่จะมีอาการปวดตึงคอ กล้ามเนื้อบ่าจะแข็งเป็นล่ำ

การรักษา นวดพื้นฐานบ่าจนกล้ามเนื้อหย่อนตัว แล้วจึงนวดจุดสัญญาณหลัง 4, 5 (ส.4,5) แล้วกดจุดสัญญาณ 4 หัวไหล่

- คำแนะนำ
- 1) ทำการบริหารร่างกายเช่น ดึงขอบโต๊ะ 3 จังหวะ ทำฤๅษีดัดตน
 - 2) ประคบความร้อนขึ้น
 - 3) งดอาหารแสลง



การนวดตนเองแก้ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

1. นวดแนวพื้นฐานบ่าตั้งแต่ปุ่มกระดูกหัวไหล่
ไปถึงต้นคอ แต่ละจุด นับ 1 ถึง 10 ขึ้น – ลง
15 นาที



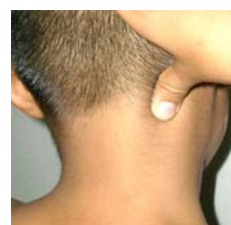
2. กดในแนวร่องไหปลาร้า 1 จุด นับ 1 ถึง 10 กด 2
ครั้ง



3. นวดแนวพื้นฐานโคงคอตั้งแต่ต้นคอไปถึงท้ายทอย
โดยกดแนวซิดกระดูก แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10
ขึ้น – ลง



4. นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10
ทำครบทั้ง 5 จุดนับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ
จุดที่ 1 รอยปุ่มใต้กะโหลกศีรษะข้างขวา



จุดที่ 2 รอยปุ่มใต้กะโหลกศีรษะข้างซ้าย



จุดที่ 3 เหนือใบหู ข้างขวา



จุดที่ 4 เหนือใบหู ข้างซ้าย



จุดที่ 5 รอยปุ่มกึ่งกลางกะโหลกศีรษะ



3. การประคบความร้อนชื้น

ตั้งแต่อดีตกาลมาเป็นเวลานานมนุษย์รู้จักการนำความร้อนมาใช้บำบัดรักษาร่างกาย เช่น การอาบน้ำพุร้อน กระเป๋าน้ำร้อน หินร้อน อิฐร้อน ช่วยรักษาอาการปวดหรือปวดเมื่อยตามร่างกายที่เกิดจากการทำงานหนักหรือช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อที่เกิดจากถูกใช้งานมากเกินไป (กันยา ปาละวิวัธน์. 2537: 1-9) ผลของความร้อนต่อร่างกายสรุปได้ดังนี้

ผลของความร้อนต่อร่างกาย

1. ทำให้หลอดเลือดบริเวณนั้นขยายตัว เป็นเหตุให้เลือดมาเลี้ยงมากขึ้น นำสารอาหารต่างๆ รวมทั้งออกซิเจนมาให้เซลล์
2. ความร้อนที่สูงขึ้นจะช่วยเร่งปฏิกิริยาเคมีต่างๆ ภายในเนื้อเยื่อ
3. เร่งการทำงานของต่อมเหงื่อให้มากขึ้นเพื่อขับถ่ายความร้อนออกไป ซึ่งทำให้ร่างกายขับสารบางอย่างที่อยู่ในเหงื่อออกไปด้วย เช่น น้ำ เกลือแร่ ยูเรีย และกรดไขมันบางจำพวก
4. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของน้ำเหลือง
5. ช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงขึ้น
6. ช่วยให้พังผืดยึดตัวออก
7. ความร้อนน้อยๆจะมีผลต่อปลายประสาทสัมผัสทำให้รู้สึกสบายขึ้น ลดความเจ็บปวด

ประโยชน์ของการประคบความร้อนขึ้น คุณค่าของการประคบความร้อน มีดังนี้ (โรงเรียน
อายุรเวท. 2535: 23)

1. ลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
2. ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและลดความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
3. ลดอาการบวมและอักเสบของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ
4. บรรเทาอาการปวด

ขั้นเตรียมอุปกรณ์

1. น้ำต้มเดือด
2. ชันลูมิเนียม หรือภาชนะกันความร้อนพร้อมที่รองภาชนะ
3. ผ้าขนหนูผืนเล็ก 1 ผืน

วิธีการประคบความร้อนขึ้น

1. ต้มน้ำให้เดือดเทลงในชันลูมิเนียม หรือภาชนะที่เตรียมไว้
2. ใช้ผ้าขนหนูจุ่มน้ำเย็นบิดให้แห้งพอหมาด ๆ แบ่งผ้าออกเป็น 3 ส่วน
3. ผ้าส่วนที่ 1 จุ่มลงในน้ำร้อน แล้วพับผ้าเป็นรูปสี่เหลี่ยมแล้วนำผ้าไปประคบส่วน
ที่ต้องการ
4. ผ้าส่วนที่ 2, 3 ทำเหมือนข้อ 3
5. การประคบความร้อนขึ้นแต่ละส่วนนาน 1–2 นาทีทำซ้ำกันจนกระทั่งน้ำเย็น 3–5 นาที

ข้อควรระวัง

1. การประคบความร้อนขึ้น ควรจะทดสอบว่าผ้าร้อนเกินไปหรือไม่ถ้าร้อนเกินไปจะทำให้ผิวหนังเกิดฟองขึ้นได้ ควรทดสอบกับท้องแขนก่อนทำประคบในส่วนที่ต้องการ
2. ป่วยเป็นป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ควรระมัดระวังเป็นพิเศษอาจเกิดฟอง เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกชา ส่วนเด็กผิวจะบอบบาง
3. กรณีให้ความร้อนรักษาส่วนของแขนขา จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังระบบทางเดินอาหารลดลง และการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร ตลอดจนน้ำหลังต่างๆน้อยลงด้วย เพราะฉะนั้นไม่ควรให้ความร้อนแก่ส่วนของแขนขาเป็นบริเวณกว้างและนาน ภายหลังรับประทาน
อาหารใหม่ๆ จะทำให้เกิดท้องอืดท้องเฟ้อได้ เพราะจะทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงานลดลง
4. เพศชาย ควรระวังอย่าแช่ ในน้ำอุณหภูมิสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้เป็นหมันชั่วคราวได้ เนื่องจากต่อมอัณฑะจะไม่ทำงาน เมื่ออยู่ในอุณหภูมิสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสเป็นเวลานานๆ

4. ทำบริหารร่างกาย

ทำทำบริหารร่างกายหรือการออกกำลังกาย สามารถป้องกันและบรรเทาอาการปวดคอได้ ดังกล่าวไว้ดังนี้ (สุรศักดิ์ ศรีสุข. 2538: 24-25)

4.1 การบริหารคอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอโดยการออกกำลังกายให้เคลื่อนไหวที่จะกล่าวถึงนี้ แต่ละท่าทำ 5- 10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

ก้มและเงยหน้า ค่อยๆ ก้มหน้าให้คางจรดกับอก แล้วเงยช้าๆ ให้มากที่สุด แล้วตะแคงซ้ายขวา หน้าตรงๆ ค่อยๆ ตะแคงซ้าย พยายามให้หูจรดไหล่ซ้าย โดยไม่ยกไหล่ขึ้น กลับที่เดิม แล้วค่อยๆ ตะแคงให้หูขวาจรดไหล่ขวาในลักษณะเดียวกัน ต่อไปหันหน้าซ้ายขวา หมุนศีรษะหันหน้าไปทางซ้ายช้าๆ โดยพยายามให้ปลายคางอยู่ในแนวเดียวกับไหล่ซ้ายแล้วหมุนศีรษะกลับมาและไปยังด้านตรงข้ามเช่นกัน

4.2 การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอ การออกกำลังกายชนิดนี้ควรทำหลังจากทำท่าออกกำลังกายข้อ 4.1 ได้โดยไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ มีวิธีการทำคล้ายคลึงกับข้อ 4.1 เพียงแต่ให้ใช้มือด้านการเคลื่อนไหวของศีรษะในทิศทางตรงกันข้าม (แรงต้านพอประมาณ) เกร็งไว้ 5- 10 วินาที แล้วพัก แต่ละท่าทำ 5 – 10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

ก้มคอ ใช้มือกดที่หน้าผากต้านกับความพยายามที่จะก้มศีรษะลง ต่อไปเงยหน้า เอาฝ่ามือประสานเหนือท้ายทอยกดมาด้านหน้า ขณะที่พยายามจะเงยศีรษะไปข้างหลัง แล้วตะแคงคอ ใช้มือซ้ายวางที่ศีรษะเหนือหูซ้าย ต้านกับความพยายามที่จะตะแคงหน้าให้หูซ้ายไปจรดไหล่ ใช้มือขวาวางที่ศีรษะเหนือหูขวาทำแบบเดียวกัน ต่อไปหันหน้า ใช้มือซ้ายออกแรงยันที่หน้าหูซ้ายขณะที่พยายามหันหน้าไปทางซ้าย แล้วทำสลับกันโดยใช้มือขวายันหน้าหูขวาขณะที่หันหน้าไปทางขวา

4.3 การบริหารท่าฤๅษีตัดตน เป็นการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการยืดกล้ามเนื้อ บ่า ไหล่ คอ เพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในทำบริหารร่างกาย ให้ท่าทำและ 5-10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น มีท่าต่างๆ ดังนี้ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. 2552: 39-43)

4.3.1 ท่าตัดตนแก้ลมเจ็บศีรษะ และตามัว

ท่าเตรียม นั่งขัดสมาธิ มือทั้งสองข้างประสานกันประมาณระดับล้นปี ทำบริหาร เริ่มโดยสูดลมหายใจเข้าให้ลึกที่สุด พร้อมเหยียดแขน ดัดให้ฝ่ามือยื่นไปทางด้านซ้ายให้มากที่สุดโดยให้ลำตัวตรง หน้าตรง แขนตึง กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ แล้วผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับงอแขนทั้งสองข้างกลับมาอยู่ในท่าเตรียม ทำซ้ำเช่นเดิมแต่เปลี่ยนเป็นเหยียดแขนดัดให้ฝ่ามือยื่นไปทางด้านขวา ทำซ้ำเช่นเดิมแต่เปลี่ยนเป็นเหยียดแขน ดัดให้ฝ่ามือยื่นไปทางด้านหน้าทำซ้ำเช่นเดิม แต่เปลี่ยนเป็นเหยียดแขน ดัดให้ชูขึ้นเหนือศีรษะ แขนทั้งสองข้างเหยียดตรง แขนชิดใบหู แล้วผ่อนลมหายใจออก พร้อมกับลดแขนลง ให้มือทั้งสองข้างพักไว้บนศีรษะ ในลักษณะหงายมือ



4.3.2 ทำตัดตนแก้แขนขัด และแก้ขัดแขน

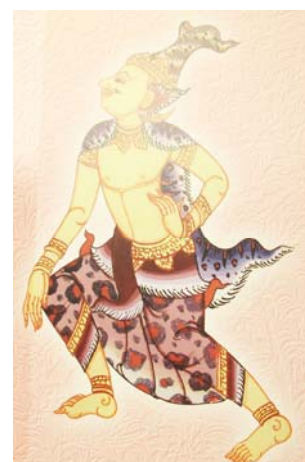
ท่าเตรียม นั่งขัดสมาธิ ลำตัวตรง ยกศอกข้างซ้ายให้ตั้งฉากกับ ลำตัว โดยให้ฝ่ามือวางไว้ แบนแก้มซ้าย มือข้างขวากุมได้ศอกซ้ายที่ตั้งขึ้น ท่าบริหาร เริ่มโดยสูดลมหายใจให้ลึกที่สุด พร้อมกับใช้มือขวาที่กุมศอก ดึงข้อศอกซ้ายมาทางแขนขวาให้มากที่สุด พร้อมกับเกร็งข้อศอก ด้านซ้ายด้านมือขวาไว้ ขณะดึงข้อศอกฝ่ามือด้านที่ตั้งศอกจะถูกดึงให้ไล่ไปตามแนวคาง กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับปล่อยมือให้กลับมาอยู่ในท่าเตรียม ทำซ้ำเช่นเดิมแต่เปลี่ยนเป็นใช้หลังมือซ้ายแบนแก้มซ้าย เริ่มต้นทำซ้ำใหม่ แต่เปลี่ยนเป็นยกศอกข้างขวาให้ตั้งฉากกับลำตัวโดยให้ฝ่ามือวางไว้แบนแก้มขวา มือข้างซ้ายกุมได้ศอกขวาที่ตั้งขึ้น



4.3.3 ทำตัดตนแก้ไหล่ ขา และเข่า ขา

ท่าเตรียม ยืนก้าวขาซ้ายเฉียงออกไปทางซ้าย มือข้างเดียวกันวาง แบนหน้าขา มือขวาทำวอยอยู่บนสะโพกในลักษณะคว่ำมือ สันมือดัน สะโพก ปลายมือเฉียงไปทางด้านหลัง

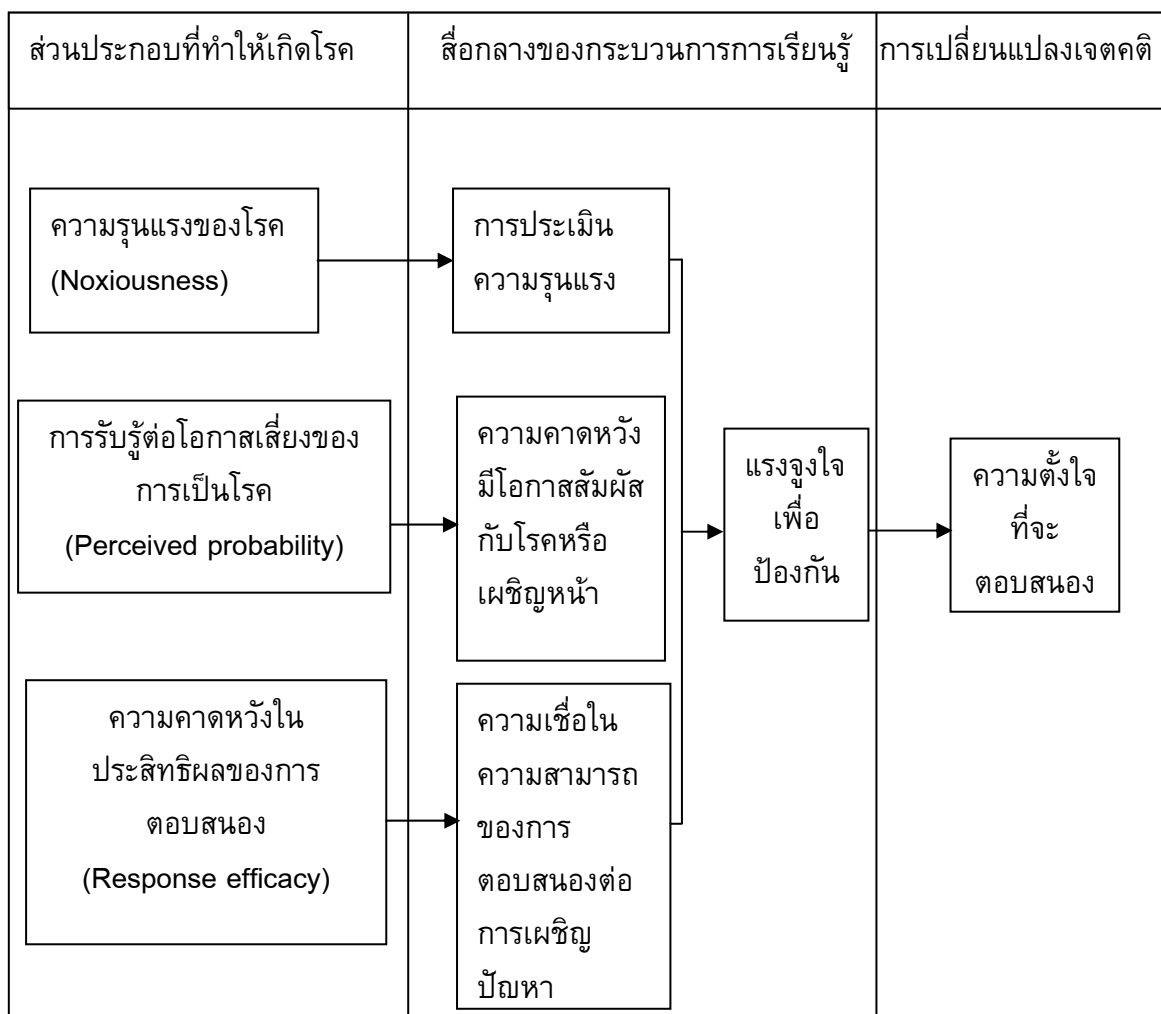
ท่าบริหาร เริ่มโดยสูดลมหายใจเข้าให้ลึกที่สุด พร้อมกับค่อยๆ ย่อตัวทิ้งน้ำหนักลงไปบนขาข้างซ้ายที่ก้าวออกไป ขณะย่อตัว ค่อยๆ บิดตัวให้หันหน้าไปทางด้านขวา ซ้าย โดยขาซ้ายจะย่อ ขา ขวาคจะตึง กลั้นลมหายใจไว้สักครู่พร้อมกับกดเน้นสันมือที่ทำวอยอยู่บน สะโพก แล้วผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับค่อยๆ เปลี่ยนกลับมาอยู่ในท่าเตรียม ทำซ้ำเช่นเดิม



5 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation theory) มีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ส (Rogers, 1975: 93) โดยเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในการสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) นั่นคือการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ.1983 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากกระตุ้น และในการ

ตรวจสอบการประเมินการรับรู้ของโรเจอร์ส (Mackay. 1992: 25; citing Roger. 1975. Journal of psychology. pp. 93-114) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) แสดงดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ปี ค.ศ.1975
ที่มา: กองสุขศึกษาสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2542): หน้า36. (อ้างอิงจาก Rogers. (1975). Journal of Psychology. p.99)

ต่อมาแมคดุกส์และโรเจอร์ส (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . 2542; citing Mackay. 1992 AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of Imagined scenarios on Intent to use Condoms. p.25) ได้เพิ่มตัวแปรที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-efficacy Expectancy) ซึ่งโรเจอร์สได้อธิบายว่าที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลว่า บุคคลนั้นมีความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ การที่จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้น ลักษณะของแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะไม่ทำให้เกิดอารมณ์กลัว แต่จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจ และยอมรับที่ปฏิบัติตามเพื่อจะได้รับผลดีจากการปฏิบัติตามนั้น

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 รูปแบบ คือ

1.การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบไปด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึงความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาทสังคมของตนซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวนั้น อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542: 25) การรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้ผลลัพธ์ร้ายแรงโดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเคืองปอดเล็กน้อย โดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติ และมีพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้นหรือการปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดเจน (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542: 36; อ้างอิงจาก Macay. 1992. AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms. P. 27) ขณะที่ใช้สื่อเป็นการกระตุ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมได้ (Macay, Bruce C. 1992: 27; citing Roger; & Newborn. 1976. Journul of Personality and Social Psycholgy. p. 54-61) ในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงๆ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้ไม่เกิดอันตราย

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ถ้าการรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข 2542: 25) การทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจะใช้การสื่อสารโดยการชี้ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง แต่วิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ดี (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2542: 36; อ้างอิงจาก Macay 1992. AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms. p.28) เนื่องจากการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้สูง ดังนั้นบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงมีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแมตดุกโรเจอร์ส (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2542: 36; อ้างอิงจาก Macay 1992. AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms. p. 30) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่โดยให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอด ซึ่งในบทความแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

การรับรู้ในความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม อีกทั้งอาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรืออาจเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic rewards) และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม เมื่อตนเองมีพฤติกรรมป้องกันโรค

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ
คือ

2.1 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง หมายถึง การที่บุคคลทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดการเกิดโรค สามารถกระทำโดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสาร ที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2542: 38)

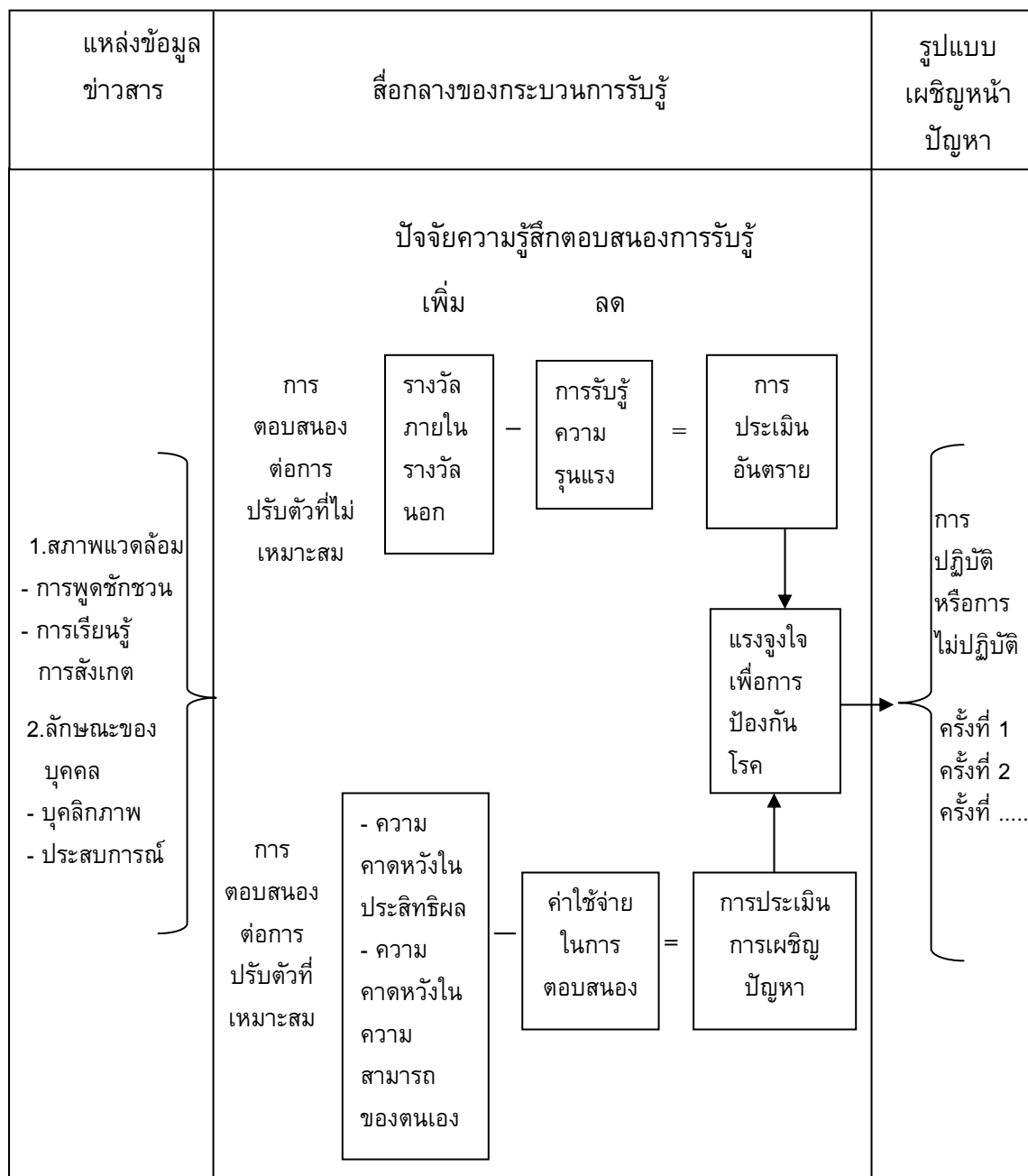
2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่เพิ่มขึ้นในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา ซึ่งแบนดูราเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าวสามารถกระทำได้หลายวิธีเช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยคำพูด กล่าวโดยสรุป การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข้อมูลข่าวสารควรจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามได้จริงจึงจะมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง

ความคาดหวังในความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ และการคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การตอบสนองก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การตอบสนองสูงด้วย ก็จะมีผลเพิ่มความตั้งใจ ในทางกลับกันถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การตอบสนองต่ำ ก็จะลดลงในความตั้งใจ บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี ถ้าผลลัพธ์ต่อการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ และถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองให้สูงจึงจะเพิ่ม

ความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ตามความตั้งใจแบบสูงที่สุดเมื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การตอบสนองสูง

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูด ชักถาม การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ แสดงดังภาพประกอบ 3 (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2542: 41; อ้างอิงจาก Dunn; & Roger. 1986. Health Education Research Theory and Practice. p.153-160)



ภาพประกอบ 3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สที่ได้รับการพัฒนา ปี ค.ศ.1983
 ที่มา: กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542): หน้า41. (อ้างอิงจาก
 Dunn; & Roger. 1986. *Health Education Research Theory and Practice*. p. 153-160)

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าโรคอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตราย
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลที่เชื่อมั่นในตัวเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนอง ด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบนดูรา (Bandura) ได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไว้ 4 วิธี คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 59-60; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้นการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอ ที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ ว่า เขามีความสามารถจะกระทำได้ ซึ่งจะ使他สามารถใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบ แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่า ผู้สังเกตก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่า ผู้สังเกตมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

3. การใช้คำพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป แบนดูรา กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนัก การที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 60; อ้างอิงจาก Evans. 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ย่อมจะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ถ้าบุคคลไม่ถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางลบ เช่น อยู่ในสภาพถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

โปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองโดยคัดเลือกจากสมาชิกกลุ่มซึ่งกระบวนการของการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 51-53; อ้างอิงจาก Bandura.1989) คือ

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจมี 2 ประการ คือ

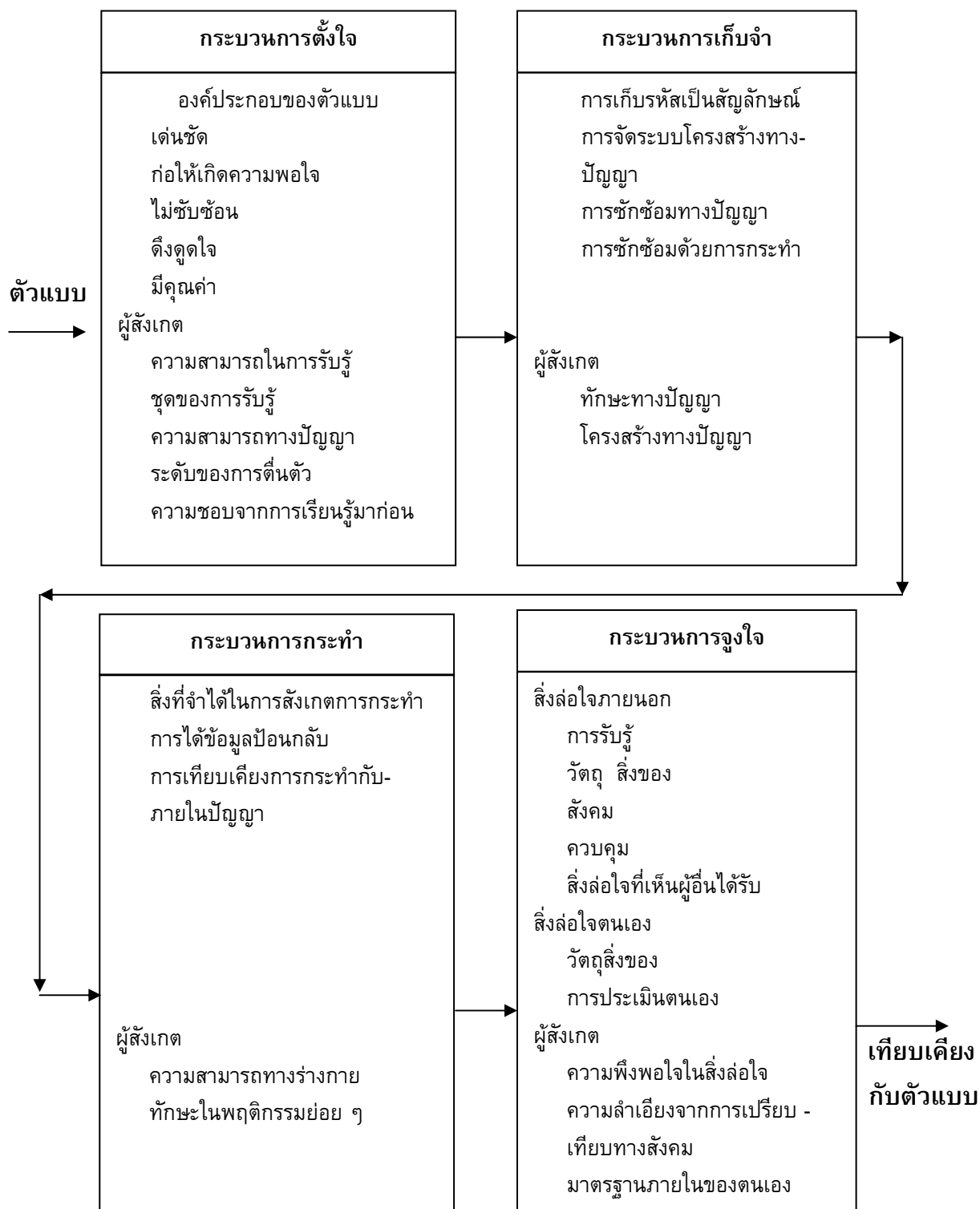
1.1 องค์ประกอบของตัวแบบ พบว่า ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้นต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงนั้น ควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ด้วย

1.2 องค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ รวมทั้งการเห็น การได้ยินการรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) ผู้สังเกตจะได้รับอิทธิพล ถ้าสามารถจดจำลักษณะของตัวแบบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง การชักซ้อมด้วยการกระทำ ความสามารถทางปัญญาและโครงสร้างทางปัญญา

3. กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง การเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ และลักษณะของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยๆ ต่างๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ ซึ่งประกอบด้วยสิ่งล่อใจจากภายนอก ซึ่งต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมซึ่งอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ หรือการประเมินตนเอง และผู้สังเกตมีความพึงพอใจในสิ่งล่อใจนั้น

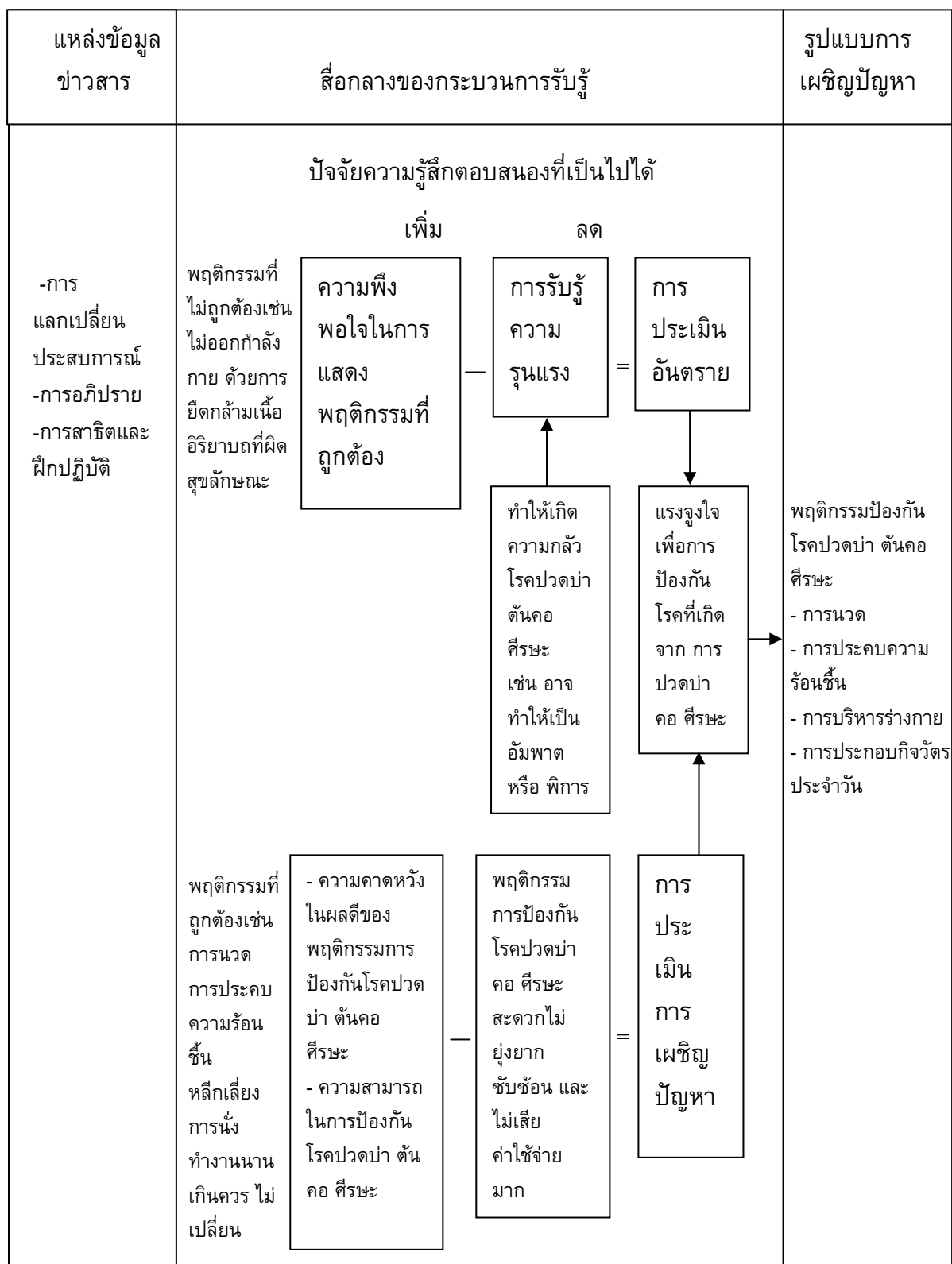


ภาพประกอบ 4 กระบวนการ ของการเรียนรู้จากการสังเกต

ที่มา: สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539): หน้า 53.

การสร้างกรอบโปรแกรมสุขศึกษาทางทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ เพื่อสร้างให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เกิดจากภาวะปวดบ่า ต้นคอ ศีรษะ ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินเผชิญปัญหา แสดงดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 การสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะปวดบ่า คอ ศีรษะ ตามทฤษฎีแรงจูงใจ
เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

5.3 วิธีการศึกษา (Methods of Health Education)

สุขภาพหมายถึงกระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มคนต่างๆ เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งทางกายและจิตใจ การปรับตัวให้ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย มิให้กลับซ้ำด้วยโรคเดิม (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. 2539: 2)

วิธีการทางสุขภาพ เป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคลรอบครัว และชุมชนสามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไป (บุญยง เกี่ยวการค้า. 2535: 37) วิธีการทางสุขภาพเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะความรู้วิชาสุขภาพรวมเอาข้อเท็จจริง หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของชีวิตมนุษย์เข้าด้วยกัน เป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์สาขาหนึ่งที่ต้องอาศัยความรู้จากวิชาสังคมวิทยา จิตวิทยา วิทยาศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มาใช้ประสมประสานกันเป็นการเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อที่จะถ่ายทอดความรู้ ข้อเท็จจริง แนวคิด หลักการที่ถูกต้องและเหมาะสมทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่แท้จริงอันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ไม่ชอบให้เป็นชอบ จากสิ่งที่ทำไม่ได้เป็นทำได้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี (สุรีย์ จันทรโมลี. 2526: 2-3)

วิธีการทางการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยวิธีการศึกษา 4 วิธี คือ

1. การบรรยาย (Lecture)

การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีความคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานานพื้นฐานของการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้เรียน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ตลอดจนความคิดเห็นต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลจับใจและเปลี่ยนแปลงความคิดของกลุ่มบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เนื้อหาสำหรับการบรรยายต้องจัดลำดับให้มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องและควรมีการเน้นโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตลอดจนมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมประกอบในจุดที่ต้องการให้ผู้เรียนรับรู้ หรือเป็นการใช้สื่อประกอบการบรรยายเพราะนอกจากจะทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้น ยังทำให้เกิดความเข้าใจง่าย การบรรยายจะมีประสิทธิภาพเมื่อผู้บรรยายมีความรู้อย่างดีในเรื่องที่จะบรรยาย ผู้เรียนทุกคนต้องการที่จะรับฟังเรื่องเดียวกัน ในขณะเดียวกันมีการแจกเอกสารเพื่อให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง และเอกสารเป็นแนวทางในการอภิปรายเพื่อเป็นการติดตามการบรรยาย

(สุรีย์ จันทร. 2527: 63-68)

2. การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิค กระบวนการกลุ่ม (วินิจ และคมเพชร จัตรศุภกุล. 2522: 135, Redma. 1980: 1220) เป็นวิธีการหนึ่งที่นิยมกันมาก สามารถใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา ทุกระดับอายุ เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัวหรือคำตอบที่แน่นอน การประชุมจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มแสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง นอกจากนี้การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่มุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม (สุริย์ จันทรโมลี. 2527: 100-101)

การอภิปรายกลุ่ม หมายถึง การประชุมพิจารณาหรืออภิปรายกันระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมกันอภิปรายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนใจหรือมีประโยชน์ร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มถูกนำมาใช้อย่างมากในการให้สุขศึกษา แก่กลุ่มเป้าหมายซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้เข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ สมาชิกให้ความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มยังช่วยฝึกให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การเข้ากับสภาพแวดล้อม สิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาร่วมกัน

การทํากิจกรรมร่วมกันอิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจด้วยความสมัครใจและเกิดการยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ถาวรต่อไป (ปาริชาติ ฉายสีศิริ. 2534: 25) การอภิปรายกลุ่มมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ให้สมาชิกในกลุ่มทราบเรื่องราวและสนใจต่อปัญหาของกลุ่ม
2. ให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองโดยเสรี
3. พิจารณาเรื่องที่เป็นประโยชน์ร่วมกันของสมาชิก
4. พัฒนาสมาชิกให้มีลักษณะการเป็นผู้นำในด้านการอภิปราย
5. เสริมสร้างระบบการประชุมกลุ่มในหมู่คณะหรือองค์กร และส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิก
6. รวบรวมความคิดของบุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่ม
7. เป็นการสำรวจปัญหา
8. เป็นการใช้ความคิดจากกลุ่มแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง
9. เป็นการตกลงกันในกลุ่มสมาชิกเพื่อการวางแผนดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มอภิปรายและมีผู้ช่วยโรคปวดบ่า คอ ศีรษะ เป็นสมาชิกจำนวน 2 คน ขึ้นไป ทุกคนร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับโรคปวดบ่า คอ ศีรษะ ตลอดจนปัญหาและอาการของแต่ละคน ซึ่งวัตถุประสงค์ของการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ช่วยโรคปวดบ่า คอ ศีรษะ

มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ มีความเข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น แก้ปัญหาร่วมกัน ตลอดจนการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดเห็นของตนเองและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นอิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยการยอมรับและสมัครใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวรต่อไป

3. การสาธิต (Demonstration)

การสาธิตเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่ง ที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริงหลักการ แนวทางการปฏิบัติ โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิตมีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสอนแบบสาธิตมีความหมายหลายประการ เช่นการสอนแบบสาธิต มุ่งเน้นให้เห็นทักษะการใช้มือในการทำการสาธิตยังรวมทั้งการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ ประกอบการสาธิตรวมทั้งการฉายภาพยนตร์ สไลด์ ประกอบ

การสาธิต หมายถึง การสอนโดยมีการอธิบายประกอบการใช้เครื่องมือ วัสดุโดยมีผู้เรียนคอยดู เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตโดยทั่วๆ ไป ครูหรือวิทยากรจะแสดงให้เห็นก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครูหรือผู้ฝึกสอน

การสาธิตคือการเตรียมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอน การตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

การสาธิต ได้นำมาใช้วงการวิชาชีพต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น ด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข สังคม บริหารธุรกิจ การโฆษณาสินค้า การเกษตร การศึกษา และการฝึกอบรมต่างๆ การสาธิตสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา สามารถใช้ได้กับทุกยุคทุกสมัย การสาธิตมีโอกาที่จะใช้แทรกเข้าไปในเนื้อหาบางเรื่อง เป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอน ง่ายต่อการเข้าใจ เช่น การสอนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถตรวจปัสสาวะเพื่อหาจำนวนน้ำตาลด้วยตัวเอง การสอนแม่ให้อาบน้ำเด็ก วิธีการใช้กระเป๋ายืดมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สาธิตการทำแผล การแปรงฟันให้ถูกวิธี การสอนในสิ่งเหล่านี้ ผู้เรียนจะต้องปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง จะใช้วิธีการบรรยายอย่างเดียวไม่ได้ผลเต็มที่ แต่ถ้าใช้วิธีการสาธิตจะทำให้เรียนรู้ได้เร็วถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้นๆ เป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจไม่ลืม สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (สุรีย์ จันทรมลี. 2535: 175)

การสาธิต (จินตนา.2539: 36) หมายถึงการแสดงการทดลองหรือการทำให้ดู วิธีการสอนแบบสาธิตเป็นวิธีสอนที่จะช่วยให้นักเรียนเกิดความเข้าใจในการเรียนรู้ได้รวดเร็วและเมื่อผลสัมฤทธิ์ได้ดีกว่าวิธีการสอนแบบอื่นๆ อีกหลายวิธี

การสาธิตเป็นการแสดงโดยผู้สอนให้ผู้เรียนได้เห็นสภาพการณ์ที่แท้จริง โดยแสดงให้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ การใช้เครื่องมือหรือการทดลองต่างๆ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองทำตามที่เราเรียนรู้อย่างมีวิธีการดังนี้

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ไว้ให้พร้อม
2. ผู้สาธิตหรือผู้สอนจะอธิบายหรือชี้แจงหลักการ วิธีการและขั้นตอนการสาธิตให้ผู้เรียนรู้ก่อนทำการสาธิต
3. ระหว่างการสาธิต ผู้สาธิตหรือผู้สอนอาจบรรยายหรืออธิบายไปด้วย เพื่อให้ผู้เรียนทำความเข้าใจรายละเอียดต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นและผู้เรียนอาจซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมในระหว่างนี้ด้วย
4. หลังการสาธิตควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติบ้าง เพื่อทดสอบว่ามีความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ หรือเปิดอภิปรายแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ได้ดูไปแล้ว

ข้อดีของการสาธิต

1. การแสดงให้เห็นจริงที่ละขั้นตอน สามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจและเชื่อได้มากกว่าการฟังหรือการอ่าน
2. สามารถนำของจริงหรือรูปจำลองมาแสดงให้เห็นได้
3. ขั้นตอนต่างๆ ของการทดลอง สามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งบางตอนอาจแสดงให้ดูอย่างละเอียดได้ หรืออาจจะทำซ้ำเมื่อจำเป็น
4. การแสดงให้เห็นด้วยข้อเท็จจริง รวมทั้งการได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเองจะมีส่วนช่วยให้เกิดความสนใจและสนใจใฝ่อยากทดลองปฏิบัติตามแนวทางใหม่
5. เทคนิคการสาธิตนี้สามารถใช้ได้กับผู้เรียนทุกประเภท ทุกระดับ

ข้อจำกัดของการสาธิต

1. ใช้เวลาในการเตรียมและซักซ้อมข้อมูลอย่างระมัดระวังเป็นอย่างมากเพื่อให้แน่ใจว่าการแสดงนั้นถูกต้องสมบูรณ์
2. การสาธิตไม่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนจำนวนมาก เพราะจะไม่สามารถเห็นการสาธิตได้อย่างชัดเจน
3. หากไม่มีการแนะนำหรือชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ดีพอ ผู้เรียนอาจมองข้ามจุดสำคัญของการแสดงไปได้
4. เทคนิคอาจใช้เนื้อหาสาระบางเรื่องเท่านั้น ซึ่งไม่อาจใช้ได้กับทุกเรื่องและทุกประเภทได้ ผู้วิจัยได้นำวิธีการสาธิตมาใช้ในการบริหารกล่อมเนื้อต้นขา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

4. การบันทึกพฤติกรรม (Self-Monitoring)

การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรงวิธีหนึ่ง โดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงผู้สังเกตจะไม่ตีความหรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ ทั้งสิ้น การนำเอาการบันทึกพฤติกรรมตนเองมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปฏิบัติการตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมได้และมีประโยชน์อย่างมากในการประเมินและใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) หรือข้อมูลก่อนการดำเนินการปรับพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 62-86)

ประโยชน์ของการบันทึกพฤติกรรม

1. การบันทึกพฤติกรรมอย่างถูกต้อง แม่นยำ จะทำให้นักพฤติกรรมสามารถเห็นได้ชัดว่าโปรแกรมที่เขากำลังทำอยู่นั้น ได้ผลในทางใด โดยที่อาจเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปรารถนา หรือมีสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้นกับโปรแกรมที่เขากำลังทำอยู่
2. เป็นการรวบรวมข้อมูลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และวิธีการปรับพฤติกรรมที่ได้ผลและไม่ได้ผลอีกด้วย
3. ผลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น อาจนำมาใช้เป็นตัวเสริมแรงได้
4. การบันทึกพฤติกรรม ทำให้ผู้บันทึกเห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น
5. ทำให้ผู้ที่ต้องการจะปรับพฤติกรรม มีเจตคติที่ดีต่อโปรแกรมการปรับพฤติกรรม เพราะตนเองรู้ว่าพฤติกรรมของตนนั้นกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคปวดกล้ามเนื้อและข้อ

