




ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้าน
สุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและ
ความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

จุฬารัตน์ รวมจิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

กรกฎาคม 2565

ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้าน
สุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและ
ความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม



จุฬารัตน์ รวมจิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

กรกฎาคม 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

The Effects of Using Physical Therapy Program Based on Health
Belief Model and Self Efficacy on Pain Intensity and Physical
Function of Chronic Lower Back Pain Patient in Acupuncture
Clinic



Jularut Ruamjit

A Thesis Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health Program (Public Health)
faculty of Science and Technology Uttaradit Rajabhat University

July 2022

Copyright of Uttaradit Rajabhat University

วิทยานิพนธ์ เรื่อง

ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
เรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

ของ

จุฬารัตน์ รวมจิต

ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
ให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(อาจารย์ ดร.เสนห์ ชุนแก้ว)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.ธนากร ธนวัฒน์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์และเลขานุการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำหลักสูตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมคิด ทุ่งใจ)

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(อาจารย์ ดร.ธัญญา จันทร์ตรง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาวิณี สัตยาภรณ์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม
ผู้วิจัย	จุฬารัตน์ รวมจิต
ปริญญา	หลักสูตรศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร.ธนากร ธนวัฒน์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวด ระดับความสามารถทางกาย การรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-45 ปี ที่มารับบริการคลินิกฝังเข็ม ของโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในช่วงปี 2562-2563 จำนวน 298 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝังเข็มและโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข แบบประเมินความสามารถทางกาย แบบสอบถามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน และแบบสอบถามความสามารถของตนเอง 2 ด้าน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบโดยการทดสอบที

ผลการศึกษาโปรแกรมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัด 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และระดับความสามารถทางกายดีขึ้นสำหรับการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นค่า

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดที่ประยุกต์ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการ จัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังและส่งเสริมความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรังได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัด, รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ, ทฤษฎีความสามารถตนเอง, ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง, ความสามารถทางกาย



Abstract

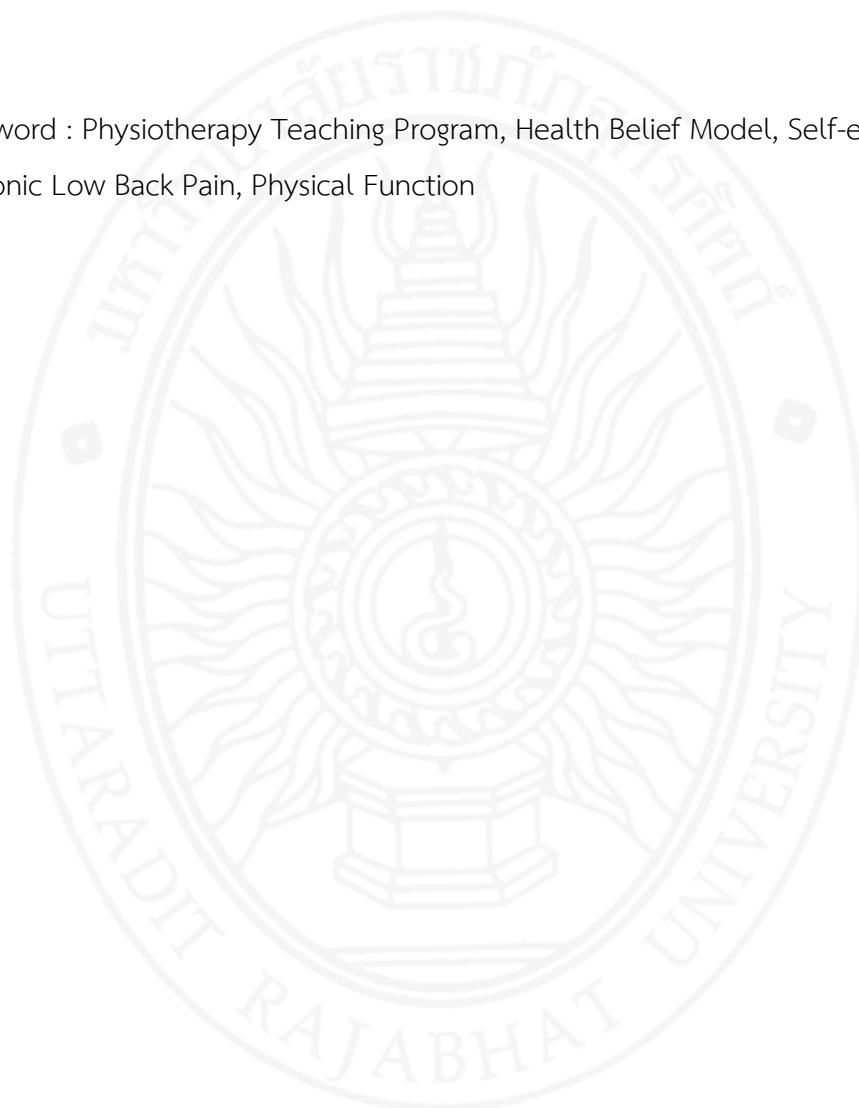
Title	The Effects of Using Physical Therapy Program Based on Health Belief Model and Self Efficacy on Pain Intensity and Physical Function of Chronic Lower Back Pain Patient in Acupuncture Clinic
Author	Jularut Ruamjit
Degree	Master of Public Health Program (Public Health)
Advisor	Assistant Professor Dr. Saranyoo Ruanjan
Co-Advisor	Dr. Thanakorn Thanawat

The research study aimed to investigate and compare the effects of a physical therapy program based on health belief and theory of self-efficacy on pain intensity, physical function, perception of health belief and self-efficacy in chronic lower back pain patients of the acupuncture clinic at Fort Pichaidaphak Hospital in Uttaradit Province. The population was 298 outpatients aged 20-45 years who were diagnosed with chronic idiopathic lower back pain between 2019 and 2020. The sample was divided by a simple random sampling method into an experimental group and a control group, each consisting of 30 patients, making a total of 60. The study took 8 weeks. The experimental group received acupuncture treatment in coordination of a physical therapy program based on health belief and self-efficacy, whereas the control group received regular acupuncture treatment alone. The research instruments were a numeric pain rating scale, a physical function assessment form, a questionnaire on four aspects of health belief, and a questionnaire on two aspects of self-efficacy. The descriptive statistics were applied, and t-test was conducted to compare the data.

The results showed that after the 8-week physical therapy program, the experimental group had lower pain intensity levels, higher physical function levels, and better perception of their health belief and self-efficacy. When compared with the control group, significant differences at a level of 0.05 were observed for all

aspects, except for perceived behavioral expectations for chronic lower back pain relief, which showed no differences. The results suggest that the physical therapy program based on health belief and self-efficacy can be a practical treatment option for treating a chronic lower back pain, and improving physical function in chronic lower back pain patients.

Keyword : Physiotherapy Teaching Program, Health Belief Model, Self-efficacy Theory, Chronic Low Back Pain, Physical Function



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างดี จากคณะกรรมการที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์ อาจารย์ ดร.ชนากร ธนวัฒน์ และ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาคภูมิ โชคทวีพานิชย์ รวมทั้งอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้มอบความรู้ ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา ตลอดจนดูแลกำกับติดตามให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัย ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ในความเมตตาเป็น อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน คือ พ.อ.สมัย ขำพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ดร.ณิชากรีย์ ใจคำวัง และอาจารย์ ดร.วรวิทย์ ชูระคำ ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลอง และให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไข ส่งผลให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีครบถ้วนความสมบูรณ์ และเกิดประโยชน์สูงสุด

ขอขอบพระคุณ พ.อ.สมัย ขำพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก หัวหน้างาน คลินิกฝังเข็ม หัวหน้างานคลินิกกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ที่อำนวยความสะดวกและ สนับสนุนช่วยเหลือการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

และขอขอบพระคุณครอบครัวที่คอยอยู่เคียงข้างเป็นขวัญและกำลังใจให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของท่านที่กล่าวถึง และผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านด้วยความจริงใจ ขอมอบคุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้เป็นกตเวทิตาคุณแด่บิดา มารดา อาจารย์ที่เคารพ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน และขออ้อมคารวะแด่ ผู้เขียนตำราวิชาการที่ได้ให้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจนประสบความสำเร็จได้ในครั้งนี้

จุฬารัตน์ รวมจิต

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
คำถามงานวิจัย	6
วัตถุประสงค์	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ภาวะปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง	11
การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	16
การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง	19
ความสามารถทางกาย	24
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	25

ทฤษฎีความสามารถตนเอง.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	36
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	40
ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์.....	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร.....	46
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	49
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	50
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	52
ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านตามรายชื่อ.....	55
ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	63
ส่วนที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองตามรายชื่อ.....	65
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	69

การอภิปรายผล	73
ข้อเสนอแนะ	76
ข้อจำกัดของการวิจัย	77
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	87
ภาคผนวก ข สำเนาหนังสือราชการ	89
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	94
ภาคผนวก ง โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วม กับ ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถ ทางกายของผู้ป่วยปวด หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม.....	107
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์	123
ภาคผนวก ฉ เอกสารการตอบรับบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร.....	125
ประวัติย่อผู้วิจัย	128

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และ โรคประจำตัว (n = 60).....	46
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 10).....	49
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 10).....	50
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม ร้อยละ 100).....	50
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม ร้อยละ 100).....	51
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	54
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและใน สัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	55
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ก่อนเข้าโปรแกรมและใน สัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	57
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค ก่อนเข้าโปรแกรมและใน สัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	59
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและใน สัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	61

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ระหว่างก่อนเข้า
โปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 63

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม 64

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถ
ตนเองรายข้อ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลัง
ส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 65

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถ
ตนเองรายข้อ ด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง
ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 67



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
ภาพที่ 2 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Verbal Rating Scales : VRS	17
ภาพที่ 3 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Visual Analogue Scale : VAS	18
ภาพที่ 4 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric rating scale: NRS	19



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ถือได้ว่าเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นภัยเงียบที่มีความสำคัญและพบได้บ่อย จากสถิติผู้เจ็บป่วยประมาณ 400 ล้านคนทั่วโลกที่มาพบแพทย์ พบว่าร้อยละ 20-30 มีสาเหตุมาจากโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกและข้อ (Cole, 2003, pp.39-42)

สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในปี 2560-2562 มีอัตราป่วยจากการทำงานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม สูงถึง 221.41, 245.31 และ 259.78 ต่อแสนประชากรตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมนั้น เพิ่มขึ้นทุกปี และพบมากในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานสาธารณสุข, 2563) โดยจากรายงานสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ ประจำปี 2561 พบว่า ผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม มีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 3 โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 23.3 ล้านราย ซึ่งรองลงมาจากโรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก มีจำนวนผู้ป่วย 24.8 ล้านคน และมากที่สุดคือโรคจากระบบไหลเวียนเลือด จำนวน 36.1 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง จำนวน 94,310 ราย โดยโรคที่พบบ่อย คือ โรคปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain)

อาการปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง อาการปวดหลังโดยกล้ามเนื้อหลังตึง หรือมีอาการหลังแข็งในตำแหน่งตั้งแต่ขอบล่างของซี่โครง (Costal Margin) ไปถึงขอบล่างของแก้มก้น (Inferior Gluteal Fold) โดยบางกรณีจะมีอาการร่วมกับอาการปวดร้าวลงไปขา (Sciatica) (Koes, van Tulder, and Thomas, 2006, pp.1430-4) อาการปวดมักเป็น ๆ หาย ๆ เกิดเป็นอาการปวดเรื้อรัง และมักกลับมาเป็นซ้ำ เพราะหลังส่วนล่างจะเป็นบริเวณที่รับน้ำหนักจากส่วนบนของร่างกาย เป็นบริเวณที่มีความยืดหยุ่นมากที่สุดของกระดูกสันหลังทำให้เกิดการเคลื่อนไหวได้มาก จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย (Wai, Roffey, D.M., Kwon, and Dagenais, 2010, pp.224-66) นอกจากนี้ยังสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น พยาธิสภาพจากกระดูกและกล้ามเนื้อหลัง การทำงานท่าเดิม

ซ้ำ ๆ อุบัติเหตุ การติดเชื้อ และโรคจากระบบอื่น ๆ ในร่างกายซึ่งทำให้เกิดการปวดร้าวมายังบริเวณหลังส่วนล่าง เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ อวัยวะในอุ้งเชิงกราน ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท (Last and Hulbert, 2009, pp.1067-1074) เป็นต้น จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของอาการปวดหลัง ของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1990-2001 ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน พบว่า ผู้ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลังส่วนล่าง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และพบอาการปวดหลังมากที่สุดในช่วงอายุ 40-59 ปี ซึ่งสาเหตุที่พบมากที่สุด ร้อยละ 70 คือ อาการปวดหลังที่มาจากความเสื่อมของร่างกาย (R Deyo, 2007, pp.2239-2243) สอดคล้องกับรายงานในประเทศไทย ที่พบว่า การเสื่อมของกระดูกสันหลังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยมีอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 25-45 (อรรรรณ แซ่ตัน, 2550, น. 27; Janwantanakul, Pensri, Jiamjarasrangsi, and Sinsongsook, 2009, pp.114-22; Khruakhorn, Sritipsukho, Siripakarn, and Vachalathiti, 2010, pp.142-148) ทั้งนี้ในวัยสูงอายุ ข้อต่อกระดูกสันหลังจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังบางลง ส่งผลให้ช่องระหว่างกระดูกสันหลังแคบลง และเกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลังตามมา

สำหรับจังหวัดอุดรดิตถ์พบว่าในช่วงปี 2560-2562 มีอัตราป่วยจากการทำงานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อยึดเสริมอยู่ที่ 16.01, 6.25 และ 1.46 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563) และจากการศึกษาสถิติของ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก พบว่า การเข้ารับการรักษาฝังเข็มของผู้ป่วยปวดหลังในปี 2560-2562 ร้อยละ 38.7, 33.6, และ 38.3 ตามลำดับ โดยพบว่าอาการปวดหลังเป็นอาการที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของคลินิกฝังเข็ม และเมื่อศึกษาเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยปวดหลังมารับบริการฝังเข็มในปี 2560-2562 พบว่ามีจำนวน 3,017, 3,462 และ 4,127 ครั้ง ตามลำดับ โดยสังเกตว่าในแต่ละปีมีแนวโน้มอัตราความชุกของการขอเข้ารับบริการฝังเข็มสูงขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการปวดลดลงเล็กน้อย ไม่ทุเลาลง หรือเป็นเรื้อรังทำให้ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 15 ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษา ต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมาก และบางคนต้องได้รับการผ่าตัด แสดงว่า อาการปวดหลังนั้นเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง แต่หากมีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม อาการปวดจะกลับมาเป็นซ้ำ ในคลินิกฝังเข็มพบการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยปวดหลังในปี 2562 ร้อยละ 9 (กรมแพทย์ทหารบก, 2562) เกิดเป็นภาวะปวดหลังเรื้อรังเนื่องจาก ผู้ป่วยต้องกลับไปทำงานอย่างเดิมซ้ำ ๆ มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ขาดการยืดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกาย และไม่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน เป็นต้น (กาญจนา นิมตรง นงนุช โอบะ และอาทิตย์ เหล่าเรืองธนา, 2555, น.99)

ความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างนั้นจะขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะการใช้งานและการดูแลตนเอง ซึ่งอาการปวดเรื้อรังเกิน 3 เดือน จะมีผลโดยตรงต่อร่างกายใน

การดำเนินชีวิตประจำวัน (สุกัญญา อังศิริกุล, 2559, น.40) เนื่องจากเมื่อเกิดอาการปวดผู้ป่วยจะทำงานได้ช้าลง ส่งผลให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถ ทำให้ความสามารถในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เมื่อกล้ามเนื้อหลังตึงจึงก้มและเงยได้ไม่เต็มที่ ซึ่งเมื่อเกิดอาการปวดมาก ๆ ร่วมกับกล้ามเนื้อไม่ได้ทำงาน ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงแรงมากขึ้น (Taechasubamorn, Nopkesorn, and Pannarunothai, 2010, pp.1415-1421) และหากปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดความพิการตามมาได้ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมักเกิดการจำกัดความสามารถทางกายตามมาได้ อันเกิดจากภาวะจำกัดความสามารถทำให้ไม่สามารถทำงานตามปกติในชีวิตประจำวันได้ เช่น การดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการเดินทาง เป็นต้น ภาวะจำกัดความสามารถทางกายที่มีสาเหตุจากอาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในกลุ่มวัยทำงานที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ส่งผลให้ต้องขาดงาน ขาดรายได้ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (เพชรรัตน์ แก้วดวงดี และคนอื่นๆ, 2554, น.317-324) อีกทั้งยังส่งผลถึงภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศ นอกจากนี้ยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ทำให้เกิดความหงุดหงิด รำคาญ วิตกกังวล ไม่สบายเนื้อสบายตัว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมาก (กาญจนา นิมตรง นงนุช โอบะ และอาทิตย์ เหล่าเรืองธนา, 2555, น.24)

การรักษาอาการปวดหลังขึ้นอยู่กับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายคือ ลดอาการปวด สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด กลับมาทำงานได้โดยเร็ว ป้องกันการเสื่อมของโครงสร้างที่เกิดขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการรักษาในทางการแพทย์เพื่อลดอาการปวดหลังที่นิยมในปัจจุบันหลัก ๆ มีอยู่ 2 ประเภท คือ คือ การรักษาแบบอนุรักษ์หรือการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (Conservation Treatment) และการรักษาแบบผ่าตัด (Non-conservation Treatment) (R. Deyo and Weinstein, 2001, pp.363-370; Hayden, Van Tulder, Malmivara, and Koes, 2005, pp.765-775) สำหรับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดนั้นเป็นการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการปวดหลังในระยะแรก เช่น การปรับเปลี่ยนท่าทางร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กายภาพบำบัด การฉีดยาเฉพาะที่ และการฝังเข็ม เป็นต้น สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาในกรณีที่มีการปวดหลังอย่างรุนแรงได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์แล้วไม่ได้ผล และมีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังมาก ร่วมกับการเกิดอาการทางระบบประสาทไขสันหลังที่ชัดเจน (จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน, 2558, น.25)

สำหรับการรักษาตามแนวทางแบบอนุรักษ์ที่น่าสนใจศาสตร์หนึ่ง นั่นคือ การฝังเข็ม (Acupuncture) เป็นศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่มีมานานราว 4,000 ปี ในประเทศจีน (กาญจนา นิมตรง นงนุช โอบะ และอาทิตย์ เหล่าเรืองธนา, 2562, น.30) ซึ่งนักวิทยาศาสตร์และแพทย์แผนปัจจุบันได้อธิบายผลของการรักษาด้วยการฝังเข็มอย่างหลากหลาย เช่น การปักเข็มลงบนจุดฝังเข็มส่งผลให้เกิดการหลั่งของสารคล้ายมอร์ฟินในประสาทส่วนกลางของสมอง ไขสันหลัง รวมทั้งประสาท

ส่วนปลาย สารนั้นคือสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) จะสามารถยับยั้งอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น จะช่วยบรรเทาอาการปวด และการอักเสบได้ โดยการฝังเข็มจะเพิ่มการไหลเวียนเลือดและสารจำเป็น (Micro Circulation) ในร่างกาย ส่งผลให้บริเวณที่มีการฝังเข็มนั้นมีการซ่อมแซมตัวเองได้อย่างรวดเร็ว อาการปวด บวม ฟกช้ำ เลือดคั่ง จึงบรรเทาอย่างรวดเร็ว (สุธาสิณี สายวดี และปิติชา อะมริต, 2558, น.34)

นักกายภาพบำบัดจึงมีบทบาทที่สำคัญในการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและบำบัดรักษาอาการปวดด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ อีกทั้งยังมุ่งเน้นให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะอาการกำเริบและการกลับมาเป็นซ้ำ

จากการศึกษาทฤษฎีด้านสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, pp.328-335) พบว่าจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ผ่านมา พบว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพนั้นมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่มุ่งเน้นเพื่อลดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยนำไปใช้ในการจัดการอาการปวดเข่าจากภาวะเข่าเสื่อม (สิริวรรณ ธรรมคทอง, 2563, น.51-66; สุวัฒน์ ชำนาญ ญัฐจาพร พิชัยณรงค์ และธนรุทธ์ บุตรแสนคม, 2559, น.56-66) โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงได้เลือกประเด็นในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งจะส่งผลให้การรักษาเป็นไปในทางที่ดีมากยิ่งขึ้นถ้าผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเองและออกกำลังกายอย่างเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ยังมีการรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังในสถานบริการด้านสุขภาพค่อนข้างน้อยและยังมีข้อจำกัดด้านการศึกษาอยู่หลายประการ สำคัญในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นผู้วิจัยต้องการมุ่งเน้นให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ความรุนแรงของโรคที่ตนเผชิญอยู่ และประโยชน์ของการรักษารวมถึงอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาอาการปวดหลัง อย่างไรก็ตาม การสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษาและการสร้างความคาดหวังจากผลการรักษา ก็เป็นปัจจัยที่ต้องมุ่งเน้นแก่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเช่นกัน

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997, p.80) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้ถึงความสามารถของตน จะประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองสามารถป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยและส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะด้านท่าทางการทำงาน และด้านการบริหารร่างกายได้ดี (นิธิตา ธารีเพียร, ทศนีย์ร วิวรกุล, สุรินทร กลัมพากร และวงเดือน บันดี, 2552, น.1-10) โดยผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถของตนเองได้มากจะส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างที่ลดลง ถ้าที่นี้จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แม้จะล้มเหลว หรือยากที่จะพยายามให้สำเร็จลุล่วง ซึ่งส่งผลให้ความคาดหวังเกี่ยวกับการลดอาการปวดหลังส่วนล่างก็จะสูงตาม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองต่อการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่าง จึงเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม เพื่ออธิบายการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม โดยทั้ง 2 ทฤษฎีนี้จะนำมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนักคิด ทั้งในระดับตัวบุคคล และระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกันเอง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมด้านการเพิ่มความสามารถของตนเองในการจัดการอาการปวดหลังที่บ้านด้วยตนเอง รวมถึงการเสริมแรงและการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวในการจัดการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างของตนเองได้ จึงเป็นที่มาของการนำทฤษฎีทั้ง 2 มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการให้สุขศึกษาร่วมกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง มาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรับรู้และตระหนัก เชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยตนเอง เพื่อลดระดับความเจ็บปวดและสามารถมีความสามารถทางกายได้ใกล้เคียงปกติ ลดการกลับมาเป็นซ้ำ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามงานวิจัย

1. ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกฝังเข็มกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สอนทางกายภาพบำบัดตามความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง มีระดับความ เจ็บปวด และระดับความสามารถทางกายอยู่ในระดับใด
2. ระดับความเจ็บปวด ระดับความสามารถทางกาย ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรค และระดับการ รับรู้สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกฝังเข็มระหว่าง ได้รับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถ ตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาโดยวิธีการฝังเข็มในคลินิกตามปกติ มีความแตกต่างกัน หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง ต่อระดับความเจ็บปวด ระดับความสามารถทางกาย การ รับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง ที่มาใช้บริการในคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความเจ็บปวด ระดับความสามารถทาง กาย การรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยปวด หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ได้รับการฝังเข็ม ร่วมกับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี ความสามารถตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาโดยวิธีการฝังเข็มตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เป็น การศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ในคลินิกฝังเข็ม โดยมีขอบเขตของการวิจัยในครั้งนี้ คือ

ขอบเขตด้านประชากรหรือประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอก ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-45 ปี ที่มาใช้บริการคลินิก ฝังเข็ม ของโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยปวด

หลังส่วนล่างเรื้อรัง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Dx : Lower Back Pain (ICD 10 : M545)) โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วยนอกในช่วงปี 2562-2563 จำนวน 298 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power 3.1.9.2 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ระดับ 0.05 และจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ในตัวแปรความสามารถทางกายจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ของ นุชรัตน์ มูลเมืองแสน ณิชากัทร พุฒิกามิน และรุ่งทิพย์ พันธเมธากุล (2556, น.107-114) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.65

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ของ โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974, pp.328-335) และ ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997, p.80) เพื่ออธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่าง และเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม โดยทั้ง 2 ทฤษฎีนี้จะนำมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนักคิด ทั้งในระดับตัวบุคคล และระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกันเอง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมด้านการเพิ่มความสามารถของตนเองในการจัดการอาการปวดหลังที่บ้านด้วยตนเอง รวมถึงการเสริมแรงและการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวในการจัดการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างของตนเองได้

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

ขอบเขตด้านพื้นที่

คลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก ต.ท่าเสา อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัด หมายถึง ชุดการสอนทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เกี่ยวกับการดูแลตัวเองและออกกำลังกายที่ถูกต้องปลอดภัย โดยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอคและทฤษฎีความสามารถตนเอง มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการ

เรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ การเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น รูปภาพ วีดิโอภาพเคลื่อนไหว คู่มือ แผ่นพับความรู้

แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง แบบประเมินที่ประยุกต์ทฤษฎีด้านสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, pp.328-335) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรคโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

แบบประเมินความสามารถตนเอง หมายถึง แบบประเมินที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997, p.80) ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สุขสบายบริเวณหลังส่วนล่าง หรือบริเวณเอว โดยมีอาการปวดเรื้อรังนานอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป เป็นอาการปวดหลังส่วนล่างชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประเมินคัดกรองโดยใช้ประวัติของผู้ป่วยนอก โดยมีแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยหลักร่วมกับการตรวจประเมินของนักกายภาพบำบัดในการวินิจฉัยร่วม

ความสามารถทางกาย หมายถึง การทำหน้าที่ของร่างกายด้วยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งหมด 9 ด้าน ประเมินได้จากแบบประเมินอาการปวดหลังที่มีผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของ Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Version 1.0) ฉบับภาษาไทย

สมมติฐานการวิจัย

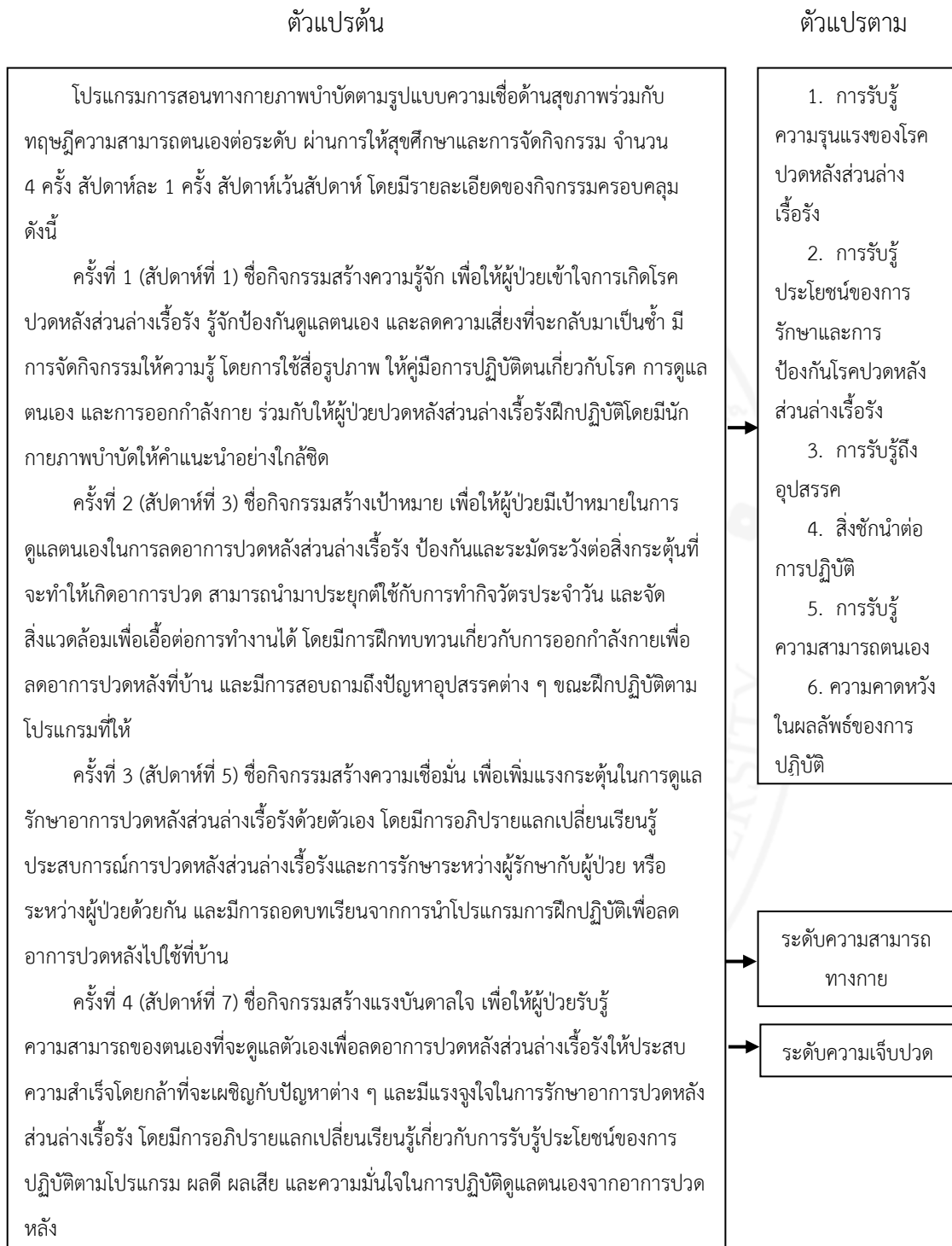
1. ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกฝังเข็ม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองมีระดับความเจ็บปวดลดลง และมีระดับความสามารถทางกายเพิ่มขึ้น

2. หลังได้รับโปรแกรม ระดับความเจ็บปวด ระดับความสามารถทางกาย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค และการรับรู้สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกฝังเข็มระหว่างได้รับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรักษาโดยวิธีการฝังเข็มในคลินิกตามปกติ มีความแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เข้าใจ ตระหนัก สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเจ็บปวด และทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ลดระยะเวลาการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย
2. นักกายภาพบำบัด หรือ ฝ่ายการรักษา สามารถนำโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัด ตามความเชื่อด้านสุขภาพนี้เพื่อมาเพิ่มความเชี่ยวชาญ ความแม่นยำในการประเมินการรักษา และวางแผนการรักษาอย่างเป็นขั้นตอน
3. หน่วยงานสามารถนำมาจัดทำเป็นคู่มือให้ผู้ป่วย ร่วมกับการรักษา เพื่อส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาเก็บเป็นฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการรักษาให้ดียิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการทบทวนฐานข้อมูล เอกสาร หนังสือและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ภาวะปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง สาเหตุ และผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง
2. การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง
3. การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง
4. ความสามารถทางกาย
5. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. ทฤษฎีความสามารถตนเอง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ภาวะปวดหลังส่วนล่าง เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ไม่จัดเป็นโรคแต่เป็นภาวะความผิดปกติชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่บริเวณหลังส่วนล่าง เนื่องจากมีพยาธิสภาพ เช่น กระดูก เอ็นข้อต่อ เส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อ และเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวมาก เกิดแรงเครียดและแรงที่กระทำต่อกระดูกสันหลังส่วนล่าง (สิริโชค ปะที, 2558, น.6) เมื่อโครงสร้างเหล่านี้เกิดการเสื่อมหรือได้รับบาดเจ็บจนขาดความยืดหยุ่น จะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย เมื่อเกิดอาการปวดหลังจะทำให้รู้สึกไม่สุขสบายทั้งต่อด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม รวมไปถึงผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะปวดหลังส่วนล่างจะทำให้เกิดความรู้สึกของอาการปวดหรือไม่สุขสบาย อาจเกิดเป็นบางครั้งหรือตลอดเวลา บริเวณหลังส่วนล่างระหว่างกระดูกซี่โครงซี่สุดท้ายจนถึงขอบก่อนหรือบริเวณตั้งแต่กระดูกสันหลังบริเวณเอวลำดับที่ 1 ถึงกระดูกกระเบนเหน็บลำดับที่ 1 (1st Lumbra Vertebra to 1st Sacral Area [L1-S1]) โดยที่อาการปวด หรือไม่สุขสบายอาจเกิดจากการหดเกร็งตัว ความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ หรือเกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะบริเวณหลังส่วนล่าง (มานิดา สว่างเนตร, 2559, น.5) อาการปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง อาการปวดที่จำกัดเฉพาะที่บริเวณหลังส่วนล่าง และบั้นเอวส่วนล่าง รวมถึงการปวดหลังร่วมกับอาการปวดร้าว ซึ่งอาจปวดเป็นบางครั้ง หรือปวดตลอดเวลา (Koes, van Tulder, and Thomas, 2006, pp.1430-1434) อาจเกิดขึ้นโดยฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย และสะสมเป็นอาการปวดเรื้อรัง อาการปวดหลังแบ่งออกเป็น

2. ระยะ สามารถแบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการปวด คือ อาการปวดหลังแบบเฉียบพลันและอาการปวดหลังแบบเรื้อรัง คือ

1. อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน มักพบมีอาการปวดหลังน้อยกว่า 7 สัปดาห์ จะมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อตัวกระดูกสันหลังส่วนปลาย การรับความรู้สึกปวด และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ มักเกิดร่วมกับกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความเครียดของเนื้อเยื่อบริเวณหลังส่วนล่างเสมอ ซึ่งจะไม่ปรากฏอาการในทันทีแต่จะเกิดอาการในภายหลังจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ขณะที่เกิดอาการปวดจะมีอาการรุนแรง มักทราบสาเหตุที่ทำให้ปวด ความรุนแรงของความปวดอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรง มีลักษณะอาการและอาการแสดงชัดเจน ความปวดเฉียบพลันเป็นเสมือนสัญญาณเตือนภัย เพราะสามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System : SNS) ซึ่งความปวดจะบรรเทาหลังการรักษา มักจะรักษาให้หายขาดได้

2. อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป็นอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีอาการนานกว่า 3 เดือน หรือมีอาการปวดซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง (อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, จุริรัตน์ กอเจริญยศ, บุญรอด ดอนประเพ็ญ และมารศรี ศิริสวัสดิ์, 2562, น.2) อาการปวดจะเกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง มีสาเหตุจากกระดูกสันหลังเสื่อม ขาดการออกกำลังกาย โครงสร้างน้ำหนักเกินมาตรฐาน และท่าทางผิดปกติ ซึ่งการเกิดโรคภายในระบบของร่างกาย ลักษณะอาการจะไม่ชัดเจน เช่น ไม่ทราบเวลาที่ปวดแน่นอน ไม่มีอาการทางระบบอัตโนมัติ มีปัจจัยทางจิต สังคม และ สิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง การรักษาทั่วไปลดปวดได้เพียงชั่วขณะหนึ่ง แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเกิดอาการปวดบางครั้งเกิดขึ้นทันทีทันใดได้และพัฒนาเป็นความเจ็บปวดในระยะยาว ความปวดเรื้อรังมักมีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจ จะมีความรู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่งในการรักษา สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง (กรีซซากร บุตรพิชัย, 2559, น.9) แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ อาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่ทราบสาเหตุ และ อาการปวดหลังส่วนล่างแบบทราบสาเหตุ

2.1 อาการปวดหลังส่วนล่าง แบบไม่ทราบสาเหตุ หรือ แบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-Specific Low Back Pain) มีสาเหตุได้จากปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1.1 อิริยาบถหรือท่าทางที่ไม่ถูกต้อง (Poor Posture) ก่อให้เกิดอาการปวดหลังมากที่สุด โดยเฉพาะในช่วงอายุ 25-45ปี (เพชรรัตน์ แก้วดวงดี และคนอื่นๆ, 2554, p.318) เนื่องจากการมีท่าทางที่ผิดปกติไปจากแนวกระดูกสันหลังเป็นระยะเวลานาน มักจะเกี่ยวข้องกับการทำงานเสมอ เช่น การอยู่ในท่าที่ที่ต้องก้ม ๆ เงย ๆ บ่อย รวมทั้งนั่งทำงานในท่าทางที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน ไม่ว่าจะเป็นการนั่งหลังค่อม ท่อไหล หรือการนั่งไขว่ห้าง ทำให้กล้ามเนื้อหลัง ไม่สมดุลกัน พบได้กับทุกเพศทุกวัย ส่งผลให้โครงสร้างของกระดูกสันหลัง ต้องรับน้ำหนักมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลัง เช่น กรรมกร เกษตรกร อาชีพที่เกี่ยวข้องกับแรงกระแทก นอกจากนี้สาเหตุจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุทำให้กล้ามเนื้อหลังหรือเอ็นข้อต่อยึดฉีกขาด

แต่ส่วนมากมักเกิดจากการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น ม้ายกของหนัก บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา อุบัติเหตุต่าง ๆ การตกจากที่สูง เป็นต้น ทำให้เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังมีการหดเกร็งตัวเพื่อที่จะยึดให้กระดูกสันหลังนั้นอยู่ในแนวปกติและสมดุล ส่งผลให้เกิดการเมื่อยล้า เมื่อเกิดเป็นระยะเวลานาน จะก่อให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นมาได้ เพราะกระดูกหลังส่วนล่างถูกสร้างขึ้นมาให้รับน้ำหนักลำตัวส่วนบนทั้งหมด จึงเกิดการกดด้วยแรงกระทำที่มากกระทำต่อกระดูก หมอนรองกระดูก ทำให้กล้ามเนื้อรอบกระดูกสันหลังที่เกร็งตัวเป็นเวลานาน เกิดการเสื่อมโทรม อ่อนแรง และเกิดการปวดหลังเรื้อรัง ดังนั้นการปรับท่าทางการทำงานให้อยู่ท่าทางที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดความเครียดและแรงกระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ทำงานร่วมกันได้อย่างสมดุล สามารถป้องกันการบาดเจ็บและเพิ่มความมั่นคงของลำตัวได้

2.1.2 กล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ (Muscle Weakness) เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหลังถูกใช้งานมาก จากการทรงตัวของร่างกายที่ไม่ดีหรือจากท่าทางอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ จึงเกิดการล้า จากการที่ต้องพยุงโครงสร้างของกระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวที่ปกติ ส่งผลทำให้เกิดการอ่อนแอของกล้ามเนื้อและเอ็นรอบ ๆ กระดูกสันหลัง และความสามารถในการทนต่อแรงจากภายนอกหรือแรงที่กระทำซ้ำ ๆ ลดลง กล้ามเนื้อที่อ่อนแอจะไม่สามารถควบคุมการทำงานของหลังได้อย่างปกติ ทำให้เกิดอาการปวดหลังตามมา

2.2 อาการปวดหลังส่วนล่างแบบทราบสาเหตุ หรือแบบเฉพาะเจาะจง (Specific Low Back Pain) มีสาเหตุจากปัจจัยดังต่อไปนี้

2.2.1 การกระทบ (Trauma) อย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุที่เกิดกับกระดูกสันหลัง เช่น การหกล้ม ก้นกระทบ การตกจากที่สูง รถชน ของหล่นทับ เป็นต้น ซึ่งแรงกระทบจะส่งผลต่อกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นรอบข้อต่อ หมอนรองกระดูก หรือกระดูกสันหลังได้

2.2.2 ความเสียหายของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral Disc Damage) เกิดจากอันตรายที่เกิดขึ้นบริเวณหลัง และแนวโค้งของกระดูกสันหลังที่ผิดปกติไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดแรงกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลัง ส่งผลให้เกิดการผิดรูปได้ ซึ่งถ้ามีแรงกดมาก ๆ ส่วนของหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นออกมาด้านใดด้านหนึ่ง รากประสาทถูกกดเบียด พบมากช่วงอายุ 30-40 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องทำงานหนัก และมีการเคลื่อนไหวของสันหลังมาก

2.2.3 อาการปวดร้าวจากอวัยวะภายในที่อยู่ใกล้เคียง (Viscerogenic Pain หรือ Referred Pain) ได้แก่ โรคในระบบทางเดินปัสสาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งตับอ่อน ลำไส้ โดยการดันเยื่อช่องท้องด้านหลังทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง มักมีความผิดปกติของเส้นประสาทรับความเจ็บปวด ซึ่งอยู่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวและก้นกบ (Lumbosacral Spine) ร่วมด้วย

2.2.4 สาเหตุจากพยาธิสภาพอื่น ๆ ได้แก่

2.2.4.1 ภาวะกระดูกบาง (Osteoporosis) เกิดจากการที่มีแคลเซียมในกระดูกน้อยลง ส่งผลให้กระดูกไม่แข็งแรงมักพบในบุคคลที่มีอายุมากและขาดการออกกำลังกาย หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น

2.2.4.2 เนื้องอก (Tumor) อาจเกิดจากตัวกระดูกสันหลังเอง หรือแพร่กระจาย มาจาก อวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

2.2.4.3 หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Herniated Disc) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากหมอนรองกระดูกสันหลังมีการเสื่อมหรือชำรุดจากการใช้งานในชีวิตประจำวัน และเกิดจากการฉีกขาดภายในของแวนนูลัสไฟโบรซัส (Annulus Fibrosus) ที่ละนิดจนถึงรอบนอก เมื่อมีการรับน้ำหนักในท่าทางที่ทำให้เกิดความดันในหมอนรองกระดูกสันหลังสูง เช่น การก้มยกของหนัก เป็นต้น

2.2.4.4 ข้อกระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerative Disc) ในวัยสูงอายุจะพบการเสื่อมของหมอนรองกระดูก ผิวกระดูกอ่อนบางลง เยื่อหุ้มข้อหลวม และความสูงของหมอนรองกระดูกสันหลัง ยุบลงทำให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังหลวม และมีการเคลื่อนไหวในทิศทางผิดปกติ

2.2.4.5 โพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal Stenosis) เมื่อเกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลัง จนเกิดการหลวมของข้อต่อของกระดูกสันหลัง ร่างกายจะเกิดการซ่อมแซมตัวเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงของกระดูก จึงทำให้เกิดการขยายตัวหรือการงอกของกระดูก ส่งผลให้กระดูกสันหลังตีบแคบลง รากประสาทถูกบีบรัด โดยเฉพาะการแอ่นของหลังส่วนล่างมากกว่าปกติ (Lordosis) ซึ่งจะทำให้โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบมากขึ้น จนเกิดอาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดร้าวและชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง

2.2.5 ความเครียดทางจิตใจ (Psychological Distress) ภาวะเครียดเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychological Risk Factors) ที่ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง เมื่อร่างกายมีความรู้สึกเครียด จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยการหลั่งสารแอดรีนาลิน (Adrenalin) ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หลอดเลือดหดตัว กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งตัว มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด การแลกเปลี่ยนสารอาหารและการขับของเสียได้ไม่ดี กล้ามเนื้อจึงเกิดการล้า ไม่สามารถหดและยืดขยายตัวได้เต็มที่ และเมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหว จึงเกิดอาการปวดหลังขึ้นมาได้ (นงเยาว์ มานิตย์, 2553, น.97)

2.2.6 สาเหตุส่งเสริมด้านอื่น ๆ

2.2.6.1 อายุ คือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะต่าง ๆ เสื่อมเพิ่มขึ้น โดยความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อจะลดลง อาการปวดหลังส่วนล่างมักพบมากใน วัยทำงาน อายุระหว่าง 25-45 ปี

2.2.6.2 เพศ โดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างมากกว่าเพศชายเนื่องจาก เพศหญิงมีสภาพร่างกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยกว่าเพศชาย

2.2.6.3 ดัชนีมวลกาย (BMI) คนที่มีดัชนีมวลกายสูงเกินมาตรฐาน มักจะมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอ โดยเฉพาะคนที่รูปร่างอ้วน (ค่า BMI มากกว่า 30 kg/m²) จะมีหน้าท้องยื่นออกมามาก ทำให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายยื่นออกมาด้านหน้าห่างจากแนวกระดูกสันหลัง ทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงดึงหน้าท้องมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุล สามารถทรงตัวอยู่ได้ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังทำงานหนัก

2.2.6.4 การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มที่จะปวดหลังมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่ม เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงยังกระดูกสันหลังลดลง การสูบบุหรี่ทำให้มีปริมาณของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง หลอดเลือดมีการหดตัว เกิดภาวะพร่องในการสร้างไฟบรินและเม็ดเลือด ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงเกิดการขัดขวาง กระบวนการซ่อมแซมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ส่งผลให้เกิดการเสื่อมก่อนเวลาอันควร และในผู้ที่สูบบุหรี่บ่อย จะมีการไอบ่อยครั้ง ทำให้เกิดแรงเครียด ส่งผลต่อแรงดันที่หมอนรองกระดูกมากขึ้น

2.2.6.5 การขาดการออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ ขาดความยืดหยุ่นและขาดความแข็งแรง ส่งผลให้ความทนทานในการรองรับแรงกระแทกได้น้อย เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นได้สูง และกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (นงเยาว์ มานิตย์, 2553, น.97)

2.2.6.6 ลักษณะในการทำงาน เช่น ลักษณะงานที่มีความเครียด ระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานแข่งกับเวลา ลักษณะของงานที่ถูกจำกัดท่าทางให้อยู่ในท่าเดิมนาน ๆ เกิน 2 ชั่วโมง และการยกของหนักมากกว่า 25 ปอนด์ (11.34 กิโลกรัม) ทำให้เกิดการเพิ่มแรงดันในหมอนรองกระดูก อาจทำให้หมอนรองกระดูกขาดสารอาหารเกิดการฉีกขาด และโป่งยื่นของหมอนรองกระดูก

ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

1. ผลกระทบด้านร่างกาย อาการปวดนั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยอาการปวดหลังทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง เกิดของเสียคั่งค้างบริเวณนั้นมาก ทำให้กล้ามเนื้อโดยรอบเกิดการอักเสบ และเคลื่อนไหวได้ไม่สะดวก เนื่องจากถูกการจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยอาการปวด ส่งผลให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงและช้าลงกว่าเดิม ทำให้กล้ามเนื้อขาดความแข็งแรง กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น ก่อให้เกิดอาการปวดมากขึ้น เมื่อความปวดรุนแรงขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง เกิดความเหนื่อยล้าง่าย เบื่ออาหาร ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลียและความทนต่อความปวดลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม อาการปวดหลังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปกติ ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ ความสามารถในการทำงานลดลง และความตึงตัวของ

ร่างกายมากขึ้น กิจกรรมทางสังคมลดลง ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เมื่ออาการปวดไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะเก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม และไม่ยอมออกจากบ้าน ส่งผลต่อภาวะจิตใจ และอารมณ์ ทำให้รู้สึกโกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

3. ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ อาการปวดหลังส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะจำกัดความสามารถของร่างกาย ทำให้ต้องหยุดงาน สูญเสียรายได้ หลังจากที่ได้รับการบำบัดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทอาชีพ มีอิสระน้อยลง เวลาการดูแลตัวเองลดลง ฐานะเศรษฐกิจแย่ลง และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ เพราะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นจำนวนมาก

สรุปการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างแบบชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือ แบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific) เนื่องจากอาการปวดหลังส่วนล่างพบมากในโรกระบบกล้ามเนื้อรวม โครงสร้างและเนื้อเยื่อเสริม โดยส่วนมากเกิดจากการทำงาน ซึ่งอาการปวดหลังส่วนล่าง คือ อาการปวดเฉพาะที่ เกิดระหว่างกระดูกสันหลังส่วนอกที่ 12 (T12) จนถึงบริเวณกระเบนเหน็บ (S1) โดยจะมีอาการปวดชาหรือไม่มีก็ได้ แต่ไม่พบภาวะกระดูกหักหรือเคลื่อน และไม่มีอาการทางระบบประสาท โดยร้อยละ 90 เป็นอาการปวดหลังชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

การประเมินอาการปวด มีความสำคัญและเป็นหัวใจหลักในการประเมินสำหรับโรคที่มีอาการปวดเป็นอาการสำคัญ เพราะการประเมินอาการปวดสามารถแสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค และความทนทานต่อความปวดของผู้ป่วย ดังนั้นการเลือกใช้วิธีการประเมินอาการปวดที่เหมาะสมและถูกต้อง จะส่งผลให้การวางแผนการรักษา และการประเมินผลการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการปวด มีหลายรูปแบบที่นิยมใช้โดยจะเลือกตามความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละบุคคล

1. ระดับอาการปวด เป็นสิ่งสำคัญอย่างแรกของการประเมินอาการปวดคือ ความรุนแรงของอาการปวดอยู่ระดับไหน เช่น ปวดน้อย ปวดปานกลาง หรือปวดมากรุนแรง เพื่อจัดกลุ่มอาการปวด วางแผนการรักษา และเลือกวิธีการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับระดับการปวดนั้น ๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ (นิตยา ไม้จิ้น, 2556, น.9)

1.1 ปวดน้อย อาการปวดที่ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับอาการปวดและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 ปวดน้อย ความรุนแรงน้อยแทบไม่รู้สึกถึงอาการปวด เหมือนยุกกิด
อาจจะแค่รู้สึกปวดรำคาญ

ระดับ 2 ไม่สุขสบาย อาการปวดน้อย เหมือนผิวโดนหยิกโดยเล็บ มีอาการตอบสนองต่อความเจ็บเล็กน้อย

ระดับ 3 ยังทนได้กับอาการปวด เริ่มรู้สึกเจ็บ ความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับอาการปวดได้เมื่อไม่ได้รับการรักษา

1.2 ปวดปานกลาง อาการปวดที่มีผลรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับความเจ็บปวดได้ แต่ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้อยู่

ระดับ 4 อาการปวดจนขาดความสุข ปวดลึกเหมือนปวดฟัน จะรู้สึกเจ็บเมื่อมีสิ่งกระตุ้นมาโดนผิว หรือเหมือนโดนบีบอย่างแรง

ระดับ 5 อาการปวดจนทำให้ทุกข์หรือขาดความสุข ปวดลึกเหมือนโดนตีที่แขน และยังรู้สึกกังวลใจกับการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปแต่อาการปวดจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น

ระดับ 6 อาการปวดมาก ปวดลึกเหมือนโดนตีที่แขน ปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ เหมือนกับปวดศีรษะไมเกรนและรุนแรงมาก เริ่มปวดไม่ทราบสาเหตุ เริ่มมีปัญหาต่อการทำงานและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

ระดับ 7 อาการปวดรุนแรงขึ้น ปวดจะมากขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้อย่างอิสระ

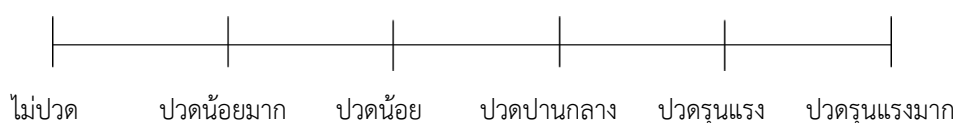
ระดับ 8 อาการปวดไม่ดีขึ้น ปวดรุนแรง อาการปวดผ่านไปได้อย่างยากลำบาก ปวดเป็นเวลานาน ปวดบ่อยขึ้น

ระดับ 9 อาการปวดมาจนทนไม่ได้ ปวดรุนแรง และต้องการที่จะผ่าตัดโดยไม่คำนึงถึงผลข้างเคียง ไม่มีความสุขกับชีวิต

ระดับ 10 อาการปวดรุนแรงมาก ไม่สามารถบอกได้ จนไม่รู้สึктัวบางเวลา

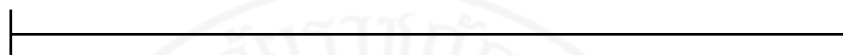
2. เครื่องมือประเมินอาการปวดหลัง

2.1 แบบประเมินระดับความรุนแรงอาการปวดด้วยคำอธิบาย (Verbal Rating Scales; VRS) โดยใช้คำบรรยายลักษณะความรุนแรงของอาการปวด มี 6 ระดับ ประเมินโดยการตอบแบบสอบถามคำบรรยายลักษณะอาการปวด ได้แก่ ไม่ปวด ปวดน้อยมาก ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง และปวดรุนแรงมาก การประเมินวิธีนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษา แต่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดเป็นตัวเลขได้ ใช้ง่าย และรวดเร็วในการประเมิน (Chapman et al., 1985, p.10) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Verbal Rating Scales : VRS

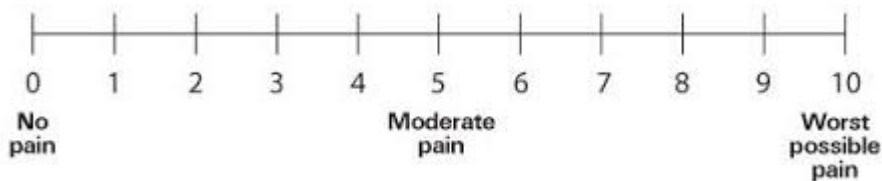
2.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงอาการปวดชนิดเส้นตรง (Visual Analogue Scale; VAS) เป็นวิธีการประเมินอาการปวดที่พัฒนาขึ้นจากมาเพื่อตรวจวัดความปวด (Huskisson, Jones, and Scott, 1976, pp.185-187) มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนหรือแนวตั้ง มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านหนึ่งแทนค่า ด้วยเลข 0 หมายถึงไม่ปวดเลย ปลายอีกด้านแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Visual Analogue Scale : VAS

โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาท (x) บนเส้นว่างในเส้นที่ตำแหน่งตามระดับความปวดของตนเองในช่วงเวลานั้น และผู้ประเมินจะวัดระยะห่างจากจุดที่ไม่ปวด (ตำแหน่งเลข 0) ไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ หน่วยเป็นเซนติเมตรแล้วจึงแปลผล ระยะทางที่วัดได้จะแปลผลเป็นคะแนนจะอยู่ในช่วง 0-10 การประเมินนี้มีความไวและความแม่นยำ สามารถใช้ได้ง่าย ข้อเสียคือ เข้าใจยากในผู้สูงอายุและในเด็ก มีอิสระในการเลือกที่กว้างเกินไป ก่อให้เกิดความสับสน และมีข้อจำกัดในผู้พิการทางสายตา

2.3 แบบประเมินระดับความรุนแรงอาการปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวด โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วย 0 หมายถึง ไม่ปวด และปลายอีกข้างแทนค่าด้วยตัวเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงความรุนแรงของความปวดแล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร แทนค่าความปวดเหมือนการให้คะแนนความปวด (Pain Score) เป็น 0-10 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดดังนี้ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย = 0-3 คะแนน (Absent to Minimal) ปวดปานกลาง = 4-7 คะแนน (Moderate) ปวดมากถึงมากที่สุด = 8-10 คะแนน (Severe) (Pathak, Sharma, and Mark, 2018, pp.1-8) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric Rating Scale: NRS

โดยแบบประเมิน Numeric Rating Scale : NRS มีข้อดี คือ มาตรฐานมีลำดับตัวเลขแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ทำให้เข้าใจและประเมินความรู้สึกปวดได้ง่ายแม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการมองเห็น ก็สามารถตอบแบบประเมินโดยการบอกระดับอาการปวดด้วยคำพูดได้ มีความเที่ยงตรง มีความไวในการประเมินระดับความปวด และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติได้

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดทั้ง 3 วิธี พบว่าเมื่อนำไปใช้ในแบบประเมินระดับความรุนแรงอาการปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) ใช้ง่าย เข้าใจง่าย มีความชัดเจนในการบอกระดับอาการปวด ผู้ที่มีปัญหาทางสายตาก็สามารถทำความเข้าใจ ประเมินระดับอาการปวดได้ง่าย สามารถนำตัวเลขที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติได้ (Hjermstad et al., 2011, p.1089) และเกิดประโยชน์มากที่สุด โดยแบบประเมินระดับความรุนแรงอาการปวดชนิดเส้นตรง (Visual Analogue Scale; VAS) ใช้อยากที่สุดรวมถึงพบความผิดพลาดมากที่สุด (Williamson and Hoggart, 2005, p.803)

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

การรักษาโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายจากอาการปวด สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ปกติ สามารถกลับไปทำงานได้เร็วและป้องกันการเสื่อมของโครงสร้างที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จะประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การใช้ยา แพทย์ทางเลือก การให้ความรู้ และการออกกำลังกาย (นงเยาว์ มานิตย์, 2553, น.97)

1. การใช้ยา (Medicine Using)

เพื่อลดอาการปวด ลดการอักเสบ และลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยยาที่ใช้มี 3 ประเภท คือ ยาแก้ปวด (Analgesics) ยาต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory Drugs) และ ยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxants) การใช้ยาแก้ปวดจะพบการใช้มากในผู้ป่วยอาการปวดหลังส่วนล่างชนิดเฉียบพลัน เพื่อลดอาการปวด ลดความรุนแรงของอาการ แพทย์มักใช้ยาต้านการอักเสบและลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อพร้อมกัน เพื่อให้อาการปวดทุเลาเร็วขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วย

ปวดหลังส่วนล่างชนิดเรื้อรัง มักจะมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อาจพิจารณาการให้ยาคลายเครียดหรือยาลดอาการซึมเศร้าได้ (Antidepressant) เพื่อช่วยลดความรุนแรงของการใช้ยาเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ โดยจะคำนึงถึงอาการความรุนแรง โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งการใช้ยาจะเริ่มใช้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อยก่อน เช่น ยาแก้ปวดควรใช้ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) เป็นต้น พบว่ามีผลข้างเคียงคือ การระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร เกิดการย่อยอาการไม่สมบูรณ์ มักพบการปวดท้อง เป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ รายที่เป็นรุนแรงอาจมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และกระเพาะอาหารทะลุ บางรายอาจมีปัญหาการติดยาในกลุ่มยาคลายเครียด ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างชนิดเรื้อรัง มักพบอาการซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการใช้ยามากเกินไป และเกิดการติดยาได้ (van Tulder, Koes, and Bouter, 1997, pp.2128-2156)

2. การรักษาตามวิธีแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine)

เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้เพื่อลดอาการปวด และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น การทำกายภาพบำบัด และการฝังเข็ม เป็นต้น วิธีการรักษาแพทย์ทางเลือกนี้ สามารถช่วยลดอาการปวด และช่วยฟื้นฟูสภาพของโครงสร้างหลังได้ดียิ่งด้วย ดังนี้

2.1 การทำกายภาพบำบัดโดยการดัด ดึงข้อ (Manipulation, Mobilization) บริเวณหลังส่วนล่างในกรณีที่กระดูกสันหลังตีบแคบ หรือกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับเส้นประสาท ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็งให้มีการยืดขยาย ช่วยลดการหดเกร็งตัวบริเวณ หลังส่วนล่าง จึงช่วยลดอาการปวด (จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน, 2558, น.30)

2.2 การใช้อุปกรณ์พยุงหลัง (Lumbar Support) ช่วยในการพยุงลำตัวและกล้ามเนื้อหลังให้อยู่ในแนวปกติและมั่นคง ทำให้ผู้ที่สวมใส่มีความตระหนกและระมัดระวังตนเองให้มีท่าทางหรือ อิริยาบถที่ถูกต้อง และเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

2.3 การยืดกล้ามเนื้อ (Stretching) ช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนโลหิต กระตุ้นการแลกเปลี่ยนสารอาหาร และช่วยขับของเสียโดยเฉพาะกรดแลกติกที่ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความอ่อนล้า

2.4 การฝังเข็ม (Acupuncture) เป็นการกระตุ้นใยประสาททำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) จะช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดความไม่สบายกาย และหลั่งสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ปัจจุบันมีการใช้วิธีการฝังเข็ม รักษาอาการปวดเรื้อรังรวมทั้งอาการปวดหลังส่วนล่างด้วย (สุธาสินี สายวดี และปิติชา อะมริต, 2558, น.34)

3. การให้ความรู้ (Health Education)

การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ถูกต้อง ช่วยลดอาการปวด ลดความรุนแรง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (นิตยา ไมจิ้น, 2556, น.43) เนื่องจากสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่เกิดจากลักษณะของการทำงาน ท่าทางการทำงาน สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยงจากตัวผู้ป่วยเอง ที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการปวด ความรุนแรง ผลกระทบ แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน อิริยาบถในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

4. การออกกำลังกาย (Therapeutic Exercise)

การออกกำลังกายที่มีความจำเพาะเจาะจงนั้นมีรายงานการศึกษาว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างมากในการรักษาอาการปวดหลังทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง (Henchoz and Kai-Lik So, 2008, pp.533-539 ; van Middelkoop et al., 2010, pp.193-204) การออกกำลังกายที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ (Stretching Exercise) การออกกำลังกายเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ (Endurance Exercise) และการออกกำลังกายเพิ่มความมั่นคงของข้อต่อ (Stabilization Exercise) ซึ่งการยืดกล้ามเนื้อนั้น เป็นวิธีการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้เอง ด้วยท่าทางการออกกำลังกายที่ไม่ซับซ้อน มีความปลอดภัย ใช้เวลาน้อย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ไม่สูญเสียค่าใช้จ่าย และสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน

5. การฝังเข็ม (Acupuncture)

การฝังเข็มเป็นศาสตร์ทางการแพทย์แผนจีนที่มีมายาวนานราว 4,000 ปีในประเทศจีน แต่หลักฐานแน่ชัด ที่พบจากการถูกบันทึกครั้งแรกพบเข็มที่ทำจากหินเมื่อประมาณกว่า 2,000 ปี ในราชวงศ์ฮั่น มีการบันทึกตำราแพทย์เกี่ยวกับการฝังเข็มและพบเข็มที่ทำด้วยเงินและทองในสมัยนั้น ซึ่งนักวิทยาศาสตร์และแพทย์แผนปัจจุบันได้อธิบายผลของการรักษาด้วยการฝังเข็มอย่างหลากหลาย เช่น การปักเข็มลงบนจุดฝังเข็ม ส่งผลให้เกิดการหลั่งของสารคล้ายมอร์ฟินในประสาทส่วนกลางของสมอง ไชซินหลัง รวมทั้งเส้นประสาทส่วนปลาย คือสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) จะสามารถยับยั้งอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น จะช่วยระงับอาการปวดได้ และสารออโตคอนมีผลช่วยลดการอักเสบ โดยการฝังเข็มจะเพิ่มการไหลเวียนเลือดและสารที่จำเป็น (Micro Circulation) ในร่างกาย ส่งผลให้บริเวณที่มีการฝังเข็มนั้นมีการซ่อมแซมตัวเองได้อย่างรวดเร็ว ระงับความเจ็บปวด ลดการอักเสบ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ บวม ฟกช้ำ เลือดคั่ง ปรับการทำงานของระบบประสาทและสมอง

(สุธาสิณี สายวดี และปิติชา อะมริต, 2558, น.34)

5.1 การฝังเข็มกับการรักษาโรค

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ การฝังเข็มจากนานาประเทศครั้งแรกที่ กรุงปักกิ่ง เมื่อ ค.ศ. 1979 และได้กำหนดรายชื่อโรคที่แนะนำให้ การฝังเข็มเป็นทางเลือกในการรักษาโรคไว้ 43 โรค ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ได้มีการจัดประชุมขึ้น เป็นครั้งที่ 2 และได้เพิ่มรายชื่อโรคเป็น 58 โรค สำหรับ โรคที่องค์การอนามัยโรคยอมรับและประกาศ ให้การรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีฝังเข็ม มีดังนี้

การรักษาที่ได้ผลเด่นชัดเป็นพิเศษ ได้แก่ อาการปวดเรื้อรัง เช่น ปวดคอ บ่า ไหล่ หลัง เอว หัวเข่า ปวดจากโรครูมาตอยส์ ปวดจากการเคล็ด ชัด ยอก ปวดประจำเดือน ปวดนิ้วในอุ้งน้ำดี อาการปวดที่สาเหตุจากความเครียดหรือก่อนมีประจำเดือน และจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ปวดในระบบ ทางเดินปัสสาวะ ปวดเส้นประสาท หรือปวดเส้นประสาทบนใบหน้า ปวดหลังการผ่าตัด ปวดศีรษะไมเกรน อาการซึมเศร้า อาการทั่วไป เช่น อัมพฤกษ์ผลข้างเคียงจากป่วยด้วยโรคทางสมองความดัน โลหิตสูงหรือต่ำ งูสวัด เม็ดเลือดขาวน้อยกว่าปกติ สมรรถภาพทางเพศลดถอย ภูมิแพ้หอบหืด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ขากรรไกรค้ำง แพ้ท้อง คลื่นไส้อาเจียน การเลิกเหล้า บุหรี่และยาเสพติด

5.2 วิธีการฝังเข็ม

แพทย์จะใช้เข็มที่มีปลายเล็กและบางความสั้นยาวขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่จะฝัง ลักษณะเข็ม จะเป็นเข็มตัน ปลายตัด ไม่มีสารและยาชนิดใดเคลือบเข็มอยู่และจะใช้เพียงครั้งเดียวแล้วทิ้ง ไม่นำกลับมาใช้อีก แพทย์จะแทงเข็มลงไปตรงตำแหน่งของจุดฝังเข็มตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยใช้หลักการรักษาตามแนวทางของการแพทย์แผนจีน ขณะที่เข็มผ่านผิวหนัง ผู้ป่วยจะเจ็บเล็กน้อยและเจ็บไม่มาก และเมื่อเข็มแทงเข้าไปลึกถึงตำแหน่งของจุดฝังเข็ม จะมีอาการปวดตื้อ ๆ หรือ ปวดหน่วง ๆ ไปตามทางเดินของเส้นลมปราณ แพทย์จะวินิจฉัยการรักษาและทำการรักษาโดยการ ฝังเข็มตรงบริเวณที่ปวดโดยวิธีการแบบใดแบบหนึ่งตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ การฝังเข็ม ร่างกาย (Body Acupuncture), การฝังเข็มที่ศีรษะ (Scalp Acupuncture), การฝังเข็มร่วมกับการ กระตุ้นไฟฟ้า (Electro Acupuncture), การฝังเข็มบนใบหู (Magnetic Bell, Ear Acupuncture), การเจาะกระตุ้นผิวหนัง (Cutaneous Needle) การเจาะปล่อยเลือด (Blood Letting), การครอบแก้ว (Cupping) การรมยา (Moxibustion)

6. กายภาพบำบัด (Physical Therapy)

วิชาชีพกายภาพบำบัด หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการ เคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรือ

อุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศโดยคำแนะนำของคณะกรรมการให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์
กายภาพบำบัด (พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัดพ.ศ. 2547, 2547, น.52-53)

งานด้านกายภาพบำบัดจะครอบคลุมถึงการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาโรค และ
การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ระบบของร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติให้ได้มากที่สุด สามารถ
เคลื่อนไหวได้อย่างเต็มความสามารถ โดยเน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น โดยมีกระบวนการประเมิน
วางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว (ปนิพันธุ์ วชิตรังสฤทธ์, 2557, น.8)

โดยการกายภาพบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังนั้น มีจุดประสงค์เพื่อบรรเทา
อาการปวด และให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่ง
การทำกายภาพบำบัดเป็นวิธีการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่มีความสำคัญและใช้กันอย่าง
แพร่หลายในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดเพื่อลดอาการปวดมีหลายประเภท เช่น
การใช้ความร้อนโดยการประคบร้อน อัลตราซาวด์ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การตัด การขยับข้อต่อ การ
ดึงหลังกายภาพบำบัดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรับปรุงท่าทางการใช้งานหลังของผู้ป่วยใน
การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการบริหารร่างกาย การออกกำลังกายด้วยตัวเองเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น
ของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อให้เกิดการ
คลายตัว ลดอาการเจ็บปวด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความทนทานของกล้ามเนื้อ เพื่อ
ฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง สะโพก และหน้าท้อง ด้วยวิธีการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อ
เฉพาะส่วน ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อีกทั้ง นัก
กายภาพบำบัดยังมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการของโรค ผลกระทบจากโรค
ภาวะแทรกซ้อน เพื่อกระตุ้นเตือน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ออกกำลังกาย
อย่างต่อเนื่อง และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานและลดอาการปวด (จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน,
2558, น.30)

สรุปได้ว่า การจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจึงขึ้นอยู่กับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
แต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายที่สำคัญของการรักษา คือ ลดอาการเจ็บปวด สามารถกลับมาใช้
ชีวิตประจำวันได้โดยปกติให้มากที่สุด ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานประกอบอาชีพได้เร็ว ลด
ภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเสื่อมของโครงสร้างอื่น ๆ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำโดยการศึกษาใน
ครั้งนี้จะศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มารับการบำบัดรักษาโดยการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว

ความสามารถทางกาย

ความสามารถทางกาย (Physical Function) หมายถึง การเคลื่อนไหวของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้าง ทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกาย ความสามารถในการทำงานหรือการทํากิจวัตรประจำวัน ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การยืน การเดิน การท่องเที่ยว การเข้าสังคม การนอนหลับ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางกาย

1. อายุ อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ดังนั้นการฟื้นตัวจะช้ากว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า
 2. โรคร่วม หรือภาวะแทรกซ้อน การมีอาการป่วยเรื้อรังและเป็นหลายโรคส่งผลกระทบต่อบุคคลทางด้านกายภาพ สรีระและการทำงานที่ของระบบต่าง ๆ จึงส่งผลให้ความสามารถทางกายด้านต่าง ๆ ลดลง ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการฟื้นหายจากโรคด้วย
 3. ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลทำให้ความสามารถทางกายในการทํากิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาในการรักษาฟื้นฟูนาน
 4. ดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีการฟื้นตัวในการทํากิจวัตรประจำวันได้ช้าส่งผลต่อความเร็วในการเดิน จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยพยุงเพื่อช่วยในการเดิน
 5. การสนับสนุนทางสังคม การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการทํากิจวัตรประจำวันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้เร็วยิ่งขึ้น โดยการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็งขึ้น และรับผิดชอบในการฟื้นฟูความสามารถทางกายได้ดียิ่งขึ้น
 6. ระดับความปวด ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง จะมีความลำบากในการออกกำลังกายและการทํากิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและทำให้ความสามารถทางกายลดลง (ธนพร รัตนาธรรมวัฒน์, 2559, น.23-24)
- โดยการศึกษาในครั้งนี้จะศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อความสามารถทางกายในการทํากิจวัตรประจำวัน ที่ทำให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถ (Disability) (นพวรรณ จันณรงค์, 2550, น.25) ที่ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานและการทํากิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง ภาวะจำกัดความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่ใช้ประเมินปัญหาที่เป็นปัญหาหลังของผู้ป่วย และใช้กันมากในกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู และในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โรคข้ออักเสบ และการติดตามอาการเจ็บปวดภายหลังจากการได้รับการกระทบกระเทือนที่หลัง เพื่อนำไป

วัดภาวะจำกัดความสามารถผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอน เพราะการวัดระดับความเจ็บปวดอย่างเดียวอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ระดับการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจกระทำได้มากขึ้น โดยการประเมินภาวะจำกัดความสามารถ ซึ่งสามารถประเมินได้จาก The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Version 1.0) ฉบับภาษาไทย โดยแบบประเมินนี้ สามารถประเมินอาการปวดหลังที่มีการจำกัดกิจวัตรประจำวัน โดยประกอบด้วย การสอบถามถึงความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (อาบน้ำ, แต่งตัว) การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม (การไปตลาด ดูหนัง ไปห้างสรรพสินค้า) และการเดินทาง (Franca, Burke, Hanada, and Marques, 2010, pp.1013-1017; Sanjaroensuttikul, 2007, pp.1417-1422)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นโมเดลที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัวพร้อมทั้งรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันและฟื้นฟูร่างกาย ตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าการคุกคามตนเอง และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ซึ่งต่อมา โรเซนสต็อก ได้สรุปองค์ประกอบ พื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ เพราะการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974, pp.328-335) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคล

เหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นจะอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่าทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค โดยจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือการป้องกันการบาดเจ็บ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมดูแลตนเองนั้น ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์หรือสิ่งทีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์ นั้น จะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้น

ภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของ ร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก หรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกประเด็นในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งจะส่งผลให้การรักษาเป็นไปในทางที่ดีมากยิ่งขึ้นถ้าผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเอง และออกกำลังกายอย่างเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ยังมีการรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังในสถานบริการด้านสุขภาพค่อนข้างน้อยและยังมีข้อจำกัดด้านการศึกษาอยู่หลายประการ เช่น ผู้ป่วยยังขาดกำลังใจ และความมั่นใจในความสามารถตนเองในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทฤษฎีสามารถตนเองในการประยุกต์ใช้ร่วมกัน

ทฤษฎีความสามารถตนเอง

ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดาได้พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory) สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของ Bandura นั้นมีความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยส่วนบุคคล (Person) ร่วมด้วยและจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavior) และสภาพแวดล้อม (Environment) แต่บางปัจจัยอาจจะมีอิทธิพลไม่เท่าเทียมกัน และอาจจะไม่ได้เกิดพร้อมกัน ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1997, p.80)

ทฤษฎีความสามารถตนเอง ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation)

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึงการตัดสินใจ ความสามารถตนเองว่าสามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต พิจารณาจากความรู้สึกความคิดการตั้งใจและพฤติกรรม มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

1.1 การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากถือว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงต่อบุคคล เมื่อ

เห็นความสำเร็จบุคคลจะเชื่อว่าจะสามารถทำได้ จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมกับให้รับรู้ความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลนั้นตั้งใจพยายามทำงาน ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหา เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้เห็นได้สังเกตตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ จะส่งผลต่อความรู้สึกของบุคคลว่าถ้าพยายามและไม่ย่อท้อจะทำให้มีความสามารถที่จะกระทำได้เช่นกัน การเสนอตัวแบบหลาย ๆ ตัว จะช่วยให้ได้ตัวแบบที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้พฤติกรรมที่แสดงออกในหลากหลายสถานการณ์ ตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจะทำให้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง

1.2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) คือ ตัวแบบที่นำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต การ์ตูน เป็นต้น

แนวทางในการเลือกตัวแบบนั้นควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เช่น เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม และสามารถทำได้เช่นกัน ตัวแบบควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาผู้สังเกต แต่ไม่ควรมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกได้ว่าการกระทำแบบนั้นอาจจะไม่เกิดขึ้นจริงกับเขา ระดับความสามารถของตัวแบบควรมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต ตัวแบบควรมีลักษณะเป็นกันเองอบอุ่น และตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วควรได้รับการเสริมแรงจะทำให้ผู้สังเกตมีความสนใจเพิ่มขึ้น

1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) คือการบอกกล่าวว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ เป็นวิธีที่เข้าใจง่าย ใช้งานง่ายและใช้กันทั่วไป แต่การใช้คำพูดชักจูงนั้นควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องคอยสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปให้เกิดความสำเร็จเป็นลำดับขั้นตอน

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน เมื่อบุคคลถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความกังวล ความเครียด ความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำลง นำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น ในทางตรงข้ามกันการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความสุข และเป็นกันเอง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่เชื่อมั่นในตัวเองเพิ่มขึ้นอีกด้วย

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวัง

ในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์นั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านกายภาพ (Physical Effects) หมายถึง ความเชื่อว่าหลังจากปฏิบัติแล้วสิ่งนั้นส่งผลต่อร่างกาย ทางบวกคือทำให้สุขสบายทางกาย ทางลบคือทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย

2.2 ด้านสังคม (Social Effect) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการกระทำหรือการปฏิบัติสิ่งนั้นแล้วส่งผลต่อสังคม ทางบวกคือได้รับความสนใจจากสังคม ได้รับสิ่งตอบแทนเป็นรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น ทางลบคือถูกสังคมต่อต้าน การถูกเพิกถอนอภิสิทธิ์ต่าง ๆ เป็นต้น

2.3 ด้านประเมินด้วยตนเอง (Self-evaluation) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติหรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเอง ทางบวกคือความพึงพอใจตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ในทางลบคือ การตำหนิตนเอง ความรู้สึกไม่พอใจต่อตนเอง (นิตยา ไม้จิ้น, 2556, น.9-16)

ดังนั้น ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองได้สูง จะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แม้จะล้มเหลว หรือยากที่จะพยายามให้สำเร็จ ความคาดหวังกับผลลัพธ์ก็จะสูงตาม แต่สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเอง จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา เนื่องจากคิดว่าเป็นสิ่งที่ตนนั้นไม่สามารถทำได้ ยาก และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้นต่ำ ทำให้ไม่เกิดความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเด็นในด้าน การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome Expectation) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองสามารถป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยและส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะด้านท่าทางการทำงาน และด้านการบริหารร่างกายได้ดี (นิติตา ธารีเพียร, ทศนีย์ร์ วิวรกุล, สุรินธร กลัมพากร และวงเดือน บันดี, 2552, น.1) โดยผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถของตนเองได้มากจะส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างที่ลดลง กล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แม้จะล้มเหลว หรือยากที่จะพยายามให้สำเร็จจุล่ง ซึ่งส่งผลให้ความคาดหวังเกี่ยวกับการลดอาการปวดหลังส่วนล่างก็จะสูงตาม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองต่อการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่าง จึงเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม เพื่ออธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่าง และเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม โดยทั้ง 2 ทฤษฎีนี้จะนำมาใช้เป็นการออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนักคิด ทั้งในระดับตัวบุคคล และระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน

เอง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมด้านการเพิ่มความสามารถของตนเอง ในการจัดการอาการปวดหลังที่บ้านด้วยตนเอง รวมถึงการเสริมแรงและการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวในการจัดการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของตนเอง ได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง มาใช้แก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ ได้รับการฝังเข็มในคลินิก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเองจาก อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง สามารถนำไปปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ออกกำลังกายด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเจ็บปวด รวมถึงคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เพื่อลดและป้องกันการกลับมามีอาการปวดหลังซ้ำของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

นิธิตา ธารีเพียร, ทศนีย์ร วิวรกุล, สุรินธร กลัมพากร และวงเดือน บันดี (2552, น.1-10) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกัน อาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ จำนวน 69 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 35 คน ใช้ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ความคาดหวังในผลดีของการ ป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะด้านท่าทาง การทำงาน และด้านการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) และ มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

อติพงศ์ พิมพ์ดี (2553, น.120) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกาย โดยการเดินรำจังหวะ Paslop เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีการทรงตัวดีกว่าก่อนการ ทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษาไปใช้เพื่อ ป้องกันการหกล้มในวัยก่อนวัยสูงอายุได้

ชัยชนะ วิริยะกุล (2557, น.43-51) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตำบลโคกกลาง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันมะเร็งตับในท่อน้ำดีประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ (2557, น.601-608) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาหารปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พื้นที่ตำบลเขื่อน อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 36 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมผู้ป่วยร้อยละ 83.33 มีคะแนนระดับความเจ็บปวดลดลง และมีผู้ป่วยร้อยละ 77.27 มีสมรรถภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น และมีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อเป็นเวลา 2 ปี พบว่ามีผู้ป่วยมีอาการปวดหลังซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลโกสุ่มพิสัยคิดเป็นร้อยละ 13.88 ของ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกัน อาการปวดหลังสามารถลดอาการปวดหลังช่วยให้สมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น และการให้บริการกายภาพบำบัดเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเขื่อน ส่งผลผู้ป่วยมีความรู้และลดการกลับมาเป็นซ้ำของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้

จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน (2558, น.23-38) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง แบบเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง เป็นเวลา 3 วัน วันละ 2 ครั้ง เข้า-บ่าย รวม 6 ครั้ง และติดตามผลหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1 เดือน ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง แบบเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง ที่รักษาในศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 30 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มตัวอย่าง 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองและการออกกำลังกายหลังการผ่าตัดได้ดีกว่าก่อนการทดลอง ($p = .05$) และภายหลังการผ่าตัดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองและการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .05$)

สุธาสินี สายวดี และปิติชา อมรริต (2558, น.33-42) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การรักษาอาการปวดหลังด้วยการฝังเข็ม กรณีศึกษาคลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและแผนกแพทย์แผนจีนโรงพยาบาลบ้านลาด จำนวน 20 คน พบว่าสาเหตุอาการปวดเกิดจากการทำงานหนัก ระยะเวลาที่ปวดส่วนมากอยู่ที่ 1-3 เดือน หลังการรักษาผู้ป่วยอาการปวดหลังด้วยการฝังเข็มภายใน 1 รอบการ

รักษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผลการฝังเข็มรักษาอาการปวดหลังมีประสิทธิผลต่อการลดความรุนแรงอาการปวดหลัง ($p < .001$) และการฝังเข็มรักษาอาการปวดหลังสามารถลดความถี่ของอาการปวดหลังได้ ($p < .001$)

กริชชากร บุตรพิชัย (2559, น.48-50) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มเกษตรกรบ้านทุ่งกล้วย ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 105 คน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการศึกษาที่ต่างกัน (ก่อนและหลังการอบรม) จะมีระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่าง ระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติตนเรื่องการดูแลตนเอง และการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างที่ต่างกัน ($p = .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มเกษตรกรชุมชนบ้านทุ่งกล้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ (2560, น.77) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการจัดกระทำด้านการยศาสตร์ต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และอาการปวดหลังของพนักงานแกะสลักไม้ ศึกษาในพนักงานแกะสลักไม้ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 43 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง เป็นพนักงานแกะสลักไม้ใน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และกลุ่มควบคุม เป็นพนักงานแกะสลักไม้ใน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลัง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) ในสัปดาห์ที่ 6, 8 และ 12 เมื่อเปรียบเทียบระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .05$) ในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระดับความยืดหยุ่นดีกว่าก่อนการทดลอง ($p = .05$) ในสัปดาห์ที่ 6, 8 และ 12 แสดงให้เห็นว่าเวลา 8 สัปดาห์ เพียงพอต่อผลคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลัง สามารถเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังการทดลองได้ และสามารถวัดระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังได้

กาญจนาภ คงคาน้อย และองอาจ ศิริกุลพิสุทธิ์ (2562, น.30-74) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม และความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์ทางเลือก เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และติดตามผลเมื่อครบ 3 เดือน จำนวน 46 คน พบว่าระยะเวลาความเจ็บป่วยหรือเกิดอาการ ส่วนใหญ่จะปวดเรื้อรังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการฝังเข็มเปรียบเทียบกับก่อนและหลังฝังเข็ม ผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเข็มรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด จะมีอาการปวดลดลงตาม ระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของการฝังเข็ม ($p = .05$)

อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, จุรีรัตน์ กอเจริญยศ, บุญรอด ดอนประเพ็ญ และมารศรี ศิริสวัสดิ์ (2562, น.1-13) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถ ในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ ศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 60 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ และสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีอาการปวดหลังส่วนล่างและภาวะจำกัดความสามารถ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

คุก ที ฮอง วัน (Khuc Thi Hong Anh) (2017, p.4) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ในแผนกสูติศาสตร์ของโรงพยาบาลัคมาย กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 126 คน พบว่า ความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าส่งผล ในทางลบต่อการฟื้นตัว ($r_s = -.56, -.46, -.58, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการฟื้นตัว ($r_s = .48, p < .05$) และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัว ($p > .05$)

จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษาเกี่ยวกับการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาการปวดตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน ระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมจะส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติตนเรื่องการดูแลตนเองและการป้องกันตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยพบว่า ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาที่พบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เช่น เมื่อผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้รับการรักษาโดยการฝังเข็ม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จะพบอาการปวด ความรุนแรงของโรค และความถี่ในการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง รวมถึง พบความเปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ทั้งในกลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดปวดหลังส่วน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค รวมถึงปัจจัยร่วม และการออก

กำลังภายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของการทำงานในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง แต่ยังคงพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยใดนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และยังไม่ม้งานวิจัยใดที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ร่วมกันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับการฝังเข็ม ในคลินิกฝังเข็มมาก่อน



บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-posttest Design) โดยศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่มารับการรักษา ณ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
5. ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอก ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-45 ปี ที่มารับบริการคลินิกฝังเข็ม ของโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาผู้ป่วยนอกในช่วงปี 2562-2563 จำนวน 298 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power 3.1.9.2 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ระดับ 0.05 และจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ในตัวแปรความสามารถทางกายจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ของนุชรรัตน์ มูลเมืองแสน ณิชภาภัทร พุฒิกามิน และรุ่งทิพย์ พันธเมธากุล (2556, น.107-114) ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.65 ดังนั้น จึง

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน และต้องมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก-การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-45 ปี
 2. มีอาการปวดหลังส่วนล่างมานานอย่างน้อย 3 เดือน
 3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแบบชนิดไม่ทราบสาเหตุ
 4. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ดี
 5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เต็มเวลา
- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ทราบสาเหตุแน่ชัด
2. มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคหัวใจ หรือโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ควบคุมไม่ได้เมื่อรวบรวมอาสาสมัครได้ตามเกณฑ์การคัดเลือก-คัดออกแล้ว ผู้ช่วยนักวิจัยทำการสุ่มผู้ป่วยด้วยวิธีการจับสลากเพื่อกำหนดผู้ป่วยลงในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มร่วมกับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัด

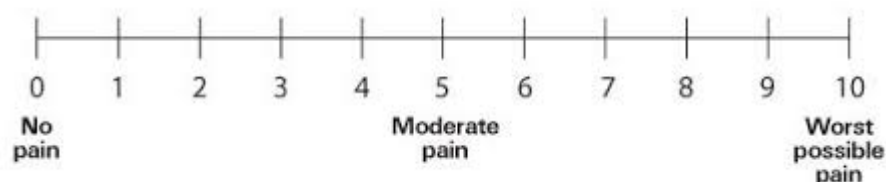
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบบสอบถาม (ภาคผนวก ค) โดยออกแบบจากการทบทวนวรรณกรรมและการดัดแปลงจากงานวิจัยก่อนหน้า รวมถึงเครื่องมือการวัดประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงและได้รับการยอมรับ อันประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคล ซึ่งจะประกอบไปด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ระดับการศึกษา ประวัติการทำงาน โรคประจำตัว ประวัติการประสบอุบัติเหตุ อาชีพ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเติม และแบบเลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการปวด ประเมินโดยใช้ Numeric Rating Scale; NRS คือเป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวด โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วย 0 หมายถึง ไม่ปวด และปลายอีกข้างแทนค่าด้วยตัวเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงความรุนแรงของความปวดแล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร แทนค่าความปวดเหมือนการให้คะแนนความปวด (Pain Score) เป็น 0-10 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความปวด (Pathak, Sharma, and Mark, 2018, pp.1-8) ดังภาพที่ 4

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ปวดเลย
คะแนน 1-3	หมายถึง	ปวดเล็กน้อย
คะแนน 4-5	หมายถึง	ปวดพอทนได้
คะแนน 6-7	หมายถึง	ปวดปานกลาง
คะแนน 8-9	หมายถึง	ปวดมาก
คะแนน 10	หมายถึง	ปวดมากที่สุด



ภาพที่ 4 การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric Rating Scale; NRS

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันของ Oswestry ฉบับภาษาไทย (Franca, Burke, Hanada, and Marques, 2010, pp.1013-1017; Sanjaroensuttikul, 2007, pp.1417-1422) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการเดินทาง โดยในแต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-5 จากนั้นคำนวณค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังของ Oswestry แปลงค่าเป็นร้อยละการจำกัดระดับความสามารถทางกาย โดยมีช่วงระดับร้อยละดังนี้

0% ถึง 20%	หมายความว่า	อาการปวดหลังที่มีอยู่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตเพียงเล็กน้อย
21% ถึง 40%	หมายความว่า	อาการปวดหลังที่มีอยู่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตปานกลาง
41% ถึง 60%	หมายความว่า	อาการปวดหลังที่มีอยู่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตรุนแรง
61% ถึง 80%	หมายความว่า	มีอาการปวดหลังรุนแรงมากถึงขั้นทุพพลภาพ

81% ถึง 100% หมายความว่า มีอาการปวดหลังรุนแรงมากจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

ส่วนที่ 4 แบบประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน (2558, น.31) โดยข้อความประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง 6 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 7 ข้อ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค 7 ข้อ และสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง 9 ข้อ รวมทั้งหมด 29 โดยเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน โดยนำค่าคะแนนดิบทั้งหมดของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมาหารด้วยจำนวนข้อเพื่อให้ได้ค่าคะแนนเต็มเท่ากับ 5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	กำหนดให้	5	คะแนน
มาก	กำหนดให้	4	คะแนน
ปานกลาง	กำหนดให้	3	คะแนน
น้อย	กำหนดให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	กำหนดให้	1	คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของเจตคติตามความเชื่อด้านสุขภาพ มีดังนี้

4.21-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.41-4.20	หมายถึง	มาก
2.61-3.40	หมายถึง	ปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	น้อย
1.00-1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ด้วยตนเองที่บ้าน ประยุกต์จากการศึกษาของ อรไท เจริญนุช (2553, น.37) โดยข้อความประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง 8 ข้อ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ 10 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ โดยเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน โดยนำค่าคะแนนดิบทั้งหมดของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมาหารด้วยจำนวนข้อเพื่อให้ได้ค่าคะแนนเต็มเท่ากับ 5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	กำหนดให้	5	คะแนน
มาก	กำหนดให้	4	คะแนน

ปานกลาง	กำหนดให้	3	คะแนน
น้อย	กำหนดให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	กำหนดให้	1	คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของเจตคติตามความเชื่อด้านสุขภาพ มีดังนี้

4.21-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.41-4.20	หมายถึง	มาก
2.61-3.40	หมายถึง	ปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	น้อย
1.00-1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

1.1 แบบประเมินหาความเที่ยงตรง โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องตาม วัตถุประสงค์ (Index of Item-objective Congruence; IOC) ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้รวบรวม ข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบประเมินความสามารถทางกายในการ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ และ แบบประเมินการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และอาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ด้าน วิทยาศาสตร์การกีฬา 1 ท่าน (ภาคผนวก ก) พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าในแต่ละรายข้อมีค่า ความตรงตั้งแต่ 0.66-1.00

1.2 แบบประเมินหาความเที่ยงตรง โดยการวิเคราะห์ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอน ทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับ ความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 4 ครั้ง (8 สัปดาห์)

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ก่อนดำเนินการทำวิจัย นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่ คลินิก แพทย์ทหาร จังหวัดอุดรธานี โดยนำแบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง นำไปทดสอบค่า ความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ Test-retested Reliability โดยประเมินการรับรู้อาการ 2

ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.97 ตามลำดับ (โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70) (อรพรรณ ตาทา ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และเอสเตอร์ กรีนกลาส, 2556)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ หมายเลขโครงการ URU-REC No. 049/63 COA. No. 052/2020 รับรองเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2563 (ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารด้านการพิทักษ์สิทธิ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ (URU-REC) เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ด้านการศึกษาเท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล สำหรับกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัด เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยสอบถามความสมัครใจ

ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้างานคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุดรดิตต์ เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลและดำเนินงานวิจัย
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยตามตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนของผู้ป่วยคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุดรดิตต์
3. ผู้ช่วยเหลือคนใช้ติดต่อกับผู้ป่วยโดยวิธีการโทรศัพท์เพื่อนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ โดยในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือคนใช้ทำการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กับการวิจัย รวมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ หลังจากอธิบายแก่ผู้ป่วยรับทราบไปแล้ว 24 ชั่วโมง (1 วัน)

4. เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ครบจำนวน 60 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดลงในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มร่วมกับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดโดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการฝังเข็มตามปกติ กลุ่มละ 30 คน

5. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำการนัดหมายกับผู้ป่วย โดยในวันเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยทำการประเมินตัวแปรที่ต้องการศึกษาในงานวิจัยจากแบบสอบถาม ณ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที

6. สำหรับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดของกิจกรรมทั้งแบบกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 90-120 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยครอบคลุมเนื้อหาสาระ (ภาคผนวก ง) ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

ชื่อกิจกรรมสร้างความรู้จัก ประกอบด้วย การแนะนำตัว กระบวนการสร้างความตระหนักและการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการรักษา แนวทางการป้องกันตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การสร้างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่บ้าน (กิจกรรมที่ให้ ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และความสามารถทางกายด้วยตนเอง การให้ความรู้ด้วยวิธีบรรยาย ประกอบสื่อรูปภาพ คลิปวิดีโอ การแจกและอธิบายวิธีการใช้งานคู่มือการดูแลตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่บ้าน การฝึกปฏิบัติท่าทางในชีวิตประจำวันและท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง การซักถามตอบ อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแบบกลุ่มใหญ่ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยด้วยกันเอง) รวมระยะเวลาทั้งหมด 120 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)

ชื่อกิจกรรมสร้างเป้าหมาย ประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตน เพื่อตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง รวมถึงการป้องกันและระมัดระวังต่อสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตและการทำงาน (กิจกรรมที่ให้

ได้แก่ การให้ความรู้ประกอบการบรรยาย การฉายภาพตัวแบบการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านและที่ทำงานที่เหมาะสม การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายเฉพาะส่วนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 5 ท่า (van Middelkoop, Rubinstein, Verhagen, Ostelo, Koes, and van Tulder, 2010, pp.193-204) และแนะนำวิธีประเมินผลของการออกกำลังกายด้วยตนเอง) รวมระยะเวลาทั้งหมด 90 นาที

ท่าที่ 1 ท่ายกของ

ยืนตัวตรง ย่อเข่า 2 ข้างลง จนก้นถึงน่องปลายเท้าจิกลง สันเท้ายกขึ้น นับค้างไว้ 10 วินาที กลับมายืนท่าเดิมนับเป็น 1 ครั้ง ปฏิบัติ 10 ครั้ง เพื่อยืดกล้ามเนื้อขาด้านหลังข้อเท้า

ท่าที่ 2 ท่าขณะอาบน้ำ ประกอบด้วย 3 ท่า ดังนี้

1. ท่าถูสบู่บริเวณข่ากลำตัว โดยใช้แขนซ้ายยกขึ้นเหยียดตรง ข้ามศีรษะ เอี้ยวตัวไปทางซ้าย พร้อมกับยกมือขวาขึ้นมาแตะใต้รักแร้ซ้าย เลื่อนมือขวาลงมาถึงสะโพกซ้าย เลื่อนขึ้น-ลงนับเป็น 1 ครั้ง ปฏิบัติ 10 ครั้ง ทำสลับซ้าย-ขวา เพื่อยืดกล้ามเนื้อสะบัก กล้ามเนื้อลำตัวและข้อศอก

2. ท่าถูสบู่บริเวณหลัง โดยมือข้างซ้ายยกเท้าสรวเอว งอข้อศอกขวาขึ้นขึ้น ใช้มือขวาไปแตะด้านหลังซ้ายให้มากที่สุดค่อย ๆ เลื่อนมือขวามาด้านหลังขวาให้ได้มากที่สุด เลื่อนไป - มา นับเป็น 1 ครั้ง ปฏิบัติ 10 ครั้ง ทำสลับแขน ซ้าย-ขวา เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ไหล่ สะบัก และอก

3. ท่าถูสบู่บริเวณขาทั้ง 2 ข้าง โดยยืนตัวตรงใช้มือทั้ง 2 ข้าง โอบเข้าซ้าย เลื่อนมือขึ้นพร้อมๆ กันจนถึงใต้ขาหนีบ เลื่อนขึ้น-ลง นับเป็น 1 ครั้ง ปฏิบัติ 10 ครั้ง ทำสลับขาซ้าย-ขวา เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อน่อง

ท่าที่ 3 ท่าใส่กางเกง ประกอบด้วย 2 ท่า ดังนี้

1. ท่ายืนใส่กางเกง โดยยืนตัวตรง ซันเข่าข้างขวา ยกขึ้นระดับเอว นับค้างไว้ 10 วินาที แล้วกลับคืนท่าเดิม ทำสลับซ้าย-ขวา ปฏิบัติข้างละ 10 ครั้ง เพื่อยืดกล้ามเนื้อสะโพก (Hip Stretching)

2. ท่านั่งใส่กางเกง โดยนั่งเก้าอี้ตัวตรง ซันเข่าข้างขวา ยกขึ้นเข้าหาหน้าอก โดยมือทั้ง 2 ข้าง โอบเข้าขวา ดึงเข้าหาลำตัวมากที่สุด นับค้างไว้ 10 วินาที และวกกลับคืนท่าเดิม ทำสลับขาซ้าย-ขวา ปฏิบัติ 10 ครั้ง เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (Lumbar Stretching)

ท่าที่ 4 ท่ากวาดบ้าน

ยืนตัวตรงกางแขนขวาออกจากลำตัวประมาณ 1 ศอก เอี้ยวบิดลำตัวพร้อมแขนขวาไปทางซ้ายจนรู้สึกตึงข่ากลำตัว และแขนซ้ายเหยียดไปทางด้านหลังจนสุด นับค้างไว้ 10 วินาที แล้วกลับมาท่าเดิม นับเป็น 1 ครั้ง ทำสลับ ซ้าย-ขวา ข่ากลำ 10 ครั้ง เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังด้านข้าง (Spinal Twist) และข้อไหล่

ท่าที่ 5 ท่านอน ประกอบด้วย 2 ท่า ดังนี้

1. นอนหงาย งอเข่าขวาให้เข่าอยู่ระดับข้อเท้า แขนซ้ายกดเข่าขวาไว้ ขาซ้ายเหยียดตรงไปด้านหลัง แขนขวาเหยียดราบกับพื้นไปด้านขวา แล้วค่อยๆหมุนศีรษะไปด้านขวา แล้วบิดตะแคงลำตัวส่วนบนไปทางขวา ค้างไว้ 10 วินาที แล้วกลับมาท่าเดิม ทำ 10 ครั้ง แล้วเปลี่ยนข้าง เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (Crossover Stretching)

2. นอนหงายราบกับพื้น ยกขาซ้ายขึ้นตรงประมาณ 45 องศา นับค้างไว้ 10 วินาที แล้วกลับท่าเดิม ทำสลับ ข่าย-ขวา 10 ครั้ง เพื่อยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstring Stretching)

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5)

ชื่อกิจกรรมสร้างความเชื่อมั่น ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติของผู้ป่วยตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ในการดูแลป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การเสริมแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยตัวเองได้ (กิจกรรมที่ให้ ได้แก่ การสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การปรึกษา การแนะนำตัวแบบที่ดี (ผู้ป่วยที่หายจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง) การอภิปรายร่วมกันในห้อง การถอดบทเรียนแนวปฏิบัติตนที่ดีเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านดีอันเกิดจากการปฏิบัติ การฝึกทบทวนท่าออกกำลังกายและการให้กำลังใจระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน) รวมระยะเวลาทั้งหมด 90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7)

ชื่อกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจ ประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ของทฤษฎีความสามารถตนเอง ซึ่งการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ให้ประสบความสำเร็จโดยกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ การสร้างแรงจูงใจในการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ให้ ได้แก่ การชวนคิดและร่วมอภิปรายถึงความสามารถของตนเองในการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การทบทวนองค์ความรู้ทั้งหมด การบอกเล่าประสบการณ์ผลลัพธ์ด้านดีอันเกิดจากการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และการทบทวนองค์ความรู้จากคู่มือที่ได้รับ รวมถึงการบอกผลลัพธ์ที่ดีจากการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ) รวมระยะเวลาทั้งหมด 90 นาที

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผล

ประกอบด้วย การประเมินและวัดตัวแปรที่ทำการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมครบทั้ง 4 ครั้ง ประกอบด้วย การประเมินระดับอาการเจ็บปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การประเมินความสามารถทางกาย การประเมินรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

ไม่มีการให้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดใด ๆ เพิ่มเติม มีเพียงการตอบแบบสอบถามงานวิจัย ร่วมกับการฝังเข็มและการให้สุขศึกษาตามวิธีปกติมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ของคลินิกฝังเข็ม ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 จนครบ 8 สัปดาห์ โดยหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว หากผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความต้องการเข้ารับโปรแกรมการสอนเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะทำการนัดวันเวลาเพื่อจัดโปรแกรมดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent T-test และภายในกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Pair T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยตารางประกอบการบรรยายเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางกายในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพตามรายชื่อ

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองตามรายชื่อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และ โรคประจำตัว (n = 60)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	22	73.3	18	60.0
หญิง	8	26.7	12	40.0
อายุ (ปี)				
[กลุ่มทดลอง \bar{X} = 32.2, S.D.=6.9, กลุ่มควบคุม \bar{X} = 38.1, S.D.=7.3]				
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)				
[กลุ่มทดลอง \bar{X} = 25.0, S.D.=4.6, กลุ่มควบคุม \bar{X} = 24.0, S.D.=4.5]				
สถานภาพสมรส				
โสด	18	60.0	8	26.7
คู่	10	33.3	19	63.3
หม้าย	0	0	1	3.3
หย่าร้าง	2	6.7	2	6.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	1	3.3	4	13.3
มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส.	12	40.0	11	36.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	14	46.7	8	26.7
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10.0	7	23.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
รับจ้าง	3	10.0	3	10.0
เกษตรกรกรรม	1	3.3	2	6.7
ค้าขาย	0	0	1	3.3
แม่บ้าน	0	0	3	10.0
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	86.7	20	66.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0	1	3.3
สิทธิการรักษา				
บัตรทอง	2	6.7	5	16.7
เบิกได้ (ชำระเอง)	4	13.3	0	0
ประกันสังคม	2	6.7	8	26.7
จ่ายตรง	22	73.3	17	56.7
โรคประจำตัว				
มี	4	13.3	9	30.0
ไม่มี	26	86.7	21	70.0
ลักษณะการทำงาน				
ก้ม ๆ เงย ๆ	11	36.7	11	36.7
นั่งทำงาน	12	40.0	6	20.0
ยืนหรือเดินทำงาน	6	20.0	12	40.0
ใช้แรงงาน (แบกหาม)	1	3.3	1	3.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของอาการปวดหลังส่วนล่าง				
3-6 เดือน	22	73.3	15	50.0
มากกว่า 6 เดือน -1 ปี	2	6.7	2	6.7
มากกว่า 1-2 ปี	1	3.3	3	10.0
มากกว่า 2-3 ปี	3	10.0	5	16.7
มากกว่า 3 ปี	2	6.7	5	16.7

จากตารางที่ 1 พบว่า อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 และ ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 32.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.9) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 38.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.3) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.0 kg/m² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.6) และกลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.0 kg/m² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.5) ร้อยละ 60.0 ของกลุ่มทดลองมีสถานภาพโสดและในกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 46.7 ระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาที่ระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. ร้อยละ 36.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 86.7 และ ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ สิทธิการรักษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นสิทธิจ่ายตรง ร้อยละ 73.3 และ ร้อยละ 56.7 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 และ ร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

สำหรับลักษณะการทำงาน พบว่าอาสาสมัครในกลุ่มทดลองมีลักษณะการทำงานแบบนั่งทำงาน ร้อยละ 40.0 และกลุ่มควบคุมมีลักษณะการทำงานแบบยืนหรือเดินทำงาน ร้อยละ 40.0 และพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อยู่ในช่วง 3-6 เดือน ร้อยละ 73.3 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 10)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	4.6	1.6		0.000*	5.6	1.6	12.5 (1.8 to 2.6)	0.000*
สัปดาห์ที่ 8	1.6	1.7	13.3 (2.6 to 3.5)		3.4	1.5		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.7) ซึ่งน้อยกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.6) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

คะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของกลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 เฉลี่ย 3.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.5) ซึ่งน้อยกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม เฉลี่ย 5.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.6) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 10)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t (95% CI)	p-value
ก่อนเข้า				
โปรแกรม	4.6 (1.6)	6 (1.6)	-2.0 (-1.9 to 0.1)	0.061
สัปดาห์ที่ 8	1.6 (1.7)	3.4 (1.4)	-4.5 (-2.6 to -1.0)	0.000*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม ร้อยละ 100)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	\bar{X}	S.D	t (95% CI)	p-value	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value
ก่อนเข้า								
โปรแกรม	20.4	14.2			17.1	16.0		
สัปดาห์ที่ 8	4.0	6.4	5.1 (9.8 to 22.9)	0.000*	8.4	9.6	5.0 (5.1 to 12.2)	0.000*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.4) ซึ่งน้อยกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 20.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.2) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 เฉลี่ย 8.4 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.6) ซึ่งน้อยกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม เฉลี่ย 17.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.0) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม ร้อยละ 100)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t (95% CI)	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	20.4 (14.2)	17.1 (16.0)	0.7 (-5.8 to 12.3)	0.467
สัปดาห์ที่ 8	4.0 (6.4)	8.4 (9.6)	-3.6 (-7.0 to -1.9)	0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
ก่อนเข้า								
โปรแกรม	2.3	0.9			2.7	0.9		
สัปดาห์ที่ 8	3.3	0.7	-6.8 (-1.3 to 0.7)	0.000*	2.9	0.9	-1.2 (-0.4 to 0.1)	0.241
2. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
ก่อนเข้า								
โปรแกรม	2.9	0.8			3.2	0.8		
สัปดาห์ที่ 8	3.9	0.6	-6.5 (-1.2 to -0.6)	0.000*	3.3	0.7	-0.6 (-0.3 to 0.2)	0.583
3. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
ก่อนเข้า								
โปรแกรม	3.1	0.8			3.5	0.6		
สัปดาห์ที่ 8	4.1	0.5	-6.8 (-1.2 to -0.6)	0.000*	3.6	0.6	-1.5 (-0.3 to 0.0)	0.134
4. สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
ก่อนเข้า								
โปรแกรม	3.1	0.8			3.1	0.8		
สัปดาห์ที่ 8	3.9	0.7	-8.0 (-1.1 to -0.6)	0.000*	3.3	0.8	-2.5 (-0.4 to 0.0)	0.018*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 2.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.9) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรม 2.7 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.9) หลังเข้าโปรแกรมใน

สัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 2.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.9) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 2.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.6) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 4.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.5) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค ก่อนเข้าโปรแกรม 3.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.6) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.6) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรม 3.1 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.8) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t (95% CI)	p-value
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.3 (0.9)	2.7 (0.9)	-1.6 (-0.9 to 0.1)	0.124
สัปดาห์ที่ 8	3.3 (0.7)	2.9 (0.8)	2.3 (0.5 to 0.9)	0.029*
2. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.0 (0.8)	3.2 (0.8)	-1.6 (-0.6 to 0.1)	0.112
สัปดาห์ที่ 8	3.9 (0.6)	3.3 (0.7)	3.7 (0.3 to 0.9)	0.001*
3. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.2 (0.8)	3.5 (0.6)	-2.1 (-0.7 to 0.0)	0.048
สัปดาห์ที่ 8	4.1 (0.5)	3.6 (0.6)	2.9 (0.13 to 0.74)	0.006*
4. การรับรู้สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.1 (0.8)	3.1 (0.8)	0.0 (-0.4 to 0.4)	0.985
สัปดาห์ที่ 8	3.9 (0.7)	3.3 (0.8)	3.0 (0.2 to 1.1)	0.005*

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค และสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านตามรายชื่อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายชื่อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความรุนแรง ของโรคปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. อาการปวดหลัง ส่วนล่างทำให้ไม่ สามารถทำงานได้ ตามปกติ	2.4	0.9	น้อย	3.5	0.7	มาก	3.0	1.1	กลาง	3.1	1.2	กลาง
2. อาการปวดหลัง ส่วนล่างส่งผลกระทบต่อ ด้านร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า เปื่อ อาหาร ท้องผูก นอน ไม่หลับ เป็นต้น	2.1	1.1	น้อย	3.2	1.0	กลาง	2.7	1.2	กลาง	2.8	1.2	กลาง
3. อาการปวดหลัง ส่วนล่างทำให้ไม่ สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ	2.2	1.1	น้อย	3.2	0.9	กลาง	2.7	1.1	กลาง	2.9	1.0	กลาง
4. อาการปวดหลัง ส่วนล่าง ส่งผลกระทบต่อ รายได้	2.1	1.1	น้อย	2.9	1.1	กลาง	2.3	1.2	น้อย	2.5	1.2	น้อย

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง ของโรคปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
5. อาการปวดหลัง ส่วนล่างส่งผลต่อการ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ เคยปฏิบัติตามปกติ เช่น ไปตลาด ไปวัด หรือกิจกรรมสังสรรค์ ทางสังคมกับเพื่อน ๆ	2.4	1.1	น้อย	3.3	0.9	ปานกลาง	2.7	1.1	ปานกลาง	2.8	1.1	ปานกลาง
6. ท่านสังเกตอาการ เปลี่ยนแปลงที่เป็น อันตรายจากการ อาการปวดหลัง ส่วนล่าง	2.7	1.2	ปานกลาง	3.7	0.8	มาก	2.9	0.9	ปานกลาง	3.0	0.9	ปานกลาง
รวม	2.3	0.9	น้อย	3.3	0.7	ปานกลาง	2.7	0.9	ปานกลาง	2.9	0.8	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในภาพรวม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับน้อย และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับระดับการรับรู้ต่ำเป็นระดับการรับรู้มาก คือ ประเด็นอาการปวดหลังส่วนล่างทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

สำหรับในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อไม่พบการเปลี่ยนแปลงระดับของการรับรู้ของทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษาและป้องกัน โรค	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม						
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	
1. รับประทานยาแก้ปวด													
หลังตรงตามแผนการ									ปาน				ปาน
รักษา	2.6	1.3	น้อย	3.5	1.1	มาก	3.1	1.1	กลาง	3.0	1.3	กลาง	
2. มาตรวจติดตาม													
อาการปวดหลังตามนัด			ปาน			มาก							
ทุกครั้งที่คุณฝึกฝังเข็ม	3.2	1.3	กลาง	4.3	0.8	ที่สุด	3.7	1.1	มาก	3.8	1.0	มาก	
3. หลีกเลียงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	3.3	1.3	กลาง	4.1	1.0	มาก	3.7	1.2	มาก	3.8	1.1	มาก	
4. หลีกเลียงการยกของหนัก	3.2	1.3	ปาน	กลาง	3.9	1.0	มาก	3.3	1.0	ปาน	3.5	1.1	มาก
5. ออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังแข็งแรงและเกิดความสมดุล	2.6	0.9	น้อย	3.6	1.0	มาก	2.8	1.0	ปาน	3.0	1.0	กลาง	ปาน
6. จัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง เช่น ที่นอนที่ท่านอนประจำไม่แข็งหรืออ่อนนุ่มเกินไป	3.1	0.9	ปาน	กลาง	4.0	0.7	มาก	3.0	1.0	ปาน	3.1	0.9	ปาน

ตารางที่ 9 (ต่อ)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษาและป้องกัน โรค	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
7. จัดสภาพแวดล้อมใน ที่ทำงานเพื่อป้องกัน อาการปวดหลัง เช่น โต๊ะ เก้าอี้ สำหรับทำงาน มีขนาดที่เหมาะสมกับ ท่าน	3.0	1.0	ปาน กลาง	3.9	0.8	มาก	3.0	1.1	ปาน กลาง	3.0	1.1	ปาน กลาง
			ปาน						ปาน			ปาน
รวม	3.0	0.8	ปาน กลาง	3.9	0.6	มาก	3.2	0.8	ปาน กลาง	3.3	0.7	ปาน กลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ในภาพรวม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมภาพรวมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับการรับรู้ต่ำ เป็นระดับการรับรู้มาก คือ ประเด็นรับประทานยาแก้ปวดหลังตรงตามแผนการรักษา และประเด็นการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังแข็งแรงและเกิดความสมดุล

สำหรับในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อไม่พบการเปลี่ยนแปลงระดับของการรับรู้ของทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อ การรักษาและป้องกัน โรค	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน			สัปดาห์ที่ 8			ก่อน			สัปดาห์ที่ 8		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. สนใจที่จะติดตาม ผลการรักษาและการ ปฏิบัติตัว	3.5	1.2	มาก	4.3	0.7	มากที่สุด	3.9	0.7	มาก	4.0	0.9	มาก
2. สังเกตสิ่งแวดล้อม รอบตัวที่มีผลต่ออาการ ปวดหลัง เช่น คอมพิวเตอร์ที่ไม่ได้อยู่ใน ระดับเดียวกับสายตา, เก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง หรือ ที่วางแขน, โต๊ะทำงานไม่ สามารถปรับสูงต่ำได้	3.4	1.0	ปาน กลาง	4.2	0.7	มาก	3.3	1.0	ปาน กลาง	3.4	1.0	ปาน กลาง
3. มักหลีกเลี่ยงการก้ม ตัวเพื่อยกของหนักจาก พื้น และการเอื้อมหรือ บิดเอี้ยวตัวบ่อยๆ	2.8	1.0	ปาน กลาง	3.6	1.0	มาก	3.4	0.8	ปาน กลาง	3.4	0.9	ปาน กลาง
4. เมื่อทำการบริหาร กล้ามเนื้อหน้าท้องและ กล้ามเนื้อหลังแล้วปวด มากขึ้น จะลดจำนวน ครั้งในท่าทางนั้น หรือ หยุดท่าทางนั้นไว้ก่อน	2.8	1.0	ปาน กลาง	3.9	0.8	มาก	3.2	0.9	ปาน กลาง	3.4	0.8	ปาน กลาง
5. ขณะทำกิจกรรมแล้ว มีอาการปวดหลังเพิ่มขึ้น หยุดและเปลี่ยนท่าทาง ทันที	3.3	1.1	ปาน กลาง	4.2	0.8	มาก	3.6	0.9	ปาน กลาง	3.7	0.9	ปาน กลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อ การรักษาและป้องกัน โรค	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
6. ลดน้ำหนักเมื่อรู้ตัวว่า น้ำหนักเกิน	2.9	1.0	ปาน กลาง	4.0	0.8	มาก	3.3	1.0	ปาน กลาง	3.5	1.1	ปาน กลาง
7. ต้องการเข้ารับการ รักษาอาการปวดหลัง โดยวิธีการฝังเข็ม ถึงแม้ว่าจะดูน่ากลัวก็ ตาม	3.2	1.1	ปาน กลาง	4.2	0.8	มาก	3.8	1.0	ปาน กลาง	3.8	1.0	ปาน กลาง
รวม	3.2	0.8	ปาน กลาง	4.1	0.5	มาก	3.5	0.6	ปาน กลาง	3.6	0.6	ปาน กลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค ในภาพรวม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก เกือบทุกรายข้อ ยกเว้นประเด็นการสนใจที่จะติดตามผลการรักษาและการปฏิบัติตัวที่พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในเกณฑ์มากและในสัปดาห์ที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มากที่สุด

สำหรับในกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับมาก และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อไม่พบการเปลี่ยนแปลงระดับของการรับรู้รายประเด็นของทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ รายข้อ ด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและใน สัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อ ลดอาการปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D. แปลผล	\bar{X}	S.D. แปลผล	\bar{X}	S.D. แปลผล	\bar{X}	S.D. แปลผล	\bar{X}	S.D. แปลผล	\bar{X}	S.D. แปลผล
1. หาความรู้หรือ ขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธี ปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการปวด หลังส่วนล่างจากบุคลากร ทางการแพทย์	3.5	1.0	มาก	4.3	0.7	มากที่สุด	3.2	0.9	กลาง	3.5	1.0	มาก
2. ได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคปวดหลังจากบทความ สิ่งตีพิมพ์ โทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต	3.4	0.9	กลาง	4.1	0.8	มาก	3.1	1.0	กลาง	3.3	1.0	กลาง
3. หาข้อมูลเพื่อการดูแล ตนเองจากอาการปวดหลัง ส่วนล่างโดยสอบถาม พูดคุยกับคนที่เป็นโรคปวด หลัง	3.2	0.8	กลาง	4.0	0.8	มาก	3.2	0.9	กลาง	3.4	0.9	กลาง
4. เมื่อมีปัญหาในการ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแล ตัวเอง มีผู้คอยช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาให้ท่าน	3.0	0.8	กลาง	3.8	0.8	มาก	2.9	0.9	กลาง	3.1	1.0	กลาง
5. ได้เข้าร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาล จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยปวด หลังอย่างสม่ำเสมอ	2.6	1.0	น้อย	3.6	1.1	มาก	3.1	1.2	กลาง	3.2	1.1	กลาง
6. มีคนในครอบครัวที่คอย ดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ ตลอดเวลาที่ท่านมีอาการ ปวดหลังส่วนล่าง	3.2	1.2	กลาง	4.1	0.9	มาก	3.1	1.3	กลาง	3.4	1.1	กลาง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อ ลดอาการปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
7. บุคคลในครอบครัว ส่งเสริมการปฏิบัติตัวของ ท่าน โดยช่วยยกของที่มี น้ำหนักมาก	3.0	1.1	ปาน กลาง	3.9	1.0	มาก	3.0	1.1	ปาน กลาง	3.3	1.1	ปาน กลาง
8. คนในครอบครัวช่วย ชี้แนะ แก้ไข ตักเตือน การ ปฏิบัติตัวในด้าน ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม	3.3	1.1	ปาน กลาง	4.1	0.9	มาก	3.4	1.0	ปาน กลาง	3.6	1.0	มาก
9. มีโอกาสได้เข้าร่วม ประชุม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่าง ผู้ป่วยปวดหลังด้วยกัน เมื่อ มารับบริการที่โรงพยาบาล	2.5	1.0	น้อย	3.4	1.1	ปาน กลาง	2.7	1.1	ปาน กลาง	2.7	1.2	ปาน กลาง
รวม	3.1	0.8	ปาน กลาง	3.9	0.7	มาก	3.1	0.8	ปาน กลาง	3.3	0.8	ปาน กลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในภาพรวม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับการรับรู้ต่ำเป็นระดับการรับรู้มาก คือ ประเด็นการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น สำหรับผู้ป่วยปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ระดับการรับรู้ต่อสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับระดับการรับรู้ปานกลางเป็นระดับการรับรู้มาก คือ ประเด็นคนในครอบครัวช่วยชี้แนะ แก้ไข ตักเตือน การปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมเพียงประเด็นเดียว

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value	\bar{X}	S.D.	t (95% CI)	p-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
ก่อนเข้าโปรแกรม								
โปรแกรม	3.2	0.7	-8.8 (-1.0 to -		3.2	0.6	-3.0 (-0.4 to -	
สัปดาห์ที่ 8	4.0	0.7	0.7)	0.000*	3.5	0.7	0.1)	0.005*
ความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)								
ก่อนเข้าโปรแกรม								
โปรแกรม	3.2	0.7	-7.1 (-1.0 to -	0.000*	3.6	0.6		
สัปดาห์ที่ 8	4.0	0.6	0.6)		3.6	0.7	-1.1 (-0.2 to 0.1)	0.287

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.6) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.6) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ก่อนเข้าโปรแกรม 3.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.6) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t (95% CI)	p-value
1. การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.2 (0.7)	3.2 (0.6)	-0.3 (-0.5 to 0.4)	0.787
สัปดาห์ที่ 8	4.0 (0.7)	3.5 (0.7)	2.5 (0.1 to 1.0)	0.018*
2. ความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.2 (0.7)	3.6 (0.6)	-2.1 (-0.7 to 0.0)	0.064
สัปดาห์ที่ 8	4.0 (0.6)	3.6 (0.7)	2.0 (-0.0 to 0.8)	0.056

* $p\text{-value} < 0.05$

จากตารางที่ 13 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และไม่พบความแตกต่างกันของค่าคะแนนเฉลี่ยในความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p=0.056$)

ส่วนที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตามทฤษฎี ความสามารถตนเองตามรายชื่อ

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองรายชื่อ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. สามารถนั่งเก้าอี้ เดี่ยว ๆ และนั่งหลังตรงได้ แทนการนั่งยอง	3.2	0.9	ปานกลาง	4.0	0.8	มาก	3.5	0.9	ปานกลาง	3.7	0.9	ปานกลาง
2. สามารถเข็นหรือดัน ของไปข้างหน้าในลักษณะ หลังตรง ร่วมกับงอเข่า ด้านใดด้านหนึ่งไป ข้างหน้า โดยไม่ลากจูง หรือดึงสิ่งของเข้าหาตัว	3.3	0.9	ปานกลาง	4.1	0.8	มาก	3.3	0.9	ปานกลาง	3.5	0.9	ปานกลาง
3. หากต้องแบกของหนัก สามารถรักษาระดับไหล่ ทั้ง 2 ข้างให้เสมอกัน	3.0	0.9	ปานกลาง	3.9	1.0	มาก	3.1	0.9	ปานกลาง	3.4	1.0	ปานกลาง
4. เมื่อต้องเอื้อมหยิบ สิ่งของจากที่สูงเกินระดับ ไหล่ มักเลือกใช้อุปกรณ์ ช่วย เช่น ม้านั่ง เก้าอี้ เดี่ยว ๆ หรือที่วางเท้า	3.1	0.8	ปานกลาง	4.0	0.7	มาก	3.3	0.8	ปานกลาง	3.7	1.0	ปานกลาง
5. เมื่อต้องหยิบของจาก พื้น ท่านใช้วิธีการย่อเข่า เพื่อหยิบของแทนการก้ม โค้งหลัง	3.3	0.8	ปานกลาง	4.2	0.8	มาก	3.5	0.9	ปานกลาง	3.7	1.0	ปานกลาง

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถ ตนเองและพฤติกรรม การป้องกันอาการปวด หลังส่วนล่างเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
6. สามารถใช้การขยับ เท้าเพื่อหมุนไปในทางที่จะ ยกสิ่งของ (หมุนทั้งตัว) แทนการบิดเอี้ยวตัว เมื่อ ต้องเคลื่อนย้ายสิ่งของ			ปาน						ปาน			ปาน
	3.4	0.8	กลาง	4.1	0.6	มาก	3.1	0.9	กลาง	3.4	1.0	กลาง
7. บริหารร่างกายก่อน เริ่มงานได้ทุกวันหรืออย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			ปาน						ปาน			ปาน
	2.9	1.0	กลาง	3.8	1.0	มาก	2.8	1.2	กลาง	3.0	1.2	กลาง
8. มีการยืดเหยียด กล้ามเนื้อหลัง เพื่อผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ เมื่อเกิด อาการปวดเมื่อยหลัง			ปาน						ปาน			ปาน
	3.1	0.9	กลาง	4.2	0.9	มาก	3.3	0.8	กลาง	3.6	0.9	มาก
			ปาน						ปาน			ปาน
รวม	3.2	0.7	กลาง	4.0	0.6	มาก	3.2	0.6	กลาง	3.5	0.9	กลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในภาพรวม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกประเด็นรายข้อมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับระดับการรับรู้ปานกลาง เป็นระดับการรับรู้มาก

สำหรับในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับระดับการรับรู้ปานกลาง เป็นระดับการรับรู้มาก ในสัปดาห์ที่ 8 คือ ประเด็นเมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของจากที่สูงเกินระดับไหล่ มักเลือกใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ม้านั่ง เก้าอี้เตี้ย ๆ หรือที่วางเท้า ประเด็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยหลัง

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองรายข้อ ด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนเข้าโปรแกรมและในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความคาดหวังของการมี พฤติกรรมต่อการลด อาการปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. การนั่งหลังค่อมหรือก้ม ตัวบ่อย ๆ ทำให้เกิดอาการ ปวดหลัง	3.3	0.9	ปาน กลาง	4.1	0.7	มาก	3.6	0.8	มาก	3.6	1.0	มาก
2. การเดินหรือยืนนาน ๆ ทำให้เกิดปวดหลัง	3.4	1.0	ปาน กลาง	4.1	0.7	มาก	3.9	0.9	มาก	3.8	0.9	มาก
3. การยกของจากพื้น โดย การย่อเข้าหลังตรงช่วย ป้องกันอาการปวดหลัง	3.4	1.0	ปาน กลาง	4.3	0.7	มาก	3.7	0.8	มาก	3.8	1.0	มาก
4. การยืนโดยศีรษะและ หลังอยู่ในท่าตั้งตรง ช่วยให้ อาการปวดหลังลดลง	3.1	0.9	ปาน กลาง	4.1	0.7	มาก	3.6	0.7	มาก	3.8	0.8	มาก
5. การหยิบของจากที่สูง โดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ช่วยป้องกัน อาการปวดหลัง	3.0	0.9	ปาน กลาง	4.0	0.8	มาก	3.7	0.9	มาก	3.8	1.0	มาก
6. การหยิบของจากที่สูง โดยการเขย่งปลายเท้าทำ ให้เกิดอาการปวดหลัง	3.1	0.7	ปาน กลาง	3.8	0.9	มาก	3.3	0.8	ปาน	3.3	0.8	ปาน
7. การหิ้วของที่มีน้ำหนัก มากข้างใด ข้างหนึ่ง ทำให้ ปวดหลัง	3.2	0.9	ปาน กลาง	3.9	0.8	มาก	3.6	0.9	มาก	3.6	0.9	มาก
8. การเปลี่ยนอิริยาบถ อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิด อาการปวดหลัง	3.3	1.0	ปาน กลาง	3.9	0.9	มาก	3.5	0.7	มาก	3.6	0.7	มาก

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ความคาดหวังของการมี พฤติกรรมต่อการลด อาการปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรัง	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อน		สัปดาห์ที่ 8				ก่อน		สัปดาห์ที่ 8			
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
9. การออกกำลังกายยืด เหยียดหลังอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยลดอาการปวด หลังได้	3.1	1.0	ปาน กลาง	3.9	1.0	มาก	3.3	0.9	ปาน กลาง	3.5	1.0	มาก
10. การออกกำลังกาย เพื่อความทนทานของ กล้ามเนื้อหลัง แต่ละครั้ง นาน 10-20 นาที ทำให้ กล้ามเนื้อหลังแข็งแรง	3.0	0.9	ปาน กลาง	3.9	0.9	มาก	3.4	0.9	ปาน กลาง	3.5	1.0	ปาน
รวม	3.2	0.7	ปาน กลาง	4.0	0.6	มาก	3.6	0.6	ปาน กลาง	3.6	0.7	มาก

จากตารางที่ 15 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในภาพรวมพบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมเมื่อเทียบกับเกณฑ์จัดอยู่ในระดับปานกลาง และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกประเด็นมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับระดับการรับรู้ปานกลาง เป็นระดับการรับรู้มากทุกข้อ

สำหรับในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ระดับการรับรู้ด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังภาพรวมจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับระดับการรับรู้ปานกลาง เป็นระดับการรับรู้มาก ในสัปดาห์ที่ 8 คือ ประเด็นการออกกำลังกายยืดเหยียดหลังอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยลดอาการปวดหลังได้

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาที่ทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลตัวแปรก่อน-หลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

สำหรับเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากงานวิจัยก่อนหน้า ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการเจ็บปวดหลังส่วนล่าง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถทางกาย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากนั้นนำไปตรวจสอบความ

เหมาะสมของแบบสอบถาม

การศึกษาก่อนการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม สามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.2 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 38.1 ปี กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย จัดอยู่ในภาวะโรคอ้วน (25.0 kg/m^2) และกลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (24.0 kg/m^2) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพโสด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สำหรับระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาที่ระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพ รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิการรักษา คือ สิทธิจ่ายตรง โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีโรคประจำตัว พบว่า ในกลุ่มทดลองมี

ลักษณะการทำงานแบบนั่งทำงาน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีลักษณะการทำงานแบบยืนหรือเดินทำงาน และพบว่าส่วนมากทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาของอาการปวดหลัง อยู่ในช่วง 3–6 เดือน

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.6 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 1.6 คะแนน และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 5.6 คะแนน หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ย 3.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 8 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในคลินิกฝังเข็มหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ทำให้ระดับอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง

เปรียบเทียบร้อยละคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ร้อยละคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีค่าร้อยละคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน ซึ่งดีกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม มีค่าร้อยละคะแนนเฉลี่ย 20.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีค่าร้อยละคะแนนเฉลี่ย 8.4 คะแนน ซึ่งดีกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม โดยมีค่าร้อยละค่าคะแนนเฉลี่ย 17.1 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละคะแนนเฉลี่ยความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าในกลุ่มทดลองมีร้อยละของคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปว่าโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม หลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ทำให้ระดับของความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันดีขึ้น

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่าง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 2.3 คะแนน (ระดับน้อย) หลังโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน (ระดับปานกลาง) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 2.7 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 2.9 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 2.9 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน (ระดับมาก) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.1 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 4.1 คะแนน (ระดับมาก) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.5 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.6 คะแนน (ระดับมาก) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.1 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน (ระดับมาก) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.1 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.3 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อเปรียบเทียบภายในพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่าง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค และสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับ ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องการ รับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลัง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้สิ่งชัก นำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลัง ส่งผลให้ระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นของอาสาสมัครเพิ่มขึ้นได้

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อ อาการปวดหลังส่วนล่างและพฤติกรรมป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง ในกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนน เฉลี่ย 4.0 คะแนน (ระดับมาก) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ระดับ ปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.5 คะแนน (ระดับปานกลาง) เมื่อ เปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังของการมี พฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.2 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 4.0 คะแนน (ระดับมาก) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 3.6 คะแนน (ระดับมาก) หลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ ที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.6 คะแนน (ระดับมาก) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันการ อาการปวดหลังส่วนล่างในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ($p=0.056$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับ ทฤษฎีความสามารถตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการ รับรู้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและ พฤติกรรมป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง ในสัปดาห์ที่ 8 มีระดับการรับรู้เพิ่มมากขึ้น

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อ ด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวด ความสามารถทางกาย การรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ประเด็นระดับความเจ็บปวด พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ประกอบสื่อรูปภาพ การชมวิดีโอ การแจกคู่มือการปฏิบัติตนการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการเกิดโรค การให้คำแนะนำเพื่อไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติพร้อมให้ข้อเสนอแนะเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลทันที เกี่ยวกับการปรับท่าทางการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน ร่วมกับการเน้นย้ำให้ออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า กระบวนการให้โปรแกรมสุขภาพโดยวิธีการบรรยายร่วมกับการสาธิต และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการทบทวนการเรียนรู้ในครั้งก่อนหน้า รวมถึงการมีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลดีต่อผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (เพ็ญศิริ จันทรแอ, พงษ์พิพัฒน์ จงเพ็งกลาง, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน และผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, 2562, น.93-103) และการให้ความรู้ประกอบการบรรยายที่มีภาพประกอบสวยงาม เป็นขั้นตอน และเข้าใจง่าย นำไปสู่การดูแลตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (วิสุทธิ์ โนจิตต์, ทิพวรรณ ตั้งวงกิจ, จารุณี จาดพุ่ม และมณี ดีประสิทธิ์, 2560, น.48-62; Thanawat and Nualnetr, 2017, pp. 847-856) ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ร่วมกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับท่าทางที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และการออกกำลังกายเฉพาะส่วน โดยมีนักกายภาพบำบัดแนะนำร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มแบบปกติ จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังลดลงได้ดีกว่าการรักษาด้วยการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว

2. ประเด็นระดับความสามารถทางกาย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยร้อยละระดับความสามารถทางกายของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดีขึ้น (ค่าคะแนนยิ่งน้อยหมายถึงความสามารถทางกายดีขึ้น ภาวะจำกัดความสามารถลดลง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนระดับความสามารถทางกายในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกิดกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่มีผลโดยตรงต่อระดับ

ความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับการมีท่าทางที่เหมาะสม การสาธิตให้เห็น การฝึกปฏิบัติทดลองเปรียบเทียบระหว่างท่าทางที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องด้วยตนเอง เช่น ท่าทางการยกของ การนั่งที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเรียนรู้ถึงความผิดพลาดเกี่ยวกับท่าทางที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของตนเอง นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือ การยศาสตร์การทำงานที่เหมาะสมแก่บริบทของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับกระบวนการสร้างความรับรู้ต่อระดับความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองด้วยวิธีการปรับอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องและออกกำลังกายแบบวิธีเฉพาะนั้นสามารถเพิ่มระดับความสามารถทางกายได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (กาญจนา นิมตรง นงนุช โอบะ และอาทิศย์ เหล่าเรืองธนา, 2555, น.99-109; นุชรรัตน์ มูลเมืองแสน ณิชากัทร พุฒิกามิน และรุ่งทิพย์ พันธุ์เมธากุล, 2556, น.107-114) เมื่อผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ร่วมกับการได้ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายและการทบทวนท่าออกกำลังกายบ่อยครั้ง ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เอื้อต่อการทำงาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถทางกายเพิ่มสูงขึ้น (Strand, 1994, pp.48-50) และในอนาคตเพื่อคงระดับความสามารถทางกายนี้ไว้ ควรสนับสนุนบุคคลใกล้ชิดได้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจถึงอาการปวดที่เกิดขึ้น และกระตุ้นเตือนถึงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมที่อาจมีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

3. ประเด็นการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมและมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดซึ่งมีการจัดกระบวนการสอนและออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยการเล่าระบายนามณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ปวดหลังส่วนล่าง รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ หรือการใช้ชีวิตในสังคมที่ผ่านมา รวมถึงวิธีการดูแลตนเองที่กระทำเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ซึ่งตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก ได้กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต รวมทั้งการ ปฏิบัตินั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของโรค (Rosenstock, 1974, pp.328-335) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน (2558, น.23-38) ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กระดุกสันหลังแบบเชื่อมต่อกระดุกสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการออกกำลังกายหลังการผ่าตัดได้ดีกว่าก่อนการทดลอง ($p = 0.05$) และภายหลังการผ่าตัดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.05$)

4. ประเด็นการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมและมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ อภิปรายได้ว่าผลของการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติที่เกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับกิจกรรม การได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเป็นการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ประกอบกับการประเมินผลดีของการป้องกันตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับการดูแลแบบที่เป็นแบบอย่างที่ดี ตลอดจนร่วมกันวางแผนดูแลอาการเจ็บป่วย และประเมินความก้าวหน้าของผลการรักษาเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของผลการรักษา จนทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น (Zhang, Wan, and Wang, 2014, pp.815-820) อีกทั้งมีการแนะนำพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามโปรแกรม ผลดี/ผลเสีย การให้กำลังใจและเสริมแรงในการปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิตา ธารีเพียร, ทศนีย์ร วิวรกุล, สุรินธร กลัมพากร และวงเดือน ปันดี, (2552, น.1-10) ที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมแรงเกี่ยวกับความสามารถตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะด้านท่าทางการทำงาน และด้านการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ภายหลัง 8 สัปดาห์ ตัวแปรด้านความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมแต่เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในสัปดาห์ที่ 8 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่เป็นอยู่ รวมถึงผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างได้รับการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มตามปกติ จึงส่งผลให้ความคาดหวังในการมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องฝังเข็ม สามารถนำโปรแกรมการสอนในครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เช่น รูปแบบการจัดกิจกรรม การให้ความรู้ ทำทางการออกกำลังกาย และการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม และสามารถเพิ่มระดับความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ด้วยทำทางการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับการทำกิจกรรมประจำวัน โดยนำไปขยายผลใช้ในคลินิกกายภาพบำบัดหรือคลินิกฝังเข็มในสถานพยาบาลอื่น ๆ ได้
2. สามารถนำค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับการสร้างการรับรู้ตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ในการดูแลสุขภาพตนเองและอาจเลือกใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดนี้ เป็นแนวทางการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ร่วมกับวิธีการรักษาปกติมาตรฐานได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของโปรแกรมการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ถึงผลความคงอยู่ของการปฏิบัติตามโปรแกรมที่ได้รับในระยะยาว
2. ควรมีการนำโปรแกรมการสอนนี้มาใช้ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ร่วมกับการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัว เพื่อให้ครอบคลุมมิติด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งในสถานให้บริการด้านสุขภาพและที่บ้าน
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพเกี่ยวกับระบบติดตามผู้ป่วยและแนวทางการประเมินที่เหมาะสมในระยะยาวเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการสอนไปใช้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีกำกับด้วยตัวผู้ป่วยเอง เช่น การจดบันทึก วัน ระยะเวลาในการปฏิบัติออกกำลังกายในแต่ละครั้ง และการกำกับติดตามจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล เช่น การโทรศัพท์หรือการสร้างช่องทางติดต่อ กระตุ้นเตือนในโซเชียลมีเดียอื่น ๆ ที่เหมาะสมสำหรับการติดตามอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเป็นระยะ ๆ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่น ๆ (Confounding Factors) ที่ควบคุมได้ค่อนข้างยากซึ่งอาจมีผลต่อค่าตัวแปรที่กำลังทำการศึกษา เช่น การแสวงหาวิธีการการรักษาอื่น เช่น การนวด การกดดึงเส้น การใช้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ หรือการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ในช่วงระหว่างอยู่ในระยะเวลาดำเนินงานวิจัย





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมแพทยทหารบก. (2562). รายงานจำนวนผู้มารับบริการฝังเข็มจำแนกตามสาเหตุป่วย (รง. ผสต.10). สืบค้น 25 ตุลาคม 2563, จาก <http://58.137.162.170/amed/reports/reportstatusbyhospital>
- กริชชากร บุตรพิชัย. (2559). ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มเกษตรกรบ้านทุ่งกล้วย ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา นิมิตรง, นงนุช โอบะ และอาทิตย์ เหล่าเรืองธนา. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 6 (2), 99-109.
- กาญจนาฎ คงคาน้อย และองอาจ ศิริกุลพิสุทธิ์. (2562). ประสิทธิภาพของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม และความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน. (2558). ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการออกกำลังกายของผู้ป่วยปวดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 21 (1), 23-38.
- ชัยชนะ วิริยะกุล. (2557). ประสิทธิภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตำบลโคกกลาง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 13 (1), 43-51.
- ธนพร รัตนธรรมวัฒน์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- นงเยาว์ มานิตย์. (2553). ผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้รับงานเย็บเสื้อผ้าไปทำที่บ้าน. พยาบาลสาร, 38 (4), 97.
- นพวรรณ จันณรงค์. (2550). ผลของโปรแกรมจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างต่อระดับความปวดและภาวะจำกัดความสามารถของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิตยา ไม้จิ้น. (2556). ผลของโปรแกรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัด นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- นิตา ธารีเพียร, ทศนีย์ร์ วิวรกุล, สุรินธร กลัมพากร และวงเดือน ปันดี. (2552). การประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ของ ผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญ. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 4 (3), 1-10.
- นุชรัตน์ มูลเมืองแสน, ณิชากัทร พุฒิกามิน และรุ่งทิพย์ พันธุมธากุล. (2556). ผลของโปรแกรมการออก กำลังกายที่บ้านต่ออาการปวดภาวะจำกัดความสามารถและพิสัยการเคลื่อนไหวของหลังใน ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31 (3), 107-114.
- ปนิพันธุ์ วชิตรังสฤทธ์. (2557). *แนวทางการใช้อุปกรณ์ประกอบในสวนสำหรับการออกกำลังกายทาง กายภาพบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ. (2560). ผลของการจัดกระทำด้านการยศาสตร์ต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และอาการปวดหลังของคนทำงานแกะสลักไม้. *พยาบาลสาร*, 44 (3), 77-89.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัดพ.ศ. 2547. (2557, 22 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 121 (ตอนพิเศษ 65ก), 52-53.
- เพชรรัตน์ แก้วดวงดี และคนอื่นๆ. (2554). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการปวดหลังส่วนล่าง อาชีพกลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26 (4), 317-324.
- เพ็ญศิริ จันท์แอ, พงษ์พิพัฒน์ จงเพ็งกลาง, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริษัท. (2562). ผลของโปรแกรมฤๅษิตัดตน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหลังตึง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระ เกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20 (1), 93-103.
- มานิดา สว่างเนตร. (2559). *รูปแบบของอาการปวดและแรงทางด้านชีวกลศาสตร์ในหลังส่วนล่าง ระหว่างกระบวนการทำนา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พื้นที่ตำบลเขื่อน อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23 (4), 601-608.
- วิสุทธิ์ โนจิตต์, ทิพวรรณ ตั้งวงกิจ, จารุณี จาดพุ่ม และมณี ดีประสิทธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริม การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความทนทานของ กล้ามเนื้อ หลังในชาวนา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10 (4), 48-62.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถาน*

- บริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2552 - 2561. สืบค้น 28 เมษายน 2563, จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- สำนักงานสาธารณสุข. (2563). อัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน. สืบค้น 12 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. (2563). อัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน. สืบค้น 1 มีนาคม 2563, จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
- สิริโชค ปะที. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงต่ออาการปวดหลังของเกษตรกรชาวสวนลำไยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. *ลำปางเวชสาร*, 38 (2), 6.
- สิริวรรณ ธรรมคงทอง. (2563). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยแผ่นยางยืดต่อความสามารถการใช้งานข้อและการเคลื่อนไหวข้อเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุกัญญา อังศิริกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, 24 (1), 40.
- สุธาสนี สายวดี และปิติชา อะมริต. (2558). การรักษาอาการปวดหลังด้วยการฝังเข็ม กรณีศึกษาคลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและแผนกแพทย์แผนจีนโรงพยาบาลบ้านลาด. ใน *การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2*. (น.33-42). นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา.
- สุวัฒน์ ชำนาญ, ญัฐจาพร พิชัยณรงค์ และรณรุทธ์ บุตรแสนคม. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอสรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 23 (3), 56-66.
- อติพงศ์ พิมพ์ดี. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินร่าจังหวัดพะเยา เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, จุรีรัตน์ กอเจริญยศ, บุญรอด ตอนประเพ็ง และมารศรี ศิริสวัสดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถ ในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39 (1), 1-13.
- อรไท เจริญนุช. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังของผู้ป่วย ปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับบริการนวดแผนไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อรพรรณ ตาทา, ภูงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และเอสเตอร์ กรีนกลาส. (2556). การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ฉบับภาษาไทย. *จุฬาลงกรณ์วารสาร*, 57 (6), 765-778.
- อรพรรณ แซ่ตัน. (2550). ภาวะสุขภาพทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานก่อสร้างภาคตะวันออกเฉียงเหนือย้ายถิ่นชั่วคราว. *ศรีนครินทร์วารสาร*, 22 (2), 165-173.
- Bandura, A. (1997). *Self – efficacy the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Chapman, C., Casey, K., Dubner, R., Foley, K., Gracely, R., and Reading, A. (1985). Pain measurement: an overview. *Pain*, 22 (10).
- Cole, A. J. (2003). A theoretical overview of the diagnosis and management of low back pain. *The Low Back Pain Handbook*, 2, 39-42.
- Deyo, R. (2007). Epidemiology of spinal surgery: Rates and trends. *The New England Journal of Medicine* 2007, 356, 2239-2243.
- Deyo, R., and Weinstein, J. (2001). Low Back Pain. *New England Journal of Medicine*, 334 (5), 363-370.
- Franca, F. R., Burke, T. N., Hanada, E. S., and Marques, A. P. (2010). Segmental stabilization and muscular strengthening in chronic low back pain - a comparative study. *Clinical science*, 65 (10), 1013-1017.
- Hayden, J. A., Van Tulder, M. W., Malmivara, A. V., and Koes, B. W. (2005). Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med* 2005a, 142 (9), 765-775.
- Henchoz, Y., and Kai-Lik So, A. (2008). Exercise and nonspecific low back pain:A literature review. *Joint bone spine*, 75, 533-539.
- Hjermstad, M., Peter, M., Dagny, F., Caraceni, A., Geoffery, W., Jon, H., Fainsinger,, . . . and Kaasa, S. (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41 (2), 1089.
- Huskisson, C., Jone, J., and Scott, P. (1976). Application of Visual Analogue Scales to the measurement measurement of functional capacity. *Rheumatology and Rehabilitation*, 15 (3), 185-187.

Janwantanakul, P., Pensri, P., Jiamjarasrangsi, W., and Sinsongsook, T. (2009).

Association between prevalence of self reported musculoskeletal symptoms of the spine and biopsychosocial factors among office workers. *Journal of Occupation Health* 2009, 51 (2), 114-122.

Khruakhorn, S., Sritipsukho, P., Siripakarn, Y., and Vachalathiti, R. (2010). Prevalence and risk factors of low back pain among the university staff. *Journal of The Medical Association of Thailand* 2010, 93 (7), 142-148.

Khuc Thi Hong Anh. (2017). Factors associated with functional recovery among patients with low back pain. *Journal of Nursing Science*, 305, 4.

Koes, B. W., van Tulder, M. W., and Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *British Medical Journal*, 332 (7555), 1430-1434.

Last, A. R., and Hulbert, K. (2009). Chronic low back pain: evaluation and management. *American Family Physician* 2009, 79 (12), 1067-1074.

Pathak, A., Sharma, S., and Mark, P. (2018). The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain report*, 3 (5), 1-8.

Rosenstock, M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2 (4), 328-335.

Sanjaroensuttikul, N. (2007). The Oswestry low back pain disability questionnaire (version 1.0) Thai version. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90 (7), 1417-1422.

Strand, J. (1994). Strategies for enhancing patient compliance. *Journals for Physician Assistants*, 18 (1), 48-50.

Taechasubamorn, P., Nopkesorn, T., and Pannarunothai, S. (2010). Comparison of physical fitness between rice farmers with and without chronic low back pain: a cross-sectional study. *Journal of The Medical Association of Thailand* 2010, 93 (12), 1415-1421.

Thanawat, T., and Nualnetr, N. (2017). Effects of an intervention based on the Transtheoretical Model on back muscle endurance, physical function and pain in rice farmers with chronic low back pain. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 30 (4), 847-856.

van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Verhagen, A. P., Ostelo, R. W., Koes, B. W., and

- van Tulder, M. W. (2010). Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 24 (2), 193-204.
- van Tulder, M. W., Koes, B. W., and Bouter, L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *The Spine Journal*, 22 (18), 2128-2156.
- Wai, E. K., Roffey, D.M., B., P.,, Kwon, B. K., and Dagenais, S. (2010). Causal assessment of occupational lifting and low back pain: results of a systematic review. *Spine Journal*, 10 (6), 224-266.
- Williamson, A., and Hoggart, B. (2005). Pain: A Review of Three Commonly Used Pain Rating Scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 803.
- Zhang, Y., Wan, L., and Wang, X. (2014). The effect of health education in patients with chronic low back pain. *Journal of International Medical Research*, 42 (3), 815-820.



ภาคผนวก

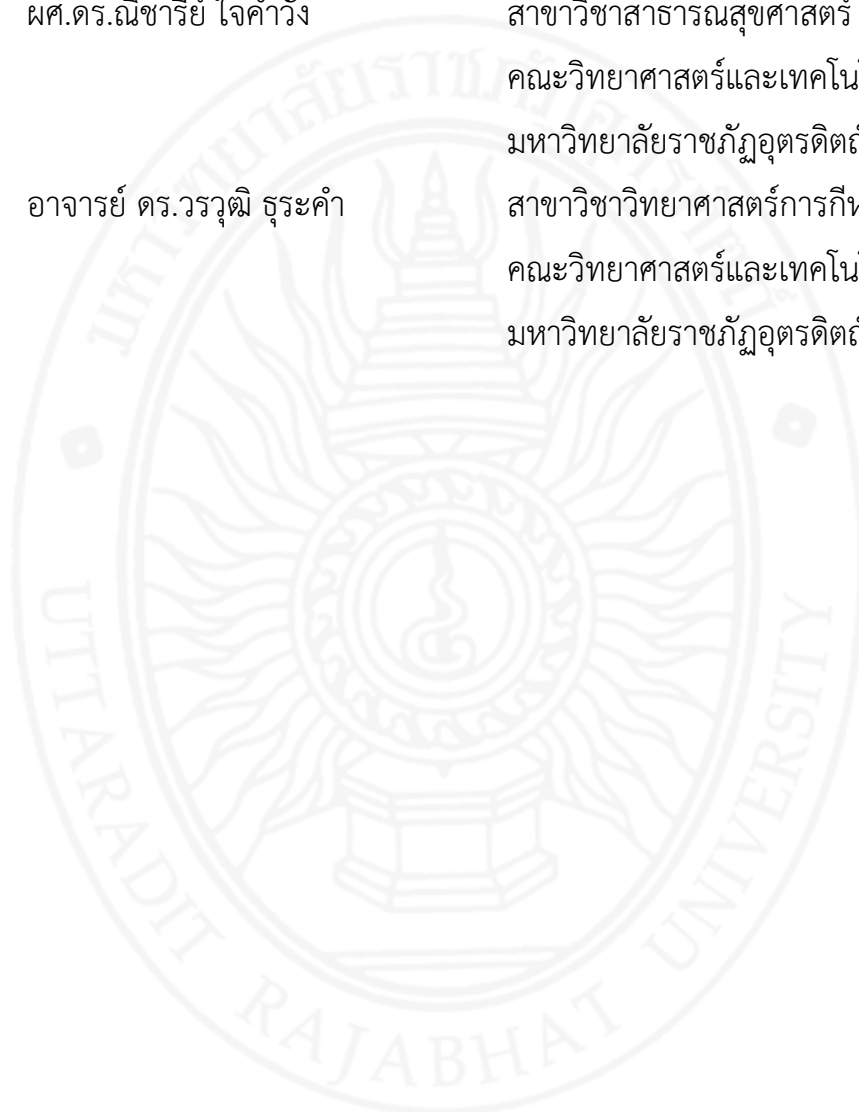




ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ พ.อ.สมัย ขำพันธ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จังหวัดอุตรดิตถ์
ผศ.ดร.ณิชารีย์ ใจคำวัง	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อาจารย์ ดร.วรวุฒิ ฐระคำ	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์





ภาคผนวก ข
สำเนาหนังสือราชการ

ที่ ยว ๐๖๑๔.๑๐/๖๔๓๔



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์
อ.เมือง จ.อุดรดิตต์ ๕๓๐๐๐

๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน พันเอกสมัย ข้าพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑-๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม” ซึ่งมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชาวฤทธิ์ จินจัน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๓ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต ๐ ๘๓๒๑ ๑๖๕๘ ๘

ที่ อว ๐๖๓๔.๑๐/ว๔๓๔



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชากรีย์ ใจคำวัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑-๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม" ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีณู เรือนจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจัน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต ๐ ๘๗๒๑ ๑๖๕๘ ๘

ที่ ยว ๐๖๑๔.๑๐/๖๔๓๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์

อ.เมือง จ.อุดรดิตต์ ๕๓๐๐๐

๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน อาจารย์ ดร.วรุฒิ ฐะคำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑-๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม” ซึ่งมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีณู เรือนจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจัน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต ๐ ๘๓๒๑ ๑๖๕๘ ๙

ที่ ยว ๐๖๑๔.๑๐/๔๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบประเมินระดับอาการปวด	จำนวน ๖๐ ชุด
	๒. แบบประเมินความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน	จำนวน ๖๐ ชุด
	๓. แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน ๖๐ ชุด
	๔. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง	จำนวน ๖๐ ชุด

ด้วย นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม” ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน อนุญาตให้ นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็ม ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในชั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชาวฤทธิ์ จันจัน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต ๐ ๘๗๒๑ ๑๖๕๘ ๙



ภาคผนวก ค
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. () ปริญญาโท/ ปริญญาเอก
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ () รับจ้าง () เกษตรกรรม () ค้าขาย
() แม่บ้าน () รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ลักษณะงานที่ทำเป็นประจำ () ก้ม ๆ เงย ๆ () นั่งทำงาน
() ยืนหรือเดินทำงาน () ใช้แรงงาน (แบบ
หาม)
7. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ชำระเอง () บัตรทอง () เบิกได้
() ประกันสังคม () จ่ายตรง () อื่น ๆ
โปรดระบุ.....
8. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร
9. โรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
.....
10. เป็นโรคปวดหลังมาแล้ว () น้อยกว่า 3 เดือน () 1 - 2 ปี
() 3 - 6 เดือน () 2 - 3 ปี
() 6 เดือน - 1 ปี () มากกว่า 3 ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการปวด

คำชี้แจง : ขอให้ท่านบอกระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง ณ ปัจจุบันของท่านให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยกากบาทลงในช่องที่มีตัวเลข ซึ่งมีคะแนนตัวเลขเรียงระดับอาการปวดให้ท่านเลือก ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยระดับโดย คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และ ระดับคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด



ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถทางกายในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน

คำชี้แจง : กรุณาเลือกตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ลงใน เพียงช่องเดียวที่สามารถอธิบายอาการ หรือ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของท่านทั้งในชีวิตประจำวันและการทำงาน ณ ปัจจุบัน ได้ใกล้เคียงกับอาการของท่านมากที่สุด

1. ความรุนแรงของอาการปวด

- อาการปวดพอทนได้โดยไม่ต้องใช้ยา
- อาการปวดแสบมาก แต่ท่านก็จัดการได้โดยไม่ต้องใช้ยา
- ยาแก้ปวดช่วยลดอาการปวดได้ทั้งหมด
- ยาแก้ปวดช่วยลดอาการปวดได้บางส่วน (ประมาณครึ่งหนึ่ง)
- ยาแก้ปวดช่วยลดอาการปวดได้เล็กน้อย
- ยาแก้ปวดไม่ช่วยลดอาการปวด และท่านไม่ได้ใช้ยาแก้ปวดนั้น

2. การดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (อาบน้ำ, แต่งตัว เป็นต้น)

- ท่านสามารถอาบน้ำ, แต่งตัว ได้เหมือนปกติโดยไม่ทำให้อาการปวดมากขึ้น
- ท่านสามารถอาบน้ำ, แต่งตัว ได้เหมือนปกติแต่ทำให้มีอาการปวดเกิดขึ้น
- ท่านสามารถอาบน้ำแต่งตัวได้แต่ต้องเป็นไปอย่างช้า ๆ และระมัดระวัง เพราะทำให้มีอาการปวด
- ท่านสามารถอาบน้ำ, แต่งตัว ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือบ้างบางส่วน
- ท่านสามารถอาบน้ำ, แต่งตัว ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือเกือบทั้งหมด
- ท่านไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัวได้เองและต้องอยู่แต่บนเตียง

3. การยกของ

- ท่านสามารถยกของหนักได้โดยไม่มีอาการปวดมากขึ้น
- ท่านสามารถยกของหนักได้แต่ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น
- ท่านไม่สามารถยกของหนักจากพื้นได้แต่ถ้าของหนักอยู่สูงระดับโต๊ะ ท่านจะสามารถยกของหนักนั้นได้
- ท่านไม่สามารถยกของหนักจากพื้นได้แต่ถ้าของหนักอยู่สูงระดับโต๊ะ ท่านจะสามารถยกของได้แต่น้ำหนักของต้องไม่มากนัก
- ท่านสามารถยกได้แต่ของน้ำหนักเบา ๆ
- ท่านไม่สามารถยกของได้เลย

4. การเดิน

- ท่านสามารถเดินได้ระยะทางเหมือนปกติโดยไม่มีอาการปวด
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถเดินได้ระยะทางไม่เกิน 1.6 กิโลเมตร
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถเดินได้ระยะทางไม่เกิน 800 เมตร
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถเดินได้ระยะทางไม่เกิน 400 เมตร
- ท่านสามารถเดินได้แต่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า, ไม้ค้ำพุง
- ท่านต้องอยู่แต่บนเตียง แต่ต้องคลานเวลาไปเข้าห้องน้ำ

5. การนั่ง

- ท่านสามารถนั่งได้นานเหมือนปกติโดยไม่มีอาการปวด
- ท่านสามารถนั่งได้นานเหมือนปกติโดยไม่มีอาการปวดเฉพาะเก้าอี้ที่ท่านนั่งเป็นประจำและสบายเท่านั้น
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถนั่งได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถนั่งได้ไม่เกิน 30 นาที
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถนั่งได้ไม่เกิน 10 นาที
- อาการปวดทำให้ท่านไม่สามารถนั่งได้เลย

6. การยืน

- ท่านสามารถยืนได้นานเหมือนปกติโดยไม่มีอาการปวดมากขึ้น
- ท่านสามารถยืนได้นานเหมือนปกติแต่จะทำให้ท่านปวดมากขึ้น
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถยืนได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถยืนได้ไม่เกิน 30 นาที
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถยืนได้ไม่เกิน 10 นาที
- อาการปวดทำให้ท่านไม่สามารถยืนได้เลย

7. การนอน

- ท่านสามารถหลับได้เหมือนปกติโดยไม่มีอาการปวด
- ท่านสามารถหลับได้เหมือนปกติแต่ต้องใช้ยา
- ถึงแม้จะใช้ยาแล้วก็ตามท่านสามารถหลับได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
- ถึงแม้จะใช้ยาแล้วก็ตามท่านสามารถหลับได้น้อยกว่า 4 ชั่วโมง
- ถึงแม้จะใช้ยาแล้วก็ตามท่านสามารถหลับได้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
- อาการปวดทำให้ท่านไม่สามารถหลับได้เลย

8. การเข้าสังคม เช่น การไปตลาด ดูหนัง ไปห้างสรรพสินค้า

- ท่านสามารถเข้าสังคมได้เหมือนปกติโดยไม่มีอาการปวดมากขึ้น
- ท่านสามารถเข้าสังคมได้เหมือนปกติโดยมีอาการปวดมากขึ้น
- อาการปวดไม่ได้มีผลต่อการเข้าสังคมของท่านมากนักยกเว้นมีกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวมาก เช่น การเดินรำ เล่นกีฬา เป็นต้น
- อาการปวดทำให้ท่านไม่สามารถเข้าสังคมนอกบ้านได้บ่อย ๆ
- อาการปวดทำให้ท่านไม่สามารถเข้าสังคมนอกบ้านได้แต่สามารถมีการเข้าสังคมที่จัดในบ้านได้
- อาการปวดทำให้ท่านไม่สามารถเข้าสังคมได้เลย

9. การเดินทาง

- ท่านสามารถเดินทางไปที่ต่าง ๆ ได้โดยไม่มีอาการปวดมากขึ้น
- ท่านสามารถเดินทางไปที่ต่าง ๆ ได้แต่มีอาการปวดมากขึ้น
- อาการปวดของท่านแย่มาก แต่ท่านก็สามารถจัดการได้และเดินทางได้มากกว่า 1 ชั่วโมง
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถเดินทางไปที่ต่าง ๆ ได้น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
- อาการปวดทำให้ท่านสามารถเดินทางไปที่ใกล้ ๆ ได้ที่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที
- ท่านไม่สามารถเดินทางไปที่ต่าง ๆ ได้ ยกเว้นไปพบแพทย์ หรือ ไปโรงพยาบาล



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : ข้อความในแบบสอบถามจะเกี่ยวกับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรค และ สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติ กรุณาเลือกตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงในการทำกิจกรรมประจำวันของท่านมากที่สุด เพียง 1 คำตอบ ความหมายของข้อความที่เลือกตอบมีดังนี้

มากที่สุด	กำหนดให้	5	คะแนน
มาก	กำหนดให้	4	คะแนน
ปานกลาง	กำหนดให้	3	คะแนน
น้อย	กำหนดให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	กำหนดให้	1	คะแนน

4.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคปวดหลังส่วนล่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. อาการปวดหลังส่วนล่างทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ					
2. อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ เป็นต้น					
3. อาการปวดหลังส่วนล่างทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ					
4. อาการปวดหลังส่วนล่าง ส่งผลกระทบต่อรายได้					
5. อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติตามปกติ เช่น ไปตลาด ไปวัด หรือกิจกรรมสังสรรค์ทางสังคมกับเพื่อน ๆ					
6. ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายจากการอาการปวดหลังส่วนล่าง					

4.2 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรับประทานยาแก้ปวดหลังส่วนล่างตรงตามแผนการรักษา					
2. ท่านมาตรวจติดตามอาการปวดหลังส่วนล่างตามนัดทุกครั้งที่คุณคลินิกฝังเข็ม					
3. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์					
4. ท่านหลีกเลี่ยงการยกของหนัก					
5. ท่านออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังแข็งแรงและเกิดความสมดุล					
6. ท่านจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง เช่น ที่นอนที่ท่านนอนประจำ ไม่แข็งหรืออ่อนนุ่มเกินไป					
7. ท่านจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงานเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง เช่น โต๊ะ					
8. เก้าอี้ สำหรับทำงานมีขนาดที่เหมาะสมกับท่าน					

4.3 การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาและป้องกันโรค

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสนใจที่จะติดตามผลการรักษาและการปฏิบัติตัวของท่าน					
2. ท่านสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่ออาการปวดหลัง เช่น คอมพิวเตอร์ที่ไม่ได้อยู่ในระดับเดียวกับสายตา เก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง หรือที่วางแขนโต๊ะทำงานไม่สามารถปรับสูงต่ำได้					
3. ท่านมักหลีกเลี่ยงการก้มตัวเพื่อยกของหนักจากพื้น และการเอื้อมหรือบิดเอี้ยวตัวบ่อย ๆ					
4. เมื่อทำการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังแล้วปวดมากขึ้น ท่านจะลดจำนวนครั้งในท่าทางนั้น หรือหยุดท่าทางนั้นไว้ก่อน					
5. ขณะทำกิจกรรมแล้วมีอาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้นท่านจะหยุดและเปลี่ยนท่าทางทันที					
6. ท่านจะลดน้ำหนักเมื่อรู้ว่าน้ำหนักเกิน					
7. ท่านต้องการเข้ารับการรักษาอาการปวดหลังโดยวิธีการฝังเข็มถึงแม้ว่าจะดูน่ากลัวก็ตาม					

4.4 สิ่งชักนำต่อการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลัง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านหาความรู้หรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเป็นอาการปวดหลังส่วนล่างจากบุคลากรทางการแพทย์					
2. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างจากบทความสิ่งตีพิมพ์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต					
3. ท่านหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่างโดยสอบถาม พูดคุยกับคนที่ เป็นโรคปวดหลัง					
4. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง ท่านมีผู้คอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้ท่าน					
5. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ					
6. ท่านมีคนในครอบครัวที่คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจตลอดเวลาที่ท่านมีอาการปวดหลังส่วนล่าง					
7. บุคคลในครอบครัวส่งเสริมการปฏิบัติตัวของท่าน โดยช่วยยกของที่มีน้ำหนักมาก					
8. คนในครอบครัวช่วยชี้แนะ แก้ไข ตักเตือน การปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมแก่ท่าน					
9. ท่านมีโอกาสได้เข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยปวดหลังด้วยกัน เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง

คำชี้แจง : ข้อความในแบบสอบถามจะเกี่ยวกับการรับรู้ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ซึ่งหมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง กรุณาเลือกตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงในการทำกิจวัตรประจำวันของท่านมากที่สุด เพียง 1 คำตอบ ความหมายของข้อความที่เลือกตอบมีดังนี้

มากที่สุด	กำหนดให้	5	คะแนน
มาก	กำหนดให้	4	คะแนน
ปานกลาง	กำหนดให้	3	คะแนน
น้อย	กำหนดให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	กำหนดให้	1	คะแนน

5.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสามารถนั่งเก้าอี้เตี้ย ๆ และนั่งหลังตรงได้แทนการนั่งยอง					
2. ท่านสามารถเข็นหรือดันของไปข้างหน้าในลักษณะหลังตรง ร่วมกับงอเข่าด้านใดด้านหนึ่งไปข้างหน้า โดยไม่ลากจูงหรือดึงสิ่งของเข้าหาตัว					
3. หากต้องแบกของหนัก ท่านสามารถรักษาระดับไหล่ทั้ง 2 ข้างให้เสมอกัน					
4. เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของจากที่สูงเกินระดับไหล่ ท่านมักเลือกใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ม้านั่ง เก้าอี้เตี้ย ๆ หรือที่วางเท้า					
5. เมื่อท่านจะต้องหยิบของจากพื้น ท่านใช้วิธีการย่อเข่าเพื่อหยิบของแทนการก้มโค้งหลัง					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. ท่านสามารถใช้การขยับเท้าเพื่อหมุนไปในทางที่จะยกสิ่งของ (หมุนทั้งตัว) แทนการบิดเอี้ยวตัว เมื่อต้องเคลื่อนย้ายสิ่งของ					
7. ท่านบริหารร่างกายก่อนเริ่มงานได้ทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
8. ท่านมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยหลัง					

5.2 ความคาดหวังของการมีพฤติกรรมต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การนั่งหลังค่อมหรือก้มตัวบ่อย ๆ ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง					
2. การเดินหรือยืนนาน ๆ ทำให้ปวดหลัง					
3. การยกของจากพื้น โดยการย่อเข้าหลังตรง ช่วยป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง					
4. การยืนโดยศีรษะและหลังอยู่ในท่าตั้งตรง ช่วยให้อาการปวดหลังส่วนล่างลดลง					
5. การหยิบของจากที่สูง โดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น โຕ้ะ เก้าอี้ ช่วยป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง					
6. การหยิบของจากที่สูงโดยการเขย่งปลายเท้าทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง					
7. การหิ้วของที่มีน้ำหนักมากข้างใด ข้างหนึ่ง ทำให้ปวดหลังส่วนล่าง					
8. การเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง					

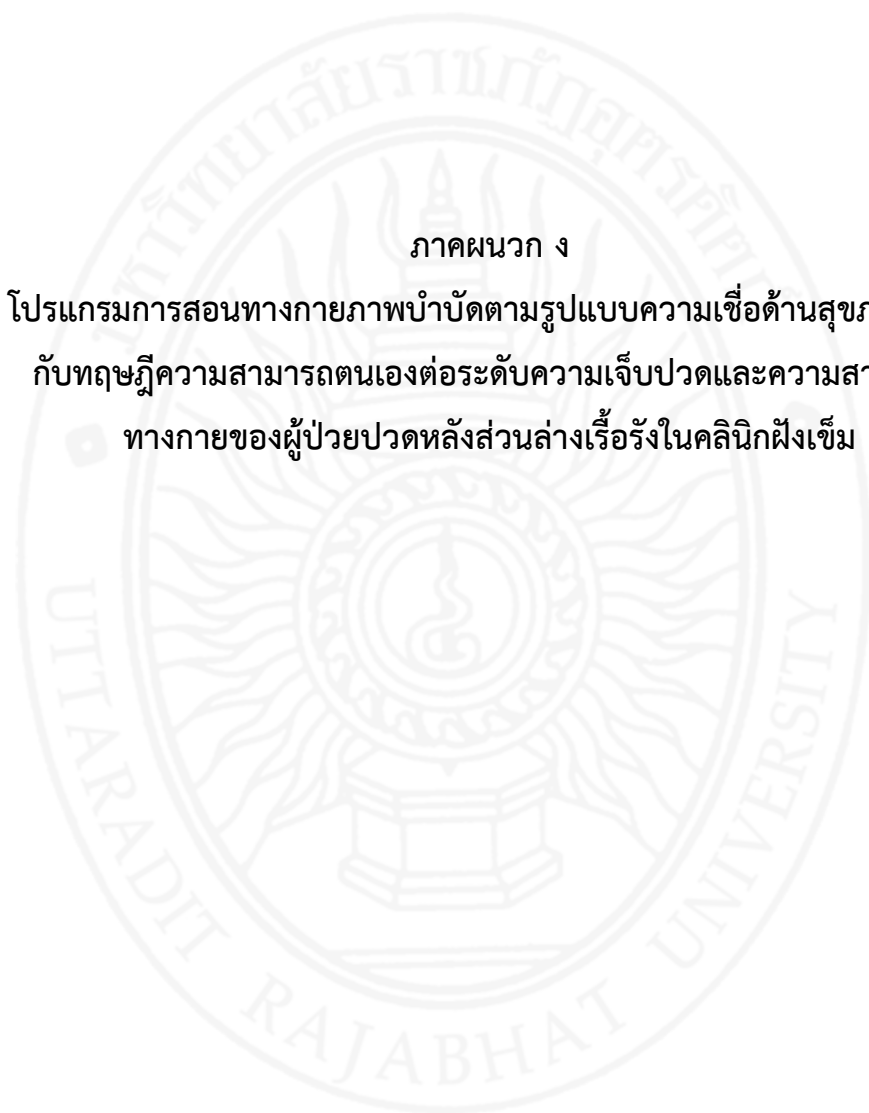
ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9. การออกกำลังกายยืดเหยียดหลังอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยลดอาการปวดหลังได้					
10. การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของกล้ามเนื้อหลัง แต่ละครั้งนาน 10-20 นาที ทำให้กล้ามเนื้อหลังแข็งแรง					



QR Cord : แบบสอบถาม

ภาคผนวก ง

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ
กับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถ
ทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม



โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

ครั้งที่ 1

เรื่อง	กิจกรรมสร้างความรู้จัก โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และการบริหาร ร่างกาย
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	3 ชั่วโมง
วันที่ให้การอบรม	สัปดาห์ที่ 1
สถานที่	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก
ผู้ให้การอบรม	นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต
วิธีการอบรม	การสอน การสาธิต ฝึกปฏิบัติ ตอบแบบสอบถาม

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม (ครั้งที่ 1)

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
1. เพื่อแนะนำ ตนเองและสร้าง สัมพันธภาพ	- ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกชื่อ สกุล ตำแหน่งหน้าที่ - สอบถาม ชักประวัติ อาการทั่วไปของ ผู้ป่วยรายบุคคล - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล พื้นฐานเพื่อคัดกรองอาสาสมัคร	สนทนากับ ผู้ป่วยด้วยท่าที่ เป็นมิตร สอบถาม ทบทวนชื่อ	- เอกสารข้อมูลคำ ชี้แจงสำหรับ อาสาสมัคร	- การสังเกต ความสนใจ ของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจเป้าหมาย และขั้นตอน ของการเข้าร่วม โปรแกรม	- อธิบายวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ ขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบ ประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบ ประเมินการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง - ตอบแบบประเมินระดับความรุนแรง ของโรค - ตอบแบบประเมินภาวะจำกัด ความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด หลังส่วนล่างเรื้อรัง	- บอก เป้าหมายของ โปรแกรม - อธิบาย ขั้นตอนการเข้า ร่วมโปรแกรม - แสดงเอกสาร ข้อมูล อาสาสมัคร และใบยินยอม - เปิดโอกาสให้ ซักถามข้อ สงสัยและ แสดงความ คิดเห็น	- ใบยินยอมเข้าร่วม โปรแกรม - แบบสอบถาม เกี่ยวกับแบบ ประเมินตามความ เชื่อด้านสุขภาพ - แบบสอบถาม เกี่ยวกับแบบ ประเมินการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง - แบบประเมิน ระดับความรุนแรง ของโรค(NRS) - ประเมินภาวะ จำกัดความสามารถ ทางกายของผู้ป่วย ปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรัง	- จากการ ซักถาม ผู้ป่วย สามารถ บอก เป้าหมาย และขั้นตอน การเข้าร่วม โปรแกรมได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
<p>3. เพื่อสร้างความตระหนัก กระตุ้นให้เกิด ความรับรู้ และ ตื่นกลัวเกี่ยวกับการปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง</p> <p>4. เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถอธิบาย เกี่ยวกับสาเหตุ ของการปวด หลังได้</p> <p>5. เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจการเกิด โรคปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง รู้จักป้องกันดูแล ตนเอง และลด ความเสี่ยงที่จะ กลับมาเป็นซ้ำ</p> <p>6. เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถบริหาร ร่างกายเมื่อเป็น โรคปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง ได้</p>	<p>บรรยาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความหมาย ชนิดของการปวดหลัง และสาเหตุของการเกิดอาการปวดหลัง ที่พบบ่อย - การรักษาโรคปวดหลังส่วนล่าง วิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา - การปรับท่าทางในชีวิตประจำวันเพื่อ ลดและป้องกันอาการปวดหลัง ได้แก่ ท่านอน ท่านั่ง ท่ายืน การยกของ แบก ของ และการขับรถ รวมถึงการสาธิต และทดลองฝึกปฏิบัติด้วยกัน - การพูดคุยแลกเปลี่ยนและซักถามข้อ สงสัย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยนำผู้ป่วย เข้าสู่เนื้อหาโดย การบรรยาย ความหมายของ การปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง - การสาธิต วิธีการป้องกัน อาการปวดหลัง โดยการปรับ ท่าทางใน ชีวิตประจำวัน - การฝึกปฏิบัติ ท่าทางใน ชีวิตประจำวัน โดยมีนัก กายภาพบำบัด ให้คำแนะนำ อย่างใกล้ชิด 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการดูแล ตนเองสำหรับ ผู้ป่วยปวดหลัง ส่วนล่าง - แผ่นพับ - Power Point - คลิปวิดีโอ <div style="text-align: center;">  <p>QR Cord : คลิป วิดีโอออกกำลัง กาย</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>QR Cord : คู่มือ เอาชนะปวดหลัง</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> - การสังเกต ความสนใจ และการ ตอบคำถาม

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

ครั้งที่ 2

เรื่อง	กิจกรรมสร้างเป้าหมาย ในการรักษาอาการปวดหลัง ทบพจนท่าทางใน ชีวิตประจำวัน และการบริหารร่างกายเพื่อลดปวด
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	3 ชั่วโมง
วันที่ให้การอบรม	สัปดาห์ที่ 3
สถานที่	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก
ผู้ให้การอบรม	นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต
วิธีการอบรม	การให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติร่วมกัน และการคำปรึกษา รายบุคคล

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม (ครั้งที่2)

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลตนเองในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง	<ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนท่าทางในชีวิตประจำวันที่ต้องเหมาะสมเพื่อลดอาการปวดหลัง - การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการทำงานและเหมาะสมต่อผู้ป่วย เช่น การปรับโต๊ะ เก้าอี้ ที่นอน - การทำกิจกรรมเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวในการดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสิ่งแวดล้อมและหาแนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย - การพูดคุยแลกเปลี่ยน 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาพตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจากคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย - ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่มี
2. การป้องกันและระมัดระวังต่อสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการปวด	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเพื่อลดอาการปวดหลัง - แนะนำท่าออกกำลังกายและบริหารร่างกายเพื่อลดอาการปวดหลังด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 5 ท่า 	<ul style="list-style-type: none"> - การพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่าง 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - คู่มือสำหรับการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน	<ul style="list-style-type: none"> - สาธิตการออกกำลังกายและฝึกปฏิบัติร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - การสาธิต - การฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อ 		
4. เพื่อทบทวนการบริหารร่างกายเมื่อเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง				

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

ครั้งที่ 3

เรื่อง	กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในการฝึกปฏิบัติตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง และ การตระหนักต่อปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติ
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่/กลุ่มย่อย/รายบุคคล
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	3 ชั่วโมง
วันที่ให้การอบรม	สัปดาห์ที่ 5
สถานที่	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก
ผู้ให้การอบรม	นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต
วิธีการอบรม	การอภิปราย การถอดบทเรียน การทำกิจกรรมกลุ่มใหญ่ กลุ่มย่อย การฝึก ปฏิบัติ

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม (ครั้งที่3)

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
1. เพื่อเพิ่มแรงกระตุ้นในการดูแลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังด้วยตัวเอง	<p>- ผู้ป่วยร่วมกันกล่าวถึงประสบการณ์ที่ดีที่สุดของตนเองในการปฏิบัติตัว เมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง</p> <p>- มีการแลกเปลี่ยนถึงแรงจูงใจและวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยประเมินและสะท้อนกลับการปฏิบัติตัวที่ดีและมีอาการปวดลดลงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นเพื่อเพิ่มแรงกระตุ้นและมีการช่วยชี้แนะกัน</p> <p>- แนะนำพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งชักนำต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เพิ่มแรงกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบอย่างของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้</p> <p>- ทบทวนท่าในการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ รวมถึงซักถามถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เมื่ออยู่ที่บ้าน</p>	<p>- การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>- ประสบการณ์การปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังและการรักษา</p> <p>- ปรึกษาหารือระหว่างผู้รักษา กับผู้ป่วย หรือระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน</p> <p>- มีการถอดบทเรียนจากการนำโปรแกรมการฝึกปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังไปใช้ที่บ้าน</p>	<p>- กระบวนการปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม</p> <p>- การซักถามและตอบคำถาม</p>	<p>- การมีส่วนร่วมอภิปราย</p> <p>- ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย</p>

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

ครั้งที่ 4

เรื่อง	สร้างแรงบันดาลใจ และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามทฤษฎี ความสามารถตนเอง
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่/กลุ่มย่อย/รายบุคคล
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	3 ชั่วโมง
วันที่ให้การอบรม	สัปดาห์ที่ 7
สถานที่	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก
ผู้ให้การอบรม	นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต
วิธีการอบรม	การอภิปราย การตอบแบบสอบถาม

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม (ครั้งที่ 4)

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะดูแลตัวเองเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง	- มีการแนะนำพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามโปรแกรม ผลดี ผลเสีย และความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลตนเองจากอาการปวดหลัง	- การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- กระบวนการปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม	- การมีส่วนร่วม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี	- การทำกิจกรรมกลุ่ม ทบทวนเนื้อหาทั้งหมด การให้กำลังใจและเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง	- ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันอธิบายถึงผลลัพธ์ที่ตนเองได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม	- แบบประเมิน	- การสังเกต
3. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตัวเองเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง	- การทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม	- เปิดโอกาสให้ซักถามแสดงความคิดเห็น	- แบบประเมิน	- ความสนใจ และการตอบคำถาม
4. เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตัวเองเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง	- ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ	- เปิดโอกาสให้ซักถามแสดงความคิดเห็น	- แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค	
		- ผู้วิจัยกล่าวสรุปและแนะนำให้กลับไปปฏิบัติต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง		
		- สรุปประเด็น		

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

สำหรับกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1

เรื่อง	สุกศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลัง และตอบแบบประเมินอาการปวดหลัง
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	3 ชั่วโมง
วันที่ให้การอบรม	สัปดาห์ที่ 1
สถานที่	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก
ผู้ให้การอบรม	นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต
วิธีการอบรม	การสอน การสาธิต ฝึกปฏิบัติ ตอบแบบสอบถาม

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม สำหรับกลุ่มควบคุม (ครั้งที่ 1)

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
1. เพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกชื่อ สกุล ตำแหน่งหน้าที่ - สอบถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย รายบุคคล - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> - สนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร - สอบถาม ทบทวนชื่อ 	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร 	<ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายและขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรม	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายเกี่ยวกับเป้าหมาย ขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง - ตอบแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค - ตอบแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง 	<ul style="list-style-type: none"> - บอกเป้าหมายของโปรแกรม - อธิบายขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม - แสดงเอกสารข้อมูลอาสาสมัคร และใบยินยอม - เปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น 	<ul style="list-style-type: none"> - ใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม - แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ - แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง - แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค(Numeric Rating Scale; NRS) - ประเมินภาวะจำกัดความสามารถทางกาย(Oswestry) 	<ul style="list-style-type: none"> - จากการซักถามผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมายและขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรมได้

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

สำหรับกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 4

เรื่อง	สุศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลัง และตอบแบบประเมินอาการปวดหลัง
ประเภท	แบบรายกลุ่มใหญ่
ผู้เข้าร่วม	ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	3 ชั่วโมง
วันที่ให้การอบรม	สัปดาห์ที่ 7
สถานที่	โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก
ผู้ให้การอบรม	นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต
วิธีการอบรม	การอภิปราย การตอบแบบสอบถาม

โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎี
 ความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด
 หลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม สำหรับกลุ่มควบคุม (ครั้งที่ 4)

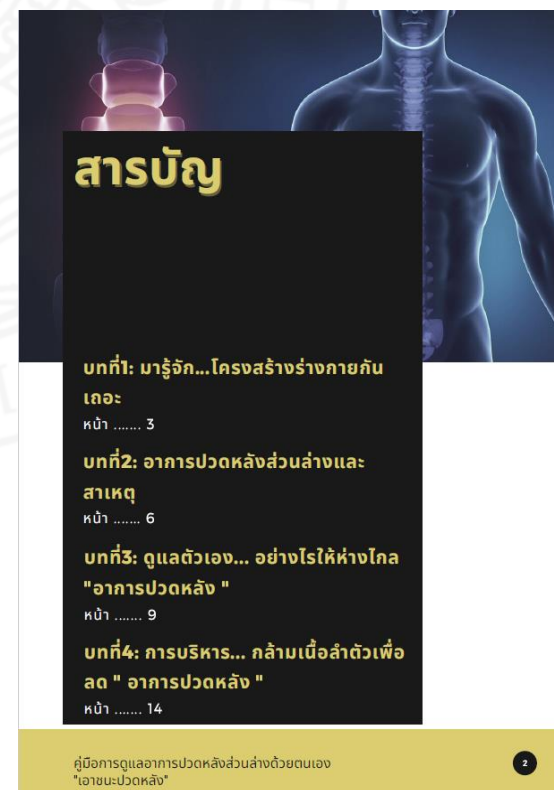
วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการเรียนรู้	ประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วย เห็นถึงผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้น เพื่อเพิ่ม ความมั่นใจใน การดูแลตัวเอง เพื่อลดอาการ ปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง	- ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบ ประเมินตามความเชื่อด้านสุขภาพ - ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบ ประเมินการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง - ตอบแบบประเมินระดับความรุนแรง ของโรค - ตอบแบบประเมินภาวะจำกัด ความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวด หลังส่วนล่างเรื้อรัง	- ผู้วิจัย อธิบายถึง ผลลัพธ์ที่ ผู้ป่วยได้รับ จากการเข้า ร่วมกิจกรรม - เปิดโอกาส ให้ซักถาม แสดงความ คิดเห็น - ผู้วิจัยกล่าว สรุปและ แนะนำให้ กลับไป ปฏิบัติต่อบ้านอย่าง ต่อเนื่อง - สรุป ประเด็น	- แบบสอบถาม เกี่ยวกับแบบ ประเมินตามความ เชื่อด้านสุขภาพ - แบบสอบถาม เกี่ยวกับแบบ ประเมินการรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง - แบบประเมิน ระดับความรุนแรง ของโรค(Numeric Rating Scale; NRS) - ประเมินภาวะ จำกัด ความสามารถทาง กาย (Oswestry)	- ความ สนใจ และ การตอบ คำถาม

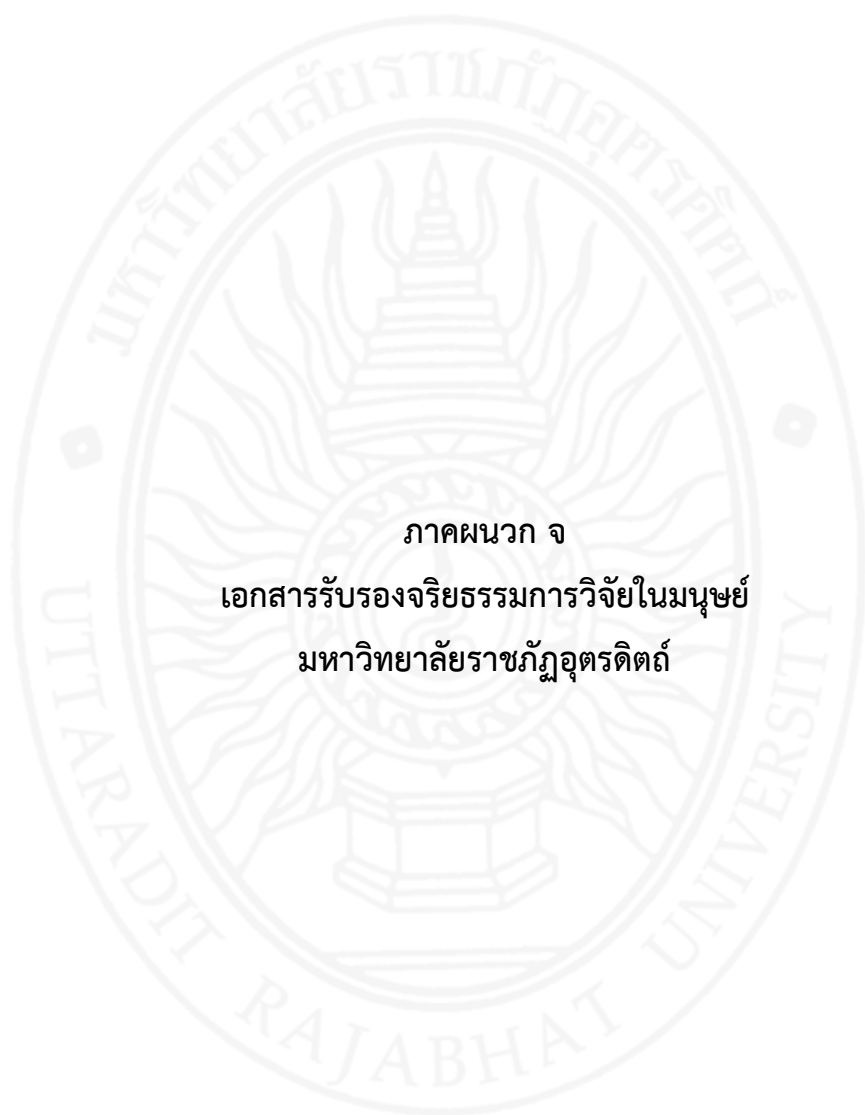


ภาคผนวก ง

(ตัวอย่าง) คู่มือประกอบโปรแกรมการให้สุขศึกษา


(ตัวอย่าง) คู่มือประกอบโปรแกรมการให้สุขศึกษา





ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์



AF 11-10/1.0

COA No. 052/2020
URU-REC No. 049/63

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
Uttaradit Rajabhat University Research Ethics Committee
27 ถนนอินใจมี ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ 53000 เบอร์โทรศัพท์ 055416601-20

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม

Study Title : The Effects of Using Physical Therapy Program Based on Health Belief Model and Self Efficacy on Pain Intensity and Physical Function of Chronic Lower Back Pain Patient in Acupuncture Clinic

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจุฬารัตน์ รวมจิต


สังกัดหน่วยงาน : บัณฑิตวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่ง รายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง

1. AF01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 กันยายน 2563	6. สรุปโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2563
2. AF02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 กันยายน 2563	7. โครงการวิจัยฉบับเต็ม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 กันยายน 2563
3. AF03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 กันยายน 2563	8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 กันยายน 2563
4. AF04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2563	9. แบบสอบถามเพื่องานวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ วันที่ 23 กันยายน 2563
5. AF05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2563	

ลงนาม: 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จกักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

วันที่รับรอง : 24 ธันวาคม 2563
Date of Approval : December 24, 2020
วันหมดอายุ : 24 ธันวาคม 2564
Approval Expire Date : December 24, 2021

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ฉ
เอกสารการตอบรับบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

เอกสารการตอบรับบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร



ที่ อว ๐๖๑๔.๘ / ๖๔๔๐

สถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ส่งวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒

เรียน คุณจุฬารัตน์ รวมจิต และคณะ

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิชาการ/วิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔) (ISSN ๑๖๘๖ ๔๔๐๙ (Print) ISSN ๒๖๕๑ ๑๒๐๗ (Online)) TCI ฐาน ๑ นั้น

บัดนี้ มหาวิทยาลัยฯ ได้จัดพิมพ์วารสารวิชาการฉบับดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอมอบวารสารจำนวน ๑ เล่ม ให้แก่ท่านเพื่อใช้ประโยชน์ และได้ส่งวารสารไปยังหน่วยงานภายนอก เพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและอ้างอิง สามารถดาวน์โหลดวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ได้ที่ <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/uruj/index>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิติ เมืองตุม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา

บรรณาธิการผู้พิมพ์และโฆษณาวารสารวิชาการ

งานบริการวิชาการ

โทร. ๐๕๕-๔๑๖๖๐๑-๓๐ ต่อ ๑๖๔๒

โทรสาร ๐๕๕-๔๑๖๖๐๑-๓๐ ต่อ ๑๖๔๒, ๐๕๕-๔๑๖๐๒๐



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	จุฬารัตน์ รวมจิต
วัน เดือน ปี เกิด	27 ตุลาคม 2535
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	190/15 ม.1 ต.จี้วังาม อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000
ผลงานตีพิมพ์	ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้าน สุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและ ความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ปีที่ 16 ฉบับที่ 12 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2564) (ISSN 1686 4409 (Print) ISSN 2651 1207 (Online)) TCI ฐาน 1