

20 ก.ย. 2548

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนัก
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2548

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวด

แบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วิทยาลัย
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิลลัตร์เวท,
อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน.

อาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในโรคระบบ
กระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ จะได้รับผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ
ภาวะเศรษฐกิจและสังคม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผล
ของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการกระตุ้นเตือนในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงานและการนวดแบบ
ราชสำนัก การประคบนำร้อนและท่ากายบริหารด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 26-83 ปี
ที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ โดยไม่มีอาการรากประสาทถูกกด ที่มารับบริการที่
สถานพยาบาลอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับ
กิจกรรมสุขศึกษา ที่จัดขึ้น 3 ครั้งในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4 ตามโปรแกรมสุข
ศึกษาซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายรายกลุ่ม การดูตัวแบบ การสาธิต ลองปฏิบัติ ร่วมกับได้รับ
การกระตุ้นเตือนข้อความเตือนใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน
เริ่มโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลัง 1 เดือน โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรมใน
เรื่องอิริยาบถ การนวดแบบราชสำนัก การประคบนำร้อน และท่ากายบริหารด้วยตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า

1. เมื่อได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พร้อมทั้งทำพฤติกรรมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ
ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี ทำให้ลดการเจ็บปวดและช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้อง

2. เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

AN APPLICATION OF SELF-EFFICACY THEORY TOGETHER WITH THAI ROYAL MASSAGE
FOR THE SELF CARE OF PATIENTS WITH NECK-SHOULDER PAIN AND HEADACHE
APPLIED TRADITIONAL THAI MEDICINE AYURVED CLINIC, BANGKOK.

AN ABSTRACT
BY
SUPAKIJ SUWANNATRAI

*Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2005*

Supakij Suwannatrai. (2005). *An Application of Self Efficacy Theory together with Thai Royal Massage for The Self Care of Patients with Neck-Shoulder Pain and Headache. Applied Traditional Thai Medicine Ayurved Clinic, Bangkok. Master thesis. M.S. (Health Education) Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc.Prof.Dr.Thada Wimonwatwatee, Dr.Kamonmarn Virutsetazin.*

Neck – shoulder pain and headache are among the most common and important musculoskeletal disorders. The disorders when persisted can deteriorate patient's physical, psychological and socioeconomic status. The objective of this quasi – experimental research was to assess the effectiveness of a health education program which based on the self – efficacy theory. Sixty patients who came to the applied traditional Thai medicine clinic for the first time, aged between 26 – 83 years, with symptoms of neck – shoulder pain and headache were asked to participate. Thirty patients were randomly assigned into the experimental group and thirty patients into the comparison group. In addition to prompt Thai royal massage, hot compress and exercise which covered 1-month treatment period, the experimental group participated in 3 health education sessions, the first two sessions were in the first and second week and the last one in the fourth week. The health education program consisted of group discussion, modeling and demonstration. The control group received only a regular health education program. The data were collected before and after the 1-month health education program using questionnaires, record forms for health behavior.

Results of the study revealed that the experimental group showed a statistically significant better health behavior after having had health education sessions. These included appropriate postures for daily life and work. The experimental group also had statistically significantly higher scores on health behavior than the comparison group (p value < 0.05). Patients in the experimental group had no statistically significant change of their perception on self-efficiency when compared to the comparison group. But they had statistically significant higher expectation of the result from their participation in the health education sessions than the comparison group (p value < 0.05).

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำปริญญานิพนธ์
จาก
ทบวงมหาวิทยาลัย

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนัก
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

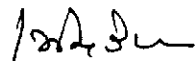
เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนัก
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์
กรุงเทพมหานคร

ของ
นายศุภกิจ สุวรรณไตรย์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

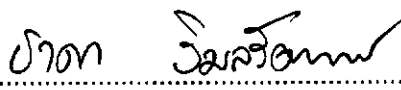


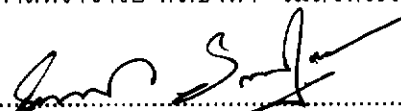
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

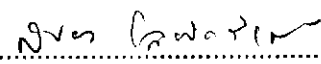
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

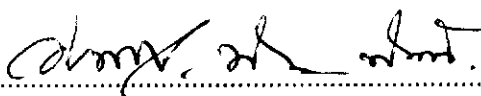
วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๘

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

 ประธาน
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

 กรรมการ
.....
(อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรณศรีเศรษฐ์สิน)

 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สนอง โลหิตวิเศษ)

 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม
ในพระสังฆราชูปถัมภ์และพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที ประธานกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน กรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ผู้เป็นตั้ง “แม่และครู” ของผู้วิจัยที่คอยให้การอบรมสั่งสอนแก่ “ลูก” “ลูกศิษย์” ด้วยความห่วงใยที่ให้กำลังใจและคำปรึกษาแนะนำแก้ไขในการค้นคว้าการจัดทำปริญญานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดมา จนทำให้เกิดพลังและกำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์นี้และขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สนอง โลหิตวิเศษ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช อาจารย์นายแพทย์ชนินทร์ ลีวานันท์ อาจารย์บุปผา ปลื้มสำราญ อาจารย์ดร.ทรงพล ต่อนี้ และอาจารย์สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญที่กรุณาเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีและนายแพทย์เอก ชนะสิริ นายแพทย์ยุทธนา สุขสมิตี รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทพร นิลวิเศษ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ เอื้อพงศ์ จตุรธำรง รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทวี เลหาพันธ์และอาจารย์ประจวบ แก้วทิพย์ที่ให้ความเอื้อเฟื้อและสนับสนุนสถานที่ พร้อมทั้งให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณ คุณสายฝนและครอบครัว คุณโชติมา คุณจรัสโณม คุณเขมกรและคุณตุ๋น คุณกนกกลดา คุณวาสนา คุณธวัชชัย คุณยงยุทธ คุณธิดารัตน์ และเพื่อนๆ วท.ม รุ่น 1 ทุกคน ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ โดยเฉพาะคุณประจักษ์ คุณสมโชค คุณอมรทิพย์ คุณกาญจน์พันธ์ คุณประมวล คุณสันทนา คุณพิมพ์พิสุทธิ์ คุณหมอฟิเศก คุณณัฐสุภรณ์ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ทุกคนและกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สำหรับบุคคลที่สำคัญยิ่ง ซึ่งคอยให้ความช่วยเหลือห่วงใยและให้กำลังใจอยู่เสมอ คือคุณแม่คำเบย คุณพ่อวิเชียร คุณแม่พูลศรี พี่อุไรวรรณ น้องคำประไพและหลานอรุณวารี อาจารย์เอี่ยมพร ผู้เป็นภรรยา เด็กชายกวิน - หัตถพงศ์และเด็กหญิงจุฑาทิพย์ สุวรรณไตรย์ที่ให้กำลังใจส่งเสริมสนับสนุนการทำวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างดีตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ใดๆที่เกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบูชาแด่คุณพ่อฉลาด สุวรรณไตรย์ และบุพการีผู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญของชีวิต ครูอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนแก่ผู้วิจัย จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ผู้นำเอาศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาส่งเสริมฟื้นฟูโดยนำความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุญเรือง นิยมพร อาจารย์ณรงค์ศักดิ์ บุญรัตน์หิรัญและรองศาสตราจารย์นายแพทย์กรุงไกร เจนพานิชย์

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	2
	ความสำคัญของการวิจัย	2
	ขอบเขตของการวิจัย	2
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	2
	ตัวแปรที่ศึกษา	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ	4
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
	สมมติฐานในการวิจัย	6
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
	ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ	7
	สาเหตุของอาการปวดคอ	8
	อาการและอาการแสดง	9
	การรักษาตนเองเมื่อมีอาการปวดคอ	10
	โรคปวดศีรษะหรืออาการปวดศีรษะ	11
	กลไกการปวดศีรษะจากความเครียด	12
	การนวดแบบราชสำนัก	14
	ประโยชน์ของการนวด	15
	การนวดด้วยตนเองแก้ปวดบ่า	17
	การประคบน้ำร้อน	18
	ประโยชน์ของการประคบน้ำร้อน	19
	ท่ากายบริหาร	20
	ทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย	20
	ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา	20
	ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาทางสังคม	22
	วิธีทางสุขศึกษา	29
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
	งานวิจัยในต่างประเทศ	35
	งานวิจัยในประเทศ	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	39
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	39
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	39
ประชากร.....	39
กลุ่มตัวอย่าง.....	39
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
รูปแบบการวิจัย.....	40
แผนการวิจัย	41
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
เกณฑ์การให้คะแนน	44
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	45
การดำเนินการทดลอง	45
ขั้นเตรียมงาน	46
ขั้นดำเนินการทดลอง.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	50
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4	53
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
5	69
สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	69
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า	69
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	70
อภิปรายผล.....	71
ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม.....	73

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	78
ภาคผนวก ก	79
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	97
ภาคผนวก ง	124
ประวัติย่อผู้วิจัย	128

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ภูมิสำเนา รายได้ โรคประจำตัว อาการสำคัญ และระยะการเกิดโรค	54
2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรมที่ทำ.....	57
3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง,หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2.....	58
4 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลอง.....	59
5 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	59
6 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1และหลังการทดลองครั้งที่ 2ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	60
7 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	61
8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง.....	62
9 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลองครั้งที่ 1ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน(ANCOVA).....	63
10 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	63
11 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ หลังการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	64
12 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ หลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	64
13 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	65

บัญชีตาราง (ต่อ)

14	การทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม....	66
15	การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	66
16	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	67
17	การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	68
18	ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	99

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 โครงสร้างความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลเงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิง สภาพแวดล้อม.....	21
3 กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต.....	24
4 กระบวนการกำกับตนเอง.....	26
5 ความแตกต่างระหว่างการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น.....	27
6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น.....	28
7 รูปแบบการวิจัย.....	40
8 แผนการวิจัย.....	41
9 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานครนั้น การเปลี่ยนแปลงมีอยู่มากในอัตราที่สูงและซับซ้อน ส่งผลให้การดำเนินชีวิตในเมืองใหญ่ต้องมีการปรับตัวสูง(วิไล ชินสกุล.2537:ก)ดังพระราชดำรัส สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต “ในปัจจุบันคนเราต้องทำงานแข่งกับเวลา เพราะโลกเราก้าวหน้าไปเร็วมาก คนที่ไม่พัฒนาตนเองไม่ถือว่าเป็นคนหยุดอยู่กับที่ แต่เป็นคนล้าหลังเอาเสียทีเดียว สิ่งแวดล้อมก็ไม่ค่อยเอื้ออำนวยให้ลดความเครียดได้ เช่น รถติดไปถึงที่ทำงานแล้วก็ต้องใช้สมองมาก นิ่งอยู่กับที่ ไม่มีโอกาสขยับเขยื้อนตัวไปไหน” จากสถานการณ์ปัจจุบันส่งผลให้เกิดความเครียดและความกดดันต่อร่างกายและจิตใจ อันมีผล โยงใยให้เกิดโรคนานาชนิดในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่นโรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคประสาท โรคนอนไม่หลับ โรคปวดในระบบกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูกต่างๆ เช่น ปวดหลัง ปวดขา ต้นคอ และปวดศีรษะ เป็นต้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อทรัพยากรบุคคลของประเทศชาติมาก

จากสถิติสรุปการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ ซึ่งเป็นหน่วยงานในการบำบัดด้วยการนวดแบบราชสำนักและสมุนไพร พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อต่างๆ มากขึ้นดังเช่นปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนผู้ป่วย 6,300 ราย ปี พ.ศ. 2543 มีจำนวน 7,515 ราย และปี พ.ศ. 2544 จำนวน 8,137 ราย ดังรายละเอียดดังนี้ ปวดบ่า คอ 1,900 ราย ปวดศีรษะ 1,800 ราย ปวดหลัง 1,250 ราย ปวดเข่า 1,130 ราย ปวดข้อเท้า 722 ราย ปวดข้อมือ 715 ราย และข้อศอก 620 ราย (สถิติเวชระเบียน พ.ศ.2544 สถานพยาบาลอายุรเวช) ซึ่งคาดว่าแนวโน้มจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

ในฐานะที่โรงเรียนอายุรเวชเป็นสถานศึกษา และสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลังจากได้รับการสอนท่ากายบริหารเฉพาะส่วน การประคบน้ำร้อน และคำแนะนำโดยทั่วไป เช่น งดอาหารแสลง อาทิ เหล้า เบียร์ อาหารหมักดอง พบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา หรือลืมนั่ง นอกจากนั้นไม่มีความรู้ในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วย เพราะไม่เคยได้รับการสอนวิธีนวด และผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการหลีกเลี่ยงการเกิดอาการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อให้ผลในการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะให้ความรู้พื้นฐานเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการนวด การประคบ และท่ากายบริหาร โดยผลการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการนวดแบบราชสำนักต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการปวดบ่า ต้นคอ

และศีรษะ เรียนรู้ปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ไม่ต้องกลับซ้ำในการรักษา โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อ บรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะในชีวิตประจำวัน โดยเน้นพฤติกรรมดูแลตนเองใน 3 ด้าน คือ การหลีกเลี่ยงการนั่งก้มหน้านานๆ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการบริหารกล้ามเนื้อ กลุมไหล่ทราพีเซียส (Trapezius muscle) ซึ่งจะส่งผลให้บรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ลดลง วิธีการศึกษาดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรม คือ การจัดประสบการณ์เรียนรู้ เพิ่มการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และได้รับการนัด การประคบและบริหารกล้ามเนื้อกลุมไหล่ทราพีเซียส (Trapezius muscle) และติดตามวิธีการนัด ประคบ และบริหารให้ถูกต้องทุกครั้งที่เหมาะสม ร่างกาย และได้รับการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอ และ ศีรษะ ซึ่งทำให้การดำเนินชีวิต และปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ พร้อมทั้งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวช แพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ในเรื่องต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับโปรแกรมแล้ว กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้โปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ปวดบ่า ต้นคอ และ ศีรษะ ซึ่งเป็น โปรแกรมสุขภาพที่สามารถนำไปประยุกต์ ใช้ในสถานพยาบาล อื่น หรือหน่วยที่เกี่ยวข้อง

2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่ทำให้เกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ้ำ ดันคอ และศีรษะ เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษา คลินิกอายุรเวทแพทยัแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 8,137 คน (สถิติจากเวชระเบียนปี พ.ศ. 2544)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยปวดบ้ำ ดันคอ และศีรษะ ที่รับการรักษา คลินิกอายุรเวทแพทยัแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการ
นวดแบบราชสำนัก

1.2 การนวดแบบราชสำนักตามปกติ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งทำทีละกลุ่มย่อย โดยมีผู้วิจัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจนกว่าจะครบ 30 คน โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนเสร็จเรียบร้อย แล้วจึงเริ่มในกลุ่มทดลองการดำเนินการเก็บข้อมูล ทีละกลุ่มด้วยเหตุผลดังนี้

1. เป็นการยากสำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ให้การรักษาพยาบาลที่จะให้การดูแลที่แตกต่างกันสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในเวลาเดียวกัน

2. การที่กลุ่มหนึ่งได้รับการจัดกระทำทดลองในขณะที่กลุ่มหนึ่งไม่ได้รับอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้ และคิดว่าตนไม่ได้รับความสนใจจากนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเท่ากับผู้ป่วยคนอื่นๆ

3. ประการสุดท้าย คือ ป้องกันการปนเปื้อนของการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม จากการที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษา โดยประเมินได้จาก ความรู้เกี่ยวกับ โรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ การนวด การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง หมายถึง กระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยการใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การนวด การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร
3. โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วย โดยประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเอง
4. การนวดแบบราชสำนัก หมายถึง การนวดโดยการใช้ส่วนของมือเท่านั้น ซึ่งการนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดที่สุภาพเรียบร้อย จะเน้นในการรักษาโรคโดยเฉพาะ ไม่ใช้ส่วนอื่นๆ ของร่างกายช่วยในการนวด เช่น การใช้เท้า เข่า ศอก เป็นต้น และในอดีตเป็นการนวดที่ใช้เฉพาะในราชวังเท่านั้น
5. โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการนวดแบบราชสำนัก หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้หรือการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่ม การสาธิตการนวดแบบราชสำนักและการประคบด้วยน้ำร้อน ให้กับผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ หลังจากนั้นจึงต้องมีการฝึกปฏิบัติกับตนเองตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและให้การสนับสนุนตามความจำเป็นต่อการปฏิบัติตัวและให้จัดเรียนรู้การกำกับตนเอง
6. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดังต่อไปนี้
 - 6.1 การนวด หมายถึงการใช้มือบีบนวดตำแหน่งบริเวณบ่า ต้นคอ และศีรษะ เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว
 - 6.2 การประคบน้ำร้อน หมายถึง การใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อน
 - 6.3 ท่ากายบริหาร หมายถึง การบริหาร กล้ามเนื้อบริเวณบ่าและต้นคอเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว
 - 6.4 การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจวัตรประจำวันที่ทำอยู่เป็นประจำ ได้แก่ อิริยาบถในการทำงาน หรือการนอน รวมจนกระทั่งการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
7. การรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเข้าใจ มั่นใจ และเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ ศีรษะและพฤติกรรมนวดแบบราชสำนักในการบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะได้อย่างถูกต้อง

8. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ หมายถึง การประมาณค่าหรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติตัวดูแลตนเองในเรื่องการหลีกเลี่ยงการเกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ และการนวดแบบราชสำนัก เพื่อบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

9. ปวด หมายถึง อาการแสดงของผู้ป่วย เนื่องจากกล้ามเนื้อ มีการหดเกร็งตัวมาก ผิดปกติ

9.1 ปวดบ่า หมายถึง กล้ามเนื้อบ่าจะแข็งตึงเป็นล่ำ อาจจะมีความร้อน

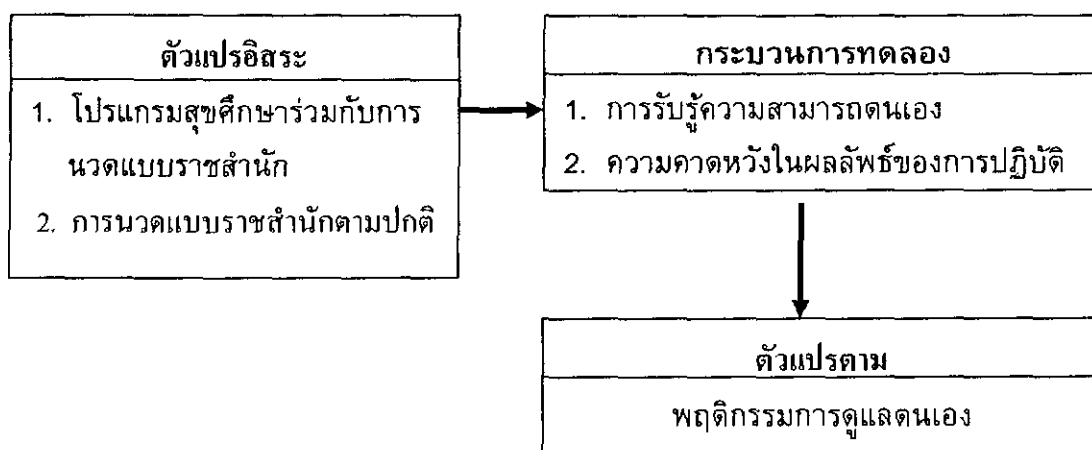
9.2 ปวดต้นคอ หมายถึง กล้ามเนื้อต้นคอจะแข็งตึงเป็นล่ำ เวลาก้มจะรู้สึกเจ็บ

9.3 ปวดศีรษะ หมายถึง กล้ามเนื้อบ่าและต้นคอแข็งตึงเป็นล่ำ จะทำให้มีอาการมีนศีรษะ และปวดศีรษะ

10. คลินิกกายูรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมายถึงสถานที่ให้บริการการรักษาโรคด้วยสมุนไพรและการนวดแบบราชสำนักตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เลขที่16/2 ซอยราชครูถนนพหลโยธิน5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 0-2619-5836

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน จะทำให้มีผลต่อการปฏิบัติงานและกิจวัตรในประจำวัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีทางสุศึกษา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองในการดูแลพฤติกรรมตนเองได้เหมาะสมและถูกต้อง ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดบวม ดันคอ และคีระะ มีการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพดังต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. เมื่อได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ในการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ณ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
2. การนวดแบบราชสำนัก
 - 2.1 การนวดบ่า
 - 2.2 การนวดต้นคอ
 - 2.3 การนวดศีรษะ
3. การประคบน้ำร้อน
4. ทำกายบริหาร
5. ทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย
 - 5.1 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
 - 5.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม
 - 5.3 วิธีทางสุขศึกษา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยต่างประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยในประเทศไทย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

