

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ปริญญานิพนธ์
ของ
จิรารักษ์ โสภณทัต

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2548

617.564

จ 574ป

ร 3

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

ของ

จิรารักษ์ โสภณทัต

25 พ.ค. 2548

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2548

1 264520

จิรารักษ์ โสภักดิ์. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ปรินต์นิพนธ์ วทม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความเจ็บปวดหลัง ดัดแปลงมาจาก Dallas Pain Questionnaire (DPQ) และเครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Cybex 6000) และทำการวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t – test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ความเจ็บปวดของหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง และการปฏิบัติในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วย โรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีความเจ็บปวดของหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังไม่แตกต่างกัน

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING
TRANSTHEORETICAL MODEL TO A SELF CARE OF PATIENTS WITH
LOW BACK PAIN, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL
THAI RED CROSS SOCIETY

AN ABSTRACT
BY
JEERARUK SOGUNTUD

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

Jeeraruk Soguntud. (2005). *The effective of health education program applying transtheoretical model to a self-care of patients with low back pain, King Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakarinwirot University. Advisor Committee : Dr. Kamonmarn Virutsetazin, Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee.

The quasi – experimental research was designed to study the effective of health education program applying Transtheoretical model to a self-care of patients with low back pain, King Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society. The samples, sixty patients, were enrolled in this study by purposive random sampling and divided into the study and control group with thirty patients in each group. The modified self-care program was used in the study group and conventional health education program for the control group. The research instruments were the questionnaire self assessment modified from Dallas Pain Questionnaire (DPQ) and the Cybex 6000 machine to measure strength of the back muscle. The data was analyzed for percentage, average score, standard deviation and determined statistical difference by t-test.

The results were as follows :

1. The study group has knowledge of low back pain, attitude with low back pain, self-care, pain score and strength of back muscle better than before receiving program with statistical significance ($p < 0.05$)
2. The study group has the knowledge of low back pain, attitude with low back pain and self-care better than the control group with statistical significance ($p < 0.05$), but there is no difference in pain score and strength of back muscle between both groups.

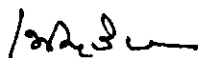
ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำปริญญานิพนธ์จากทบวงมหาวิทยาลัย
เป็นจำนวนเงิน 6,000.- (หกพันบาทถ้วน)

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ของ
นางสาวจิรารักษ์ โสภณทัต

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

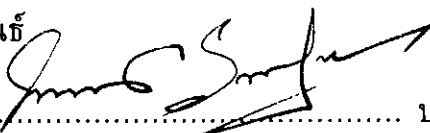


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

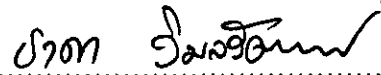
วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



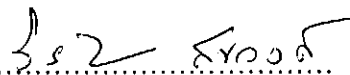
ประธาน

(อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน)



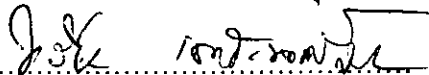
กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ทวีชัย เดชะพงศ์วรชัย)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือ อย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีชัย เดชะพงศ์วรชัย กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่กรุณาดูแลให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนผจง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย อาจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีชัย เดชะพงศ์วรชัย อาจารย์ประจำสาขาวิชาออร์โธปิดิกส์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แพทย์หญิงรัตนา ดอนขันธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คุณประภัทย์ โสทธิโสภา หัวหน้าหน่วยสุขศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประวิทย์ กิตติดำรงค์สุข นายแพทย์ณพชาติ ลิ้มปยยอม และคุณอานุภาพ เจริญศักดิ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและสนับสนุน ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

ผลคุณค่าอันเกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณ แม่บิดา มารดา ตลอดจนครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ให้การศึกษาอบรมเป็นอย่างดี รวมทั้งเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

จิรารักษ์ โสกันทัต

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของปัญหา	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
สมมุติฐานในการวิจัย	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	8
ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง	11
แนวคิดรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	22
โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	36
งานวิจัยต่างประเทศ	36
งานวิจัยในประเทศ	39
3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
กำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	44
แบบแผนการวิจัย	45
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
ลักษณะของเครื่องมือ	50
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	51
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	51
การหาคุณภาพเครื่องมือ	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	79
สรุปการศึกษาค้นคว้า.....	81
อภิปรายผล.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	86
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	93
ประวัติผู้วิจัย.....	149

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติและความตั้งใจ	25
2	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและรายละเอียดขององค์ประกอบในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	27
3	ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	53
4	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	54
5	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	55
6	จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คนตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	62
7	จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังการทดลอง	65
8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	65
9	จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังการทดลอง	66
10	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	67
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามคะแนนปฏิบัติในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง	68
12	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	69
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามคะแนนความเจ็บปวดหลัง ก่อนและหลังการทดลอง	70
14	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	71
15	ผลการเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	72

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง

หน้า

16	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ระดับความเจ็บปวดหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง	73
17	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง	75
18	ปฏิบัติการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลอง	76
19	เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง	77
20	ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตาม ก่อนและหลังการทดลอง	114
21	ค่าความยากง่าย (P) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความรู้ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง 50 คน	147

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 สัดส่วนของแรงที่กระทำต่อ Disc ในช่วงล่างของ Lumbar spine ใน กัน อิริยาบถต่างๆ เปรียบเทียบกับทำยืน.....	12
3 รูปแบบการหมุนเวียนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง.....	23
4 เป้าหมายของการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง.....	33
5 ขั้นตอนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา.....	35
6 รูปแบบวิจัยแบบ Pretest-Posttest Two Group Design.....	45
7 แผนการทดลอง.....	46
8 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	49
9 เครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Cybrex 6,000).....	115
10 การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ.....	115
11 ภาพพลิกการออกกำลังกาย.....	140
12 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า.....	141
13 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านข้าง.....	141
14 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อย.....	141
15 ทำยืดกล้ามเนื้อสะโพก.....	142
16 ทำยืดเนื้อเยื่อซี่ข้าง.....	142
17 ทำยืดกล้ามเนื้อหลัง.....	142
18 ทำยืดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง.....	143
19 ทำยืดกล้ามเนื้อน่อง.....	143
20 บรรยายประกอบการสาธิต.....	144
21 การฝึกปฏิบัติ.....	144
22 สมาชิกกลุ่มร่วมอภิปราย.....	145
23 สมาชิกกลุ่มเลือกวิธีการปฏิบัติ.....	145

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกข้อ เอ็น ฟังซีด และปลายประสาทของร่างกาย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีสถิติผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับระบบดังกล่าวมากเป็นอันดับ 5 ใน 17 โรคของผู้ป่วยนอก จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2536 และเป็นอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยนอกในกรุงเทพมหานครในทุกปี ตั้งแต่ปี 2534-2536 โดยมีอัตราผู้ป่วยเป็น 630, 724 และ 707 ตามลำดับ ต่อประชากร 1,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 6) การศึกษาของ วรวิทย์ เล่าห์เรณู (2543 : 68) พบว่าประมาณร้อยละ 80 มีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ซึ่งพบมากในวัยทำงานและเป็นสาเหตุของการหยุดงานมากเป็นที่ 2 รองจากโรคติดเชื้อของระบบหายใจส่วนต้น (อำนาจ อุณณะนันท์. 2542 : 129) ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคปวดหลังร้อยละ 38.8 ของผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ ทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ยงยุทธ วัชรดุลย์. 2526 : 29) ในจำนวนของผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง สถิติของหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาชิตี ปี พ.ศ. 2538 และ 2539 มีผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างคิดเป็นร้อยละ 12.09 และ 18.30 ตามลำดับ (ทิพวรรณ ไตรติลา นนท์. 2541 : 1) และจากสถานการณ์ของโรคปวดหลังส่วนล่างในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2543-2545 พบว่ามีผู้มารับบริการตรวจรักษาโรคทางออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด 58,470 ราย 55,928 ราย และ 56,321 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยในกลุ่มอาการโรคปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 15,459 ราย, 15,726 ราย และ 14,915 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 26.44, 28.12 และ 26.48 ตามลำดับ และพบมากในช่วงอายุ 30-55 ปี คือร้อยละ 66.40, 62.80 และ 52.30 ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้มารับบริการมากที่สุด

อาการปวดหลังส่วนล่างเกิดจากหลายสาเหตุ พบประมาณร้อยละ 80 เกิดจากการดัดตัวของกล้ามเนื้อ อันเนื่องมาจากอิริยาบถในการทำงาน และการทรงตัวไม่ถูกต้อง อาการปวดหลังส่วนล่างครั้งแรกส่วนใหญ่เกิดจากการบิดตัว ยกของ หิ้วของ หกล้ม (Asparini. 1983 : 503) ก้มตัว หรือนั่งเป็นเวลานานๆ ยกของหนัก ยืนหรือเอนในท่าที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อิริยาบถต่างๆ นอกจากจะมีแรงเครียดที่ข้อต่อของกระดูกสันหลังได้ง่ายแล้วยังมีผลให้เกิดการดัด และบาดเจ็บต่อเอ็น และกล้ามเนื้อได้ (สุรศักดิ์ ศรีสุข. 2537 : 10) และถ้ายังคงมีอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการทำงาน ในท่านั่ง ยืน นอน รวมทั้งการยกของหนักไม่เหมาะสม จะทำให้โครงสร้างของหลังได้รับอันตรายอย่างเรื้อรัง อาการปวดหลังส่วนล่างก็จะคงอยู่และรุนแรงยิ่งขึ้น รายงานจากประเทศสวีเดน พบว่าประมาณร้อยละ 53 ของคนที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปีที่ทำงานนั่งโต๊ะ และประมาณร้อยละ 64 ที่ทำงานหนักมักเป็นโรคปวดหลัง ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรประมาณ 5.2 ล้านคน มีอาการ

ปวดหลังขนาดทำงานไม่ได้ ต้องนอนพักรักษาตัว และพบว่าครึ่งหนึ่งของบุคคลเหล่านี้ (2.6 ล้านคน) พิจารณาแบบถาวร (ธวัช ประสาทฤทธา. 2543 : 1) และช่วงอายุที่พบอาการปวดหลังบ่อย ที่สุด คือ 25-50 ปี ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยจะหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยาและไม่ต้องพบแพทย์ มีอยู่ประมาณ ร้อยละ 65 ที่มีอาการปวดหลังจนทำงานไม่ได้ หรือต้องไปพบแพทย์อย่างน้อยมากกว่า 1 ครั้งในชีวิต (Livermor. 1984 : 23) ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างร้อยละ 20 จะมีอาการปวดเรื้อรัง (Nachemson. 1983 :79) ซึ่งผลของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนี้จะกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมภาวะเศรษฐกิจและประเทศชาติ

สำหรับวิธีการที่จะช่วยให้ทุเลาอาการปวดหลัง ได้แก่ การมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและในการทำงาน ควบคู่กับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม เพียงพอ และสม่ำเสมอ (วิลโล ซินสกูล; สุชีรา จิตสาโรจิตโต; และ อุไรรัตน์ ภิกขมมงคล. 2543 : 128) เนื่องจากการออกกำลังกายที่นาน นานเกินไปหรือไม่เคยชิน อาจทำให้กล้ามเนื้อหลังเกร็ง ซึ่งนำไปสู่การปวดและตึง (รัชณี ศิลปบรรเลง. 2533 : 17) สำหรับการมีอิริยาบถที่เหมาะสมนั้น กระทำได้โดยการทำให้ร่างกายอยู่ในลักษณะที่สมดุลมากที่สุด เพื่อให้กล้ามเนื้อทำงานน้อยที่สุด ในส่วนของหลังก็จะต้องอยู่ในท่าที่หมอนรองกระดูกสันหลังรับแรงกดน้อยที่สุด ส่วนการออกกำลังกายนั้น มีคุณประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายทุกส่วน และมีความจำเป็นสำหรับการคงไว้ซึ่งหน้าที่และโครงสร้างของกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ และระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง การออกกำลังกายมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวด ผื่นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งการทำงานได้ตามปกติ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เมื่อโรคปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างสามารถดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ประกอบกับแนวคิดหลักของนโยบายการพัฒนาสุขภาพ ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) คือ ให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และจะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

ภาวะสุขภาพเป็นความรับผิดชอบพื้นฐานของผู้เป็นเจ้าของ (ทัศนาก บัญทอง. 2536 : 8) ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างนั้น ผู้ป่วยจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันความรุนแรงของโรค โดยพยายามบำบัดด้วยตนเองเพื่อลดอาการปวดและอาการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันความด้อยสมรรถภาพ (Disability) และฟื้นฟูหน้าที่ให้กลับไปทำงานได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วิลโล ซินสกูล; สุชีรา จิตสาโรจิตโต; และ อุไรรัตน์ ภิกขมมงคล. 2543 : 413) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องมีการพัฒนาและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ป่วยโรคปวดหลังมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคปวดหลัง และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดความทรมานเรื้อรังและความพิการลงได้ (ธวัช ประสาทฤทธา. 2543 : 3)

สำหรับการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองนั้น ในแต่ละขั้นของการเปลี่ยนแปลง ในแต่ละคนจะมีกระบวนการที่แตกต่างกันไป กระบวนการเปลี่ยนแปลงอาจยืดยาวจากขั้นตอนหนึ่ง ไปสู่ขั้นตอนอื่นๆ หรืออาจข้ามขั้นตอนไป ขั้นตอนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วอาจกลับมาซ้ำแบบเดิมอีก การปลูกฝังค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง จะเป็นดัชนีบ่งถึงความสำเร็จ การได้รับการเสริมแรงอย่างเหมาะสมตลอดโครงการ จะส่งผลให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นคงอยู่ได้ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ; และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2541 : 70) ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างจำนวนมาก ไม่กล้าเคลื่อนไหว เนื่องจากมีอาการเจ็บปวด ทำให้กระดูกสันหลังแข็งเกร็ง ข้อเคลื่อนไหวไม่สะดวก กล้ามเนื้อส่วนหลัง ส่วนท้อง และขา มีอาการเป็นตะคริว หดเกร็งหรือไม่มีแรง ซึ่งหากไม่หาทางแก้ไขโดยเร็ว ก็จะทำให้อาการปวดหลังทวีความรุนแรงขึ้น สร้างปัญหาอย่างมากทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการปฏิบัติเกี่ยวกับอิริยาบถและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อให้ข้อเคลื่อนไหวได้สะดวก กล้ามเนื้อแข็งแรง อ่อนตัวและยืดหดได้ตามปกติ และเสริมสมรรถนะต่างๆ ของร่างกาย (เชื้อ หลินเฟิน. 2541 : 42-43) ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการเป็นขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งวิธีการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) ของโปรชาสกาและไดคลิเมนท์ (Prochaska; & Diclimente. 1982 : 276-287) ซึ่งมีขั้นตอนและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน จะมีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การที่ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนประกอบกับการได้รับแรงเสริมอย่างเหมาะสม น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้มารับบริการตรวจรักษาโรคทางออร์โธปิดิกส์มีจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคปวดหลังส่วนล่าง ทั้งที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ถ้ามีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมให้ศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมศึกษาดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ศึกษาแก่ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมและอิริยาบถที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ในเรื่องต่อไปนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง
2. ภาวะสุขภาพ

ความสำคัญของปัญหา

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง แก่ผู้ป่วยและประชาชนที่สนใจ ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าเป็นข้อมูล ในการจัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2545 จำนวน 14,915 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยนำรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะก่อนตั้งใจ ระยะตั้งใจ ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

2. การสอนสุขศึกษาตามปกติ หมายถึง การสอนสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติเป็นประจำตามปกติ โดยวิธีบรรยายประกอบภาพพลิก การสาธิต และแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปวดหลัง

3. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง และแบบประเมินภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง ได้แก่

4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง ความสามารถในการจำ และเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคปวดหลังส่วนล่าง

4.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความโน้มเอียงในการประเมินค่าของการมีอริยาบถที่เหมาะสม และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง การประเมินเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

4.3 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างในการดูแลตนเอง ได้แก่

4.3.1 อริยาบถที่เหมาะสม หมายถึง การวางลักษณะท่าทางของร่างกายในชีวิตประจำวันและการทำงาน ได้แก่ การนอน การนั่ง การยืน และการยกของ ให้มีความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม โดยกล้ามเนื้อหลังได้รับแรงกระแทกน้อยที่สุด

4.3.2 การออกกำลังกาย หมายถึง วิธีการบริหารที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย ท่านอนหงาย ท่านอนคว่ำ ท่านอนตะแคง หรือทำยีน

5. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การวัดผลทางด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ประเมินได้จาก

5.1 ความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหลัง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่ออาการปวดหลังประเมินได้จากแบบสอบถามประเมินความเจ็บปวดของหลังที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Dallas Pain Questionnaire (DPQ)

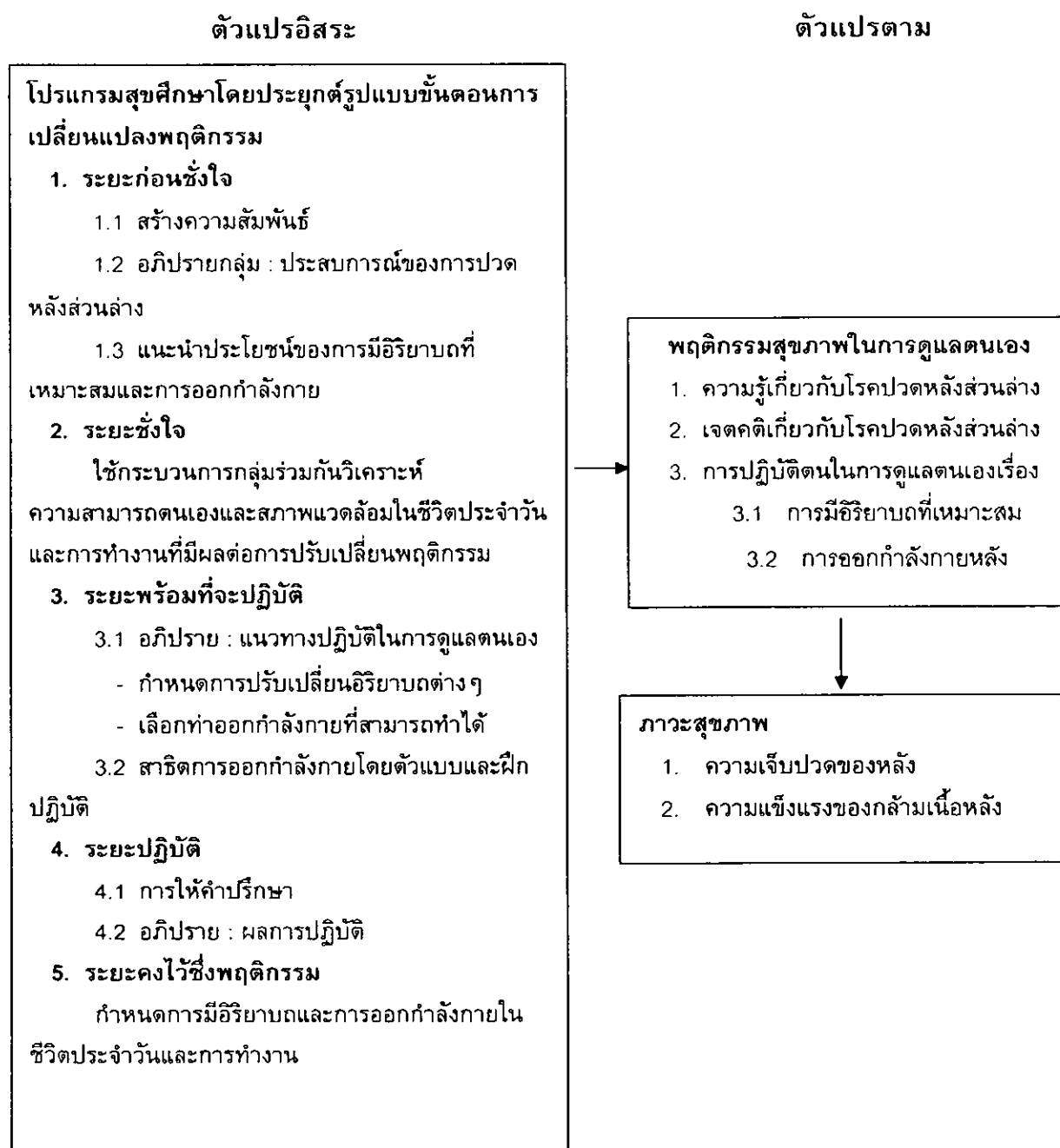
5.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง หมายถึง ผลของการออกกำลังกายที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างมีกล้ามเนื้อหลัง สะโพก เอว ต้นขา หน้าท้องที่แข็งแรงและ ทนทานสูงประเมินโดยเครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Cybrex 6000)

6. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง นานกว่า 3 เดือน หรือมีอาการปวดหลังส่วนล่างกลับซ้ำ และไม่มีอาการจากเส้นประสาทถูกกดทับ

7. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ สังกัดสภากาชาดไทย ขนาด 1,500 เตียง ให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไป (เวชระเบียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2546)

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง มีตัวแปรต่อไปนี้ ดีกว่าก่อนการทดลอง

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 1.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 1.3 การปฏิบัติในการดูแลตนเอง
- 1.4 ความเจ็บปวดของหลัง
- 1.5 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

2. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง มีตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติ

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 2.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 2.3 การปฏิบัติในการดูแลตนเอง
- 2.4 ความเจ็บปวดของหลัง
- 2.5 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างแผนกผู้ป่วยนอกทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย

1. พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.2 ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
2. แนวคิดรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of change)
3. โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 4.1 งานวิจัยต่างประเทศ
 - 4.2 งานวิจัยในประเทศ

1. พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 97-98) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การแสดงออก ทำที่ของบุคคล การคิด การพูด การเดิน การวิ่ง การหัวเราะ การรับประทานอาหาร การหายใจ การเต้นของหัวใจ ความรู้สึกของบุคคล ล้วนเป็นพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้นอาจให้ความหมายของพฤติกรรมดังนี้ พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายใน หรือแสดงออกมาจากภายนอก นักพฤติกรรมศาสตร์บางคนเรียกการเคลื่อนไหวของสิ่งไม่มีชีวิตว่าเป็นพฤติกรรมด้วย

สุชาติ โสมประยูร (2542 : 33) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า คือ ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ โดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

วารี ระกิติ (2530 : 695-705) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า คือ ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลทั้งที่อยู่ภายใน หรือแสดงออกมาภายนอก โดยจะเน้นเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ โดยที่องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ มีความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บว่าเป็นอย่างไร แสดงออกโดยการบอกกล่าว หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การบอกกล่าวว่าจะรักษาสุขภาพอย่างไร จะระมัดระวังสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยได้อย่างไร การอธิบายให้รู้ถึงสาเหตุของโรค หรือการเขียนบทความให้ผู้อื่นอ่านให้เกิดแนวคิดเรื่องสุขภาพ เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ เช่น ความยินดี ความเห็นชอบ ความพึงพอใจที่จะปฏิบัติให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นการแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้โดยการสังเกตจากผู้อื่น เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เป็นต้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับความสบาย หรือความสุข ปราศจากโรคทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งอาจสังเกตและวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมนั้นจะมีองค์ประกอบทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ (Taxonomy of educational objectives) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ตามลักษณะของพฤติกรรมดังนี้ (รวมพร คงกำเนิด. 2543 : 84)

1. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสามารถและทักษะทางสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นพัฒนาของปัญญา และทักษะ เริ่มต้นจากการเรียนรู้ระดับง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความดีและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้เกี่ยวกับการนิยามคำ ความจริง กฎเกณฑ์ ผลลัพธ์ และหลักการ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่ส่วนย่อยเป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นตอนของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์มุ่งที่จะสื่อความหมายให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ ประกอบเข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียงเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นการกำหนดเกณฑ์ขึ้นเอง หรือเป็นการกำหนดของบุคคลอื่น

2. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม ความสนใจ เจตคติ คุณค่า และค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน

2.1 การยอมรับ (Receiving) เป็นความสามารถในการรับรู้ หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งต่างๆ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจเต็มที่และพอใจในสิ่งเร้า

2.3 การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึก หรือสำนึกในคุณค่าหรือคุณธรรมของสิ่งต่างๆ จนกลายเป็นความนิยมและเชื่อถือในสิ่งนั้น

2.4 การจัดระบบ (Organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ เข้ามาเป็นระบบ

2.5 การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยม หรือลักษณะนิสัย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดมั่น

3. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับระบบทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย โดยแสดงออกและสังเคราะห์เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการสอนสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติที่ด้นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้นเสียก่อน (รวมพร คงกำเนิด. 2543 : 85) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

3.1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่น่าสนใจ

3.2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำให้สิ่งที่เห็นว่าถูกต้องนั้น อย่างเป็นเรื่องเป็นราว เป็นธรรมชาติ

3.4 การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติโดยอัตโนมัติ เป็นธรรมชาติ

1.2 ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการปวดที่พบบ่อย และมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ประชาชนจึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงกลไกต่างๆของการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง เพื่อที่จะสามารถป้องกันอาการและลดความวิตกกังวลและยังทำให้ทราบวิธีการรักษาที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างจึงควรมีความรู้ดังต่อไปนี้

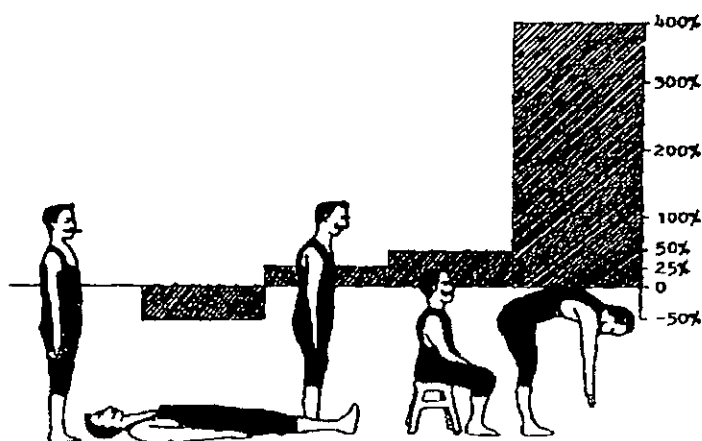
1.2.1.1 อาการปวดหลังส่วนล่าง (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. 2541 : 295-296)

ไขสันหลังในแต่ละปล้องของกระดูกสันหลังอยู่ ณ บริเวณรอยต่อของกระดูกทรวงอกและกระดูกสันหลังและส่งรากประสาทส่วนหน้า (Ventral root) กับส่วนหลัง (Dorsal root) มาบรรจบกันที่รูออกของรากประสาท (Nerve root foramen) ความยาวของรากประสาทแตกต่างกันในระดับเอวต่างๆ กล่าวคือ ระดับ L₁ จะมีความยาวประมาณ 60 มิลลิเมตร ขณะที่ระดับ S₁ ยาวประมาณ 170 มิลลิเมตร ก่อนที่รากประสาททั้งสองส่วนจะบรรจบกันนั้น รากประสาทส่วนหลังขยายตัวใหญ่ขึ้น เป็น Dorsal root ganglion ซึ่งเป็นที่อยู่ของเซลล์รับสัมผัส หลังจากรวมกันเป็นเส้นประสาทส่วนหลัง (Spinal nerve) แล้ว ก็แยกออกเป็นสองสาขา คือ Anterior หรือ Ventral ramus ซึ่งส่งกิ่งก้านไปเลี้ยงขา และ Posterior หรือ Dorsal ramus ซึ่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและโครงสร้างต่างๆ บริเวณนั้นเอว

เส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังจึงมาจากกิ่งก้านสาขาของ Primary posterior ramus ซึ่งจะไปเลี้ยงส่วนต่างๆบริเวณนั้นเอว ตั้งแต่ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนัง กล้ามเนื้อ (หลังและหน้าท้อง) เอ็น ฟังผืด ผนังหลอดเลือด เยื่อหุ้มกระดูก และเอ็นกระดูกด้านหลัง ซึ่งอยู่นอกโพรงกระดูกสันหลังและเยื่อหุ้ม Facet joint เนื้อเยื่อที่อยู่ภายในโพรงกระดูกสันหลัง ได้แก่ เอ็นกระดูก Posterior longitudinal เยื่อหุ้มไขสันหลังและประสาท เยื่อหุ้ม Facet joint และผนังหลอดเลือดรอบๆ เยื่อหุ้มไขสันหลังและรากประสาททั้งหมดนี้เลี้ยงโดยเส้นประสาทเล็กๆ ที่แยกจาก Spinal nerve บริเวณใกล้ๆ รูออกของรากประสาท เส้นประสาทนี้เรียกว่า Sinuvertebral nerve ซึ่งแต่ละปล้องมีสาขาแยกเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ข้างต้น ทั้งระดับที่สูงขึ้นและต่ำลงมา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกตำแหน่ง หรือระดับปล้องของกระดูกสันหลัง เวลาถูกกระตุ้น เช่น การกระตุ้นข้อ Facet ของ

กระดูก $L_{3/4}$ และ L_5/S_1 จะให้ผลของอาการและตำแหน่งคล้ายกัน โครงสร้างของข้อต่อบริเวณนั้น เอว มีปริมาณของปลายประสาทสัมผัสต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย (Nociceptor) ซึ่งมักเป็นพวก C-fiber (Non-myelinated) หรือ A-delta (Thin myelinated) ในปริมาณที่ไม่เท่ากัน โครงสร้างที่มีปลายประสาทสัมผัสในปริมาณที่แน่นอน ได้แก่ Posterior longitudinal ligaments, Capsule ของ Facet joint ด้านหน้าของเยื่อหุ้มไขสันหลัง ส่วนโครงสร้างที่ไม่พบปลายประสาทสัมผัสในผู้หญิง ได้แก่ กระดูกอ่อน (Vertebral end plate และผิว Facet joint), Annulus fibrosus, Nucleus pulposus และโครงสร้างที่มีปลายประสาทสัมผัสเบาบาง ได้แก่ Ligamentum flavum และ Interspinatus ligaments มีข้อสงสัยเกี่ยวกับ เยื่อหุ้มข้อ Facet joint มีแขนงจากทั้ง Sinuvertebral (เลี้ยงส่วนที่อยู่ภายในโพรงกระดูกสันหลัง) และ Posterior ramus (เลี้ยงส่วนที่อยู่นอกโพรงกระดูกสันหลัง)