เฟลสัน (Felson. 1988: 5-7) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่นิยมมากคือ การบริหารร่างกายด้วย การออกกำลังกาย และการทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การลดน้ำหนักเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ดูเหมือนจะได้ผล ประกอบกับการใช้อุปกรณ์บางชนิดเพื่อพยุงกลไกการทำงานของข้อเข่า เช่น การใช้ Elastic สวมบริเวณข้อเข่า การใช้ไม้เท้า (Cane) และการใช้ไม้ค้ำยัน (Crutch) เป็นต้น การรักษาผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม นิยมใช้วิธีการออกกำลังกายโดยวิธีแอโรบิก และการลดน้ำหนัก เพราะเป็นวิธีที่มีผลดีต่อสุขภาพแต่สิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานกันเป็นทีมจะช่วยลดความเจ็บปวดและความพิการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดีที่สุด

แฮมมิลล์ และคณะ (Hammill; et al. 1995) ได้ศึกษาผลของการใช้วิธีทางกายภาพบำบัดหลายวิธี ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด โดยการกำหนดโปรแกรมให้ได้แก่ การฝึกการทรงตัว การออกกำลังกาย และการนวด โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึก 1 ครั้ง / สัปดาห์เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าระดับความรุนแรง และความถี่ของอาการปวดศีรษะจากความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิน และวอร์ด (Lin; & Ward. 1996: 299 – 310) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ ในการเผชิญกับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยปวดหลังนานเกิน 6 เดือน อายุ 18 ขึ้นไป จำนวน 85 คน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การรายงานอาการปวด (reported pain) การใช้ยาแก้ปวด การเพิ่มระดับของกิจกรรม และการแสวงหาข้อมูลความรู้ (self statement) สำหรับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคะแนนความเจ็บปวด และสัมพันธ์ทางบวกกับความพยายามเผชิญปัญหา และพบว่า ความพยายามที่เผชิญปัญหา เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดผลของการรับรู้ความสามารถในผลลัพธ์ของความเจ็บปวด ส่วนระดับความทุกข์ทรมานไม่ช่วยให้เกิดผลนี้และความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพยายามในการเผชิญปัญหา

นิซอล และคณะ (Nixon; et al.1997) ได้ศึกษาผลการนวดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้วิธีนวดแบบสวีดิส (Swedish massage) ให้กลุ่มทดลองพายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติ

เดวิส และคณะ (Davis; et al. 1998: 1019) ได้ทำการศึกษาปัจจัยการอ้วนของผู้เป็นข้อเข่าเสื่อมในหญิงและชาย ในสหรัฐอเมริกา ช่วงอายุ 45-74 ปี จำนวน 3095 คน ได้ค้นคว้าดัชนีบ่งบอกถึงสถานะความอ้วน โดยใช้วิธีการวัดหลายรูปแบบ คือน้ำหนัก BMI ชั้นไขมันใต้ผิวหนังชั้นไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกระดูกสะบัก และศึกษาการกระจายตัวของไขมันในร่างกาย โดยใช้การวัดรอบแขน ระยะห่างระหว่างสะโพก อัตราส่วนของผิวหนังใต้ไขมันชั้นไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกระดูกสะบัก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ผลการศึกษาพบว่า BMI เป็นตัวบ่งชี้ความอ้วนโดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ

ฮูลมีย์ และคณะ (Hulme; et al. 1999) ได้ศึกษาผลการนวดผ่าตัดในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (laparoscope) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดผ่าตัดหลังผ่าตัดร่วมกับ การได้รับยาแก้ปวดตามปกติ มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเพียงอย่างเดียว

งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

แม็คเคย์ (Mackay.1989: 42 - 51) ศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้วิธีธรรมชาติให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงที่ให้ผู้ฟังกลัว ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง เป็นผู้ชายจำนวน 87 คน และกลุ่มควบคุม เป็นชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศ จำนวน 77 คน โดยตั้งสมมติฐานว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์จะเพิ่มมากขึ้นเกิดความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยจะเพิ่มมากขึ้น ผลการทดลองไม่เป็นไปตามสมมติฐาน คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเอดส์ และในกลุ่มชายรักเพศ มีพฤติกรรมที่จะใช้ถุงยางอนามัยลดลง

โรแนลด์ และนิค (Ronald; & Nick 1995: 405) ได้ศึกษาเรื่องตัวทำนายความตั้งใจที่จะลดอาหารประเภทไขมัน และพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของชาวออสเตรเลีย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยการสำรวจความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัว 800 คน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนรายงานพฤติกรรมการป้องกันของตนเอง พบว่าการประเมินองค์ประกอบในการประนีประนอมหาทั้งเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่าง แต่ตัวแปรเกี่ยวกับการประเมินภาวะคุกคามทั้งการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการลดประเภทไขมัน การศึกษานี้สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคหัวใจมีส่วนกระตุ้น ประชาชนให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

ดู บุษ (Do, Bios 2002: 386) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายแรง จูงใจของตนเอง (Self – Motivation) และน้ำหนักของร่างกายว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบแอโรบิคเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในหญิงที่มีอาชีพต้องทำงานนั่งอยู่กับโต๊ะ จำนวน 58 คน จากการศึกษาพบว่ามีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล

งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคปวดกล้ามเนื้อและข้อ

รุ่งทิwa ชาญพิทยานุกุลกิจและคณะ (2528: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรักษาอาการปวดต้นคอด้วยวิธีการนวดแบบเดิมของไทย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดต้นคอ เนื่องจากการเกร็งของกล้ามเนื้อและการกำจัดกระดูกเคลื่อนไหวน้อย เมื่อรักษาด้วยการนวดกดจุดแล้วจะสามารถลดอาการปวดที่ต้นคอได้

ประโยชน์ บุญสินสุข และคณะ (2530: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการใช้การนวดไทย บำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 238 ราย ที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดไหล่ ปวดหลังและปวดเข่า โดยแบ่งลักษณะปวดเป็น 2 จำพวกคือ อาการปวดกล้ามเนื้อและอาการปวดลักษณะอื่น เช่น ปวดจากการไหลเวียนเลือด ปวดจากเส้นเอ็น ฟังผิครอบข้อต่อ ปวดร้าวจากเส้นประสาทเป็นการวัดผลก่อนและหลังการนวด โดยไม่มีกลุ่มควบคุมให้การนวดไทยติดต่อกัน 3 วันพบว่า การนวดลดปวดได้กรณี เมื่อนวดครบ 3 ครั้ง ส่วนใหญ่อาการปวดลดลงหรือหายไป และสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดจากการไหลเวียนเลือดหรือฟังผิวยึดติดได้ค่อนข้างดีซึ่งการศึกษาครั้งนี้ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยซึ่งมีปัจจัยอยู่ที่ความพึงพอใจเป็นหลัก ไม่ได้ประเมินด้วยวิธีอื่นที่สามารถวัดเชิงปริมาณ

วิจิตรา กุสมภ์ (2532: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เป็นเวลา 15 นาทีพบว่าระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองภายหลังการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการกดจุดและนวดและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เจือจันทร์ วัฒนภิเจริญ (2534: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์ (ใช้วิธีนวดแบบราชสำนัก) กับการกินยาพาราเซตามอล ต่อระดับการปวดศีรษะ และระยะเวลาที่ปวดศีรษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าการนวดไทยประยุกต์สามารถลดการปวดศีรษะ ได้ดีกว่าการกินยาพาราเซตามอลตั้งแต่วันที่ 15 นาที 20 นาที 25 นาที และ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และคณะ (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยหลังที่มีสาเหตุจากข้อสันหลังเสื่อมและกล้ามเนื้อหลังอักเสบ พบว่า การนวดไทยเพิ่มอุณหภูมิผิวหนัง เพิ่มความยืดหยุ่นของลำตัว และลดอาการปวด แต่ไม่มีผลต่อสัญญาณชีพ

รัตติยา จินเดหวา และคณะ (2539: บทคัดย่อ) วิจัยเรื่อง“การศึกษาเปรียบเทียบผลเนียบพลันของการนวดไทย และการนวดสากลต่อระดับความรับรู้ อาการเมื่อยล้าและความแข็งแรงกล้ามเนื้อ”การศึกษาเกี่ยวกับการนวดไทย และการนวดสากลในกลุ่มคนคนปกติ 30 คน อายุ 19-20 ปี ผลการศึกษาทราบว่า กานนวดไทย และการนวดสากลให้ผลในการลดอาการเมื่อยล้าได้เช่นเดียวกัน แต่กานนวดไทยใช้เทคนิคน้อยกว่า กระทำได้น้อยกว่าและผู้ทดสอบถูกน้อยกว่า

เบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลการนวดร่วมกับการบริหารคอบอย่างมีแบบแผนต่อระดับการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะแขวน พบว่า1.) ผู้ป่วยภายหลังได้รับการนวดและการบริหารคอบอย่างมีแบบแผน มีระดับการปวดศีรษะน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่เวลา 10,30,45,60 และ 6 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ2.) ผู้ป่วยภายหลังได้รับการนวดและการบริหารคอบอย่างมีแบบแผนที่เวลา 10,30,45,60 นาที และ 6 ชั่วโมง มีระดับการปวดศีรษะน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดและการบริหารคอบอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ3.) ผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติที่เวลา 10,30,45,60 นาที

มีระดับการปวดศีรษะเท่ากับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนที่เวลา 6 ชั่วโมงระดับการปวดศีรษะน้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ (2540: ก-ข) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาควอดไตรเซพส์ ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการบริหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริหาร แรงจูงใจของการบริหาร เวลาที่ใช้ในการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และพบว่าความรุนแรงของโรค แรงจูงใจของการบริหาร และพฤติกรรมของการดูแลข้อเข่าเสื่อมสามารถร่วมทำนายความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ร้อยละ 31.00 ความรุนแรงของโรคที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ

ทิพวรรณ ไตรติลลันท์ (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังได้ผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของชีพจรขณะพักก่อนที่ของ กลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{value} < 0.001$, $P\text{-value} = 0.008$ ตามลำดับ) ส่วนระดับ เอช.ดี.แอล ในเลือดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการกระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมด้านการแสดงอิริยาบถที่เหมาะสม การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในโอกาสต่อไปได้

ดารณี ทองสัมฤทธิ์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการจัดโปรแกรมบริหารแบบไทยต่อการควบคุมภาวะโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอดุสิต จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการจัดโปรแกรมบริหารแบบไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาสูงกว่าและมีการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ดีวก่อนการทดลอง และดีกว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ของคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาสูง และมีการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ดีกว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมบริหารแบบไทย โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ดี ทำให้บรรเทาอาการปวดเข่าและลดการใช้ยาบรรเทาอาการปวดเข่าลงได้ ดังนั้นควรนำรูปแบบการจัดโปรแกรมบริหารแบบไทยไปใช้เพื่อควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าอาการปวดศีรษะและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะ อัตราการหายใจ ภายหลังได้รับการนวดไทยน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ภายหลังได้รับการนวดไทยน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อน และหลังได้รับการนวดไทย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจมาศ ม่วงทอง (2544: 67-106) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีการรักษา ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ในเรื่องการควบคุมอาหาร การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงท่าทางที่เพิ่มแรงกดต่อข้อเข่าดีกว่าการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า น้ำหนักตัว ดัชนีมวลร่างกาย และอาการปวดเข่าลดลงจากก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีผลต่อขนาดเส้นรอบวงกล้ามเนื้อต้นขา

เรณู มีชนะ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอล ในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดพบว่าในกลุ่มนวดไทยประยุกต์ สามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของค่าความดันซิสโตลิกได้ เช่นเดียวกับสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลังนวด ในนาทีที่ 10,20,30 และ 60 ลดอาการปวดศีรษะลงไม่ปวดเลยร้อยละ 10,13.3,33.3 และ 66.7 อย่างต่อเนื่องตามลำดับ ขณะเดียวกันกลุ่มใช้ยาพาราเซตามอล ลดอาการปวดศีรษะ ไม่ปวดเลยได้ในนาทีที่ 30 และ 60 ร้อยละ 13.3 และ 46.7 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่าการนวดไทยประยุกต์ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้มากกว่าการใช้ยาพาราเซตามอลในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ

อรสา กาพรัตน์ (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องผลการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อของผู้สูงอายุในโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัด เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด 15 รายแรก 5 รายแรก ถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลอง ให้นวดแผนไทย 30 นาที และ 15 ราย ต่อมาเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการนวดแผนไทยผลการศึกษาแสดงถึงผลการนวดแผนไทยที่ช่วยลดในอาการปวดข้อของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมตลอดเป็นแนวทางในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองกับการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มีอยู่ร่วมกัน

ยุพร ชมณี (2546: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพด้วยการนวดไทย กรณีศึกษา ในเขตชุมชนเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลยพบว่า หมอนวดไทยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับ สรีรวิทยาของร่างกาย มีการค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วย หรือวินิจฉัยโรคเบื้องต้น เลือกวิธีนวดที่เหมาะสมกับผู้ใช้บริการนวด การนวดมีผลต่อร่างกาย คือ มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายดีขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดมีผลต่อจิตใจ คือ ทำให้รู้สึกสดชื่นผ่อนคลายกังวลและมีผลต่อสังคม คือ สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว และชุมชนรวมทั้งสร้างรายได้แก่ชุมชน

วิบูลย์ นุชประมูล และคณะ (2547: บทคัดย่อ) กรณีศึกษาเรื่องการรักษาโรคภาวะไหล่ติด แข็งวิธีหัตถเวชกรรมแบบราชสำนักเป็นการศึกษาไปข้างหน้าในผู้ป่วย 1 ราย จากสถานพยาบาลใน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาจากการรักษานาน 10 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยจากภาวะโรคไหล่ติด และพันเหน็บที่สำคัญในการวินิจฉัย คือ มืองศาข้อต่อหัวไหล่แบบ ทางออกด้านข้าง (Abduction) ในสัปดาห์ที่ 0 1 2 และ 3 เป็น 48 103 140 และ 156 องศาตามลำดับ และมืองศาข้อต่อหัวไหล่แบบ ทางออกด้านหน้า (Flexion) สัปดาห์ที่ 0 1 2 และ 3 เป็น 72 128 155 และ 162 ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี ไม่ปวดหัวไหล่ทั้ง กลางวัน และกลางคืน ผู้ป่วยหายจากโรคไหล่ติดภายใน 2 สัปดาห์

วิบูลย์ นุชประมูล และคณะ (2548: บทคัดย่อ) กรณีศึกษาเรื่องการพัฒนาองศาการ เคลื่อนไหวของหัวไหล่ในผู้ป่วยโรคกระดูกประสาทคอที่ 5 ถูกกดทับด้วยการนวดกดจุดแบบราชสำนัก เป็นการศึกษานี้โดยไม่ทดลอง ในผู้ป่วยอายุ 61 ปี อาชีพช่างไม้ มีอาการสำคัญ คือ ยกแขนซ้ายมา นาน 34 วัน ปวดเสียวที่ต้นแขนซ้าย กล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ซ้ายด้านข้างและด้านหลังลีบฝ่อลง ตรวจแรกพบพบว่าถ้ายืน หัวไหล่ทางออกด้านหน้า (Flexion) ซ้าย/ขวา เท่ากับ $64^{\circ}/162^{\circ}$ ทางออก ด้านข้าง (Abduction) ซ้าย/ขวา เท่ากับ $50^{\circ}/172^{\circ}$ วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกประสาทคอที่ 5 ข้างซ้ายผล การศึกษาสามารถรักษาผู้ป่วยด้วยการนวดกดจุดแบบราชสำนัก สามารถพัฒนาการเคลื่อนไหวของ หัวไหล่สูงขึ้นเหนือศีรษะ มากกว่า 135° ต้นแขนซ้ายด้านหลังและสะบักซ้ายมีขนาดใหญ่อขึ้นและมี กำลังมากขึ้น ภายใน 17 สัปดาห์

วิบูลย์ นุชประมูล และคณะ (2549: บทคัดย่อ) กรณีศึกษาเรื่องการรักษาโรคข้อเท้าแพลง ในผู้ป่วยหญิงไทย 1 รายวิธีหัตถเวชกรรมแบบราชสำนักเป็นการศึกษาโดยไม่ทดลองแบบศึกษา เฉพาะกรณี สรุปผลการรักษาการนวดกดจุดแบบราชสำนัก สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากการ บาดเจ็บได้ดีด้วยการรักษาเพียง 1 ครั้ง ข้อเท้าบวมลดลง การงอและการเหยียดข้อเท้าดีขึ้นเป็นปกติ เดินได้ดีโดยไม่ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยพยุงและไม่ใช้ไม้เท้าค้ำรั้งแล้ว ผู้ป่วยพอใจผลการรักษา

วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ (2550: บทคัดย่อ) ผลการศึกษาจากการรักษาผู้ป่วย 1 ราย มาพบ แพทย์ด้วยอาการปวดชา นิ้วนางมือซ้าย ร้าวไปที่ข้อมือเลยไปถึงข้อศอก ปวดมานาน 3 วัน อาการ ชาที่นิ้วนางเป็นเรื้อรังมานาน 15 ปี โดยผู้ป่วยจะปวดเมื่อมีกิจกรรมที่ต้องใช้มือมาก แพทย์ผู้ตรวจ วินิจฉัยว่าเป็นโรคลมปัตคาดนิ้วมือและข้อมือข้างซ้าย และให้การรักษาด้วยวิธีหัตถบำบัดแบบราช สำนัก โดยการรักษา 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์สรุป ผู้ป่วยหายจากอาการปวดและชา นิ้วนาง ผู้ป่วยพึงพอใจต่อผลการรักษา

วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และคณะ (2550: บทคัดย่อ) ผลของการนวดไทยในการบำบัดโรคข้อสันหลังส่วนคอเสื่อมอักเสบ เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการอักเสบและนวดไทย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดไทยสามารถลดระดับความรู้สึkpวดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($2.5 + 1.7$ และ $3.8 + 1.6$ ตามลำดับ) โดยความแตกต่างของระดับความรู้สึkpวดระหว่าง 2 กลุ่มเท่ากับ 1.3 ที่มีค่า 95% ความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.7 ถึง 1.9 สำหรับตัวแปรอื่นๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการนวดไทย ก็ให้ผลดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา และแม้ว่าและแม้ว่าจะหยุดการรักษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ในกลุ่มนวดไทยก็ยังได้รับผลดี เช่นเดิม สรุปได้ว่าการนวดไทยมีผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคปวดคอจากโรคข้อสันหลังส่วนคอเสื่อมอักเสบ

ปิยนุช ยอดสมสวย (2550: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบไทยท่าฤๅษีตดต้นต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ตำบลคูตด อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่ามีความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขนเพิ่มขึ้นร้อยละ 81.8 ความสามารถในการออกกำลังกายและ ความสามารถในการเปลี่ยนอิริยาบถเพิ่มขึ้นร้อยละ 77.3 เท่ากัน และพบว่าความสามารถในการทรงตัวและเคลื่อนไหวของขาเพิ่มขึ้นร้อยละ 68.2 เท่ากัน มีความพึงพอใจมากที่สุด คือการบริหารร่างกายแล้วรู้สึกสดชื่นแจ่มใสขึ้น รองลงมา คือ เมื่อบริหารแล้วอาการปวดเมื่อยหายไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้คล่องแคล่วขึ้น สมรรถภาพทางกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกันเพิ่มมากขึ้น และต่อเนื่อง อีกทั้งนำมาประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่นๆต่อไป

งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

สุรินทร์ มากไมตรี (2538: 111-112) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนจำอาภาศจำนวน 113 คน โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ในกลุ่มทดลองจำนวน 53 คน ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายและดูสไลด์ประกอบเสียง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต เรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนดและการใช้ตัวแบบผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายและการประเมินการเผชิญปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านพฤติกรรมป้องกันเอดส์ของนักเรียนจำอาภาศพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมลดการมีเพศสัมพันธ์ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539: 145-149) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 100 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน โดยการอภิปรายกลุ่ม การศึกษาจากตัวแบบจริง หรือซิมสไลด์ การสาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติตัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ในความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

นงรัตน์ เหล่าสุริยง (2540: 111-122) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับชีร์รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน จำนวน 106 คน แยกเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 52 คน ซึ่งผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม การขับชีร์รถจักรยานยนต์มากกว่าก่อนทดลอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรม การขับชีร์รถจักรยานยนต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์ (2548) การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการ นวด แบบราชสำนักต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิก อายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พร้อมทั้งทำพฤติกรรมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี ทำให้ลดความเจ็บปวด ช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้องและเมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ .05

ปฎิญา ไจสมุท (2548) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพนักงานฝ่ายผลิตโรงงาน ยาสูบแห่งประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ 0.05 และ ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ 0.05

ฐิติพร คัมภีรานนท์ (2549) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และเวลาในการขึ้นบันไดดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติและภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในส่วนของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส โรคปวดกล้ามเนื้อ และข้อหรือโรคปวดขา ต้นคอ และศีรษะร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่า สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม ตามโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ได้ โดยประกอบด้วย การกระตุ้นให้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคปวดขา ต้นคอ และศีรษะ รับรู้ประสบการณ์จากตัวแบบ การฝึก และสาธิตการปฏิบัติในการดูแลตนเอง การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่ออาการอักเสบของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และประสิทธิผลในการดูแลตนเองอันจะนำไปสู่ความตั้งใจ และเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Reserch) โดยการนำแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับการให้สุขศึกษาตามปกติในกลุ่มควบคุมซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. รูปแบบการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
4. การดำเนินการทดลอง
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่มารับการรักษา ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 599 คน (สถิติอำเภอไทรน้อย นนทบุรี: 2550)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่มารับการรักษา ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย จำนวน 60 คน จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ (Match paired) ด้วยตัวแปรอาชีพ จำนวน 30 คู่โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า

- 1.ผู้ป่วยวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปี
- 2.ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