การปวดบ่าและต้นคอ

คอ (สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ. 2545 : 9-20) ได้กล่าวไว้ดังนี้ ซึ่งมีลักษณะบอบบาง กะทัดรัด เมื่อเปรียบเทียบกับศีรษะและลำตัว ที่มันเชื่อมอยู่นี้ เป็นชุมทางใหญ่ของระบบประสาท จากสมอง ที่ควบคุมสั่งการไปยังส่วนของร่างกายทั้งหมดนับจากคอลงมา คอจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะปกป้องคุ้มครองไขสันหลัง เส้นประสาทต่างๆ ที่ออกจากสมอง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง รวมทั้งทำหน้าที่แบกรับน้ำหนักของหัวกระโหลก และมันสมองซึ่งเป็นชิ้นส่วนที่หนัก และสำคัญที่สุดของเรา

เนื่องจากส่วนคอต้องทำหน้าที่ที่สำคัญและยิ่งใหญ่ประกอบกับโครงสร้างที่บอบบางและละเอียดอ่อน ทำให้มีโอกาสได้รับความชอกช้ำหรือบาดเจ็บได้ง่ายและบ่อยมาก การปวดคอหรือบริเวณใกล้เคียง จึงพบได้มากกรองลงมาจากภาวะปวดหลัง

การบาดเจ็บของคอที่พบบ่อย และค่อนข้างมีอาการเจ็บปวดมาก คือ อาการคอแข็ง หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “ตกหมอน” ซึ่งเกิดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของข้อต่อกระดูกเพียงเล็กน้อยเป็นผลทำให้เอ็นข้อหรือเส้นเอ็นข้อกระดูกไปโดนทางใดทางหนึ่งไม่ได้ และอาจมีการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อคอร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะหายได้เองภายใน 2-3 วัน ภายหลังจากคอได้ “พักผอน” ตัวเองโดยไม่ต้องรอว่าเจ้าของจะยอมอนุญาตหรือไม่ เพราะการที่คอไม่ยอมเคลื่อนไหวเลยก็เป็นการหยุดพักในตัวเบ็ดเสร็จอยู่แล้ว

สาเหตุของการปวดคอที่พบบ่อย

1. อิริยาบถหรือท่าที่ผิดสุขลักษณะ

ในกิจวัตรประจำวันท่าที่กล้ามเนื้อของคอบางมัดถูกใช้งานจนเมื่อยล้าเกินไป เช่น คนที่ชอบยืนท่าทื่อหลังค่อม พุงยื่นจะทำให้คอต้องก้มมาข้างหน้ามาก ซึ่งพบได้บ่อยในคนอ้วนที่มีไขมันหน้าท้องมากและกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอ การนั่งก้มหน้าก้มตาทำงานทั้งวัน เช่น งานนั่งโต๊ะเขียนหนังสือ งานเย็บจักร ชักผ้าหรือตรงกันข้าม พกกรรมกรก่อสร้าง ช่างไม้ที่ต้องเงยหน้าทำงานอยู่นานๆ การเงยคออยู่ตลอดเวลาทำให้ปวดคอได้เช่นกัน การนอนในท่าที่นอนคอพับหรือบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง นอนหนุนหมอนที่สูงเกินไป ก็จะทำให้ปวดคอหรือคอเคล็ดหลังจะตื่นนอนได้

2. ความเครียดทางจิตใจ

การดำรงชีวิตในปัจจุบันทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายและได้มาก เช่น จากหน้าที่การงานที่ทำประจำ เศรษฐกิจที่รัดตัว ปัญหาชีวิตครอบครัว ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทำลายสุขภาพทางกายหรือใจ และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ฯลฯ อาจทำให้กล้ามเนื้อคอเกิดการหดเกร็งมากและนานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการปวดต้นคอหรือปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ภายหลังจากการทำงาน หรือมีปัญหาขัดแย้งดังกล่าว

3. ภัยอันตรายบริเวณกระดูกคอ

3.1 คอเคล็ด หรือยอก

ไม่ว่าในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันหรือทำงานตามปกติ อาจเกิดเหตุบังเอิญทำให้คอต้องเคลื่อนไหวมาก หรือรวดเร็วรุนแรงกว่าปกติ ซึ่งมีผลทำให้เส้นเอ็นหรือกล้ามเนื้อต้องถูกยืดมากจนมีการฉีกขาดบางส่วน เกิดอาการปวดและกล้ามเนื้อหดตัวเกร็งในทิศใดทิศหนึ่ง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ถนัด ภาวะที่ทำให้เกิดคอเคล็ดหรือยอกได้บ่อยๆ ได้แก่ การนั่ง หรือยืนโหนรถเมล์ เมื่อรถหยุดกะทันหันคอจะถูกเหวี่ยงไปข้างหลังแล้วพับมาข้างหน้าอย่างแรง การยืดหรือก้มคอ เพื่อมองหาของที่ตกใต้โต๊ะ ใต้เตียง ตลอดจนการหกล้ม

ศีรษะถูกกระแทกทำให้คอหัก นอกจากนี้ที่พบได้บ่อยคือ การนอนบนหมอนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ภายหลังจากตื่นนอนแล้วจะพบว่ามีอาการ “ตกหมอน” ได้

3.2 การบาดเจ็บของกระดูกคอ

อาจเกิดขึ้นได้จากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย รถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์พลิกคว่ำหรือชนกัน ฯลฯ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดคอรุนแรง หรือร่วมกับการบาดเจ็บส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยที่ใกล้ที่สุด ต้องระวังในขณะที่โยกย้ายผู้ป่วย อย่าพับคอผู้ป่วยหรือให้คออยู่ในท่าก้มศีรษะโดยเด็ดขาด ควรหาไม้กระดานรองรับส่วนศีรษะ คอ และทรวงอกให้อยู่ในท่านอนราบตรงๆ มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจถึงตายหรือเกิดอัมพาตของแขนขาทั้งสองข้างอย่างทันทีทันใดได้ เนื่องจากกระดูกคอหักเคลื่อนที่ไปกดทับถูกไขสันหลังเข้า

4. ภาวะข้อเสื่อม

จากภาระหน้าที่ที่กระดูกคอต้องแบกตลอดเวลาตั้งแต่เด็กเมื่อเริ่มชันคอได้ ข้อต่อของกระดูกย้อมเสื่อมสภาพไปตามสังขาร และความสมบุกสมบันในการใช้งาน การเสื่อมเกิดขึ้นได้ทั้งข้อต่อของหมอนรองกระดูกที่อยู่ด้านหน้าและที่อยู่ด้านหลัง การเปลี่ยนแปลงของข้อเสื่อมคือ มีปุ่มกระดูกหรือกระดูกงอกที่ขอบๆ ของข้อต่อ ซึ่งอาจไปกดทับถูกปลายประสาทที่ออกมาจากช่องระหว่างปองกระดูก หรือการเสื่อมของหมอนกระดูกเองที่เคลื่อนไปกดทับถูกไขสันหลังหรือเส้นประสาท

5. ข้ออักเสบ

โรคข้ออักเสบเรื้อรัง บางชนิดจะทำให้ข้อต่อที่กระดูกอักเสบด้วย เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ผู้ป่วยมักปวดข้อรุนแรง ไม่ควรรักษาตนเอง ควรรีบไปปรึกษาแพทย์

6. กลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ

เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดคอได้มากกว่าสาเหตุใดๆ ดังกล่าวข้างต้น พบได้ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ มักทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากกระดูกงอกไปกดทับเส้นประสาท ซึ่งความจริงแล้วเกิดจากมีปัญหามือหรือพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อบริเวณคอหรือสะบักโดยตรง ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป นอกจากจะมีอาการปวดคอแล้ว อาจมีอาการปวดมีนศีรษะร่วมด้วย หรือมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ แขน มือ และร่วมกับมีความรู้สึกชาที่แขนและปลายนิ้วมือ คล้ายกับเส้นประสาทถูกกดทับด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีปัญหาซึ่งมีอาการแสดงแตกต่างกันออกไปของแต่ละกลุ่มกล้ามเนื้อ

อาการและอาการแสดง

มีอาการปวดในกล้ามเนื้อและปวดมากขึ้น เมื่อกล้ามเนื้อนั้นถูกใช้งานมาก มีบริเวณ (โซน) ของการปวดร้าว พบจุดกดเจ็บในกล้ามเนื้อ เมื่อกดจะเจ็บมากขึ้น และอาจปวดร้าวได้

คล้ายพบพังผืดลักษณะเป็นก้อน หรือแถบแข็งเป็นลำ บริเวณจุดกดเจ็บ อาจพบว่าการจำกัด การเคลื่อนไหวของข้อต่อใกล้เคียง และกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้

การรักษาตนเองเมื่อมีอาการปวดคอ

1. สำหรับผู้ที่มีอาการปวดคอหรือคอแข็งอย่างเฉียบพลัน หลังจากการเอี้ยว บิดผิดท่า หรือภายหลังการตื่นนอน

ก. พยายามพักผ่อนให้มาก ทางที่ดีควรหาโอกาสนอนราบชั่วคราว เพราะจะทำให้ คอไม่ต้องแบกน้ำหนักของศีรษะ

ข. กินยาแก้ปวด ถ้าปวดไม่มากอาจกินยาพาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือถ้าปวดมากให้กินแอสไพริน ขนาด 300 มิลลิกรัม 2-3 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยไม่เกิน 12 เม็ดต่อวัน ต้องกินยาพร้อมกันกับหรือหลังอาหารทันที อาจกินควบ กับยาลดกรด เช่น อัลมาเจล อะลัมมิลค์ ฯลฯ อาการปวดจะทุเลาลงภายใน 2 ชั่วโมง บางครั้ง กินยาเพียง 1-2 วัน อาการก็จะหายสนิท หายขาดได้

ค. การประคบด้วยน้ำแข็งหรือน้ำร้อนในระยะแรก อาจใช้น้ำแข็งทุบใส่ถุงพลาสติก ห่อผ้าขนหนูบริเวณที่ปวด หรือจะใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบประมาณ 10-15 นาทีก็ได้ จะบรรเทา อาการปวดได้

ง. การดัดยืดกระดูกคอด้วยตนเอง ใช้สองมือประสานกันที่บริเวณท้ายทอย ค่อยๆ ออกแรงดัดกระดูกคอในท่าก้มหรือดัดในท่าก้มร่วมกับบิดศีรษะไปในทิศทางที่หันไปไม่ได้เต็มที่ ทำเป็นจังหวะอย่างช้า ๆ จนรู้สึกเจ็บเสียวเล็กน้อย แล้วค้างไว้ประมาณ 30 วินาที ทำชุดละ 5-10 ครั้ง วันละ 3 ชุด ภายหลังการดัดยืดแล้วอาการเจ็บปวดจะลดลงการเคลื่อนไหวคอจะมากขึ้นแล้ว จะหายดีภายใน 3 วัน

จ. การใส่ปลอกคอ มักไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในรายที่ปวดมากจริงๆ กินยาแล้ว ยังไม่ทุเลาอาจทำปลอกคอง่ายๆ โดยใช้ผ้าขนหนูขนาดกลางพับเป็นแถบกว้าง 3-4 นิ้ว พันรอบ คอแล้วใช้เข็มกลัดซ่อนปลายกลัดให้แน่นพอที่จะก้มไม่ให้ก้มหรือตะแคงคอได้ แต่ต้องไม่แน่น มากจนอึดอัดหายใจไม่สะดวก การนวดหรือจิบเส้น ไม่แนะนำในระยะปวดเฉียบพลัน เพราะอาจ มีผลเสียทำให้ปวดมากและเรื้อรังมากขึ้นได้ปกติอาการมักจะหายภายใน 2-3 วัน ถ้าอาการทุเลา แต่ยังไม่หายสนิทให้กินยาแก้ปวดต่อไป และประคบด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นจัด วันละ 2-3 ครั้ง แล้ว ค่อยๆ เริ่มฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อคอหรือปรึกษาแพทย์และนักกายภาพบำบัดต่อไป

2. ผู้ที่ปวดคอเรื้อรัง มักพบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกคอเสื่อมและมีหินปูนงอกไป ระคายเคืองเส้นประสาท หรือผู้ที่ต้องทำงานใช้ศีรษะก้มๆ เงยๆ บ่อยๆ หรือผู้ที่ท่วงท่าของคอใน ชีวิตประจำวันไม่ค่อยถูกต้อง มักมีอาการปวดไม่รุนแรง เป็นๆ หายๆ ทำให้เกิดความรำคาญ เช่น เวลาก้มหรือเงย ตะแคงหรือเอี้ยวคอจะทำให้ไม่ได้เต็มที่ ปวดเมื่อยภายหลังการทำงาน ทั้งวัน ควรปฏิบัติดังนี้

ก. ถ้ามีอาการปวดมาก กินยาแก้ปวดแบบเดียวกันกับที่แนะนำไว้ในข้อ 1 ข.

ข. ถ้าอาการปวดไม่มากนักควรประคบด้วยน้ำแข็งหรือน้ำอุ่นเช่นเดียวกันกับข้อ 1 ค. บางครั้งการอาบน้ำอุ่นก็ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยได้

ค. ฝีกออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ใช้มือตนเอง ออกแรงต้านตามตำแหน่งต่างๆ ของ ศีรษะ โดยไม่ให้ศีรษะมีการเคลื่อนไหวตามทิศทางที่ออกกำลังกาย

ง. ผู้ที่มีหินปูนงอกกุดทับเส้นประสาทนั้น ให้สังเกตอาการของตนเอง กล่าวคือ จะมีอาการเจ็บปวดเสียวร้าวที่รุนแรงในขณะที่เคลื่อนไหวศีรษะในลักษณะเงยและเอียงมาจากด้านที่มีปัญหา เป็นผลทำให้ผู้นั้นไม่กล้าเคลื่อนไหวศีรษะในลักษณะเงยหน้า กรณีนี้ควรได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมด้วย โดยการถ่วงน้ำหนักดึงกระดูกคอ (รักษาที่สถานพยาบาล หรือนำอุปกรณ์ไปถึงคอที่บ้านตามคำแนะนำที่ถูกวิธีโดยนักกายภาพบำบัด น้ำหนักที่ใช้ถ่วงประมาณ 15-30 ปอนด์ ครั้งละ 15-30 นาที วันละ 1-2 ครั้ง) และการใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดจะทำให้อาการปวดบรรเทาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น หรืออาจใช้วิธีการเช่นเดียวกันกับข้อ 1ง. แต่ออกแรงดัดยึดในท่าก้มศีรษะเพียงทิศทางเดียวเท่านั้น

3. ผู้ที่ปวดคอ ปวดสะบัก จากสาเหตุกลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อโดยสังเกตอาการแสดงตามที่ได้อธิบายมาแล้ว ควรปฏิบัติดังนี้

ก. ประคบด้วยความร้อนชื้น บริเวณกล้ามเนื้อที่มีจุดกดเจ็บ นานครั้งละ 15-20 นาที วันละ 2-3 ครั้ง

ข. นวด ด้วยวิธีกดจุดที่บริเวณจุดกดเจ็บ โดยใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือกดลงอย่างช้าๆ นิ่งๆ หรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย จนกระทั่งรู้สึกว่ามีอาการปวดพอทนได้ กดค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนคลายสักครู่ แล้วออกแรงกดลงใหม่สลับกันไป รวมเวลานานครั้งละ 3-5 นาที ทำวันละ 1-2 ครั้ง ซึ่งการกระทำนี้อาจทำโดยตัวท่านเองหรือญาติพี่น้อง ที่สำคัญต้องกดให้ถูกกับจุดกดเจ็บ มิฉะนั้นแล้วจะไม่ได้ผล ถ้าทำถูกต้องจะหายดีภายใน 1 สัปดาห์

ค. การยืดกล้ามเนื้อ ท่านต้องทราบว่ากล้ามเนื้อมัดใดที่มีปัญหา โดยขอคำปรึกษาจากนักกายภาพบำบัดแล้วค่อยๆ ยืดเนื้อเยื่อไปตามความยาวของกล้ามเนื้อ ยืดค้างนาน 10-20 วินาที แล้วพัก ทำชุดละ 10 ครั้ง วันละ 2-3 ชุด

ง. หลีกเลี่ยงการใช้งานหลักของกล้ามเนื้อมัดที่มีปัญหา หรือท่าทางที่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้น

โรคปวดศีรษะหรืออาการปวดศีรษะ

การปวดศีรษะ เป็นอาการป่วยอย่างหนึ่งซึ่งแพทย์มักจะได้รับคำบอกเล่าจากคนไข้บ่อยที่สุด เป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยปราศจากโรคร้ายแรง แต่สามารถคุกคามต่อชีวิตประจำวันของมนุษย์ได้ (Diamond, Solomon, Freitag, 1989 :249) ปวดศีรษะ หมายถึง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับหน้าผากขึ้นไป อาจเป็นอาการตึงๆ หนักๆ มีนงงจนถึงปวดทั้งศีรษะ และมักจะรวมความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและต้นคอ อาการปวดศีรษะมีอยู่หลายชนิดและหลาย

รูปแบบ เป็นอาการแสดงของโรค แต่มีไข้ตัวโรคสามารถเป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงภาควิทยาศาสตร์ของโลหิต ความตึงเครียด อาการเกร็งของกล้ามเนื้อที่คอและศีรษะ การเปลี่ยนแปลงของสารฮอร์โมน ฯลฯ (ลีออน ไฮโดว. 2537 : 8) นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2533) ได้จำแนกสาเหตุของอาการปวดศีรษะไว้เป็นกลุ่มๆดังนี้

1. ปวดศีรษะจากเส้นเลือด (Vascular headache) เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงบริเวณศีรษะพบบ่อย ได้แก่ ไมเกรน (Migraine) กลุ่มอาการปวดศีรษะ (cluster headache) เป็นต้น

2. ปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว ความเครียด (muscle contraction headache, tension headache) เป็นอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุของการปวดศีรษะในประชาชนทั่วไป

3. ปวดศีรษะจากการบาดเจ็บของศีรษะ (headache associated with head trauma)

4. ปวดศีรษะจากความดันในสมองเพิ่มขึ้น (meningeal irritation type of headache)

5. ปวดศีรษะจากความดันในสมองเพิ่มขึ้น (increase intracranial pressure type of headache)

6. ปวดศีรษะจากการติดเชื้อ (headache associated with systemic or focal infection)

7. ปวดศีรษะจากโรคตา หู จมูก ฟัน และอวัยวะในช่องปาก เช่น คอหินเย็บพลัน ไพร่อกาศอักเสบเย็บพลัน เป็นต้น

8. ปวดศีรษะจากประสาทอักเสบ (cranial neuralgia) จะมีอาการปวดเฉพาะเหมือนถูกไฟดูดหรือถูกหลอดไฟเผา จะปวดช่วงสั้นๆ เป็นวินาทีในแต่ละครั้ง

9. ปวดศีรษะจากภาวะจิตใจ (psychogenic headache) เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ ไม่สามารถปรับชีวิตให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมได้

10. ปวดศีรษะจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะจากการไอ จากการได้รับยาบางอย่าง จากการขาดออกซิเจน เป็นต้น

กลไกการปวดศีรษะจากความเครียด

ความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ โดยเป็นสิ่งที่อยู่ในร่างกายและจิตใจเป็นเวลานานซึ่งจะกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวโดยตรง หรือกระตุ้นเส้นเลือดให้หดตัวในกรณีร่วมกับไมเกรน ซึ่งมีผลส่งเสริมให้การปวดศีรษะยังคงอยู่ต่อไป

อาการปวดศีรษะจากความเครียด เป็นอาการผิดปกติทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เนื่องจากความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาที่ปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Gannon et al. 1981 : 272) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตอารมณ์ โดยมีกลไก คือ สิ่งก่อความเครียด เช่น ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล

จะกระตุ้นประสาทการรับรู้ (sensory receptors) จะมีสัญญาณประสาทส่งผ่านไปยังสมองส่วนคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) ซึ่งทำหน้าที่แปลผลสิ่งก่อความเครียด และทำให้มีการตอบสนองทางด้านพฤติกรรม นอกจากนั้นบริเวณของด้านบนของสมองส่วนคอร์เทกซ์ มีการเชื่อมต่อกับระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่มีหน้าที่ตอบสนองต่อความเครียดทางด้านอารมณ์ และเชื่อมติดต่อกับ เรติคิวลาร์ฟอร์เมชัน (reticular formation) ซึ่งควบคุมระบบของการตื่นตัว ดังนั้น แรงกระตุ้นหรือสัญญาณประสาทจากสมองส่วนคอร์เทกซ์จะถูกส่งมายังระบบลิมบิกก่อให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ และส่งต่อไปยังไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ นอกจากนี้ไฮโปทาลามัสยังเชื่อมต่อกับต่อมพิทูอิทารี ซึ่งควบคุมการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (Boore, et al.1987 : 162)

ผลของความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์ ทำให้ร่างกายมีการเตรียมพร้อมโดยการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย และการกระตุ้นไฮโปทาลามัส กับต่อมพิทูอิทารีทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตขึ้นในเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อลายหดลง (Boore, et al. 1987:166) เมื่อกล้ามเนื้อลายหดตัวจะทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อนั้นถูกกดให้ตีบตันร่วมกับการหดตัวของหลอดเลือดเองด้วย ทำให้ปริมาณการไหลเวียนของโลหิตมายังกล้ามเนื้อดังกล่าวลดลงเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดลงไปด้วย ในขณะที่การเผาผลาญเพิ่มขึ้นเนื้อเยื่อของร่างกายจึงเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ยังผลให้มีการกรดแลคติกสะสมอยู่ในบริเวณกล้ามเนื้อ และเกิดภาวะกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ นอกจากนั้นเนื้อเยื่อที่ขาดออกซิเจนจะปล่อยสารแบรดีไคนินและฮิสตามีน ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (อุดม ปุณยทรัพย์. 2524 : 28)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าระบบลิมบิกมีหน้าที่ควบคุมด้านอารมณ์ ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้มีการตอบสนองทางด้านสรีระแล้ว ยังมีการกระตุ้นระบบลิมบิก ทำให้มีการตอบสนองในด้านอารมณ์ร่วมด้วย เช่น ความโกรธ ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นต้น (Boore, et al.1987:166) ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้นโดยที่ความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองโดยการเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นได้ และเมื่อเกิดความเจ็บปวดจะเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับโดยมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นผลให้ความเจ็บปวดยิ่งเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นก็มักทำให้เกิดความวิตกกังวล ถ้ามีมากการตอบสนองต่อความเจ็บปวดก็มากตามไปด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียดนั้น สิ่งแรกที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันทางจิตใจสูง หรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ไม่สงบสุขเป็นประจำมีการเกร็งของกล้ามเนื้อจนกลายเป็นพฤติกรรมที่ประพฤติดังนี้เป็นนิสัย และเมื่อมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลด้วยแล้ว กล้ามเนื้อที่เคยเกร็งก็จะถูกกระแทกกระเทือนได้ง่ายขึ้นไปอีก ทำให้อาการปวดศีรษะเพิ่มความรุนแรงขึ้น (วัลลภ ปิยะมโน

ธรรม. 2528 : 77) จะเห็นได้ว่าแต่ละองค์ประกอบ มีส่วนทำให้อาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นและเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ดังนั้นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดมีหลักการอยู่ที่ว่า การตัดวงจรใดวงจรหนึ่งมีผลลดความเจ็บปวดลงได้ (McCaffery. 1979 : 250) สำหรับการนัดเป็นการตัดวงจร A ตรงบริเวณ a ซึ่งจะช่วยให้หลอดเลือดไม่ตีบตันซึ่งจะส่งผลให้ไม่เกิดอาการปวดศีรษะ

โรคปวดศีรษะ (ลมปะกำ)

เป็นอีกโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในสภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน

ปวดศีรษะข้างเดียว มี 2 ชนิดคือ

1. ปวดศีรษะ มีอาการอาเจียนร่วมด้วยมักเป็นลมบ่อย ๆ รักษายาก
2. ปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียนร่วมด้วย

สาเหตุ เกิดจากมีเลือดแข็งตัวทำให้การส่งน้ำเลี้ยงขึ้นสมองไม่ได้มีอาการอาการปวดศีรษะข้างเดียว เป็นๆ หายๆ มีเหตุส่งเสริมให้เป็นหลายอย่าง เช่น ภาวะเครียด ในสตรีอาจมีอาการก่อนมีรอบเดือน

การรักษา นวดพื้นฐาน (นวดใต้หลังท่าหมุนตามเข็มนาฬิกา) เพื่อส่งน้ำเลี้ยงขึ้นสมอง นวดพื้นต่ำ กดจุดสัญญาณ 4 สัญญาณ 5 หลัง และสัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหลัง

คำแนะนำ 1. การพักผ่อนให้เพียงพอ

2. ลดความเครียด หากิจกรรมทำ
3. ออกกำลังกาย
4. การประคบน้ำร้อน

2. การนวดแบบราชสำนัก

การนวด ตามความหมายในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕ หมายถึง กิริยา ที่ใช้มือบีบหรือกดเพื่อให้คลายจากความปวดเมื่อยหรือเมื่อยขบ ดังที่ (กรรณิศรีเสริมวงศ์. 2542. 166-170) ดังนี้ การนวด เป็นการรักษาโรควิธีหนึ่ง ซึ่งมีผลทางการรักษาโรคบางโรคได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะโรคที่ไม่สามารถบำบัดได้ด้วยการใช้ยาและวิธีอื่นๆ การนวดจึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการรักษาโรคตั้งแต่อดีตมาจนปัจจุบัน

ในปัจจุบัน พอจะจำแนกประเภทของการนวดไทย ได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การนวดแบบเชลยศักดิ์ หรือเรียกว่า หมอนวด เชลยศักดิ์หมายถึงการนวดแบบสามัญชนทั่วไป มีการสืบทอดฝึกฝน แบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเหมาะสมกับชาวบ้านจะใช้นวดกันเอง โดยใช้มือและอวัยวะส่วนอื่น เช่น ศอก เข่า ส้นเท้า ฯลฯ หมอนวดแบบนี้ ไม่จำเป็นต้องศึกษาวิชาพื้นฐานทางการแพทย์ เช่น กายวิภาคศาสตร์ หรือสรีรวิทยาที่เป็นระบบ

2. การนวดแบบราชสำนัก เป็นศาสตร์และศิลปะที่ถ่ายทอดเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคที่เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากมีจุดประสงค์ในการรักษาโรค จึงต้องมีการคัดเลือกผู้ที่สืบทอด คือ มีคุณสมบัติพอเพียงในการรับวิชานี้ เช่น มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ ฐานบรรพชนนิยมประเพณี เป็นต้น

ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์ ผู้ก่อตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภักจ) ได้ตระหนักถึงภูมิปัญญาของแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแบบราชสำนัก จึงได้จัดหลักสูตรการนวดแบบราชสำนักเข้าเป็นวิชาเอกวิชาหนึ่งในหลักสูตรแพทย์อายุรเวท โดยท่านได้เชิญอาจารย์หมอนรงค์ศักดิ์ บุญรัตน์ศิริ ซึ่งเป็ปรมาจารย์ทางด้านการนวดแบบราชสำนัก มาถ่ายทอดวิชาให้ชนรุ่นหลัง ด้วยอุดมการณ์อันแน่วแน่ เพื่อบำบัดรักษาโรคแบบไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาอันประเสริฐ ให้ดำรงคงอยู่เป็นเอกลักษณ์ในสังคมไทยสืบต่อไปชั่วกาลนาน

การเรียนในชั้นปี 1 เป็นการสอนปูพื้นฐานในการนวด เช่นฝึกนิ้วให้มีกำลัง ฝึกการใช้องศา มาตราส่วนท่าทางในการนวด การแต่งรสมือซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ผลการรักษาจะมีคุณภาพและเอาชนะโรคได้ขึ้นอยู่กับ การนวดพื้นฐานขั้นนี้ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยติดรสมือด้วย

การเรียนในชั้นปีที่ 2 จะเป็นการสอนเน้นเรื่องสัญญาณต่างๆ ตามตำแหน่งของร่างกาย เช่น สัญญาณหลัง, ขา, แขน ฯลฯ สำหรับรักษาโรค ซึ่งได้วางไว้เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวสำหรับนวดเพื่อการรักษาโรคแบบราชสำนัก

การเรียนในชั้นปีที่ 3 สอนเรื่องเกี่ยวกับโรคต่างๆ สาเหตุการตรวจแยกโรค ซึ่งในชั้นนี้นักศึกษาจะได้ปฏิบัติการกับผู้ป่วยจริง ภายใต้การดูแลของอาจารย์

ประโยชน์ของการนวด

ในปัจจุบันการนวดได้รับความนิยม เพราะเมื่อได้รับการนวดแล้วทำให้สุขภาพดีขึ้น ดัง (กรูกร เจนพาณิชย์. 2534: 40-41) ได้อธิบายไว้ดังนี้

1. ผลของการนวดไทย

มีผลดีต่อทุกระบบร่างกาย

1.1 เพิ่มการไหลเวียน : เลือด น้ำเหลือง

1.2 เพิ่มการทำงานของ หัวใจ กล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบ สมอง ระบบ

ประสาท

1.3 ลดความเครียด ความกังวล

1.4 ลดการบีบเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบ และกล้ามเนื้อลาย

2. คนไข้ได้ผลดีทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะ

2.1 อาการปวดเมื่อยตามตัวหายไป

2.2 กินได้ – นอนหลับ – ผ่อนคลายทั้งตัว

2.3 รู้สึกแจ่มใส หายปวดหัว วิงเวียน

2.4 ดาสว่าง สดชื่น กระปรี้กระเปร่า

2.5 หายเหนื่อยเร็ว (หัวใจ ปอด)

2.6 ท้องเบาสบาย ไม่อึดอัด

2.7 หายใจเต็มอิ่ม มีความคล่องตัว

2.8 การนำ "นวดไทย" มาประยุกต์ใช้ (ยามจำเป็น ลงเนื้อขอบล่างยา)

2.9 การป้องกัน – กินไม่ได้ นอนไม่หลับ วิดกกังวล (เครียด) นวดถนอม

สายตา

2.10 การรักษาอาการ – ปวดเมื่อย ปวดหัว มึนงง วิงเวียน นวดรักษา

สายตา ฯลฯ

2.11 การรักษาสาเหตุ – ปวดข้อมือ ข้อไหล่ติด ตกหมอน หลังแข็ง ข้อ

แพลง ฯลฯ

2.12 การพิจารณาแยกโรค – ปวดท้อง แน่นอก หายใจขัด ตามมัวการ รักษาเร่งด่วน (ปัจจุบันพยาบาล) – ปวดกระเพาะ – ลำไส้ หอบเหนื่อย (หืด) ปวดหัวอย่าง รุนแรง (ความดัน ไม่เกรน) ฯลฯ

2.13 การฟื้นฟูสภาพ – เป็นโรคที่ทำให้ต้องนอนนาน ผู้ป่วยสูงอายุหลัง หายจากหวัด ลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ฯลฯ

2.15 การทำให้มีอายุยืน – ช่วยจัดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ เหมาะสม

ข้อสังเกต

- การใช้สมาธิร่วมด้วยจะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

- ควรอนุรักษ์การนวดไทยและพัฒนาด้วยการค้นคว้าวิจัยต่อไปให้ ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้น โรคที่พบบ่อยๆ ทางหัตถเวชกรรม (นวดรักษาโรค)

จะพบได้ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเหมือนๆ กัน เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ (โรงเรียนอายุรเวท. 2535:11-12) เขียนไว้ดังนี้

โรคปวดคอและบ่า (ลมปลายปัตคาศัญญาณ 4, 5 หลัง)

สาเหตุ เกิดจากลม น้ำ อากาศ และอิริยาบถในการทำงาน

อาการ ปวดตึงที่คอและบ่า มีอาการชาร้าวลงไปที่แขน ปวดศีรษะ

การตรวจ ให้ผู้ป่วยก้มหน้า เงยหน้า จะไม่ได้องศา คือ ก้มและเงยไม่ได้เต็มที่ เอียงคอชิดไหล่จะมีอาการปวดตึงคอ กล้ามเนื้อบ่าจะแข็งเป็นล่ำ

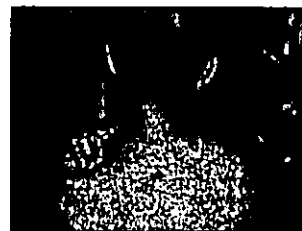
การรักษา นวดพื้นฐานบ่าจนกล้ามเนื้อหย่อนตัว แล้วจึงนวดจุด 4, 5 หลัง แล้ว กดจุดสัญญาณ 4 หัวไหล่

คำแนะนำ 1) ทำบริหาร ดึงขอบโตะ 3 จังหวะ

2) ประคบน้ำร้อน

2.1 การวัดตนเองแก้ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
ประกอบด้วยขั้นตอน ต่อไปนี้

1. วัดแนวพื้นฐานบ่าตั้งแต่ปุ่มกระดูกหัวไหล่ไปถึงต้นคอ แต่ละจุด นับ 1 ถึง 10 ขึ้น-ลง 15 นาที



2. กดแนวร่องไหปลาร้า 1 จุด นับ 1 ถึง 10 2 ครั้ง



3. วัดแนวพื้นฐานโค้งคอตั้งแต่ต้นคอไปถึงท้ายทอย โดยกดแนวขีดกระดูก แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10 ขึ้น ลง 5 นาที



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



- จุดที่ 2 รอยปุ่มใต้กะโหลกศีรษะข้างซ้าย



- จุดที่ 3 เหนือโหนก ข้างขวา



- จุดที่ 4 เหนือโหนก ข้างซ้าย



- จุดที่ 5 รอยปุ่มกึ่งกลางกะโหลกศีรษะ



3. การประคบด้วยน้ำร้อน

มนุษย์รู้จักการนำความร้อนมาใช้บำบัดร่างกายตั้งแต่อดีตกาล เช่น การอาบน้ำพุร้อน ช่วยรักษาอาการปวดเมื่อยที่เกิดจากการตรากตรำทำงานหนัก หรือช่วยบรรเทาอาการปวดข้อที่เกิดจากกล้ามเนื้อถูกใช้งานมากเกินไป (กันยา ปาละวิวัธน์. 2537 : 1-9) ดังกล่าวไว้ดังนี้

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. ความร้อนน้อยๆ มีผลต่อปลายประสาทสัมผัสทำให้รู้สึกสบายขึ้นลดความเจ็บปวด

ข้อควรระวัง

จากการทดลองพบว่า เมื่อให้ความร้อนรักษา ส่วนของแขนขา จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังระบบทางเดินอาหารลดลง และการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร ตลอดจน น้ำหลังต่างๆ น้อยลงด้วย เพราะฉะนั้นไม่ควรให้ความร้อนแก่ส่วนของแขนขาเป็นบริเวณกว้าง และนาน ภายหลังจากรับประทานอาหารใหม่ๆ เนื่องจากจะทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงานลดลง ทำให้เกิดท้องอืดท้องเฟ้อได้ สำหรับท่านชายคือ อย่าแช่ในน้ำอุ่นอุณหภูมิสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ท่านเป็นหมันชั่วคราวได้ เนื่องจากต่อมอัณฑะจะไม่ทำงาน เมื่ออยู่ในอุณหภูมิสูงกว่า 35 องศาเซลเซียสเป็นเวลานานๆ

ประโยชน์ของการประคบน้ำร้อน

คุณค่าของการประคบน้ำร้อนมี ดังนี้ (โรงเรียนอายุรเวท. 2535 : 23)

1. ลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
2. ทำให้กล้ามเนื้อคลายความเกร็งตัว
3. ลดการอักเสบต่าง ๆ
4. บรรเทาอาการปวด

ขั้นตอนเตรียมอุปกรณ์

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

วิธีการประคบน้ำร้อน

1. ต้มน้ำให้เดือดเทลงในขันอะลูมิเนียม หรือภาชนะที่เตรียมไว้
2. ใช้ผ้าขนหนูจุ่มน้ำเย็นบิดให้แห้งพอหมาด ๆ แบ่งผ้าออกเป็น 3 ส่วน
3. จุ่มผ้าส่วนที่ 1 ลงในน้ำร้อน แล้วพับผ้าเป็นรูปสี่เหลี่ยมแล้วนำผ้าไปประคบส่วน

ที่ต้องการ

4. ทำเหมือนข้อ 3 คือ จุ่มผ้าส่วนที่ 2, 3
5. ประคบน้ำร้อนแต่ละส่วนนาน 1 – 2 นาที ทำซ้ำกันจนกระทั่งน้ำเย็น 3 – 5 นาที

ข้อควรระวัง

1. อย่าให้ผ้าร้อนเกินไป จะทำให้บริเวณที่ถูกประคบความร้อนพอง ควรจะทดสอบกับท้องแขนก่อนประคบส่วนที่ต้องการ
2. ผู้เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ควรระมัดระวังให้มากอาจเกิดแผลพอง เพราะความรู้สึกลด

4. ทำกายบริหาร

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

1. การออกกำลังกายให้คอเคลื่อนไหวได้ดี

การออกกำลังกายที่จะกล่าวถึงนี้ แต่ละท่าทำ 5- 10 ครั้ง วันละ 2-3 เวลา

ก้มและเงยหน้า ค่อยๆ ก้มหน้าให้คางจรดกับอก แล้วเงยช้าๆ ให้มากที่สุด

ตะแคงซ้ายขวา หน้าตรงๆ ค่อยๆ ตะแคงซ้าย พยายามให้หูจรดไหล่ซ้าย โดยไม่ก้มไหล่ขึ้น กลับที่เดิม แล้วค่อยๆ ตะแคงให้หูขวาจรดไหล่ขวาในลักษณะเดียวกัน

หันหน้าซ้ายขวา หมุนศีรษะหันหน้าไปทางซ้ายช้าๆ โดยพยายามให้ปลายคางอยู่ในแนวเดียวกับไหล่ซ้ายแล้ว หมุนศีรษะกลับมาและไปยังด้านตรงข้ามเช่นกัน

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกายชุดนี้ ควรทำหลังจากท่านทำท่าออกกำลังกายชุด ก. ได้โดยไม่มีอาการเจ็บปวดปวดใดๆ มีวิธีการทำคล้ายคลึงกับชุด ก. เพียงแต่ให้ใช้มือด้านการเคลื่อนไหวของศีรษะในทิศทางตรงกันข้าม (แรงต้านพอประมาณ) เกร็งไว้ 5- 10 วินาที แล้วพัก แต่ละท่า ทำ 5-10 ครั้ง วันละ 2-3 เวลา

ก้มคอ ใช้มือกดที่หน้าผากด้านกับความพยายามที่จะก้มศีรษะลง

เงยหน้า เอาฝ่ามือประสานเหนือท้ายทอย กดมาด้านหน้า ขณะที่ทำพยายามจะเงยศีรษะไปข้างหลัง

ตะแคงคอ ใช้มือซ้ายวางที่ศีรษะเหนือหูซ้าย ด้านกับความพยายามที่ท่านจะตะแคงหน้าให้หูซ้ายไปจรดไหล่ ใช้มือขวาวางที่ศีรษะเหนือหูขวาทำแบบเดียวกัน

หันหน้า ใช้มือซ้ายออกแรงยันที่หน้าหูซ้ายขณะที่พยายามหันหน้าไปทางซ้าย แล้วทำสลับกันโดยใช้มือขวายันหน้าหูขวาขณะที่หันหน้าไปทางขวา

5. ทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย

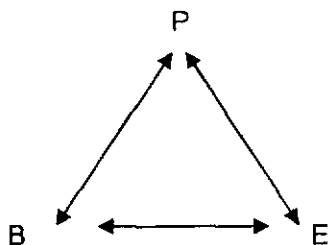
5.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

พัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันซึ่งได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ตามแนวทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner) ในระยะแรก แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีนี้มาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ได้ศึกษาและพัฒนาamadังแต่ปี ค.ศ. 1962 ต่อมาในปี ค.ศ. 1986 แบนดูราได้ขยายแนวคิดให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) แทน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539:47)

แบนดูรา (Bandura. 1977a:199-215) ได้ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่สำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ต้องการทราบว่า ต้องทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (Actually doing it)

พื้นฐานแนวความคิดที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา เชื่อว่า ในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง โดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล ผสมผสานกันจนยากแก่การตัดสินใจ พฤติกรรมนั้นๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงมีลักษณะความสัมพันธ์แบบกำหนด อาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ระหว่างตัวแปร 3 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor = P) ได้แก่ ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่น ๆ
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior Condition = B)
3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental Condition = E)



P = ปัจจัยส่วนบุคคล

B = เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม

E = เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม

ภาพประกอบ 2 โครงสร้างความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่อาจมีอิทธิพลไม่เท่าเทียมกัน หรือเกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไปมีผลในการกำหนดปัจจัยอื่น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 49; อ้างอิงจาก Bandura. 1989)

5.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ
แบนดورا เน้นแนวคิด

3 ประการ คือ

5.2.1 การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)

5.2.2 การกำกับตนเอง (Self-Regulation)

5.2.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

5.2.1 การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)

การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนนั้น เกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจากสื่อต่าง ๆ ก็สามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกให้คนส่วนมากได้พร้อม ๆ กัน

หน้าที่ของตัวแบบ

(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539:51; อ้างอิงจาก Fischer & Gochros. 1975; Ross. 1981) ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. สร้างพฤติกรรมใหม่ กรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบ ยังไม่เคยได้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนในอดีต

2. เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น กรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีต ตัวแบบจะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สังเกตพยายามพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้น

3. ยับยั้งการเกิดพฤติกรรม กรณีที่ผู้สังเกตมี หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตัวแบบจะช่วยให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

ประเภทของตัวแบบ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิบัติสัมพันธ์โดยตรง

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน วิดีทัศน์

3. ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction) ได้แก่ หนังสือ ตำราต่าง ๆ

กระบวนการของการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 51 - 53; อ้างอิงจาก Bandura. 1989) ดัง (ภาพประกอบ 3) คือ

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

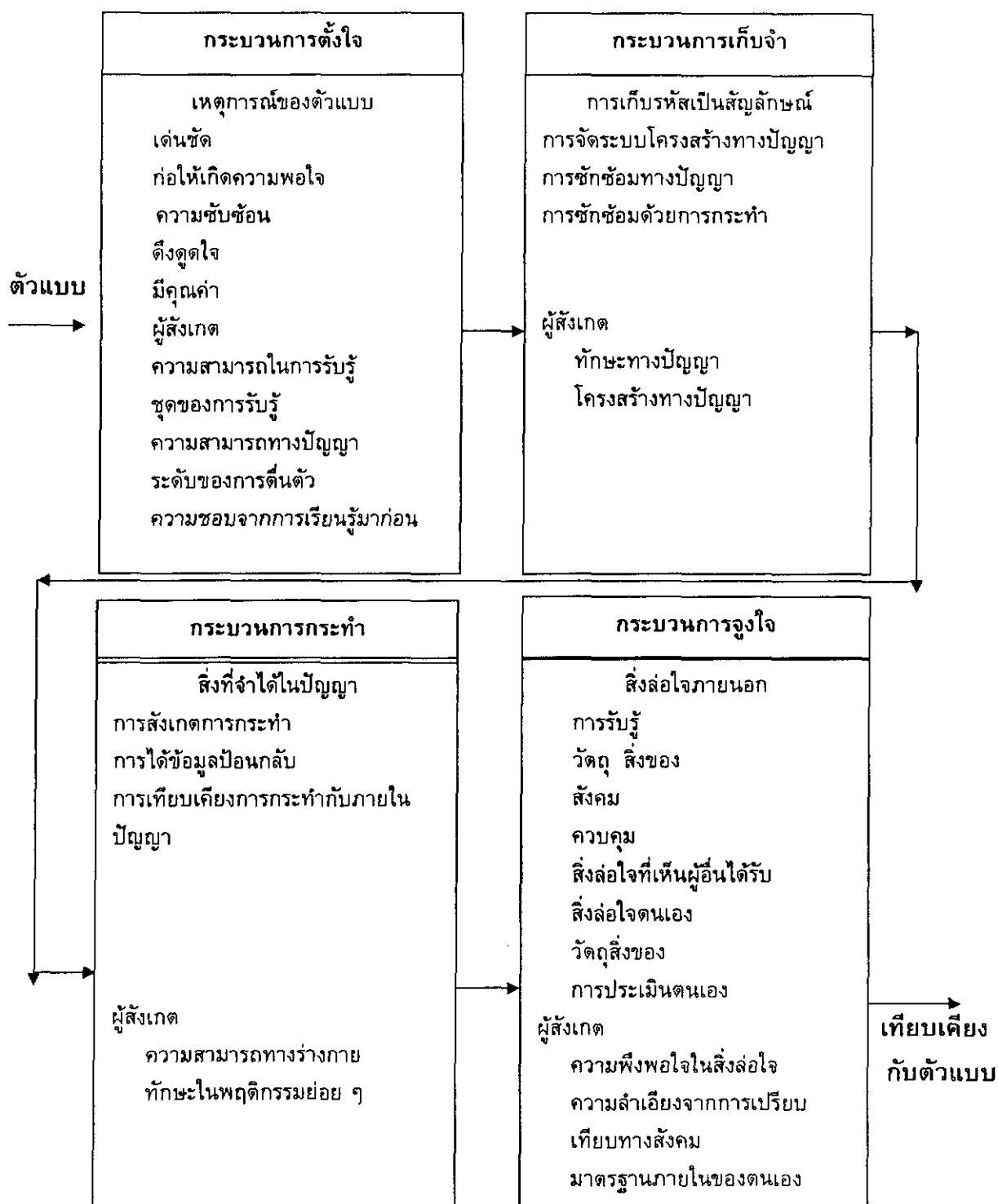
1.1 องค์ประกอบของตัวแบบ พบว่า ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้น ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงนั้น ควรมีคุณค่าในการใช้ ประโยชน์ด้วย

1.2 องค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ รวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการ ตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) ผู้สังเกตจะได้รับอิทธิพล ถ้าสามารถ จดจำลักษณะของตัวแบบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักข้อมลักษณะของตัวแบบที่ สังเกตในความคิดของตนเอง การชักข้อมด้วยการกระทำ ความสามารถทางปัญญาและ โครงสร้างทางปัญญา

3. กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลง สัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของ ตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง การเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่ จำได้ และลักษณะของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยๆ ต่างๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดง พฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ ซึ่งประกอบด้วยสิ่งล่อใจจากภายนอก ซึ่ง ต้องกระตุ้นการเรียนรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมซึ่งอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ หรือ การประเมินตนเอง และผู้สังเกตมีความพึงพอใจในสิ่งล่อใจนั้น



ภาพประกอบ 3 กระบวนการของการเรียนรู้จากการสังเกต
(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539:53)

5.2.2 การกำกับตนเอง (Self-Regulation)

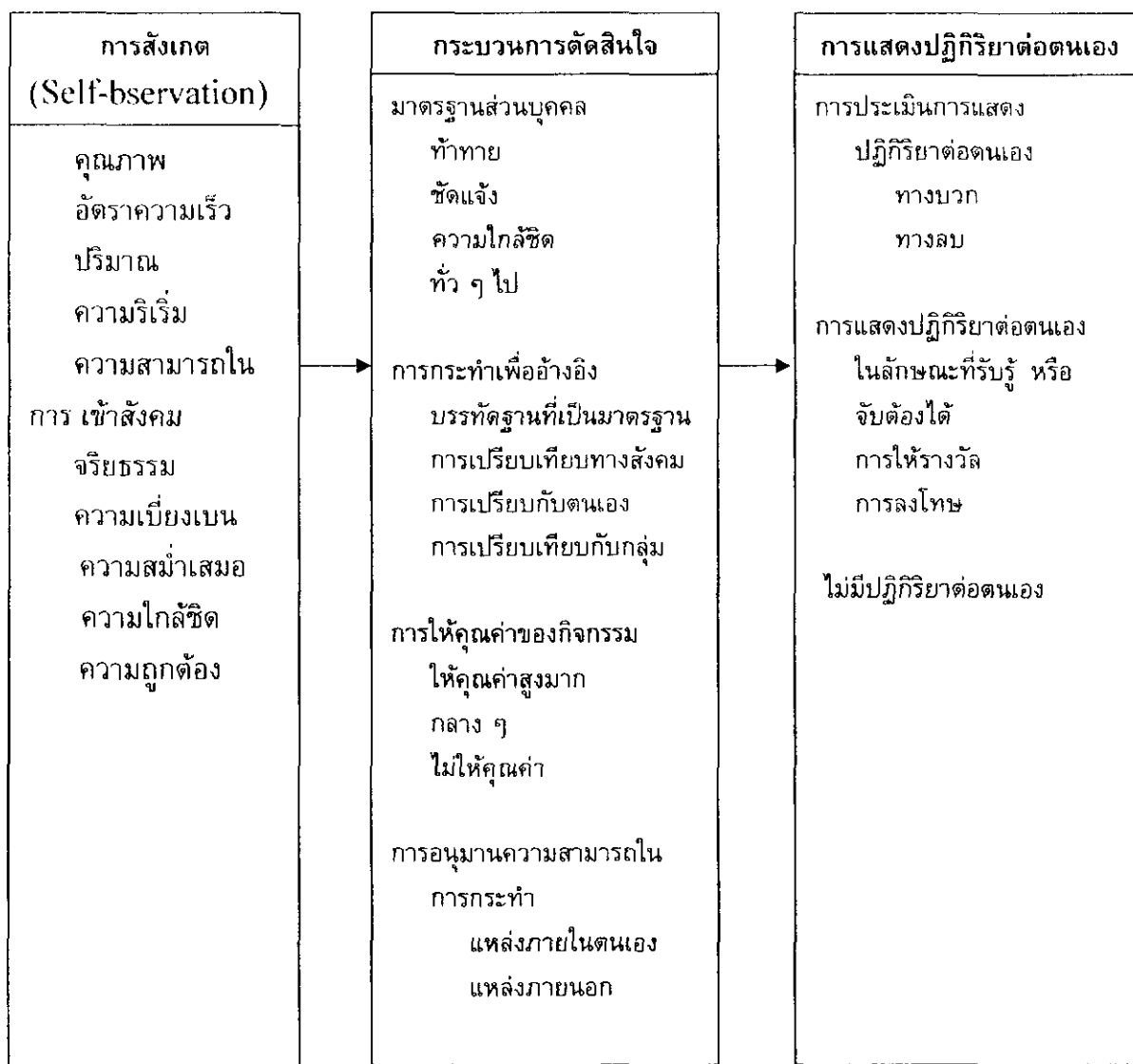
การกำกับตนเอง เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งที่แบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 54; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ นอกจากเป็นผลของการเสริมแรง และการลงโทษจากภายนอกแล้ว มนุษย์ยังสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุมความคิดความรู้สึก และการกระทำของตนเองได้ ความสามารถนี้เรียกว่า การกำกับตนเอง

กระบวนการของการกำกับตนเอง ต้องได้รับการฝึกฝน และพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังต่อไปนี้ (ภาพประกอบ 4)

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation) จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเองคือ บุคคลจะต้องรู้ว่า กำลังทำอะไรอยู่ ในกระบวนการสังเกตมีข้อควรพิจารณา 4 ด้าน คือ การกระทำ ความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้อง

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process) ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลทันที บุคคลจะสนองตอบต่อกระบวนการตัดสินนั้น ขึ้นอยู่กับการอนุมานสาเหตุในการกระทำ และจะรู้สึกภูมิใจ ถ้าการประเมินความสำเร็จนั้นมาจากความสามารถและการกระทำของเขา ในขณะที่เดียวกันก็จะรู้สึกไม่พึงพอใจ ถ้าการกระทำใด ๆ ของเขาต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมิน และทักษะในการตัดสินนั้น นำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจ ในการนำไปสู่ผลทางบวก ส่วนมาตรฐานภายในบุคคล จะทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ให้บุคคลระดับการแสดงผล และเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐาน

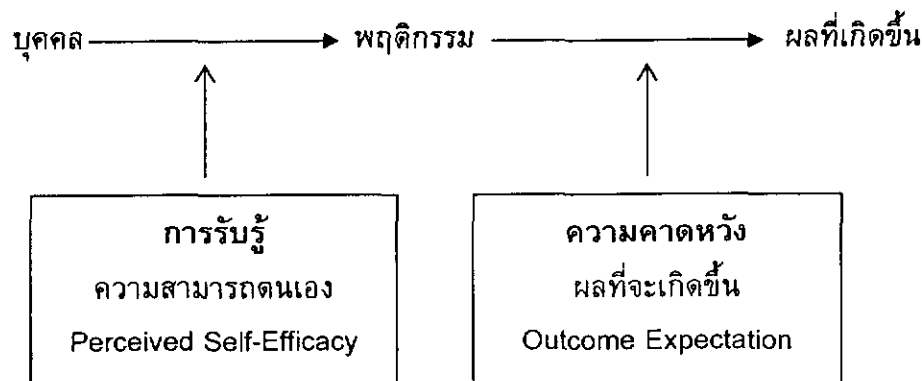


ภาพประกอบ 4 กระบวนการกำกับตนเอง
 (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 55; อ้างอิงจาก Bandura. 1986)

5.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

ในระยะแรกแบนดูรา เสนอแนวคิดความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) หมายถึง ความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura.1977a:193-194) ต่อมา แบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 57; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง(Perceived Self-Efficacy)ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำ พฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล แบนดูราเชื่อว่า ความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือถ้าบุคคลเชื่อว่า ตนมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศหาไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 58; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)เป็นการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับ ผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำ พฤติกรรมดังกล่าว ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 5 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น

(Bandura. 1977 :193-194)

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม ของบุคคลนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ และถ้าเราสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้ว พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรม ได้ดีกว่าความคาดหวังในผลการกระทำ

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะ ทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 58; อ้างอิงจาก Bandura. 1978)

วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบนดูรา (Bandura) ได้เสนอแนะไว้ 4 วิธี คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539: 59 - 60; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้นการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอ ที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ ว่า เขามีความสามารถจะกระทำได้ ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบ แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าผู้สังเกตก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

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

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

5.3 วิธีทางสุขศึกษา (Methods of Health Education)

สุขศึกษาหมายถึงกระบวนการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มคนต่างๆ เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งทางกายและจิตใจ การปรับตัวให้ยอมรับสภาวะเจ็บป่วยและการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย มิให้กลับซ้ำด้วยโรคเดิม (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. 2539:2)

วิธีการทางสุขศึกษา เป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไป(บุญยง เกี่ยวการค้า. 2535:37) วิธีการทางสุขศึกษาเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะความรู้วิชาสุขศึกษารวมเอาข้อเท็จจริง หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของชีวิตมนุษย์เข้าด้วยกัน เป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์สาขาหนึ่งที่ต้องอาศัยความรู้จากวิชาสังคมวิทยา จิตวิทยา วิทยาศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มาใช้ประสมประสานกันเป็นการเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อที่จะถ่ายทอดความรู้ ข้อเท็จจริง แนวคิดหลักการที่ถูกต้องและเหมาะสมทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่แท้จริงอันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ไม่ชอบให้เป็นชอบ จากสิ่งที่ทำไม่ได้เป็นทำได้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี (สุรีย์ จันทรโมลี. 2525:2-3)

5.3.1 การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิค กระบวนการกลุ่ม (วินิจ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล. 2522:135; Redma. 1980:1220) เป็นวิธีการหนึ่งที่นิยมกันมากสามารถใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา ทุกระดับอายุ เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัวหรือคำตอบที่แน่นอน การประชุมจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มแสวงหาข้อเท็จจริงแยกแยะความเข้าใจของตนเอง นอกจากนี้การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่ทุกมุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527:100-101)

การอภิปรายกลุ่ม หมายถึง การประชุมพิจารณาหรืออภิปรายกันระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมกันอภิปรายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนใจหรือมีประโยชน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถูกนำมาใช้อย่างมากในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ได้เข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ สมาชิกให้ความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มยังช่วยฝึกให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การเข้ากับสภาพแวดล้อม สิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน อิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 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 ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มอภิปรายและมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นสมาชิกจำนวน 6-12 คน ทุกคนร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนปัญหาและอาการของแต่ละคน ซึ่งวัตถุประสงค์ของการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ มีความเข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น แก้ไขปัญหาร่วมกัน ตลอดจนการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดเห็นของตนเองและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้อิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยการยอมรับและสมัครใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวรต่อไป

5.3.2 การสาธิต (Demonstration)

การสาธิตเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่ง ที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการแนวทางการปฏิบัติ หรือกระบวนการที่ทำที่ถูกต้อง โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิตมีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสอนแบบสาธิตมีความหมายหลายประการ เช่น

การสอนแบบสาธิต มุ่งเน้นให้เห็นทักษะการใช้มือในการทำการสาธิตยังรวมทั้งการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ ประกอบการสาธิตรวมทั้งการฉายภาพยนตร์ สไลด์ ประกอบ

การสาธิต หมายถึง การสอนโดยมีการอธิบายประกอบการใช้เครื่องมือ วัสดุ โดยมีผู้เรียนคอยดู เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตโดยทั่วไป ครูหรือวิทยากรจะแสดงให้เห็นก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครูหรือผู้สังเกต

การสาธิตคือการเตรียมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอน การตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

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

การสาธิต (จินตนา.2539:36) หมายถึงการแสดงการทดลองหรือการทำให้ดูวิธีการสอนแบบสาธิตเป็นวิธีสอนที่จะช่วยให้นักเรียนเกิดความเข้าใจในการเรียนรู้ได้รวดเร็ว และเมื่อผลสัมฤทธิ์ได้ดีกว่าวิธีการสอนแบบอื่น ๆ อีกหลายวิธี

การสาธิตเป็นการแสดงโดยผู้สอนให้ผู้เรียนได้เห็นสภาพการณ์ที่แท้จริงโดยแสดงให้เห็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ การใช้เครื่องมือหรือการทดลองต่าง ๆ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองทำตามที่เราเรียนรู้อา ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ไว้ให้พร้อม
2. ผู้สาธิตหรือผู้สอนจะอธิบายหรือชี้แจงหลักการ วิธีการและขั้นตอนการสาธิตให้ผู้เรียนรู้อ่อนทำการสาธิต
3. ระหว่างการสาธิต ผู้สาธิตหรือผู้สอนอาจบรรยายหรืออธิบายไปด้วย เพื่อให้ผู้เรียนทำความเข้าใจรายละเอียดต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น และผู้เรียนอาจซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมในระหว่างนี้ด้วย
4. หลังการสาธิตควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติบ้าง เพื่อทดสอบว่ามีความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ หรือเปิดอภิปรายแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ได้ดูไปแล้ว

ข้อดีของการสาธิต

1. การแสดงให้เห็นจริงที่ละขั้นตอน สามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจและเชื่อได้มากกว่าการฟังหรือการอ่าน
2. สามารถนำของจริงหรือรูปจำลองมาแสดงให้เห็นได้
3. ขั้นตอนต่างๆ ของการทดลอง สามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งบางตอนอาจแสดงให้ดูอย่างละเอียดได้ หรืออาจจะทำซ้ำเมื่อจำเป็น

4. การแสดงให้เห็นด้วยข้อเท็จจริง รวมทั้งการได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเองจะมีส่วนช่วยให้เกิดความสนใจและตั้งใจให้อยากทดลองปฏิบัติตามแนวใหม่

5. เทคนิคการสาธิตนี้สามารถใช้ได้กับผู้เรียนทุกประเภททุกระดับ

ข้อจำกัดของการสาธิต

1. ใช้เวลาในการเตรียมและชักซ้อมข้อมูลอย่างระมัดระวังเป็นอย่างมากเพื่อให้แน่ใจว่าการแสดงนั้นถูกต้องสมบูรณ์

2. การสาธิตไม่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนจำนวนมาก เพราะจะไม่สามารถเห็นการสาธิตได้อย่างชัดเจน

3. หากไม่มีการแนะนำหรือชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ดีพอ ผู้เรียนอาจมองข้ามจุดสำคัญของการแสดงไปได้

4. เทคนิคอาจใช้เนื้อหาสาระบางเรื่องเท่านั้น ซึ่งไม่อาจใช้ได้กับทุกเรื่องและทุกประเภทได้ ผู้วิจัยได้นำวิธีการสาธิตมาใช้ในการบริหารกล่อมเนื้อต้นขา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

5.3.3 การบันทึกพฤติกรรม

การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-Monitoring) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรงวิธีหนึ่งโดยการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้สังเกตจะไม่ตีความหรือแสดงความคิดเห็นใดๆ ทั้งสิ้น การนำเอาการบันทึกพฤติกรรมตนเองมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปฏิบัติการตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้ จะเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมได้ และมีประโยชน์อย่างมากในการประเมินและใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากการรวบรวมข้อมูลเส้นฐาน (baseline) หรือข้อมูลก่อนการดำเนินการปรับพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539:62-86)

ประโยชน์ของการบันทึกพฤติกรรม

1. การบันทึกพฤติกรรมอย่างถูกต้อง แม่นยำ จะทำให้นักพฤติกรรมสามารถเห็นได้ชัดว่า โปรแกรมที่เขากำลังทำอยู่นั้น ได้ผลในทางใด โดยที่อาจเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปรารถนา หรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับโปรแกรมที่เขากำลังทำอยู่

2. เป็นการรวบรวมข้อมูลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และวิธีการปรับพฤติกรรมที่ได้ผลและไม่ได้ผลอีกด้วย

3. ผลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น อาจนำมาใช้เป็นตัวเสริมแรงได้

4. การบันทึกพฤติกรรม ทำให้ผู้บันทึกเห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น

5. ทำให้ผู้ที่ต้องการจะปรับพฤติกรรม มีทัศนคติที่ดีต่อโปรแกรมการปรับพฤติกรรม เพราะตนเองรู้ว่าพฤติกรรมของตนนั้นกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึกการควบคุมอาหาร และการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาไว้ในโปรแกรมสุขภาพ เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และจำนวนครั้งของการปฏิบัติตัวซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

5.3.4 การกระตุ้นและการเตือน (Prompts and Reminders)

การกระตุ้นและการเตือน เป็นกลวิธีหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม มีคำถามว่า : อะไรคือสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนา ซึ่งแรงเสริมกำลังสามารถจะถูกจัดทำให้เกิดขึ้น แล้วทำให้พฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้นในอนาคตโดยทั่วไปแล้วการเตือนให้ทำพฤติกรรม (อาจจะทำโดยบุคคลนั้นเองหรือโดยคนอื่นที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น) จะทำหน้าที่เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา โดยการเตือนบุคคลให้เริ่มทำพฤติกรรมนั้น หรืออาจจะเรียกว่าทำให้พฤติกรรมนั้นแฝงอยู่ในตัวเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536:196) การเตือนหรือการบอกนี้ อาจจะเกิดขึ้นในรูปของ การเตือนจากบุคคลอื่น เช่น การโทรศัพท์เตือนจากคลินิกที่นัดคนไข้ การส่งไปรษณีย์หรือบัตรเกี่ยวกับการไปรับยาเพิ่มเติม หรืออาจจะเป็นการเตือนโดยการเขียนข้อความคำเตือนจากบุคคลนั้นเอง การติดคำขวัญไว้ที่ตู้เย็นว่า “สิ่งที่เกิดขึ้นที่ปากของท่าน จะไปอยู่ที่สะโพกตลอดไป” จะเป็นการเตือนให้บุคคลไม่รับประทานของจุกจิก การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือการเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องจะเกิดการเสริมกำลัง และเพิ่มความบ่อยมากขึ้น

การเตือนได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง เพื่อเพิ่มการมาตามนัดของคนไข้ พบว่าการส่งไปรษณีย์บัตรไปเตือนผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงในคลินิกโรคเด็ก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536:197; อ้างอิงจาก Shepard & Moseley. 1976; Meller & Anderson. 1976 และคลินิกโรคหัวใจ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536:197; อ้างอิงจาก Cook, Morch, & Noble, 1976) การเตือนโดยการโทรศัพท์ พบว่า มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536:197; อ้างอิงจาก Shepard & Moseley. 1976) ในคลินิกคนไข้โรคเรื้อรัง พบว่า การส่งคำเตือนโดยการเขียนจดหมาย หรือการโทรศัพท์สามารถทำให้จำนวนคนไข้ที่มาตามนัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.25 (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536:197; อ้างอิงจาก Brigg & Mudd.1988; Mechaber, Charney & Coulter. 1974) เมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการนัดคนไข้ครั้งหนึ่งๆ รวมทั้งเวลาของแพทย์ด้วยแล้ว การป้องกันไม่ให้คนไข้ผิดนัดจึงเป็นวิธีการที่มีความสำคัญ และมีผลต่อค่าใช้จ่ายอย่างมาก และยังพบว่าการเตือนช่วยปรับปรุงการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536:197; อ้างอิงจาก Lima et al., 1976) การเตือนโดยการโทรศัพท์จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวลใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ค่อย

แนใจเกี่ยวกับคำสั่งในการรักษาพยาบาล หรือเกี่ยวกับการนัดให้มาพบแพทย์อีก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534:165; อ้างอิงจาก Brigg & Mudd. 1988)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ประโยชน์บัตร และจดหมายข้อความส่งถึงผู้ป่วยโรค ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ เพื่อให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง และให้มาเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาตามนัด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

แมคคอบเลย์ และ จาคอบสัน (McAuley and Jacobson.1991 : 185 – 191) ได้ศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายแรงจูงใจของตนเอง (Self – Motivation) และน้ำหนักของร่างกาย ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบแอโรบิคเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในหญิงที่มีอาชีพต้องทำงานนั่งอยู่กับโต๊ะ จำนวน 58 คน จากการศึกษาพบว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคคล

แฮมมิลล์ และคณะ (Hamill, et al. 1995) ได้ศึกษาผลของการใช้วิธีทางกายภาพบำบัด หลายๆ วิธี ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด โดยการกำหนดโปรแกรม ให้ได้แก่การฝึกการทรงตัว การออกกำลังกายและการนวด โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึก 1 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าระดับความรุนแรง และความถี่ของอาการปวดศีรษะจากความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิน และวอร์ด (Lin & Ward. 1996 : 299 – 310) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ ในการเผชิญกับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยปวดหลัง นานเกิน 6 เดือน อายุ 18 ขึ้นไป จำนวน 85 คน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ มากที่สุดคือ การรายงานอาการปวด (reported pain) การใช้ยาแก้ปวด การเพิ่มระดับของ กิจกรรม และการแสวงหาข้อมูลความรู้ (self statement) สำหรับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคะแนนความเจ็บปวด และสัมพันธ์ทางบวกกับความพยายามเผชิญปัญหา และพบว่า ความพยายามที่เผชิญปัญหา เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดผลของการรับรู้ความสามารถในผลลัพธ์ของความเจ็บปวด ส่วนระดับความทุกข์ทรมาน ไม่ช่วยให้เกิดผลนี้และความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพยายามในการเผชิญปัญหา

ฮูลมีย์ และคณะ (Hulme, et al. 1999) ได้ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (laparoscope) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าหลังผ่าตัด

ร่วมกับการได้รับยาแก้ปวดตามปกติ มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเพียงอย่างเดียว

นิซอล และคณะ (Nixon, et al. 1997) ได้ศึกษาผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้วิธีนวดแบบสวีดิช (swedish massage) ให้กลุ่มทดลองภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในประเทศ

กรงไกร เจนพาณิชย์ และประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา(2524 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการนวดแบบเดิมของไทยต่อระบบไหลเวียนเลือด โดยนวดบริเวณขาขวาให้อาสาสมัครจำนวน 45 ราย แล้วเปรียบเทียบอุณหภูมิของขาขวาที่ทำการนวด กับอุณหภูมิบริเวณผิวหนังของขาซ้ายที่ไม่ได้นวด พบว่า อุณหภูมิของผิวหนังของหลังเท้าขวาที่ทำการนวด กับอุณหภูมิของหลังเท้าซ้ายที่ไม่ได้นวดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ภายหลังนวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

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

ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล และชลดา เจริญลาภ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นกรณีศึกษา จำนวน 3 รายพบว่า การนวดทำให้ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างลดลง

อุไร นิโรชนันท์ (2539:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการนวดต่อความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งเปรียบเทียบกับการรักษาแผนปัจจุบันตามปกติพบว่าระดับความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจวรรณ วีระเทอดตระกูล (2539:บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลการนวดร่วมกับการบริหารคออย่างมีแบบแผนต่อระดับการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะหงน พบว่า

1. ผู้ป่วยภายหลังได้รับการนวดและการบริหารคออย่างมีแบบแผน มีระดับการปวดศีรษะน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่เวลา 10, 30, 45, 60 และ 6 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยภายหลังได้รับการนัดและการบริหารคออย่างมีแบบแผนที่เวลา 10, 30, 45, 60 นาที และ 6 ชั่วโมง มีระดับการปวดศีรษะน้อยกว่าก่อนได้รับการนัด และการบริหารคออย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผู้ป่วยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติที่เวลา 10, 30, 45, 60 นาที มีระดับการปวดศีรษะเท่ากับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนที่เวลา 6 ชั่วโมงระดับการปวดศีรษะน้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

กชกร สมมั่ง (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ การรับรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ได้

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการนัดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าอาการปวดศีรษะและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะ อัตราการหายใจ ภายหลังได้รับการนัดไทยน้อยกว่าก่อนได้รับการนัดไทย อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก ภายหลังได้รับการ นวดไทยน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อน และหลังได้รับการนวดไทย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรณู มีชนะ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการ ใช้ยาพาราเซตามอล ในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดพบว่าในกลุ่มนวด ไทยประยุกต์สามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถเปลี่ยน แปลง ผลต่างของค่าความดันซิสโตลิกได้ เช่นเดียวกับสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลัง นวด 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 อีกทั้งพบว่าการนวดไทย ประยุกต์ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้มากกว่าการใช้ยาพาราเซตามอลในทุกช่วงเวลาอย่างมี นัยสำคัญ

นาดยา เกรียงชัยพฤษ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความ คาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ การคลายเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย ในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับ การให้สุขศึกษาตามปกติในกลุ่มควบคุมซึ่งมีขั้นตอนการดำเนิน การศึกษาดังนี้

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

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 8,137 คน (สถิติเวชระเบียน ปี พ.ศ. 2544)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 60 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และมารับการรักษาตามนัดทุกราย ในช่วงที่ทำการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษา แล้วจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คนแรกที่มาได้รับการรักษาเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการแนะนำจากนักศึกษาที่ลงฝึกปฏิบัติงาน

2. คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ด้านคอและศีรษะ 30 คน ต่อมาเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

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	O ₃
กลุ่มควบคุม	O ₄	~X	O ₅	O ₆

โดยกำหนดให้

O₁, O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

O₂, O₅ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 1 (Post-test) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

O₃, O₆ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 2 (Post-test) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

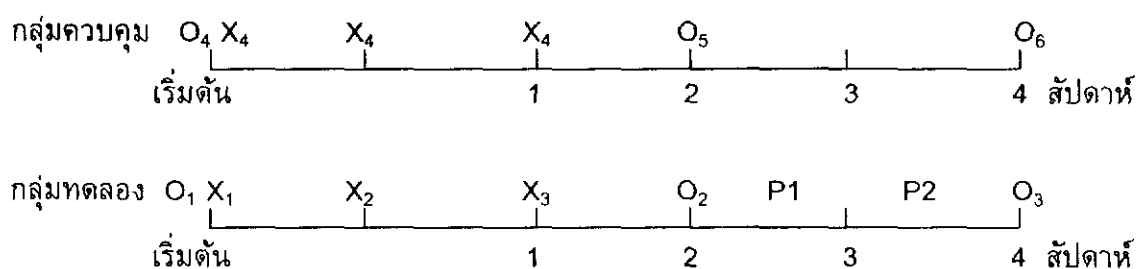
X หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการอธิบายกลุ่มย่อย

~X หมายถึง การสอนสุขศึกษาตามปกติ

ภาพประกอบ 7 รูปแบบการวิจัย

แผนการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าใช้เวลาในการทดลอง กลุ่มละ 4 สัปดาห์ รวม 8 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังภาพ



O₁ O₄ หมายถึง การวัดผลก่อนการทดลอง

O₂ O₅ หมายถึง การวัดผลหลังการทดลอง ครั้งที่ 1

O₃ O₆ หมายถึง การวัดผลหลังการทดลอง ครั้งที่ 2

เพื่อจะทดสอบว่า ผู้ป่วยได้กลับไปกิจกรรมอยู่หรือไม่

X₁X₂ X₃ หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองครั้งที่

1,2 และ 3

ครั้งที่ 1 X₁

กิจกรรม ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. สอนสุขศึกษาเรื่องโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
3. สาธิตและฝึกปฏิบัติการนวดแบบราชสำนักเพื่อช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 1
4. สาธิตและฝึกปฏิบัติประคบด้วยน้ำร้อน
5. แจกคู่มือการปฏิบัติตัว
6. แจกสมุดบันทึกพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 X₂

กิจกรรม ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่มการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและประเมินแบบบันทึกพฤติกรรม
2. ฝึกปฏิบัติซ้ำ นวดแบบราชสำนักและประคบน้ำร้อน
3. สาธิตและฝึกปฏิบัติท่ากายบริหาร

ครั้งที่ 3 X₃

กิจกรรม ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่มและประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติ
2. ฝึกปฏิบัติซ้ำ นวดแบบราชสำนัก ประคบน้ำร้อนและท่ากายบริหาร

X₄ หมายถึง การรักษาตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการนวดแบบราชสำนัก

การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร

P1, P2 หมายถึง การกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ โดยใช้จดหมาย

ภาพประกอบ 8 แผนการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมสุขศึกษาแบบอภิปรายกลุ่มย่อยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1.1 ประเด็นอภิปรายกลุ่ม เป็นแผนการสอนแบบกลุ่มย่อยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเอง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ในการทดลองจะทำเป็นกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง มีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อย จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 วัน ตัวอย่างเช่น ครั้งที่ 1 วันอังคาร ครั้งที่ 2 วันศุกร์ และครั้งที่ 3 วันอังคาร การดำเนินงานการอภิปรายกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ ต่อเนื่องกัน เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มสมาชิก และสมาชิกด้วยกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาในการอภิปรายกลุ่ม และหัวข้อในการอภิปรายกลุ่มใช้เวลา 10–15 นาที

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความรู้สึกและความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วย พร้อมกับร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ผู้วิจัยเป็นผู้คอยกระตุ้นโดยการสร้างคำถามนำเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงความคิดของผู้ป่วยตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบข้อสงสัยพร้อมกับให้ความรู้และคำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาในกลุ่ม เมื่อสิ้นสุดระยะนี้สมาชิกสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับ

การรักษาและแนวทางการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเอง ตลอดจนบอกแนวทางการดูแลตนเอง ขณะรับการรักษาและภายหลังการรักษา ใช้เวลาประมาณ 40-45 นาที

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากการ อภิปรายกลุ่ม ประเมินจากการที่สมาชิกกลุ่มแสดงออกถึงความพึงพอใจที่ตนเองได้เข้าร่วมกลุ่ม รู้สึกสบายใจหรือมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น และให้คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองขณะ ได้รับการรักษาไปอ่านทบทวนที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

1.1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และบรรเทาอาการปวด ปา ตันคอ และศีรษะ

1.1.3 แบบบันทึกประจำวัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและบรรเทาอาการ ปวดปา ตันคอและศีรษะ

1.1.4 จัดหมายเพื่อกระตุ้นเตือนและนัดเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาครั้งต่อไป

1.1.5 บัตรนัดการเข้าร่วมกิจกรรม

การสร้างโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาจากตำราการวัดและประเมินผล

ทางสุขศึกษา

3. สร้างแบบอภิปรายกลุ่มย่อย คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดปาดันคอและศีรษะ และแบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน

4. นำเครื่องมือให้ประธานและคณะกรรมการควบคุมปริณยานิพนธ์พิจารณา และทำการ ปรับปรุงแก้ไข

5. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความชัดเจน เกี่ยวกับการใช้ ภาษาความถูกต้องเหมาะสมของแนวคิดในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย

การหาคุณภาพของโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยที่สร้างขึ้น ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพภูมิลาเนา ระดับการศึกษา รายได้ กิจกรรมที่ทำ โรคประจำตัว อาการสำคัญ ระยะเวลาของโรค ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert มี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวนชุดละ 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบพฤติกรรม การดูแลตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 14 ข้อ

การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาตำราและเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ การดูแลตนเอง และทฤษฎีความสามารถตนเอง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือ ดำเนินการวัดผลการศึกษาและประเมินผลทางสถิติ

3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการปฏิบัติและพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบพิจารณา และนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์-ศิริราช จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

6. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

7. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเพื่อนำมาใช้จริง

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

การแปลความหมาย

1.00-1.66 หมายถึง คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังไม่ดี

1.67-2.33 หมายถึง คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังพอใช้

2.34-3.00 หมายถึง คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังดี

2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	0	คะแนน

การแปลความหมาย

0.00-0.66 หมายถึง คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองควรปรับปรุง

0.67-1.33 หมายถึง คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองพอใช้

1.34-2.00 หมายถึง คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540:117)

2. ทดลองใช้ 4-6 คน แล้วปรับคำต่างๆ

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดบวม และศีรษะ กับผู้ป่วยที่มาคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์-ศิริราช จำนวน 30 คน

4. นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาตรวจ ให้คะแนนและวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

4.1 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรม การดูแลตนเอง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539:119) ได้ค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.23-0.91, -0.13-0.86 และ 0.10-0.85 ตามลำดับ ข้อที่มีอำนาจจำแนก น้อยกว่า .20 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและแก้ไข ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

4.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ การคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540:125-126) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.96, 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมงาน

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้จัดการโรงเรียนอายุรเวท เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.2 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 วางแผนในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม

1.3.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ 2 ท่าน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.2 การเตรียมสถานที่ในการอภิปรายกลุ่ม

1.3.3 การเตรียมผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแลตนเองได้ดี ในการเป็นตัวแทนเข้าร่วมในการอภิปรายกลุ่ม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่แพทย์แผนไทยประยุกต์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปวดบ่า ต้นคอ และปวดศีรษะ ที่มารักษาคลินิกโดยดูจากสมุดรายชื่อผู้ป่วยที่เวชระเบียนหรือสมุดนัดผู้ป่วยใหม่เพื่อรับการรักษา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยใหม่ 30 คนแรกที่มาได้รับการรักษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้าเป็นกลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จก่อน แล้วจึงคัดเลือกผู้ป่วยอีก 30 คน ต่อมาเข้าเป็นกลุ่มทดลอง

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัว พูดคุย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.3 ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยกลุ่มควบคุมก่อนและตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จทีละกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

เป็นผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะที่ได้รับการรักษา จำนวน 30 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ จำนวน 3 ครั้ง จากแพทย์แผนไทยประยุกต์

กลุ่มทดลอง

เป็นผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่ได้รับการรักษา จำนวน 30 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย และโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัยสร้างขึ้น

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 ที่มารับการรักษา ผู้วิจัยให้กรอกข้อมูลส่วนบุคคล จดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากทะเบียนประวัติ หลังให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม จึงจัดกิจกรรมได้แก่

1. อภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. สอนสุขศึกษาเรื่องโรคปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
3. สาธิตและฝึกปฏิบัติการนวดแบบราชสำนักเพื่อช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1
4. สาธิตและฝึกปฏิบัติประคบด้วยน้ำร้อน
5. แจกคู่มือการปฏิบัติตัว
6. แจกสมุดบันทึกพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรม ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่มการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและประเมินแบบบันทึกพฤติกรรม
2. ฝึกปฏิบัติซ้ำ นวดแบบราชสำนักและประคบน้ำร้อน
3. สาธิตและฝึกปฏิบัติท่ากายบริหาร

ครั้งที่ 3 กิจกรรม ได้แก่

1. อภิปรายกลุ่มและประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติ
2. ฝึกปฏิบัติซ้ำ นวดแบบราชสำนัก ประคบน้ำร้อนและท่ากายบริหาร

การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในการทดลองจะเป็นกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง มีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม จัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อยจำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 4 วัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ส่งจดหมายกระตุ้นเตือน 2 ฉบับ

3. การเก็บข้อมูล

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยได้นัดหมายกับผู้ป่วยมารับการตรวจร่างกายตามนัด และให้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

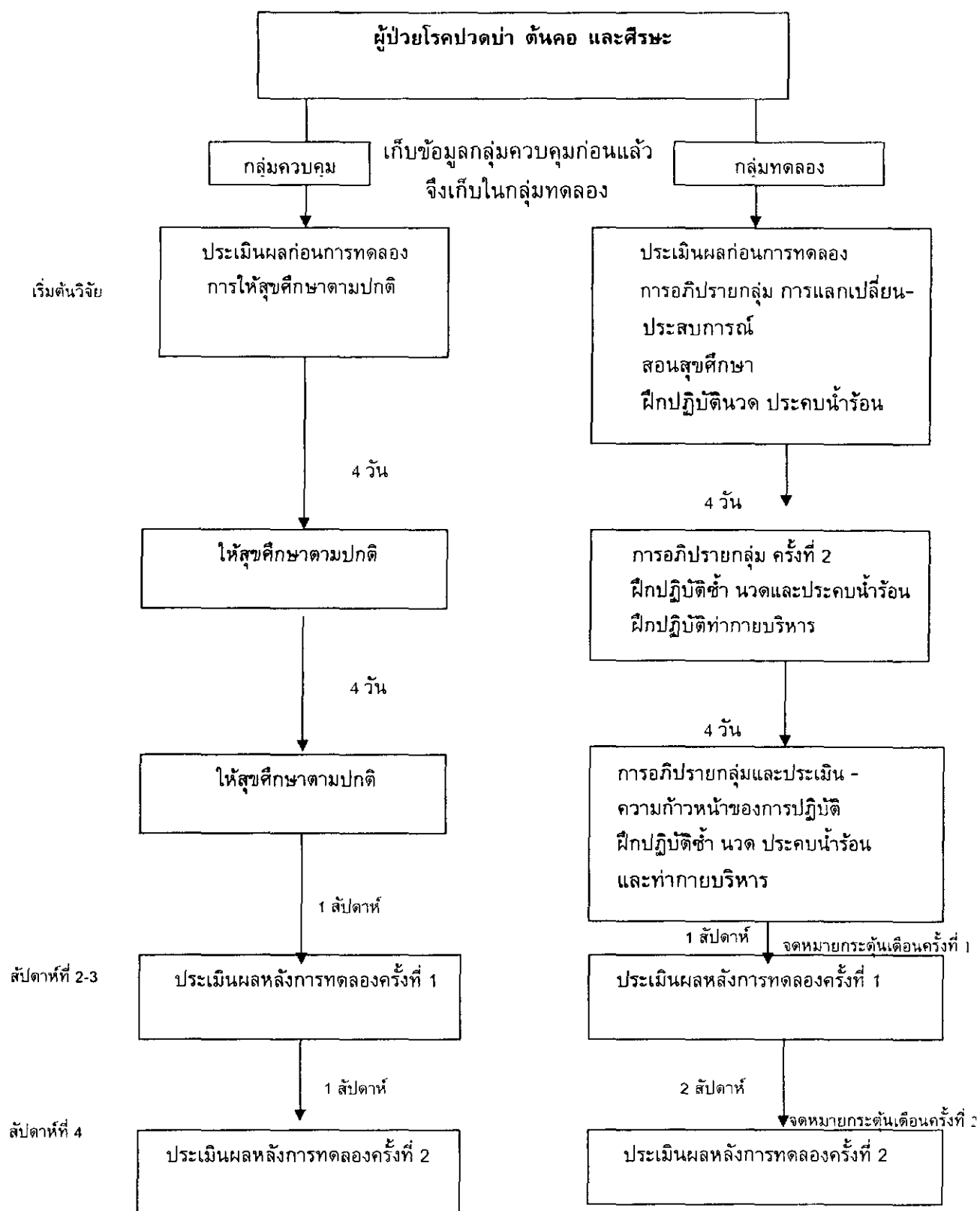
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้จัดการโรงเรียนอายุรเวท เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย
2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน และกิจกรรมต่างๆ ในการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะได้รับการทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง และภายหลังการได้รับการสอนสุขศึกษา จำนวน 2 ครั้ง ตามแผนการศึกษาวิจัย

5. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล



ภาพประกอบ 9 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 5 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมผลสำเร็จรูปตามลำดับดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้นำมาลงรหัส
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

(Statistical Package for Social Sciences: SPSS for Windows)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติ (independent t – test)

2.4 วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมของการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

2.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้ค่าสถิติ (independent t – test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531:259)

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

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 หาดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมกาดูแลตนเองผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (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

$\overline{y_p}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
$\overline{y_q}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
S_y แทน		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
p	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก
q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด (1-p)

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

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

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

3. สถิติที่ใช้ทดสอบกระบวนการทดลองและสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่

3.2 เปรียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ใช้สถิติค่าที (independent t – test)

3.3 วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมของการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ภายหลังจากทดลองครั้งที่ 1 และภายหลังจากทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ร่วมกับการนวดแบบราชสำนัก ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ดันคอและศีรษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยดังนี้คือ

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ย(Standard deviation)
df	แทน	ค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลรวม ค่าเฉลี่ย (Mean)
ss	แทน	ความคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบใน F-distribution
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้แจกแจงความแบบที่ (t-distribution)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability) ที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (α) จากสถิติที่จะปฏิเสธสมมติฐานกลาง H_0
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป การวิเคราะห์เป็นตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา และรายได้ กิจกรรมที่ทำ โรคประจำตัว อาการสำคัญและระยะเวลาของการเกิดโรค

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ภูมิสำเนา รายได้ โรคประจำตัว อาการสำคัญ ระยะเวลาของการเกิดโรค และกิจกรรมที่ทำ โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ ดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ภูมิสำเนา รายได้ โรคประจำตัว อาการสำคัญ และระยะเวลาของการเกิดโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก	ร้อยละ	ก	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	3.30	2	6.70
หญิง	29	96.70	28	93.30
รวม	30	100.00	30	100.00
อายุ				
20-30 ปี	16	53.30	3	10.00
31-40 ปี	4	13.40	4	13.30
41-50 ปี	3	10.00	9	30.00
51 ปีขึ้นไป	7	23.30	14	46.70
รวม	30	100.00	30	100.00
สถานภาพ				
โสด	23	76.70	10	33.30
คู่	7	23.30	16	53.30
หม้าย	0	0	2	6.70
หย่าร้าง	0	0	2	6.70
รวม	30	100.00	30	100.00
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.30	0	0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช 1		3.30	1	3.30
อนุปริญญา/ปวส.	7	23.30	2	6.70
ปริญญาตรี	18	60.00	18	60.00
ปริญญาโท	1	3.30	9	30.00
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อาชีพ				
รับราชการ	11	36.70	15	50.00
รัฐวิสาหกิจ	0	0	3	10.00
ค้าขาย	0	0	2	6.70
ทำนา ทำสวน ทำไร่	0	0	1	3.30
รับจ้าง	13	43.30	2	6.70
ไม่ได้ทำงาน	1	3.30	1	3.30
อื่นๆ	5	16.70	6	20.00
รวม	30	100.00	30	100.00
ภูมิลำเนา(ปัจจุบัน)				
กรุงเทพฯและปริมณฑล	29	96.70	28	93.30
ต่างจังหวัด	1	3.30	2	6.70
รวม	30	100.00	30	100.00
รายได้				
3,000 – 5,000 บาท	2	6.70	2	6.70
5,001 – 10,000 บาท	13	43.30	1	3.30
10,001 – 15,000 บาท	6	20.00	5	16.70
15,001 – 20,000 บาท	1	3.30	3	10.00
มากกว่า 20,000 บาท	8	26.70	19	63.30
รวม	30	100.00	30	100.00
โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง	4	13.33	5	16.67
โรคหัวใจ	1	3.33	0	0
โรคเบาหวาน	0	0	3	10.00
โรคไมเกรน	5	16.67	4	13.33
หมอนรองกระดูกคอเสื่อม	2	6.67	4	13.33
อื่น ๆ	4	13.33	5	16.67

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อาการสำคัญ				
ปวดบ่า	28	93.33	29	96.67
ปวดต้นคอ	25	83.33	26	86.67
ปวดศีรษะ กระบอกตา ขมับ ท้ายทอย 11	36.67		13	43.33
ปวดสะบัก	22	73.33	21	70.00
ชาออกที่ปลายนิ้ว	5	16.67	6	20.00
ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน	2	6.67	3	10.00
มึนงง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด	3	10.00	5	16.67
อื่น ๆ	5	16.67	4	13.33
ระยะเวลาของโรค				
1 – 3 วัน	3	10.00	2	6.67
4 – 7 วัน	4	13.33	6	20.00
2 สัปดาห์	2	6.67	2	6.67
3 สัปดาห์	1	3.33	1	3.33
1 เดือน	1	3.33	0	0
มากกว่า 1 เดือน	19	63.33	19	63.33

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเกือบทั้งหมด เป็นเพศหญิงและมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด แต่จะมีความแตกต่างในเรื่องอายุ สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 กลุ่มควบคุมมีอายุ 51 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส โสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.30 กลุ่มทดลองมีรายได้ ระหว่าง 5,001–10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.30 และกลุ่มควบคุมมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 66.70 กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว คือ ไมเกรน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.67 กลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.67 กลุ่มทดลองมีอาการสำคัญ เรียงจากมากไปหาน้อยได้แก่ ปวดบ่า ปวดต้นคอ และปวดสะบัก คิดเป็นร้อยละ 93.33, 83.33 และ

73.33 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอาการสำคัญเรียงจากมากไปหาน้อยได้แก่ ปวดบ่า ปวดต้นคอ และปวดศีรษะ กระบอกตา ขมับและท้ายทอยคิดเป็นร้อยละ 93.33, 86.67 และ 43.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาของโรคที่เป็นอยู่เหมือนกัน คือเป็นมากกว่า 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 63.33

ตาราง 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรมที่ทำ

กิจกรรมที่ทำ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n (%)	ชั่วโมง	n (%)	ชั่วโมง
นั่ง	29(96.67)	4.43	29(96.67)	6.43
ยืน	23(76.67)	2.43	26(86.67)	3.21
นอน	23(76.67)	5.30	24(80.00)	5.40
ก้มคอ	20(66.67)	2.30	22(73.33)	2.00
เงยคอ	17(56.67)	0.57	10(33.33)	0.31
เอียงหรือหันคอ	17(56.67)	0.50	10(33.33)	0.30
ขับรถ	7(23.33)	0.56	12(40.00)	1.26
พิมพ์หรือเล่นคอมพิวเตอร์	19(63.33)	1.84	12(40.00)	2.05
แบก/ยก สัมภาระหนัก	11(36.67)	0.37	6(20.00)	0.18
อื่น ๆ	6(20.00)	0.51	9(30.00)	0.48

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ นั่ง ยืนและนอน คิดเป็นร้อยละ 96.67, 76.67 และ 76.67 ตามลำดับ คิดเฉลี่ยเป็นชั่วโมง 5.30, 4.43 และ 2.43 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน เรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ นั่ง ยืนและนอน คิดเป็นร้อยละ 96.67, 86.67 และ 80.00 ตามลำดับ คิดเฉลี่ยเป็นชั่วโมง 6.43, 5.40 และ 3.21 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์กระบวนการทดลองโดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามทฤษฎีความสามารถของตนเอง

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 (n=30)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
- ก่อนการทดลอง	2.70	0.30	ดี	2.01	0.16	พอใช้
- หลังการทดลองครั้งที่ 1	2.91	0.15	ดี	2.82	0.15	ดี
- หลังการทดลองครั้งที่ 2	2.97	0.09	ดี	2.74	0.14	ดี
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ						
- ก่อนการทดลอง	2.86	0.25	ดี	2.44	0.23	ดี
- หลังการทดลองครั้งที่ 1	2.94	0.17	ดี	2.85	0.18	ดี
- หลังการทดลองครั้งที่ 2	2.98	0.06	ดี	2.88	0.07	ดี

จากตาราง 3 การรับรู้ความสามารถตนเองพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.70 \pm 0.60$, 2.91 ± 0.30 และ 2.97 ± 0.18 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.01 \pm 0.32$) หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.82 \pm 0.30$, 2.74 ± 0.28 ตามลำดับ)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.86 \pm 0.50$, 2.94 ± 0.34 , 2.98 ± 0.12 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.44 \pm 0.46$, 2.85 ± 0.36 , 2.88 ± 0.14 ตามลำดับ)

ตาราง 4 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p
กลุ่มทดลอง	Time	1.205	1.311	0.920	16.276*	0.000
	Error	2.148	38.012	0.056		
กลุ่มควบคุม	Time	12.060	1.712	7.044	340.307*	0.000
	Error	1.028	49.650	0.021		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 5 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองครั้งที่ 1	หลังการทดลองครั้งที่ 2
	$\bar{X}$	2.70	2.91	2.97
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	2.70	-	0.21*	0.27*
หลังการทดลองครั้งที่ 1	2.91		-	0.06
หลังการทดลองครั้งที่ 2	2.97			-
	$\bar{X}$	2.01	2.82	2.74
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	2.01	-	0.81*	0.74*
หลังการทดลองครั้งที่ 1	2.82		-	0.08*
หลังการทดลองครั้งที่ 2	2.74			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 และก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 และก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p
กลุ่มทดลอง	Time	0.217	2	0.109	4.909*	0.011
	Error	1.283	58	0.022		
กลุ่มควบคุม	Time	3.629	2	1.815	68.298*	0.000
	Error	1.541	58	0.027		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตาราง 6 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 7 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองครั้งที่ 1	หลังการทดลองครั้งที่ 2
	$\bar{X}$	2.86	2.94	2.98
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	2.86	-	0.08	0.12*
หลังการทดลองครั้งที่ 1	2.94		-	0.04
หลังการทดลองครั้งที่ 2	2.98			-
	$\bar{X}$	2.44	2.85	2.88
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	2.44	-	0.41*	0.44*
หลังการทดลองครั้งที่ 1	2.85		-	0.03
หลังการทดลองครั้งที่ 2	2.88			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 และก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
การรับรู้ความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง	30	2.702	0.3000	11.102*	0.000
	กลุ่มควบคุม	30	2.009	0.164		
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง	30	2.862	0.249	6.731*	0.000
	กลุ่มควบคุม	30	2.444	0.231		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 9 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ก่อนการทดลอง(Covariates)	0.025	1	0.025	1.048	0.310
กลุ่มที่ศึกษา(Treatment Effect)	0.006	1	0.006	0.252	0.618
ความคลาดเคลื่อน	1.347	57	0.024		
รวม	1.378	59			

จากตาราง 9 พบว่า ภายหลังจากทำการควบคุมอิทธิพลของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลองซึ่งเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 10 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ก่อนการทดลอง(Covariates)	0.001	1	0.001	0.011	0.917
กลุ่มที่ศึกษา(Treatment Effect)	0.236	1	0.236	16.781*	0.000
ความคลาดเคลื่อน	0.802	57	0.014		
รวม	1.378	59			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 พบว่า ภายหลังจากทำการควบคุมอิทธิพลของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

ตาราง 11 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ หลังการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ก่อนการทดลอง(Covariates)	0.269	1	0.269	9.721*	0.003
กลุ่มที่ศึกษา(Treatment Effect)	0.007	1	0.007	0.264	0.610
ความคลาดเคลื่อน	1.576	57	0.028		
รวม	1.852	59			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 พบว่า ภายหลังจากทำการควบคุมอิทธิพลของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 12 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ หลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ก่อนการทดลอง(Covariates)	0.001	1	0.001	0.150	0.700
กลุ่มที่ศึกษา(Treatment Effect)	0.066	1	0.066	13.562*	0.000
ความคลาดเคลื่อน	0.276	57	0.005		
รวม	0.343	59			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 พบว่า ภายหลังจากทำการควบคุมอิทธิพลของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ย เบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามสมมติฐาน

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
- ก่อนการทดลอง	0.81	0.36	พอใช้	0.72	0.35	พอใช้
- หลังการทดลองครั้งที่ 1	1.33	0.25	พอใช้	1.09	0.29	พอใช้
- หลังการทดลองครั้งที่ 2	1.78	0.13	ดี	1.22	0.25	พอใช้

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย ภายในขอบเขตความเชื่อมั่น 95% อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 0.81 \pm 0.72$ และ 1.33 ± 0.50) และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X} = 1.78 \pm 0.52$) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 0.72 \pm 0.70$, 1.09 ± 0.58 , 1.22 ± 0.50 ตามลำดับ)

ตาราง 14 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p
กลุ่มทดลอง	Time	14.329	1.624	8.824	127.517*	0.000
	Error	3.259	47.094	0.069		
กลุ่มควบคุม	Time	4.122	1.891	2.179	58.989*	0.000
	Error	2.026	54.851	0.037		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองครั้งที่ 1	หลังการทดลองครั้งที่ 2
	$\bar{X}$	0.81	1.33	1.78
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	0.81	-	0.52	0.97*
หลังการทดลองครั้งที่ 1	1.33		-	0.45*
หลังการทดลองครั้งที่ 2	1.78			-
	$\bar{X}$	0.72	1.09	1.22
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	0.72	-	0.38*	0.50*
หลังการทดลองครั้งที่ 1	1.09		-	0.13*
หลังการทดลองครั้งที่ 2	1.22			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง กับหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 และก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
กลุ่มทดลอง	30	0.808	0.367	0.948	0.087
กลุ่มควบคุม	30	0.721	0.347		

จากตาราง 16 พบว่ากลุ่มก่อนการทดลองทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าแสดงว่าก่อนการทดลองจะเริ่มดีขึ้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในสภาวะเท่าเทียมกันในประเด็นการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตาราง 17 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
หลังการทดสอบครั้งที่ 1	กลุ่มทดลอง	30	1.334	0.251	3.335*	0.001
	กลุ่มควบคุม	30	1.097	0.298		
หลังการทดลองครั้งที่ 2	กลุ่มทดลอง	30	1.784	0.133	10.875*	0.000
	กลุ่มควบคุม	30	1.222	0.248		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 พบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

	รับรู้ความสามารถตนเอง	คาดหวังในผลลัพธ์ของ การปฏิบัติ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
1	0.39	0.48	0.27
2	0.23	0.38	0.19
3	0.71	0.48	0.10
4	0.55	-0.13	0.21
5	0.38	-0.13	0.32
6	0.70	0	0.43
7.1	0.52	0.38	0.46
7.2	0.49	0.48	0.55
8.1	0.79	0.57	0.67
8.2	0.77	0.49	0.72
8.3	0.79	0.43	0.80
8.4	0.79	0.49	0.85
9.1	0.89	0.76	0.81
9.2	0.89	0.76	0.81
9.3	0.89	0.76	0.76
10	0.75	0.44	0.62
11	0.91	0.61	0.62
12	0.76	0.77	0.60
13.1	0.87	0.86	0.77
13.2	0.87	0.86	0.77
13.3	0.89	0.75	0.71
13.4	0.89	0.70	0.69
13.5	0.90	0.70	0.73
14	0.82	0.31	0.56

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97

แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทย ประยูคต์ กรุงเทพมหานคร

สมมุติฐานในการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ มีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพดังต่อไปนี้ในทางที่ดีขึ้น คือ

1. เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าได้รับโปรแกรม
2. เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยูคต์ จำนวน 60 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และมารับการรักษาตามนัดทุกราย ในช่วงที่ทำการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษา แล้วจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเรื่องการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ การนวดแบบราชสำนัก การประคบ น้ำร้อน และทำกายบริหาร

1.2 อุปกรณ์การสอน ได้แก่ Power Point คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ แบบบันทึกพฤติกรรม จดหมายกระตุ้นเตือน และบัตรนัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ กิจกรรมที่ทำ โรคประจำตัว อาการสำคัญ และระยะเวลาของโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถาม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. คำนวณค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่า Repeated measures ANOVA และการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดย วิธีการของ Bonferroni
4. เปรียบเทียบความแตกต่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้ค่าสถิติ (independent t-test)
5. วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วม ของการรับรู้ความสามารถตนเองและ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANOVA)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่าต้นคอและศีรษะคลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีวก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. เมื่อได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผล ของทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำเสนอผลของการอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 เมื่อได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้แก่ การนวด การประคบน้ำร้อนและทำกายบริหาร มีการปฏิบัติตนได้ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาแบบอภิปรายกลุ่มย่อย 3 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีประสิทธิผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการสอนสุขศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับโรคปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ และกลุ่มตัวอย่างมีการอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3 ครั้ง ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติ และประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อนและทำกายบริหาร ทุกครั้งที่มานัด พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัว และบันทึกพฤติกรรมประจำวันและมีจดหมายกระตุ้นเตือน 2 ฉบับ เป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ซึ่ง Bandura อธิบายไว้ว่า ความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยความสามารถของตนเอง จะมีอิทธิพลช่วยบุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของทิววรรณ ไตรดิลาพันธ์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน และการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่โปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ในหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ร่วมกับการนัดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การนัด การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร จึงควรนำไปเสนอเป็นนโยบายให้ใช้กับผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป
3. ควรจัดให้มีการให้สุขศึกษากับผู้ป่วยที่เกี่ยวกับอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เน้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
4. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ และทักษะในการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยที่สามารถประยุกต์การนัด การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร พร้อมทั้งให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของโรคปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนัดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ต่อเนื่องระยะมากกว่า 1 เดือน เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงทางอาการ (Clinical) ให้ชัดเจนขึ้น
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนัดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยปวดเข่าต่อเนื่อง ระยะมากกว่า 1 เดือน เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงให้ชัดเจนขึ้น
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อต้ว การนัด การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการลดอาการปวดของกล้ามเนื้อ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สมมิ่ง. (2542). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ. อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ :
- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิกา ศรีเสริมวงศ์. (2542). 2 ทศวรรษอายุรเวช. กรุงเทพฯ. : จามจุรีโปรดักท์.
- กันยา ปาละวิวัฒน์. (2537). ร้อนเย็น รักษาโรค. กรุงเทพฯ. : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์ และ ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา. (2524, กันยายน). " ผลของการนวดแบบเดิมของไทยต่อระบบไหลเวียนเลือด", สารศิริราช, 33 (9), 575-581.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์. (2534). อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ กรุงไกร เจนพาณิชย์. กรุงเทพฯ. : ชวนพิมพ์.
- คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์. (2544). สถิติเวชระเบียน. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท
- ถ่ายเอกสาร
- จินตนา สรายุทธิพิทักษ์. (2539). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ. (2534). เปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์กับการกินยาพาราเซตามอล ต่อระดับการปวดศีรษะและระยะเวลาที่การปวดศีรษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด. วิทยานิพนธ์. วท.ม (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2539). หลักการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล. (เอกสาร).
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2537). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ ไตรดีลานนท์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอาการปวดหลังเรื้อรัง โรงพยาบาลรามารัตน์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล และ ชลดา เจริญลาภ. (2536). การนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง : กรณีศึกษาเฉพาะราย. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาฯ, 5(2), 38 - 45.

- นาคยา เกรียงชัยพฤกษ์. (2544). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียดของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ). (2533). *HEADACHE*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคนอื่นๆ. (2533). *Headache*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- เบญจวรรณ วีระเทอดตระกูล. (2539). *ผลการนำตัวแบบมาใช้ในการบริหารค่ออย่างมีแบบแผนต่อระดับการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะแนบน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปาริชาติ ฉายสีศิริ. (2534). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการลดหรือก้อกเสบในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- เรณู มีชนะ. (2544). *เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียด*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โรงเรียนอายุรเวท. (2535). *เอกสารประกอบการสอนวิชาหัตถเวชกรรม*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ลีออน ไชเทา. (2537). *ปวดศีรษะและไมเกรน*. นนทบุรี : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2536). *เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์.
- วินิจ เกตุขำและ คมเพชร ฉัตรสุกุล. (2522). *กระบวนการกลุ่ม*. กรุงเทพฯ : พีรพัธนา.
- วิไล ชินสกุล. (2537). *ความเครียด อาการปวดกล้ามเนื้อและวิธีออกกำลังกายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ : พิมพ์เศ พรินท์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

- _____. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยศึกษา*. 18(3) : 9-10.
- วิไล อุดมพิทยาสรรพ์. (2543). *ผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด*. วิทยานิพนธ์. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุศักดิ์ ศรีสุข และคณะ. (2538). *ปวดคอ*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน..
- _____. (2542). *ปวดคอ*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน..
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2526). *สุขศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2527). *วิธีการทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2535). *ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุไร นิโรธนันท์. (2539). *ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุดม ปุณยธรรม. (2524). *สรีรวิทยา : สมอและไขสันหลัง อวัยวะรับความรู้สึกพิเศษ*. ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : The exercise of control*. (p.78-85). New York : W.H. Freeman.
- Diamond, S. Solomon, G. D. and Frietag, F. G. (1981). "Differential Diagnosis of Headache Pain." In *Handbook of Chronic Pain Management*. Tollison, C. D. Ed. Baltimore : Williams & Wikins.
- Evans, R. (1989). *Thinking about Competencies*. In Bandura, A (Ed.). *The man and his ideas-A Dialogue*. (35-37). New York : Prager.
- Hamill, R. J. & Rowlengson, J. C. (1994). *Handbook of critical care pain management*.

- Hammill, J.M., Cook, T.M., & Rosecrance, J.C. (1995). Effectiveness of a physical therapy regimen in the treatment of tension-type headache. *Headache*, 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.
- Lin, C. C. & Ward, S. E. (1996). Percived Self-efficacy and outcome Expectancies in coping with Chronic Low Back Pain. *Research in Nursing & Health*. 19, 299-310.
- Nixon, M., Teschendorff, J., Finney, J., & Karnilowicz, W. (1997). Expanding the nursing repertoire : The effect of massage of post-operative pain. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 14 (3), 21-26.
- Redman, B.K. (1980). *The process of patient teaching in nursing*. (4th Ed.). St. Louis : The C.V.

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

รองศาสตราจารย์นพ.ประดิษฐ์ ประทีปวณิช	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์นายแพทย์ชนินทร์ ลีวานันท์	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์บุปผา ปลื้มสำราญ	ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้	ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ	กรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ ศธ 0519.12/45.2



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// มกราคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการสอน และแบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายศุภกิจ สุวรรณไทรย์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ
ของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คื่นค้อและศีรษะ
สถานพยาบาลอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ
อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย
ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ประทีปะวงษ์ อาจารย์สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ อนุกรรมการ
วิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ อาจารย์นายแพทย์ชนินทร์ ลีวานันท์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแผนการสอน
การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คื่นค้อและศีรษะ และ แบบสอบถามการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง
ร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คื่นค้อและศีรษะ สถานพยาบาลอายุรเวท
แพทย์แผนไทยประยุกต์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
แผนการสอน และแบบสอบถามให้ นายศุภกิจ สุวรรณไทรย์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 6429, 6343

ที่ ศร 0519.12/1648



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๑ กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายสุกกิจ สุวรรณไครย์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การประจักษ์ทัศนคติความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คื่นค้อ และศีรษะ สถานพยาบาลอาชีวเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกอาชีวเวชแพทยแผนไทยประยุกต์-ศิริราช จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการประจักษ์ทัศนคติความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คื่นค้อ และศีรษะ สถานพยาบาลอาชีวเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นายสุกกิจ สุวรรณไครย์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 6429

ที่ ศธ 0519.12/48 3



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/4 มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้จัดการโรงเรียนอายุรเวท

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการสอน แบบทดสอบ และแบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายศุภกิจ สุวรรณไตรย์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การประยุคต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คั่นคอและศีรษะ สถานพยาบาลอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุคต์” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่เพื่อใช้แผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า คั่นคอและศีรษะ กับผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุคต์ จำนวน 60 คน และตอบแบบสอบถาม และแบบทดสอบ เรื่อง กิจวัตรประจำวัน การนวด การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร ในระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นายศุภกิจ สุวรรณไตรย์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 6429, 6343



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/453

วันที่ 14 มกราคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นายศุภกิจ สุวรรณไครย์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ สถานพยาบาลอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ และ อาจารย์บุปผา ป้อมสำราญ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอน การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ และ แบบสอบถามการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ สถานพยาบาลอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอน และแบบสอบถามให้ นายศุภกิจ สุวรรณไครย์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการหนดแบบราช
สำนักต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดปัสสาวะ คันคอ และศีรษะ

แบบสอบถาม

เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการหนดแบบ ราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบการให้
สุขภาพ พร้อมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น
 2. รายละเอียดของแบบสอบถาม แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้ ความ
คาดหวังว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นผลดีและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม
เหล่านั้นบ่อยครั้งเพียงใด
 3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในรูปของกลุ่ม มิใช่รายบุคคลและไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่านแต่อย่างใด จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงให้มากที่สุด
- ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ()

1. ชื่อ นามสกุล HN.....
 ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. อายุ ปี (ระบุอายุปีเต็ม)

4. สถานภาพสมรสปัจจุบัน () โสด () คู่
 () หม้าย () หย่าร้าง / แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.วช.
 () อนุปริญญา / ป.วส. () ปริญญาตรี
 () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
 () กำลังศึกษาระดับ

6. อาชีพปัจจุบันของท่าน

() รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย
 () ทำนา ทำสวน ทำไร่ () รับจ้าง
 () ไม่ได้ทำงาน () อื่นๆ ระบุ

7. ภูมิลำเนา(ปัจจุบัน) () กรุงเทพฯ และปริมณฑล
 () ต่างจังหวัด โปรดระบุจังหวัด

8. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน

() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 3,000 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

9. กิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|-------------------|
| ☐ นั่ง | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ ยืน | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ นอน | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ ก้มคอ | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ เงยคอ | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ เอียงหรือหันคอ | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ ขับรถ | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ พิมพ์หรือเล่นคอมพิวเตอร์ | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ แบก/ยก สัมภาระหนัก | วันละ.....ชั่วโมง |
| ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ | วันละ.....ชั่วโมง |

10. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| ☐ ความดันโลหิตสูง | ☐ โรคหัวใจ |
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ โรคไมเกรน |
| ☐ หมอนรองกระดูกคอเสื่อม | ☐ อื่นๆ โปรดระบุ... |

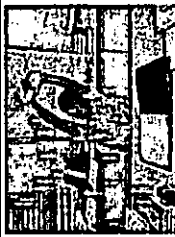
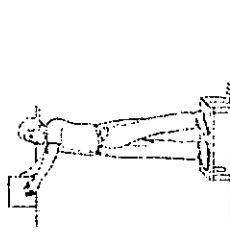
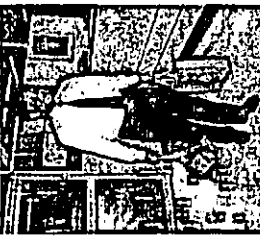
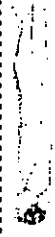
11. อาการที่เป็นอยู่ในขณะนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| ☐ ปวดบ่า | ☐ ปวดต้นคอ |
| ☐ ปวดศีรษะ กระบอกตา ขมับและท้ายทอย | ☐ ปวดสะบัก |
| ☐ ชาออกที่ปลายแขน | ☐ ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน |
| ☐ มึนงง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด | ☐ อื่นๆ โปรดระบุ... |

12. ระยะเวลาของอาการโรค

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 1 – 3 วัน | ☐ 4 – 7 วัน |
| ☐ 2 สัปดาห์ | ☐ 3 สัปดาห์ |
| ☐ 1 เดือน | ☐ มากกว่า 1 เดือน |

[illegible]

ข้อความ	ภาพประกอบ	คำถามชุดที่ 1				คำถามชุดที่ 2			คำถามชุดที่ 3		
		ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้				ท่านคิดว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นผลดี			ท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
4. หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน											
5. เวลายกของจากที่สูงมาก ควรมีที่เหยียบรองเท้า											
6. หัวสัมผัสการ เจลี่ยน้ำหนักให้สมดุลมือทั้ง 2 ข้าง											
7. ทำในกาารนอน											
ทำนอนหงาย หมอนหนุนคอที่จะไม่เอียง											
ทำนอนหงาย หมอนรองที่คอ											

ข้อความ	ภาพประกอบ	คำถามชุดที่ 1			คำถามชุดที่ 2			คำถามชุดที่ 3		
		ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้			ท่านคิดว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นผลดี			ท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
8. ท่าบริหารคอ 8.1 ท่าแขนคอ - ใช้มือประสานกันที่ท้ายทอย แล้วออกแรงต้านเกร็งไว้ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก										
8.2 ท่าก้มคอ - ใช้มือประสานกันที่หน้าผาก แล้วออกแรงต้านเกร็งไว้ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก										
8.3 ท่าตะแคงคอขวา - ใช้มือขวาต้านที่ศีรษะ แล้วออกแรงต้านเกร็งไว้ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก										
8.4 ท่าตะแคงคอซ้าย - ใช้มือซ้ายต้านที่ศีรษะ แล้วออกแรงต้านเกร็งไว้ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก										

(ทุกท่าให้ทำคร่าวหนึ่งไม่เกิน 10 ครั้ง)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ภาคผนวก ค
แผนการอภิปรายกลุ่มย่อย
แนวทางการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

แผนการอภิปรายกลุ่มย่อย
สำหรับผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

เรื่อง	ความรู้เกี่ยวกับปวดบ่า ต้นคอและศีรษะกับการนวดแบบราชสำนัก ประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
สถานที่	คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์
วิธีการ	อภิปรายกลุ่มย่อยโดยมีขั้นตอนการดำเนินการอภิปรายกลุ่มตามแนวคิดของมาแรม (Marram, 1978:154-161) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยในแต่ละครั้งผู้วิจัยเป็นผู้นำในการอภิปรายกลุ่ม
เวลา	ดำเนินการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 วัน ใช้ระยะเวลาครั้งละ 1- 1 ชั่วโมง 30 นาที
ผู้นำอภิปรายกลุ่ม	นายศุภกิจ สุวรรณไตรย์

แนวทางการจัดโปรแกรมสุขศึกษา
แผนการอภิปรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ครั้งที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก

1. รู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดี
2. ทราบจุดประสงค์ของการเข้ากลุ่มและบทบาทของสมาชิกในการอภิปรายกลุ่ม
3. แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ การนวดแบบราชสำนัก และการประคบไ้ร้อน
5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในเรื่องการหลีกเลี่ยงการเกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะและการนวดแบบราชสำนักเพื่อบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

สถานที่ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์

เวลา 1 -1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม

1. วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
2. แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
3. การนวดแบบราชสำนัก
4. วิเคราะห์การนวด การประคบไ้ร้อนที่ถูกต้อง

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ทำวิจัยกับผู้ป่วยให้เห็นหน้าชัดเจน ติดป้ายชื่อ
2. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้ป่วย แนะนำตนเอง และผู้ช่วยในการอภิปรายกลุ่มและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง โดยยืนขึ้นทีละคน เพื่อให้สมาชิกทำความรู้จักกัน และสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทักทายกัน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม วิธีการและขั้นตอนของการอภิปรายกลุ่ม ระยะเวลา จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุย บอกเล่าอาการเจ็บป่วยของตนเพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกัน
2. การอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นนำ โดยซักถามผู้ป่วยว่า ท่านได้รับความรู้หรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับการนวดแบบราชสำนักจากใคร หรือแหล่งใดบ้าง ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและร่วมอภิปรายในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
 1. วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
 2. แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
 3. การนวดแบบราชสำนัก
 4. วิเคราะห์การนวด การประคบน้ำร้อนที่ถูกต้อง
3. ผู้วิจัยคอยเชื่อมโยงความคิดเห็น และชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มไม่เข้าใจหรือยังไม่ครอบคลุม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติตัว
4. ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ และแบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วิธีการ บันทึกที่ถูกต้อง

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกันและผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา โดยการอภิปรายกลุ่ม
2. ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา และสถานที่ที่นัดพบครั้งต่อไปอีก 4 วัน โดยระบุวันเวลา ในบัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรมแก่ผู้ป่วย
3. สมาชิกกลุ่ม ตีมน้ำสมุนไพร เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสทำความรู้จักสนิทสนมกันมากขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงตำแหน่งนวด
2. คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
3. แบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน
4. บัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. สังเกตความสนใจและความตั้งใจตลอดจนการซักถามจากผู้ป่วย
3. สามารถปฏิบัติตามการนวดและประคบน้ำร้อนได้อย่างถูกต้อง

แผนการอภิปรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก

1. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. เกิดความรับรู้ในความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการหลีกเลี่ยงการเกิดอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ การนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร เพื่อบรรเทาอาการและคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
3. แสดงความคิดเห็นและบอกถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองและความต้องการของสมาชิกในกลุ่ม
4. ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

สถานที่ คลินิกอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์

เวลา 1 -1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองในเรื่องการหลีกเลี่ยง การเกิดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ การนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อนและทำกายบริหาร
2. ให้สมาชิกกลุ่มหาแนวทางในการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่ม
3. อภิปรายเกี่ยวกับตัวแบบ แนวทางในการปฏิบัติตัวที่ได้จากตัวแบบ

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

จัดกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม ประกอบสมาชิก ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยการสร้างความคุ้นเคย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมด้วยการซักถามสมาชิกถึงการดูแลตนเอง เมื่อ 4 วันที่ผ่านมา ในเรื่องการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ และการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงาน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

2. การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบจริง คือ ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ และมีการปฏิบัติตัวถูกต้อง มาถ่ายทอดประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อนและสอนท่ากายบริหาร ครั้งที่ 1
3. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองในเรื่องการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และท่ากายบริหาร ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้สมาชิกบางคนยังมีปัญหาในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งสรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง
4. ผู้วิจัยพูดชักจูงให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากกลุ่มและให้สมาชิกแจ้งผลการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากกลุ่มให้กลุ่มทราบในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยร่วมกันเพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อที่สมาชิกจะนำไปปฏิบัติต่อไป
2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่นัดพบครั้งต่อไปอีก 4 วัน โดยระบุ วัน เวลา ในบัตรนัด มอบบัตรนัดและแบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน อธิบายวิธีการบันทึกอีกครั้ง
3. สมาชิกกลุ่ม ดื่มน้ำสมุนไพร เป็นโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสทำความรู้จักสนิทสนมกันมากขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. ตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลองและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและในการดูแลตนเอง
2. แบบบันทึกพฤติกรรมประจำวัน
3. บัตรนัดการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการอภิปราย แสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม
2. สังเกตความสนใจและความตั้งใจ ตลอดจนการซักถามของผู้ป่วย
3. สามารถปฏิบัติตามการนวด ประคบน้ำร้อนและท่ากายบริหารได้อย่างถูกต้อง

แผนการอภิปรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ครั้งที่ 3
การประเมินการรับรู้ สามารถดูแลตนเองและความคาดหวังในผลดีของการมีพฤติกรรม
เพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

กิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม
วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก

1. ทราบถึงความก้าวหน้าจากการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ จากการ
หมวดแบบราชสำนัก การประคบนำร้อนและท่ากายบริหาร
2. สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ
3. ได้รับการเสนอแนะปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอาการ
ปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

สถานที่ คลินิกอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์

เวลา 1 -1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม

1. ผลดีจากการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหากลุ่ม
2. ปัญหาที่พบขณะเข้ากลุ่ม
3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยทักทายสมาชิก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่สรุปเป็นแนวทาง
ปฏิบัติในการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 ให้แรงเสริมโดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม สำหรับ
เพื่อนสมาชิกที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อจูงใจให้สมาชิกมี
พฤติกรรมที่ยั่งยืน และเป็นผลดีต่อตนเองต่อไปและร่วมอภิปรายถึงผลดีจากการปฏิบัติ
ตามแนวทางการแก้ไขปัญหามตามมติกลุ่ม
2. อภิปรายกลุ่ม โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น " จะดูแลตนเองอย่างไร
ภายหลังการรักษาครบแล้ว "

3. ให้สมาชิกในกลุ่มพูดถึงปัญหาความต้องการขณะเข้ากลุ่ม แสดงความคิดเห็นและสรุปประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลที่ได้รับจากการดูแลตนเอง ตลอดโปรแกรมสุขศึกษาที่ผ่านมา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญต่างๆ จากการอภิปรายกลุ่ม
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามปัญหาเพิ่มเติมและแสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มจากโปรแกรมสุขศึกษา
3. แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สื่อและอุปกรณ์

บัตรนัดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง

การประเมินผล

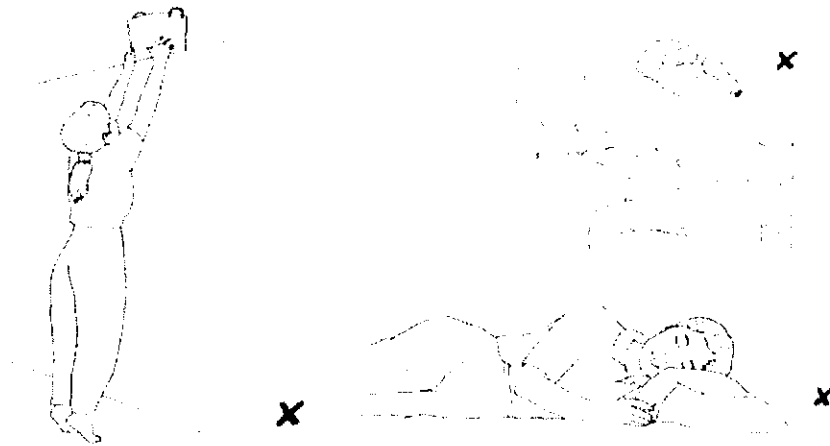
1. จากความสนใจในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
2. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. ความพึงพอใจต่อผู้ป่วยจากการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม

**ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
ป้องกันและบรรเทาได้ด้วยตนเอง**

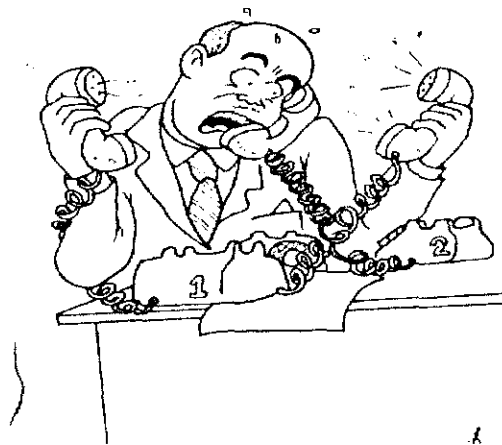
นายศุภกิจ สุวรรณไตรย์
นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สาเหตุของอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

อิริยาบถหรือท่าที่ผิดสุขลักษณะ



ความเครียดทางจิต



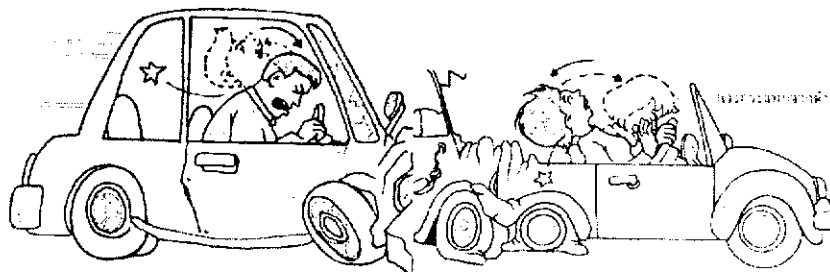
ภัยอันตรายบริเวณกระดุกต้นไม้

คอเคล็ดหรือขอก



ภัยอันตรายบริเวณกระดุกต้นไม้

การบาดเจ็บของกระดูกคอ

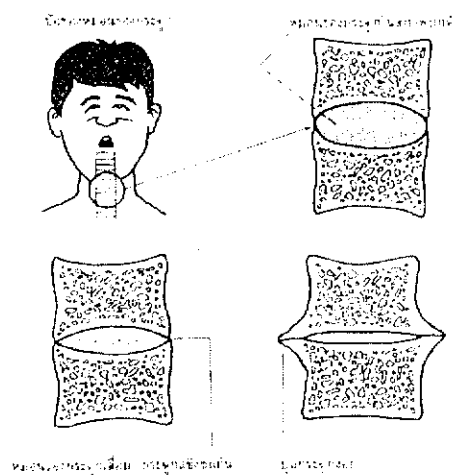


ภาพ บัตรหน้า

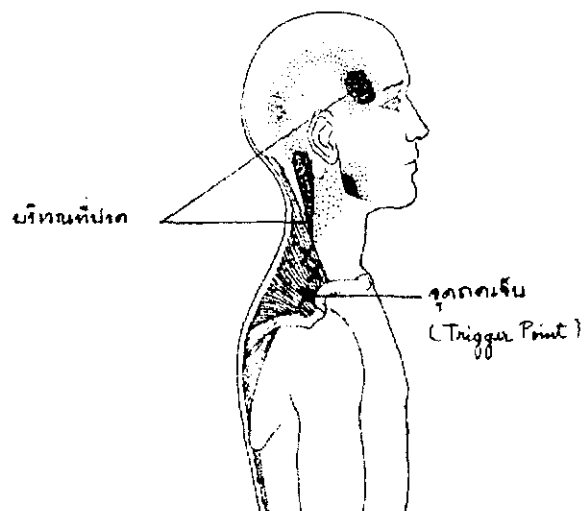
ข้ออักเสบ

ข้ออักเสบเรื้อรังอาจทำให้ข้อต่อกระดูกข้ออักเสบด้วย
เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์

ภาวะข้อเสื่อม

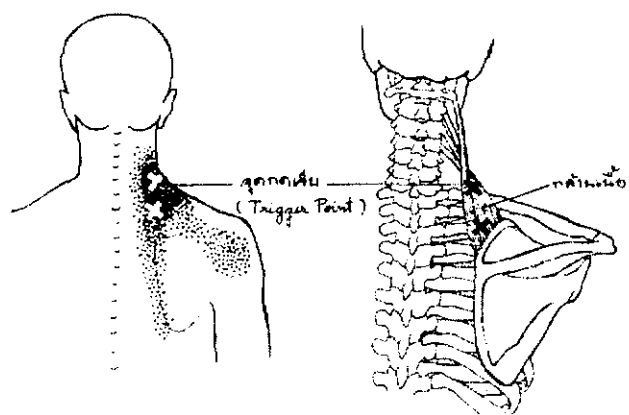


กลุ่มอาการปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ



กลุ่มอาการยึดหดรั้งของเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ

โรคปวดกล้ามเนื้อจากการหดยึดของ Levator Scapulae



พฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

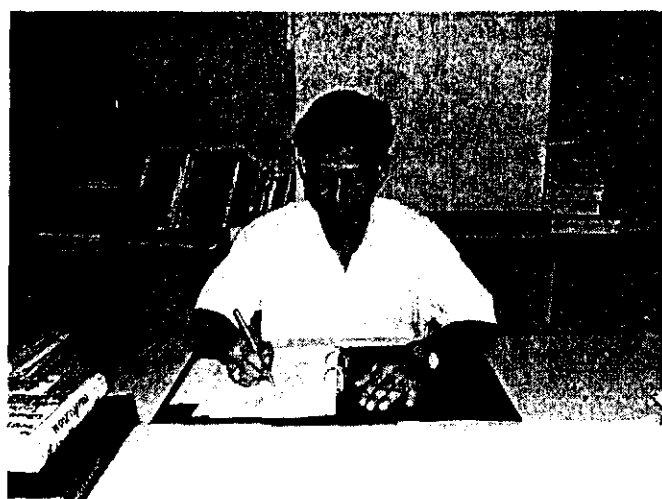
ขณะยืน เดิน นั่งตัวตรงไม่โน้มศีรษะไปข้างหน้า



ปรับระยะตัวหนังสือที่ต้องอ่าน จอคอมพิวเตอร์
หรือคู่มือทักส์ให้อยู่ในระดับสายตา



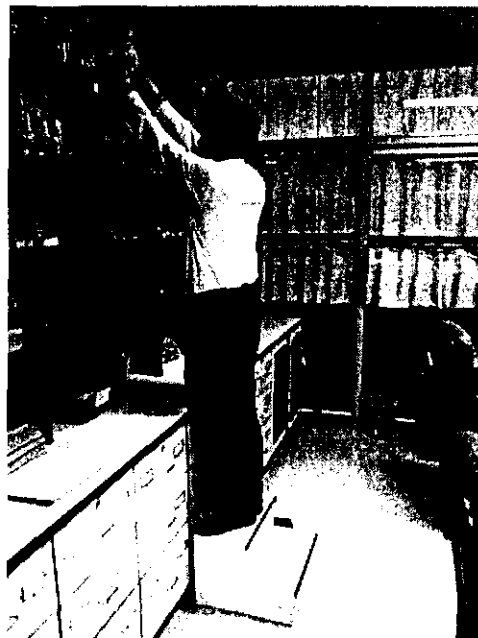
นั่งทำงาน แขนอยู่ในแนวราบไม่ยกไหล่



หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน



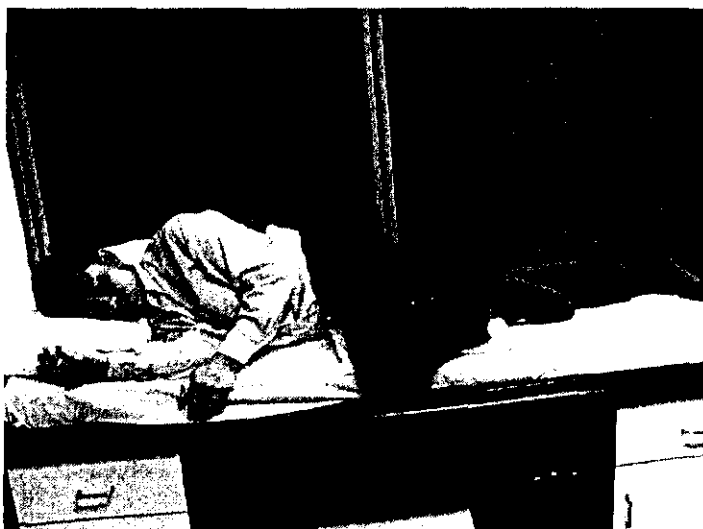
เวลายกของจากที่สูงมาก
ควรมีที่เหยียบรองเท้า



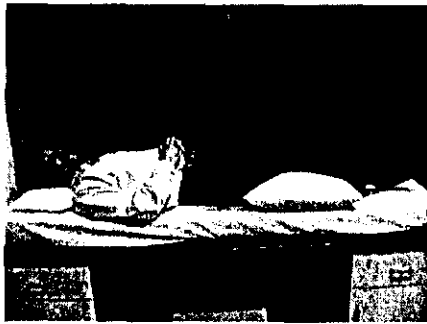
หิวสัมภาระ เกลี้ยนำหนัก
ให้สมดุลมือทั้ง 2 ข้าง



ทำในการนอน
ทำนอนตะแคง หมอนสูงพอที่คอจะไม่เอียง



ท่านอนหงาย หมอนรองที่คอ



ท่าบริหารคอ

ท่าแขนคอ

ใช้มือประสานกันที่ท้ายทอย แล้วออกแรงดัน เกร็งไว้
ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก



ท่าก้มคอ

ใช้มือประสานกันที่หน้าผาก แล้วออกแรงดันเกร็งไว้
ประมาณ 5-10 วินาที แล้วพัก



ท่าตะแคงคอขวา

ใช้มือขวาดันที่ศีรษะ แล้วออกแรงต้านเกร็งไว้ประมาณ
5-10 วินาที แล้วพัก



ท่าตะแคงคอซ้าย

ใช้มือซ้ายดันที่ศีรษะ แล้วออกแรงต้านเกร็งไว้ประมาณ
5-10 วินาที แล้วพัก



บริหารท่า คอ (ดึงแขน ยกแขน)

จังหวะที่ 1

ใช้มือขวาจับขอบเตียงชิดลำตัว
งอข้อศอก 30 องศา ออกแรง
ดึงขึ้น ส่วนแขนซ้าย เกร็งค้าง
ไว้ นับ 1 ถึง 10 แล้วพัก



บริหารท่า คอ (ดึงแขน ยกแขน)

จังหวะที่ 2

ใช้มือขวาจับขอบเตียงห่าง 1 ฟุต
มือจากจังหวะที่ 1 งอข้อศอก 30
องศา ออกแรงดึงขึ้น ส่วนแขนซ้าย
เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 10 แล้วพัก



บริหารท่า คอ (ดึงแขน ยกแขน)

จังหวะที่ 3

ใช้มือขวาจับขอบเตียงห่าง 2 ฝ่า
มือจากจังหวะที่ 1 งอข้อศอก 45
องศา ออกแรงดึงขึ้น ส่วนแขน
ซ้าย เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 10
แล้วพัก

ทำครบทั้ง 3 จังหวะนับเป็น 1
รอบ ทำ 3 รอบ



การนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง
บรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

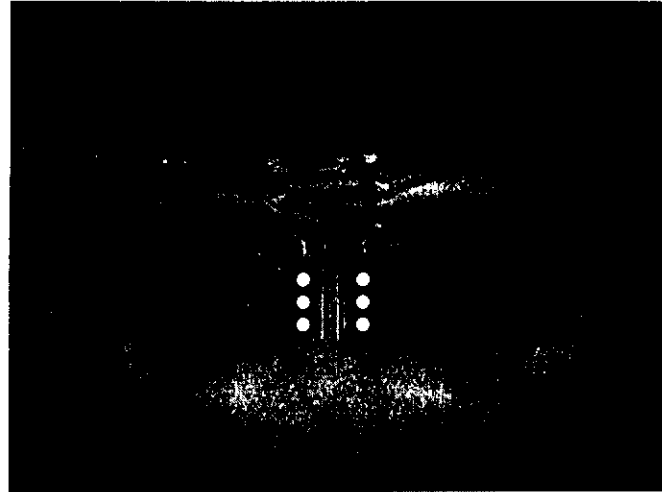
นวดแนวพื้นฐานปาดั้งแต่ปุ่มกระดูกหัวไหล่ไปถึงต้นคอ แต่ละจุด
นับ 1 ถึง 10 ขึ้น - ลง 15 นาที



กดแนวร่องไหปลาร้า 1 จุด นับ 1 ถึง 10 ทำซ้ำ 2 ครั้ง



นวดแนวพื้นฐานโค้งกอดตั้งแต่ต้นคอไปถึงท้ายทอย โดยกด
แนวซิดกระดูก แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10 ขึ้น - ลง 5 นาที

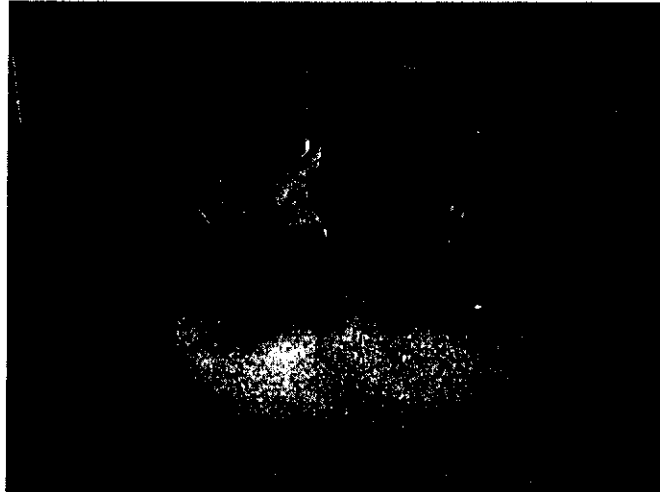


นวดศีรษะด้านหลัง 5 จุด แต่ละจุดนับ 1 ถึง 10
ทำครบทั้ง 5 จุดนับเป็น 1 รอบ ทำ 3 รอบ

จุดที่ 1 รอยปุ่มใต้
กะโหลกศีรษะข้างขวา



จุดที่ 2 รอยปุ่มใต้กะโหลกศีรษะข้างซ้าย



จุดที่ 3 เนื้อโหนก ข้างขวา



จุดที่ 4 เนื้อโบนุข้างซ้าย



จุดที่ 5 รอยบุ๋มกึ่งกลางกะโหลกศีรษะ
(ระหว่างจุดที่ 1 กับจุดที่ 2)



การประคบน้ำร้อน

ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อน ประคบ
ตั้งแต่ บ่า ต้นคอและท้ายทอย
ขึ้น - ลง นาน 5 นาที



ภาคผนวก ง
จดหมายกระตุ้นเตือน
ใบนัด

จดหมายกระตุ้นเตือน ฉบับที่ 1

คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์

วันที่

เรื่อง การกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

เรียน คุณ.....

ตามที่ท่านได้มารักษาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ นั้น คาดว่าท่านคงตระหนักดีว่าอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ นำไปสู่ความไม่สุขสบายกาย กลุ้มใจ ทุกข์ทรมานแก่ท่านเพียงไร ทั้งยังเสียเงินเพื่อการรักษาอีกด้วย การที่จะรักษาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะให้ได้ผลดีนั้น ประการสำคัญขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของท่านในเรื่องการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน และในเรื่องการนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร

วัตถุประสงค์ของการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหารนั้น เพื่อลดอาการเจ็บปวด ฟั่นฟูสภาพ เพื่อคงทำงานได้ตามปกติ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อนและทำกายบริหาร จะทำให้กล้ามเนื้อที่มีอาการเกร็ง และปวด คลายตัว ส่งผลให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ทำให้อาการปวดลดลง และมีจิตใจแจ่มใส เบิกบาน นอนหลับได้ดีอีกด้วย

ฉะนั้น เพื่อให้อาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะของท่านบรรเทาลง จึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงานและในเรื่องการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหารด้วยตนเอง เป็นเวลา 1 เดือน ปฏิบัติทุกวัน สม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที เป็นอย่างน้อย

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เราเป็นห่วงท่านเสมอและเป็นกำลังใจให้ท่านบรรเทาและหายจากอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะได้

ด้วยความปรารถนาดี

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

จดหมายกระตุ้นเตือน ฉบับที่ 2

คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์

วันที่

เรื่อง การกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ

เรียน คุณ.....

ตามที่ท่านได้มารับรักษาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ นั้น โดยใช้เวลาในการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ นาน 1 เดือน และผู้วิจัยได้กระตุ้นเตือนให้ท่านนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง การประคบน้ำร้อนและทำกายบริหาร เพื่อให้กล้ามเนื้อที่เกร็งคลายตัวขึ้น และลดอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ การรักษาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะให้ได้ผลดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในเรื่องพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และการทำงาน และการนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหารที่เหมาะสม

ฉะนั้น เพื่อให้อาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะของท่านบรรเทาลง ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านปฏิบัติตัวในเรื่องอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการทำงาน การนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร ที่ถูกต้อง

ต้องรักษาร่างกายให้สมดุลและให้ศีรษะตั้งตรงเสมอโดยการ

1. ขณะยืน เดิน นั่งตัวตรงไม่โน้มศีรษะไปข้างหน้า
2. ปรับระยะตัวหนังสือที่ต้องอ่าน จอคอมพิวเตอร์และดูโทรทัศน์ ให้อยู่ในระดับสายตา
3. นั่งทำงาน แขนอยู่ในแนวราบไม่ยกไหล่
4. หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน
5. เวลาหยิบของจากที่สูง ควรมีที่เหยียบรองเท้า
6. หิ้วสัมภาระ เหนียมน้ำหนักให้สมดุล มือทั้ง 2 ข้าง
7. ทำในการนอน เช่น ท่านอนตะแคง หมอนสูงพอที่คอจะไม่เอียง ส่วนท่านอนหงาย หมอน

ควรรองที่คอและรองใต้เข่า

ต้องนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง ประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร เป็นประจำและสม่ำเสมอ

ในการปฏิบัติต้องค่อยเป็นค่อยไปมีสมาธิในการทำแต่ละครั้งทำต่อเนื่องกัน 20-30 นาทีทุกวัน ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพื่อประโยชน์ของท่านเอง ในเบื้องต้นเพื่อให้อาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะบรรเทาและหายไปที่สุด

ด้วยความปรารถนาดี

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

จดหมายกระตุ้นเตือน ฉบับที่ 3

คลินิกอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์
วันที่

เรื่อง การกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
เรียน คุณ.....

ตามที่ท่านได้มารับรักษาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ ที่คลินิกอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ นั้น โดยใช้เวลาในการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ นาน 1 เดือน และผู้วิจัยได้กระตุ้นเตือนให้ท่านนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง การประคบน้ำร้อนและทำกายบริหาร

ฉะนั้น เพื่อให้อาการปวดบ่า ต้นคอและศีรษะของท่านบรรเทาลง ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านปฏิบัติตัวในเรื่องอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการทำงาน การนวดแบบราชสำนัก การประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร ที่ถูกต้อง

ต้องรักษาร่างกายให้สมดุลและให้ศีรษะตั้งตรงเสมอโดยการ

1. ขณะยืน เดิน นั่งตัวตรงไม่โน้มศีรษะไปข้างหน้า
2. ปรับระยะตัวหนังสือที่ต้องอ่าน จอคอมพิวเตอร์และดูโทรทัศน์ ให้อยู่ในระดับสายตา
3. นั่งทำงาน แขนอยู่ในแนวราบไม่ยกไหล่
4. หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน
5. เวลายืนของจากที่สูง ควรมีที่เหยียบรองเท้า
6. หิวสัณการะ เกลี้ยน้ำหนักให้สมดุล มือทั้ง 2 ข้าง
7. ทำในการนอน เช่น ท่านอนตะแคง หมอนสูงพอที่คอจะไม่เอียง ส่วนท่านอนหงาย หมอน

ควรรองที่คอและรองใต้เข่า

ต้องนวดแบบราชสำนักด้วยตนเอง ประคบน้ำร้อน และทำกายบริหาร เป็นประจำและสม่ำเสมอ

ในการปฏิบัติต้องค่อยเป็นค่อยไปมีสมาธิในการทำแต่ละครั้งทำต่อเนื่องกัน 20-30 นาทีทุกวัน ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพื่อประโยชน์ของท่านเอง ในเบื้องต้นเพื่อให้อาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะบรรเทาและหายไปในที่สุด

ด้วยความปรารถนาดี

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์

บัตรนัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์

กลุ่มควบคุม

โปรแกรมสุขศึกษา

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์

ชื่อ.....สกุล..... HN.....

กลุ่มที่.....

ครั้งที่ 1...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 2...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 3...../...../.....เวลา.....

กลุ่มทดลอง

โปรแกรมสุขศึกษา

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปวดบ่า ต้นคอและศีรษะ
คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์

ชื่อ.....สกุล..... HN.....

กลุ่มที่.....

ครั้งที่ 1...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 2...../...../.....เวลา.....

ครั้งที่ 3...../...../.....เวลา.....

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นายศุภกิจ สุวรรณไตรย์
วันเดือนปีเกิด	21 สิงหาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดยโสธร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	331 ถนนพระสุเมรุ แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนพราณนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	อาจารย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2521	ประถมศึกษาตอนต้นและปลาย โรงเรียนบ้านห่อคลอง จังหวัดยโสธร
พ.ศ. 2527	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนห่อแขวงวิทยาคม จังหวัดยโสธร
พ.ศ. 2531	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนศรีปทุมพิทยาคาร จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. 2535	ประกาศนียบัตรวิชาแพทย์อายุรเวท โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2542	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2544	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประเภทวิชาเวชกรรม สาขาวิชาแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงเรียนอายุรเวท กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร