

# การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง

## Potential Development for Self-care of Low Back Pain People

กุลวรงค์ ว่องวิไลรัตน์ (Kulwarang Wongwilairat)\* พรทิพย์ คำพอ (Pontip Kompor)\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง 30 คน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. 5 คน เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และนักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลโนนสะอาด รวม 38 คน คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า-คัดออก การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า หลังพัฒนา คะแนนด้านความรู้และการปฏิบัติตนระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และ คะแนนความรู้สึกรู้สึกปวดหลังทั้งขณะพัก ขณะทำงาน และความรุนแรงในอาการปวดหลัง คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลการจัดประชุมด้วยเทคนิคกระบวนการ AIC ได้โครงการที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชุมชน จำนวน 4 โครงการ

### ABSTRACT

This action research was applied the Appreciation Influence Control Technique (AIC) that studied about potential development for self care in low back pain people. The total of focus group were 38 volunteers consists of 30 low back pain people, the headman, 5 village health volunteers, staff from the Family Practice and Community Department and the physiotherapist from Nonsaad Hospital by inclusion - exclusion criterias. The data were conducted with quantitative and qualitative and analyzed by Paired t-test test and content analysis. The results showed that participants had knowledge and practice after development increased significantly ( $p < 0.001$ ). The intensity of pain scale had decreased significantly ( $p < 0.001$ ). The results of focus group discussion by AIC had four projects that could be solved problems in the community.

คำสำคัญ : ปวดหลัง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ AIC

**Key Words:** Low back pain, Action research, AIC

\* มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

อาการปวดหลัง (Low back pain) เป็นกลุ่มอาการที่สร้างความรำคาญและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แต่ละปีมีผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้จนต้องหยุดงาน [1] ซึ่งพบบ่อยในประเทศไทย [2] สาเหตุเกิดจากเมื่อก้ม ๆ เงย ๆ กระดุกสันหลังส่วนที่โค้งจะถูกยืดออก ส่งผลต่อการเพิ่มแรงดันในกระดุกสันหลังส่วนที่โค้ง [3] โดยเฉพาะหลังส่วนล่าง ประกอบกับการทำงานในอิริยาบถไม่ถูกต้องจึงเกิดอาการปวดเวลาทำงาน [4] ซึ่งเกิดได้กับทุกคน และจากสาเหตุต่าง ๆ [5] ทั้งนี้ จากการศึกษาของนิธิตา [6] พบว่าส่วนใหญ่มักเกิดจากการขาดสมดุลของกล้ามเนื้อหลังทั้งสองด้าน จากท่าทางที่ไม่ถูกต้องในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษาของเกสร [7] พบว่า สาเหตุหลักคือ การอยู่ในอิริยาบถไม่ถูกต้อง การทำงานหนักเป็นเวลานาน ทำงานด้วยความรีบเร่ง และอุบัติเหตุระหว่างทำงาน ปัจจัยเสริมคือ อายุ ความอ้วน น้ำหนักเกิน เพศ และความเครียด การศึกษาของพิสิษฐ์ [8] พบว่า น้ำหนักตัวมาก การยืนทำงานทั้งวันหรือทำงานแบบซ้ำ ๆ นานกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน การวิตกกังวล ไม่พอใจงานที่ทำ การยก ลาก หรือเข็นของหนัก การออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย สัมพันธ์ต่อโอกาสปวดหลังได้มาก และเมื่อปวดหลังจะแสวงหาการรักษาแบบต่าง ๆ เช่น ไปโรงพยาบาล นวดแผนไทย การบีบ นวด จากสมาชิกในครอบครัว ใช้สมุนไพรหายาแก้ปวดมาทาน ฯลฯ เป็นต้น และการศึกษาของกิงแก้ว, วิทัศน์, จารุวรรณ และคณะ [9] พบว่า ที่บ่อยที่สุด คือ ซ้อมยามาทานเอง รองลงมา คือ นอนพัก และปล่อยให้หายเอง เหตุผลเพราะสะดวก แต่การทำเช่นนี้เป็นเวลานานย่อมเกิดอันตรายต่อร่างกายจนเป็นปัญหาทางสุขภาพอื่น ๆ ได้ เนื่องจากต้องรักษาต่อเนื่อง ทำให้สูญเสียทั้งเวลาทำงานและค่าใช้จ่ายในการเดินทางและรักษา ทั้งที่สาเหตุนี้สามารถป้องกันได้หากผู้ที่ปวดหลังตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับหลัง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม [10] ย่อมลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และช่วย

ลดปัญหาปวดหลังที่อาจมีความซับซ้อนในภายหลังได้มาก [11] เพื่อสร้างการพัฒนาความสามารถในการพึ่งตนเองที่ยั่งยืนจึงควรให้ชุมชนเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ปัญหาของตนมิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง เพื่อให้ผู้ที่ปวดหลังมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเพื่อลดปวดหลัง รวมถึงทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกันหาทางแก้ไขและดำเนินการแก้ไขปัญหาปวดหลังในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

## วิธีการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยนำเทคนิคเอ ไอ ซี (Appreciation Influence Control Technique: AIC) มาประยุกต์ในการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม โดยให้ผู้ปวดหลังและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ปวดหลังจนเกิดแผนงาน/โครงการ ที่ช่วยแก้ ปัญหาปวดหลัง และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพในชุมชน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี 225 คน อสม.ในพื้นที่ 42 คน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลโนนสะอาด

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน ในการประชุมแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ที่ยินดี เต็มใจ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน การวิจัยครั้งนี้จะเรียกว่า “ผู้เข้าร่วมโครงการ” อสม. ในพื้นที่ 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และนักกายภาพ บำบัด (ผู้วิจัย) โรงพยาบาลโนนสะอาด

ในการเปรียบเทียบและสรุปผลการวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา ศึกษาจากผู้เข้าร่วมโครงการโดยเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังหรือมีอาการที่กลับเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มากกว่า 3 เดือน แต่ไม่มีอาการชาหรือขาตามแนวเส้นประสาทช่วงอายุ 20 - 65 ปี ไม่มีประวัติการเกิดพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลัง ไม่มีโรคประจำตัวที่จำกัดต่อการออกกำลังกายหรือการใช้ชีวิตประจำวัน มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ ซึ่งข้อมูลนี้มาจากการซักประวัติการรักษาและได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ และจากการตรวจร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด

เกณฑ์คัดออก คือ อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ไม่สามารถร่วมโครงการได้ตลอดกระบวนการ มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมหรือเคลื่อนและมีอาการชาหรือขาตามแนวเส้นประสาท ซึ่งข้อมูลนี้มาจากการซักประวัติการรักษาและได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ และจากการตรวจร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด

เกณฑ์ยุติขณะเข้าร่วมการวิจัย คือ มีอาการไม่พึงประสงค์ ไม่สามารถติดต่อได้ และผู้เข้าร่วมโครงการต้องการยุติการเข้าร่วม โดยแจ้งแก่ผู้วิจัยด้วยตนเอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความรู้เรื่องอาการปวดหลังซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) ตามวิธีการของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.83 และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งมีค่าความเที่ยงตามวิธีการของ Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.81 ทั้งนี้ คะแนนความรู้และการปฏิบัติตน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม

แนวคิดของ Bloom [12] คือ ระดับดี (>79%) ระดับปานกลาง (60%-79%) และระดับไม่ดี (< 60%)

2) แบบบันทึกคะแนนความรู้สึกปวดหลังซึ่งดัดแปลงจากมาตรวัดความเจ็บปวดของ Downie [13] มีลักษณะ ดังนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เจ็บปวดเลย

เจ็บปวดมากที่สุด

แบบบันทึกมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) แบ่งเป็น 6 ระดับคะแนน ดังนี้

- 0 - 1 คะแนน = ไม่เจ็บปวดเลย
- 2 - 3 คะแนน = เจ็บปวดเล็กน้อย
- 4 - 5 คะแนน = เจ็บปวดปานกลาง
- 6 - 7 คะแนน = ปวดรุนแรงพอสมควร
- 8 - 9 คะแนน = ปวดรุนแรงมาก
- 10 คะแนน = ปวดที่ลุกลามจนทนไม่ได้

3) แนวทางการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD)

4) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (Participant Observation)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ทำการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณลักษณะของประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง และคะแนนความรู้สึกปวดหลัง สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งประยุกต์การอภิปรายกลุ่มแบบย่อย (Buzz Session) และการอภิปรายกลุ่มแบบระดมสมอง (Brain Storming) เพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นสาเหตุและข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่แท้จริง แล้วสรุปแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันปวดหลัง จนเกิดแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (โดยผู้วิจัย) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของ

ผู้เข้าร่วมโครงการขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลที่ได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA นำเสนอเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาในด้านความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง และคะแนนความรู้สึกปวดหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า มีการแจกแจงปกติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลของการอภิปรายกลุ่ม โดยประยุกต์แนวคิดการปฏิบัติตน การดูแลสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสังเกตพฤติกรรมขณะร่วมทำกิจกรรม เพื่อสรุปและเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับประเด็นที่ศึกษา

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุเฉลี่ย 54.23 ปี อายุสูงสุด 65 ปี ต่ำสุด 39 ปี โดยช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 50.00 มีและมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 36.67 ดังตารางที่ 1

#### ข้อมูลอาการปวดหลังของผู้เข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุที่ส่งผลให้ปวดหลัง ร้อยละ 60.00 โดยมักปวดหลังเวลาทำงาน ร้อยละ 63.33 เมื่อปวดหลังมักมีการแสวงหาการรักษา ร้อยละ 56.67 โดยมักเลือก

การนวดเองที่บ้านหรือการจ้างหมอนวดในชุมชน หรือการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมกับการนวดที่บ้าน ร้อยละ 23.53 โดยอาการปวดหลังที่เป็นอยู่ไม่ส่งผลกระทบของต่อตนเองหรือครอบครัว ร้อยละ 83.33 ดังตารางที่ 2

#### ลักษณะ / ทำางการทำงาน

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ทำงานที่มีการยกของหนัก ร้อยละ 73.33 ขณะทำงานมีการเอี้ยวหรือบิดตัว ร้อยละ 70.00 ซึ่งมักทำขณะหยิบของ ร้อยละ 71.43 มีการก้มโค้งหลังขณะทำงาน ร้อยละ 66.67 และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยผ่อนแรงในการทำงาน ร้อยละ 76.67

#### ด้านความรู้เรื่องอาการปวดหลัง

จากการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับไม่ดี ร้อยละ 50.00 โดยมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 16.67 คะแนนเฉลี่ย 12 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน การเลือกรักษาส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ที่คลินิก เพื่อรับยาหรือฉีดยาแก้ปวดและการนวด ซึ่งไม่สอดคล้องกับบางส่วนของทฤษฎีของ เกสร [7] ที่พบว่า ส่วนใหญ่เลือกทานยาชุดแก้ปวดที่ขายตามร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งหาซื้อได้ง่าย แต่สอดคล้องส่วนที่รองลงมาคือ การบีบ นวดโดยสมาชิกในครอบครัว การยืดเหยียด และการทานสมุนไพร หลังการจัดอบรมให้ความรู้ตามโครงการ เมื่อการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์ ผลคือ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ระดับดีเป็นร้อยละ 90.00 คะแนนเฉลี่ย 19.03 คะแนน สูงสุด 21 คะแนน ต่ำสุด 15 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$  ที่ 95% CI = 10.28 ถึง 18.43) สอดคล้องกับการวิจัยของ จีราภักษ์ [14] ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการวิจัยของพรพรรณ [15] ที่พบว่า

กลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ มีพฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิต ประจำวันและการทำงาน การออกกำลังกายแบบแอโรบิค สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการวิจัยของมธุรส [16] ที่พบว่า เมื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการปวดหลังอย่างเป็นระบบ และการจัดทำคู่มือการจัดการอาการปวดหลังขณะอยู่บ้าน ผลคือ ผู้ป่วยจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และสอดคล้องกับการวิจัยของ Linton and Ryberg [17] ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการฝึกอบรมการปรับ ประจุพฤติกรรมสามารถลดการสูญเสียสมรรถภาพและลดวันหยุดงานดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว จึงสรุปได้ว่า การให้ความรู้เรื่องอาการปวดหลังร่วมกับเอกสารความรู้ทำให้ผู้ที่ปวดหลังมีความรู้เพิ่มขึ้น

#### ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดมีการปฏิบัติตนระดับไม่ดี ร้อยละ 100.00 คะแนนเฉลี่ย 6.97 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน ต่ำสุด 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน หลังการจัดอบรมให้ความรู้ตามโครงการ เมื่อการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์ ผลคือ การปฏิบัติตนระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 23.33 และการปฏิบัติตนระดับไม่ดีลดลง จากร้อยละ 100.00 เป็นร้อยละ 30.00 คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา 16.27 คะแนน สูงสุด 23 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ , 95% CI = 5.88 ถึง 14.64) สอดคล้องกับการวิจัยของสิริหญิง [18] ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคปวดหลังที่มีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด หลังเข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน เมื่อสัมภาษณ์ญาติพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลังอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการวิจัยของ พิสิษฐ์ [8]

ที่พบว่า การออกกำลังกายทุกวันมีความสัมพันธ์ต่อการช่วยให้ปวดหลังลดลง สอดคล้องกับการวิจัยของจิรารักษ์ [14] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ชั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการวิจัยของมธุรส [16] ที่พบว่า เมื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการปวดหลังอย่างเป็นระบบ และการจัดทำคู่มือการจัดการอาการปวดหลังขณะอยู่บ้าน ผลคือ ผู้ป่วยจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเอง จึงสรุปได้ว่า การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับเอกสารความรู้ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ด้านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องอาการปวดหลังระดับไม่ดีและมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อลดปวดหลังไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าเป็นการออกกำลังกายแบบยกแขนยกขา ยืดเส้นยืดสายทั่ว ๆ ไป และทั้งหมดมีการปฏิบัติตนระดับไม่ดี ส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นหลัก เนื่องจากอาการปวดหลังที่เป็นอยู่ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัว ยังคงทำงานได้ตามปกติ แต่หากปวดหลังมากจนทนไม่ไหวมักไปรักษาที่คลินิกเพื่อรับยาหรือฉีดยาและการนวด ผู้ช่วยเหลือเมื่อปวดหลังส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว หลังการพัฒนาโดยประยุกต์ใช้เทคนิคเอ ไอ ซี ผลคือ เกิดเป็นแผนงาน/โครงการที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชุมชน จำนวน 4 โครงการ ได้แก่ 1)โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อปวดหลัง 2)โครงการเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง 3)โครงการอบรม อสม. เพื่อพัฒนาความรู้ในการป้องกันอาการปวดหลัง และ 4)โครงการชุมชนร่วมกันดูแลตนเองเมื่อปวดหลัง โดยการ

ดำเนินงานตามโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลิน [19] ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อ การใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียด และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงและมีการรับรู้สุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Damush [20] ที่พบว่ากลุ่มที่ได้โปรแกรมการดูแลสุขภาพ และการได้รับปัจจัยสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 4 เดือน มีอาการปวดหลังลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่รักษาด้วยยาจากแพทย์ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Linton and Ryberg [17] ที่พบว่า กลุ่มที่รักษาโดยการฝึกอบรมการปรับปรุงพฤติกรรมสามารถลดการสูญเสียสมรรถภาพและลดวันหยุดงานดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์, วิทัศน์, เบญจา และคณะ [21] ที่พบว่า ผลสำเร็จของโครงการพัฒนาเกิดจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกขั้นตอนด้วยความสมัครใจและเต็มใจ จึงสรุปได้ว่า การให้ความรู้ด้านความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับปวดหลังลดลง

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) ด้านความรู้เรื่องอาการปวดหลัง จากที่พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับไม่ดี และยังไม่เข้าใจถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จึงควรส่งเสริมความรู้แก่ผู้ที่มีอาการปวดหลังอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

2) ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง จากที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดมีการปฏิบัติตนระดับไม่ดี บางรายยังไม่ค่อยสนใจการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเท่าที่ควร บางรายยังเข้าใจว่าการทำงานทุกวันเป็นการออกกำลังกาย ดังนั้น จึงควรส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ที่มีอาการปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ และควรให้ความสำคัญต่อกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติตนถูกต้องระดับดีและปานกลางให้เท่าเทียมกันทุกกลุ่ม

3) ด้านความรู้เกี่ยวกับปวดหลัง อาจคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากเป็นการวัดความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่วัดผลเนื่องจากมีทักษะกระบวนการทางกายภาพบำบัด ผู้เข้าร่วมโครงการอาจเกรงใจและไม่กล้าระบุความรู้เกี่ยวกับปวดหลังที่ตรงตามความรู้ที่จริง แต่ผู้วิจัยได้ถามย้ำและชี้แจงเสมอว่าให้ตอบตรงตามความรู้สึกของตนมากที่สุด และการวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดหลัง ไม่ควรวัดผลนานเกิน 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการลืม และได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังต้องทำงานและอาการปวดหลังยังพอทำงานได้ รวมถึงไม่สะดวกมารับการอบรมให้ความรู้ จึงต้องการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แต่ส่วนใหญ่ยังไม่สนใจปฏิบัติตนให้ถูกต้อง นอกจากนี้ บางรายหลังเข้าร่วมโครงการ เมื่อปวดหลังลดลงจะทำงานหนักเพิ่มขึ้น จนทำให้ปวดหลังกลับมาเพิ่มขึ้นอีก หลังการพัฒนาอาการจึงลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้น แกนนำชุมชนควรกระตุ้นและแนะนำผู้ที่ปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ที่ปวดหลังมีการรวม กลุ่มเพื่อกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ที่ปวดหลังมีความต่อเนื่องและเกิดผลที่ยั่งยืน

5) ด้านการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ที่ปวดหลังในการใส่ใจดูแลตนเองหลังการพัฒนา รวมถึงการสนับสนุนของชุมชนอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ เพื่อความ

สำเร็จที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน

6) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงควรมีแกนนำชุมชน ช่วยส่งเสริมให้แผนงาน/โครงการ ที่เกิดขึ้น มีการ ดำเนินต่อไปอย่างน้อย 1-2 ปี หลังเสร็จสิ้นโครงการ แล้ว เพื่อให้สามารถแก้ไข้ปัญหาของชุมชนได้อย่าง ต่อเนื่องและเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

7) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ ดังนั้นข้อค้นพบจากการวิจัย อาจมีข้อจำกัดในการ อ้างอิง ไปยังพื้นที่อื่น (Generalization) หากจะนำ ผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ควรคำนึงถึงบริบท ตลอดจน ความเหมาะสมของลักษณะการทำงานและการใช้ชีวิต ในแต่ละพื้นที่ด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนสำหรับการดำเนินการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Van Vuuren B, van Heerden HJ, Becker PJ, Zinzen E and Meeusen R. 2007. Lower back problems and work - relate risks in south African manganese factory. J Occup Rehabil, 17(2), 199-211.
2. Petcharat Keawduangdee. 2010. Prevalence and associated factors of low back pain in the textile occupation. Master of Science thesis in Physical Therapy, Graduate School, Khon Kaen University.
3. Amnoay Unnanun. 2000. Spine must know. Bangkok: Ruankaew Press. Thai.
4. Suanders HD. 1992. Self-help manual for your back. Minneapolis: A Suaders Group.

5. Manop Prapasanon. 2006. Back pain handbook. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Kraimoo Press. Thai.
6. Nitida Jirachoknukroch. 2006. Low back pain reduction in row knitting preparation workers : a case study of a knit dyeing factory. Master of Engineering thesis in Industrial Engineering, Graduate School, King Mongkut's Institute of Technology North Bangkok. Thai.
7. Kesorn Siangpraw. 2009. Self-care practice for low back pain from harvesting associated among Khon Kaen Farmers. An independent study report Master of Nursing Science program in Community Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. Thai.
8. Pisit Lertchaovaput. 2006. Prevalence rate and associated factors of low back pain among woodworkers at Wangnumyen co-operation, Sakaew province. Master of Science program in Occupational Medicine, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chula longkorn University. Thai.
9. Kingkaew Ketkowitz, Witat janposri, Jaruwat Chokkanapitak, Pornwipa Deesri, Prasert Thavondunstid. 2002. Health seeking behavior for musculoskeletal pain of people in Chiang Yun District, Mahasarakham Province. Khon Kaen: Khon Kaen University. Thai.
10. Surasak Srisuk, Lek Privisut, Nuananong Chaipiyaporn. 2007. Backpain. 7<sup>th</sup> ed. Bangkok: Mochawban. Thai.

11. Lipman AG. 2002. Practical pain management. Retrieved April 7,2002, from [http:// www. acofp.org/member\\_publication/0503\\_3.htm](http://www.acofp.org/member_publication/0503_3.htm).
12. Bloom BS. 1968. Taxonomy of education objective: handbook I: cognitive domain. New York: David MCI.
13. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, and Anderson JA. 1978, August. Studies with pain rating scales. *Annals of the rheumatic disease.* (37), 378- 381.
14. Jeerarak Soguntud. 2005. The effectiveness of health education program applying transtheoretical model to a self care of patients with low back pain, King Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society. Master of Science thesis in Health Education, Graduate School, Srinakharinwirot University. Thai.
15. Pornpan Pungnam. 2004. Effects of health education program with application of self-efficiency theory to modify behavior for the relief of chronic low back pain at Phramongkutkloa Hospital. Master of Science thesis in Health Education, Graduate School, Kasetsart University. Thai.
16. Mathuros Nattharom. 2003. Pain management model for patients with low back pain at home. Master of Nursing Science thesis in Adult Nursing, Graduate School, Prince of Songkla University. Thai.
17. Linton SJ and Ryberg MA. 2001. Cognitive-behavioral group intervention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain.* 90(1-2), 83-90.
18. Siringing Srisupan 2007. Participatory learning activity provision for self-care among low back pain patients receiving back-operation. Master of Education thesis in Health Promotion, Graduate School, Chiang Mai University. Thai.
19. Damush TM., et al. 2003, April. Randomized trial of a self-management program for primary care patients with acute low back pain: short-term Effects. *Arthritis Care and Research*, 49(2), 179-186.
20. Dalin Pinnoi. 2003. Effects of a physical exercise program with family support on pain and health perception of low back pain patients. Master of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University. Thai.
21. Pontip Komporn, Witat Janposri, Banja Muktabhant, Jaruwat Chokkanatitak, Warangkana Sungsitthisawad, Chulaporn Sota. 2001. Role of population and sub-district administration organization participation in management of public health community development. Kaen: Khon Kaen University. Thai.



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	7	23.33
หญิง		
	23	76.67
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 41	1	3.33
41-50	9	30.00
51-60	12	40.00
มากกว่า 60	8	26.67
(Mean = 54.23 S.D. = 8.20 Min = 39 Max = 65 )		
<b>การศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	21	70.00
มัธยมศึกษา	6	20.00
อื่น ๆ (กศน./ปวช.)	3	10.00
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
แม่บ้าน	5	16.67
เกษตรกรรวม	8	26.67
รับจ้าง	1	3.33
ค้าขาย	15	50.00
อื่น ๆ (พนักงานขับรถ)	1	3.33
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)</b>		
น้อยกว่า 5,001	11	36.67
5,001 - 10,000	10	33.33
10,001 - 15,000	4	13.33
15,001 - 20,000	2	6.67
มากกว่า 20,000	3	10.00
(Mean = 10090.00 Median = 8000 S.D. = 8468.05 $P_{25} = 4000$ $P_{75} = 15000$ Min = 1000 Max = 30000)		

ตารางที่ 2 ข้อมูลอาการปวดหลังและลักษณะ/ท่าทางการทำงานของผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 30)

ข้อมูลอาการปวดหลัง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>การมีประวัติเคยประสบอุบัติเหตุที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง</b>		
ไม่เคย	18	60.00
เคย	12	40.00
<b>ช่วงเวลาที่มักมีอาการปวดหลัง</b>		
เมื่อทำงาน	19	63.33
ตื่นนอนตอนเช้า	5	16.67
ตอนเย็นหลังเลิกงาน	3	10.00
ตอนกลางคืน	2	6.67
ปวดตลอดเวลา	1	3.33
<b>การรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง</b>		
ไม่ได้รักษา ปล่อยให้หายเอง	13	43.33
รักษา	17	56.67
<b>การเลือกการรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง (n=17)</b>		
นวดเองที่บ้านหรือจ้างหมอนวด	4	23.53
รักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน นวดที่บ้าน	4	23.53
เข้าพบแพทย์ที่โรงพยาบาล	3	17.65
รักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน, นวดประคบสมุนไพร	2	11.76
ซื้อยามารับประทานเอง, เข้าพบแพทย์ที่คลินิก	2	11.76
รักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน, เข้าพบแพทย์, ออกกำลังกาย	2	11.76
<b>ผลกระทบของอาการปวดหลังต่อตนเองหรือครอบครัว</b>		
ไม่มี	25	83.33
มี	5	16.67
<b>การยกของหนักขณะทำงาน</b>		
ไม่ยก	8	26.67
ยก	22	73.33
<b>การเอี้ยวบิดตัวขณะทำงาน</b>		
ไม่มี	9	30.00
มี	21	70.00
<b>ลักษณะการเอี้ยวบิดตัว (n = 21)</b>		
เพื่อหยิบของ	15	71.43
เพื่อยกของ	6	28.57
<b>การก้มโค้งหลังขณะทำงาน</b>		
ไม่มี	10	33.33
มี	20	66.67
<b>การใช้อุปกรณ์ช่วยผ่อนแรงในการทำงาน</b>		
ไม่ใช้	23	76.67
ใช้	7	23.33

ตารางที่ 3 ข้อมูลระดับความรู้และการปฏิบัติตนเรื่องอาการปวดหลังของผู้เข้าร่วมโครงการ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

ระดับความรู้เรื่อง อาการปวดหลัง	ดี ( > 79% )	ปานกลาง ( 60%–79% )	ไม่ดี ( < 60% )	$\bar{X}$ ( คะแนน )	S.D. ( คะแนน )	Min ( คะแนน )	Max ( คะแนน )
ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	5(16.67)	10 (33.33)	15 (50.00)	12.00	4.62	0	20
หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	27(90.00)	3 (10.00)	0	19.03	1.61	15	21
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ 95% CI = 10.28 ถึง 18.43 t-test = 8.39 df = 29 p-value < 0.001*							
ระดับการปฏิบัติตนใน การดูแลสุขภาพตนเอง	ดี ( >79% )	ปานกลาง ( 60%–79% )	ไม่ดี ( < 60% )	$\bar{X}$ ( คะแนน )	S.D. ( คะแนน )	Min ( คะแนน )	Max ( คะแนน )
ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	0	0	30(100.00)	6.97	2.92	2	13
หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	7 (23.33)	14 (46.67)	9 (30.00)	16.27	4.36	5	23
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติตน 95% CI = 5.88 ถึง 14.64 t-test = 10.44 df = 29 p-value < 0.0001*							

\*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 0.05

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความรู้สึกปวดหลัง และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้สึกปวดหลังของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 30)

ระดับคะแนนความรู้สึกปวดหลัง	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	ผลต่าง จำนวน(ร้อยละ)
0 – 1 คะแนน (ไม่เจ็บปวดเลย)	0	9 (30.00)	-9 (-30.00)
2 – 3 คะแนน (เจ็บปวดเล็กน้อย)	1 (3.33)	14 (46.67)	-13 (-13.34)
4 – 5 คะแนน (เจ็บปวดปานกลาง)	9 (30.00)	7 (23.33)	2 (6.67)
6 – 7 คะแนน (ปวดรุนแรงพอสมควร)	14 (46.67)	0	-14 (-46.67)
8 – 9 คะแนน (ปวดรุนแรงมาก)	6 (20.00)	0	-6 (-20.00)
ภาพรวมก่อนการพัฒนา	Mean = 6.1	S.D. = 1.58	Min = 3 Max = 9
ภาพรวมหลังการพัฒนา	Mean = 2.37	S.D. = 1.43	Min = 0 Max = 5
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 95% CI = 5.51 ถึง 1.83 t-test = 9.81 df = 29 p-value < 0.0001*			

\*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 0.05