2.1 อิริยาบถในการทำงานรวมทั้งท่าที่ผิดสุขลักษณะ ในกิจวัตรประจำวัน ที่กล้ามเนื้อของ บ่า ต้นคอ บางมัดถูกใช้งานมากจนเมื่อยล้าเกินไป เช่น ยืนท่าหลังค่อม งานนั่งโต๊ะ เขียนหนังสือในสำนักงาน งานเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น

2.2 ภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น หน้าที่การทำงานที่ทำประจำ เศรษฐกิจที่รับแรง ปัญหาชีวิตครอบครัว ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่ออันตรายสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจ และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น

2.3 กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ ที่ทำให้เกิดอาการปวดคอ

3. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะที่ไม่ได้เกิดจาก อุบัติเหตุ ภาวะเสื่อมของข้อหรือกระดูก ภาวะข้ออักเสบเรื้อรัง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

1. ผู้ป่วยที่ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ รับประทานยาาระงับปวดระหว่างการวิจัย

2. ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและไม่มีการคัดออกจาก การวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่แพทย์แผนไทยให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปวดบ่า ต้นคอ และปวดศีรษะ ที่มารักษาศัลยกรรม โดยดูจากสมุดรายชื่อผู้ป่วยที่เวชระเบียนหรือสมุดนัดผู้ป่วยใหม่เพื่อรับการ รักษา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยใหม่ 30 คนแรกที่มาได้รับการรักษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้าเป็นกลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จก่อน (ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 17 มีนาคม 2553) แล้วจึงคัดเลือกผู้ป่วยอีก 30 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับคู่ตามตัวแปรเพศ วันละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน (ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 17 มีนาคม 2553) ดังตาราง

ตาราง 1 การคัดเลือกกลุ่มทดลอง 30 คน โดยวิธีการจับคู่ด้วยตัวแปรอาชีพตามกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง				
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4	รวม
รับจ้าง	11 (36.67)	3	3	3	3	12 (40.00)
ค้าขาย	5 (16.67)	1	0	1	2	4 (13.33)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (13.33)	1	2	1	1	5 (16.67)
เกษตรกร	4 (13.33)	1	0	2	1	4 (13.33)
มอเตอร์ไซด์รับจ้าง	3 (10.00)	1	1	0	1	3 (10.00)
ว่างงาน	3 (10.00)	0	1	1	0	2 (6.67)
รวม	30 (100.00)	7	7	8	8	30 (10.00)

จากตาราง 1 การคัดเลือกกลุ่มทดลอง 30 คน ด้วยวิธีการจับคู่ด้วยตัวแปรอาชีพ ตามกลุ่มควบคุม วันละ 1 กลุ่มเพื่อดำเนินการทดลอง พบว่าสามารถจับคู่อาชีพเกษตรกรและมอเตอร์ไซด์รับจ้างได้ครบถ้วน ส่วนอาชีพค้าขายและว่างงาน ขาดสมาชิกอาชีพละ 1 คน จึงทดแทนด้วยอาชีพรับจ้างและราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาชีพละ 1 คน ในกลุ่มสุดท้าย

ผลการคัดเลือกพบอาชีพรับจ้างมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหลือพบกระจายใกล้เคียงกับอาชีพค้าขาย ราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร มอเตอร์ไซด์รับจ้าง และว่างงาน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยแบบแผนการวิจัย (Experimental design) ที่ใช้คือ Control group pretest posttest design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540: 60-61) มีรูปแบบดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₁	~X	O ₂

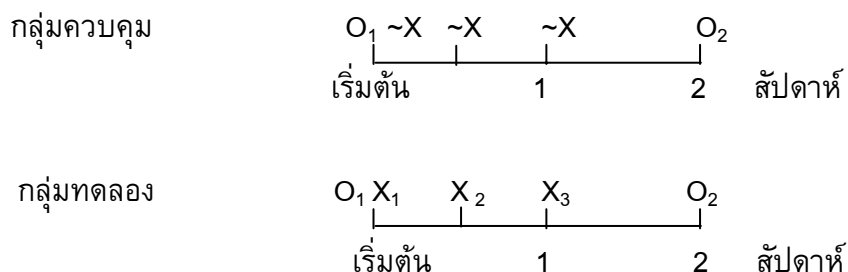
โดยกำหนดให้

O ₁ หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับอาการปวด
O ₂ หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 1 (Post-test 1) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับอาการปวด
X หมายถึง	โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
~X หมายถึง	การสอนสุขศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 6 รูปแบบการวิจัย

แผนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ – 17 มีนาคม 2553 รวมเป็นเวลา 45 วัน ใช้เวลาในการศึกษา กลุ่มละ 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังภาพ



- O_1 หมายถึง การวัดผลก่อนการทดลอง
- O_2 หมายถึง การวัดผลหลังการทดลอง
- $\sim X$ หมายถึง การสอนสุขศึกษาตามปกติ
- X_1 หมายถึง การอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 1 ประเมินอันตรายของสุขภาพ
- X_2 หมายถึง การอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 2 ประเมินการเผชิญปัญหา
- X_3 หมายถึง การอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 3 ประเมินความก้าวหน้า

ภาพประกอบ 7 แผนการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-10 คน เพื่อให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่ม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและผู้วิจัยเชื่อมโยงความคิดเห็นและชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดบวม ตันคอและคีระะ เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง ของอาการปอดบวม ตันคอและคีระะ

ครั้งที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถตนเองในการประคับความร้อนชื้นและการบริหารร่างกาย

ครั้งที่ 3 การประเมินความก้าวหน้า เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ผลที่ได้รับจากการนวด การประคับความร้อนชื้นและการบริหารร่างกาย

การดำเนินการอภิปรายกลุ่มแต่ละครั้งแบ่งออกเป็น 3 ระยะต่อเนื่องกัน ประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนี้

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มสมาชิก และสมาชิกด้วยกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาในการอภิปรายกลุ่ม และหัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 –15 นาที

2. ระยะอภิปรายกลุ่ม เป็นระยะที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรงโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความรู้สึกและความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก พร้อมกับร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ผู้วิจัยเป็นผู้คอยกระตุ้นให้สมาชิกมีการอภิปรายกันอย่างทั่วถึงโดยการสร้างคำถามนำให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงความคิดของสมาชิก ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบข้อสงสัยพร้อมกับให้ความรู้และคำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 40-45 นาที

3. ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ในครั้งที่ 1 สมาชิกสามารถระบุอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในขณะป่วย ครั้งที่ 2 สมาชิกสามารถระบุแนวทางการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ครั้งที่ 3 สมาชิกสามารถระบุความก้าวหน้าของการปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

นอกจากนี้เครื่องมือประกอบด้วยกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองขณะได้รับการรักษาไปอ่านทบทวนที่บ้าน และแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อช่วยในการกำกับตัวเอง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาจากตำราการวัดและประเมินผลทางสุขศึกษา
3. สร้างแบบอภิปรายกลุ่มย่อย คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะและแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง
4. นำเครื่องมือให้ประธานและคณะกรรมการควบคุมปริมาณานิพนธ์พิจารณา และทำการปรับปรุงแก้ไข

5. นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจพิจารณาเพื่อนำมาปรับปรุงให้ถูกต้อง
6. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ แล้วไปทดลอง (Try out) กับผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และ ศีรษะ จำนวน 30 คน ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
7. นำไปวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อนำมาใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสภูมิลาเนา ระดับการศึกษาอาชีพรายได้ กิจกรรมที่ทำ โรคประจำตัว อาการสำคัญ ระยะเวลาของโรค ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 มาตราวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ประเมินระดับอาการปวด ตั้งแต่ไม่ปวดเลย ถึงปวดมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างระบุอาการปวดตามความรู้สึกและผู้วิจัยแปลผล ระดับอาการปวดเป็น 10 ระดับ ตามมาตราวัดอีกด้านหนึ่ง

การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาตำราและเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะการดูแลตนเอง และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจาก ตำราการวัดผลการศึกษาและ ประเมินผลทางสุขศึกษา
3. สร้างข้อคำถามของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการ วิจัย

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	0	คะแนน

การแปลความหมาย

- 0.00-0.66 หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง
 0.67-1.33 หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้
 1.34-2.00 หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมสุขศึกษาและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำโปรแกรมสุขศึกษามาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 117) จำนวน 17 ข้อ

2. การทดลองใช้ (Try out) นำโปรแกรมสุขศึกษาและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปวด ปวด คอ และศีรษะ ที่มาคลินิกแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อยจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือดังนี้

2.1 โปรแกรมสุขศึกษา ทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 คน และนำมาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้

2.2.1 ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยหาค่าสหสัมพันธ์ ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ 2539: 119) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหมวดการปวดด้วยตนเอง การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกาย การประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.20 ดังตาราง 1

ตาราง 2 ค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของการทดลองใช้กับผู้ป่วยปวด ปวด คอ และศีรษะ จำนวน 30 คน ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวนข้อ	0.20 – 0.50 (พอใช้)	0.51 – 0.80 (ดี)	> 0.80 (ดีมาก)
การปวด	4	0	0	4
การประคบความร้อนขึ้น	1	0	1	0
การบริหารร่างกาย	4	1	2	1
การประกอบกิจวัตรประจำวัน	8	3	5	0
รวม	17	4	8	5

2.2.2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งฉบับ ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมงาน

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึง สาธารณสุข อำเภอน้อย เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.1 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการ การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 วางแผนในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม

1.3.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.2 การเตรียมสถานที่ในการอภิปรายกลุ่ม

1.3.3 การเตรียมผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแลตนเองได้ดี ในการเป็นตัวแบบเข้าร่วมในการอภิปรายกลุ่ม

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย อาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยกลุ่มควบคุม ก่อนและตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จที่ละกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.) กลุ่มควบคุม

เป็นผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะที่ได้รับการรักษา จำนวน 30 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจทางหัตถเวช พร้อมทั้งได้รับการรักษาด้วยการนวดและให้สุขศึกษา ตามปกติโดยผู้วิจัย คือ การสอนท่ากายบริหารเฉพาะส่วน การประคบความร้อนชื้น และหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น จำนวน 3 ครั้ง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัว พูดคุย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.)กลุ่มทดลอง

เป็นผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่ได้รับการรักษา จำนวน 30 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยประมาณ 8-10 คน ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้กับกลุ่ม จัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อย จำนวน 3 ครั้ง ดังต่อไปนี้

อภิปรายกลุ่มครั้งที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ(เริ่มต้นของการวิจัย) ผู้วิจัยให้กรอกข้อมูลส่วนบุคคล จดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากทะเบียนประวัติ หลังให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม จึงจัดกิจกรรม ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่ม: การประเมินอันตราย ให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองใน 3 ประเด็น คือ
 - 1.1 ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษา
 - 1.2 สาเหตุความเจ็บป่วย
 - 1.3 ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย
2. ผู้วิจัยเชื่อมโยงความคิดเห็นและชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน
3. สาริตและฝึกปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง
 - 3.1 การนัดด้วยตนเอง
 - 3.2 การประคบความร้อนชื้น
 - 3.3 การบริหารร่างกาย
4. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวและแจกสมุดบันทึกพฤติกรรม

อภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (วันที่ 4 ของการวิจัย) ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่ม: การประเมินการเผชิญปัญหา ให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนการเผชิญปัญหาการดูแลตนเอง: การนัด การประคบความร้อนชื้น การบริหารร่างกาย
2. คัดเลือกตัวแบบที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติและร่วมหาแนวทางในการเผชิญปัญหา
3. ตัวแบบนำการปฏิบัติและให้กำลังใจสมาชิก

อภิปรายกลุ่มครั้งที่ 3 การประเมินความก้าวหน้า (วันที่ 8 ของการวิจัย) ได้แก่

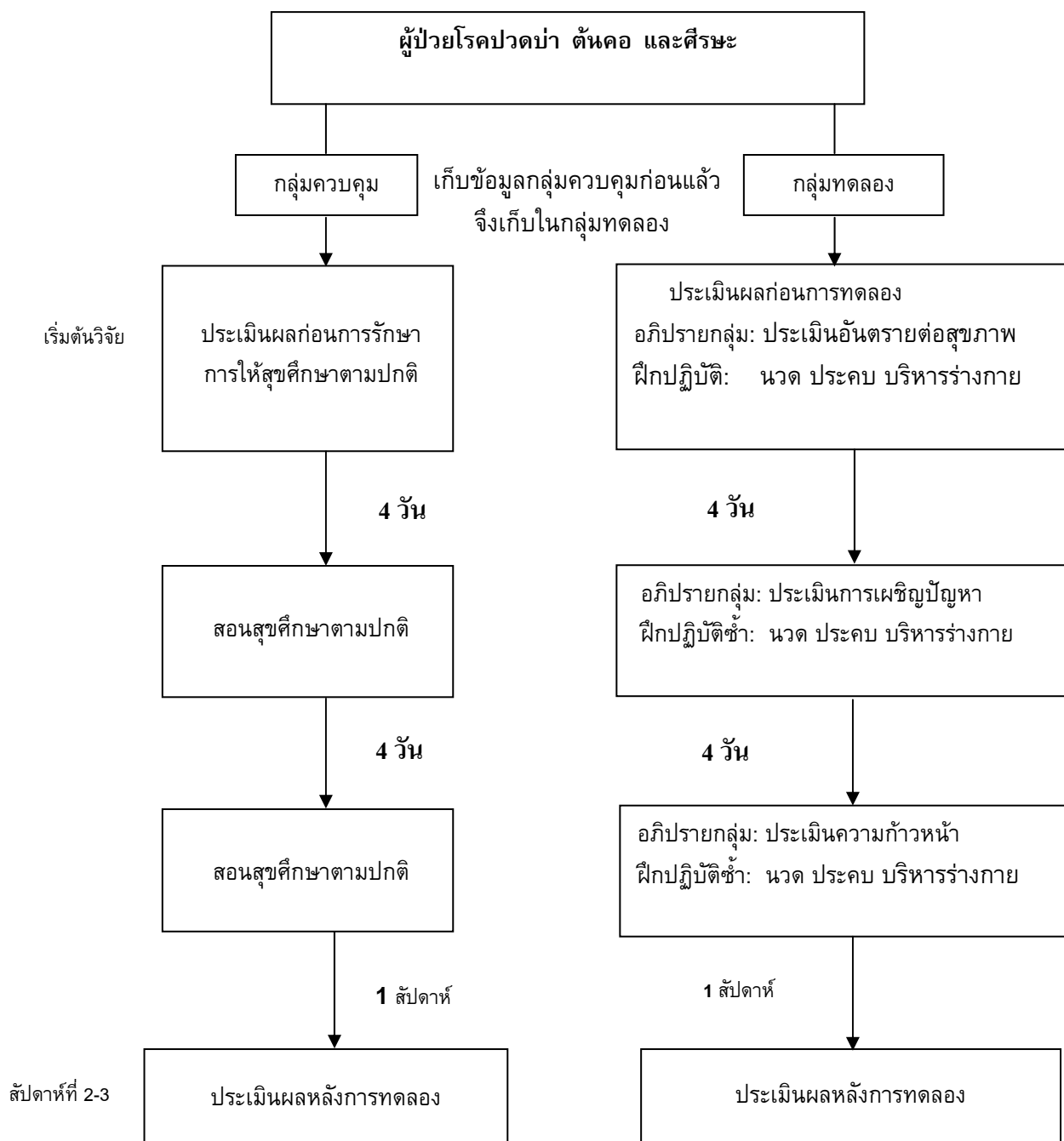
1. อภิปรายกลุ่ม: ประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติ ให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนผล การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และประเมินแบบบันทึกใน 3 ประเด็น คือ

- 1.1 ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ
- 1.2 ผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติ
- 1.3 ระดับอาการปวด
2. ฝึกปฏิบัติซ้ำ นวดแบบราชสำนัก ประคบความร้อนชื้น และบริหารร่างกาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึง สาธารณสุข อำเภไทรน้อย เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย
2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน และกิจกรรมต่างๆ ในการวิจัย
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการทำ แบบสอบถามก่อนการทดลอง และภายหลังการได้รับการสอนสุขศึกษา จำนวน 2 ครั้ง ตามแผนการ ศึกษาวิจัย
5. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล



ภาพประกอบ 8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 5 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปตามลำดับดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้นำมาลงรหัส
2. วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test dependent) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 และ 4

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

- 1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 36)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum$	แทน	ค่าผลรวมของคะแนน
	n	แทน	จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สูตร
(ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 65)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ

2.1 ดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539:119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{y}_p - \bar{y}_q}{S_y \sqrt{p_q}}$$

r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ
 $\bar{y}_p$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
 $\bar{y}_q$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
 S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
 p แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก
 q แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด (1-p)

2.3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 125 -126)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
n	แทน	จำนวนข้อ
$\sum S_i^2$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
S_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐานการวิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเอง

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test dependent) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537: 201) เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n(n-1)}}}$$

โดยที่ $df = n-1$

เมื่อ t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ในการแจกแจงค่าที่
D	แทน	ความแตกต่างของคะแนนแต่ละคู่
D^2	แทน	ความแตกต่างของคะแนนแต่ละคู่ยกกำลัง 2
n	แทน	จำนวนคน
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ(Degree of freedom)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537: 165) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และ 4

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 + 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 + 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ในการแจกแจงค่าที่
 n_1 แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
 n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 2
 $\bar{X}_1$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1
 $\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2
 S_1^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มที่ 1
 S_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มที่ 2
df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ โดยมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยการอภิปรายกลุ่ม สาธิต และฝึกปฏิบัติ ดำเนินการทดลองกลุ่มละ 2 สัปดาห์

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
- d แทน คะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง
- s แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- df แทน ชั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)
- p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
- * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมตามขั้นตอนการวิจัยที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วย สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับอาการปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตาราง 3 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
เพศ		
ชาย	11 (36.67)	7 (23.33)
หญิง	13 (63.33)	23 (76.67)
อายุ(ปี)		
< 30	1(10.00)	2(6.67)
30 – 40	12(40.00)	10(33.33)
41 – 50	3(10.00)	12(40.00)
> 50	12(40.00)	6(20.00)
$\bar{X} \pm s$	42.33 $\pm$ 8.09 ปี	42.50 $\pm$ 11.88 ปี
สถานภาพสมรส		
โสด	4 (13.33)	6 (20.00)
คู่	26 (86.67)	22 (73.33)
ม้าย/หย่า	0	2 (6.67)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9 (30.0)	8 (26.67)
มัธยมศึกษา	13 (43.33)	12 (40.00)
อนุปริญญา	1 (3.33)	8 (26.67)
ปริญญาตรี	5 (16.67)	1 (3.33)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (6.67)	1 (3.33)

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
รายได้ / เดือน (บาท)		
ไม่มี	1 (3.33)	4 (13.33)
3,000 - 5000	0	3 (10.00)
5,001 - 10,000	7 (23.33)	13 (43.33)
10,001 - 15,000	15 (50.00)	6 (20.00)
15,001 - 20,000	3 (10.00)	2 (6.67)
> 20,000	4 (13.33)	2 (6.67)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบด้วยเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 76.67 ตามลำดับ

อายุ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 42.33 ปี และ 42.50 ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณาช่วงอายุพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 30-40 ปี และมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 41-50 ปีคิดเป็นร้อยละ 40

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 73.33 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 และ 40.00 ตามลำดับ รองลงมากลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.00 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและอนุปริญญาร้อยละ 26.67 เท่ากัน

รายได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีรายได้ระหว่าง 5,001-15,000 บาท กลุ่มทดลองมีรายได้ 10,001-15,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00กลุ่มควบคุมมีรายได้ 5,001-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3

ตาราง 4 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิริยาบถในแต่ละวัน ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน

อิริยาบถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	$\bar{X} \pm s$	n	$\bar{X} \pm s$
นั่ง	30	5.07 ± 2.35	30	6.17 ± 2.35
เดิน	29	2.80 ± 1.96	29	3.00 ± 2.42
ใช้คอมพิวเตอร์/ดูโทรทัศน์	26	3.17 ± 2.75	28	1.13 ± 1.35
ยืน	26	2.17 ± 17.9	27	4.07 ± 2.66
ก้มคอ/เงยคอ	22	1.93 ± 1.76	27.5	6.43 ± 2.67
ขับรถ	17	1.77 ± 1.89	16	0.90 ± 2.53
แบก/ยกสัมภาระ	7	0.33 ± 0.71	5	0.33 ± 0.80
อื่นๆ	3	0.50 ± 1.72	30	0

จากตาราง 4 อิริยาบถในแต่ละวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบคล้ายคลึงกัน คือ ทำนั่ง เดิน ใช้คอมพิวเตอร์/ดูโทรทัศน์ ยืน และก้มคอ/เงยคอ ตามลำดับ จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในแต่ละอิริยาบถ พบว่าอิริยาบถที่มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยแตกต่างกัน คือ กลุ่มควบคุมมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำก้มคอ/เงยคอ และทำยืน เท่ากับ 6.43 และ 4.07 ชั่วโมง ตามลำดับ มากกว่ากลุ่มทดลองซึ่งมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยเพียง 1.93 และ 2.17 ชั่วโมง แต่กลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการใช้คอมพิวเตอร์/ดูโทรทัศน์ เท่ากับ 3.17 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยเพียง 1.13 ชั่วโมง

ตาราง 5 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามประวัติโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (43.33)	22 (73.33)
มีโรคประจำตัว(ตอบได้ > 1 ข้อ)	17(56.97)	8(26.67)
โรคความดันโลหิตสูง ¹	8 (26.67)	4 (13.33)
โรคเบาหวาน	4 (13.33)	2 (6.67)
อื่นๆ ²	7 (23.33)	2 (6.67)

หมายเหตุ 1 หมายถึง โรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2 หมายถึง โรคภูมิแพ้ ไทรอยด์เป็นพิษ ธาลัสซีเมีย

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 56.97 และ 26.67 ตามลำดับ ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 13.33 ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะเวลาของอาการสำคัญที่มาพบแพทย์

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
< 1 สัปดาห์	4 (13.33)	4 (13.33)
1 - 2 สัปดาห์	25 (83.34)	19 (63.34)
> 2 สัปดาห์	1 (1.33)	7(23.33)

จากตาราง 6 ระยะเวลาของอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ ส่วนใหญ่ คือ 1-2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 83.34 และ ในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 63.34

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง จัดอภิปรายกลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา ครั้งที่ 3 การประเมินความก้าวหน้า ดังตาราง

ตาราง 7 การอภิปรายการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของกลุ่มทดลอง