ในอิริยาบถต่างๆ กันจะมีแรงผ่านหรือกระทำต่อกระดูกสันหลังไม่เท่ากัน น้ำหนักตัวที่ตกลงมาตามแนวตั้ง ถ้ายิ่งตกลงห่างจากกระดูกสันหลังส่วนล่างออกไปมากจะทำให้ Lever arm ยิ่งยาวออกไปอันจะมีผลทำให้เกิดแรงบิด (Torque) ที่ตรงข้อต่อช่วงนั้นเพิ่มขึ้น ดังนั้นอิริยาบถที่ทำให้แนวตั้งของน้ำหนักตัวห่างจากกระดูกสันหลังออกไปจะทำให้กระดูกสันหลังช่วงนั้นรับ น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามไปด้วย น้ำหนักที่ผ่านบริเวณนั้นเมื่อมากจะทำให้เกิดการเสื่อมชำรุดของข้อต่อบริเวณนั้นและมากกว่าที่อื่น ในทำยืนน้ำหนักผ่าน ร้อยละ 100 หรือเท่าน้ำหนักตัว ในท่านอนน้ำหนักจะผ่านน้อยมาก ท่านั่ง ยืนก้มหลัง นั่งอหลัง น้ำหนักจะผ่านเพิ่มขึ้นตามลำดับ (อำนาจ อุณนะนันท์. 2542 : 132-133) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 สัดส่วนของแรงที่กระทำต่อ Disc ในช่วงล่างของ Lumbar spine ในอิริยาบถต่างๆ กัน เปรียบเทียบกับทำยืน

ที่มา: อำนาจ อุณนะนันท์. (2542 : 132)

1.2.1.2 สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ. 2541 : 297-298)

การที่บุคคลจะมีอาการปวดหลังได้ ย่อมต้องมีการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้าจนถึงระดับ Threshold สิ่งเร้าที่กระตุ้นนั้นมักเป็นพลังงานกลหรือสารเคมีหรือทั้งสองอย่าง แต่ทั้งนี้ไม่จำเป็นเสมอไปที่มีสิ่งเร้าที่รุนแรงแล้วทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงตามส่วน เนื่องจากร่างกายมีระบบปรับหรือปรุงแต่ง (Modulation) อาการปวดในระดับต่างๆ กัน สิ่งเร้าบางอย่างที่พบเป็นสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่

1. การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็นส่วนใหญ่เกิดจากการใช้หลังทำงานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม โครงสร้างที่อาจฉีกขาด ได้แก่ Annulus fibrous เอ็นกระดูก Posterior และ Anterior longitudinal, Supraspinatus, Interspinal หรือจุดเกาะของกล้ามเนื้อ (Enthesis) อาการปวดที่เกิดขึ้นทันทีที่มีการบาดเจ็บบริเวณนั้นเอวหรือสะโพก หลังจากนั้น 24 ถึง 48 ชั่วโมงจะปวดมากที่สุดและค่อยๆ หายไปในระยะเวลาประมาณ 10 ถึง 14 วัน อาการปวดส่วนใหญ่เกิดจากอาการอักเสบรอบๆ บริเวณบาดเจ็บ และมีสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น K (รั่วจากเซลล์ที่บาดเจ็บ) Serotonin, Bradykinin และ Prostaglandins เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพื่อหยุดการเคลื่อนไหวของบริเวณที่เจ็บ ทำให้กระตุ้นปลายประสาทสัมผัสที่เลี้ยงหลอดเลือดภายในมัดกล้ามเนื้อ (เกิดความดันในกล้ามเนื้อสูง) จากแรงกด แรงดึง และกรดแลคติก หรือสารอื่น ให้สังเกตว่าเมื่อมีการอักเสบ จะมีการลด Threshold ของ Mechanoreceptor ลงจนถึงระดับที่การกระตุ้นที่เกิดจากการเคลื่อนไหวปกติก็ทำให้เกิดอาการปวดได้

2. หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated disc) เกิดจากการค่อยๆ ฉีกขาดภายในของ Annulus fibrosus จนถึงรอบนอก ทำให้ Nucleus pulposus หลุดรูดออกมานอก Annulus fibrosus เมื่อมีการรับน้ำหนักในท่าที่ทำให้ความดันภายในหมอนรองกระดูกสูง เช่น อิริยาบถก้มยกของหนัก หรือไอจาม ตัว Nucleus pulposus มักหลุดมาบริเวณข้างๆ เอ็นกระดูก posterior longitudinal ซึ่งจะกดทับรากประสาทพอดี้ อาการปวดหลังเกิดจากการที่เอ็นกระดูก Posterior longitudinal ถูกดันให้ตึงตัว ส่วนรากประสาทที่ถูกกดอาจทำให้เกิดอาการชาและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่วนอาการปวดแบบ Sciatica มักเกิดหลังจากมีการเคลื่อนตัวของหมอนรองกระดูกสันหลังไปแล้วประมาณ 24 ถึง 48 ชั่วโมง เนื่องจากเกิดการอักเสบรอบๆ รากประสาท เชื่อว่าเกิดเนื่องจาก Nucleus pulposus ทำหน้าที่เสมือนสารแปลกปลอมจากภายนอกในร่างกาย เพราะในยามปกติสารนี้ไม่เคยสัมผัสกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเลย

3. ข้อสันหลังเสื่อม (Degenerative disc) เนื่องจากในวัยสูงอายุ มีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังทั้งสามองค์ประกอบ กล่าวคือ มีการแตกของ Vertebral end plate การฉีกขาดของ Annulus fibrosus และการเสียรูปของ Nucleus pulposus ทำให้โครงสร้างเหล่านี้อ่อนแอได้ไม่เพียงพอที่จะรับแรงกดของลำตัว ทำให้ข้อ Facets ต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นจนเกิดการเสื่อมของ Facet เหมือนข้อ Synovial ในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ทำให้ผิวกระดูกอ่อนบางลง เยื่อหุ้มข้อหลวม และความสูงของหมอนรองกระดูกยุบลง อันเป็นเหตุให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังหลวม

และมีความเคลื่อนไหวในทิศทางที่ผิดปกติ ลักษณะเช่นนี้ทำให้เอ็นต่าง ๆ ถูกยืดตัวมากกว่าปกติ แม้ในสภาวะการเคลื่อนไหวดังกล่าวอยู่ในวิสัยที่ควรจะสามารถทำได้ นอกจากนี้อาการปวดก็อาจเกิดจากการอักเสบเป็นครั้งคราวของส่วนใดส่วนหนึ่งในระบบข้อต่อกระดูกสันหลังที่เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย อาจจะมีผลที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดติดตามมา เช่น แรงดันของหลอดเลือดดำในกระดูกสูงกว่าปกติ หรือเกิดการซ่อมแซมเอ็นต่าง ๆ เช่น Annulus fibrosus ทำให้เกิด Granulation tissue ซึ่งจะดึงปลายประสาทสัมผัสเข้าไปในโครงสร้างที่เกิดใหม่ ในกรณีเช่นนี้ รอบ ๆ Annulus fibrosus อาจไวต่อการกระตุ้นและทำให้เจ็บปวดได้ (ซึ่งปกติจะไม่ค่อยมีปลายประสาทสัมผัส)

4. โพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal stenosis) เมื่อเกิดการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลังจนเกิดการหลวมตัวของข้อต่อกระดูกสันหลังแล้ว ร่างกายพยายามจะซ่อมแซมให้เกิดความมั่นคงของข้อต่อกระดูกขึ้นจึงเกิดการขยายตัวใหญ่ขึ้นของกระดูกและเอ็นต่าง ๆ ทำให้โพรงกระดูกสันหลังแคบลง ในระยะนี้อาจเกิดความมั่นคงขึ้น หรือยังมีการหลวมของข้อต่อกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะบางปล้องก็ได้ การตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลังเป็นเหตุให้หลอดเลือดรอบ ๆ Cauda equina และรากประสาท ถูกบีบรัดจนทำให้รากประสาทขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง โดยเฉพาะในอิริยาบถที่มีการแอ่นของเอว (Lordosis) ซึ่งจะทำให้โพรงกระดูกตีบแคบมากขึ้นจนเกิดอาการปวดเนื่องจากการขาดเลือดหล่อเลี้ยงรากประสาท และแสดงออกในทางคลินิกเป็นอาการปวดหลังและขาทั้งสองในเวลากลางคืน

5. การอักเสบของถุงน้ำหล่อเลี้ยงข้อต่อ (Bursitis) จากการสังเกตระหว่างการผ่าตัด พบว่ามีอุบัติการณ์ของ Interspinous bursitis ระหว่างปล้องสันหลังที่หลวมค่อนข้างสูง Bursa เหล่านี้อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการปวดหลัง

1.2.1.3 การรักษาโรคปวดหลัง (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. 2541 : 307-309; และ ชววิช ประสาทฤทธา. 2543 : 33-49)

วิธีการรักษามีหลายวิธี ควรเลือกให้ถูกต้องตามกละเทศะ ซึ่งขอแยกกล่าวตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การนอนพัก การนอนพักเพื่ออาการอักเสบและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลัง เป็นการรักษาที่ดีวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดหลังเฉพาะแผ่นหลัง การนอนพักในที่นี้หมายถึง การนอนพัก โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะดีขึ้นโดยการนอนพักเสมอ มิฉะนั้นต้องหาสาเหตุอย่างอื่น ที่นอนควรแข็งพอสมควร ถ้านอนหงายแล้วยังมีอาการปวด อาจปรับให้นอนตะแคงหรือนอนหงายโดยมีหมอนหนุนรองใต้หัวเข่าเพื่อให้ความแอ่นของหลังลดลง การให้นอนพักมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มปวดค่อนข้างเฉียบพลันและปวดมาก ข้อจำกัดของการรักษาด้วยการนอนพัก คือ ผู้ป่วยเสียเวลาทำงาน การนอนพักนานทำให้โครงสร้างต่าง ๆ โดยเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแอลง มีการสูญเสียของแร่แคลเซียมออกมากับปัสสาวะ เป็นต้น ควรพยายามให้ผู้ป่วยนอนพักไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ (ถ้าเป็นไปได้ควรนอนพักเพียง 2 วัน)

2. การรักษาโดยใช้ยา มีประโยชน์ค่อนข้างมากในระยะปวดเฉียบพลัน ซึ่งมักมีการอักเสบของข้อและรากประสาท ยาที่พิสูจน์แล้วว่ามียาประโยชน์แน่นอน ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด และ NSAID ยากลุ่มอื่นที่อาจมีประโยชน์ ได้แก่ ยากล้ามเนื้อและยากล่อมประสาทมีผลให้ผู้ป่วยพักได้ดีขึ้น ควรพยายามหลีกเลี่ยงการให้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำได้โดยการพูดคุยชี้แจงและแนะนำผู้ป่วย หรือเลือกการรักษาวิธีอื่น ซึ่งจะกล่าวต่อไป ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการอักเสบเรื้อรังของข้อ เช่น Ankylosing spondylitis มีความจำเป็นต้องพึ่งยากลุ่ม NSAID เป็นระยะนานๆ เช่นเดียวกับการรักษาข้ออักเสบรูมาตอยด์

3. การใช้วิธีกายภาพบำบัด ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อลดอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจทดแทนหรือมีผลให้ลดยาประเภทต่างๆ ลงได้ การนวด การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้า (Transcutaneous Nerve Stimulation หรือ TNS) ตลอดจนการฝังเข็ม ก็น่าจะอนุโลมให้อยู่ในกลุ่มนี้ด้วย วิธีการต่างๆ เหล่านี้ถ้าทำการรักษาในโรงพยาบาล ก็ควรเป็นกรณีที่อาการปวดค่อนข้างเฉียบพลัน หรือรุนแรงเพราะค่อนข้างเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องพึ่งบุคลากรหลายฝ่าย หากจำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องควรเป็นการปรับเครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ได้เองที่บ้าน

4. การสอนแนะนำการดูแลสุขภาพของหลัง (Back school) เนื่องจากสาเหตุส่วนหนึ่งของอาการปวดเกี่ยวเนื่องกับการใช้หลัง หรืออิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การสอนผู้ป่วยให้มีความรู้และเข้าใจถึงโครงสร้าง สาเหตุ และพยาธิสภาพของหลัง ตลอดจนการปรับอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้น ในรายที่มีปัญหานั่งทำงานแล้วปวด ควรนั่งให้ถูกวิธีโดยให้พิงพนักเต็มทีและนั่งทำงานในท่าตรง ถ้าเป็นไปได้อาจปรับโต๊ะทำงานให้ลาดเอียง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องนั่งก้มทำงาน เป็นต้น

5. การบริหารร่างกาย เมื่อผู้ป่วยพอเริ่มทำงานได้ เขาควรได้รับการเพิ่มสมรรถภาพของหลังโดยบริหารร่างกาย จุดประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อป้องกันอาการปวดที่อาจเกิดขึ้นอีก การบริหารอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ การเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและกล้ามเนื้อ การเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และการบริหารทั่วไปแบบแอโรบิก แพทย์ผู้รักษาอาจต้องเลือกการบริหารให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม เช่น กลุ่ม Spinal stenosis, Facet syndrome และ Spondylolithesis ควรเน้นการบริหารกล้ามเนื้อท้อง

6. การรักษาด้วยการผ่าตัด ในกรณีที่มีอาการกดทับของรากประสาท ชัดเจน และอาการปวดไม่ดีขึ้นโดยวิธีต่างๆ ข้างต้น อาจพิจารณาใช้การผ่าตัดรักษา จุดประสงค์ที่สำคัญ คือ ลดการกดรากประสาท และอาจมีการเชื่อมโครงสร้างที่หลวมในบางกรณี เช่น มีการเลื่อนของกระดูกสันหลังร่วมด้วย

1.2.2 เจตคติต่อโรคปวดหลังส่วนล่าง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 224) เจตคติ คือ ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก บอกถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

เฉลิมพล ดันสกุล (2543 : 44) เจตคติหรือทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่างๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ

องค์ประกอบของเจตคติ เฉลิมพล ดันสกุล (2543 : 44) กล่าวว่า มีผู้แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive component) คือ มีการรับรู้ว่ามีสิ่งนั้นคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น ความรู้เป็นพื้นฐานของความเชื่อที่ทำให้บุคคลผู้นั้นเชื่อว่าข้อมูลนั้น ๆ เป็นจริง หรือไม่จริง

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ สิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด

3. องค์ประกอบด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action tendency หรือ Behavioral component) เมื่อคนมีความรู้เชิงประเมิน และมีความรู้สึกชอบพอหรือไม่ชอบพอต่อสิ่งใดแล้ว สิ่งที่มาตามก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้สึกเชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่มักมีอาการปวดที่ไม่รุนแรง ซึ่งหายได้เองได้โดยไม่ต้องทำการรักษาใดๆ สิ่งซึ่งผู้ป่วยต้องการคือ การนอนพักโดยไม่ต้องทำงาน และได้รับเงินเดือนเต็มเดือนเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่ไม่รุนแรงนัก แต่เมื่อพบแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางก็ตาม ผู้ป่วยกลับได้รับใบสั่งการวินิจฉัยมากมาย เพื่อหาสาเหตุของอาการปวดและต้องมาพบแพทย์หลายๆ ครั้ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความกังวล ความเครียด และความไม่แน่ใจในโรคที่เป็นอยู่ ในผู้ป่วยบางรายที่มีจิตใจอ่อนไหวอยู่แล้ว ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจทับถมหรือซ้ำเติมหรือกระตุ้นให้อาการปวดหลังมีความรุนแรงหรือน่าเบื่อเพิ่มมากขึ้น (ธวัชประสาทรพรา. 2543 : 16) ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้สึกหรือเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลัง และรับรู้ความสามารถในการที่จะปฏิบัติตนเพื่อลดหรือทุเลาอาการปวดหลังลง ทั้งยังเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างได้อีกด้วย

1.2.3 การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

โดโรธี โอเรม (ทัศนาศา บัญชี. 2536 : 10-11 ; อ้างอิงจาก Dorothy Orem. 1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง

การดูแลตนเองเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม โดยได้กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองว่า

1. เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข
2. เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับภัยอันตรายต่างๆ
4. เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถภาพของบุคคล

ความหมายของการดูแลตนเองตามองค์การอนามัยโลก คือ การดำเนิน กิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และ ชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (ทัศนาศา บัญชี. 2536 : 11)

การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

การปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรค และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะการมีอิริยาบถและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดังนี้คือ

1. การปฏิบัติในการดูแลตนเองในอิริยาบถที่เหมาะสม (กรรวิ บุญชัย. 2540 : 190-196; ชมพูนุท สุวรรณศรี. 2543 : 32-43; ธวัช ประสาทฤทธา. 2543 : 53-62, 55-59; เสก อักษรานุเคราะห์. 2546 : 4-11; สุรศักดิ์ ศรีสุข; เล็ก ปรีวิสุทธิ; และนวลอนงค์ ชัยปิยะพร. 2537 : 22-28) ได้แก่

1.1 การนอน ก่อนล้มตัวนอน ควรนั่งบนขอบเตียง จากนั้นนอนตะแคงตัวลงนอนและขณะลุกขึ้นจากที่นอน ควรจะตะแคงตัวก่อนแล้วจึงลุกขึ้น

ท่านอนหงาย ควรใช้หมอนรองใต้โคนขาจะทำให้สะโพกและเข่าอ согเล็กน้อยซึ่งจะทำให้กระดูกสันหลังหายแอ่น แบนติดที่นอน

ท่านอนตะแคง เป็นท่าที่ดีที่สุด แต่ต้องระวังเพราะในท่านอนตะแคงจะทำให้กระดูกสันหลังแอ่นได้ ดังนั้นควรนอนให้ขาข้างเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพกและเข่า กอดหมอนข้างไว้ทำหลังให้โค้งเล็กน้อย

ท่านอนคว่ำ กระดูกสันหลังส่วนล่างจะแอ่นมาก ซึ่งจะทำให้ปวดหลังมากที่สุด เป็นท่าต้องห้าม

เตียง ควรเป็นเตียงไม้ ห้ามใช้เตียงสปริง

ที่นอน ควรเป็นที่นอนที่แน่นที่สุดไม่ควรใช้ที่นอนที่นุ่มเกินไป ซึ่งจะทำให้กระดูกสันหลังโก่ง

1.2 การลุกจากท่านอน และล้มตัวลงนอน การลุกขึ้นนั่งจากที่นอนชั้นแรกให้นอนตะแคง งอเข่า และสะโพก เข่าอยู่ขอบเตียง มือและข้อศอกเตรียมยันตัวขึ้น ชันถัดไปวางขาให้พ้นจากขอบเตียง ใช้มือและข้อศอกช่วยยันตัวให้ลุกขึ้น

การล้มตัวลงนอน ให้ทำย้อนจากท่าลุกจากที่นอน

1.3 การนั่ง ท่านั่งที่ถูกวิธีก่อนนั่งควรก้มหลังงอเข่าและงอสะโพกเล็กน้อย จากนั้นจึงค่อยๆ วางก้นลงบนที่นั่ง ขณะนั่ง น้ำหนักของร่างกายจะตกที่กระดูกก้นกบ ลำตัวตรง บริเวณหลังส่วนล่างไม่แอ่น หรือหลังส่วนบนไม่ก้มมากเกินไปจนทำให้ไหล่ห่อ เท้าวางราบกับพื้นได้พอดี โดยวางเท้าเหลื่อมกันทางด้านหน้า ด้านหลังเล็กน้อย

เก้าอี้ ความสูงต้องพอดี เมื่อเวลาพิง ฝ่าเท้าจะต้องวางได้เต็มบนพื้นพอดี ถ้าเก้าอี้สูงเกินไป เท้าจะลอยไม่แตะพื้น ทำให้เมื่อยโคนขาและปวดหลังได้ ถ้าเก้าอี้ที่เตี้ยเกินไป เข่าจะลอยชันขึ้น จะทำให้เมื่อยและเจ็บกันได้ที่นั่งต้องสีกพอรองรับกันและโคนขาได้ทั้งหมด ถ้าที่นั่งสั้นเกินไปจะรองรับโคนขาได้ไม่หมด จะเมื่อยขาและก้น ถ้าสีกเกินไปจะงอเข่าไม่ได้ เท้าเหยียดตรง หรือถ้างอเข่าได้จะพิงไม่ถึงพนักพิง ซึ่งจะทำให้ปวดหลังได้

พนักพิง ต้องขึ้นมาจากที่นั่งเลย หรือเริ่มตั้งแต่ประมาณ 4-6 นิ้ว จากที่นั่งขึ้นไป ส่วนใหญ่ต้องการให้พนักพิงรองรับกระดูกสันหลังส่วนล่างทั้งหมดและพนักพิงไม่ควรเกิน 100 องศา เพราะจะทำให้แผ่นหลังแอ่นจนเกินไป

ที่เท้าแขน เก้าอี้ที่ดีควรมีที่เท้าแขน เพราะเวลานั่งจะใช้เป็นที่พักแขน และเวลาที่ลงนั่งหรือลุกขึ้นจากเก้าอี้จะใช้เป็นที่ยันตัว

1.4 การลุกจากเก้าอี้ เริ่มต้นด้วยการค่อยๆ เขยิบก้นออกมาจากเก้าอี้ก่อน ขาช้างหนึ่งก้าวไปข้างหน้า จากนั้นใช้มือยันตัว ลุกขึ้นในขณะที่ใช้กำลังเหยียดเข่าและสะโพกขึ้น การนั่งลงก็ใช้วิธีเดียวกัน แต่ทำย้อนจากที่กล่าวมา

1.5 การยืน ทำยืนสำหรับคนที่ต้องยืนนานๆ การยืนที่ถูกวิธีจะทำให้เราสามารถยืนได้นานขึ้น อาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อหลัง ขา และน่องจะไม่มีมากนัก แต่ถ้ายืนนานๆ จนกล้ามเนื้อรับไม่ไหวก็ควรจะทำที่นั่งหรือนอนพักสักครู่ ทำยืนที่ถูกต้อง ควรยืนในลักษณะเท้าข้างหนึ่งก้าวมาข้างหน้า งอเข่าเล็กน้อย หลังตรง หรือยืนวางเท้าข้างหนึ่งบนเก้าอี้เล็กๆ ยืนสลับเท้ากันเพื่อให้เท้าและขาข้างหนึ่งได้พัก พอเริ่มเมื่อยก็เปลี่ยนท่า ขณะแปลงพื้นควรงอเข่าเล็กน้อยเพื่อให้แผ่นหลังตรงขึ้น หรือใช้เก้าอี้เล็กๆ รองเท้าหรืออาจนั่งถ้าปวดหลังมาก

1.6 การเดิน สวมใส่รองเท้าที่สบาย สันสูงไม่เกิน 3.75 เซนติเมตร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสันหลังส่วนล่างโค้งเว้ามากเกินไป

ลำตัวตรง ออกผายไหล่ผึ่งถ้าเท้าซ้ายรับน้ำหนัก เท้าขวายกขึ้นก้าวไปข้างหน้าและวางปลายเท้าลงก่อนลงส้นเท้า น้ำหนักตัวจะเปลี่ยนไปอยู่ที่เท้าขวา เท้าทั้งสองจะสลับกันรับน้ำหนัก แขนทั้งสองข้างแกว่งสลับกับการก้าวเท้าเพื่อรักษาสมดุล

1.7 การก้มตัว การก้มตัวไปข้างหน้าให้ถูกต้องคือการงอสะโพก ข้อเข่าเนื่องจากกล้ามเนื้อของข้อต่อทั้งสองแข็งแรงมากกว่า และได้รับอันตรายน้อยกว่าบริเวณหลัง ลำตัวอยู่ในท่าที่เหมาะสมในเส้นตรงเดียวกัน และเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย เท้าควรจะวางให้มีพื้นที่ที่รองรับที่กว้าง โดยจะวางเท้าเหลื่อมมาทางด้านหน้า หรือด้านข้างก็ได้ ย่อขาลงใกล้สิ่งของมากที่สุด และใช้มือหยิบสิ่งของจากพื้นให้ชิดตัว ถือไว้ระดับอก และลุกขึ้นโดยให้หลังตรงเสมอ

งานใดที่ต้องยืนก้มตัวทำงานอยู่นานๆ ให้ยืนแยกขาออกจากกัน ย่อเข่าลงและงอพับสะโพกลงมา ก้มตัวเล็กน้อย โดยที่กระดูกสันหลังไม่มีการงอ ในสภาวะเช่นนี้จะสามารถยืนอยู่ได้นาน โดยไม่ปวดหลัง

1.8 การหยิบของจากที่สูง ควรพยายามรักษาส່วนของร่างกาย ให้อยู่ในแนวเส้นตรงที่ดี ให้แนวของโค้งกระดูกสันหลังอยู่ในทางปกติ ซึ่งทำได้โดยการยืนใกล้หิ้งไว้ของให้มากที่สุด เพื่อให้เส้นลากผ่านจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายตกภายในพื้นที่รองรับ นอกจากนี้จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อหลังไม่ต้องทำงานมากเกินไป การหยิบของจากที่สูงมาก ควรใช้อุปกรณ์ช่วยให้หยิบถึง เช่น แก้อื้อเตี้ยๆ หรือที่วางขา เป็นต้น ไม่ควรเอื้อม เอี้ยวตัว หรือเขย่งปลายเท้า

1.9 การยกของหรือเก็บของขึ้นจากพื้น การหยิบของขึ้นจากพื้น อาจเป็นของเบาหรือของหนัก หรือผูกเชือกกรองเท้า ส่วนใหญ่จะใช้วิธีก้มหลังซึ่งเป็นวิธีที่ผิด ทำดังกล่าวจะก่อให้เกิดแรงอัดระหว่างกระดูกสันหลัง ถ้าทำบ่อยๆ จนติดนิสัยก็อาจทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมเร็วขึ้น ดังนั้นท่าที่ถูกต้องควรจะย่อเข่า ให้หลังตรงเสมอ ถ้าเป็นของหนักควรจะยกชิดลำตัว ถ้าเป็นของหนักที่เกินกำลังควรช่วยยกหลายคน อย่าฝืนกำลังของตนเอง เพราะถ้าก้มยกของหนักเป็นท่าที่ก่อให้เกิดโรคปวดหลังส่วนล่างมากที่สุด การผูกเชือกกรองเท้า ควรจะย่อเข่าหรือนั่งบนเก้าอี้แล้วยกเท้าขึ้น การวางของหนักลงควรย่อเข่า รักษาหลังให้ตรง

1.10 การตั้งและการดัน การใช้แรงดันหรือแรงดึงที่มีประสิทธิภาพ คือทิศทางของแรงและจุดที่จะใช้แรง ควรจะใช้แรงที่คาดว่าจะวัตถุจะเคลื่อนไป ถ้าหากไม่สามารถกระทำได้ จุดที่ใช้แรงดึงหรือดันขึ้นอยู่กับวัตถุและชนิดของการเคลื่อนไหวที่ต้องการ ควรจะออกแรงดันของหรือรุดไปข้างหน้าในลักษณะหลังตรง งอเข่าข้างหนึ่ง อย่าพยายามเคลื่อนย้ายของหนักโดยการดึงเข้าหาตัวในขณะที่เราเดินถอยหลัง หันหน้าเข้าหาของ อีกวิธีหนึ่งคือ ยืนหันหลังให้ของหนักหรือรถเข็น จากนั้นออกแรงดึง ในขณะที่เราก้าวไปข้างหน้า

1.11 อิริยาบถในการทำงาน ควรพยายามรักษาแผ่นหลังให้ตรงในทุกอิริยาบถ หลีกเลี่ยงการก้มหลังบ่อยๆ เครื่องใช้ เช่น ตู้ โต๊ะต่างๆ ควรจะออกแบบสร้างให้เหมาะสมที่จะใช้ ควรวางเครื่องใช้ต่างๆ บนชั้นที่สูงพอเหมาะ สะดวกในการหยิบมาใช้ โดยไม่ต้องก้มหลัง หรือเหยียดแขนมากเกินไป ดังต่อไปนี้

1. การนั่งอ่านหรือเขียนหนังสือ โต๊ะเขียนหนังสือ ถ้าแบนราบจะทำให้ต้องก้มศีรษะลงไปหาหนังสือ ถ้ากม้นานๆ จะปวดต้นคอและบั้นเอว ควรแก้ไขโดยการยกหนังสือขึ้นมา ศีรษะไม่ต้องก้มลงไป

2. การนั่งพิมพ์คอมพิวเตอร์ คีย์บอร์ด จะต้องอยู่เหนือระดับเอวเล็กน้อย จอคอมพิวเตอร์ควรตั้งอยู่ตรงระดับหน้าและสูงพอดีกับระดับตา จะทำให้มองตรงๆ ได้

3. การนั่งของนักบริหาร เก้าอี้นักบริหารส่วนใหญ่จะเอนไปข้างหลังได้ ฉะนั้นศีรษะจะเอนไปข้างหลัง จึงจำเป็นต้องก้มคอขึ้นมาเพื่อให้ศีรษะอยู่ในระดับตรง คอจึงอยู่ในลักษณะก้มอยู่ตลอดเวลา วิธีแก้ไขต้องให้นักฟิสิกส์สูงขึ้นไปจนรองรับศีรษะได้ และควรให้บริเวณต้นคอนูนกว่าส่วนอื่น เพื่อรองรับกระดูกต้นคอด้วย การนั่งเก้าอี้ที่เอนไม่ได้จะดีกว่า