ประเด็นอภิปราย	ผลการอภิปราย
1. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	กลุ่มทดลองได้ร่วมอภิปรายประวัติอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ และการรักษาของตนเอง ดังนี้ - กลุ่มทดลองส่วนมากมีอาการปวดก่อนเข้าร่วมโครงการประมาณ 1-2 สัปดาห์ - กลุ่มทดลองบางคน เคยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลไทรน้อย และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า - กลุ่มทดลองบางคนเคยไปรับการนวดจากหมอนวดชาวบ้านและสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อื่นๆ
2. สาเหตุของการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ	กลุ่มทดลองได้ร่วมอภิปรายประเด็นสาเหตุความเจ็บป่วยของอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอิริยาบถในการทำงาน การก้ม/เงยได้แก่ ทำดอกไม้ประดับ โบว์ผูกผม ของชำร่วย ทำงานอยู่หน้าคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา ถอนต้นข้าวตีดหรือข้าวลิบ เก็บผัก พริก กระเพรา ตลอดจนนอนหมอนสูงดูโทรทัศน์ สาเหตุรองลงมาของกลุ่มทดลอง คือ สาเหตุจากความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากงานประจำมีมาก ทำงานตากแดดนานเกินไปทำให้ปวดศีรษะ
3. ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลองได้ร่วมอภิปรายประเด็นความรุนแรงของอาการปวดบ่า ต้นคอ ศีรษะ และโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ - กลุ่มทดลองบอกความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนว่าถ้าอาการปวดปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษาจะปวดมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะข้อเสื่อม ไหล่ติด ข้อติดหรือข้อยึด - กลุ่มทดลองบอกความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงว่าเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตปกติ เช่น ตีตะขอเสื้อชั้นในลำบาก ยกแขนหรือเหยียดแขนตรงลำบาก

จากตาราง 7 กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับของตนเองเกี่ยวกับสาเหตุอาการปวด และการรักษา ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ปัญหาร่วมกัน และเกิดการยอมรับความรู้สึกร่วมกัน ตลอดจนกลุ่มทดลองได้ประเมินอันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินดังกล่าวมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ผลการอภิปรายกลุ่มกระตุ้นและปลุกเร้าให้กลุ่มทดลองเห็นปัญหาได้ชัดเจน และรับรู้ว่าการดำเนินชีวิตของตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยง และผู้วิจัยได้เชื่อมโยงความคิดเห็นและชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะปวดบ่า ต้น คอ และศีรษะ เกิดอาการแข็งแกร่งที่กล้ามเนื้อบ่า ต้น คอ และศีรษะ ซึ่งจะมีอันตรายทำให้เกิดอัมพาตได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักถึงอันตรายที่มีต่อสุขภาพ ส่งผลให้การประเมินการเผชิญปัญหาต่อสุขภาพมีลักษณะเด่นชัดเจน

ตาราง 8 การอภิปรายการประเมินการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลอง

ประเด็นอภิปราย	ผลการอภิปราย
1. การดูแลตนเอง เผชิญปัญหา	กลุ่มทดลองได้ร่วมอภิปรายประเด็นวิธีการดูแลตนเองและแนวทางในการเผชิญปัญหา 4 วันที่ผ่านมา ดังนี้ - กลุ่มทดลองบางคนหาผ้าขนหนูผืนเล็กไม่ได้ ลองเอาผ้าเช็ดตัวมาตัดให้พอเหมาะ จุ่มน้ำแล้วบิดแห้งมาประคบบริเวณปวด ก็สามารถใช้แทนได้ดี - กลุ่มทดลองบางคนติดงานสังคม เช่น ประชุม งานแต่งงาน งานศพ จะบริหารร่างกายเฉพาะก่อนหรือหลังจากงาน ซึ่งสมาชิกกลุ่มได้บริหารร่างกายเพิ่มเป็น 2 เท่า ในแต่ละครั้ง - กลุ่มทดลองบางคนไม่สามารถนวด ประคบความร้อนขึ้น และบริหารร่างกายพร้อมกันได้ คือ การบริหารร่างกาย ยืดเส้น ทำเวลาเข้าก่อนไปทำงานเหมือนกับการออกกำลังกายทั่วไป ส่วนการนวดและประคบทำเวลาเย็น เนื่องจากต้องเตรียมอุปกรณ์ การเผชิญปัญหาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนะให้สามารถเพิ่มปริมาณในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมเป็น 2 เท่า/ครั้ง
2. ตัวแบบและสมาชิก ร่วมหาแนวทางใน การเผชิญปัญหา	- กลุ่มทดลองบางคนยังไม่มั่นใจว่าการนวดตรงตำแหน่งหรือไม่ ให้สมาชิกที่ทำได้คล่องหรือมั่นใจได้สาธิตซ้ำให้ดู และให้สมาชิกที่ยังไม่มั่นใจเป็นหุ่น เพื่อให้เห็นตำแหน่งในการนวดได้ชัดเจนขึ้น สมาชิกสามารถร่วมหาแนวทางในการแก้ไขความผิดพลาดได้

จากตาราง 8 กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนการเผชิญปัญหา การดูแลตนเองใน 4 วันที่ผ่านมา แต่ละคนได้รับข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและเทียบเคียงกับการปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับของการตื่นตัวมากขึ้น เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ตรงว่าสามารถปฏิบัติได้ในระดับใด และพบว่าการใช้ตัวแบบที่เป็นสมาชิกกลุ่มซึ่งมีลักษณะคล้ายกับตนเองและได้รับผลการปฏิบัติที่พึงพอใจช่วยสาธิตซ้ำตามลำดับขั้นตอนและใช้คำพูดชักจูงใจ ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัดทำให้สมาชิกเกิดความพึงพอใจ และการสาธิตซ้ำโดยตัวแบบส่งผลต่อความรู้สึกของกลุ่มทดลองที่ไม่มั่นใจให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถที่จะทำได้เช่นกันถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ท้อถอย

ตาราง 9 การอภิปรายการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มทดลอง

ประเด็นอภิปราย	ผลการอภิปราย
1. ความก้าวหน้าในการปฏิบัติ	กลุ่มทดลองได้ร่วมอภิปรายประเด็นความก้าวหน้าในการปฏิบัติ จากแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ 1.ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ - กลุ่มทดลองบางคนสามารถปฏิบัติ เข้า-เย็นทุกวัน - กลุ่มทดลองบางคน ปฏิบัติได้เพียงวันละ 1 ครั้ง ใช้วิธีเพิ่มปริมาณการปฏิบัติเป็น 2 เท่า 2.ผลสัมผัสของการปฏิบัติ - การนวด ป่า ต้นคอ และศีรษะ กลุ่มทดลองบางคน มีความร้อนวิ่งวูบออกมาจากปลายแขนส้นมือ - บริหารกายท่าฤๅษี กลุ่มทดลองบางคนมีเสียงลั่นของกระดูกและข้อต่อ แล้วทำให้เกิดความสบายตัว - การนวดหรือบริหารกายท่าฤๅษี กลุ่มทดลองบางคนมีอาการเรอหรือผายลม 3.ผลการปฏิบัติ - กลุ่มทดลองมีอาการปวดลดลง - กลุ่มทดลองสามารถผ่อนคลายความเครียดจากการปวด ป่า ต้นคอ และศีรษะ - กลุ่มทดลองไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด ไม่ต้องเสียเงิน เสียเวลา ไปหาหมอนวด - กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้
2. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงการ	กลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงการ ดังนี้ - การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา และการประเมินความก้าวหน้า เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงของตนเอง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ - การนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกายด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้จริง และลดอาการปวดระดับปานกลางได้ แต่อาการปวดระดับลึกควรรักษาโดยแพทย์

จากตาราง 9 กลุ่มทดลองประเมินความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ประเมินระดับอาการปวด ผลลัพธ์การปฏิบัติ ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ความก้าวหน้าของตนเอง และมองเห็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสมาชิกและตัวแบบซึ่งมีระดับอาการปวดลดลงหรือหายปวด ส่งผลต่อการให้คุณค่าของการปฏิบัติและเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง ให้ใช้การทดสอบค่าที (t-test dependent and independent)

ตาราง 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง 30 คน

การดูแลตนเอง/อาการปวด	x	s	t	df	p
ปวด					
ก่อนการทดลอง	0.06	0.16			
หลังการทดลอง	1.89	0.21	6.95*	29	< 0.001
ประคบความร้อนชื้น					
ก่อนการทดลอง	0.09	0.21			
หลังการทดลอง	1.90	0.31	34.11*	29	< 0.001
บริหารร่างกาย					
ก่อนการทดลอง	0.18	0.38			
หลังการทดลอง	1.97	0.18	24.22*	29	< 0.001
กิจวัตรประจำวัน					
ก่อนการทดลอง	1.08	0.34			
หลังการทดลอง	1.96	0.10	13.42*	29	< 0.001
อาการปวด					
ก่อนการทดลอง	4.78	1.09			
หลังการทดลอง	2.25	1.95	14.40*	29	< 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 10 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และระดับการปวดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังนี้

พฤติกรรมการณ์นวด ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.06 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 1.89 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลอง พฤติกรรมการณ์ปวดดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1.1

พฤติกรรมการณ์ประคบความร้อนขึ้น ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.09 หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็น 1.90 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมการณ์ประคบความร้อนดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1.2

พฤติกรรมการณ์บริหารร่างกาย ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.18 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 1.97 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมการณ์บริหารร่างกายดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.3

พฤติกรรมการณ์ประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.08 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 1.96 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมการณ์ประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1.4

อาการปวด ก่อนการทดลองมีระดับอาการปวดเฉลี่ยเท่ากับ 4.78 หลังการทดลองลดลงเป็น 2.25 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองอาการน้อยกว่าก่อนการทดลองการอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม 30 คน

การดูแลตนเอง/อาการปวด	x	s	t	df	p
ปวด					
ก่อนการทดลอง	0.22	0.49			
หลังการทดลอง	0.42	0.54	2.89*	29	0.007
ประคบความร้อนขึ้น					
ก่อนการทดลอง	0.23	0.57			
หลังการทดลอง	0.70	0.79	3.50*	29	0.002
บริหารร่างกาย					
ก่อนการทดลอง	0.20	0.44			
หลังการทดลอง	0.38	0.49	2.84*	29	0.008
กิจวัตรประจำวัน					
ก่อนการทดลอง	1.07	0.31			
หลังการทดลอง	2.13	0.31	13.42*	29	<0.001
อาการปวด					
ก่อนการทดลอง	7.2	1.42			
หลังการทดลอง	1.67	2.35	14.024*	29	< 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และระดับการปวดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

พฤติกรรมกรนวด ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.22 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 0.42 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมกรนวดดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการประคบความร้อนขึ้น ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.23 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 0.70 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมกรนวดการประคบร้อนขึ้นดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการบริหารร่างกาย ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.20 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 0.38 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมการบริหารร่างกายดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมกรรมการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 2.13 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมกรรมการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้นคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมอาการปวด ก่อนการทดลองมีระดับอาการปวดเฉลี่ยเท่ากับ 7.2 หลังการทดลองลดลงเป็น 1.62 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลองอาการปวดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน

การดูแลตนเอง/อาการปวด	$\bar{x}$	s	t	df	p
ปวด					
กลุ่มทดลอง	0.06	0.16			
กลุ่มควบคุม	0.22	0.49	1.69	58	0.098
ประคบความร้อนชื้น					
กลุ่มทดลอง	0.09	0.21			
กลุ่มควบคุม	0.23	0.57	2.25*	58	0.032
บริหารร่างกาย					
กลุ่มทดลอง	0.18	0.38			
กลุ่มควบคุม	0.20	0.44	0.24	58	0.815
กิจวัตรประจำวัน					
กลุ่มทดลอง	1.08	0.34			
กลุ่มควบคุม	1.02	0.36	0.69	58	0.495
อาการปวด					
กลุ่มทดลอง	4.78	1.09			
กลุ่มควบคุม	7.20	1.42	7.043*	58	0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการประคบความร้อนชื้นและระดับอาการปวด โดยพบว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการประคบความร้อนชื้นดีกว่ากลุ่มทดลอง และมีระดับอาการปวดมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการนวด การบริหารร่างกาย การประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมทั้ง 3 ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการประคบความร้อนขึ้นและระดับอาการปวด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยใช้การเปรียบเทียบด้วยคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง (d)

ตาราง 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน

การดูแลตนเอง/อาการปวด	$\bar{x}/s$	s	t	df	p
นวด					
กลุ่มทดลอง	1.89	0.21	16.10*	58	< 0.001
กลุ่มควบคุม	0.42	0.54			
ประคบความร้อนขึ้น					
กลุ่มทดลอง	1.90 ¹	0.31	9.92*	58	< 0.001
กลุ่มควบคุม	0.47 ¹	0.73			
บริหารร่างกาย					
กลุ่มทดลอง	1.97	0.18	16.45*	58	< 0.001
กลุ่มควบคุม	0.38	0.49			
กิจวัตรประจำวัน					
กลุ่มทดลอง	1.96	0.10	15.26*	58	< 0.001
กลุ่มควบคุม	1.06	0.31			
อาการปวด					
กลุ่มทดลอง	2.53 ¹	0.96	7.01*	58	< 0.001
กลุ่มควบคุม	5.58 ¹	2.18			

หมายเหตุ ¹ หมายถึง $\bar{s}$ ข้อที่เหลือหมายถึง $\bar{X}$

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 13 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่อาการปวดลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

พฤติกรรมการปวด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนวดเท่ากับ 1.89 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 ผลการทดสอบพบว่าของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการนวดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3.1

พฤติกรรมการประคบความร้อนขึ้น หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการประคบความร้อนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.90 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.47 ผลการทดสอบพบว่าพฤติกรรมการประคบความร้อนขึ้น ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อที่ 3.2

พฤติกรรมการบริหารร่างกาย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริหารร่างกายเท่ากับ 1.97 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.38 ผลการทดสอบพบว่าพฤติกรรมการบริหารร่างกายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3.3

พฤติกรรมการประกอบกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการประกอบกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 1.96 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.06 ผลการทดสอบพบว่าพฤติกรรมการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3.4

แต่อาการปวดหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดเฉลี่ยระดับที่ลดลงเท่ากับ 2.53 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับอาการปวดเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 5.58 ผลการทดสอบพบว่าระดับอาการปวดของกลุ่มทดลองลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4

นอกจากนี้ผลการประเมินระดับอาการปวด ด้วยมาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มสามารถประเมินระดับอาการปวดตามความรู้สึกของตนเองได้ดังตาราง 14

ตาราง 14 การประเมินระดับอาการปวดของกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 จำแนกก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	ระดับอาการปวด				$\bar{X} \pm s$
		0	<4	4-6	>6-10	
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	0	10(33.33)	17(56.67)	3(10.00)	4.78 $\pm$ 1.09
	กลุ่มควบคุม	0	1(3.33)	8(26.67)	21(70.00)	7.20 $\pm$ 1.67
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	10(33.33)	18(60.00)	0	2(6.67)	2.25 $\pm$ 1.95
	กลุ่มควบคุม	20(66.66)	1(3.33)	9(30.00)	0	1.67 $\pm$ 2.35

จากตาราง 14 ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับอาการปวดรุนแรงกว่ากลุ่มทดลอง โดยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการปวดเฉลี่ย 4.78 และ 7.20 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแบ่งระดับอาการปวดพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดปานกลาง (ระดับ 4-6) คิดเป็นร้อยละ 56.77 ระดับปวดไม่รุนแรง (ระดับ <4) คิดเป็นร้อยละ 33.33 และระดับปวดรุนแรงเพียง 10.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับอาการปวดรุนแรง (ระดับ >6) คิดเป็นร้อยละ 70.00

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการปวดลดลง โดยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับอาการปวดเฉลี่ย 2.25 และ 1.67 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแบ่งระดับอาการปวดพบว่า กลุ่มทดลองหายปวดคิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีอาการปวดไม่รุนแรง (ระดับ <4) คิดเป็นร้อยละ 60.00 ที่เหลืออีก 2 รายพบว่า มีระดับอาการปวดรุนแรง (ระดับ >6) คงเดิม กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่หายปวดคิดเป็นร้อยละ 66.66 และมีระดับอาการปวดปานกลาง (ระดับ 4-6) คิดเป็นร้อยละ 30.00

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดบวม ตันคอ และคีรีษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

สมมุติฐานในการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดบวม ตันคอ และคีรีษะ มีการเปลี่ยนแปลง ดังต่อไปนี้

1. หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไปนี้ดีกว่าก่อนการทดลอง
 - 1.1 การหวัด
 - 1.2 การประคบความร้อนขึ้น
 - 1.3 การบริหารร่างกาย
 - 1.4 การประกอบกิจวัตรประจำวัน
2. หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่ากลุ่มควบคุม
 - 3.1 การหวัด
 - 3.2 การประคบความร้อนขึ้น
 - 3.3 การบริหารร่างกาย
 - 3.4 การประกอบกิจวัตรประจำวัน
4. หลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยการอภิปรายกลุ่ม 3 ครั้ง คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหาและการประเมินความก้าวหน้า

2.เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะระดับการศึกษาอาชีพรายได้ กิจกรรมที่ทำ โรคประจำตัว อาการสำคัญ ระยะเวลาของโรค ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 มาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) ประเมินระดับของความปวดไหล่ คอ หรือศีรษะจำแนกเป็น 1-10 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปวดเลย ถึงปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 17 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่(Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test dependent)

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent)

สรุปผลการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกาย และการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ สอดคล้องอย่างสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1.1-1.4และ มีอาการปวดลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกายและการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องอย่างสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3.1-3.4 แต่อาการปวด ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี กลุ่มทดลอง 30 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีพฤติกรรมการนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกาย การประกอบกิจวัตรประจำวัน ดีวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1.1-1.4 และดีวกกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.1-3.4 การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการรับรู้ 3 รูปแบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (การอภิปรายครั้งที่ 1) และการประเมินการเผชิญปัญหา (การอภิปรายครั้งที่ 2) ตลอดจนการประเมินความก้าวหน้า (การอภิปรายครั้งที่ 3) สามารถจูงใจให้กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโรเจอร์สได้ ผู้วิจัยนำเสนอผลของการอภิปรายดังนี้

การอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ถึงอันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพมีผลต่อความตั้งใจของกลุ่มทดลองในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ (Macay, Bruce C. 1992: 27; citing Roger; & Newborn. 1976. Journal of Personality and Social Psychology. p. 54-61) ประกอบกับการสาธิตการนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกาย และการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้จัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการแนวทางการปฏิบัติ โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการสาธิตให้กลุ่มทดลองมองเห็นกระบวนการปฏิบัติที่ละขั้นตอน เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติอย่างชัดเจน ไม่สับสน หลังการสาธิตกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความสนใจและจูงใจให้อยากทดลองและปฏิบัติ ซึ่งแนวทางการสาธิตเป็นวิธีการสอนที่ส่งผลให้การปฏิบัติน่าสนใจ ผู้เรียนได้เห็นสภาพที่แท้จริง เกิดความประทับใจ เรียนรู้ได้รวดเร็ว และสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง (สุรีย์ จันทรมล . 2535: 175, จินตนา ยูนิพันธ์ . 2539: 36) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาการดูแลตนเองในช่วงเวลา 4 วันต่อมา และสามารถนำประสบการณ์ใน 4 วัน มาร่วมอภิปรายในครั้งที่ 2

การอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา การประเมินการเผชิญปัญหาของการดูแลตนเองกลุ่มทดลองที่รับรู้ความสามารถตนเองสูง มีผลเพิ่มความตั้งใจการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองที่รับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะมีความตั้งใจในการดูแลตนเองลดลง และการเห็นตัวแบบประสบความสำเร็จในการปฏิบัติเป็นประสบการณ์โดยตรง สามารถสะท้อนให้กลุ่มทดลองมองเห็นแนวทางในการแก้ไขความผิดพลาดได้ และเป็นปัจจัยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองซึ่งมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา สอดคล้องกับวิธีพัฒนาการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 59-60; อ้างอิงจาก Evans. 1989) ที่ได้เสนอแนะไว้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดจูงใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีทักษะเพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของ

ตนเองที่มีต่อการนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกาย และการประกอบกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลา 4 วันต่อมา และสามารถนำความก้าวหน้าของพฤติกรรมการดูแลตนเองและการบรรเทาระดับอาการปวดใน 4 วันมารวมอภิปรายในครั้งที่ 3

การอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 3 การประเมินความก้าวหน้า การบันทึกพฤติกรรมการนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกาย และการประกอบกิจวัตรประจำวันทำให้กลุ่มทดลองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการปฏิบัติ กับระดับอาการปวดที่เปลี่ยนแปลง การนำแบบบันทึกพฤติกรรมมาเป็นส่วนหนึ่งของการอภิปรายความก้าวหน้าและปฏิกิริยาตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกเป็นตัวเสริมแรงพฤติกรรมทางบวก สะท้อนให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 62-86) และพบว่า การประเมินความก้าวหน้าและการบันทึกพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถพัฒนาการรับรู้ความสำเร็จของการปฏิบัติอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติสูงมีผลเพิ่มความตั้งใจต่อการดูแลตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 54; อ้างอิงจาก Bandura. 1986)

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเฉลี่ยระดับ 7.20 หลังรับการรักษาตามปกติอาการปวดลดลงและหายเป็นปกติ แต่กลุ่มทดลองมีอาการปวดเฉลี่ยระดับ 4.78 หลังการทดลองระดับการปวดลดลงและหายเป็นปกติ ดังนั้นระดับอาการปวดที่เปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองจึงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามการนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกายด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง สามารถลดระดับความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีข้อสังเกตว่าระดับการปวดที่ไม่รุนแรง 27 คน การนวด การประคบความร้อนขึ้น และการบริหารร่างกายด้วยตนเอง สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ แต่ระดับการปวดลึก 3 ราย การนวด การประคบความร้อนขึ้น การบริหารร่างกายด้วยตนเองสามารถบรรเทาอาการปวดได้เพียง 2 ราย ทั้งนี้เนื่องจากการนวด การประคบความร้อนขึ้น และการบริหารร่างกาย เป็นการรักษาเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งการปวดระดับลึก เป็นการปวดที่มีการดำเนินของโรคในระยะเรื้อรังและมีอาการปวดรุนแรง ควรได้รับการรักษาจากแพทย์

ผลการศึกษาสอดคล้องกับสุรินทร์ มากไมตรี (2538: 111-112) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนจำอากาศจำนวน 53 คนโดยจัดกิจกรรม 3 ครั้งซึ่งประกอบด้วยการบรรยายและดูสไลด์ประกอบเสียง การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต เรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนดและการใช้ตัวแบบ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ศุภกิจ สุวรรณไตรย์ (2548) การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวด แบบราช

สำนักต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดปาด ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวทแพทยแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน การศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการช่วยเหลือตนเองอย่างถูกต้องและเมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม และลดอาการเจ็บปวดดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ 0.05 ปฏิญญา ใจสมุทร (2548) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพนักงานฝ่ายผลิตโรงงานยาสูบแห่งประเทศไทย จำนวน 30 คนการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ 0.05 จิตพร คัมภีรานนท์ (2549) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน จำนวน 30 คนการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการส่งเสริมผลการวิจัยนี้โดยนำโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการนวด การประคบความร้อนชื้น การบริหารร่างกาย ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปาด ต้นคอ และศีรษะเพื่อนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง
- 2.ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากกว่าระดับ 6 ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเนื่องจากการปวดระดับนี้เป็นการปวดระดับปวดลึก การประคบความร้อนชื้นจะไปไม่ถึงชั้นความปวดลึกของกล้ามเนื้อ และการนวดด้วยตนเองนำหนักการส่งแรงนวดไปอาจไม่ถึงชั้นความปวดลึกของกล้ามเนื้อที่มีปัญหา
- 3.จัดตั้งเป็นกลุ่ม ให้สมาชิกมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน ยกประเด็นปัญหาสุขภาพตามสภาพจริงและและอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้สมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 4.ควรมีโครงการนี้สำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลทั่วไป ได้บริหารร่างกาย เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอริยาบถต่างๆ ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ในผู้ป่วยที่มีความปวดมากตั้งแต่ระดับ 6 ขึ้นไป โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเสริมการนวด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการปวดได้ดีขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สมมั่ง.(2542).การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ.อำเภอเมือง จังหวัด ลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กันยา ปาละวิวัธน์. (2537). ร้อน เย็น รักษาโรค. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์. (2534). อนุสรณ์งานงานพระราชทานเพลิงศพรองศาสตราจารย์นายแพทย์ กรุงไกร เจนพาณิชย์. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2542). ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์. หน้า 25. นนทบุรี: กองสุขศึกษา, สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา สรายุทธิพิทักษ์. (2539). หลักการดำเนินการสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- เจือจันทร์ วัณกีเจริญ. (2534). เปรียบเทียบผลการนวดไทยกับการกินยาพาราเซตามอลต่อระดับ การปวดศีรษะและระยะเวลาการปวดศีรษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ จากการเครียด. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- ชรินทร์ ลีวานันท์. (2548). ผู้เข้าอบรมนวดไทย 800 ชั่วโมง รุ่น 4 รายงานการนวดราชสำนัก. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. ถ่ายเอกสาร.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2539). หลักการดำเนินการสุขศึกษาในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จิตติพร คัมภีรานนท์. (2549). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- ดารณี ทองสัมฤทธิ์ (2542). ศึกษาผลการจัดโปรแกรมบริหารแบบไทยต่อการควบคุมภาวะโรคข้อ เข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ในอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ทิพวรรณ ไตรติลานนท์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอาการปวดหลังเรื้อรัง โรงพยาบาลรามารับดี ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นครชัย เปื่อนปฐม. (2538). ความเจ็บปวด. สงขลา: โรงพิมพ์ไทรโยค.
- นงรัตน์ เหล่าสุริยง (2540). ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขีรถจักรยานยนต์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน. ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นาคยา เกรียงชัยพุกษ์. (2544). ประสิทธิภาพในโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการคลายเครียดของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ). (2533). HEADACHE. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์; และคนอื่นๆ. (2533). Headache. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- เบญจมาศ ม่วงทอง. (2544). ได้ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการรักษา ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เบญจวรรณ ชีระเกิดตระกูล. (2539). ผลการนำมาร่วมกับการบริหารคอบอย่างมีแบบแผนต่อระดับการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะแหงน. ปรินญาณินพนธ์. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปริญญา ใจสมุทร. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส ต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพนักงานฝ่ายผลิตโรงงานยาสูบแห่งประเทศไทย. ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยนุช ยอดสมสวย. (2550). ได้ศึกษาผลโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบไทเก๊ก ฤๅษีตัดตนต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ตำบลคูต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปาริชาติ นายสีศิริ. (2534). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการลดเหงือกอักเสบในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประโยชน์ บุญสินสุข. (2525). *คู่มือการนวด*. กรุงเทพฯ: ดิฉัน มีเดีย.
- ประโยชน์ บุญสินสุข; และ คณะ. (2530). *รายงานผลการวิจัยการใช้การนวด บำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดหลัง (ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ)*. โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. ----- (2530). *การใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ (ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ)*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิต จงสูวิวัฒน์วงศ์. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2540). *เส้น จุด และโรคในทฤษฎีการนวดไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2552). *ฤๅษีตดตน*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ยุพร ชมณี. (2546). *การดูแลสุขภาพด้วยการนวดไทย: กรณีศึกษาในเขตชุมชนเทศบาลเมืองเลเยออำเภอมือง จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ ศป.ม. (ไทยศึกษาเพื่อการพัฒนา). เลเย: สำนักงานบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏเลย ถ่ายเอกสาร.
- เรณู มีชนะ. (2544). *เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียด*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งทิวา ชาญพิทยานุกุลกิจ; และคณะ. (2528). *รายงานวิจัยเรื่อง การรักษาอาการปวดด้วย วิธีการนวดแบบเดิมของไทย*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รัตติยา จินเดหวา; และคณะ. (2538-2539). การศึกษาเปรียบเทียบผลเฉียบพลันของการนวดไทย และการนวดสากลต่อระดับความรู้ด้านการเมื่อยล้าและความแข็งแรงกล้ามเนื้อ. กรุงเทพฯ: โครงการจัดตั้งคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- โรงเรียนอายุรเวท. (2535). เอกสารประกอบการสอนวิชาหัตถเวชกรรม. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ลีออน ไชเทอ. (2537). ปวดศีรษะและไมเกรน. นนทบุรี: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2536). เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2532). รายงานวิจัย เรื่องผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินิจ เกตุขำ; และ คมเพชร จิตรสุกุล. (2522). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ: พีรพัธนา.
- วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. (2550). รายงานวิจัยเรื่อง โรคลมปัตตาคัดนิ้วมือและข้อมือข้างซ้าย .นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.
- วิชัย อึ้งพินิจพงศ์.(2535). รายงานวิจัย เรื่อง ผลทางสรีรวิทยาของไทยบริเวณหลังในผู้ป่วยปวดหลังในผู้ป่วยปวดหลัง. ขอนแก่น: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชัย อึ้งพินิจพงศ์; และคณะ. (2550). รายงานวิจัย ผลของการนวดไทยในการบำบัดโรคข้อสันหลังส่วนคอเสื่อมอักเสบ เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการอักเสบและนวดไทย.ขอนแก่น: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- . (2538 กุมภาพันธ์ - มีนาคม). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยศึกษา. 18 (3): 9-10
- วิบูลย์ นุชประมูล; และคณะ(2547-49). ชุมชุมหัตถเวชพรรณนา 1. นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.
- วิไล อุดมพิทยาสรรพ์. (2543). ผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด. วิทยานิพนธ์. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร
- ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวด แ บ บ ราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมชาย อรรถศิลป์ ; และอุทิศ ดีสมโชค. (2541).โรคข้อเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์.(2539). *The common chronic pain problems and management*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุรศักดิ์ ศรีสุข; และ คณะ. (2538). *ปวดคอ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

----- . (2542). *ปวดคอ*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สุรินทร์ มากไมตรี. (2538). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของนักเรียนจำอากาศ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ: สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สุรีย์ จันทรโมลี. (2526). *สุขศึกษาในสถานบริการทางแพทย์*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถิติเวชระเบียน . (2527). *วิธีทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

----- . (2535). *ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์.วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร

----- . (2550). *รายงานภายใต้โครงการวิจัยบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน*. นนทบุรี: กรมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข.

----- . (2550). *รายงานสถิติประจำปี*. นนทบุรี: งานแพทย์แผนไทยอำเภอไทรน้อยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.

อรสา กาพรัตน์. (2545). *ผลการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์. พย.ม.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

อุไร นิโรธนันท์. (2539). *ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร

อุดม ปุณยธรรมพ. (2542). *สรีรวิทยาสมองและไขสันหลัง อวัยวะรับรู้ความรู้สึกพิเศษ*. ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรพิน สว่างพัฒนเศรษฐ์. (2540). การฟื้นฟูปัจจัยที่มีผลต่อสภาพกล้ามเนื้อต้นขาควอดไตรเซ็ปส์
ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์. พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่).กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิชาติ ลิมตียะโยธิน. (2549). ผู้เข้าอบรมชาวไทย 800 ชั่วโมง รุ่น 5 รายงานการนวดราชสำนัก.
สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. ถ่ายเอกสาร.
- Banasilk, J.L. (2000).Pain.In L-E. Copstead, & J.L.Banasilk(Eds.). *Pathophysiology
biologicaland behavioral perspectives*2nd ed.(pp.1080-1175). Philadelphia:
Lippincott.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H.Freeman.
- Davis; et al. (1998, May). Sex differences in osteoarthritis of the knee. *American Journal of
Epidemiology*. 127: 1019-1029
- Diamond, S. Solomon, G.D. ;& Freitag. F.G. (1981). Differential Diagnosis of Headache
Pain. *In Handbook of Chronic Pain Management*. Tollison, C.D. E.d. Baltimore:
Williams & Wikins.
- Do, Bios KA. (2002). Development of a self-efficacy instrument for patients with chronic low
back pain and its use as a predictor of physical therapy outcome. *In the
university of Connecticut*.
- Rogers,R.W.A. (1975).Protection Theory of Feary Appeals and Attitude change. *The jornal
of Psychology*. 91: 93 -114
- Ronald; & Nick. (1995). "Protection of Coronary Heart Disease: And Application of
Protection." *Psychology & Heath* 10 (5): P.357-408
- Felson, D.T.;et al. (1987, August). The Prevalence osteoarthritis of the knee in the elderly.
Arthritis and Rheumatism. 30 (8): 914-918
- Felson, D.T.(1988, May). Sex differences in osteoarthritis of the knee, *American Journal
of the Rheumatic diseases*. 127 (5): 1019-1029
- Hamill, R.J. & Rowlengson, J.C. (1994). Handbook of Critical care pain management.
- Hammill, J.M.; Cook, T.M.; & Rosecance J.C. (1995). Effectiveness of a physical therapy
regimen in the treatment of tension- type headache .*Headache, Journal* 36 (3),
149-153

- Hulme, J.; Waterman, H.; & Hillier, V.E. (1999). The effect of foot massage on patients' perception of care following Laparoscopies sterilization as day case patients. *Journal Advanced Nursing*. 30 (2), 460-468
- Kee,C.C.(1998). Living with osteoarthritis: Insiders views. *Applied Nursing Research*,11,19-26.
- Kee,C.C, Harris; S.Booth, L.A.,Rouser, G.;& Mc Coy, S.(1998). Perspective on the Nursing management of osteoarthritis. *Geriatric Nursing*. 19(1):19-26.
- Kee,C.C.(2000). Osteoarthritis: Manageable scourge of aging. *Nursing Clinics of North America*. 35(1): 199-207.
- Lin., C.C.; & Ward, S.E. (1996). Percived Self-efficacy and outcome Expectancies in coping with Chronic Low Back Pain. *Research in Nusing & Health*. 19, 299-310.
- Lombordo, M.C.; & Wilson, L.M.(1997). Pain.In S.A.Price, & L.M. Wilson (Eds.). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease process* (5th ed.). (pp.848-898). St.Louis: Mosby.
- Mackay, Bruce Campbell. (1992). AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): *Effects of Imagined Hcenarios on Intent to use Comdoms*. Michigan: Bell and Howell, Information Company.
- Nixon,M., Teschendorff,J.,Finney,J.;& Karnilowicz,W. (1997). Expanding the nursing repertoire: the ffect of massage of post-operative pain. *Australian Journal of advanced Nursing*, 14 (3): 21-26.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*.4th ed. Sf. Louis: Mosby year Book.
- Redman, B.K. (1980). *The process of patient teaching in nursing*. (4th E.d.). St. Louis: The C.V.
- Shahid,Z.; & Edwards, N.L.,(1998). *Osteoarthritis: Nonpharmacologic Therapy* [on line]. Available:<http://www.medscape.com/Clini...er98/erS98'03zeb/pntcrS98.03zeb.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์เรือเอก ดร.อภิสิทธิ์ ทรงบัณฑิต | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. อาจารย์สมชาย ช้างแก้วมณี | สถาบันแพทยแผนไทย กรมการ
พัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. อาจารย์อุบลรัตน์ มโนศิลป์ | สถาบันแพทยแผนไทย กรมการ
พัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข |

จดหมายราชการ

จดหมายราชการ

จดหมายราชการ

จดหมายราชการ

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง
- เครื่องมือประเมินระดับอาการปวด
- แบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเอง

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน
โรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 มาตรการผลด้วยสายตา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติ

3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม มิใช่รายบุคคลและไม่เป็นผลกระทบต่อการรักษาของท่านแต่อย่างใด จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ()

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (ระบุปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรสปัจจุบัน () โสด () คู่
() หม้าย () หย่าร้าง / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช.
() อนุปริญญา / ป.ว.ส. () ปริญญาตรี
() สูงปริญญาตรี
() กำลังศึกษาระดับ.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน(ระบุจังหวัด).....
6. อาชีพปัจจุบัน
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () กรรมกร(ก่อสร้าง)
() เกษตรกรรม () รับจ้าง (ระบุ).....
() ค้าขาย () ไม่ได้ทำงาน () อื่นๆ(ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 3000 บาท
() 3,000 - 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาท
() 10,001 - 15,000 บาท () 15,001 - 20,000 บาท
() มากกว่า 20,000 บาท

8. กิจกรรมที่ทำติดต่อกันในแต่ละวัน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () นั่ง วันละ.....ชั่วโมง
- () ยืน วันละ.....ชั่วโมง
- () เดิน วันละ.....ชั่วโมง
- () ก้มคอ วันละ.....ชั่วโมง
- () เงยคอ วันละ.....ชั่วโมง
- () เอียงหรือหันคอ วันละ.....ชั่วโมง
- () ขับรถ วันละ.....ชั่วโมง
- () ใช้คอมพิวเตอร์/ดูโทรทัศน์ วันละ.....ชั่วโมง
- () แบก / ยกสัมภาระหนัก วันละ.....ชั่วโมง
- () อื่นๆ(ระบุ)..... วันละ.....ชั่วโมง

9. โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ความดันโลหิตสูง () โรคหัวใจ
- () โรคเบาหวาน () โรคไมเกรน
- () หมอนรองกระดูกคอเสื่อม () อื่นๆ(ระบุ).....

10. ระยะเวลาของอาการโรคก่อนมาพบแพทย์

- () 1 สัปดาห์(ระบุกี่วัน)..... () 2 สัปดาห์
- () 3 สัปดาห์ () 1 เดือน
- () มากกว่า 1 เดือน

ส่วนที่ 2 มาตรการวัดผลด้วยสายตา

บริเวณที่ปวด	ระดับอาการปวด
1.ปวดบ่า ไหล่ สะบัก ปวดร้าวไปแขนรวมทั้งขาออกที่ปลายมือและนิ้ว	
2.ปวดต้นคอ	
3.ปวดศีรษะรวมทั้งปวดร้าวไปหน้าผาก คิ้ว กระบอกตาและท้ายทอย	

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกาปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามที่ท่านปฏิบัติจริง

พฤติกรรม	ภาพประกอบ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1.ขณะขึ้น เดิน นั่งตัวตรงไม่โน้มศีรษะไปข้างหน้า				
2.ปรับระยะนั่งหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือดูโทรทัศน์ให้อยู่ใน ระดับสายตา				
3.นั่งทำงาน แขนอยู่ในแนวระนาบ ไม่ยกไหล่				
4.หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน				

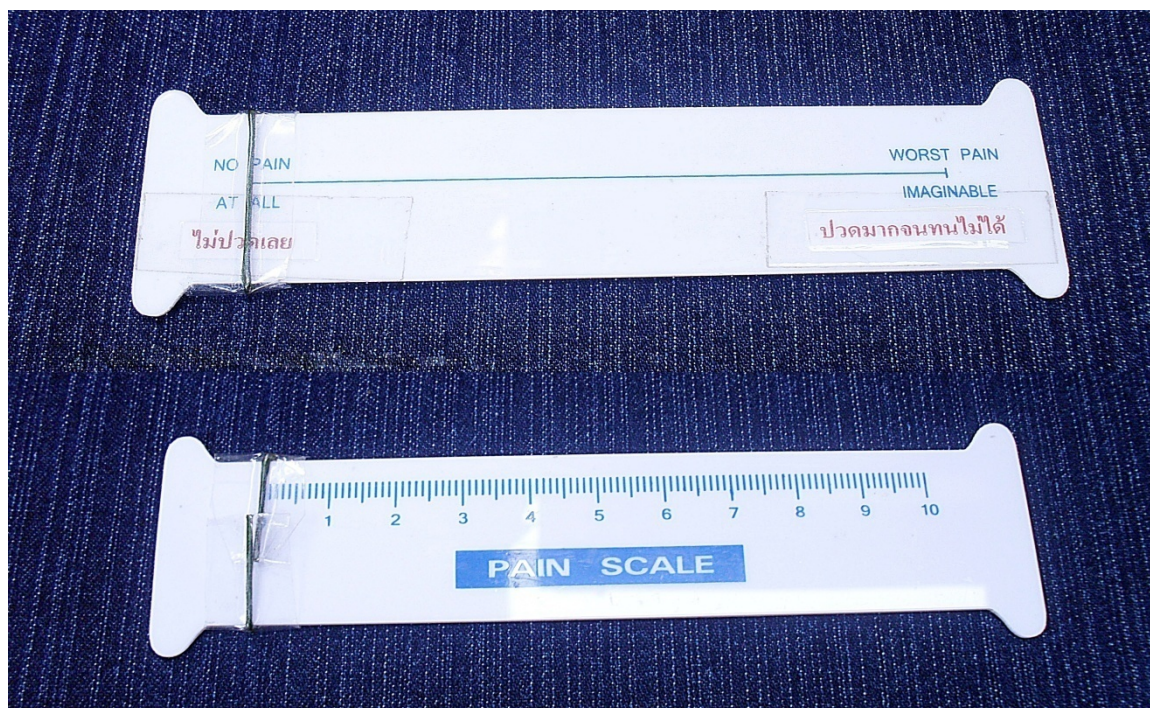
พฤติกรรม	ภาพประกอบ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
5.เวลาของจากที่สูงมีที่เหยียบรองเท้า				
6.หิวสักระยะเปลี่ยนน้ำหนักให้สมดุลมือทั้ง 2 ข้าง				
7. ทำในการนอน ท่านอนตะแคง หมอนสูงพอดีกับความกว้างของไหล่คอ จะไม่เอียง				
ท่านอนหงาย หมอนรองที่คอ				
8. การบริหารท่าฤๅษีคัตตน 8.1 ท่าคัตตนแก้ลมเจ็บศีรษะ และตามัว				
8.2 ท่าคัตตนแก้ไหล่ ขา และเข่า ขา				

พฤติกรรม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
9.ท่าบริหารคอ 4 ท่า แต่ละท่าออกแรงด้าน 5-10 แล้วพักทำครบทั้ง 4 ท่า นับเป็น 1 รอบทำ 3 รอบ    			
10. บริหารบ่า-คอ 3 จังหวะ แต่ละจังหวะนับ 1-10 แล้วพัก ทำครบ 3 จังหวะ นับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ   			

พฤติกรรม	ภาพประกอบ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
11. ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น ประคบตั้งแต่ บ่า ต้นคอ และท้ายทอย ขึ้น- ลง นาน 5 นาที				
12. นวดแนวพื้นฐานบ่าตั้งแต่กระดูก หัวไหล่ ไปถึงต้นคอ แต่ละจุด นับ 1 ถึง 10 ขึ้น- ลง 15 นาที				
13. กดแนวร่องไหปลาร้า 1 จุด นับ 1 ถึง 10 ทำ 2 ครั้ง				
14. นวดแนวพื้นฐานโค้งคอตั้งแต่ต้นคอไปถึงท้ายทอย โดยกดแนวขี้ดกระดูก แต่ละจุด นับ 1 ถึง 10 ขึ้น- ลง 5 นาที				

พฤติกรรม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
15. นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10 ทำครบทั้ง 5 จุดนับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ จุดที่ 1(ขวา) จุดที่ 2(ซ้าย) จุดที่ 3(ขวา) จุดที่ 4(ซ้าย) จุดที่ 5(กึ่งกลาง)			

เครื่องมือประเมินระดับอาการปวด



มาตรวัดด้วยสายตา



ผู้ป่วยประเมินระดับความปวด

แบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเอง ครั้งที่.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามที่ท่านปฏิบัติจริง

พฤติกรรม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3		วันที่ 4	
	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น
1. การบริหารท่าฤๅษีคัตตน 1.1 ท่าคัตตนแก้ลมเจ็บศีรษะ และตามัว 10 ครั้ง เช้า - เย็น 								
1.2 ท่าคัตตนแก้ไหล่ ขา และเข่า ขา 10 ครั้ง เช้า - เย็น 								
2. ท่าบริหารคอ 4 ท่า แต่ละท่าออกแรงด้าน 5-10 แล้วพัก ทำครบทั้ง 4 ท่า นับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ 								
3. บริหารบ่า-คอ 3 จังหวะ แต่ละจังหวะนับ 1-10 แล้วพัก ทำครบ 3 จังหวะ นับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ 								
4. ใช้ผ้าชุบน้ำชุบน้ำร้อน ประคบตั้งแต่ บ่า คื่นคอ และท้ายทอย ขึ้น-ลง นาน 5 นาที 								

แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ต่อ)

พฤติกรรม	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3		วันที่ 4	
	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น
5. นวดแนวพื้นฐานบ่าตั้งแต่กระดูก หัวไหล่ ไปถึงต้นคอ แต่ละจุด นับ 1 ถึง 10 ขึ้น-ลง 15 นาที 								
6. กดแนวร่องไหปลาร้า 1 จุด นับ 1 ถึง 10 2 ครั้ง 								
7. นวดแนวพื้นฐานโคงคตั้งแต่ต้นคอไปถึง ท้ายทอย โดยกดแนวซิดกระดูก แต่ละจุด นับ 1 ถึง 10 ขึ้น-ลง 5 นาที 								
8. นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10 ทำครบ ทั้ง 5 จุดนับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ								
 จุดที่ 1(ขวา)  จุดที่ 2(ซ้าย)  จุดที่ 3(ขวา)  จุดที่ 4(ซ้าย)  จุดที่ 5(กึ่งกลาง)								
หมายเหตุ มือที่ไม่ได้กดจุดให้ประคองศีรษะไว้ตรงกัน ข้ามเพื่อความมั่นคงในการกดจุด								

ชื่อ

ภาคผนวก ค

แผนการอภิปรายกลุ่มย่อย
สื่อประกอบการสอน
โปรแกรมนำเสนอ
ภาพกิจกรรม
บัตรนัด

แผนการอภิปรายกลุ่มย่อย

เรื่อง	ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
สถานที่	สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
วิธีการ	อภิปรายกลุ่มย่อยโดยมีขั้นตอนการดำเนินการอภิปรายกลุ่มตามแนวคิดของมาแรม (Marram, 1978: 154-161) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ผู้วิจัยเป็นผู้นำในการอภิปรายกลุ่มดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม
เวลา	ดำเนินการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 วัน ใช้ระยะเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง
ผู้อภิปรายกลุ่ม	นายวิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

กิจกรรมครั้งที่ 1 ประเมินอันตรายต่อสุขภาพ

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สมาชิกทำความรู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดี
 2. เพื่อให้สมาชิกรู้จักจุดประสงค์ของการเข้ากลุ่มและบทบาทของสมาชิกในการ

อภิปรายกลุ่ม

3. เพื่อให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย
4. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
5. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการนัดแบบราชสำนักและระบอบความร้อน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ตั้งแต่ 8-10 คน

สถานที่ สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

เวลา 2 ชั่วโมง

หัวข้อในการดำเนินการ

1. ทำแบบทดสอบ (Pre-Test) และประเมินความเจ็บปวด
2. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง
3. การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง ของอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
4. การนัดและระบอบความร้อน

วิธีการดำเนินการ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกให้เห็นหน้าชัดเจน ติดป้ายชื่อ
2. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับสมาชิก แนะนำตนเอง และสมาชิกในการอภิปรายกลุ่ม และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง โดยยืนขึ้นทีละคน เพื่อให้สมาชิกทำความรู้จักกัน และ ทำกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพต่อกัน เปิดโอกาสเพื่อให้สมาชิกรู้จักกันมากยิ่งขึ้น ทักทายกัน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม วิธีการและขั้นตอนการอภิปรายกลุ่มระยะเวลา จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมและบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกิจกรรม

1. สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ในประเด็นต่อไปนี้
 - 1.1 ประวัติการเจ็บป่วยอาการปวดบ่า ต้นคอ ศีรษะ และการรักษา
 - 1.2 สาเหตุการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
 - 1.3 ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
2. ผู้วิจัยเชื่อมโยงความคิดเห็น และชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นของความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติตัว
3. ผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบราชสำนักและการประคบความร้อนขึ้นและ
การบริหารร่างกาย
4. ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ และแบบ
บันทึกพฤติกรรมประจำวัน พร้อมกับชี้แจงรายละเอียด วิธีการบันทึกที่ถูกต้อง

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกันและผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้วิจัยนัดหมายครั้งต่อไปอีก 4 วัน โดยกำหนดวันเวลาในบัตรนัด
3. สมาชิกกลุ่ม ตีมน้ำสมุนไพร เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสทำความรู้จักกันมากขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงโครงสร้างสรีระร่างกายของกล้ามเนื้อ เส้นเลือดและตำแหน่งนวด
2. คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
ขณะได้รับการรักษาไปอ่านทบทวนที่บ้าน
3. แบบบันทึกพฤติกรรมประจำวันเพื่อช่วยในการกำกับตนเอง
4. บัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก
2. ความสนใจและความตั้งใจตลอดจนการซักถามระหว่างสมาชิก
3. ทักษะการนวดและประคบความร้อน

กิจกรรมที่ 2 ประเมินการเผชิญปัญหา

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สมาชิก ดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ความสามารถของตนเองในการนวดแบบราชสำนัก การประคบความร้อน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตาม
 3. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการเผชิญปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยปวดปาด้านคอ และศีรษะ ตั้งแต่ 8-10 คน

สถานที่ สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

เวลา 2 ชั่วโมง

หัวข้อในการดำเนินการ

1. การรับรู้ความสามารถในการนวดแบบราชสำนัก การบริหารร่างกาย การประคบความร้อน
2. แนวทางการเผชิญปัญหาอุปสรรคในการนวดแบบราชสำนัก การบริหารร่างกาย และการประคบความร้อน
3. ประสิทธิผลของการนวดแบบราชสำนัก การบริหารร่างกาย และการประคบความร้อนต่ออาการปวดปาด้านคอและศีรษะ

วิธีการดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

จัดกิจกรรมนันทนาการให้กับกลุ่มสมาชิก ประกอบสมาชิก ตั้งแต่ 8-10 คนขึ้นไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกิจกรรม

1. สมาชิกแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองเมื่อ 4 วันที่ผ่านมา เกี่ยวกับ การนวดแบบราชสำนักการประคบความร้อนขึ้น และการบริหารร่างกาย พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ
2. สมาชิกแลกเปลี่ยนผลของการนวดแบบราชสำนักและการประคบความร้อนขึ้นต่ออาการปวดปาด้านคอและศีรษะ
3. คัดเลือกตัวแบบที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติและร่วมหาแนวทางในการเผชิญปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ
4. ต้นแบบนำการปฏิบัติและให้กำลังใจสมาชิกเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลของการปฏิบัติ
5. สมาชิกฝึกปฏิบัติการนวดแบบราชสำนัก การบริหารร่างกาย การประคบความร้อนขึ้น ตามตัวแบบและปฏิบัติซ้ำ

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกกลุ่มรวมกันสรุปประเด็นที่ได้ศึกษา เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติให้ถูกต้องเป็นสัญญาร่วมของการปฏิบัติ
2. ผู้วิจัยนัดหมายครั้งต่อไปอีก 4 วันโดยกำหนดวันเวลาในบัตรนัด และมอบแบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน อธิบายวิธีบันทึกอีกครั้ง
3. สมาชิกร่วมกัน ดื่มน้ำสมุนไพร เป็นโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสทำความรู้จักกันมากขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. ตัวแบบคือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและที่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการดูแลตนเอง
2. แบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน
3. บัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม
2. ความสนใจและความตั้งใจตลอดจนการซักถามสมาชิก
3. ทักษะการนัดและประคบความร้อนและทำการบริหารร่างกาย
4. ระดับของความปวด

กิจกรรมที่ 3 ประเมินความก้าวหน้า

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ผลที่ได้รับจากการ นวดแบบราชสำนัก การประคบความร้อนและการบริหารร่างกาย

2. เพื่อให้สมาชิกลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ตั้งแต่ 6-8 คนขึ้นไป

สถานที่ สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

เวลา 2 ชั่วโมง

หัวข้อในการดำเนินการ

1. สมาชิกสามารถระบุความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแนวทางการเผชิญปัญหาของกลุ่ม

2. ระดับความเจ็บปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

วิธีการดำเนินการ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยพูดคุยสมาชิก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกิจกรรม

1. สมาชิกประเมินระดับอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

2. สมาชิกแลกเปลี่ยนความสม่ำเสมอในการนวดแบบราชสำนัก การประคบความร้อนขึ้นและการบริหารร่างกาย

3. สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อให้สมาชิกมีพฤติกรรมที่ยั่งยืน

4. สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น “การดูแลตนเองหลังรักษาครบถ้วนตามโปรแกรม”

5. สมาชิก แสดงความคิดเห็นที่มีต่อโปรแกรม ตลอดจนข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ จากการดำเนินกิจกรรม

2. สมาชิกซักถามปัญหาเพิ่มเติมและแสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมจากโปรแกรมสุขศึกษา

3. ผู้วิจัยแจ้งให้สมาชิกทราบถึงการสิ้นสุดการทำกิจกรรม พร้อมทั้งกล่าวคำขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สื่อและอุปกรณ์

บัตรนัดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง

การประเมินผล

1. ประเมินระดับของความปวด
2. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. ความสนใจสมาชิกในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
4. ความพึงพอใจของสมาชิกจากการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม

สื่อประกอบการสอน



โปสเตอร์แสดงโครงสร้างสรีระร่างกาย หมวกคลุมเนื้อและเส้นเลือด



วิธีการเตรียมประคบความร้อนชื้น

ภาพกิจกรรม

การนวด การประคบความร้อน และการบริหารร่างกาย



นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด



กดแนวร่องไหปลาร้า

แนวนวดพื้นฐานโค้งคอ



ประคบความร้อน

ภาพกิจกรรม (ต่อ)



ท่าบริหารคอ



ท่าบริหารบ่า ต้นคอ และศีรษะ

ภาพกิจกรรม (ต่อ)



ท่าบริหารท่าฤๅษีตัดตน

ภาพกิจกรรม (ต่อ)
กลุ่มทดลองสาธิตและปฏิบัติซ้ำ



กลุ่มสาธิตนวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด



นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด

ทำบริหารท่า ต้นคอ และศีรษะ



ทำฤๅษีตัดตน

บัตรนัด

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

บัตรนัดกลุ่มควบคุม

โปรแกรมสุขภาพ

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี

ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....

กลุ่มที่.....

ครั้งที่ 1...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 2...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 3...../...../.....เวลา.....

บัตรนัดกลุ่มทดลอง

โปรแกรมสุขภาพ

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี

ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....

กลุ่มที่.....

ครั้งที่ 1...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 2...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 3...../...../.....เวลา.....

ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ



นายวิชัย สิริวิบูลย์กิตติ เรียบเรียง
งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะนิง
จังหวัดนนทบุรี
โทร 02-5971169 , 089-1184485

ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อซึ่ง
อาจมีอาการปวดมีศีรษะร่วมด้วย

หรือมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่แขนมือและ
ร่วมกับความรู้สึกชาที่แขนและปลายนิ้วมือ

สาเหตุ

1. ถูกกระทบกระแทกจากการเล่นกีฬา หรือ
อุบัติเหตุจากการใช้งานอย่างหนักและรุนแรง
ผิดปกติ
2. การเสื่อมของเส้นเอ็นรอบข้อ หรือมีอาการปวด
โดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้เกิดไหล่ บ่าคอ อักเสบ
ปวดร้าวไปที่ไหล่ แขน มือ ร่วมกับความรู้สึกชา
3. มีพยาธิสภาพบริเวณคอหรือสะบัก เช่น กระดูก
งอกทับเส้นประสาท หรือมีพังผืดที่กล้ามเนื้อสะบัก

อาการ

- 1.ปวดรุนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ อาจเห็นการบวม
แดง ช้ำของข้อต่อ เช่น หัวไหล่
- 2.ปวดตลอดเวลา บริเวณตำแหน่งที่เป็น เช่น ไหล่
บ่า คอ ศีรษะ

การดูแลตนเองเมื่อปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

- 1.หยุดใช้งานบริเวณที่ปวด และพักผ่อนให้ เพียงพอ
- 2.อย่านอนทับหรือใช้แขนข้างที่ปวดหัวของหนักใน
ระยะแรก เพราะจะทำให้ไหล่ บ่าอักเสบมากขึ้น
- 3.หลีกเลี่ยงจากการยกสิ่งของหนักเกินความ
ขสามารถของท่าน และหลีกเลี่ยงการใช้มือหรือ
แขนทำงานเหนือศีรษะนานเกินไป เช่น ทาสี
เพดานบ้าน เช็ดตู้
- 4.การรักษาเบื้องต้น กินยาแก้ปวด ลดการอักเสบ
ถ้าปวดมาก หรือมีข้อติดแข็ง ควรปรึกษาแพทย์
แผนไทย หรือแพทย์แผนปัจจุบัน
- 5.ทำกายภาพบำบัดหมั่นบริหารกายด้วยการยืด
กล้ามเนื้อ ดัดตนเพื่อทุเลาปวด เพื่อป้องกันข้อติด
ยึดของข้อ เช่น ไหล่และคอ
- 5.1 การบริหารท่าฤๅษีตัดตน

☆ท่าตัดตนแก้ลมเจ็บศีรษะ

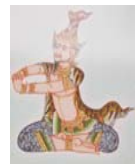
และตามัว

10 ครั้ง เข้า - เย็น

☆ ท่าตัดตนแก้ไหล่ ขา

และเข่า ขา

10 ครั้ง เข้า - เย็น



5.2 ทำบริหารคอ 4 ท่า แต่ละท่าออกแรงด้าน 5-10

ครั้ง แล้วพักทำครบทั้ง 4 ท่า นับเป็น 1 รอบ
ทำ 3 รอบ



5.3 บริหารบ่า-คอ 3 จังหวะ แต่ละจังหวะนับ 1-10

แล้วพัก ทำครบ 3 จังหวะ นับเป็น 1 รอบ ทำ
3 รอบ



5.4 การประคบความร้อนขึ้น

ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อน ประคบ
ตั้งแต่ บ่า คอ และท้ายทอย
ขึ้น-ลง นาน 5 นาที



5.5 การนวดแบบกดจุด

☆ นวดแนวพื้นฐานบ่าตั้งแต่
กระดูกหัวไหล่ ไปถึงต้นคอ
แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10
ขึ้น-ลง 15 นาที



☆ กดแนวร่องไหปลาร้า

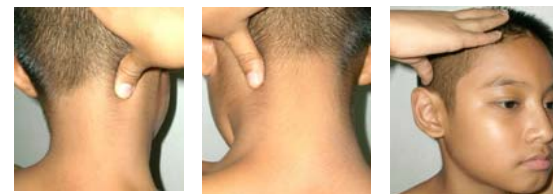
1 จุด นับ 1
ถึง 10 ทำ 2 ครั้ง



☆ นวดแนวพื้นฐานไค้กคอ
ตั้งแต่ต้นคอไปถึงท้ายทอย
โดยกดแนวซิกกระดูก
แต่ละจุด นับ 1 ถึง
10 ขึ้น-ลง 5 นาที



☆ นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด แต่ละจุดนับ 1
ถึง 10 ท่า ครบทั้ง 5 จุด นับเป็น 1 รอบ
ทำ 3 รอบ



จุดที่ 1 (ขวา)

จุดที่ 2 (ซ้าย)

จุดที่ 4 (ขวา)



จุดที่ 4 (ซ้าย)

จุดที่ 5 (กึ่งกลาง)

หมายเหตุ มือที่ไม่ได้กดจุดให้ประครองศีรษะอยู่ฝั่ง
ตรงกันข้ามเพื่อความมั่นคงในการกดจุด

ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
ป้องกันและบรรเทาได้ด้วยตนเอง

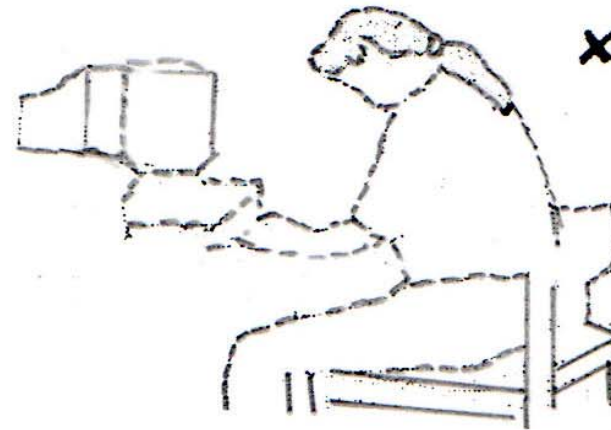
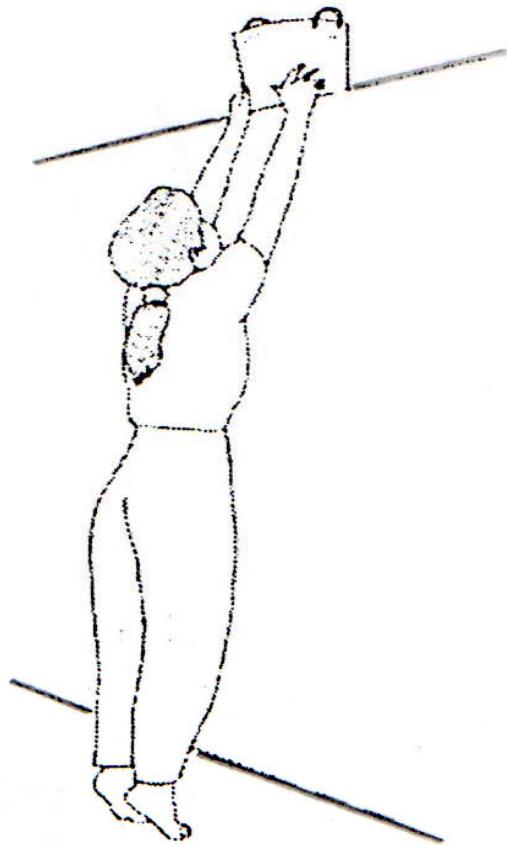
นายวิชัย สิริวิบูลย์กิตติ

นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สาเหตุของอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

อิริยาบถหรือท่าที่ผิดสุขลักษณะ

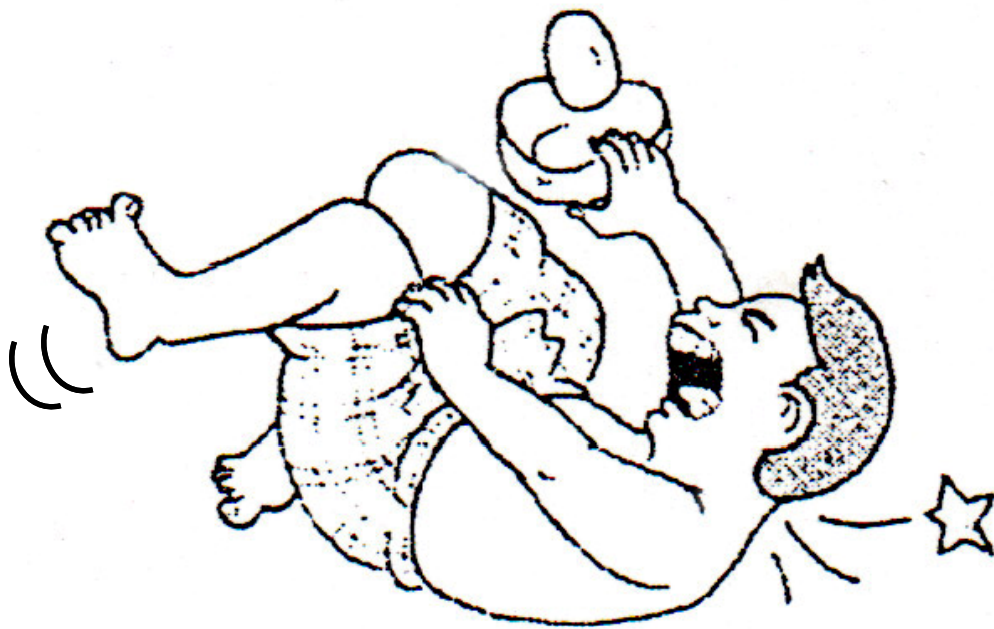


ความเครียดทางจิต



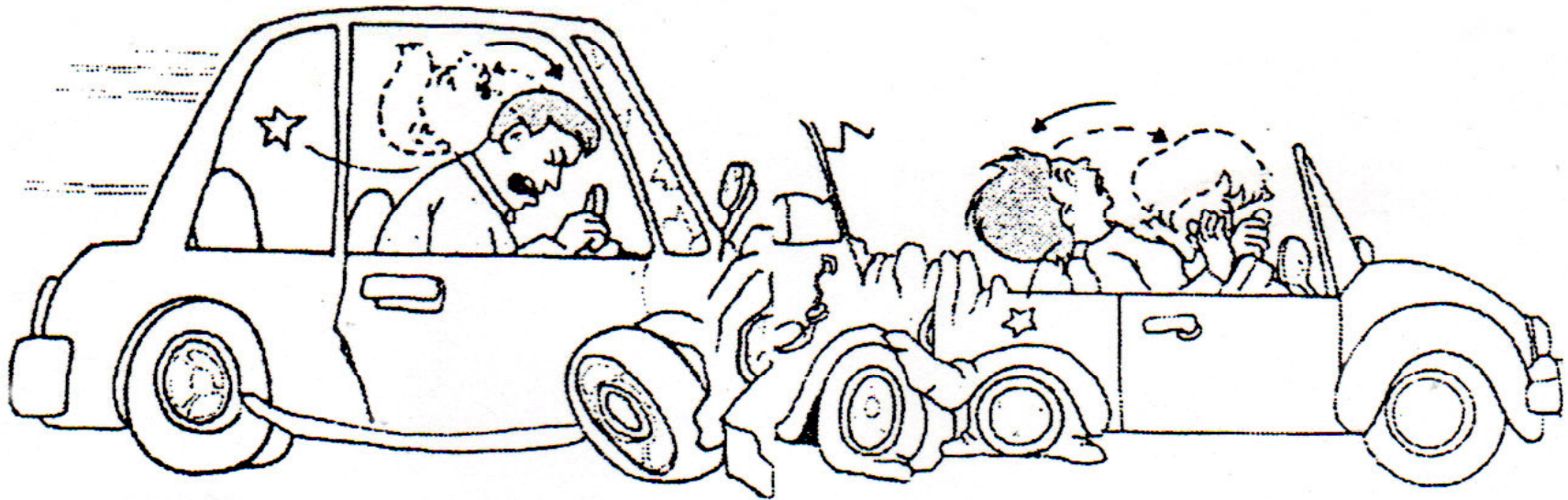
ภัยอันตรายบริเวณกระดุกต้นไม้

คอเคล็ดหรือโยก



ภัยอันตรายบริเวณกระตุกคันคอ

การบาดเจ็บของกระดูกคอ



กระแทกจากด้านหน้า

กระแทกจากด้านหลัง

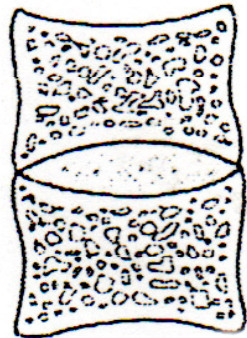
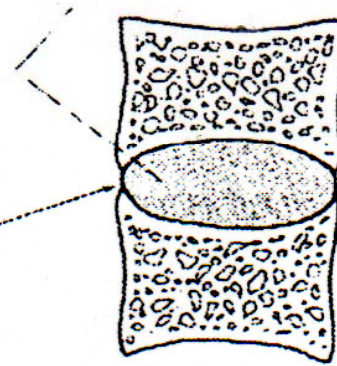
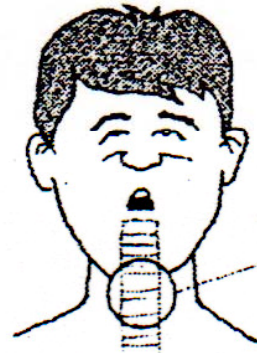
ข้ออักเสบ

ข้ออักเสบเรื้อรังอาจทำข้อต่อกระดูกข้ออักเสบด้วย
เช่น ข้ออักเสบรูมาคอยด์

ภาวะข้อเสื่อม

ข้อของหมอนรองกระดูก

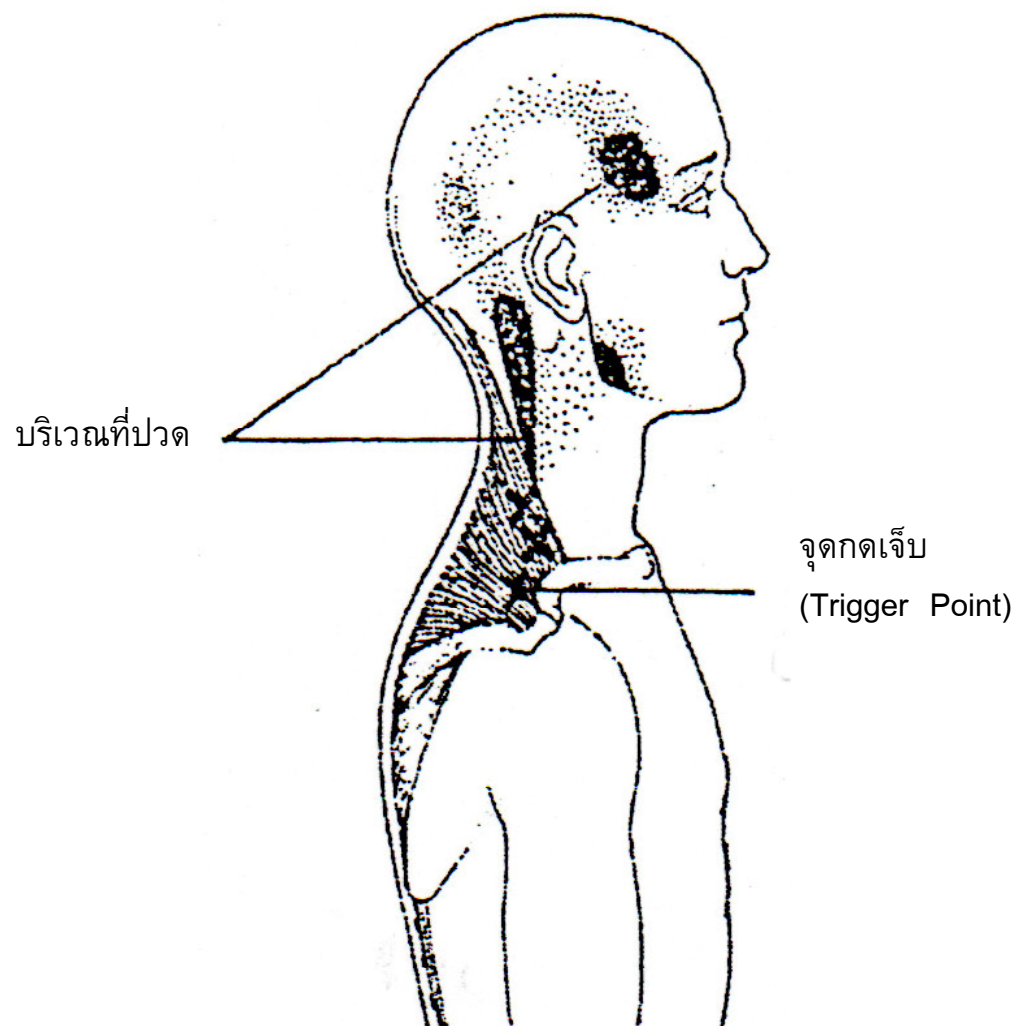
หมอนรองกระดูกในสภาพปกติ



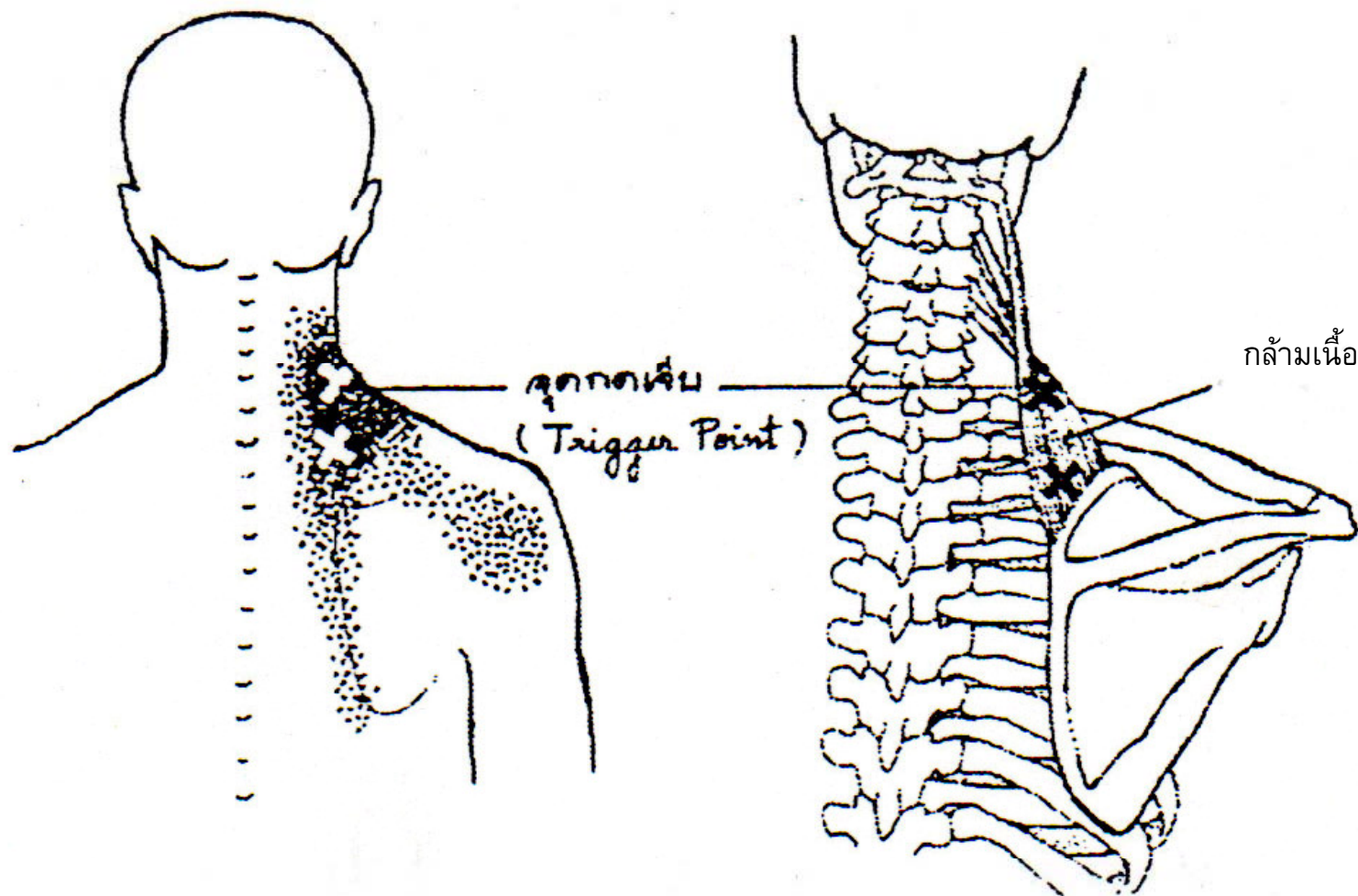
หมอนรองกระดูกเสื่อม กระดูกแข็งชนกัน

ปุ่มกระดูกงอก

ที่กลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ



กลุ่มอาการยึดหดรั้งของเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ



พฤติกรรมที่ป้องกันอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

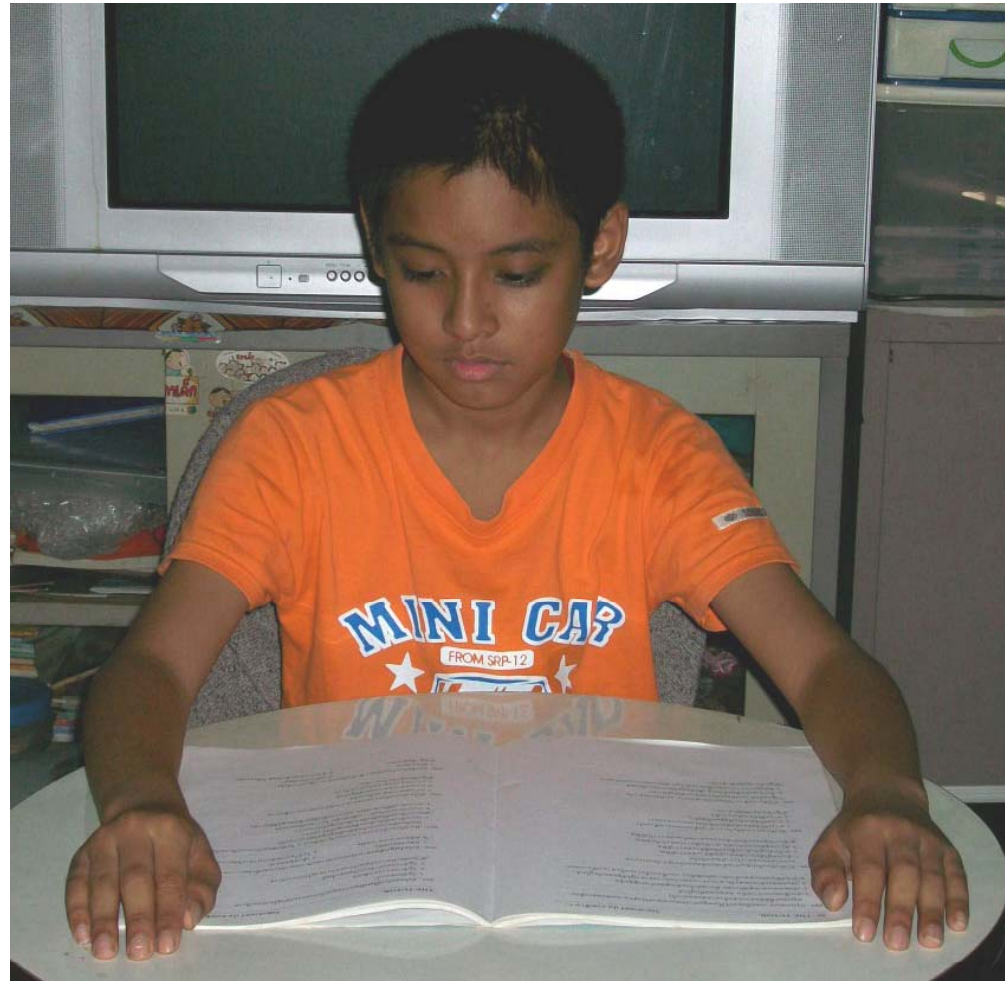
ขณะยืน เดิน นั่งตัวตรง ไม่นั่งศีรษะไปข้างหน้า



ปรับระยะตัวหนังสือที่ต้องอ่าน จอคอมพิวเตอร์
หรือดูโทรทัศน์ให้อยู่ในระดับสายตา



นั่งทำงาน แขนอยู่ในแนวราบไม่ยกไหล่



หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน



เวลายกของจากที่สูงมาก
ควรมีที่เหยียบรองเท้า



หิ้วสัมภาระ เผลื่อน้ำหนัก
ให้สมดุลมือทั้ง 2 ข้าง



ทำให้นอน

ทำนอนตะแคง หมอนสูงพอที่คอจะไม่เอียง



ท่านอนหงาย หมอนรองที่คอ



ทำบรืหารคอ

ท่าแขนคอ

**ใช้มือประสานกันท้ายทอย แล้วออกแรงต้าน เกร็งไว้
ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก**



ทำก้มคอ

**ใช้มือประสานที่หน้าผาก แล้วออกแรงต้าน เกร็งไว้
ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก**



ท่าตะแคงคอขวา

**ใช้มือขวาดันที่ศีรษะ แล้วออกแรงต้าน เกร็งไว้
ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก**



ท่าตะแคงคอซ้าย

**ใช้มือดันที่ศีรษะ แล้วออกแรงต้าน เกร็งไว้ ประมาณ
5-10 วินาที แล้วพัก**



ท่าบริหารท่า (คอ ดึงแขน ยกแขน)

จังหวะที่ 1

ใช้มือขวาจับขอบเตียงชิดลำตัว
งอข้อศอก 30 องศา ออกแรงดึง
ขึ้น ส่วนแขนซ้าย เกร็งค้างไว้
นับ 1 ถึง 10 แล้วพัก



ท่าบริหารท่า (คอ ดึงแขน ยกแขน)

จังหวะที่ 2

ใช้มือขวาจับขอบเตียงห่าง 1 ฝ่ามือ
จากจังหวะที่ 1 งอข้อศอก 30 องศา
ออกแรงดึงขึ้น ส่วนแขนซ้าย เกร็งค้าง
ไว้ นับ 1 ถึง 10 แล้วพัก



ท่าบริหารท่า (คอ ดึงแขน ยกแขน)

จังหวะที่ 3

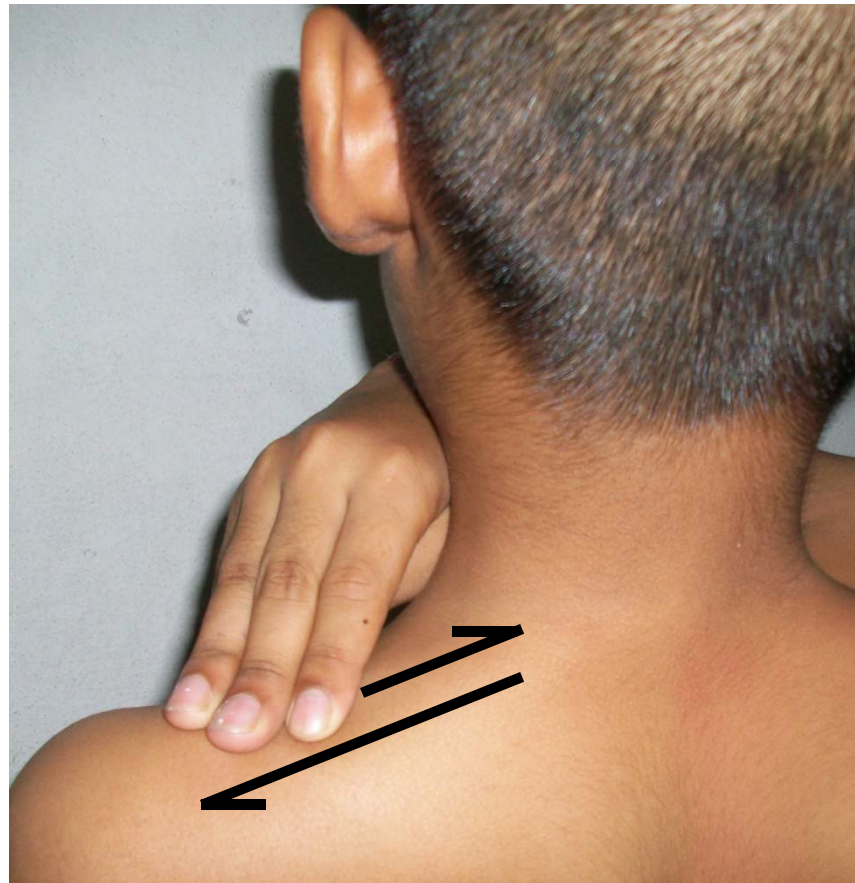
ใช้มือขวาจับขอบเตียงห่าง 2 ฝ่ามือ
จากจังหวะที่ 1 งอข้อศอก 45 องศา
ออกแรงดึงขึ้น ส่วนแขนซ้าย เกร็ง
ค้างไว้ นับ 1 ถึง 10 แล้วพัก

ทำครบทั้ง 3 จังหวะนับเป็น 1
รอบ ทำ 3 รอบ



การนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง
บรรเทาอาการปวดบ่าต้นคอและศีรษะ

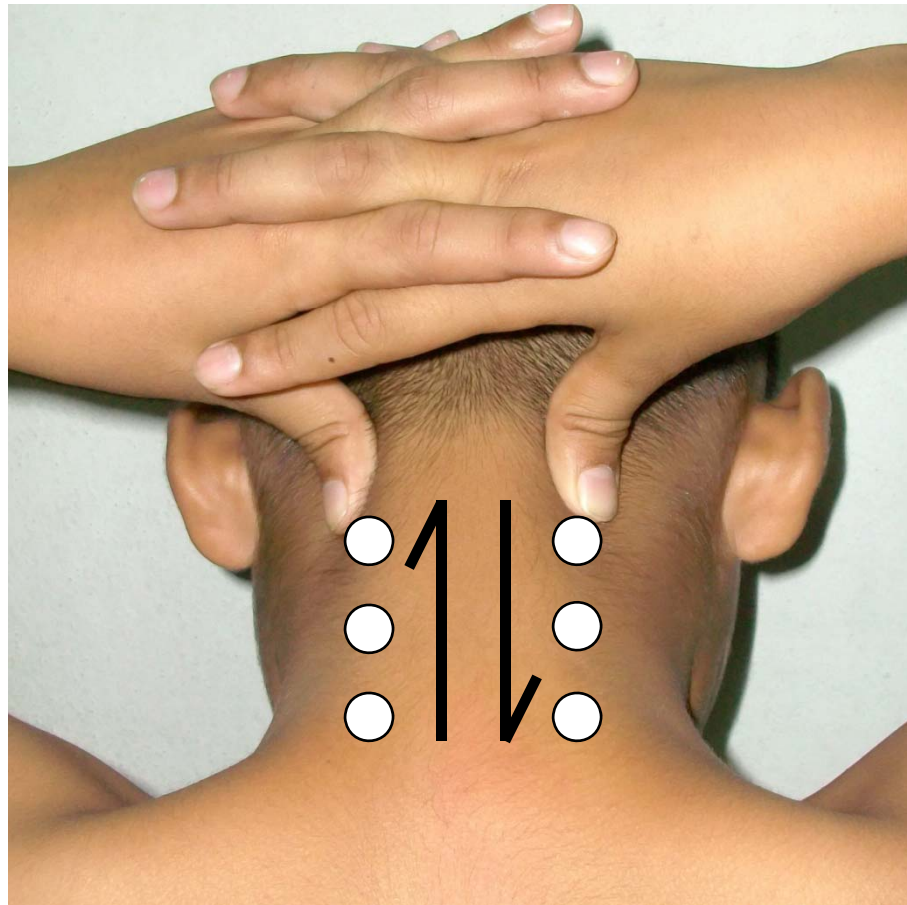
นวดแนวพื้นฐานบ่าตั้งแต่ปุ่มกระดูกหัวไหล่ไปถึงต้นคอ แต่ละจุด
นับ 1 ถึง 10 ขึ้น-ลง 15 นาที



กดแนวร่องไหปลาร้า 1 จุด น้บ 1 ถึง 10 ทำซ้ำ 2 ครั้ง

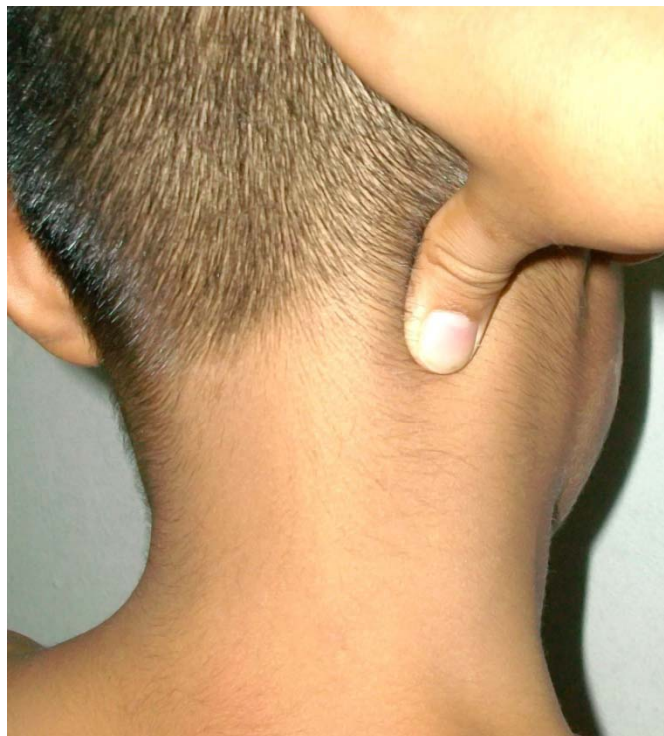


นวดแนวพื้นฐานโค้งคอตั้งแต่ต้นคอไปถึงท้ายทอย โดยกดแนวซิดกระดูก
แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10 ขึ้น-ลง 5 นาที



นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10
ทำครบทั้ง 5 จุดนับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ

จุดที่ 1 รอยปุ่มใต้
กะโหลกศีรษะข้างขวา



จุดที่ 2 รอยบวมใต้กะโหลกศีรษะข้างซ้าย



จุดที่ 3 เหนือใบหู ข้างขวา



จุดที่ 4 เหนือใบหู ข้างซ้าย



จุดที่ 5 รอยปุ่มกึ่งกลางกะโหลกศีรษะ
(ระหว่างจุดที่ 1 กับจุดที่ 2)



การประคบความร้อนชื้น

ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อน ประคบ
ตั้งแต่ บ่า ต้นคอ และท้ายทอย
ชื้น- ลง นาน 5 นาที



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายวิชัย สิริวิบูลย์กิตติ
วันเดือนปีเกิด	21 ธันวาคม 2502
สถานที่เกิด	อำเภอวังน้อย จังหวัดอยุธยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	29/19 หมู่ที่ 6 ตำบลไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150 โทร.02-9230117 มือถือ 089-1184485
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2522	ประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2527	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (ชีววิทยา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2534	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ.2540-2548	ประกาศนียบัตรครูแพทย์แผนไทยและ ใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย 4 ประเภท เภสัชกรรมไทย เวชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2545	ประกาศนียบัตร Advance Course Myofascial Pain: Head, Neck and Orofacial: Low Back Dysfunction: Dry Needling มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