4. การทำงานที่ต้องใช้แรงกดที่มือ เช่น การนวดแป้ง กสิกรรม เเจาะ ฯลฯ ควรยืนหรือนั่งบนม้านั่งสูงๆ เวลาทำงานควรเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย น้ำหนักตัวจะได้ช่วยแรงกดไปตามแขน ไม่ต้องออกแรงกดมาก ถ้ายืนทำงาน ควรจะมีตั้งรองรับขาด้านใดด้านหนึ่งด้วย

5. การทำงานคุมเครื่องจักรยนต์หรือแผงไฟฟ้า ควรนั่งให้ถูกต้องดังที่กล่าวมาแล้ว คอและศีรษะควรตั้งตรง สายตามองจับอยู่ที่หน้าปัทม์ หรือถ้าเก้าอี้สูงไป ต้องก้มมองหน้าปัทม์ ถ้าทำเช่นนั้นนานๆ จะทำให้ปวดหลังได้ ค้นโยกปุ่มต่างๆ ควรอยู่ใกล้ตัวขนาดเอื้อมถึง โดยไม่ต้องชะเง้องตัวไปข้างหน้า

6. การทำงานแบกหาม ควรให้ของที่แบกอยู่ตรงท้ายทอยต่อกับต้นคอและหลังส่วนบนกับศีรษะและตัวเล็กน้อย เพื่อให้ของที่แบกมีศูนย์กลางลงบนลำตัวพอดี ถ้าของเล็กอาจวางบนศีรษะได้

2.การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรค

ปวดหลังส่วนล่าง (ธวัช ประสาทฤทธา. 2543 : 40) กล้ามเนื้อที่แข็งแรงสามารถบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดจากการอักเสบได้ สังเกตจากคนที่มึนกล้ามเนื้อมัดใหญ่ก็มีความแข็งแรงและทนทานกว่าคนที่สูงบาง ดังนั้นการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆกระดูกสันหลัง และกล้ามเนื้อหน้าท้องให้แข็งแรงเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญ เพื่อลดความเจ็บปวดและยังสามารถป้องกันโรคปวดหลังได้อีกด้วย แต่ในการที่จะได้มาซึ่งกล้ามเนื้อแข็งแรงนั้น จะต้องมีการปฏิบัติที่สำคัญคือ ต้องบริหารให้ถูกวิธีสม่ำเสมอเพื่อหวังผลระยะยาว การบริหารต้องใช้เวลาและอาจไม่เห็นผลทันทีทันใด ผู้บริหารต้องมีความอดทน และที่สำคัญคือต้องบริหารให้ถูกวิธี ผู้ป่วยบางคนยังบริหารยังมีอาการปวดหลังยิ่งขึ้น เพราะไปจำคนอื่นมา เห็นคนอื่นบริหารก็บริหารตาม ข้อสังเกตที่สำคัญคือ ถ้าบริหารถูกต้องแล้วอาการปวดต้องดีขึ้นเรื่อยๆ ในการบริหารมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ยืดเอ็นที่ตึง และเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ วิธีบริหารอาจทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน การบริหารควรเริ่มต้นช้าๆ แต่สม่ำเสมอ อาจเริ่มทีละน้อยครั้ง พอกล้ามเนื้อมีกำลังดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ก็เพิ่มทีละน้อย และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน การบริหารอาจทำได้หลายท่าดังต่อไปนี้

2.1 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า

นอนหงาย งอเข่าไว้ แล้วยกศีรษะพร้อมกับเหยียดเข่าให้ตรง เกร็งไว้ 10 วินาที ยิ่งทำซ้ำให้ต่ำลงมากเท่าใดยิ่งต้องออกแรงมากขึ้นเท่านั้น เวลาพักให้ลดศีรษะลงพร้อมกับงอเข่าพักขาเหมือนเดิมห้ามลดขาลงตรงๆ

2.2 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านเฉียง

นอนหงายมือข้างขวารองใต้ศีรษะ งอสะโพกและเข่าข้างขวา ไชวห่าง ขาด้านซ้าย ยกข้อศอกและลำตัวข้างขวา เเฉียงเข้าหาเข่าซ้ายที่ไชวห่างอยู่ ในขณะที่แขนด้านซ้ายกางยันพื้นไว้ เกร็ง 10 วินาทีแล้วพักทำเช่นเดียวกันกับข้างขวาโดยข้อศอกซ้ายชิดเข้าขวา

2.3 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสีข้าง

นอนหงายเหยียดขาตรง ยกขาข้างหนึ่งเล็กน้อย ยกสะเอวข้างนั้นขึ้น เกร็งไว้ 10 วินาที พักทำเช่นเดียวกันกับสะโพกอีกข้างหนึ่ง

2.4 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นย่อย

นอนหงายงอเข่าไว้ แล้วเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยหลังจะแบนติดที่นอน ขณะนั้นให้เกร็งกล้ามเนื้อก้นย่อย โดยการท่าท่าขมิบก้นจะทำให้ก้นยกสูงขึ้นเล็กน้อยเกร็งไว้ 10 วินาที แล้วพัก ถ้าทำผิดวิธีหลังจะยกสูงจากพื้น

2.5 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพก

นอนหงาย เอามือสอดใต้เข่าหนึ่ง ดึงมาให้ชิดหน้าอกให้มากที่สุด ในขณะที่กอดขาอีกข้างหนึ่งให้แนบพื้นไว้ จะเป็นการเหยียดกล้ามเนื้อสะโพกแล้วทำสลับข้างกัน

2.6 ทำยืดกล้ามเนื้อน่อง

ยืนห่างจากโต๊ะหรือพนักเก้าอี้พอควร ก้าวขาข้างหนึ่งไปข้างหน้า พร้อมทั้งงอเข่า ขาที่อยู่ด้านหลังต้องเหยียดเข่าตรงและส้นเท้าอยู่ติดกับพื้นตลอดเวลาในขณะที่แอ่นตัวไปด้านหน้า

2.7 ทำยืดเนื้อเยื่อสีข้าง

นอนหงาย งอเข่าข้างหนึ่งไว้ (ข้างที่จะยืด) แล้วใช้ส้นเท้าของขาอีกข้างหนึ่งกดเข่าที่งอนั้นเข้ามาจนชิดพื้น ทำสลับข้างกัน ขณะกดเข่าชิดพื้นต้องใช้หัวไหล่ทั้ง 2 ข้างแนบติดที่นอนตลอดเวลา

2.8 ทำยืดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง

นั่งเหยียดขา งอเข่าด้านหนึ่งไว้พร้อมกับเอามือข้างนั้นจับเข่า แล้วโยกตัวไปข้างหน้าเพื่อเอามืออีกข้างหนึ่งแตะปลายเท้าที่เหยียด โยกตัวกลับไปกลับมาหลายๆครั้ง โดยต้องให้เข่าข้างนั้นเหยียดตรงตลอดเวลา ซึ่งการงอเข่าข้างหนึ่งขึ้นมาไว้นี้จะเป็นการยืดกระดูกสันหลังไม่ให้เคลื่อนที่ ในขณะที่โยกตัวไปแตะปลายนิ้วเท้า ซึ่งเป็นการป้องกันการปวดหลังจากการบริหาร

2.9 ทำยืดอกกล้ามเนื้อหลัง

นอนหงายเอามือสอดใต้เข่าทั้งสองข้าง ดึงเข่ามาจนชิดหน้าอก เกร็งไว้ 10 วินาที พัก ทำนี้นอกจากจะเป็นการยืดกล้ามเนื้อหลังแล้ว ยังทำให้หน้าท้องยุบลงด้วย

หมายเหตุ ทุกท่าของการบริหารร่างกายให้ทำ 10 ครั้ง ในเวลาตื่นนอน แต่วันหนึ่งจะทำกี่เวลาก็ได้ เช่น เช้า กลางวัน เย็น กลางคืน เป็นต้น

จากความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคปวดหลัง เพื่อที่จะสามารถนำความรู้นั้นมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเมื่อปวดหลังได้ นักศึกษาจึงต้องมีกลวิธีในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับหลักทฤษฎีของโรคปวดหลังและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

2. แนวคิดรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model or Stage of Change)

2.1 รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกพัฒนาโดยโปรชาสก้า (Prochaska) และ ไดคเคิลเมนต์ (Diclement) มีพื้นฐานมาจากการศึกษาวิจัยการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ ในปี 1983 เขาเสนอว่า การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องของการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่คุกคามสุขภาพ หรือยอมรับเอาพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพมาปฏิบัติ นั้น มีการดำเนินไปตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation)
2. ขั้นตั้งใจ (Contemplation)
3. ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation or Ready for action)
4. ขั้นปฏิบัติ (Action)
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance)

โปรชาสก้า และคณะ (Prochaska; et al. 1994 : 471-486) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนไปแต่ละขั้น มักจะไม่เป็นแบบเส้นตรง ส่วนใหญ่จะมีการย้อนกลับไปกลับมาระหว่างขั้นต่างๆ ก่อนที่จะมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาอย่างถาวร ซึ่งการย้อนกลับไปมีพฤติกรรมเดิมไม่ใช่เรื่องผิดปกติ เขาได้ให้รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนไว้ดังนี้

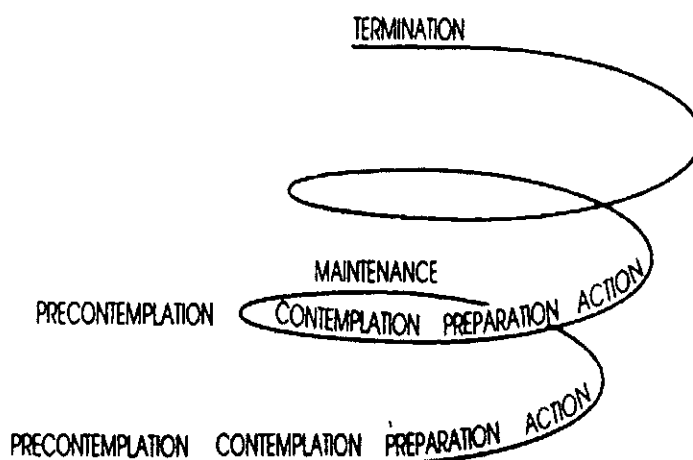
1. ขั้นก่อนตั้งใจ บุคคลจะไม่มีตระหนักคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลยภายใน 6 เดือนข้างหน้า การที่บุคคลอยู่ในขั้นนี้เนื่องจากเขาอาจไม่ได้รับข้อมูล หรือไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากพฤติกรรมของเขา หรืออาจถูกทำลายความเชื่อต่อความสามารถของเขาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือเขาอาจไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ที่อยู่ในขั้นนี้จะหลีกเลี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และต่อต้านต่อแรงกดดันภายนอกที่จะทำให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรม

2. **ขั้นตั้งใจ** บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้จะคิดอย่างจริงจังที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า และจะเปิดตนเองเพื่อรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาของเขา และวิธีที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น

3. **ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ** ในขั้นนี้บุคคลจะเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ มีการวางแผนที่จะเปลี่ยนภายในเดือนหน้า บุคคลจะเริ่มลดความถี่ของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลง และพยายามมีพฤติกรรมใหม่

4. **ขั้นปฏิบัติ** บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาแล้ว

5. **ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม** คือ ช่วงเวลาที่เริ่มหลังจากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอมาแล้ว 6 เดือน



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการหมุนเวียนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
ที่มา: Prochaska & Norcross. (1999 : 498)

จากภาพประกอบ 3 แสดงให้เห็นรูปแบบการหมุนเวียนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะเริ่มการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตั้งใจไปสู่ขั้นพร้อมปฏิบัติ ขั้นปฏิบัติ และขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ตามลำดับ ถ้าการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนนั้นมีอุปสรรค เกิดความอับอาย และรู้สึกมีความผิดเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงก็จะหมดกำลังใจ บุคคลก็จะมีพฤติกรรมกลับไปสู่ระยะก่อนตั้งใจอีกครั้ง จากการศึกษาของโปรชาสกาและไดคลีเมนต์ ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ที่สูบบุหรี่ ที่มีพฤติกรรมย้อนกลับมาสู่ระยะก่อนตั้งใจ

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีวัตถุประสงค์ในการวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนดังนี้ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์; และสุรีย์ จันทร์โมลี. 2542 : 62-63)

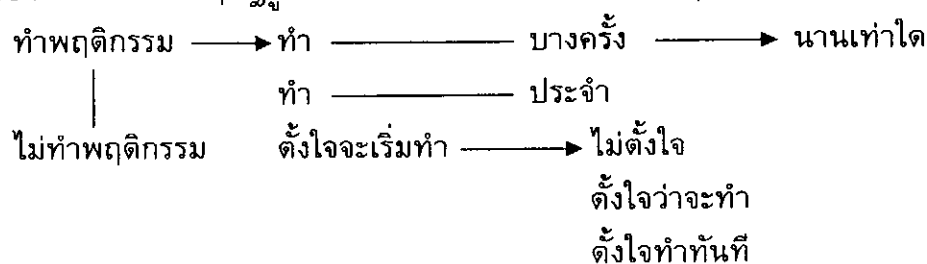
1. ประเมินว่าแต่ละบุคคลอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง เพื่อจะได้จัดกิจกรรมที่เหมาะสมได้
2. บ่งชี้ประสิทธิผลของกิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผน และประเมินโครงการ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนจึงต้องแบ่งพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อยๆ ดังนั้นการวัดตามพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงด้านพุทธิปัญญา อารมณ์ และสังคม จึงควรวัดตามบริบทของเวลา และสถานการณ์ ซึ่งผลของการวัดจะช่วยให้เราเห็นและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการจัดวิธี กิจกรรม และเวลาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การวัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถทำได้โดยใช้คำถามคือ

1. เคยทำหรือไม่
2. เคยทำบ่อยแค่ไหน
3. เคยทำนานเท่าใด
4. มีความเข้าใจที่จะทำหรือไม่
5. มีความตั้งใจที่จะทำเมื่อใด

กรอบแนวคิดตามทฤษฎีรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ



ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติ และความตั้งใจ สามารถแสดงได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติ และความตั้งใจ

ขั้นตอน	การปฏิบัติ	ความตั้งใจ
1. ก่อนตั้งใจ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ตั้งใจ
2. ตั้งใจ	ไม่ปฏิบัติ	อาจจะทำ
3. พร้อมจะปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติบ้าง	จะทำทันที
4. ปฏิบัติ	บางครั้ง เป็นประจำเมื่อเร็ว ๆ นี้	
5. คงไว้ซึ่งพฤติกรรม	เป็นประจำนานแล้ว	

2.2 การออกแบบกิจกรรมให้สุศึกษาตามรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอน	พฤติกรรมเป้าหมายของโครงการ
1. ก่อนตั้งใจ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง การคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชนและสังคม
2. ตั้งใจ	การคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชนและสังคม
3. ความพร้อมจะปฏิบัติ	การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชนและสังคม การคาดหวังในผลลัพธ์
4. การปฏิบัติ	การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชนและสังคม การคาดหวังในผลลัพธ์
5. คงไว้ซึ่งพฤติกรรม	การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชนและสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.3 กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โปรชาสกาและนอร์คอส (Prochaska & Norcross. 1999 : 492 - 493) กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงจะต้องครอบคลุมถึงกิจกรรมต่างๆของบุคคล ประกอบด้วย กระบวนการคิด การมีพฤติกรรมต่างๆและความสัมพันธ์ของปัญหากับการดำเนินชีวิต การใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเริ่มจากการวิเคราะห์ทางด้านจิตบำบัด จากนั้นได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยที่พยายามจะบำบัดพฤติกรรมของผู้ที่ติดยาเสพติด ซึ่งมีกระบวนการพื้นฐาน 10 กระบวนการ ได้แก่

1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising)
2. การระบายความรู้สึก (Catharsis/Dramatic relief)
3. การประเมินตนเอง (Self-revaluation)
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental evaluation)
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-liberation)
6. การประกาศอิสรภาพต่อสังคม (Social liberation)
7. การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning)
8. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)
9. การเสริมแรงในการจัดการ (Contingency Management)
10. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship)

ตาราง 2 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และรายละเอียดขององค์ประกอบในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ก่อนตั้งใจ	ตั้งใจ	พร้อมที่จะปฏิบัติ	ปฏิบัติ	คงไว้ซึ่งพฤติกรรม
1. กระตุ้นให้ตื่นตัว 2. ระบายอารมณ์ 3. ประเมินตนเอง 4. ประเมินสิ่งแวดล้อม 5. ความสมดุลในการตัดสินใจ	1. ประเมินตนเอง 2. ประเมินสิ่งแวดล้อม 3. ความสมดุลในการตัดสินใจ 4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	1. ประกาศอิสรภาพของตนเอง 2. คาดหวังในความสามารถของตนเอง 3. ควบคุมสิ่งเร้า 4. สร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ	1. ควบคุมสิ่งเร้า 2. สร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ 3. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ 4. เสริมแรงในการจัดการ	1. ควบคุมสิ่งเร้า 2. สร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ 3. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ 4. เสริมแรงในการจัดการ 5. ประกาศอิสรภาพของสังคม

ที่มา: ชนวนทอง ชนสุกาญจน์; และ สุรีย์ จันทรโมลี (2542 : 65)

จากกระบวนการพื้นฐาน 10 กระบวนการที่เป็นตัวผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่แต่ละขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การเลิกดื่มสุราหรือโคเคน การออกกำลังกายและการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว ได้แก่ การที่บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลใหม่และทำความเข้าใจ แล้วนำมาสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมปัญหาที่มีผลต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด มักใช้ขั้นนี้ซึ่งใจ

2. การระบายความรู้สึก ส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของอารมณ์ความรู้สึกของประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหา

3. การประเมินตนเอง ได้แก่ การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในเรื่องของความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมปัญหาต่อตนเอง

4. การประเมินสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่บุคคลมีการพิจารณา และประเมินว่าพฤติกรรมปัญหามีผลทางด้านกายภาพ และสังคมแวดล้อมตัวเขาอย่างไร

5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ และให้สัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น

6. การประกาศอิสรภาพต่อสังคม ได้แก่ การที่บุคคลประกาศให้สังคมรู้ถึงความตระหนัก ประโยชน์ และการยอมรับต่อการเลือกปรับวิถีชีวิต

7. การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

8. การควบคุมสิ่งเร้า ได้แก่ การปฏิรูปสถานการณ์แวดล้อม และสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมปัญหา

9. การเสริมแรง ได้แก่ การให้การเสริมแรงทางบวก เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และการลงโทษบุคคลที่พฤติกรรมทางลบ

10. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ ได้แก่ ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความจริงใจ ยอมรับ และเอื้อประโยชน์ ที่บุคคลได้รับระหว่างที่เขาพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การนำกระบวนการทั้ง 10 มาใช้ผสมผสานกับขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นเครื่องมือสนับสนุนที่สำคัญในการจัดกิจกรรมเป้าหมายสำหรับบุคคลหรือชุมชน เพื่อเพิ่มความสำนึก ความตระหนักต่อปัญหา และเพิ่มความเข้าใจการมองภาพตนเองว่าจะได้รับผลอย่างไร จากการลดปัจจัยเสี่ยง

จากรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or Stage of change) นั้นพบว่าบุคคลจะยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม และยอมรับพฤติกรรมใหม่ๆ นั้นจะต้องเป็นกระบวนการเป็นขั้นตอนเรียงตามลำดับ แต่ละบุคคลย่อมมีเจตคติ ความเชื่อและแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ แตกต่างกันไปในแต่ละขั้นตอน ดังนั้นยุทธวิธี แนวทางที่ใช้เป็น

หลักของแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ควรแตกต่างกันด้วยตามลำดับ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังได้ดังนี้คือ

1. ขั้นก่อนจะคิดพิจารณา (Precontemplation) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยโรคปอดหลังจะยังไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองกระทำอยู่
2. ขั้นคิดพิจารณาไตร่ตรอง (Contemplation) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยโรคปอดหลังแต่ละคนมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทันที หรือจะกระทำเฉพาะหน้าในอนาคตอันใกล้
3. ขั้นจัดเตรียมตนเองให้พร้อมจะเปลี่ยนแปลง (Preparation) ช่วงนี้ผู้ป่วยได้ทดลองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยทำอยู่ หรือเตรียมตนเองบ้างเล็กน้อย ที่จะลงมือกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอันใกล้
4. ขั้นการลงมือทำ (Action) เมื่อมาถึง ณ จุดนี้ผู้ป่วยได้พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่ แล้วสังเกตติดตามผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าว และประเมินผลการกระทำของตนเองที่ทำได้แล้วว่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์อย่างไรบ้าง
5. ขั้นคงสภาพของการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแล้ว พยายามที่จะให้การกระทำนั้นมีความต่อเนื่อง นับเป็นช่วงของการตัดสินใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงกำหนดให้ตนเองคงสภาพให้ดำเนินเช่นนั้นต่อไป

จากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามรูปแบบนั้น มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง คือ ขั้นตั้งใจ ขั้นพร้อมจะปฏิบัติ ขั้นปฏิบัติ และขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

3. โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง

3.1 โปรแกรมสุขศึกษา

โปรแกรมสุขศึกษาเป็นวิธีการทางสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถคิดและหาเหตุผลได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพดีตลอดไป (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2526 : 328-383)

วิธีการให้สุขศึกษานั้นเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะความรู้วิชาสุขศึกษารวมเอาข้อเท็จจริง หลักการ และแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของมนุษย์เข้าด้วยกัน เป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์สาขาหนึ่งที่ต้องอาศัยความรู้จากวิชาสังคมวิทยา จิตวิทยา วิทยาศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์มาประสมประสานกัน เป็นการเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อที่จะถ่ายทอดข้อเท็จจริง แนวคิด หลักการที่ถูกต้องเหมาะสมด้านสุขภาพและกลุ่มเป้าหมาย วิธีการทางสุขศึกษา อาจต้องใช้หลายๆ วิธี ต้องใช้เวลาใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนหลายๆอย่างประกอบกัน เพื่อให้ผู้ฟังเกิด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติตน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีการสุ่มศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยวิธีดังนี้คือ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การใช้ตัวแบบ การสาธิตและการทดลอง และการให้คำปรึกษา

1. บรรยาย การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีความคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานาน พื้นฐานของการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้เรียน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ตลอดจนความคิดเห็นต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลสนใจและเปลี่ยนแปลงความคิดของกลุ่มบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เนื้อหาสำหรับการบรรยายต้องจัดลำดับให้มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง และควรมีการเน้นโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตลอดจนมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมประกอบในจุดที่ต้องการให้ผู้เรียนรับรู้ หรือเป็นการใช้สื่อประกอบการบรรยายเพราะนอกจากทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้น ยังทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย การบรรยายจะมีประสิทธิภาพเมื่อผู้บรรยายมีความรู้อย่างดีในเรื่องที่จะบรรยาย ผู้เรียนทุกคนต้องการที่จะรับฟังเนื้อหาเรื่องเดียวกัน ในขณะเดียวกันมีการแจกเอกสารเพื่อให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง และเอกสารเป็นแนวทางในการอภิปรายเพื่อเป็นการติดตามการบรรยาย(สุริย์ จันทร์โมลี. 2527 : 63-68)

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการบรรยายในการวิจัยครั้งนี้ โดยการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคปวดหลังส่วนล่าง พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปวดหลัง เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาด้วยตนเอง เป็นแนวทางในการอภิปรายและติดตามผลการให้ความรู้แก่ผู้เรียน

2. การอภิปราย การอภิปรายเป็นวิธีการให้ความรู้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ทางคำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายในรูปธรรมและนามธรรม รวมทั้งได้ฝึกการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น และทำให้สมาชิกได้แก้ปัญหาาร่วมกัน ได้ทราบความคิดเห็นของบุคคลอื่นๆ ได้รับความรู้สึก อารมณ์ของผู้อื่นในด้านการยอมรับ การมีส่วนร่วม ตลอดจนดึงความคิดออกมาเป็นการกระทำ สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ มีการร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้อง สะท้อนความคิดก่อให้เกิดการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น อิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอมรับ สมัครงใจ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร (สุริย์ จันทร์โมลี. 2527 : 100-101)

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการอภิปรายในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม เนื่องจากอิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยการยอมรับ และสมัครงใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคปวดหลัง

3. กระบวนการกลุ่ม คือ การกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มโดยมีผู้นำ 1 คน ส่วนที่เหลือก็จะเป็นผู้ตาม มีเลขากลุ่ม 1 คน เพื่อทำหน้าที่จดบันทึกการประชุม กลุ่มผู้นำกลุ่มและเลขากลุ่มได้มาจากการเลือกของสมาชิกภายในกลุ่มเมื่อเลือกผู้นำและสมาชิกในกลุ่มแล้วก็เริ่มทำงานตามที่ได้รับมอบหมายโดยการระดมสมองช่วยกันคิดพิจารณาแก้ปัญหาหรือทำตามที่ได้รับมอบหมายโดยการระดมสมองช่วยกันคิดพิจารณาแก้ปัญหาหรือทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งในระยะแรกๆของการฝึกทักษะกระบวนการกลุ่มนี้ ผลที่ได้หรือคุณภาพของงาน อาจจะไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ทั้งนี้เป็นเพราะสมาชิกกลุ่มยังขาดประสบการณ์ รวมทั้งความยากง่ายของงานที่กำหนดให้ ว่ามีความเหมาะสมกับความสามารถของสมาชิกกลุ่มหรือไม่ แต่ถ้ามีการฝึกต่อไปเรื่อยๆอย่างสม่ำเสมอคุณภาพของงานก็จะดีขึ้นตามลำดับ (นิวัตร กิตติสุทธธรรม. 2540 : 3)

การจัดกระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลให้รู้จัก เข้าใจ ยอมรับ และหาทางพัฒนาตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่นที่แสดงออกมา(สยาม ปิยะนราทร. 2541 : 9) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างได้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม พร้อมกับมีความรู้สึกนึกคิดที่จะพัฒนาความสามารถตนเองในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

4. การใช้ตัวแบบ การเรียนรู้จากตัวแบบเป็นการเรียนรู้ที่แตกต่างจากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยลองผิดลองถูก การเรียนรู้จากตัวแบบผ่านสื่อต่างๆ ก็สามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกให้คนส่วนมากได้พร้อมๆ กัน

หน้าที่ของตัวแบบ

พีชเชอร์ กอชโรส และรอสส์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539 : 51 ; อ้างอิงจาก Fischer & Gochros. 1975; & Ross. 1981) ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. สร้างพฤติกรรมใหม่ กรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบ ยังไม่เคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนในอดีต
2. เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น กรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีต ตัวแบบจะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สังเกตพยายามพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้น
3. ยับยั้งการเกิดพฤติกรรม กรณีที่ผู้สังเกตมี หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตัวแบบจะช่วยให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

ประเภทของตัวแบบ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกต และปฏิบัติสัมพันธ์โดยตรง

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทช์ โทรทัศน์ การ์ตูน วีดิทัศน์

3. ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction) ได้แก่ หนังสือ ตำราต่างๆ การวิจัยครั้งนี้ได้มีการคัดเลือกตัวแบบจากกลุ่มที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการออกกำลังกาย และการมีอิริยาบถต่างๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตการปฏิบัติจากสมาชิกในกลุ่มและนำไปปฏิบัติเองได้

5. การสาธิต/ทดลองปฏิบัติ การสาธิตเป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางปฏิบัติ หรือกระบวนการทำที่ถูกต้อง โดยมีอุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 196) ข้อดีของการสาธิต คือ ผู้เรียนได้เห็นของจริง ทำให้เข้าใจได้ดีและจำได้นาน ลดปัญหาการลองผิดลองถูก การสาธิตบางอย่างเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งจะช่วยในการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี การสาธิตดึงดูดความสนใจและเร้าใจผู้เรียนให้เกิดความประทับใจ มีความชัดเจนในเนื้อหา ประหยัดเวลาในการอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาที่ต้องการให้เกิดความรู้ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 201-202)

การทดลองปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิด ทศนคติ เป็นลักษณะการลองผิดลองถูกโดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ในการที่จะทำให้อุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบ คือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกการปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ การรับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการเรียนรู้จากโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับสาธิตวิธีการ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรจะได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด ผู้เรียนจะปฏิบัติทักษะนั้นๆ ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสาธิตในการศึกษาครั้งนี้โดยวิธีสาธิตการออกกำลังกาย และการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ตามขั้นตอน เข้าใจง่าย รู้สึกสนใจ สามารถปฏิบัติตามที่สอนได้ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

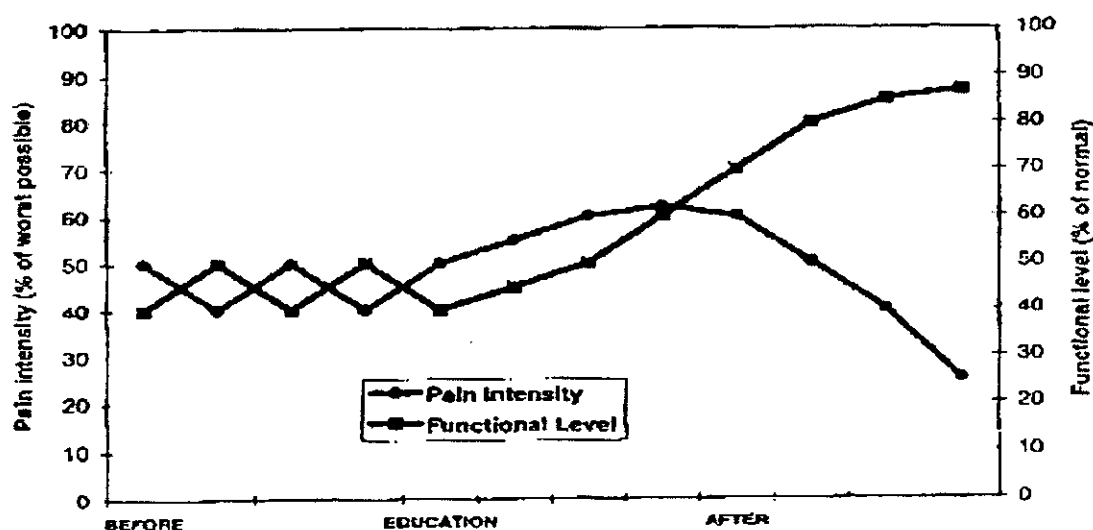
6. การให้คำปรึกษา ความหมายของการให้คำปรึกษา คือ (จิน แบรี่. 2540 : 3) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้ฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับบริการได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหาและแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง

สำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังนั้นผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลตนเองมากขึ้น

3.2 บทบาทของการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง (Kelly; et al. 2000 : 284–289)

การให้สุขศึกษาเป็นสิ่งสำคัญขั้นพื้นฐาน ที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งเชื่อว่าอาการปวดหลังส่วนล่างนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บปวดเรื้อรัง ความพิการ และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีอาการปวดหลังเฉียบพลันและอาการปวดนั้นหายได้เอง สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างรุนแรง ส่วนใหญ่แล้วจะสามารถทำงานและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆได้เป็นเวลานานและปลอดภัย ก่อนที่จะมาพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย การให้ความรู้ที่เหมาะสมจึงเป็นวิธีการใหม่ที่ทันสมัย และนับว่าประสบผลสำเร็จในป้องกันการได้รับการบาดเจ็บ และการป้องกันโรคปวดหลังส่วนล่างได้เป็นอย่างดี

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญมากในการที่จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่อาจจะเกิดขึ้น แสดงดังภาพ 4



ภาพประกอบ 4 เป้าหมายของการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
ที่มา: William & Thomas. (2000 : 286)

จากภาพประกอบ 4 แสดงให้เห็นถึงผลของการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง พอสรุปได้ดังนี้

1. การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องความแตกต่างของการบาดเจ็บกับอันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยกลัว เมื่อเป็นโรคปวดหลังแล้วจะหลีกเลี่ยงหรือจำกัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้อาการปวดหลังเพิ่มความรุนแรงขึ้นอาจทำให้เกิดความพิการได้ ดังนั้นในการให้ความรู้ควรเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมที่ทำและอาการปวดหลัง โดยสามารถเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคปวดหลังได้

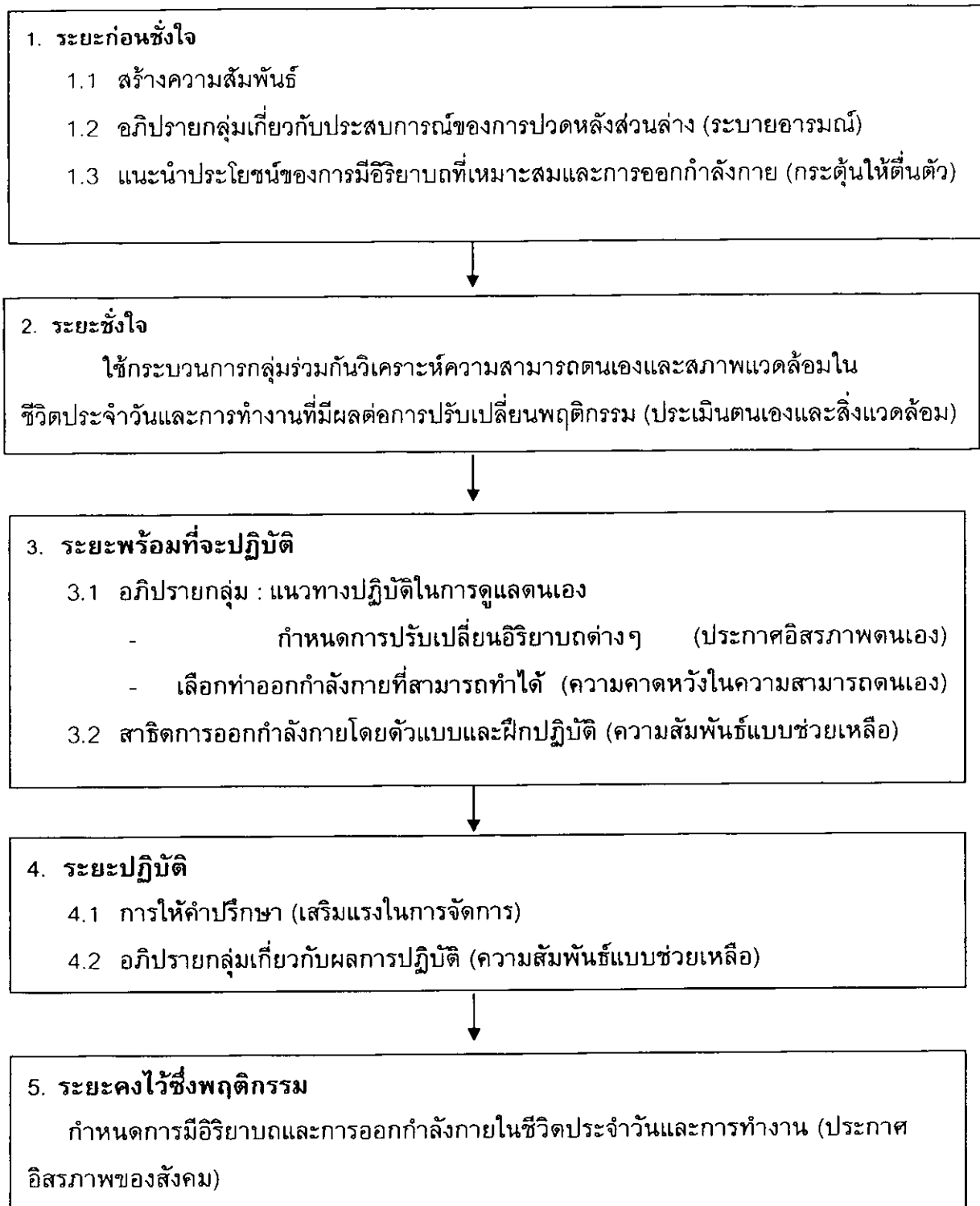
2. ในการให้ความรู้นั้น จะต้องคำนึงถึงระดับความเจ็บปวดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยระดับของกิจกรรมของผู้ป่วยนั้นจะต้องเริ่มจากการทำกิจกรรมที่พอสามารถทำได้และเพิ่มระดับกิจกรรมต่างๆ ขึ้นและผู้ป่วยจะต้องฝึกความอดทนของความเจ็บปวดเมื่อจะต้องเพิ่มระดับของกิจกรรมขึ้น จากที่กล่าวมาจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าที่จะมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

3. โดยสรุปเป้าหมายของการให้ความรู้ที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการมีกิจกรรมต่างๆ ได้ในขณะที่มีอาการปวดหลังอยู่ ซึ่งอาจมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ มาช่วยในการทำกิจกรรม จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างได้มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นในขณะที่ความรุนแรงของความเจ็บปวดลดลง

ดังนั้นในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างนั้น ผู้สอนจึงจำเป็นต้องรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยรวมทั้งระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้นำมาวิเคราะห์และร่วมมือกันในการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสม

3.3 การประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาสร้างโปรแกรม สุขศึกษา

จากรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or Stage of change) สามารถนำมาประยุกต์ ใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยผู้วิจัยได้นำเอาขั้นตอนพฤติกรรมในระยะก่อนตั้งใจ ระยะตั้งใจ ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม มาจัดโปรแกรมตามขั้นตอนได้ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโรคปวดหลังส่วนล่าง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

4.1 งานวิจัยต่างประเทศ

4.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปวดหลัง

มอริสสัน (เยี่ยมมโนภพ บุนนาค. 2538 : 638 ; อ้างอิงจาก Morrisson. 1988) รายงานจากประเทศแคนาดา พบว่าโปรแกรมการสอนเรื่อง แรงกล (Mechanic) อิริยาบถที่ถูกต้อง (Posture) และการออกกำลังกาย ได้ผลในการลดความเจ็บปวด และเพิ่มความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย และจากการติดตามผลในระยะเวลา 1 ปี พบว่าความแข็งแรง คงทน และการเคลื่อนไหว (Mobility) ยังดีอยู่

สปิกท์และคนอื่นๆ (Spigt; et al. 2002 : 160-165) ศึกษาอิทธิพลของลักษณะของผู้ป่วยต่อผลของโปรแกรมการทํากายภาพบำบัด สำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรัง วัดจุดประสงค์ของการศึกษา เพื่อค้นหาลักษณะนิสัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรังจำนวน 82 คน ที่ได้รับการฝึกการออกกำลังกายใน 6 สัปดาห์ โปรแกรมการออกกำลังกายนี้อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีของปันจาบี (Panjabi) เรื่องการเกิดโรคปวดหลังจากทฤษฎีนี้ การฝึกความอดทนของกระดูกสันหลังบริเวณเอวอาจลดความเจ็บปวดของหลังได้ ผู้วิจัยวัดตัวแปรหลายตัวตั้งแต่ก่อนเริ่มโปรแกรมไปจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม โดยดูจากผลของความสามารถในการทำงาน ระดับความเจ็บปวด คำบอกกล่าวเกี่ยวกับความเจ็บปวด และการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย นำผลการวัดมาวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบถดถอย (Logistic regression) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำงาน ระดับความเจ็บปวดหลัง และคำกล่าวเกี่ยวกับความเจ็บปวดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่มีผลต่อผลของโปรแกรม ได้แก่ งานที่ต้องยกของ ความคล่องตัว และการคิดว่าตนเองยังปวดหลังอยู่

ดู บุษ (Du Bois. 2002 : 386) ศึกษาการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างและการใช้วิธีกายภาพบำบัด วัดจุดประสงค์ของการศึกษา เพื่อพัฒนาการใช้การรับรู้ความสามารถตนเอง กับความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง คะแนนของการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง (CLBPSES) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อใหญ่ คือ คำถามสามารถทำนายการปฏิบัติได้หรือไม่ และการเปลี่ยนแปลงของคะแนน CLBPSES เป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างจำนวน 38 คน เป็นโรคปวดหลังมากกว่า 3 เดือน ได้รับการรักษาโดยวิธีทำกายภาพบำบัดในคลินิกผู้ป่วยนอก 24 แห่ง ผลของการทำกายภาพบำบัด วัดจากแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยวิธี Oswestry และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression) พบว่า CLBPSES สามารถนำมาใช้ในการทำนายผลของการทำกายภาพบำบัด และคะแนนใน CLBPSES สามารถนำมาวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคปวดหลังได้

ลีและคนอื่นๆ (Lee; et al. 2002 : 193–203) ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง การเดิน ความล้าจากการเดินในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง วัดอุปสรรคของการศึกษาเพื่อสำรวจภาวะจิตใจและตัวแปรในการรับรู้ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยกลุ่มตัวอย่างโรคปวดหลังส่วนล่างแผนกออโรโธปีดิกส์ 159 คน ประเมินจากแบบตรวจสอบความเจ็บปวด วัดจากการเดินโดยผู้ป่วยเป็นคนประเมินเอง (DAS–PBCL) และประเมินภาวะจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง (FSE) ให้กลุ่มตัวอย่างเดินเร็ว 50 ก้าว และเดินอีก 5 นาที พบว่า DAS–PBCL มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเดินมากกว่า FSE และ DAS–PBCL มีความสัมพันธ์กับการเดิน 50 ก้าวมากกว่าการเดิน 5 นาที จากการทดสอบในคนปกติ 248 คน และผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง 40 คน ให้เดิน 5 นาทีและนำมาวัดการรับรู้ความอ่อนล้า (โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นคนคิดเองว่าอ่อนล้า เหนื่อยหรือไม่) พบว่า ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเดินได้น้อยกว่าแต่คิดว่าเหนื่อยพอกัน ดังนั้นการรับรู้ในการเดินเป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างคิดว่าเหนื่อย เนื่องจากต้องออกแรงเดินมากกว่ากลุ่มคนปกติ

4.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โปรชาสกาและคนอื่นๆ (Prochaska; et al. 1994 : 39–46) ศึกษาภาคตัดขวางเพื่อชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional balance) สำหรับพฤติกรรมปัญหา 12 ประการ ในกลุ่มตัวอย่าง 3,858 คน โดยแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 12 กลุ่ม ตามแต่ละพฤติกรรมปัญหา และทุกกลุ่มตัวอย่างจะถูกสำรวจ และแยกไว้ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ขั้นตอนตามทฤษฎี พฤติกรรมที่ศึกษา ได้แก่ 1) การเลิกสูบบุหรี่ 2) การเลิกเสพยาโคเคน 3) การควบคุมน้ำหนัก 4) การจำกัดอาหารไขมันสูง 5) พฤติกรรมเหลวแหลกของวันรุ่น 6) การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย 7) การใช้ถุงยางอนามัย 8) การใช้เข็มกันแดด 9) การสัมผัสแก๊ส 10) การออกกำลังกาย 11) การตรวจมะเร็งเต้านม 12) การฝึกปฏิบัติงานด้านการป้องกันของแพทย์กับผู้สูบบุหรี่ วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้น้ำหนักคะแนนต่อผลดี และผลเสีย หรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้ค่าคะแนนมาตรฐาน T-Score ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การก้าวจากขั้นซึ่งใจไปสู่ขั้นปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับการลดลงของน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลเสีย หรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลดี ซึ่งนำไปสู่ความสมดุลของการตัดสินใจ ซึ่งการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรเป็นไปในทำนองนี้

บัคเวิร์ธและวอลเลซ (Buckworth; & Wallace. 2002 : 360–367) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ วัดอุปสรรคของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ ในระยะปฏิบัติและระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 57 คน มี

อายุอยู่ในช่วง 21.2 ± 3.7 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 33 เพศชายร้อยละ 67 ผลการศึกษาพบว่าจำนวนสัปดาห์ของการออกกำลังกาย และจำนวนของการมีกิจกรรมในกลุ่มที่อยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมมี 35 คนซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีระยะปฏิบัติที่มีจำนวน 22 คน เมื่อควบคุมตัวแปรด้านเพศ ความดันโลหิตสูง ผู้ที่อยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจะมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้ที่อยู่ในระยะปฏิบัติ

โปรชาสกาและคนอื่นๆ (Prochaska; et al. 2002 : 16-23) ศึกษาการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่ไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปปฏิบัติงานและสามารถป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น 155 คน โดยใช้แบบสอบถามที่มีคำถาม 48 ข้อ จากการประเมินผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ยังไม่มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลง ระยะเริ่มที่จะมีการเปลี่ยนแปลง และระยะมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง สำหรับกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นสามารถกลับมาปฏิบัติงานได้ง่ายกว่าระยะอื่น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถนำมาเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติงานตามปกติได้

เกา ลู และฮวง (Kao Lu; & Huang. 2003 : 16-25) ศึกษาผลกระทบของการใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อปัจจัยทางด้านจิตสังคม ในการออกกำลังกายของผู้ใช้แรงงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือเพื่อประเมินผลการออกกำลังกาย โดยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย และการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย เป็นการศึกษาทดลองโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 193 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 133 คน ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุม 60 คนไม่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเองของการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนการรับรู้อุปสรรคในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทิลลิสและคนอื่นๆ (Tillis; et al. 2003 : 16-25) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลช่องปาก วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบความเชื่อมั่นของ 2 ส่วนประกอบ คือ รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความสมดุลของการตัดสินใจ ในการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ในการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 709 คน อายุระหว่าง 35 – 55 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่จากคลินิกทันตกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความสมดุลของการตัดสินใจ และส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลช่องปากผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 (521 คน) ยอมรับในการเปลี่ยนแปลง ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 60 (309 คน) อยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ร้อยละ 21 (109 คน) อยู่ในขั้นก่อนตั้งใจ และที่เหลืออยู่ในระยะอื่นๆ ดังนั้น ความสมดุลของการตัดสินใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะวิเคราะห์ผลของการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากการทดสอบพบว่า รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับความสมดุลของการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรบีและคนอื่นๆ (Riebe; et al. 2003 : 45–54) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เป็โรคอ้วน จำนวน 144 คน มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 32.5 ± 3.8 . ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน กิจกรรมใน 3 เดือนแรก จัดให้มีการออกกำลังกายอย่างหนักใน 2 ชั่วโมง อีก 3 เดือนหลัง ลดปริมาณการออกกำลังกายลง หลังจากนั้นประเมินผล ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) Total Ccholesterol, HDL-C และ LDL-C จากการประเมินผลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) Total Cholesterol และ LDL-C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่า HDL-C เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายในระยะ 3 เดือน และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอีก 6 เดือน ดังนั้น โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถนำมาปรับเปลี่ยนกิจกรรมในชีวิตประจำวันในการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูงได้

4.2 งานวิจัยในประเทศ

4.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปวดหลัง

ราณี ลิ้มปวรรณ (2533 : 61–147) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อการเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้ความหมายและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดหลังที่ไม่ได้เกิดจากการกดของเส้นประสาท และหมอนรองกระดูกเคลื่อน จากแผนกโรคกระดูก หน่วยผู้ป่วยนอก หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู และหน่วยกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 121 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราส่วน ร้อยละ และสถิติไค – สแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังประมาณครึ่งหนึ่ง ให้ความหมายต่อความเจ็บปวดว่าเป็นความทุกข์ทรมานร้อยละ 49.6 เป็นความกลุ้มใจ–ไม่สบายใจร้อยละ 19.8 เป็นความรำคาญร้อยละ 14.1 และเป็นความท้อแท้ใจร้อยละ 7.4 ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง ที่ใช้บ่อยที่สุดคือการนอนพักพยายามให้หลับ และที่ใช้แล้วได้ผลมากที่สุดรวมทั้งใช้เมื่อมี

อาการปวดมากคือการรับประทานยาแก้ปวด เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าการให้ความหมายต่อความเจ็บปวดโดยนัยตรง (ความหมายเชิงภาษา ความหมายเชิงความรุนแรง ความหมายเชิงความถี่ของความเจ็บปวด และความหมายเชิงลักษณะอาการร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การให้ความหมายต่อความเจ็บปวดโดยอ้อมพบว่า มีเพียงการให้ความหมายต่อความเจ็บปวดเชิงการคุกคามทางอารมณ์และเชิงความพอใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุวรรณณี จรุงจิตราวี; และนวลอนงค์ ชัยปิยะพร (2539 : 37-44) ศึกษาความชุกของอาการปวดหลังในอาชีพพยาบาล จากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 208 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 20-50 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกของอาการปวดหลังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีอาการปวดหลังทั้งสิ้น 200 คน คิดเป็นร้อยละ 96.15 (เป็นอาการปวดหลังส่วนล่างร้อยละ 72.19 ในช่วงอายุ 20-40 ปี) และไม่ปวดหลัง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดหลังคือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ทิพวรรณ ไตรติลลันท์ (2541 : 138-146) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับการกระตุ้นเตือน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 30-50 ปี ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน ได้รับคำแนะนำตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรมสุขศึกษาและภายหลังโปรแกรมสุขศึกษา 3 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกพฤติกรรมในเรื่องอิริยาบถและการออกกำลังกาย ร่วมกับการประเมินระดับความเจ็บปวด จำนวนครั้งของชีพจรขณะพัก และระดับ เอช.ดี.แอล. คลอเรสเตอรอล (High Density Lipoprotein Cholesterol หรือ HDL-C) ในเลือด ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของชีพจรขณะพักก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.001$, $P\text{-Value} = 0.008$ ตามลำดับ) ส่วนระดับ เอช.ดี.แอล.คลอเรสเตอรอล ในเลือดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$)

ดรุณี เสมอรัตนชาติ (2543 : 51-64) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เลือกแบบเจาะจงและสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 15 รายและกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่าง และภาวะจำกัดความสามารถลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

พิสมัย จารุชวลิต (2538 : ก) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กลุ่มทดลอง 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 62 คน จัดกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันการโรคเอดส์ ทศนคติต่อการปฏิบัติตั้งเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ทศนคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลวรรณ นาครักษ์ (2540 : 74-108) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมต้น กรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายระดับมัธยมต้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการ กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่สูบบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน จัดกิจกรรม 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม 2539-กุมภาพันธ์ 2540 มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามและบัตรบันทึกการสูบบุหรี่ ผลศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัว ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2543 :42-62) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 95 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และฝึกทักษะ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ระยะเวลาการศึกษา 16 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง ทำการวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยสถิติที (Paired t-test) ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทุกราย

วิมล นิติวรางกูร (2543 : 72-83) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมขึ้นไป ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับไขมันในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยจัดการบรรยาย การอภิปราย การใช้ตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการให้คำปรึกษา ให้สอดคล้องกับรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะซึ่งใจ ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย และการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ศึกษาวิจัยดังนี้

1. กำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 3.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 3.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 3.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคปวดหลังส่วนล่างไม่น้อยกว่า 3 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในทุกวันเวลาราชการ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่ม ควบคุม 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดวันนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันอังคาร พฤหัสบดี และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจริญ ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 25–40 ปี
2. มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ ด้วยอาการปวดหลังส่วนล่าง ไม่เคย ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน มีอาการปวดหลังส่วนล่างไม่น้อยกว่า 3 เดือน
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างเท่านั้น

4. มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 20.5–24.5 kg/m²
5. ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่หลัง
6. แพทย์ให้การรักษาโดยการรับประทานยา

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการศึกษาทั้งสองกลุ่ม โดยมีรูปแบบวิจัยเป็นแบบ Pretest - posttest two group design ดังรูปแบบการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

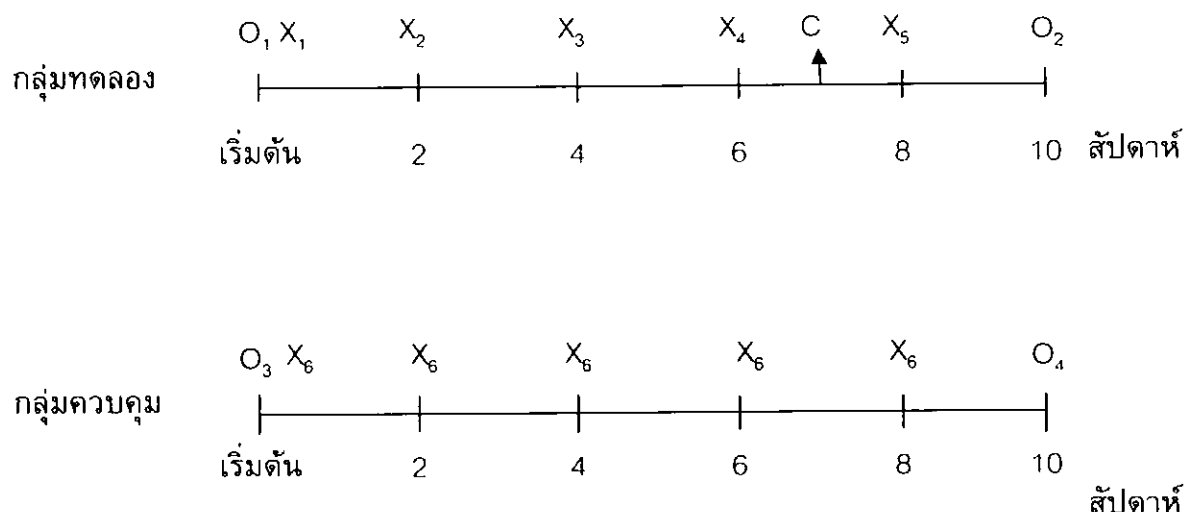
กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃	~X	O ₄

กำหนดให้

O ₁ , O ₃	=	การทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test)
X	=	การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
~X	=	การสอนสุขศึกษาตามปกติ
O ₂ , O ₄	=	การทดสอบหลังการทดลอง (Post-test)

ภาพประกอบ 6 รูปแบบวิจัยแบบ Pretest - posttest two group design

แผนการทดลอง



โดยกำหนดให้

- O_1, O_3 = การทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test)
- O_2, O_4 = การทดสอบหลังการทดลอง (Post-test)
- X_1 = การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 (ระยะก่อนซังใจ)
- X_2 = การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 (ระยะซังใจ)
- X_3 = การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 (ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ)
- X_4 = การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 4 (ระยะปฏิบัติ)
- X_5 = การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 5 (ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม)
- X_6 = การจัดสอนสุขศึกษาตามปกติ
- C = การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์

ภาพประกอบ 7 แผนการทดลอง

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

หลังจากสร้างและปรับปรุงเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย แจ้งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

1.2 ขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกตรวจโรคออร์โธปิดิกส์ และ
หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ในการทำวิจัย

1.3 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ เพื่อขอความร่วมมือ
ทางด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.4 จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้แก่กลุ่มทดลอง โดยจัดกิจกรรมตามขั้นการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายตามรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะเวลา
การดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ และให้การกระตุ้นทางโทรศัพท์อีก 1 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการจัด
กิจกรรมดังนี้

1. ขั้นการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับ
กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ บอกจุดมุ่งหมายของการวิจัยและลักษณะทางกิจกรรม
สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ จากนั้นให้ทำแบบสอบถามเพื่อคัดแยกกลุ่มตัวอย่าง
ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งวัดความ
แข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพื่อเก็บข้อมูลตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา แล้วแนบไว้กับแบบบันทึก
ประวัติผู้ป่วยที่จัดทำขึ้น นัดหมายกำหนดการมาพบในครั้งต่อไป ตามกำหนดการของกิจกรรม

2. ขั้นตอนการวิจัยโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมที่ 1 ระยะก่อนตั้งใจ

1.1 สร้างความสัมพันธ์

1.2 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ของการปวดหลังส่วนล่าง

(ระบายอารมณ์)

1.3 แนะนำประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย

(กระตุ้นให้ตื่นตัว)

2. กิจกรรมที่ 2 ระยะตั้งใจ ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์

ความสามารถตนเองและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันและการทำงานที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม(ประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม)

3. กิจกรรมที่ 3 ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ

3.1 อภิปรายกลุ่ม : แนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง

3.2 กำหนดการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ (ประกาศอิสรภาพ

ตนเอง)

3.3 เลือกท่าออกกำลังกายที่สามารถทำได้ (ความคาดหวังใน

ความสามารถตนเอง)

3.4 สาธิตการออกกำลังกายโดยตัวแบบและฝึกปฏิบัติ

(ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ)

4. กิจกรรมที่ 4 ระยะปฏิบัติ

4.1 การให้คำปรึกษา (เสริมแรงในการจัดการ)

4.2 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลการปฏิบัติ (ความสัมพันธ์แบบ

ช่วยเหลือ)

หมายเหตุ : หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 แล้ว อีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ (การเสริมแรง)

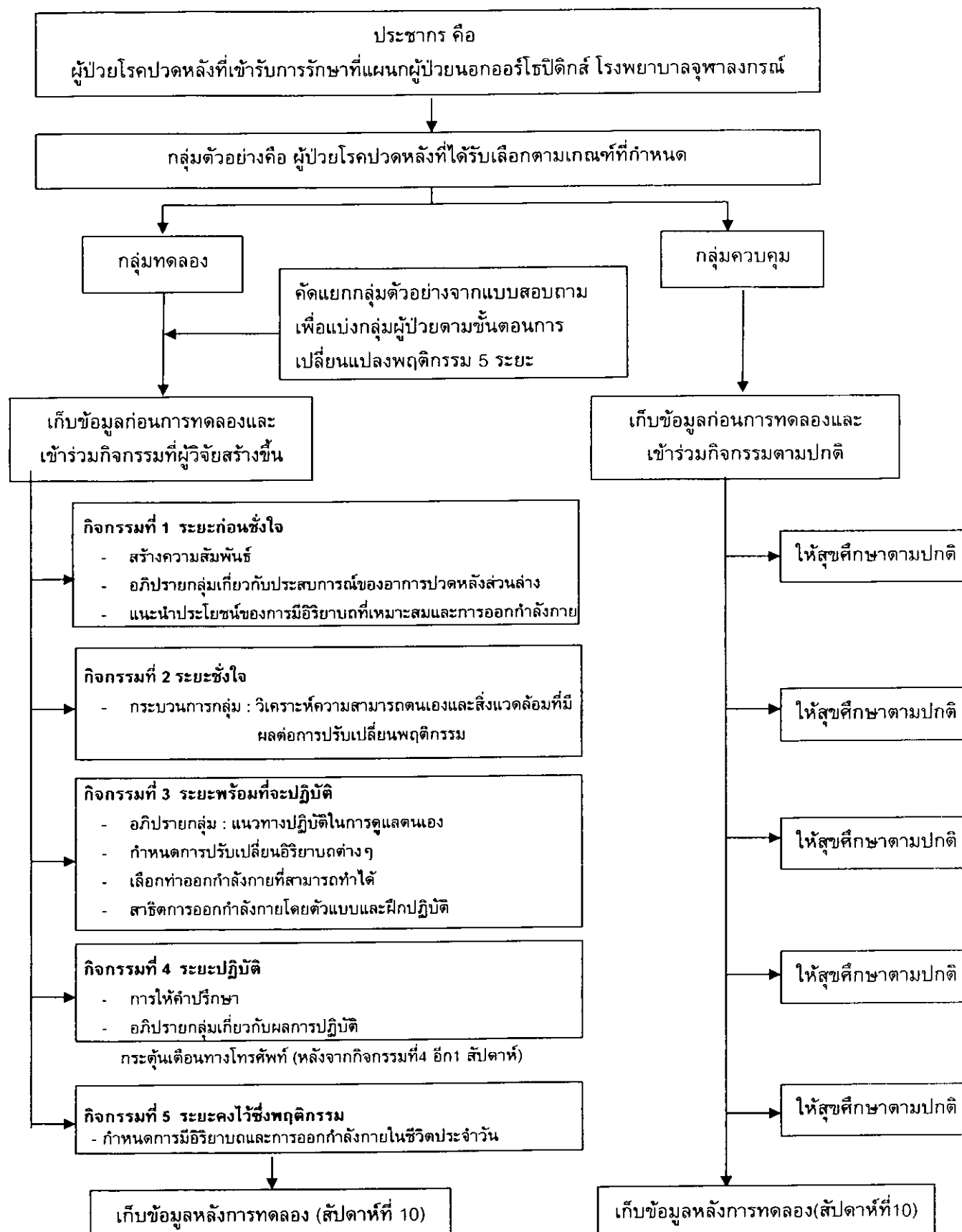
5. กิจกรรมที่ 5 ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม กำหนดการมีอิริยาบถและ

การออกกำลังกายในชีวิตประจำวันและการทำงาน (ประกาศอิสรภาพของสังคม)

กลุ่มควบคุม

จัดกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติ โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก การสาธิต และแจกเอกสารแผ่นพับ เรื่องโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพ ได้ ดังภาพ 8



ภาพประกอบ 8 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

1.1 แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคปวดหลัง การมีอิริยาบถที่เหมาะสม การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การใช้ตัวแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสม การรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง

1.2 คู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปวดหลังที่ผู้วิจัยทำขึ้น มีรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาโรคปวดหลัง การมีอิริยาบถที่เหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

1.3 วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสอนสุขศึกษา ได้แก่ ภาพพลิกการมีอิริยาบถที่เหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

1.4 แบบคัดแยกพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.5 แบบบันทึกผลประเมินความเจ็บปวดของหลัง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Dallas Pain Questionnaire (DPQ)

1.5 เครื่องมือความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Cybex 6000)

1.6 แบบบันทึกการมีอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง วัดจากแบบสอบถามที่ใช้ประมวลความรู้ เป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มีคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยการวัดเจตคติต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เป็น

ประมาณค่า (Rating scale) มีข้อความในทางบวกและลบอย่างสมดุล กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง ด้านการมีอิริยาบถที่เหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามสภาพการปฏิบัติจริง โดยพิจารณาทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ มีคำถามที่ประกอบด้วย การปฏิบัติด้านการมีอิริยาบถที่เหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

ส่วนที่ 5 การประเมินระดับความเจ็บปวดของหลัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเจ็บปวด (DPQ) ซึ่งระดับความเจ็บปวดอยู่ระหว่าง 0-100

ส่วนที่ 6 การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง โดยใช้เครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Cybex 6000)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาจากตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และตัวแปรของการวิจัย
3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาและขอคำแนะนำเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบในด้านความชัดเจนของภาษา และความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปทดสอบ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์จากการวัดผลแบบอิงเกณฑ์ของ เยาวดี วิบูลย์ศรี (เยาวดี วิบูลย์ศรี. 2540 : 36-37)

เลือกตอบ	เกณฑ์การให้คะแนนข้อความ	
	ด้านบวก	ด้านลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1
ไม่ทราบ	0	0

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเป็นร้อยละ	ระดับคะแนน
ต่ำกว่า 60	ต่ำ
60–80	ปานกลาง
มากกว่า 80	สูง

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้
 ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยใช้แบบวัดเจตคติของลิเคิร์ท (พวงรัตน์ ทวี
 รัตน์. 2543 : 107) ดังนี้

เลือกตอบ	เกณฑ์การให้คะแนนข้อความ	
	ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
เฉยๆ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายของคะแนน

ช่วงคะแนน	ระดับคะแนน
1.00–1.32	เจตคติไม่ดี
1.33–3.67	เจตคติด้านกลาง
3.68–5.00	เจตคติดี

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการมีอิริยาบถที่ถูกต้องและการออกกำลังกาย
 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์จากการ
 วัดผลแบบอิงเกณฑ์ของ เยาวดี วิบูลย์ศรี (เยาวดี วิบูลย์ศรี. 2540 : 36-37)

เลือกตอบ	เกณฑ์การให้คะแนนข้อความ	
	ด้านบวก	ด้านลบ
ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ	3	0
ปฏิบัติประจำ	2	1
ปฏิบัติบางครั้ง	1	2
ไม่ปฏิบัติ	0	3

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเป็นร้อยละ	ระดับคะแนน
ต่ำกว่า 60	ปฏิบัติไม่ดี
60-80	ปฏิบัติปานกลาง
มากกว่า 80	ปฏิบัติดี

4. แบบประเมินความเจ็บปวดหลัง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 100

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ย	ระดับคะแนน
ต่ำกว่า 25	ปวดเล็กน้อย
26-50	ปวดปานกลาง
51-75	ปวดค่อนข้างมาก
76-100	ปวดมาก

5. การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง โดยเครื่อง Cybex 6,000 เป็นตัววัด ค่าที่วัดได้มีหน่วยเป็น นิวตันเมตรกิโลกรัม (Nmkg)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปวดหลังที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้ตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือดังนี้

3.1 หาค่าความยากง่าย

นำแบบทดสอบความรู้มาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อต่อจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด จำนวน 19 ข้อ และเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.2-0.8 ไว้ 13 ข้อ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 129) ซึ่งมีความยากง่าย 0.23 – 0.83 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง

ความยากง่าย	การแปลผล	จำนวนข้อ
0.23 – 0.50	ค่อนข้างยาก	8
0.51 – 0.83	ค่อนข้างง่าย	5

3.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

3.2.1 แบบสอบถามความรู้ โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) จาก 19 ข้อ คัดเลือกไว้ 13 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.27 – 0.53

3.2.2 แบบสอบถามเจตคติ โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมคะแนนรายข้อนั้น (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) จาก 18 ข้อ คัดเลือกไว้ 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.23 – 0.63

3.2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติ โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับที่ไม่รวมคะแนนรายข้อนั้น (Corrected Item to total correlation) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) ได้ทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.23 – 0.68

ตาราง 4 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง

แบบสอบถาม	0.2 – 0.5	0.5 – 0.8
	พอใช้	ดี
ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	11 (0.27 – 0.48)	2 (0.52 – 0.53)
เจตคติต่อโรคปวดหลังส่วนล่าง	8 (0.23 – 0.40)	2 (0.56 – 0.63)
การปฏิบัติในการดูแลตนเอง	9 (0.23 – 0.49)	6 (0.51 – 0.68)

3.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

3.3.1 แบบสอบถามความรู้ โดยใช้สูตร KR 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.77

3.3.2 แบบสอบถามเจตคติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 126) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.64

3.3.3 นำแบบสอบถามการปฏิบัติมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.78

ตาราง 5 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	0.77	ดี
เจตคติต่อโรคปวดหลังส่วนล่าง	0.64	ดี
การปฏิบัติในการดูแลตนเอง	0.78	ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับการทดสอบก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรมใน สัปดาห์ที่ 10
4. นำแบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ แบบประเมินความเจ็บปวดและแบบบันทึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบและแบบสอบถาม ทั้งก่อนและหลังการทดลองแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ระดับความเจ็บปวดของหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที (t-test dependent)

5. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ระดับความเจ็บปวดของหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที (t-test independent)

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือ

6.1.1 ค่าร้อยละ

6.1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) จากสูตร

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

6.1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 143)

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

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

6.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือ

6.2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้อง จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2543 : 117)

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

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

6.2.2 หาค่าความยากง่าย (P) แบบทดสอบความรู้ จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

6.2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination power)

6.2.3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคปวดหลัง ใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	$\bar{Y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	$\bar{Y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น (สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก)
	q	แทน	ค่า (1-p) ซึ่ง คือ สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด

6.2.3.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งแบบที่ไม่รวมคะแนนรายข้อนั้น (Corrected Item to total correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนน (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

6.2.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

6.2.4.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคปวดหลัง โดยใช้สูตร KR 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{S_i^2 - \sum pq}{S_i^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	p	แทน	ค่าความยากของแบบทดสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
	q	แทน	1-q (สัดส่วนของคนทำผิด)
	S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

6.2.4.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอน บัค
(Cronbach) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125-126)

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

เมื่อ α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

6.3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

6.3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลัง
การทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที (t-test dependent) เพื่อทดสอบ
สมมติฐานข้อ 1 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 165) จากสูตร

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

$$df = n - 1$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที
D	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง
n	แทน	จำนวนคน
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ

6.3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 162) จากสูตร

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

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที
	$\overline{X}_1$	แทน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง
	$\overline{X}_2$	แทน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มทดลอง
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มควบคุม
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มทดลอง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านเจตคติ ด้านปฏิบัติ ระดับความเจ็บปวด ของหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติ เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ระดับความเจ็บปวดหลัง และความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และระยะเวลาเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง

ตาราง 6 จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คนตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	36.7	11	36.7
หญิง	19	63.3	19	63.3
อายุ				
25 – 30 ปี	7	23.3	8	26.7
31 - 35 ปี	8	26.7	10	33.3
36 – 40 ปี	15	50.0	12	40.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	12	40.0	10	33.3
มัธยมศึกษา	6	20.0	6	20.0
ระดับอุดมศึกษา	12	40.0	14	46.7
สถานภาพสมรส				
โสด	11	36.7	8	26.7
สมรส	17	56.7	18	60.0
ม้าย/หย่า	2	6.7	4	13.3

ตาราง 6 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
รับจ้าง	18	60.0	10	33.3
ค้าขาย	4	13.3	5	16.7
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	13.3	2	6.7
เกษตรกรรวม	1	3.3	1	3.3
แม่บ้าน	0	0.0	10	33.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	10.0	2	6.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 3,000 บาท	1	3.3	4	13.3
3,000 – 8,000 บาท	14	46.7	13	43.3
8,001 – 13,000 บาท	6	20.0	4	13.3
13,001 – 18,000 บาท	4	13.3	3	10.0
มากกว่า 18,000 บาท	5	16.7	6	20.0
ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง				
3 – 6 เดือน	16	53.3	7	23.3
7 – 12 เดือน	2	6.7	9	30.0
13 – 24 เดือน	5	16.7	10	33.3
มากกว่า 24 เดือน	7	23.3	4	13.3

จากตาราง 3 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

เพศ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 63.3 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 36.7

อายุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 40.0 ตามลำดับ รองลงมา อายุระหว่าง 31 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 33.3 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและประถมศึกษาจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนกลุ่มควบคุม ระดับการศึกษาอุดมศึกษา มากกว่าระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 33.3 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 60.0 ตามลำดับ รองลงมา โสด คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 26.7 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพแม่บ้านและรับจ้าง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 3,000 – 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 43.3 ตามลำดับ รองลงมา กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 8,001– 13,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนกลุ่มควบคุมรายได้เฉลี่ยมากกว่า 18,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.0

ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการปวดหลัง 3 – 6 เดือน รองลงมาคือ มากกว่า 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 23.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอาการปวดหลัง 13 – 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ 7 – 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.0

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันเล็กน้อยในด้าน อาชีพและระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ระดับความเจ็บปวดของหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 ความรู้

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 7 จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ก่อนการทดลอง	1(3.3)	11(36.7)	18(60.0)	3(10.0)	14(46.7)	13(43.3)
หลังการทดลอง	28(93.4)	1(3.3)	1(3.3)	18(60.0)	10(33.4)	2(6.6)

จากตาราง 7 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 หลังการทดลอง กลุ่มเกือบทั้งหมดมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.4

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ หลังการทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.4

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน ก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	$\bar{X}$	s	t	df	p	$\bar{X}$	s	t	df	p
ก่อนการทดลอง	7.00	2.51				7.83	2.35			
			13.21*	29	<0.001			4.59 *	29	<0.001
หลังการทดลอง	11.80	1.56				10.37	1.86			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 8 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.51 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.80 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.56 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test dependent) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.1

กลุ่มควบคุม คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 7.83 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.35 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 10.37 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test dependent) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

2.2 เจตคติ

ระดับคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังตาราง 6

ตาราง 9 จำนวน(ร้อยละ)ของกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ก่อนการทดลอง	6(20.0)	4(13.3)	20(66.7)	13(43.3)	17(56.7)	0(0.0)
หลังการทดลอง	22(73.3)	8(26.7)	0(0.0)	23(76.7)	7(23.3)	0(0.0)

จากตาราง 9 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 20.0 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.3 ที่เหลือคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 43.3 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.7 ที่เหลือคือระดับปานกลาง ร้อยละ 23.3

**วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ของ
กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง**

ตาราง 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	$\bar{X}$	s	t	df	p	$\bar{X}$	S	t	df	p
ก่อนการทดลอง	3.43	0.42				3.56	3.52			
			6.03 *	29	<0.001			2.33 *	29	0.027
หลังการทดลอง	3.96	0.52				3.89	0.54			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 10 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 3.43 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.96 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test dependent) พบว่ามีคะแนนเจตคติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.2

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 3.56 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.52 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.89 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test dependent) พบว่ามีคะแนนเจตคติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

2.3 การปฏิบัติ

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระดับคะแนนการปฏิบัติในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคะแนนปฏิบัติในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ก่อนการทดลอง	0(0.0)	0(0.0)	30(100.0)	0(0.0)	3(10.0)	27(90.0)
หลังการทดลอง	5(16.7)	11(36.6)	14(46.7)	7(23.3)	9(30)	14(46.7)

จากตาราง 11 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ทั้งหมดมีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และ 36.6 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เกือบทั้งหมดมีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 90.0 หลังการทดลอง มีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	$\bar{X}$	s	t	df	p	$\bar{X}$	s	t	df	p
ก่อนการทดลอง	13.40	5.78				14.83	7.75			
			20.82 *	29	<0.001			5.66 *	29	<0.001
หลังการทดลอง	32.23	5.29				26.67	9.78			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 13.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.78 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.23 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.29 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t - test dependent) พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.3

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 14.83 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.75 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 26.67 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.78 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t - test dependent) พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

2.4 ความเจ็บปวดหลัง

ระดับคะแนนความเจ็บปวดหลังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามคะแนนความเจ็บปวดหลัง ก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ก่อนทดลอง	1(3.3)	10(33.3)	17(56.7)	2(6.6)	0(0.0)	21(70.0)	9(30.0)	0(0.0)
หลังทดลอง	0(0.0)	3(10.0)	24(80.0)	3(10.0)	0(0.0)	3(10.0)	25(83.3)	2(6.6)

จากตาราง 13 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความเจ็บปวดหลังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 33.3 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความเจ็บปวดหลังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 รองลงมาคือระดับค่อนข้างมากและเล็กน้อย เท่ากัน คิดเป็น ร้อยละ 10.0

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความเจ็บปวดหลังอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 70.0 ที่เหลือคือปานกลาง ร้อยละ 30.0 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนความเจ็บปวดหลังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 10.0

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 14 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	$\bar{X}$	s	t	df	p	$\bar{X}$	s	t	df	p
ก่อนการทดลอง	47.00	13.50				53.33	9.68			
			4.38 *	29	<0.001			11.06 *	29	<0.001
หลังการทดลอง	38.35	9.56				42.71	9.15			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 14 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลัง 47.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.50 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 38.35 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.56 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test dependent) พบว่ามีคะแนนความเจ็บปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.4

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดหลัง 53.33 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.68 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 42.71 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.15 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test dependent) พบว่ามีคะแนนความเจ็บปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

2.5 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	$\bar{X}$	s	t	df	p	$\bar{X}$	s	t	df	p
ก่อนการทดลอง	66.67	26.85				59.87	26.14			
			4.06 *	29	<0.001			3.94 *	29	<0.001
หลังการทดลอง	69.40	27.70				62.47	26.23			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 15 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง 66.67 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.85 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 69.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 27.70 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ (t - test dependent) พบว่ามีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1.5

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง 59.87 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.14 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 62.47 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.23 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ (t - test dependent) พบว่ามีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ระดับความเจ็บปวดหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ระดับความเจ็บปวดหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ระดับความเจ็บปวดหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	s	t	df	p
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	7.00	2.51	1.32	58	0.189
กลุ่มควบคุม	7.83	2.35			
เจตคติ					
กลุ่มทดลอง	3.43	0.42	1.06	58	0.291
กลุ่มควบคุม	3.55	0.52			
การปฏิบัติ					
กลุ่มทดลอง	13.4	5.78	0.81	58	0.421
กลุ่มควบคุม	14.83	7.75			
ระดับความเจ็บปวดหลัง					
กลุ่มทดลอง	47.00	13.50	2.08 *	58	0.042
กลุ่มควบคุม	53.33	9.68			

ตัวแปร	$\bar{X}$	s	t	df	p-value
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง					
กลุ่มทดลอง	66.67	26.85	0.99	58	0.324
กลุ่มควบคุม	59.87	26.14			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 16 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 7.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.51 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 7.83 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.35 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test independent) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 3.43 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 3.55 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test independent) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเจตคติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 13.4 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.78 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 14.83 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.75 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test independent) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลัง 47.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.50 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลัง 53.33 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.68 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test independent) พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดหลังต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง 66.67 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29.85 กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 59.87 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.14 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test independent) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ระดับความเจ็บปวดหลัง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	s	t	df	p-value
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	11.80	1.56	3.23 *	58	0.002
กลุ่มควบคุม	10.37	1.86			
เจตคติ					
กลุ่มทดลอง	3.96	0.52	2.09 *	58	0.041
กลุ่มควบคุม	3.89	0.54			
การปฏิบัติ					
กลุ่มทดลอง	32.23	5.29	2.74 *	58	0.008
กลุ่มควบคุม	26.67	9.78			
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง					
กลุ่มทดลอง	69.40	27.70	0.99	58	0.324
กลุ่มควบคุม	62.47	26.23			

* แทน นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 17 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 11.08 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.56 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 10.37 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ (t - test independent) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.1

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 3.96 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 3.89 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t - test independent) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเจตคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.2

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 32.23 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.29 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 26.67 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.78 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t - test independent) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.3

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง 69.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 27.70 กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 62.47 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.23 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t - test independent) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.5

จากการทดลอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเป็นผลจากการออกกำลังกาย ซึ่งทำให้การออกกำลังกายที่ผู้วิจัยใช้ในการทดลองมีทั้งหมด 9 ท่า โดยคัดเลือกมา 7 ท่าเพื่อใช้ในการประเมินการปฏิบัติ ภายหลังจากทดลองผลที่ได้ ดังตาราง

ตาราง 18 การปฏิบัติการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากทดลอง

การออกกำลังกาย	ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติประจำ		ปฏิบัติบางครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	สม่ำเสมอ							
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	n	%	n	%	n	%	n	%
ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้อง	7	23.3	10	33.3	16	53.3	9	30.0
ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสีข้าง	5	16.7	9	30.0	15	50.0	8	26.7
ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นย่อ	9	30.0	8	26.7	8	26.7	7	23.3
ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพก	10	33.3	3	33.3	8	26.7	10	33.3
ท่ายืดกล้ามเนื้อสีข้าง	7	23.3	5	16.7	14	46.7	7	23.3
ท่ายืดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง	3	10.0	7	23.3	18	60.0	5	16.7
ท่ายืดกล้ามเนื้อหลัง	2	6.7	4	13.3	15	50.0	8	26.7

จากตาราง 18 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพก คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.0

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพกและท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.7

ปฏิบัติประจำ

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายท่ายืดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้อง คิดเป็นร้อยละ 53.3

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพก คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้อง คิดเป็นร้อยละ 30.0

ปฏิบัติบางครั้ง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อยและท่ายืดกล้ามเนื้อหลังเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพก คิดเป็นร้อยละ 40.0

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ทำยืดกล้ามเนื้อหลังคิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาท่ายืดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง คิดเป็นร้อยละ 46.7

ไม่ปฏิบัติ

กลุ่มทดลอง ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติ

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติการออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อย ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพกและท่ายืดกล้ามเนื้อสี่ข้างเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตาราง 19 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย ระดับความเจ็บปวดหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การทดลอง	$\bar{X}$	S	t	df	p
กลุ่มทดลอง	8.65	10.82	0.89	58	0.37
กลุ่มควบคุม	10.63	5.26			

จากตาราง 19 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลัง 8.65 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.82 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลัง 10.63 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

5.26 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t - test independent) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเจ็บปวดหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2.4

นั่นคือผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระดับความเจ็บปวดของหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง มีตัวแปรต่อไปนี้ ดีวก่อนการทดลอง

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 1.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 1.3 การปฏิบัติในการดูแลตนเอง
- 1.4 ความเจ็บปวดของหลัง
- 1.5 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

2. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง มีตัวแปรต่อไปนี้ดีกว่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติ

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 2.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- 2.3 การปฏิบัติในการดูแลตนเอง
- 2.4 ความเจ็บปวดของหลัง
- 2.5 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

วิธีการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 30 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

- 1.1 แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 1.2 คู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปวดหลังที่ผู้วิจัยทำ
- 1.3 วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสอนสุขศึกษา
- 1.4 แบบคัดแยกพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 1.5 แบบบันทึกผลประเมินความเจ็บปวดของหลัง
- 1.6 เครื่องมือความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Cybrex 6000)
- 1.6 แบบบันทึกการมีอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการออกกำลังกาย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- ส่วนที่ 3 การประเมินเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
- ส่วนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง
- ส่วนที่ 5 การประเมินระดับความเจ็บปวดของหลัง
- ส่วนที่ 6 การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบและแบบสอบถาม ทั้งก่อนและหลังการทดลองแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ทดสอบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที่ (t-test dependent) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติค่าที่ (t-test independent)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ความเจ็บปวดหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ดีวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความเจ็บปวดหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดหลังส่วนล่าง ภายหลังการทดลอง ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1.1 เมื่อนำผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2.1 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองนั้นผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการได้คัดแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระยะของการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ทำให้สามารถจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง และบางรายได้รับการสอนซ้ำตามความแตกต่างของพัฒนาการ เป็นผลทำให้คะแนนความรู้สูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยวิธีการเดียวกัน คือการบรรยายประกอบภาพพลิกและการสาธิต แต่ไม่มีการคัดแยกกลุ่มตัวอย่างตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้กลุ่มควบคุมเกิดการรับรู้ที่แตกต่างกันไป ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 2 – 5 คน โดยจัดแบ่งกลุ่มตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาโดย โปร

ชาสกา (Prochaska) และ ไดคลิเมนต์ (Diclemente) มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์ของการปวดหลังส่วนล่างและแนะนำถึงประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง ใช้กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้สุขภาพอย่างเป็นระบบ มีการจัดเรียงเนื้อหาอย่างชัดเจน มีการบรรยายประกอบภาพพลิก โดยอธิบายสาเหตุ อาการ การรักษาการปฏิบัติตนในด้านการมีอิริยาบถที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง เนื่องจากการบรรยายมีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียน ได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจทำให้เกิดการเรียนรู้ การมีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในจุดที่ต้องการให้ผู้เรียนรับรู้ หรือการใช้สื่อประกอบการบรรยายนอกจากจะทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้นยังทำให้เกิดความเข้าใจง่าย การแจกเอกสารเพื่อให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองเป็นแนวทางในการอธิบายและติดตามผลการให้ความรู้แก่ผู้เรียน (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 63 – 68) มีการแจกคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อทำให้ผู้เรียน เกิดการจดจำในเรื่องที่เรียนได้มากขึ้น หลังจากสิ้นสุดการสอนผู้วิจัยได้กล่าวสรุปประเด็นทุกครั้ง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจมากขึ้น มีการประเมินขั้นตอนของพฤติกรรมของกลุ่มทดลองทุกครั้งทั้งก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม โปรชาสกาและคณะ (Prochaska; et al. 1994 : 471) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนไปแต่ละขั้นตอน มักจะไม่เป็นแบบเส้นตรง ส่วนใหญ่จะย้อนกลับไปกลับมาระหว่างขั้น ดังนั้นกลุ่มทดลองบางรายจะได้รับการสอนซ้ำเนื่องจากถูกคัดเลือกให้อยู่ในขั้นที่เคยได้รับกิจกรรมนั้นแล้วทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น วิธีการดังกล่าวมีผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างได้ดีวก่อนทดลอง

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1.2 เมื่อนำผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเจตคติสูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2.2 เพราะว่าในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแสดงความคิดเห็น เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนสามารถทำได้ รวมทั้งให้คำปรึกษา เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสารแบบ 2 ทาง ระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับบริการได้สำรวจและเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาและแสวงหาแนวทางการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (จิน แบรี่. 2540 : 3) ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กิจกรรมนั้นผู้วิจัยได้จัดให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการคัดแยกไว้ ยุทธวิธีแนวทางที่ใช้ในการสร้างกิจกรรมสุขศึกษาในแต่ละขั้นตอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะแตกต่างกันไป นอกจากนั้น ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะที่ 5 คือ ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม สมาชิก

กลุ่มได้ร่วมกันกำหนดการมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน ทำให้สมาชิกเกิดการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังด้วยความสมัครใจ ซึ่งจากรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or stage of change) นั้นพบว่าบุคคลจะยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม และยอมรับพฤติกรรมใหม่ๆ นั้น จะต้องเป็นกระบวนการเป็นขั้นตอนเรียงตามลำดับ แต่ละคนย่อมมีเจตคติ ความเชื่อและแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ แตกต่างกันไปในแต่ละขั้นตอน (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2541 : 61) และเฉลิมพล ดันสกุล (2543 : 44) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินและมีความรู้สึกชอบพอหรือไม่ชอบพอสอดคล้องกับสิ่งที่ตามมาคือความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น เมื่อพิจารณาจะแนบเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังของกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 66.7 และหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับดีถึงร้อยละ 73.3 แสดงให้เห็นว่าในความแตกต่างของการจัดกิจกรรมสุขภาพที่แยกกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่ม ๆ นั้น กลุ่มทดลองได้เกิดการรับรู้ที่สอดคล้องกับระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและเจตคติไปในทางที่ดีขึ้น

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1.3 เมื่อนำผลการจัดโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขภาพตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2.3 เนื่องจากการมีแบบบันทึกการปฏิบัติให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและนำกลับมาให้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ โดยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ความสามารถตนเองและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดของสยาม ปิยะนราทร (2541 : 9) กล่าวว่า การจัดกระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้รู้จัก เข้าใจ ยอมรับ และหาทางพัฒนาตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข นอกจากนั้นแล้วก่อนเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตนอย่างจริงจังและมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นจากการได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลังสามารถอธิบายได้ว่า ผลจากการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นขั้นเป็นตอน โดยเนื้อหาในการบรรยายผู้วิจัยได้อธิบายประกอบภาพพลิก ในเรื่องการมีอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง รวมทั้งการสาธิตและให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมให้กำลังใจ เนื่องจากการสาธิตจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างชัดเจน ได้เห็นของจริง ทำให้เข้าใจดีและจำได้นาน ลดปัญหาการลองผิดลองถูก การสาธิตยังเป็นการดึงดูดความสนใจและเร้าใจให้ผู้เรียนเกิดความประทับใจ ก่อน

การฝึกปฏิบัติหากผู้เรียนได้รับการสาธิตวิธีการเพื่อให้เกิดการเลียนแบบและผู้สอนคอยให้กำลังใจ จะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น (สุริย์ จันทรโมลี. 2527 : 201 – 202)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง กลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคปอดหลังส่วนล่าง ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกา ลู และ ฮวง (Kao Lu; & Huang. 2003 : 16 – 25) ศึกษาผลกระทบ ของการใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อปัจจัยทางด้านจิตสังคม ในการออกกำลังกาย ของผู้ใช้แรงงาน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ และ การรับรู้ความสามารถตนเองของการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนการรับรู้อุปสรรคในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ พิสมัย จารุขวลิต (2543 : 74 – 78) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์ เจตคติต่อ การปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการ ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2543 : 42 – 62) ศึกษา รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน จากการศึกษาพบว่าผล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนทดลอง และ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ วิมล นิติวรางกูร (2543 : 72 – 83) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลธัญบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับไขมันในเลือด ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับไขมันในเลือดลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ กุลวรรณ นาครักษ์ (2540 : 74 – 108) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ระดับมัธยมต้น กรุงเทพมหานคร ผลศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองใน การเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัว ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่ม

ทดลองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ทิพวรรณ ไตรดิลาพันธ์ (2541 : 138-146) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลรามารักษ์ดี ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของชีพจรขณะพักก่อนนาฬิกาของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับ เอชดีแอล คอลอเรสเตอรอล ในเลือดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความเจ็บปวดหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1.4 เมื่อนำผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเจ็บปวดหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2.4 ผลจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดหลังลดลง จากการสอบถามถึงความรู้สึกเจ็บปวดพบว่าเมื่อปฏิบัติตนให้อยู่ในอิริยาบถที่ถูกต้องเหมาะสมคือพยายามรักษาหลังให้ตรงในทุกอิริยาบถ จะช่วยทำให้ความเจ็บปวดทุเลาลงได้ และการที่ระดับความเจ็บปวดหลังของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันนั้นอาจเป็นเพราะทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาาร่วมด้วย และการเว้นระยะการประเมินความเจ็บปวดหลัง ถึง 2 เดือนครึ่ง ทำให้ระดับความเจ็บปวดของภายหลังการทดลองลดลง

5. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1.5 เมื่อนำผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2.5 แสดงให้เห็นว่าผลจากการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหลังแข็งแรงขึ้น ทั้งสองกลุ่ม การออกกำลังกายส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ทุกท่า ซึ่งในกลุ่มควบคุมมีบางท่าที่ไม่ได้ปฏิบัติ แต่ผลการทดลองพบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังทั้ง

2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าในการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องปฏิบัติทุกท่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างสามารถเลือกปฏิบัติได้ในท่าที่เหมาะสมกับความสามารถและสภาพร่างกายของตนเอง นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้จัดไว้ในโปรแกรมสามารถส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้เช่นกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความเจ็บปวดหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ การจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ดีขึ้น จึงควรนำโปรแกรมนี้มาใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

2. การจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่มีการแบ่งเป็นหลายกิจกรรมโดยกลุ่มทดลองต้องมาพบผู้วิจัยหลายครั้ง ดังนั้นการทำบัตรนัดให้กลุ่มทดลองมาพบแพทย์ตามวันนัดในโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำไว้ โดยได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย รวมทั้งการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยตามนัด และทำการเลื่อนนัดทางโทรศัพท์เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ จะช่วยทำให้ผู้วิจัยติดตามประเมินผลได้อย่างครบถ้วน

3. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีการคัดแยกพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนให้สุขศึกษานั้น ในหนึ่งวันควรจัดโปรแกรมให้มีทั้ง 5 ระยะ เมื่อคัดแยกผู้ป่วยตามกลุ่มพฤติกรรมแล้วจะทำให้สามารถจัดผู้ป่วยเข้าโปรแกรมได้

4. แบบบันทึกการปฏิบัติ ที่มอบให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกที่บ้านพร้อมกับบัตรนัดครั้งต่อไปเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอีกด้วย

5. การประเมินความเจ็บปวดหลังนั้น ควรมีการประเมินการใช้ยาบรรเทาอาการปวดด้วย เพราะยาเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้อาการปวดลดลง

6. ควรมีการคัดแยกพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับขั้นพฤติกรรมใด และทั้ง 2 กลุ่มมีขั้นพฤติกรรมที่แตกต่างกันหรือไม่ ก่อนที่จะทำการทดลอง

7. การศึกษาถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาทดสอบผลของการออกกำลังกาย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่อง Cybex 6,000 ซึ่งมีความแม่นยำ เชื่อถือ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลการปฏิบัติตามคำแนะนำ

8. การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาถึง 10 สัปดาห์ ส่งผลให้การศึกษาถึงผลการเปลี่ยนแปลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าการประเมนผลความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังนั้นจะต้องใช้เวลาการประเมนผลอย่างน้อย 2 เดือน จึงจะเพียงพอและเหมาะสม

9. สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาควรมีการจัดเป็นสัดส่วนและมีพื้นที่เพียงพอสำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อศึกษาความคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถาวร

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วิธีอื่นในการช่วยลดอาการปวดหลังร่วมด้วย เช่น การประคบความร้อน การนวด การบริหารกล้ามเนื้อหลังในท่าต่างๆ ที่นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นในครั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมการวิจัยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่หลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีทางเลือกในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรวิ บุญชัย. (2540). คีเนสิโอโลยีเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- (2538). สรุปรายงานการป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2536. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและวางแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กานดา ใจภักดี. (2531). วิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว. กรุงเทพฯ: ไทยมิตรการพิมพ์.
- กุลวรรณ นาครักษ์. (2540). การประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาขาสาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- จิน แบรี่. (2540). คู่มือการฝึกทักษะให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เซ็นจูรี.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์; และสุรีย์ จันทรมาลี. (2538). ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารสุขศึกษา. 18(69) : 5-10.
- (2542). ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. ใน แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ. กองสุศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หน้า 62-67.
- ชมพูนุท สุวรรณศรี. (2543). การป้องกันและรักษาอาการปวดหลังด้วยตนเอง. ใน รักษาหลังด้วยกายภาพบำบัด. กันยา ปวละวิวัฒน์; และคนอื่นๆ. หน้า 32-55. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เชียะ หลินเฟิน. (2541). คู่มือคนปวดหลัง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ขุนเขา.
- ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. (2543). การประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ดำรง กิจกุล. (2538). ปวดหลัง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทัศนา บุญทอง. (2536). การพยาบาลแบบองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง. สารสภากาการพยาบาล. 1(6) : 8 – 14.

- ทิพวรรณ ไตรดิลาพันธ์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาขาวิชาเอกสุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ทวีช ประสาทฤทธา. (2543). ปวดหลัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ส.เอเซียเพรส.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2538). การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรบัณฑิต.
- นิวัตร กิตติสุทธธรรม. (2540, มีนาคม). กระบวนการกลุ่มกับการเรียนการสอน. การศึกษา กทม. 20(6) : 3.
- บุญยง เกี่ยวการคำ. (2536). วิธีการศึกษา. ใน เอกสารชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 8 – 15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2543). การวัดพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ. ใน การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ: ภาพสหประชาพานิชย์.
- ปราณี ลิ้มปวรวรรณ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง. วิทยานิพนธ์ ศส.ม.(สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิสมัย จารุขวลิต . (2538). การประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ยงยุทธ วัชรดุลย์. (2526). โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- เยาวดี วิบูลศรี. (2540). การวัดผลและการสร้างแบบสอบถามผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยี่ยมมโนภพ บุญนาค. (2538). การออกกำลังกายเพื่อบำบัดโรคปวดหลัง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- รัชณี ศิลปบรรเลง. (2533). ปวดหลัง ทำอย่างไรให้คลายปวด. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- โรจน์ จินดนาวัฒน์. (2536). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร(สาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา
- วรวิทย์ เล่าห์เรณู. (2543). อาการปวดหลัง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- วสันต์ ศิลปสุวรรณ; และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2541). *การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาริ ระกิติ. (2530). การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา*. หน้า 695-705. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิมล นิติวรางกุล. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง*. ปรินซ์นิพนธ์ วท.ม.(สาขาสุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- วิไล ชินสกุล; สุชีรา จิตสาโรจิตโต; และอุไรรัตน์ ภิภพมงคล. (2543). การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันและบำบัดโรคปวดหลัง. ใน *แนวทางการตรวจและสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2526, กรกฎาคม-กันยายน). การสูบบุหรี่และโรคมะเร็ง โปรแกรมสุขศึกษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารสุขศึกษา*. 6(2) : 97-98.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมชัย ปรีชาสุข; วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท; และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. (2541). *ออร์โธปิดิกส์ (ตำราสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป)*. กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สยาม ปิยะนราธร. (2541,กันยายน). การพัฒนาตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม. *การศึกษาเอกชน*. 8(80) : 9.
- สันทนา กนกศิลป์. (2533). *ผลการให้คำแนะนำโดยการใช้สื่อประสม ต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง*. วิทยานิพนธ์วท.ม. (สาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- สุชาติ โสมประยูร. (2542). *สุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุนิ รักษาเกรียติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ :สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุพร พลยานันท์. (2528). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด*. กรุงเทพฯ: แม็ค.
- สุรศักดิ์ ศรีสุข; เล็ก ปรีวิสุทธิ; และนวลอนงค์ ชัยปิยะพร. (2537). *ปวดหลัง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุรีย จันทรโมลี. (2527). *วิธีการสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจริญวิทยาการพิมพ์.
- เสก อักษรานุเคราะห์. (2541). *ปวดหลัง ปวดคอ*. กรุงเทพฯ: ออลพรีนซ์ออฟ.

- อำนาจ อุณณะนันท์. (2542). *เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- Asparini, T. (1983, January). Proceeding of Scandinavian Orthopaedics Association. *Acta Orthopaedics Scandinavica*. 54(1) : 479–523.
- Buckworth J.; & Wallace LS. (2002, September). Application of the transtheoretical model to physically active adults. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness*. 42(3) : 360-7.
- Du, Bois KA. (2002). Development of a self-efficacy instrument for patients with chronic low back pain and its use as a predictor of physical therapy outcome. *In The University of Connecticut*.
- Kao, Y.; Lu C.; & huang Y. (2002, December). Impact of a transtheoretical model on the psychosocial factors affecting exercise among workers. *Journal of Nursing Research (JNR)*. 10(4) : 303-10.
- Lee, CE; et al. (2002, December). Functional Self-efficacy, perceived gait ability and perceived exertion in walking performance of individuals with low back pain. *Physiotherapy Theory & Practice*. 18(4) : 193-203.
- Livermor. NB. (1984). Low back pain syndrome. *A Clinical Overview* : 23.
- Nachemson, A.L. (1983). Work for All. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 179(10) : 77–85.
- Prochaska; & Diclement (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory and practice*. 19(3) : 276-287.
- Prochaska; & Norcross (1999). *Systems of Psychotherapy A Transtheoretical Analysis*. Island : Brook/Cole Publishing Company.
- Prochaska; et al. (1994). The Transtheoretical Model of change and HIV Prevention. *Health Education Quarterly*. 21(4) : 471–486 .
- Prochaska; et al. (2002, July-September). Assessing readiness of clients with disabilities to engage in job seeking behaviors. *Journal of Rehabilitation*. 68(3) : 16-23.
- Riebe, D.; et al. (2003, January). Evaluation of healthy-lifestyle approach to weight management. *Preventive Medicine*. 36(1) : 45-54.
- Spigt, MG. et al. (2002, December). Influence of patient characteristics on the effect of a physical training programme for chronic a specific back pain. *Nederlands Tijdschrift fur Fysiotherapie*. 112(6) : 160-5.
- Tilliss, TSL.; et al. (2003). The transtheoretical model applied to an oral self-care behavioral change: development and testing of instruments for stages of change and decisional balance. *Journal of Dental Hygiene*. 77(1) : 16-25.

ภาคผนวก

ภาคผนวก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณจง เพ็งจาด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 7
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. อาจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา อาจารย์ระดับ 8
หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีชัย เดชะพงศ์วรชัย รองศาสตราจารย์ระดับ 8
อาจารย์ประจำสาขาวิชาออร์โธปิดิกส์
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ แพทย์หญิง รัตนา ดอนขันธ์ อาจารย์แพทย์ระดับ 7
อาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นาง ประภัทธ์ โสติโสภา นักศึกษาระดับ 7
หัวหน้าหน่วยศึกษา
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความร่วมมือเพื่อทำวิจัย



ที่ ศธ 0519.12/5247

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๑ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม แบบบันทึก และคู่มือ

เนื่องด้วย นางสาวจิราภรณ์ ไส้กันจักษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ รองศาสตราจารย์ ธาดา วิมลวัชรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทวีชัย เจริญวงศ์วรชัย แพทย์หญิง รัตนา คอนจันทร์ และ นางประภัสร์ ไส้กันจักษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แบบบันทึกการปฏิบัติ การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปอดหลัง และคู่มือการปฏิบัติคนเมื่อเป็นโรคปอดหลัง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แบบสอบถาม แบบบันทึก และคู่มือ ให้ นางสาวจิราภรณ์ ไส้กันจักษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรสุติ ปิ๊ดไชสง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2565356 มือถือ 01-2746353

ที่ ศธ 0519.12/5096



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม แบบบันทึก และคู่มือ

เนื่องด้วย นางสาวจิราภรณ์ ไส้กันจัด นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และ รองศาสตราจารย์ ธาภา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จอนณะง เท็งจาด และ อาจารย์ประภาพร จินันทุยา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยแบบบันทึกการปฏิบัติ การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง และคู่มือการปฏิบัติคนเมื่อเป็นโรคปวดหลัง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แบบสอบถาม แบบบันทึก และคู่มือ ให้ นางสาวจิราภรณ์ ไส้กันจัด และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรวุฒิ ปัดไธสง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2565356 มือถือ 01-2746353



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๗ มิถุนายน 2547

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจิราภรณ์ โสภณทัต นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เจตคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง และการปฏิบัติในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนหลัง ในระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจิราภรณ์ โสภณทัต ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2565356 มือถือ 01-2746353



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ มิถุนายน 2547

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจิราภรณ์ ไส้กันท์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังด้านล่าง เจตคติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจิราภรณ์ ไส้กันท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2565356 มีจอถือ 01-2746353



8 กรกฎาคม 2547

เรื่อง ขอส่งเค้าโครงปริญญานิพนธ์พิจารณาจริยธรรม

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงปริญญานิพนธ์ จำนวน 14 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิราภรณ์ ไส้กัณฑ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” ในการนี้ นิสิตมีความประสงค์จะขอส่งเค้าโครงปริญญานิพนธ์ หัวข้อเรื่องดังกล่าว เพื่อเข้าร่วมพิจารณาจริยธรรม จำนวน 14 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วยจะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จิระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

ใบคำร้องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

(Application Form for EC)

1. ชื่อโครงการ (ไทย) ประสิทธิภาพของโปรแกรม สหศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอน การเปลี่ยนแปลง
..... ในกรณีดูแลตนเอง ของผู้ป่วย โรคข้ออักเสบ ส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
.....
.....
ชื่อโครงการ(อังกฤษ) The effectiveness of health education program applying
..... trans-theoretical model to a self care of patients with Low back pain,
..... King Chulalongkorn memorial hospital, Thai red cross society.
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก (ไทย) นส. จิรากรณ์ โสภณัทธ
ชื่อผู้วิจัยหลัก (อังกฤษ) Miss Jiraruk Sogunthud
สถาบันที่สังกัด มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ
ชื่อผู้วิจัยร่วม 1 สถาบันที่สังกัด.....
2 สถาบันที่สังกัด.....
3 สถาบันที่สังกัด.....
4 สถาบันที่สังกัด.....
- ชนิดของโครงการวิจัย () Clinical trial
(x) อื่นๆ โปรดระบุ Other experimental research
3. วันที่ยื่นเสนอ 16 กรกฎาคม 2547
(✓) ยื่นเสนอครั้งแรก
() Amendment โดยมีโครงการที่เสนอไปแล้วครั้งแรกเมื่อ.....
() ใบแจ้ง Adverse Event หรือความคืบหน้า
4. Study code (ถ้ามี) -
5. สถาบันที่ร่วมในการทำวิจัย
() เฉพาะที่.....
() Multicenter trial ที่ (สหสถาบัน)
6. ลักษณะของอาสาสมัครในโครงการวิจัย
() อาสาสมัครปกติ (x) ผู้ป่วยโรค Low back pain () การตรวจชิ้นเนื้อ
7. จำนวนอาสาสมัคร หรือผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าร่วมโครงการ 60 คน
8. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ทั้งโครงการ 3 เดือน
9. ระยะเวลาที่แต่ละอาสาสมัครจะอยู่ในโครงการ 2 เดือน
10. แหล่งทุน () รัฐบาล (โปรดระบุ).....
() เอกชน (โปรดระบุ).....
() NGO (โปรดระบุ).....
() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. การติดตามการดำเนินการวิจัย โดยผู้ให้ทุนวิจัย (sponsor)
- () มีแล้ว โดยผ่าน.....
- () ยังไม่มี กำลังจัดตั้ง
- () ยังไม่มี
12. ทุนที่ได้รับทั้งโครงการ = บาท
- ทุนที่ได้รับเข้ายังสถาบัน = บาท
13. โครงการวิจัยนี้เคยยื่นเสนอที่อื่นหรือไม่
- (✓) ไม่เคย
- () เคยในระดับนานาชาติที่.....เมื่อ.....ผลการพิจารณา.....
- () เคยในระดับประเทศที่.....เมื่อ.....ผลการพิจารณา.....
14. ประเด็นที่ต้องการให้ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม พิจารณาเป็นพิเศษ
-
-
-
15. ผู้วิจัยจะส่งรายงานความคืบหน้ามายังคณะกรรมการฯ.....1.....ครั้ง ตลอดโครงการ
- เมื่อ () อายุร่างโครงการ.....ครั้ง เมื่อ.....
- (✓) ภายใน 6 เดือน หลังสิ้นสุดโครงการ
16. โครงร่างวิจัยที่เป็นโครงร่างวิทยานิพนธ์
- (✓) ระดับมหาบัณฑิต
- () ระดับดุษฎีบัณฑิต
- () ผ่านคณะกรรมการวิทยานิพนธ์
- () ผ่านคณะกรรมการหลักสูตรฯ


 (น.ส. พัทธมา ไชยรัตน์)
 ผู้วิจัยหลัก
 วันที่ 16 / กรกฎาคม / 2547

หมายเหตุ โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ขอรับการพิจารณาจริยธรรมจะต้องผ่านการพิจารณาของ
 คณะกรรมการวิทยานิพนธ์ โดยวันหลักฐานยืนยันจากอาจารย์ที่ปรึกษา



ที่ ศธ 0519.12/5๐๐๐

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นกรรมการเพิ่มเติมสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ด้วย นางสาวจิราภรณ์ โสภณทัต นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา ได้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” ได้รับอนุมัติให้สอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2548 เวลา 13.00 น. ณ ห้องประชุม คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาเห็นว่า รองศาสตราจารย์ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัย เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว จึงขออนุญาตให้ รองศาสตราจารย์ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัย เป็นกรรมการเพิ่มเติมสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ของนิสิตผู้นี้ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและโปรดแจ้งให้ รองศาสตราจารย์ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัยทราบด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร.02-2584119, 02-6641000 ต่อ 5673, 5646

โทรสาร.02-2584119

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในคำยินยอมให้ทำการวิจัย ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่น่าเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....นางสาว จีรารักษ์ โสกันท์.....)

แบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม
สุขภาพ
ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

คำชี้แจง

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา เท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ขอรับรองว่าจะเก็บเป็นความลับ และจะไม่กระทบกระเทือนหรือเกิดความเสียหายต่อท่านแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ และตอบตรงความจริงมากที่สุด ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

นางสาวจิราภรณ์ ไส้กัณฑ์
นักศึกษาปริญญาโท สาขาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

[] ชาย

[] หญิง

2. อายุ ปี

3. น้ำหนัก กิโลกรัม

ส่วนสูง เซนติเมตร

4. ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้รับการศึกษา

[] ประถมศึกษา

[] มัธยมศึกษาตอนต้น

[] มัธยมศึกษาตอนปลาย

[] อุดมศึกษา

[] อื่นๆ (ระบุ)

5. สถานภาพสมรส

[] โสด

[] สมรส

[] ม่าย

[] หย่า

[] แยกกันอยู่

6. อาชีพ

[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[] แม่บ้าน

[] ค้าขาย

[] เกษตรกรรม

[] ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

[] รับจ้าง

[] อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

[] ต่ำกว่า 3,000 บาท

[] 3,001 – 8,000 บาท

[] 8,001 – 13,000 บาท

[] 13,001 – 18,000 บาท

[] มากกว่า 18,000 บาท

8. ระยะเวลาที่ท่านมีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยประมาณ.....ปี... .เดือน.....วัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังล่าง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” ถ้าคิดว่าถูก ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ใช่” ถ้าคิดว่าผิด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ทราบ” ถ้าท่านไม่ทราบ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
		ก/%	ก/%	ก/%
1	ถ้ากล้ามเนื้อบริเวณท้องและต้นเอวแข็งแรงจะป้องกันโรคปวดหลังได้	26/86.7	4/13.3	-
2	การบริหารกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่ปวดหลังที่มีลักษณะของเอ็นอักเสบจะช่วยลดอาการเจ็บปวดได้เร็วขึ้น	25/83.3	5/16.7	-
3	ถ้ากระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทอาจทำให้มีอาการปวดหรือชาบริเวณที่ขาได้	28/93.3	2/6.7	-
4	การนอนในที่นอนนุ่มมาก ๆ จะช่วยลดอาการปวดหลังได้	28/93.3	2/6.7	-
5	ทำยีนหรือท่าทางที่ทำให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรงตามธรรมชาติเป็นการป้องกันอาการปวดหลัง	29/96.7	1/3.3	-
6	การที่กระดูกสันหลังรองรับน้ำหนักมากๆ จะทำให้เกิดการเสื่อมของข้อต่อบริเวณที่ต้องรับน้ำหนัก	29/96.7	1/3.3	-
7	การนอนพักจะทำให้อาการอักเสบและเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลังเป็นมากขึ้น	28/93.3	2/6.7	-
8	การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็นเกิดจากการใช้หลังทำงานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม	27/90	3/10	-
9	การก้มยกของหนักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน	29/96.7	1/33	-
10	ท่านนอนคว่ำเป็นท่าที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีการปวดหลัง	29/96.7	1/33	-
11	เก้าอี้ที่เหมาะสมในการนั่งจะต้องเอนไม่เกิน 100 องศา	26/86.7	3/10	-
12	การยกของจากพื้น โดยวิธีก้มหลังจะช่วยป้องกันการเกิดโรคปวดหลังได้	27/90	7/23.3	-
13	คนอ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลังมากกว่าคนปกติ	23/76.7		-

ข้อความบวก ได้แก่ ข้อ 1,3,5,6,8,9,11,13

ข้อความลบ ได้แก่ ข้อ 2,4,7,10,12

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "ใช่" ถ้าคิดว่าถูก ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "ไม่ใช่" ถ้าคิดว่าผิด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "ไม่ทราบ" ถ้าท่านไม่ทราบ

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
		n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
1	การรักษาโดยการบริหารกล้ามเนื้อจะทำให้หายปวดหลังเร็วกว่าประคบความร้อน	8/26.7	13/43.3	9/30	-	-
2	การกินยาแก้ปวดที่มีราคาแพงจะทำให้ท่านหายปวดหลังโดยที่ท่านไม่ต้องออกกำลังกายร่วมด้วย	-	-	-	16/53.3	14/46.7
3	การรักษาหลังให้ตรงไม่โค้ง หรือแอ่นจนเกินไปจะช่วยป้องกันโรคปวดหลังได้	12/40.0	13/43.3	3/10.0	2/6.7	-
4	การออกกำลังกายในขณะที่ท่านปวดหลังจะทำให้ทุเลาความเจ็บปวดได้เร็วขึ้น	-	-	6/20.0	13/43.3	11/36.7
5	การออกกำลังกายทำให้ท่านต้องใช้เวลามาก	-	-	8/26.7	13/43.3	9/30.0
6	การนอนในท่านอนหงายโดยใช้หมอนรองใต้โคนขาทำให้อาการปวดหลังทุเลาลงได้	17/56.7	12/40.0	1/3.3	-	-
7	การฝืนออกกำลังกายจะทำให้ท่านปวดหลังมากขึ้น	-	5/16.7	6/20.0	12/40.0	7/23.3
8	การเอี้ยวหลังขณะยกของส่งผลต่อการปวดหลังได้	14/46.7	12/40.0	4/13.3	-	-
9	อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นเรื่องธรรมดาสามารถหายได้เอง	12/40.0	14/46.7	4/13.3	-	-
10	เมื่อท่านมีอาการปวดหลังท่านเลือกกินยามากกว่าการออกกำลังกาย	-	-	8/26.7	16/53.3	6/20.0

ข้อความบวก ได้แก่ ข้อ 1,3,6,8,9

ข้อความลบ ได้แก่ ข้อ 2,4,5,7,10

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
		n/%	n/%	n/%	n/%
1	นอนหงายมีหมอนรองใต้โคนขา	12/40.0	18/60.0	-	-
2	ตะแคงตัวใช้มือและข้อศอกยันตัวลุกจากที่นอน	15/50.0	12/40.0	3/10.0	-
3	นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงเอนไม่เกิน 100 องศา	15/50.0	15/50.0	-	-
4	ยืนตัวตรงเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง	8/26.7	20/66.7	2/6.7	-
5	ยกของโดยใช้กำลังขาในลุกขึ้นยืน	19/63.3	9/30.0	2/6.7	-
6	หลีกเลี่ยงการก้มลงเก็บของ	17/56.7	12/40.0	1/3.3	-
7	เดินโดยวางปลายเท้าก่อนวางส้นเท้า	8/26.7	20/66.7	2/6.7	-
8	ใช้เก้าอี้อรงขาเมื่อหยิบของจากที่สูง	13/43.3	17/56.7	-	-
9	ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้อง	7/23.3	16/53.3	7/23.3	-
10	ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสี่ข้าง	5/16.7	15/50.0	10/33.3	-
11	ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นย่อ	9/30.0	8/26.7	13/43.3	-
12	ออกกำลังกายท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสะโพก	10/33.3	8/26.7	12/40.0	-
13	ออกกำลังกายท่ายืดกล้ามเนื้อสี่ข้าง	7/23.3	14/46.7	9/30	-
14	ออกกำลังกายท่ายืดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง	3/10	18/60	9/30	-
15	ออกกำลังกายท่ายืดกล้ามเนื้อหลัง	2/6.7	15/50.0	13/43.3	-

แบบสอบถามประเมินความเจ็บปวดหลัง

ชื่อ.....อายุ.....ปี วันที่บันทึก.....

อาชีพ.....

คำถามต่อไปนี้จะช่วยให้ข้อมูลแก่แพทย์ในการประเมินผลของความเจ็บปวดของท่านต่อชีวิตความเป็นอยู่ และกรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นที่ขีดตามความรู้สึกของท่านจาก 0 ถึง 100 ในแต่ละคำถาม

1. ความรุนแรงของอาการปวด

ท่านต้องใช้ยาแก้ปวดมากขนาดไหน? เพื่อบรรเทาอาการปวด

ไม่ได้ใช้เลย

ใช้บ้าง

ใช้ตลอด

0% 50% 100%

2. ผลต่อกิจวัตรประจำวัน

อาการปวดมีผลต่อกิจวัตรประจำวันมากขนาดไหน ? (เช่นการลุกจากที่นอน แปรงพื่น การใส่เสื้อผ้า)

ឃុំដំបូង

มีผลบ้าง

มีผลอย่างมาก

(लग्नकतिनोनमिडै)

0% 50% 100%

3. การยกย่อง

มีข้อจำกัดต่อการขยายของมากขนาดไหน?

ไม่มีผล

มีผลบ้าง

ยากของไม่ได้เลย

0% : : 50% : : 100%

4. การเดิน

เมื่อเปรียบเทียบกับเวลาปกติกับในขณะนี้ อาการปวดจำกัดการเดินของท่านมากขนาดไหน?

เดินได้เหมือนเดิม

เกือบเหมือนเดิม

เดินไม่ได้

0% () 50% () 100%

5. การนั่ง

อาการปวดหลัง มีผลต่อการนั่งบนเก้าอี้มากขนาดไหน?

ไม่มีผล

มีบ้าง

นั่งไม่ได้เลย

0% : : 50% : : 100%

6. การยื่น

อาการปวดมีผลต่อการยืนเป็นเวลานาน ๆ ขนาดไหน?

ไม่มีผล

มีบ้าง

ยีนไม่ได้เลย

0% 50% 100%

7. การนอน

อาการปวดมีผลต่อการนอนมากขนาดไหน?

ឃុំដំរី

អ្វីម្យ៉ាង

นอนไม่ได้เลย

0% 50% 100%

8. กิจกรรมทางสังคม

อาการปวดมีผลต่อกิจกรรมทางสังคมมากขนาดไหน? (เช่น การเดินร่ำ การเล่นกีฬา ออกนอกบ้าน ทานอาหารกับเพื่อน)

[illegible]

9. การเดินทาง

จากการปฐมนิเทศต่อการเดินทางด้วยรถยนต์มากขนาดไหน?

ไม่มีผล มีบ้าง ไม่สามารถเดินทางได้

0% 50% 100%

10. การทำงาน

อาการปวดมีผลต่อการทำงานมากขนาดไหน?

ไม่มีผล มีบ้าง ทำงานไม่ได้

0% 50% :100%

11. ความวิตกกังวล

ท่านต้องควบคุมความรู้สึกต่อความต้องการในเรื่องต่าง ๆ มากขนาดไหน?

ไม่เปลี่ยนแปลง	มีบ้าง	ต้องอดกลั้นอย่างมาก
0%	50%	100%

12. ความวิตกกังวล

ท่านต้องควบคุมอารมณ์มากขนาดไหน?

[illegible]

13. ความเข้มแข็ง

ท่านมีความซึมเศร้ามากขนาดไหน? ตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด

ไม่เปลี่ยนแปลง มีมากเหลือเกิน

0% (
50%
) 100%

14. ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

อาการปวดของท่าน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขนาดไหน?

ไม่เปลี่ยนแปลง

เปลี่ยนแปลงรุนแรง

0% () 50% () 100%

15. การช่วยเหลือจากสังคม

ท่านต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากขนาดไหน? (เช่น การเตรียมอาหาร กิจวัตรประจำวัน)

ไม่ต้องการเลย ต้องการตลอดเวลา

0% () 50% () 100%

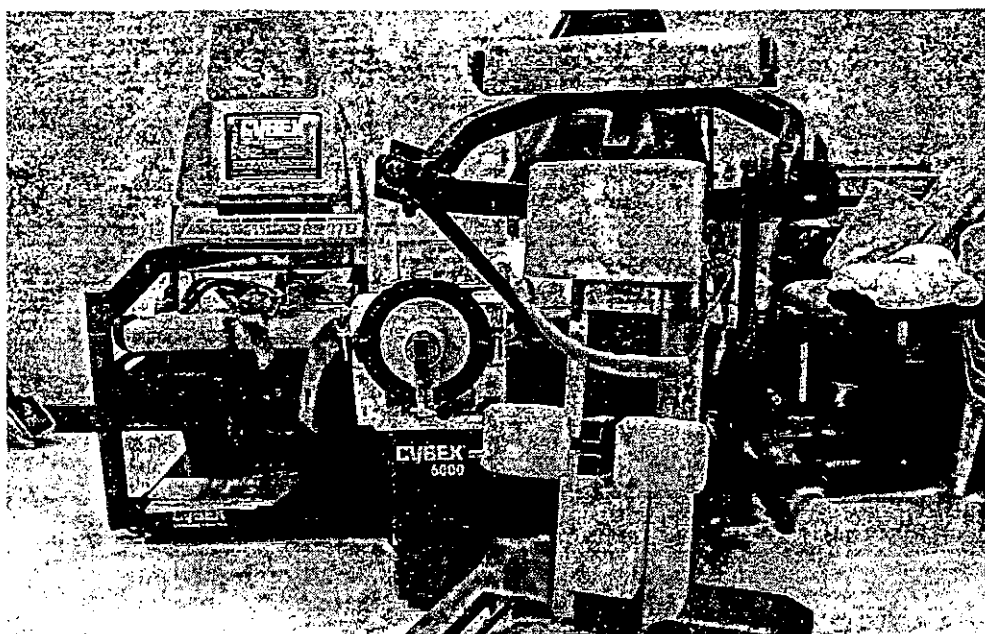
16. ปฏิกริยาจากผู้อื่น

ท่านคิดว่า มีอาการตอบสนองจากผู้อื่น เช่น ความรำคาญ ความโกรธ จากอาการปวดของท่านมากขนาดไหน?

ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีตลอดเวลา
0%	100%	0%

ตาราง 20 ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน
จำแนกตาม ก่อนและหลังการทดลอง

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	43.00	43.00	37.00	34.00
2	45.00	44.00	35.00	36.00
3	56.00	55.00	61.00	62.00
4	39.00	40.00	43.00	46.00
5	44.00	48.00	61.00	59.00
6	88.00	90.00	62.00	61.00
7	103.00	106.00	44.00	45.00
8	34.00	34.00	59.00	62.00
9	35.00	36.00	106.00	110.00
10	84.00	86.00	95.00	90.00
11	103.00	105.00	60.00	64.00
12	69.00	71.00	105.00	104.00
13	58.00	64.00	49.00	49.00
14	36.00	35.00	50.00	51.00
15	96.00	102.00	34.00	38.00
16	58.00	60.00	44.00	48.00
17	34.00	35.00	98.00	99.00
18	89.00	93.00	36.00	40.00
19	113.00	112.00	43.00	46.00
20	44.00	48.00	38.00	52.00
21	96.00	105.00	91.00	93.00
22	115.00	112.00	34.00	35.00
23	84.00	96.00	102.00	110.00
24	48.00	57.00	98.00	102.00
25	56.00	56.00	38.00	42.00
26	39.00	38.00	40.00	45.00
27	59.00	68.00	32.00	35.00
28	102.00	109.00	39.00	40.00
29	85.00	85.00	103.00	110.00
30	45.00	49.00	59.00	66.00



ภาพประกอบ 9 เครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Cybex 6,000)



ภาพประกอบ 10 การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

แบบสอบถามคัดแยกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

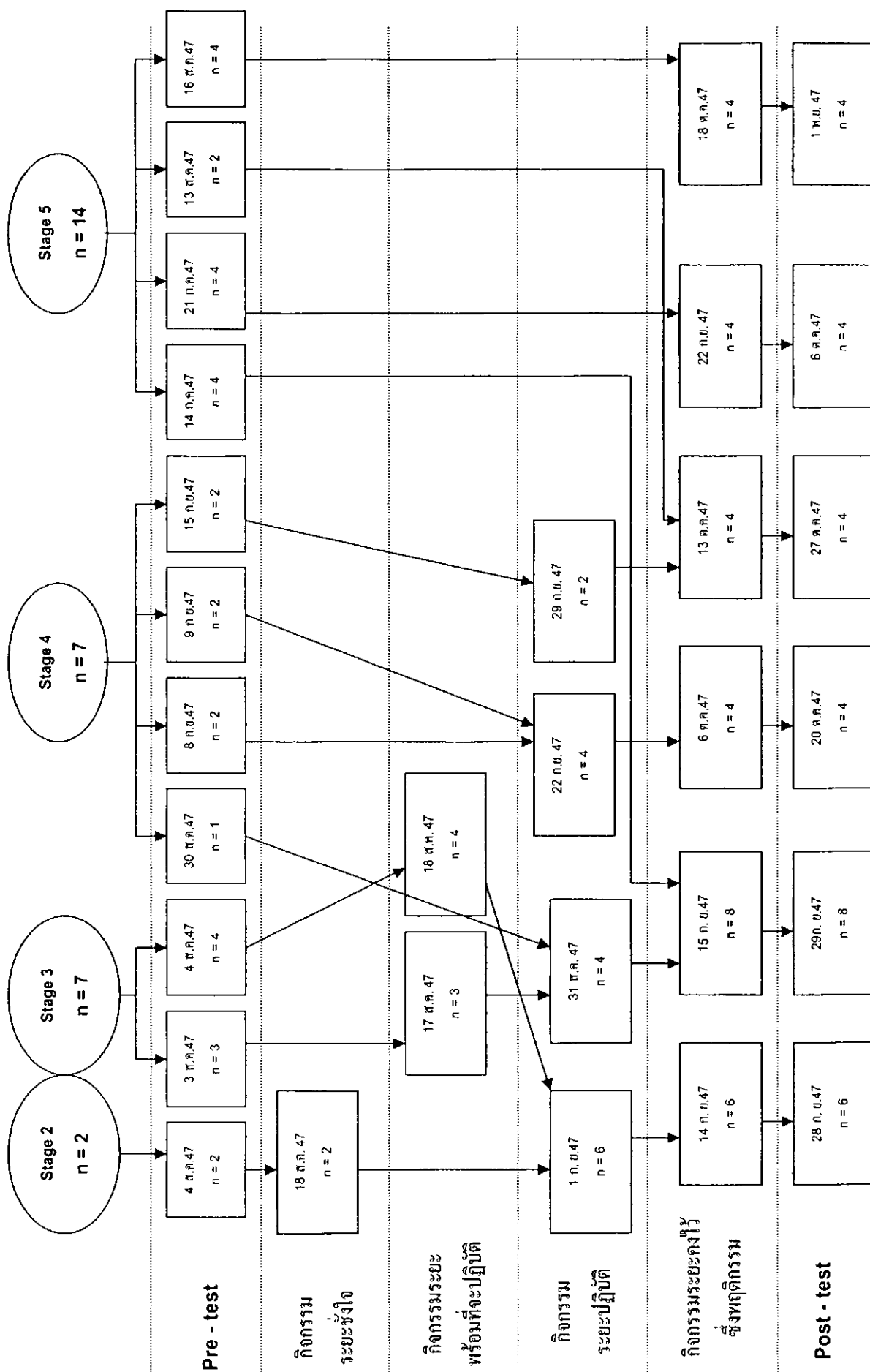
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

- [] 1. ใน 1 เดือนข้างหน้าท่านไม่ตั้งใจที่จะดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง
- [] 2. ใน 1 เดือนข้างหน้าท่านอาจจะดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง
- [] 3. ใน 1 เดือนข้างหน้าท่านตั้งใจอย่างจริงจังที่จะดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง
- [] 4. ท่านดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังมาอย่างน้อย 1 สัปดาห์
- [] 5. ท่านดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังมาอย่างน้อย 1 เดือน

จากการคัดแยกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. ระยะซังใจ จำนวน 2 ราย
2. ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ จำนวน 7 ราย
3. ระยะปฏิบัติ จำนวน 7 ราย
4. ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม จำนวน 14 ราย

การจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง



โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง กิจกรรมสุขศึกษา

1. กิจกรรมที่ 1 ระยะก่อนซั้งใจ

1.1 สร้างความสัมพันธ์

1.2 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ของการปวดหลังส่วนล่าง (ระบายน อารมณ์)

1.3 แนะนำประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย (กระตุ้นให้ตื่นตัว)

2. กิจกรรมที่ 2 ระยะซั้งใจ

ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ความสามารถตนเองและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันและการทำงานที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(ประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม)

3. กิจกรรมที่ 3 ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ

3.1 อภิปรายกลุ่ม : แนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง

3.2 กำหนดการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ (ประกาศ อิศรภาพตนเอง)

3.3 เลือกทำออกกำลังกายที่สามารถทำได้ (ความคาดหวังใน ความสามารถตนเอง)

3.4 สาธิตการออกกำลังกายโดยตัวแบบและฝึกปฏิบัติ (ความสัมพันธ์แบบ ช่วยเหลือ)

4. กิจกรรมที่ 4 ระยะปฏิบัติ

4.1 การให้คำปรึกษา (เสริมแรงในการจัดการ)

4.2 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลการปฏิบัติ (ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ)

หมายเหตุ : หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ 4 แล้ว อีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ (การเสริมแรง)

5. กิจกรรมที่ 5 ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

กำหนดการมีอิริยาบถและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันและการทำงาน (ประกาศอิสรภาพของสังคม)

กิจกรรมสุขศึกษาที่ 1 ระยะก่อนซึ้งใจ

กิจกรรมที่ 1.1 สร้างความสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้วิจัยและสมาชิกเกิดความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกัน

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม
2. สมาชิกแนะนำตนเอง
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยเพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกัน

การประเมินผล

สังเกตการพูดคุยและการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1.2 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ของการปวดหลังส่วนล่าง (ระบายนารมณ์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่าง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบายความรู้สึกที่มีต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวนำถึงลักษณะของอาการปวดหลังส่วนล่างและให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์ของการปวดหลังของตนเองของแต่ละบุคคล
2. สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่รับฟัง
3. สมาชิกกลุ่มพูดคุยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของการปวดหลัง
4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นสำคัญ

การประเมินผล

สังเกตความตั้งใจในการเล่าถึงประสบการณ์อาการปวดหลัง และการตั้งใจฟัง
ในขณะที่ทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1.3 แนะนำประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย(การกระตุ้นให้ตื่นตัว)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงประโยชน์ของอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

อุปกรณ์

1. บัตรคำแสดงความคิดเห็น
2. ปากกา
3. แผ่นพับ “อิริยาบถที่เป็นสาเหตุของอาการปวดหลัง”
4. แผ่นพับ “การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลัง”

เนื้อหา

1. ประโยชน์ของมีอิริยาบถที่เหมาะสม
2. ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแจกแผ่นพับ “ อิริยาบถที่เป็นสาเหตุของอาการปวดหลัง และการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลัง “
2. สมาชิกเขียนบัตรคำเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่ถูกต้อง และการบริหารกล้ามเนื้อที่เหมาะสม
3. สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีอิริยาบถที่ถูกต้อง และการบริหารกล้ามเนื้อที่สามารถลดอาการปวดหลังได้
4. สมาชิกร่วมตัดสินใจที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับอิริยาบถที่ถูกต้อง และการบริหารกล้ามเนื้อที่สามารถลดอาการปวดหลังได้
5. ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงประโยชน์ที่สมาชิกร่วมกันอภิปราย

การประเมินผล

สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ

กิจกรรมสุขศึกษาที่ 2 ระยะซังใจ

ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ความสามารถตนเองและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันและการทำงานที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(ประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อม)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ถึงความสามารถตนเองในการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

อุปกรณ์ : คู่มือ “การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดหลัง”

เนื้อหา

1. สาเหตุของโรคปวดหลังส่วนล่าง
2. แนวทางการมีอิริยาบถที่เหมาะสมและการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญของการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน
 2. สมาชิกกลุ่มเล่าถึงความสามารถในการมีอิริยาบถต่างๆ
 3. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ชนิดและวิธีการปฏิบัติที่สามารถทำได้
- การประเมินผล : สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมสุขศึกษาที่ 3 ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3.1 อภิปรายกลุ่ม : แนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง

1. กำหนดการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ (ประกาศอิสรภาพตนเอง)

วัตถุประสงค์ : สมาชิกสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง

อุปกรณ์ : คู่มือ “การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดหลัง”

เนื้อหา

การดูแลตนเองในอิริยาบถที่เหมาะสม

1. การนอน การลุกจากที่นอนและการล้มตัวลงนอน
2. การนั่งและการลุกจากเก้าอี้
3. การยืน
4. การเดิน
5. การก้มตัว
6. การหยิบของจากที่สูง
7. การยกของหรือเก็บของขึ้นจากพื้น
8. การดึงและการดัน

ทำการออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

- ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า
- ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านเฉียง
- ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อซี่ข้าง
- ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อย
- ทำยืดกล้ามเนื้อสะโพก
- ทำยืดกล้ามเนื้อน่อง
- ทำยืดกล้ามเนื้อซี่ข้าง
- ยืดกล้ามเนื้อโคนขาด้านหลัง
- ทำยืดกล้ามเนื้อหลัง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนเกี่ยวกับเรื่องโรคปวดหลัง
2. อภิปรายกลุ่ม โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลัง
3. สมาชิกร่วมกันกำหนดอิริยาบถต่างๆ ที่ช่วยลดอาการปวดหลัง (โดยทุกคนพร้อมที่จะปฏิบัติ)

การประเมินผล

1. สังเกตการแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
2. สังเกตความร่วมมือในการกำหนดอิริยาบถต่างๆ
2. เลือกท่าออกกำลังกายที่สามารถทำได้ (ความคาดหวังในความสามารถตนเอง)

วัตถุประสงค์ : สมาชิกสามารถเลือกทำการบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อลดอาการปวดหลังได้

อุปกรณ์ : ภาพพลิก “การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง”

กิจกรรม

1. สมาชิกแต่ละคนเลือกทำการบริหารกล้ามเนื้อที่เหมาะสม ที่ตนเองสามารถทำได้
2. ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงการกำหนดอิริยาบถและทำการบริหาร

การประเมินผล

1. สังเกตความร่วมมือในการเลือกทำการบริหารกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 3.2 การสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อโดยตัวแบบและฝึกปฏิบัติ (ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกสามารถบริหารกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อท้อง กล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อหลังเพื่อลดการปวดหลังได้ถูกต้อง

อุปกรณ์

1. สถานที่สำหรับการบริหารกล้ามเนื้อ
2. ภาพพลิก “การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลัง”
3. แบบบันทึกการปฏิบัติ “การมีอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อในชีวิตประจำวัน”
4. บัตรนัดพบแพทย์และผู้วิจัย

เนื้อหา

การปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

กิจกรรม

1. สาธิตการบริหารกล้ามเนื้อโดยตัวแบบที่เลือกไว้เมื่อครั้งที่แล้ว
2. ให้สมาชิกทุกคนฝึกปฏิบัติ โดยใช้ภาพพลิกประกอบ มีผู้วิจัยและสมาชิกคนอื่น ๆ ให้ความช่วยเหลือ
3. แจกแบบบันทึกการปฏิบัติ
4. แนะนำให้สมาชิกบันทึกอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อในชีวิตประจำวันทุกวัน(การควบคุมตนเอง)
5. จัดทำบัตรนัดพบแพทย์และผู้วิจัยอีก 4 สัปดาห์ เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป โดยแจ้งว่าครั้งหน้าให้สมาชิกนำแบบบันทึกการปฏิบัติกลับมาอภิปรายผล

การประเมินผล

สังเกตการปฏิบัติ และการซักถาม

กิจกรรมสุขศึกษาที่ 4 ระยะปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4.1 การให้คำปรึกษา (เสริมแรงในการจัดการ)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติตนจาก
ผู้วิจัย และสมาชิกคนอื่น

อุปกรณ์

แบบบันทึกการปฏิบัติ “การมีอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อในชีวิตประจำวัน”

เนื้อหา

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกการปฏิบัติ
2. สมาชิกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติและการบันทึกพฤติกรรม
3. สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาการปฏิบัติ
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการปฏิบัติ

การประเมินผล

สังเกตความสนใจในการให้คำปรึกษา

กิจกรรมที่ 4.2 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลการปฏิบัติ (ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการมีอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อท้อง กล้ามเนื้อสะโพก และกล้ามเนื้อหลัง

อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการปฏิบัติ “การมีอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลัง”

2. บัตรนัดพบแพทย์และผู้วิจัย

กิจกรรม

1. สมาชิกแต่ละคนเล่าการเปลี่ยนแปลงอาการปวดหลังของตน
2. สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลัง
3. คำนวณแบบบันทึกการปฏิบัติแก่สมาชิก
4. ผู้วิจัยสรุปแนวทางปฏิบัติและผลของการปฏิบัติ พูดชักจูงและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. จัดทำบัตรนัดพบแพทย์และผู้วิจัยอีก 4 สัปดาห์

การประเมินผล

ประเมินจากแบบบันทึกการปฏิบัติ “การมีอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลัง”

กิจกรรมสุขศึกษาที่ 5 คงไว้ซึ่งพฤติกรรม

กำหนดการมีอิริยาบถและการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันและการทำงาน (ประกาศอิสรภาพของสังคม)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีการปฏิบัติเกี่ยวกับอิริยาบถที่ถูกต้อง ในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ
2. เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรคปวดหลังส่วนล่าง

อุปกรณ์

ตารางกิจกรรมประจำวัน

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสรุปความสม่ำเสมอของการปฏิบัติจากแบบบันทึกการปฏิบัติ “การมีอิริยาบถและการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลัง”

2. ให้สมาชิกกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมด้วยตนเองลงในตารางกิจกรรมประจำวัน (ประกาศอิสรภาพตนเอง)

3. สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

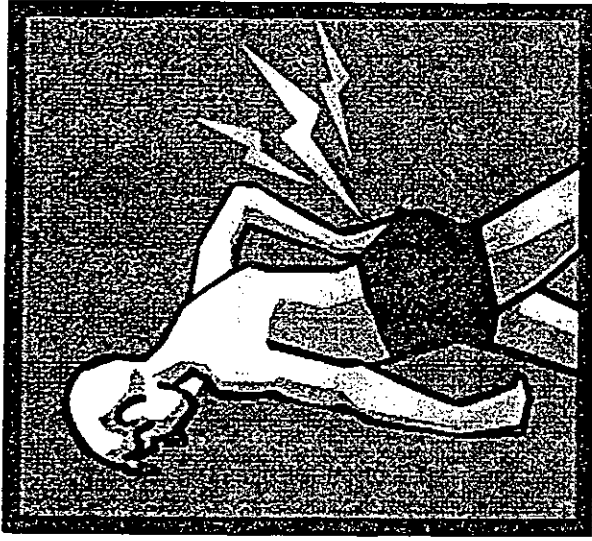
4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และแจ้งว่าจะกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

สังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการบันทึกตารางกิจกรรมประจำวัน

คู่มือ

การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง



ศป.รึกษษ

รศ.นพ. ทวีชัย เตชะพงค์วรชัย

จัดทำโดย

จิรารักษ์ โสภณทัต

คำนำ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาโรคทางออร์โธปิดิกส์และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เนื่องจากโรคปวดหลังส่วนล่างเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็นจากการทำงานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม หมอนรองกระดูกเคลื่อน ข้อสันหลังเสื่อมเป็นต้น ซึ่งแต่ละโรคจะมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการศึกษาถึงสาเหตุ การดูแลรักษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง จึงมีความสำคัญ ที่จะเป็นพื้นฐานในการเริ่มต้นการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล ในคู่มือนี้ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างและสามารถนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

จิรารักษ์ โสภณทัต

สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง

1. การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็นส่วนใหญ่อุบัติจากการใช้หลังทำงานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม

2. หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated disc) อาจเกิดจากอิริยาบถก้มยกของหนัก หรือไอจาม

3. ข้อสันหลังเสื่อม (Degenerative disc) เนื่องจากในวัยสูงอายุ มีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังทำให้มีการกระดูกอ่อนบางลง เยื่อหุ้มข้อหลวม และความสูงของหมอนรองกระดูกยุบลง อันเป็นเหตุให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังหลวม และมีความเคลื่อนไหวในทิศทางที่ผิดปกติ ลักษณะเช่นนี้ทำให้เอ็นต่างๆ ถูกยึดตัวมากกว่าปกติ แม้ในสภาวะการเคลื่อนไหวดังกล่าวอยู่ในวิสัยที่ควรจะทำก็ได้ อาจจะมีผลที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดติดตามมา

4. โพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal stenosis) เมื่อเกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลังจนเกิดการหลวมตัวของข้อต่อกระดูกสันหลังแล้ว ร่างกายพยายามจะซ่อมแซมให้เกิดความมั่นคงของข้อต่อกระดูกที่แข็งแรงเกิดการขยายตัวใหญ่ขึ้นของกระดูกและเอ็นต่างๆ ทำให้โพรงกระดูกสันหลังแคบลง แสดงออกในทางคลินิกเป็นอาการปวดหลังและขาชาทั้งสองในเวลากลางคืน

5. การอักเสบ (Bursitis) จากการสังเกตรหว่างการผ่าตัด พบว่ามีอุบัติการณ์ของปล้องสันหลังที่หลวมค่อนข้างสูง Bursa เหล่านี้อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการปวดหลัง

การรักษาโรคปวดหลัง

วิธีการรักษาหลายวิธี ควรเลือกให้ถูกต้องตามกละเทศะ ซึ่งขอแยกกล่าวตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การนอนพัก การนอนพักเพื่ออาการอักเสบและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลัง เป็นการรักษาที่ดีวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่มีการปวดหลังเฉพะแผ่นหลัง การนอนพักในที่นี้หมายถึง การนอนพัก โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะดีขึ้นโดยการนอนพักเสมอ มีฉันทันต้องหาสาเหตุอย่างอื่น ที่นอนควรแข็งพอสมควร ถ้านอนหงายแล้วยังมีอาการปวด อาจปรับให้นอนตะแคงหรือนอนหงายโดยมีหมอนสูงรองใต้หัวเข่า เพื่อให้ความแอ่นของหลังลดลง การให้นอนพักมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มปวดค่อนข้างเจ็บปวดและปวดมาก ข้อจำกัดของการรักษาด้วยการนอนพัก คือ ผู้ป่วยเสียเวลาทำงาน การนอนพักนานทำให้โครงสร้างต่างๆ โดยเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแอลง มีการสูญเสียของแร่แคลเซียมออกมากับปัสสาวะเป็นต้น ควรพยายามให้ผู้ป่วยนอนพักไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ (ถ้าเป็นไปได้ควรนอนพักเพียง 2 วัน)

2. การรักษาโดยใช้ยา มีประโยชน์ค่อนข้างมากในระยะปวดเฉียบพลัน ซึ่งมักมีการอักเสบของข้อและรากประสาท ยาที่พิสูจน์แล้วว่ามียาระยะไหนแอน ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด และ NSAID ยากลุ่มอื่นที่อาจมีประโยชน์ ได้แก่ ยากลดกล้ามเนื้อและยากดภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยพักได้ดีขึ้น

3. การใช้วิธีกายภาพบำบัด ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อลดอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจทดแทนหรือมีผลให้ลดยาประเภทต่างๆ ลงได้ การนวด การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้า (Transcutaneous nerve stimulation หรือ TNS) ตลอดจนการฝังเข็ม ก็น่าจะอนุโลมให้อยู่ในกลุ่มนี้ด้วย วิธีการต่างๆ เหล่านี้ถ้าทำการรักษาในโรงพยาบาลก็ควรเป็นกรณีที่อาการปวดค่อนข้างเฉียบพลัน หรือรุนแรงเพราะค่อนข้างเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องพึ่งบุคลากรหลายฝ่าย หากจำเป็นต้องใช้ต่อเนื่องควรเป็นการปรับเครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ได้เองที่บ้าน

4. การสอนแนะนำการดูแลสุขภาพของหลัง (Back school) เนื่องจากสาเหตุส่วนหนึ่งของอาการปวดเกี่ยวเนื่องกับการใช้หลัง หรืออิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การสอนผู้ป่วยให้มีความรู้และเข้าใจถึงโครงสร้าง สาเหตุ และพยาธิสภาพของหลัง ตลอดจนการปรับอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้น ในรายที่มีปัญหานั่งทำงานแล้วปวด ควรนั่งให้ถูกวิธีโดยให้พนักเก้าอี้ที่และนั่งทำงานในท่าตรง ถ้าเป็นไปได้อาจปรับโต๊ะทำงานให้ลาดเอียง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องนั่งก้มทำงาน เป็นต้น

5. การบริหารร่างกาย เมื่อผู้ป่วยพอเริ่มทำงานได้ เขาควรได้รับการเพิ่มสมรรถภาพของหลังโดยบริหารร่างกาย จุดประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อป้องกันอาการปวดที่อาจเกิดขึ้นอีก การบริหารอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ การเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและกล้ามเนื้อ การเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการบริการทั่วไปแบบแอโรบิก แพทย์ผู้รักษาอาจต้องเลือกการบริหารให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

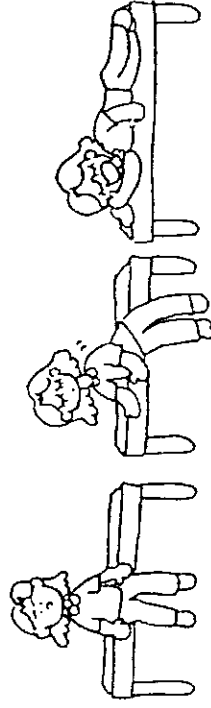
6. การรักษาด้วยการผ่าตัด ในกรณีที่มีอาการกดทับของรากประสาทชัดเจน และอาการปวดไม่ดีขึ้นโดยวิธีต่างๆ ข้างต้น อาจพิจารณาใช้การผ่าตัดรักษา จุดประสงค์ที่สำคัญ คือ ลดการกดรากประสาท และอาจมีการเชื่อมโครงสร้างที่หลวมในบางกรณี เช่น มีการเลื่อนของกระดูกสันหลังร่วมด้วย

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

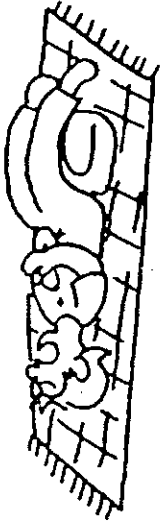
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างนั้น เป็นการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรค และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะการมีอิริยาบถและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดังนี้คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในอิริยาบถที่เหมาะสม

การนอน ก่อนล้มตัวนอน ควรนั่งบนขอบเตียง จากนั้นนอนตะแคงตัวลงนอนและชันเข่าขึ้นจากที่นอน ควรจะตะแคงตัวก่อนแล้วจึงลุกขึ้น



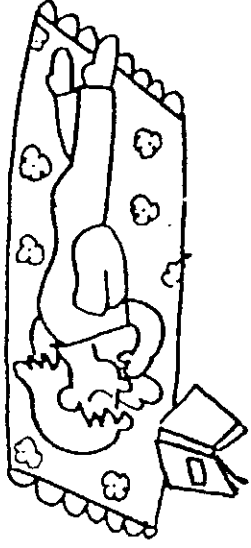
ทำนอนหงาย ควรใช้หมอนรองใต้โคนขาจะทำให้สะโพก และเข่าอเล็กน้อยจะทำให้กระดูกสันหลังเหยงแอ่น แบบติดที่นอน



ทำนอนตะแคง เป็นท่าที่ดีที่สุด แต่ต้องระวังเพราะในทำ นอนตะแคง จะทำให้กระดูกสันหลังแอ่นได้ ดังนั้นควรนอนให้ขาส่วนเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพกและเข่า กอดหมอนข้างไว้ทำให้หลังให้โค้งเล็กน้อย

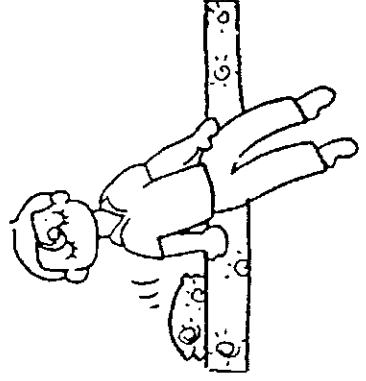


ทำนอนคว่ำ กระดูกสันหลังส่วนล่างจะแอ่นมาก ซึ่งจะทำให้ ปวดหลังมากที่สุด เป็นท่าต้องห้าม เดียง ควรเป็นเตียงไม้ ห้ามใช้เตียงสปริง

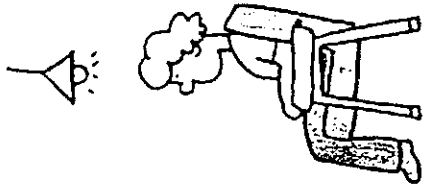


ที่นอน ควรเป็นที่นอนที่แน่นที่สุดไม่ควรใช้ที่นอนที่นุ่มเกินไป ซึ่งจะทำให้กระดูกสันหลังโก่ง

การลุกจากทำนอน และล้มตัวลงนอน การลุกขึ้นนั่งจากที่ นอน ขึ้นแรกให้นอนตะแคง งอเข่า และสะโพก เข่าอยู่ขอบเตียง มือและข้อศอก เติร์มยันตัวขึ้น ขึ้นถัดไป วางขาให้พ้นจากขอบเตียง ใช้มือและข้อศอกช่วยยัน ตัวให้ลุกขึ้น



การนั่ง ท่านั่งที่ถูกต้องวิธีก่อนนั่งควรก้มหลังเอวเข้าและงอสะโพกเล็กน้อย จากนั้นจึงค่อย ๆ วางก้นลงบนที่นั่ง ขณะนี้ น้ำหนักของร่างกายจะตกที่กระดูกก้นกบ ลำตัวตรง บริเวณหลังส่วนล่างไม่แอ่น หรือหลังส่วนบนไม่ก้มมากเกินไปจนทำให้เพลื่อ เท้าวางราบกับพื้นได้พอดี โดยวางเท้าเหลื่อมกันทางด้านหน้า ด้านหลังเล็กน้อย



เก้าอี้ ความสูงต้องพอดี เมื่อเวลาพิง ฝ่าเท้าจะต้องวางได้เต็มบนพื้นพอดี ถ้าเก้าอี้สูงเกินไป เท้าจะลอยไม่แตะพื้น ทำให้เมื่อยโคนขาและปวดหลังได้ ถ้าเก้าอี้ที่เตี้ยเกินไป เข่าจะลอยขึ้นขึ้น จะทำให้เมื่อยและเจ็บกันได้ ที่นั่งต้องลึกพอรองรับกันและโคนขาได้ทั้งหมด ถ้าที่นั่งสั้นเกินไปจะรองรับโคนขาได้ไม่หมด จะเมื่อยขาและกัน ถ้าลึกเกินไปจะอึดไม่ได ทำเหยียดตรงหรือถ้าอึดเข้าได้จะพิงไม่ถึงพนักพิง ซึ่งจะทำให้ปวดหลังได้

พนักพิง ต้องขึ้นมาจากที่นั่งเลย หรือเริ่มตั้งแต่ประมาณ 4 - 6 นิ้ว จากที่นั่งขึ้นไป ส่วนใหญ่ต้องการให้พนักพิงรองรับกระดูกสันหลังส่วนล่างทั้งหมดและพนักพิงไม่ควรเกิน 10 องศา เพราะจะทำให้แผ่นหลังแอ่นเกินไป

ที่เท้าแขน เก้าอี้ที่ดีควรมีที่เท้าแขน เพราะเวลานั่งจะใช้เป็นที่พักแขน และเวลาที่ลงนั่งหรือลุกขึ้นจากเก้าอี้จะใช้เป็นที่ยันตัว

การลุกจากเก้าอี้ เริ่มต้นด้วยการค่อยๆ เขยิบก้นออกมาจากเก้าอี้ก่อน ขาช้างหนึ่งก้าวไปข้างหน้า จากนั้นใช้มือยันตัว ลุกขึ้นในขณะที่ใช้กำลังเหยียดเข่าและสะโพกขึ้น การนั่งลงก็ใช้วิธีเดียวกัน แต่ทำย้อนจากที่กล่าวมา

การยืน ทำยืนสำหรับคนที่ต้องยืนนานๆ การยืนที่ถูกต้องวิธีจะทำให้เราสามารถยืนได้นานขึ้น อาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อหลัง ขา และน่องจะไม่มีมากนักแต่ถ้ายืนนานๆ จนกล้ามเนื้อรับไม่ไหวก็ควรจะหาที่นั่งหรือนอนพักสักครู่ ทำยืนที่ถูกต้อง ควรยืนในลักษณะเท้าข้างหนึ่งก้าวมาข้างหน้า งอเข่าเล็กน้อย หลังตรง หรือยืนวางเท้าข้างหนึ่งบนเก้าอี้สัก ๆ ยืนสลับเท้ากันเพื่อให้เท้าและขาข้างหนึ่งได้พัก พอเริ่มเมื่อยก็เปลี่ยนท่า ขณะเปลี่ยนควรระวังอย่าเล็กน้อยเพื่อให้แผ่นหลังตรงขึ้น หรือใช้เก้าอี้เล็กๆ รองเท้าหรืออาจนั่งเก้าอี้ปวดหลังมาก

การเดิน สวมใส่รองเท้าที่สบาย สันสูงไม่เกิน 3.75 เซนติเมตร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสันหลังส่วนล่างโค้งงอมากเกินไป ลำตัวตรง ออกายให้ผึ่งถ้าเท้าช่วยรับน้ำหนัก เท้าขวายกขึ้นก้าวไปข้างหน้าและวางปลายเท้าลงก่อนลงเท้า น้ำหนักตัวจะเปลี่ยนไปอยู่ที่เท้าขวา เท้าทั้งสองจะสลับกันรับน้ำหนัก แขนทั้งสองข้างแกว่งสลับกับการก้าวเท้าเพื่อรักษาสสมดุล

การก้มตัว การก้มตัวไปข้างหน้าให้ถูกหลักคือการงอสะโพก ข้อเท้า เนื่องจากการกล้ามเนื้อของข้อต่อทั้งสองแข็งแรงมากกว่า และได้รับอันตรายน้อยกว่าบริเวณหลัง ลำตัวอยู่ในท่าที่เหมาะสมในเส้นตรงเดียวกัน และเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย เท้าควรจะวางให้สัมพันธ์ที่รองรับที่กว้าง โดยจะวางเท้าให้เลื่อมมาทางด้านหน้า หรือด้านข้างก็ได้ ย่อขาหลังไกลสิ่งของมากที่สุด และใช้มือหยิบสิ่งของจากพื้นให้ชิดตัว ถือไว้ระดับอก และลุกขึ้นโดยไม่หลังตรงเสมอ งานที่ต้องยืนก้มตัวทำงานอยู่นานๆ ให้ยืนแยกขาออกจากกัน ย่อเข่าลงและงอพับสะโพกลงมา ก้มตัวเล็กน้อย โดยที่กระดูกสันหลังไม่มีภาระงอ ในสภาวะเช่นนี้จะสามารถยืนอยู่ได้นาน โดยไม่ปวดหลัง

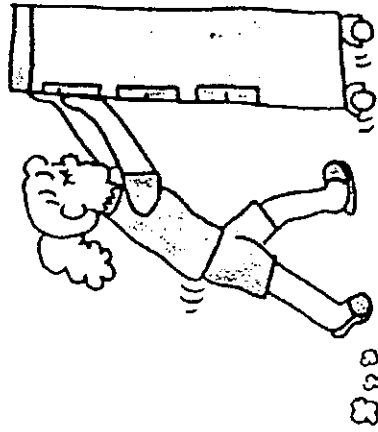
การหยิบของจากที่สูง ควรพยายามรักษาร่างส่วนของร่างกายให้อยู่ในแนวเส้นตรงที่ดี ให้แนวของโค้งกระดูกสันหลังอยู่ในทางปกติ ซึ่งทำได้โดยการยืนเอนหลังไว้ของให้มากที่สุด เพื่อให้เส้นลากผ่านจุดศูนย์กลางของร่างกาย ตกภายในพื้นที่รองรับ นอกจากนี้จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อหลังไม่ต้องทำงานมาก

เกินไป การหยิบของจากที่สูงมาก ควรใช้อุปกรณ์ช่วยให้หยิบถึง เช่น เก้าอี้เตี้ยๆ หรือที่วางขา เป็นต้น ไม่ควรเอื้อม เอี้ยวตัว หรือเขย่งปลายเท้า

การยกของหรือเก็บของขึ้นจากพื้น การหยิบของขึ้นจากพื้นอาจเป็นของเบาหรือของหนัก หรือผูกเชือกกรองเท้า ส่วนใหญ่จะใช้วิธีก้มหลังซึ่งเป็นวิธีที่ผิด ทำดังกล่าวจะก่อให้เกิดแรงอัดระหว่างกระดูกสันหลัง ถ้าทำบ่อยๆ จนเดี๋ยวนี้เสียก็อาจทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมเร็วขึ้น ดังนั้นท่าที่ถูกต้องควรจะย่อเข่าให้หลังตรงเสมอ ถ้าเป็นของหนักควรจะยกชิดลำตัว ถ้าเป็นของหนักที่เกินกำลังควรช่วยยกหลายคน อย่าฝืนกำลังของตนเอง เพราะถ้าก้มยกของหนักเป็นท่าที่ก่อให้เกิดโรคปวดหลังส่วนล่างมากที่สุด การผูกเชือกกรองเท้า ควรจะย่อเข่าหรือนั่งบนเก้าอี้แล้วยกเท้าขึ้น การวางของหนักลงควรย่อเข่า รักษาหลังให้ตรง

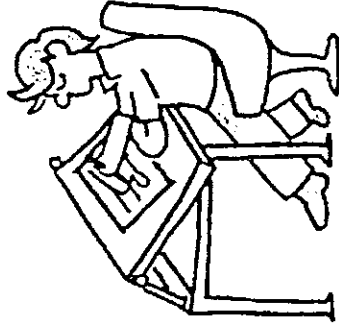


การตั้งและการดัน การใช้แรงดันหรือแรงดึงที่มีประสิทธิภาพ คือทิศทางของแรงและจุดที่จะใช้แรง ควรจะใช้แรงที่คาดว่าจะเคลื่อนไป ถ้าหากไม่สามารถกระทำได้ จุดที่ใช้แรงดึงหรือดันขึ้นอยู่กับวัตถุและชนิดของการเคลื่อนไหวที่ต้องการ ควรจะออกแรงดันของหรือธไปข้างหน้าในลักษณะหลังตรง งอเข้าข้างหนึ่ง อย่าพยายามเคลื่อนย้ายของหนักโดยการดึงเข้าหาตัวในขณะที่เราเดินถอยหลัง ให้นำหน้าเข้าหาของ อีกวิธีหนึ่งคือ ยืนหันหลังให้ของหนักหรือรถเข็น จากนั้นออกแรงดึง ในขณะที่เราก้าวไปข้างหน้า

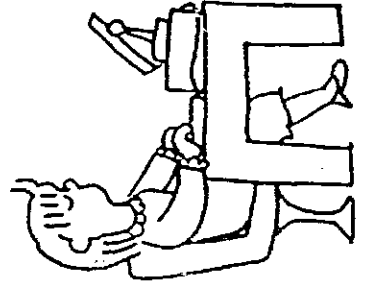


อิริยาบถในการทำงาน ควรพยายามรักษาแผ่นหลังให้ตรงในทุกอิริยาบถ หลีกเลี่ยงการก้มหลังบ่อยๆ เครื่องใช้ เช่น ตู โต๊ะต่างๆ ควรจะออกแบบสร้างให้เหมาะสมที่จะใช้ ควรวางเครื่องใช้ต่างๆ บนชั้นที่สูงพอเหมาะ สะดวกในการหยิบมาใช้ โดยไม่ต้องก้มหลัง หรือเหยียดแขนมากเกินไป ดังต่อไปนี้

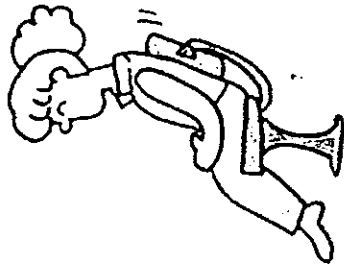
1. การนั่งอ่านหรือเขียนหนังสือ โต๊ะเขียนหนังสือ ถ้าเบนราบจะทำให้ต้องก้มศีรษะลงไปหาหนังสือ ถ้าก้มนานๆ จะปวดต้นคอและบั้นเอว ควรแก้ไขโดยการยกหนังสือขึ้นมา ศีรษะไม่ต้องก้มลงไป



2. การนั่งพิมพ์คอมพิวเตอร์ คีย์บอร์ด จะต้องอยู่เหนือระดับเอวเล็กน้อย จอคอมพิวเตอร์ควรตั้งอยู่ตรงระดับหน้าและสูงพอดีกับระดับตา จะทำให้มองตรงๆได้



3. การนั่งของนักบริหาร เก้าอี้กับบริหารส่วนใหญ่จะเอนไปข้างหลังได้ ฉะนั้นศีรษะจะเอนไปข้างหลัง จึงจำเป็นต้องก้มคอขึ้นมาเพื่อให้ศีรษะอยู่ในระดับตรง คอจึงอยู่ในลักษณะก้มอยู่ตลอดเวลา วิธีแก้ไขต้องให้พนักงานพิงสูงขึ้นไปจนรองรับศีรษะได้ และควรให้บริเวณต้นคูนานกว่าส่วนอื่น เพื่อรองรับกระดูกต้นคอด้วย การนั่งเก้าอี้ที่เอนไม่ได้จะดีกว่า



4. การทำงานที่ต้องใช้แรงกดที่มือ เช่น การนวดแบ่ง กลิ้ง เจาะ ฯลฯ ควรรี้นหรือนั่งบนม้านั่งสูงๆ เวลาทำงานควรเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย น้ำหนักตัวจะได้ช่วยแรงกดไปตามแขน ไม่ต้องออกแรงกดมาก ถ้ายืนทำงาน ควรจะมีตั้งรองรับขาได้ด้านหนึ่งด้วย

5. การทำงานคุมเครื่องจักรยนต์หรือแผงไฟฟ้า ควรนั่งให้ถูกต้องดังที่กล่าวมาแล้ว คอและศีรษะควรตั้งตรง สายตามองจับอยู่ที่หน้าปัทม์หรือถ้าเก้าอี้สูงไป ต้องก้มมองหน้าปัทม์ ถ้าทำเช่นนั้นนานๆ จะทำให้ปวดหลังได้ ดังนั้นยกปุ่มต่างๆ ควรอยู่ใกล้ตัวขนาดเอื้อมถึง โดยไม่ต้องชะเง้อคอตัวไปข้างหน้า

6. การทำงานแบกหาม ควรให้ของที่แบกอยู่ตรงท้ายทอยติดกับต้นคอและหลังส่วนบน ก้มศีรษะและตัวเล็กน้อย เพื่อให้ของที่แบกมีศูนย์ถ่วงตกลงบนลำตัวพอดี ถ้าของเล็กอาจวางบนศีรษะได้

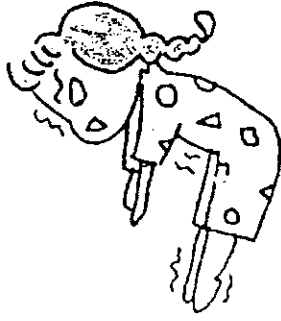
2. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

กล้ามเนื้อที่แข็งแรงสามารถบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดจากการอักเสบได้ สังเกตจากคนที่กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ก็มีความแข็งแรงและทนทานกว่าคนที่ซูบบาง ดังนั้นการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆกระดูกสันหลัง และกล้ามเนื้อหน้าท้องให้แข็งแรงเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญ เพื่อลดความเจ็บปวดและยังสามารถป้องกันโรคปวดหลังได้อีกด้วย แต่ในการที่จะได้มาซึ่งกล้ามเนื้อแข็งแรงนั้น จะต้องมีการปฏิบัติที่สำคัญคือ ต้องบริหารให้ถูกวิธีสม่ำเสมอเพื่อหวังผลระยะยาว การบริหารต้องใช้เวลาและอาจไม่เห็นผลทันทีทันใด ผู้บริหารต้องมีความอดทน และที่สำคัญคือต้องบริหารให้ถูกวิธี ผู้ป่วยบางคนยังบริหารยังมีอาการปวดหลังยิ่งขึ้น เพราะไปจำคนอื่นมา เห็นคนอื่นบริหารก็บริหารตาม ข้อสังเกตที่สำคัญคือ ถ้าบริหารถูกต้องแล้วอาการปวดต้องดีขึ้นเรื่อยๆ ในการบริหารมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ยึดเอ็นที่ถูกล็อค และเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ วิธีการอาจทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน การบริหารควรเริ่มต้นช้าๆ แต่สม่ำเสมอ อาจเริ่มทีละน้อยครั้ง พอกล้ามเนื้อมีกำลังดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ก็เพิ่มทีละน้อย และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน การบริหารอาจทำได้หลายท่าคือ ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านข้าง ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นย่อ ท่ายืดกล้ามเนื้อเอว และท่ายืดกล้ามเนื้อคอ

ด้านหลัง ดังต่อไปนี้

1. ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

นอนหงาย งอเข่าไว้ แล้วยกศีรษะพร้อมกับเหยียดขาให้ตรง เกร็งไว้ 10 วินาที ยิ่งทำขาให้ต่ำลงมากเท่าได้ยิ่งต้องออกแรงมากขึ้นเท่านั้น เวลาพักให้ลดศีรษะลงพร้อมกับงอเข่าพักขาเหมือนเดิมห้ามลดขาลงตรงๆ



2. ท่าเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านข้าง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

นอนหงายมีมือข้างขวาวางใต้ศีรษะ งอสะโพกและเข่าข้างขวา ขว้างขาต้านซ้าย ยกข้อศอกและลำตัวข้างขวา เหยียดเข่าเข้าซ้ายที่เข่าข้างขวา ในขณะที่เข่าด้านซ้ายกางขึ้นไว้ เกร็ง 10 วินาที แล้วพักทำเช่นเดียวกันกับข้างขวาโดยข้อศอกซ้ายชิดเข่าขวา



3. ทำเพิ่มกล้ามเนื้อข้อเท้า มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

นี้

นอนหงายเหยียดขาตรง ยกขาข้างหนึ่งเล็กน้อยยก
สะเอวข้างนี้ขึ้นเกร็งไว้ 10 วินาที พักทำเช่นเดียวกันกับสะโพกอีกข้างหนึ่ง



4. ทำเพิ่มกล้ามเนื้อข้อเท้า มีขั้นตอนการปฏิบัติ

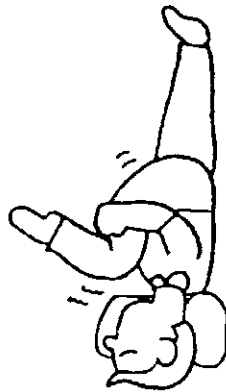
ดังนี้

นอนหงายยกขาไว้ แล้วเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดย
หลังจะแบนติดที่นอน ขณะนั้นให้เกร็งกล้ามเนื้อข้อเท้า โดยการทำท่าขมิบก้น
จะทำให้ก้นยกสูงขึ้นเล็กน้อยเกร็งไว้ 10 วินาที แล้วพัก ถ้าทำผิดวิธีหลังจะยกสูง
จากพื้น



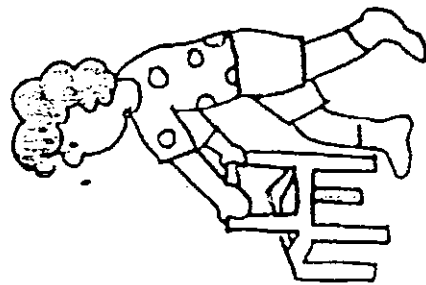
5. ทำยืดกล้ามเนื้อสะโพก มีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

นอนหงาย เขามือสอดใต้เข่าหนึ่ง ดึงมาให้ชิดหน้าอก
ให้มากที่สุด ในขณะที่ขาอีกข้างหนึ่งให้แนบพื้นไว้ จะเป็นการเหยียด
กล้ามเนื้อสะโพกแล้วทำสลับข้างกัน



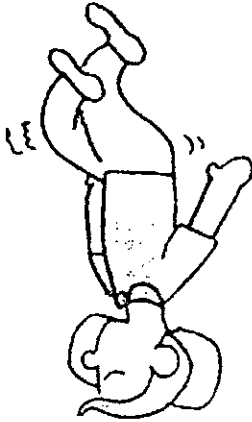
6. ทำยืดกล้ามเนื้อข้อเท้า มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

ยืนห่างจากโต๊ะหรือพนักเก้าอี้พอควร ก้าวข้างหนึ่งไป
ข้างหน้าทั้งองศา ขาที่อยู่ด้านหลังต้องเหยียดเข่าตรงและส้นเท้าอยู่ติดกับพื้น
ตลอดเวลา ในขณะที่แอ่นตัวไปด้านหน้า



7. ทำยัดเนือเยื่อสีข้าง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

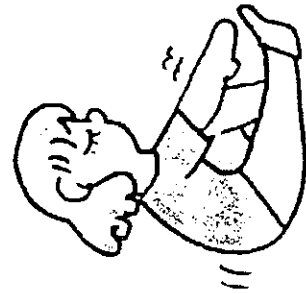
นอนหงาย งอเข้าข้างหนึ่งไว้ (ข้างที่จะยัด) แล้วใช้สันเท้าของขาอีกข้างหนึ่งกดเข้าที่งอเข้ามาจนชิดพื้น ทำสลับข้างกัน ขณะกดเข้าชิดพื้นต้องใช้หัวไหล่ทั้ง 2 ข้างแนบติดที่นอนตลอดเวลา



8. ทำยัดกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง มีขั้นตอนการ

ปฏิบัติดังนี้

นั่งเหยียดขา งอเข้าด้านหนึ่งไว้พร้อมกับเอามือข้างนั้นจับเข่า แล้วโยกตัวไปข้างหน้าเพื่อเอามืออีกข้างหนึ่งแตะปลายเท้าที่เหยียด โยกตัวกลับไปกลับมามากๆครั้ง โดยต้องให้เข้าข้างนั้นเหยียดตรงตลอดเวลา ซึ่งการงอเข้าข้างหนึ่งขึ้นมาไว้นี้จะเป็นการยืดกระดูกสันหลังไม่ให้เคลื่อนที่ ในขณะที่โยกตัวไปแต่ละปลายนิ้วเท้า ซึ่งเป็นเกราะป้องกันการปวดหลังจากการบริหาร

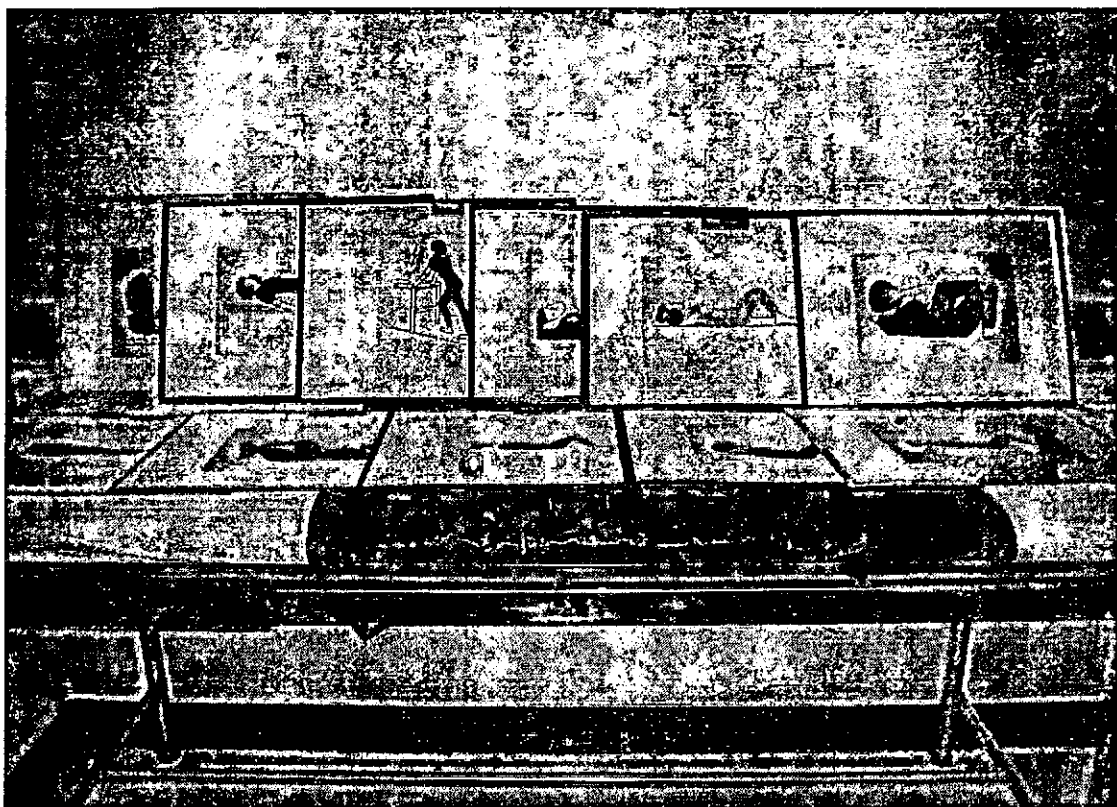


9. ทำยัดกล้ามเนื้อหลัง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

นอนหงายเอามือสอดใต้เท้าทั้งสองข้าง ดึงเข่ามาจนชิดหน้าอก เกร็งไว้ 10 วินาที พัก ทำนอกจากจะเป็นการยืดกล้ามเนื้อหลังแล้ว ยังทำให้หน้าท้องยุบลงด้วย

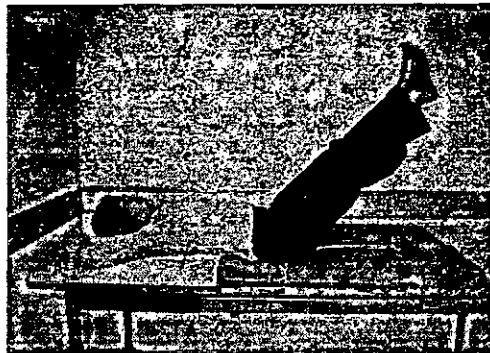


ลำดับที่ ภาพประกอบ	1			2			3			4			5		
	สมาชิก	บง คั้ง	ไม่ทำ	สมาชิก	บง คั้ง	ไม่ทำ	สมาชิก	บง คั้ง	ไม่ทำ	สมาชิก	บง คั้ง	ไม่ทำ	สมาชิก	บง คั้ง	ไม่ทำ
ปฏิบัติการรอกำลังกาย 7. นอนหงาย งอเข้าข้างหนึ่งไว้ (ข้างที่จะยืด) แล้ว ใช้สันเท้าของขาอีกข้างหนึ่งกดเข้าที่งออยู่นั้นเข้า มากจนชิดพื้น ทำสลับข้างกัน ขณะกดเข้าชิดพื้น ต้องใช้หัวไหล่ทั้ง 2 ข้างแนบติดที่นอนตลอดเวลา 8. นิ่งเหยียดขา งอเข้าข้างหนึ่งไว้พร้อมกับเอามือ ข้างนั้นจับเข้า แล้วโยกตัวไปข้างหน้าเพื่อเอามือ อีกข้างหนึ่งและปลายเท้าที่เหยียด โยกตัวกลับไป กลับมาหลาย ๆ ครั้ง โดยต้องให้ เข้าข้างนั้นเหยียด ตรงตลอดเวลา 9. นอนหงายเอามือสอดได้เข้าทั้ง 2 ข้าง ดังเข้ามา จนชิดหน้าอก เกร็งไว้ 10 วินาที															



ภาพประกอบ 11 ภาพพลิกการออกกำลังกาย

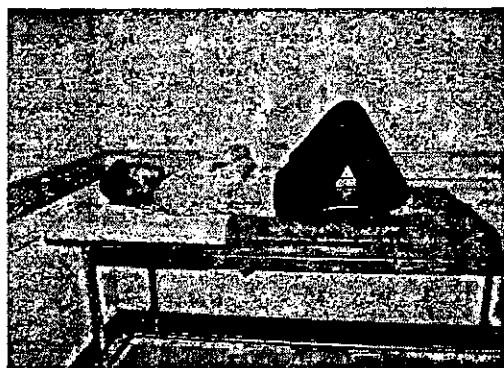
การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง



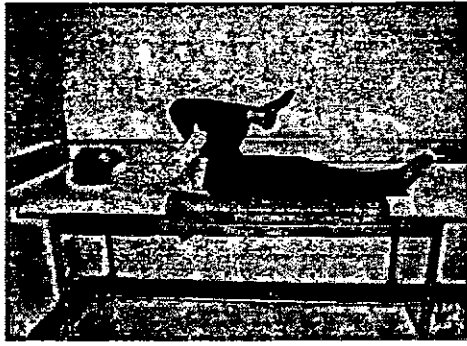
ภาพประกอบ 12 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า



ภาพประกอบ 13 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อท้องด้านเฉียง



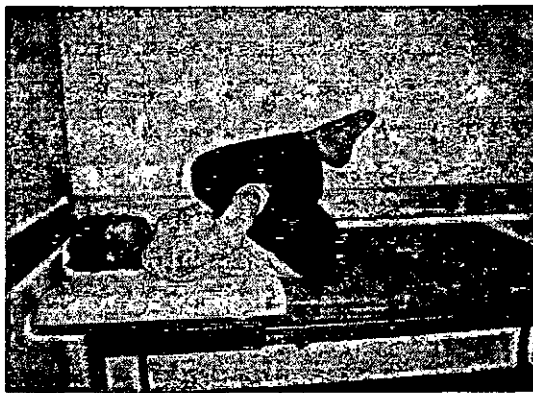
ภาพประกอบ 14 ทำเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อก้นน้อย



ภาพประกอบ 15 ทำยืดกล้ามเนื้อสะโพก



ภาพประกอบ 16 ทำยืดเนื้อเยื่อซี่ข้าง



ภาพประกอบ 17 ทำยืดกล้ามเนื้อหลัง



ภาพประกอบ 18 ทำยืดอกกล้ามเนื้อโคนต้นขาด้านหลัง



ภาพประกอบ 19 ทำยืดอกกล้ามเนื้อน่อง



ภาพประกอบ 20 บรรยายประกอบการศึกษา



ภาพประกอบ 21 การฝึกปฏิบัติ



ภาพประกอบ 22 สมาชิกกลุ่มร่วมอภิปราย



ภาพประกอบ 23 สมาชิกกลุ่มเลือกวิธีการปฏิบัติ

ภาคผนวก ง
คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตาราง 21 ค่าความยากง่าย (P) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความรู้ ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง 50 คน

ข้อ	ความรู้		เจตคติ	การปฏิบัติ
	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.50	0.36	0.23	0.26
2.	0.23	0.37	0.29	0.63
3.	0.76	0.53	0.56	0.33
4.	0.30	0.39	0.25	0.29
5.	0.23	0.27	0.21	0.42
6.	0.73	0.28	0.23	0.30
7.	0.50	0.39	0.63	0.51
8.	0.80	0.39	0.32	0.54
9.	0.83	0.39	0.40	0.54
10.	0.23	0.48	0.25	0.64
11.	0.26	0.48		0.68
12.	0.60	0.37		0.28
13.	0.30	0.52		0.24
14.				0.23
15.				0.48

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ค่าความเชื่อมั่น = 0.77
 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ค่าความเชื่อมั่น = 0.64
 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ค่าความเชื่อมั่น = 0.78

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวจิรารักษ์ โสภณทัต
วันเดือนปีเกิด	1 พฤศจิกายน 2518
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเลย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	90/247 หมู่ 4 แขวงสีกัน เขตดอนเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกภปร.ชั้น 5 แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2537	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเลยพิทยาคม