

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผล การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีอาการ ปวดหลัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็น แนวทางในการศึกษาวิจัย และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวดหลัง
2. การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
6. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด
7. แนวคิดของการมีส่วนร่วม
 - 7.1 แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม
 - 7.2 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC)
 - 7.3 แนวคิดเกี่ยวกับการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)
8. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการปวดหลัง

อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบได้บ่อยแม้ในคนปกติซึ่งลักษณะอาการมีหลายรูปแบบ บาง รายอาจปวดเมื่อย บางรายอาจปวดจี๊ด ๆ บางรายมีอาการปวดร้าวลงสะโพกหรือร้าวลงขา ซึ่งอาการ ปวดหลังที่แตกต่างกันนั้น หมายถึง สาเหตุของที่มาของความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน (มานพ ประภาษานนท์, 2549) โดยอาการปวดหลังนั้นเกิดขึ้นจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ทำงานขาด

สมดุล จึงส่งผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานเกินกำลังของกล้ามเนื้อหลัง การเกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่หลังหรือบริเวณใกล้เคียง หรือภาวะทางสุขภาพที่เสื่อมโทรมตามวัย อีกทั้งการทำงานด้วยท่าทางที่ผิด ๆ ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน อาการปวดหลังในระยะเริ่มแรกจะกลายเป็นเรื้อรัง จนยากต่อการรักษาในที่สุด (สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2550) คนทั่วไปอาจเข้าใจว่าคนแก่เท่านั้นที่มีสิทธิ์เกิดอาการปวดหลัง แต่ในความเป็นจริง สัดส่วนคนหนุ่มสาวที่มีอาการปวดหลังนั้นมีสูงมาก รายงานบางฉบับสรุปไว้ว่าวัยที่มีอาการปวดหลังได้ง่าย คือ วัย 25-35 ปี นอกจากนี้ อาชีพบางอย่าง เช่น กรรมกรแบกหาม พนักงานขับรถบรรทุก ช่างนา กรรมกรเหมือง พยาบาล ทหาร ฯลฯ ก็มีสัดส่วนของผู้ที่มีอาการปวดหลังสูงเป็นพิเศษ ซึ่งสาเหตุมาจากการที่ต้องก้มหลังทำงานหรือยกของหนักบ่อย ๆ นั้นเอง นอกจากนี้ ผู้ที่วิตกกังวล ไม่พอใจงานที่ทำ ต้องยืนทำงานทั้งวัน หรือทำงานแบบซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ก็มีโอกาสมีอาการปวดหลังได้เช่นกัน (เชื้อ หลินเฟิน, 2541)

1.1 ความหมายของอาการปวดหลัง

อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบได้บ่อย ทั้งนี้ มีผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายของอาการปวดหลัง ดังนี้

วรวิทย์ เล่าห์เรณู (2543) ให้ความหมายของอาการปวดหลังว่า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นบริเวณหลัง ตั้งแต่ส่วนล่างคอดลงไปจนถึงส่วนก้นกบ แต่คนส่วนใหญ่มักจะหมายถึง อาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) คือตั้งแต่บั้นเอวไปจนถึงก้นกบ เนื่องจากอาการปวดหลังบริเวณนี้พบได้บ่อยกว่า และมักจะเรียกอาการปวดหลังบริเวณส่วนคอว่า อาการปวดคอ (Neck pain)

กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย (2545) ให้ความหมายของคำว่า “ปวดหลัง” ลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

ปวดหลัง หมายถึง อาการปวดหลังที่มีหรือไม่มีอาการปวดร้าวลงขา (Sciatica pain) ที่ไม่มีสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่น การติดเชื้อ อุบัติเหตุ เนื้องอกหรือมะเร็ง ข้ออักเสบรูมาตอยด์

ปวดหลังกึ่งเฉียบพลัน หมายถึง อาการปวดหลังที่มีระยะเวลา 6-12 สัปดาห์

ปวดหลังเรื้อรัง หมายถึง อาการปวดหลังที่มีระยะเวลานานเกิน 12 สัปดาห์

ปรานี ทัพไพเราะ (2552) ให้ความหมายของอาการปวดหลังว่า เป็นอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของโครงสร้างของกระดูกสันหลังส่วนเอวและบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ

Colachis (1986) ให้ความหมายของอาการปวดหลังว่า หมายถึง อาการปวดหลังทั้งระดับหลังส่วนบนและหลังส่วนล่าง อาการที่เด่นชัดจะพบกล้ามเนื้อบริเวณหลังหดรั้ง เกร็ง (muscle

contraction) และข้อต่อกระดูกสันหลังยึดติดแข็ง (stiffness) มีอาการปวดแบบตื้อ ๆ ลึก ๆ ปวดกระดูกเอว ขยับแล้วปวด บางครั้งขยับตัวได้น้อยหรือไม่ได้เลย กล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก (flaccid paralysis) แต่บางรายจะพบกล้ามเนื้อมีอาการเกร็งหรือกระตุกร่วมด้วย โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ เป็นอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแบบหดเกร็ง (spastic)

สรุปได้ว่า อาการปวดหลัง หมายถึง อาการปวดแบบตื้อ ๆ ลึก ๆ ปวดกระดูกเอว ขยับแล้วปวด บางครั้งขยับตัวได้น้อยหรือไม่ได้เลยที่บริเวณใดบริเวณหนึ่งของหลังระดับบั้นเอวลงไปจนถึงกระเบนเหน็บ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยที่มีหรือไม่มีอาการปวดร้าวลงขา (Sciatica pain) ซึ่งไม่มีสาเหตุเฉพาะเจาะจง

1.2 กลไกของอาการปวดหลัง

วิเชียร เลาเจริญสมบัติ (2547) ให้แนวคิดของกลไกของอาการปวดหลังว่า ภาวะปวดหลังเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงเชิงกลที่กระทำต่อเอ็นกล้ามเนื้อหรือแคปซูลของข้อต่อ ได้แก่ แรงกด (Stress) แรงดัน (Pressure) แรงแยก (Distraction) ความตึง (Distension) และรอยถลอกฉีกขาด อาการปวดเกิดขึ้นทันทีที่มีอาการบาดเจ็บที่บริเวณบั้นเอวหรือสะโพก หลังจากนั้น 24-28 ชั่วโมงจะมีอาการปวดมากที่สุด และค่อย ๆ หายไปในระยะเวลาต่อมา ประมาณ 10-14 วัน อาการปวดส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบรอบ ๆ บริเวณบาดเจ็บและมีสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด เช่น โพรแทสเซียมไอออน (รั่วจากเซลล์ที่บาดเจ็บ) ซีโรโทนิน และพรอสตาแกลนดิน นอกจากนี้ยังเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อเพื่อหยุดการเคลื่อนไหวของบริเวณที่เจ็บ ทำให้กระตุ้นปลายประสาทสัมผัสที่เลี้ยวหลอกเลือดภายในมัดกล้ามเนื้อ (เกิดความดันในกล้ามเนื้อสูง) จากแรงดัน แรงดึง และกรดแลคติก หรือสารอื่น เมื่อมีการอักเสบจึงทำให้เกิดอาการปวดได้

สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ (2550) ให้แนวคิดของกลไกของอาการปวดหลังว่า สำหรับอาการปวดหลังนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากปลายเส้นประสาทได้รับการกระตุ้นหรือระคายเคือง จึงส่งสัญญาณไปยังไขสันหลังและส่งต่อเข้าสู่สมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับและส่งความรู้สึกไปทั่วร่างกาย เมื่อสมองรับความรู้สึกเจ็บปวด จะส่งสัญญาณไปยังอวัยวะส่วนที่เกี่ยวข้องในการทำให้เกิดความเจ็บปวด เพื่อยับยั้งการเคลื่อนไหว ในขณะที่เดียวกันจะเกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลังร่วมด้วยเป็นผลทำให้หลังเคลื่อนไหวอย่างยากลำบาก เนื่องจากกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูก เอ็นข้อต่อ และกล้ามเนื้อ มีปลายประสาทมาเล็งมากมาย ดังนั้น โอกาสปวดหลังจึงมีได้หลายสภาวะ เช่น จากความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาในชีวิตประจำวัน กล้ามเนื้อล้าตัวอ่อนกำลัง หรือการทำงานในท่าที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น



Wall (1978) กล่าวถึงกลไกของอาการปวดหลังว่า เมื่อมีการกระตุ้นบริเวณที่มีเซลล์ประสาทรับความรู้สึกบริเวณร่างกาย จะเกิดกระแสความรู้สึกส่งผ่านไปยังไขสันหลัง แล้วจึงผ่านไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทาลามัส (Thalamus) และซีรีบรอล คอर्टิเคิล (Cerebral cortex) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการรับรู้ความรู้สึกปวด การรู้สึกปวดสามารถอธิบายได้ว่า มีตัวกระตุ้นทำให้ประตูควบคุมอาการปวดเปิดออก และส่งผ่านกระแสรับรู้ความรู้สึกผ่านไปสู่มองส่วนบน ซึ่งทฤษฎีประตูควบคุมอาการปวด (Gate control theory of pain) กล่าวว่า กลไกประตู (Gating mechanism) อยู่ในสไปนอล คอลัมน์ (Spinal column) ซึ่งถ้าความรู้สึกที่ผ่านเข้ามาไม่ถึงระดับที่เพียงพอประตูก็จะปิด กระแสความรู้สึกก็ไม่สามารถผ่านไปยังสมองได้ เส้นประสาทที่รับความรู้สึกปวด คือ เอ-เดลต้า (A-delta) และ ซี-ไฟเบอร์ (C-fibers) ซึ่งถ้าถูกกระตุ้นก็จะเปิดประตูควบคุมอาการปวดได้ แต่ถ้ามีการกระตุ้น เอ-เบต้า (A-beta) ซึ่งเป็นไฟเบอร์ที่ใหญ่ ประตูควบคุมอาการปวดจะไม่เกิดขึ้นมา นอกจากนี้ยังมีเส้นประสาทจากสมองมาที่ไขสันหลังซึ่งสามารถยับยั้งกระแสความปวดได้

Magni, et al. (1994) กล่าวถึงกลไกของอาการปวดหลังเพิ่มเติมอีกว่า การกระตุ้นเส้นใยประสาท เอ-เบต้า (A-beta fiber) และการทำให้ความปวดลดลง เช่น การใช้ยา การกระตุ้นผิวหนังด้วยไฟฟ้า การใช้ความร้อน และการนวด นอกจากนี้การมีสุขภาพจิตที่ดี การผ่อนคลาย การมีสมาธิ หรือแม้กระทั่งการได้ทำกิจกรรมที่มีความเพลิดเพลิน ล้วนแต่มีผลต่อการปิดประตูควบคุมอาการปวดได้ ในทางกลับกัน ถ้ามีความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเบื่อหน่าย หรือการจดจ่อกับความปวด ก็สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้ประตูความเจ็บปวดเปิดออกได้

Brown, et al. (2004) กล่าวถึงกลไกของอาการปวดหลังว่าเกิดจากการที่เส้นใยของกล้ามเนื้อมีการฉีกขาด เพราะต้องออกแรงปฏิบัติงานหนักมาก หรืออีกสาเหตุหนึ่ง คือ เกิดจากการสะสมของของเสียในกล้ามเนื้อมากเกินไปทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีทำให้มีความกดดันภายในมากขึ้น (osmotic pressure) เป็นผลให้ของเหลวคั่งค้างภายในเส้นใยกล้ามเนื้อจนบริเวณนั้นบวม (edema) การบวมนี้จะกดปลายประสาท ทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเส้นประสาทเป็นผลให้ปวดกล้ามเนื้อภายหลังการออกกำลังกายได้

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า กลไกของอาการปวดหลัง เกิดจาก เมื่อปลายประสาทได้รับการกระตุ้นหรือระคายเคือง จะส่งสัญญาณประสาทไปยังไขกระดูกสันหลังเข้าสู่สมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับและส่งการรับรู้ความรู้สึกปวด เมื่อสมองรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด จะส่งสัญญาณไปกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสที่เลี้ยงหลอดเลือดภายในมัดกล้ามเนื้อหรืออวัยวะส่วนที่เกี่ยวข้องในการทำให้เกิดความเจ็บปวด เพื่อยับยั้งการเคลื่อนไหว ในขณะที่เดียวกันจะเกิดความดันในกล้ามเนื้อสูงจากแรงกดแรงดึง และมีการสร้างกรดแลคติกหรือสารอื่น ๆ ซึ่งจะระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้เกิดความเจ็บปวด

มากขึ้น ต่อมาเมื่อแผลที่ฉีกขาดเริ่มมีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อจะหดสั้นลงเกิดเป็นแผลเป็นทำให้หลังเคลื่อนไหวอย่างยากลำบาก

1.3 สาเหตุของอาการปวดหลัง

สาเหตุของอาการปวดหลังสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยผู้รู้หลายท่านได้จำแนกสาเหตุออกเป็นหลาย ๆ แบบ ดังนี้

Arthus (1990) พิจารณาสาเหตุของการเกิดอาการปวดหลัง สามารถจำแนกได้ 5 ประเภท ดังนี้

1) สาเหตุจากจิตใจ (Psychologic Back Pain) ความเครียดทางจิตใจสามารถทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณหลังและคอ ทำให้เกิดอาการปวดได้ ซึ่งเป็นความเจ็บปวดทางจิตสรีระ (Psychosomatic Phenomenon) โดยอาการปวดหลังในกลุ่มนี้มักไม่พบความผิดปกติใด ๆ นอกจากกดเจ็บบริเวณผิวหนัง

2) สาเหตุจากความผิดปกติของอวัยวะภายใน (Viscerogenic Back Pain) เช่น เกิดความผิดปกติของไตและอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น สำหรับอาการปวดที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากอาการปวดที่มีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลังโดยตรง คือ อาการปวดไม่เพิ่มขึ้นตามกิจกรรมและจะไม่หายปวดเมื่อนอนพัก

3) สาเหตุจากความผิดปกติของระบบประสาท (Neurogenic Back Pain) ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เนื้องอกของสมองส่วนทาลามัส (Thalamic Tumor) อาจทำให้ปวดที่ขา และเนื้องอกของเยื่อหุ้มดิวรา (Dura Matter) ของไขสันหลัง ก็อาจทำให้ปวดหลังได้ง่าย

4) สาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือด (Vascular Back Pain) เช่น หลอดเลือดในช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aneurysms) จะทำให้เกิดอาการปวดหลังที่ไปสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมได้

5) สาเหตุจากความผิดปกติของกระดูกสันหลังและโครงสร้างที่อยู่ใกล้เคียง (Spondylogenic Back Pain) ได้แก่ กล้ามเนื้อ เอ็นยึดกระดูกต่าง ๆ ข้อต่อฟาเซีย และหมอนรองกระดูกสันหลัง เป็นต้น แต่ที่พบได้บ่อยที่สุด คือความตึงเครียดเชิงกลของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับหลัง และเอ็นที่ยึดกระดูกต่าง ๆ ที่หลัง ซึ่งเป็นเนื้อเยื่ออ่อนและมักจะเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหว และการใช้ท่าทางและอิริยาบถไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งหลังค่อม เอียงตัว และบิดเอี้ยวตัว ทำให้กล้ามเนื้อหลังอยู่ในภาวะไม่สมดุล ภาวะปวดมักเกี่ยวข้องกับการทำงาน และยังพบในบุคคลทุกอาชีพที่ต้องยืนหรือนั่งนาน ๆ ยกของหนัก หรือต้องก้มเงยบ่อย ๆ โดยลักษณะท่าทางที่ไม่ถูกต้อง จะมีแรงกดสูงมากกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลัง แล้วยังมีผลให้เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังตึง ต้อง

ออกแรงมากจนทำให้เกิดอันตรายต่อหมอนรองกระดูก เกิดเป็นอาการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและเอ็นได้

จากสาเหตุของอาการปวดหลังตามที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มีอาการปวดหลังนั้นเกิดจากความผิดปกติของกระดูกสันหลังและโครงสร้างที่อยู่ใกล้เคียง อันเนื่องมาจากการทำงาน และท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง เป็นหลัก

สุทธิ ศรีบูรพา (2544) อธิบายสาเหตุของอาการปวดหลังในมุมมองของหลักการยศาสตร์ว่า เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1) การมีท่าทางที่ไม่ถูกต้อง โดยสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาอาการปวดหลังคือ ท่าทาง (posture) คนที่นั่งทำงานในลักษณะ “นั่งหลังค่อม” เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดแรงเครียดที่ข้อต่อของกระดูกสันหลัง ผู้คนที่นั่งเป็นเวลานาน ๆ (longer sitting) จะเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลังสูงมากกว่าคนปกติธรรมดาที่นั่งทำงานไม่นาน สาเหตุปัญหาการปวดหลังที่มาจากการนั่งที่มากที่สุด มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

(1) การนั่งหลังตรงหรือหลังค่อมเป็นเวลานาน

(2) การนั่งในท่าเดิม ๆ เป็นเวลานานโดยไม่เปลี่ยนท่าทางอิริยาบถ

การนั่งหลังตรงโดยที่สะโพกทำมุมกับเบาะรองนั่ง 90 องศา นั้น เป็นท่านั่งที่ไม่ดีเท่าใดนัก เพราะเวลานั่งหลังตรงเป็นเวลานาน ๆ หมอนรองกระดูกจะรับน้ำหนักกดทับที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติและแรงกดดันจะมีแนวโน้มก่อให้เกิดแรงเฉือนเลื่อนไถลไปทางด้านข้างได้มากกว่าในท่าอื่นและแรงกดดังกล่าวนี้จะไปบั่นทอนการซึมผ่านของสารอาหารที่ไหลเวียนเซลล์ของกระดูกสันหลัง รวมทั้งไปกดทับเส้นเลือดฝอยทำให้เลือดไหลไม่สะดวกและทำให้กล้ามเนื้อหลังอ่อนแรงเมื่อลำไส้ได้รวดเร็วมากกว่าปกติ นอกจากนี้ การนั่งหลังค่อมไปข้างหน้า หลังจะเปลี่ยนรูปทรงไปจากลำสันหลังรูปตัว “เอส” ไปเป็นรูปตัว “ซี” จะก่อให้เกิดแรงกดดันกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังในปริมาณมาก และเกิดปัญหาอาการปวดหลัง ในที่สุดจะเกิดภาวะหมอนรองกระดูกแตกชำรุดเสียหาย

2) การทำงานที่ออกแรงกายหนักมากเกินไป (jobs that require high energy or heavy physical work) ลักษณะการทำงานหนักจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า อาการปวดหลังจะเกิดกับคนผู้นั้นหรือไม่ โดยเฉพาะการยกย้ายของหนักด้วยแรงกายที่ผิดท่าทางการยก (incorrect lifting) หรือการยกของหนักบ่อยครั้ง จะเกิดมีแรงกระแทกในปริมาณที่มากเกินไปจนทำให้หมอนรองกระดูกแตกหรือบีบแบนจนเลื่อนไถลไปกดทับเส้นประสาท

3) หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated disc) อาการนี้พบได้บ่อย ในผู้ที่นั่งหลังค่อมเป็นเวลานาน ๆ หรือผู้ป่วยที่ก้มด้วยกของหนักมากเกินไป แรงกดที่กระทำต่อหมอนรองกระดูกนี้จะ

ทำให้หมอนรองกระดูกโป่งหรือเคลื่อนตัวขึ้นออกไปกดทับ (Slipped disc) เส้นประสาทของไขสันหลังจนเกิดอาการเจ็บปวดร้าวไปตามเส้นประสาทด้านหลังขา

ทั้งนี้ อาการหมอนรองกระดูกเคลื่อน คือ อาการที่หมอนรองกระดูกได้รับแรงกระแทกเฉียบพลันแรง ๆ หรือรับแรงกระแทกกดทับสะสมมาเป็นเวลานาน ๆ แรงเหล่านี้จะไปกดดันทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวโดยเฉพาะส่วนที่เรียกว่า ลัมโบซาครัล ดิสก์ (L5/S1 disc) เกิดการปูดหรือปลิ้นออกจนทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนหลุดออกจากตำแหน่งเดิมได้ ซึ่งอาจจะเคลื่อนไปกดทับเอ็นข้อต่อ หรือเส้นประสาทที่ออกมาจากไขสันหลัง เมื่อเส้นประสาทถูกกดทับ การทำงานของเส้นประสาทจะทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดอาการปวดหลังและปวดเอวเสียวร้าวไปที่สะโพกและต้นขาได้รวมไปถึงมีอาการมึนชาร่วมด้วย ภาษาชาวบ้านอาจเรียกอาการนี้ว่า *กระดูกทับเส้น* นอกจากนี้ ปัญหาหมอนรองกระดูกเคลื่อนไปกดทับเส้นประสาทนั้นร้ายแรงยิ่งกว่าอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบ โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยไอหรือจามหรือมีการเบ่งกะบังลมจะยิ่งทำให้การปวดหลังกำเริบมากยิ่งขึ้น

4) การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง (Degeneration of spinal bone) ซึ่งอายุของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกย่อมมีเสื่อมสภาพไปตามกาลเวลา หลังจากที่ผ่านมาการใช้งานมาอย่างยาวนาน จะทำให้เกิดกระดูกงอกยื่นไปเสียดสีกับเส้นประสาทจนเกิดอาการปวดหลังได้ หรือหมอนรองกระดูกตรงส่วนกลางที่เป็นเซลล์เกิดการแข็งตัว ซึ่งการเสื่อมสภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับสภาพการใช้งานหลังของแต่ละบุคคล ว่ามีท่าทางการใช้หลังหรืออิริยาบถในการนั่งนั้นมีความถูกต้องทางสุขศาสตร์มาก-น้อยเพียงใด

5) การมีน้ำหนักตัวที่อ้วนมากเกินไป (Overweight or obesity) คนอ้วนหรือสตรีมีครรภ์จะมีพุงที่ยื่นออกมาจนทำให้น้ำหนักตัวตกลงมาข้างหน้าและยื่นมากกว่าจุดศูนย์กลาง (Central Gravity : C.G.) ของคนที่มีร่างกายปกติ ทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องทำงานอย่างหนักเพื่อต่อต้านแรงโน้มถ่วงเพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุลของร่างกาย การที่กล้ามเนื้อต้องทำงานหนักอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

6) การที่มีท่าทางที่ไม่ดี (Poor posture) มีการก้มตัวทำงานเป็นเวลานาน ๆ การมีทรุดทรงหรือท่าทางการยืน เดินและการนอนที่ไม่ดี ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดเชิงท่าทาง (postural strain) ทั้งสิ้น

7) การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ไม่ได้มีการอบอุ่นร่างกายอย่างเหมาะสมก่อนการเล่น

8) การใส่รองเท้าส้นสูงหรือรองเท้าส้นตึก ในหมู่สุภาพสตรี

มานพ ประภาษานนท์ (2549) พิจารณาสาเหตุของอาการปวดหลัง ตามปัญหาของโครงสร้างร่างกาย ซึ่งสามารถจำแนกสาเหตุหลัก ๆ ของอาการปวดหลังได้ ดังนี้

1) กล้ามเนื้ออักเสบ เป็นสาเหตุของการปวดหลังที่พบบ่อย สามารถสังเกตอาการได้ เช่น ปวดตรงแนวกลางหลัง ใช้มือทุบเบา ๆ หรือบีบนวด จะรู้สึกสบายขึ้น ปวดเวลายกของหนัก นั่ง ยืน นอนผิดท่า และพบในวัยหนุ่มสาว และวัยกลางคน

2) ข้อสันหลังอักเสบเรื้อรัง คือ ภาวะการอักเสบของข้อต่อกระดูกสันหลังแบบเรื้อรังซึ่งอาจจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้น จะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง(ผู้ป่วยชายต่อผู้ป่วยหญิง เท่ากับ 7:1) และมักพบในคนหนุ่มสาว สำหรับสาเหตุของการเกิดข้อสันหลังอักเสบยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายซึ่งกระทำต่อเนื้อเยื่อบริเวณข้อกระดูกต่าง ๆ (ออโตอิมมูน) และสันนิษฐานว่าอาจสืบทอดทางพันธุกรรม โดยอาการของโรค คือ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดข้อโดยเฉพาะบริเวณหลังและบั้นเอว เมื่ออายุประมาณ 10 – 30 ปี กรณีที่เริ่มปวดเมื่อมีอายุมากกว่า 30 ปี นั้นพบได้น้อย บริเวณที่ปวดเรียงลำดับตามที่พบมาก ได้แก่ บั้นเอว แก้มก้น ทรวงอก หัวเข่า ข้อไหล่ และข้อมือ ในระยะแรกอาการปวดจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และอาการจะดีขึ้นเมื่อรับประทานยาแก้ปวด อาการที่เด่นชัด คือ ปวดหลังมากเวลานอน โดยเฉพาะในช่วงเช้า อาจปวดมากจนต้องตื่นนอนอาจพบมีอาการหลังแข็งร่วมด้วย และอาการจะดีขึ้นหลังจากได้เคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกาย บางคนอาจรู้สึกปวดเมื่อยง่ายหลังทำงานหนักหรือเล่นกีฬา บางรายอาจมีอาการปวดร้าวลงขาแบบเดียวกับอาการปวดหลังจากสาเหตุรากประสาทถูกกดทับ เมื่ออาการรุนแรงขึ้น อาจมีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตัวซีด ควรรีบพบแพทย์โดยด่วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะทิ้งไว้กว่าจะไปพบแพทย์นานหลาย ๆ ปี ทั้งนี้อาการเรื้อรังของโรคจะเป็นมากขึ้นในระยะ 10 – 20 ปี แล้วอาจทุเลาลงหรือหายไปเอง แต่อาจเปลี่ยนมาปวดเฉพาะที่บั้นเอวหรือข้อสะโพก ในบางรายอาการอักเสบอาจลุกลามไปตามข้ออื่น ๆ หรืออวัยวะอื่น ๆ เช่น ม่านตา หัวใจ ทางเดินอาหาร เป็นต้น

การปวดหลังจากข้อสันหลังอักเสบนี้ในระยะแรกอาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติชัดเจน เมื่อเป็นมากขึ้นจะพบว่าหากกดหรือคลำดูจะเจ็บตรงข้อที่ปวด หรืออาจใช้กำปั้นทุบเบา ๆ ตรงกลางหลังจะเจ็บมากขึ้น บางรายอาจพบว่าไม่สามารถก้มงอ บั้นเอวลงด้านหน้าได้และหากวัดรอบทรวงอกเพื่อดูการขยายตัวเมื่อหายใจเข้าเต็มที่ จะพบว่าขยายตัวได้น้อยกว่าคนปกติ (ขยายได้ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร ในชายหนุ่ม) หากปล่อยให้อาการเจ็บป่วยลุกลามจนมีอาการรุนแรงและละเลยการรักษาที่ถูกต้องเป็นระยะเวลานาน จะมีลักษณะเฉพาะ คือ หลังแข็งทั้งท่อนและโค้ง บางรายสะโพกแข็งเหมือนอยู่ในท่านั่งตลอดเวลา ทำให้ยืนและนั่งไม่ได้ ดังนั้น ในกรณีที่มียาอาการปวดหลัง และสงสัยว่าจะเกิดจากข้อหลังอักเสบหรือไม่แน่ใจในอาการของตนเอง เมื่อไปพบแพทย์ควรแจ้งแพทย์

เป็นกรณีพิเศษเพื่อขอตรวจเลือด เพราะถ้าเป็นโรคข้ออักเสบจะพบค่าอีเอสอาร์ (ESR) และ C-reactive protein สูงกว่าปกติ ส่วนการตรวจเอกซเรย์จะพบความผิดปกติของข้อต่อสันหลังและข้อต่อสะโพก (sacroiliac joint) ในระยะที่โรคเริ่มลุกลามแล้ว นอกจากนี้ อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือ จะทำให้ข้อต่อสันหลังเชื่อมติดกันจนเกิดความพิการ คือ หลังโก่ง ข้อสะโพกติดแข็ง ขึ้นและเดินไม่ได้ ข้อต่อกระดูกซี่โครงติดแข็ง เป็นผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง อาจเกิดการติดเชื้อในปอดหรือปอดอักเสบได้ ประสาทสันหลังส่วนล่างผิดปกติ เกิดอาการปวดขา ขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ การรักษาในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโดยเฉพาะ ทำได้เพียงแค่บรรเทาอาการปวดอักเสบ และป้องกันความพิการเท่านั้น

3) โรคกระดูกสันหลังเสื่อม มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการปวดหลังที่พบบ่อยซึ่งเกิดจากความเสื่อมของสังขารของร่างกาย ที่ต้องเสื่อมลงไปตามวัยเป็นของธรรมดา แต่ในบางกรณีกระดูกสันหลังเสื่อมอาจเกิดจากการที่มีกระดูกบางส่วนงอกออกมาแล้วไปเสียดสีกับเส้นประสาท จนเกิดอาการปวดหลังเป็นระยะ ๆ เมื่อนอนพักผ่อนอาการปวดจะทุเลาลง แต่เมื่อหลังต้องรับภาระหนักก็อาจมีโอกาสปวดหลังได้อีก ทั้งนี้การเสื่อมของหลังจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับการใช้งานหลังและการกำหนดท่าทางของการทำงานว่ามีท่าที่ถูกต้องเพียงใด เราสามารถชะลอความเสื่อมของหลังได้ด้วยการระมัดระวังอิริยาบถให้ถูกต้องโดยคำนึงถึงหลังให้มากเมื่อต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องระวังให้หลังอยู่ในท่าตรงตลอดเวลา และไม่ใช้งานหลังอย่างหนักหรือผิดวิธี ทั้งนี้ นอกจากภาวะเสื่อมของร่างกายในผู้สูงอายุแล้วยังมีสาเหตุของโรคกระดูกเสื่อมได้อีก ดังนี้

(1) ความอ้วน ซึ่งนอกจากจะส่งผลร้ายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว ความอ้วนยังเป็นสาเหตุของการเป็นโรคกระดูกเสื่อมอีกด้วย เนื่องจากเมื่อน้ำหนักตัวมากขึ้นรูปร่างที่เปลี่ยนไปเป็นอ้วน ลงพุง ทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้นในการค้ำยันบริเวณหน้าท้อง เมื่อกล้ามเนื้อต้องออกแรงค้ำมากขึ้นและการค้ำเป็นเวลานาน ๆ เอะจะเอนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมเร็วขึ้น

(2) การไม่ออกกำลังกาย เพราะถ้าหากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อจะแข็งแรงรับน้ำหนักได้มากพอ และประกอบกับน้ำหนักตัวที่ลดลงทำให้หลังรับภาระน้อยลง คนที่ขาดการออกกำลังกายกล้ามเนื้อท้องและกล้ามเนื้อด้านหลังกระดูกสันหลังจะไม่มีแรง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะไม่มี ทำให้เกิดท่าทางที่ไม่เหมาะสม และมักลงพุงแม้ว่าจะไม่อ้วนก็ตาม

4) โรคปวดกล้ามเนื้อหลัง เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของอาการปวดหลัง พบได้ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเป็นต้นไป และอาการจะยิ่งทวีเมื่อมีอายุมากขึ้น โรคนี้เป็นภาวะที่ไม่มีอะไรร้ายแรงและมักจะหายได้เอง แต่อาจเป็น ๆ หาย ๆ เรื้อรัง สร้างความรำคาญให้กับผู้ป่วย อาการปวดหลังแบบนี้พบได้บ่อยในหมู่ชาวไร่ ชาวนา กรรมกรที่ทำงานหนัก และหมู่คนที่ทำงานนั่งโต๊ะ

นาน ๆ ซึ่งมักจะเข้าใจผิดว่าเป็นอาการของโรคไต โรคภัย และเชื้อยาชุด ยาแก้ภัย หรือยาแก้โรคไตกันอย่างผิด ๆ ซึ่งบางครั้งอาจทำให้เกิดโทษได้ ความจริงแล้วอาการปวดที่เกิดจากโรคไตนั้นจะปวดที่บริเวณสีข้าง (ตรงกับตำแหน่งของไต) และอาจมีไข้สูง หนาวสั่น หรือปัสสาวะขุ่นหรือแดงร่วมด้วย ดังนั้นหากไม่แน่ใจหรือสงสัยควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุที่แท้จริง

(1) อาการที่พบ คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดตรงกลางหลังส่วนล่าง (ตรงบริเวณกระเบนเหน็บ) ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือเกิดขึ้นทีละน้อย อาการปวดอาจเป็นอยู่ตลอดเวลาหรือปวดเฉพาะในท่าทางบางท่า เช่น การไอ จาม หรือบิดตัว เอี้ยวตัว และอาจทำให้รู้สึกปวดมากขึ้น แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยจะแข็งแรงดี และไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้สาเหตุมักเกิดจากการทำงานที่ต้อง ก้ม ๆ เงย ๆ ขกของหนัก นั่ง ยืน นอน หรือขกของในท่าที่ไม่ถูกต้อง ใส่รองเท้าส้นสูงมากเกินไปหรือนอนที่นอนนุ่มเกินไปทำให้เกิดแรงกดบริเวณกล้ามเนื้อสันหลังส่วนล่าง ซึ่งจะมีอาการเกร็งตัวทำให้เกิดอาการปวดตรงกลางหลังส่วนล่าง คนที่อ้วนหรือหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ก็อาจมีอาการปวดได้เช่นกัน

(2) แนวทางการรักษาโรคปวดกล้ามเนื้อหลัง คือ การสังเกตว่ามีสาเหตุจากอะไรแล้วแก้ไขเสีย เช่น ถ้าปวดหลังตอนตื่นนอนก็อาจเกิดจากที่นอนนุ่มไป หรือนอนเตียงสปริง ให้แก้ไขโดยนอนบนที่นอนแข็งและเรียบแทน ถ้าปวดหลังตอนบ่าย ๆ หรือตอนเย็น มักจะเกิดจากการนั่งตัวงอหรือตัวเอียงหรือใส่รองเท้าส้นสูง แก้ไขโดยพยายามนั่งให้ถูกท่าหรือเปลี่ยนไปใส่รองเท้าส้นเตี้ยแทน ถ้าปวดหลังจากการยกน้ำหนักที่มากเกินไปก็ต้องพยายามยกแต่เพียงน้อย ๆ การอุ้มเด็กก็ทำให้ปวดหลังได้เช่นกันหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ต้องปฏิบัติด้วยท่าทางที่ถูกต้อง ถ้าอ้วนไปควรพยายามลดน้ำหนักเพื่อลดภาระของหลัง เป็นต้น

5) หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท อาการปวดหลังจะเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมากโดยลักษณะอาการ มักเกิดจากหมอนรองกระดูกเคลื่อนมาเบียดหรือเปิดทางออกของเส้นประสาทที่ออกจากไขสันหลังเพื่อไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หรือเกิดจากอาการเสื่อมของกระดูกสันหลังจนเกิดหินปูนไปเกาะขวางทางออกของเส้นประสาท อาการปวดจะเป็นการปวดร้าวลงไปที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง และมักเป็นมากขึ้นเวลาเอี้ยวตัวหรือก้มตัว เวลาไอหรือจามจะปวดมาก ถ้ามีอาการดังที่กล่าวมานี้ควรต้องรีบไปพบแพทย์หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ไม่ควรรักษาเองในเบื้องต้น เพราะทิ้งไว้เส้นประสาทถูกกดทับนาน ๆ เส้นประสาทจะถูกทำลายเกิดอาการชา กล้ามเนื้อขาจะลีบทั้งนี้ สาเหตุของอาการมักพบเสมอในผู้ป่วยที่ก้มด้วยกของหนักเกินไปกำลังซึ่งแรงที่กดลงหมอนรองกระดูกนี้จะทำให้หมอนรองกระดูกโป่งหรือเคลื่อนจนขึ้นไปกดเส้นประสาทไขสันหลัง เกิดอาการปวดร้าวไปตามด้านหลังขา และมักมีอาการร่วมกับสะโพกใช้ไปด้านใดด้านหนึ่ง

สำหรับการรักษา คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเท่านั้น แต่ความจริงแล้ว ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคนี้หายได้โดยไม่ต้องผ่าตัด

สุรศักดิ์ ศรีสุขและคณะ (2550) กล่าวถึงสาเหตุของอาการปวดหลังว่า บางครั้งอาจเป็นเพียงกล้ามเนื้ออักเสบ แต่บางครั้งอาการปวดหลังอาจเกิดมาจากอวัยวะภายในเกิดความผิดปกติหรืออาการปวดหลังจากความผิดปกติแต่กำเนิด ความเสื่อมจากวัยชรา แต่ผู้ที่มีอาการปวดหลังจำนวนไม่น้อยที่มีสาเหตุมาจากสาเหตุที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งสามารถป้องกันและบรรเทาได้หากรู้จักการดูแลตัวเองอย่างถูกวิธี ดังนั้น สาเหตุหลักของอาการปวดหลังที่พบเป็นส่วนมาก เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้

1) อิริยาบถหรือท่าที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกายหรืออ้วนเกินไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการปวดหลังได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่นั่งทำงานในลักษณะ “หลังค่อม” ยืนก้มตัวทำงาน นอนบนฟูกที่อ่อนนุ่มเกินไป หรือนอนในเก้าอี้ผ้าใบที่ทำให้กระดูกสันหลังโค้งเป็นเวลานาน ส่วนคนที่อ้วน พุงยื่น หลังจะแอ่นมากขึ้น กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลัง ทำให้เกิดแรงเครียดที่ข้อต่อของกระดูกสันหลังได้ง่าย

2) หลังเคล็ด หลังแพลง เกิดขึ้นเมื่อกกล้ามเนื้อหลังหรือเอ็นข้อต่อถูกยืดหรือฉีกขาดในขณะที่มีการเคลื่อนไหวในท่าที่ไม่ถูกต้อง เช่น ขณะก้มตัวลงยกของหนัก จากการเล่นกีฬา หรืออุบัติเหตุบนท้องถนน การปวดหลังจากสาเหตุนี้จะหายขาดถ้าได้รับการรักษาโดยเร็ว

3) หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน สาเหตุนี้พบเสมอในผู้ป่วยที่ก้มตัวยกของหนักมากเกินไป แรงที่กดลงบนหมอนรองกระดูกนี้จะทำให้หมอนรองกระดูกโป่งหรือเคลื่อนขึ้นไปกดเส้นประสาทไขสันหลัง บางครั้งเกิดอาการปวดร้าวไปตามด้านหลังขาาร่วมด้วย ที่เรียกว่า “สเชียทิกา (Sciatica)” มักมีอาการร่วมกับการที่สะโพกใช้ไปด้านใดด้านหนึ่ง กระดูกสันหลังส่วนเอวอยู่ในลักษณะงอตัวเล็กน้อย ไม่สามารถก้มและเงยตัวได้เพราะจะมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง ถ้าเส้นประสาทถูกกดต่อไปนาน ๆ เส้นประสาทจะถูกทำลายเกิดอาการชา กล้ามเนื้อข้อเท้าหรือนิ้วเท้าอ่อนแรง จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขต่อไป

4) การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง เนื่องจากสังขารหรือร่างกายย่อมเสื่อมสภาพไปตามวัยเป็นของธรรมดา กระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังก็เช่นเดียวกัน จากการใช้งานมานานย่อมทำให้ความมั่นคงของข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนนั้นเอวลดน้อยลง เกิดอาการปวดหลังเป็นระยะ ๆ เมื่อได้นอนพักผ่อนอาการปวดจะทุเลาลง เมื่อหลังใช้งานหนักอาจมีโอกาสปวดหลังได้อีก ทั้งนี้ การเสื่อมสภาพดังกล่าวจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับการใช้งานของหลังด้วยว่าท่าที่ใช้ถูกต้องเพียงใด ในบางรายมีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังที่รุนแรง หมอนรองกระดูกอาจแตกขึ้นไปกดทับเส้นประสาท จะมีอาการเช่นเดียวกันกับหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน

5) การเกิดพังพืดยึดกระดูกสันหลัง (หลังแข็ง) สาเหตุนี้พบได้ในทุกวัย มักมีประวัติเคยปวดหลังเล็ก ๆ น้อย ๆ จากการฝึกหัดของเอ็นข้อต่อ แต่ไม่ได้สนใจ หรือเคยมีอาการคล้ายหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทมาก่อน ซึ่งเกิดมานานแล้วและอาการปวดหายไป แต่อยู่มาวันดีคืนดีก็มีอาการปวดเสียวที่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว ก้มตัวไม่ได้เต็มที่ ขณะแอ่นหลังมีอาการเจ็บเสียว มีความรู้สึกตึงบริเวณนั้นเอว การเคลื่อนไหวหลังในชีวิตประจำวันลดลง นั่งหรือยืนนานจะมีอาการปวดหลังมากขึ้น บางรายอาจมีอาการปวดร้าวและชามาตามด้านหลังขา สาเหตุเกิดจากพังพืดบริเวณกระดูกสันหลังหรือเส้นประสาทมีการหดรั้ง ทำให้การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนเอวลดน้อยลง ขาดความคล่องตัวในการใช้งาน และเกิดอาการปวดหลังได้ง่ายกว่าปกติ ซึ่งปัจจุบันนี้พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการปวดหลังได้มากที่สุด อีกกรณีหนึ่งที่พบ อาจมีการฝึกหัดของเนื้อเยื่อลัมบาร์ฟาสเซียที่คลุมอยู่เหนือกล้ามเนื้อหลังส่วนนั้นเอว ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง ไม่สามารถขยับตัวหรือเคลื่อนไหวตัวได้เลย มีอาการเจ็บปวดคล้ายกับหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท ต้องรักษาด้วยวิธีการออกกำลังกายเท่านั้น

6) กลุ่มอาการเจ็บปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ สาเหตุนี้มักพบว่ามีจุดกดเจ็บที่บริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนเอว หรือบริเวณกล้ามเนื้อสะโพกข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง และบริเวณกล้ามเนื้อน่อง หรือบริเวณกล้ามเนื้อหน้าแข้ง โดยไม่ทราบสาเหตุ จะมีอาการปวดหลัง ปวดร้าวมาทางด้านหลังโคนขาหรือน่อง หรือหน้าแข้งและด้านหลังเท้า โดยไม่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังใด ๆ ทั้งสิ้น และจะมีอาการปวดมากขึ้นในเวลาเดิน ยิ่งเดินระยะทางไกลก็ยิ่งปวดมากขึ้น

7) อารมณ์ตึงเครียด ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้น มักจะมีปัญหาครอบครัวและปัญหาสังคมเกิดขึ้นอยู่เสมอ เป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งมีการผันแปรทางอารมณ์จากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนอยู่แล้วอาจจะส่งผลถึงกล้ามเนื้อหลัง ทำให้มีการเกร็งและปวดหลังได้ ทางที่ดีควรทำให้ “จิตว่าง” หรือปรับปรุงสภาพจิตใจและร่างกายให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จะรู้สึกสบายขึ้น

8) สาเหตุอื่น ๆ เป็นสาเหตุส่วนน้อยของการปวดหลัง เช่น มีโรคเกี่ยวกับอวัยวะภายในบางอย่าง เช่น โรคไต มดลูกอักเสบ ต่อมลูกหมากโต กระดูกสันหลังคด หรือผู้ที่มีโครงสร้างกระดูกสันหลังพิการมาแต่กำเนิด

โดยสรุป สาเหตุของอาการปวดหลังสามารถเกิดได้หลายสาเหตุ ที่สำคัญที่สุด คือ เกิดจากอิริยาบถท่าทางการทำงาน ท่าทางการยกของที่เกินกำลังความสามารถของกล้ามเนื้อหรือโครงสร้างของกระดูกสันหลัง การก้มยกของหนักเกินไป การนอนบนที่นอนที่ไม่เหมาะสม ทำให้โครงสร้างของหลังเช่น เอ็นหรือข้อต่อ เกิดการอักเสบฝึกหัด เมื่อปล่อยเอาไว้อาการจึงเกิดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของหลัง นอกจากนี้ ความอ้วน และการไม่ออกกำลังกาย เป็น

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการปวดหลังได้ กล่าวคือ ความอ้วน ทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้นในการค้ำรับไขสันหลังบริเวณหน้าท้อง เมื่อกล้ามเนื้อต้องออกแรงค้ำรับมากขึ้นและมีการค้ำรับเป็นเวลานาน ๆ เอะจะแอ่นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมเร็วขึ้น และการขาดการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อด้านหน้ากระดูกสันหลังจะไม่มีแรง ค้ำรับตัวของกล้ามเนื้อ จึงไม่มี ทำให้เกิดท่าทางที่ไม่เหมาะสม และมักจะลงพุงแม้ว่าจะไม่อ้วนก็ตาม

1.4 แนวทางการรักษาอาการปวดหลัง (มานพ ประภาษานนท์, 2549)

ในเบื้องต้นหากสามารถตรวจดูอาการด้วยตัวเองและประเมินระดับความรุนแรงด้วยตัวเองได้ จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสามารถบรรเทาอาการปวดหลังเบื้องต้นด้วยตัวเองได้ รวมทั้งรู้เท่าทันของอาการว่าเมื่อใดที่อาการรุนแรงและต้องรีบไปพบแพทย์ สำหรับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อลดอาการปวดหลังนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการป้องกันอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ของหลัง ไม่ให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรัง และสาเหตุซับซ้อนเพิ่มขึ้นจนยากต่อการรักษา โดยการรักษาอาการปวดหลังสามารถทำได้หลายแนวทางขึ้นอยู่กับสาเหตุและอาการ การรักษาตามแนวทางของแพทย์แผนปัจจุบันจะประกอบด้วยการวินิจฉัยสาเหตุ และการตรวจวิเคราะห์โรคด้วยวิธีการต่าง ๆ แพทย์จะให้การรักษาตามแนวทางที่เหมาะสมทั้งการรักษาทางยา การทำกายภาพบำบัด การใช้เครื่องมือช่วยเหลือทางการแพทย์และคำแนะนำสำหรับการดูแลตัวเอง นอกจากนี้ยังมีแนวทางการรักษาแบบธรรมชาติบำบัด ซึ่งสามารถทำควบคู่ไปกับการรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งแนวทางนี้จะเน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การควบคุมอาหารที่รับประทานเข้าไป การฝึกจิต ทำสมาธิ การออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสามารถขอคำแนะนำจากแพทย์ เพื่อทราบแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับสาเหตุของโรค

1.4.1 การรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

เนื่องจากสาเหตุของอาการปวดหลังเกิดได้หลายประการ ทั้งรุนแรงหรือเพียงแค่ท่าทางที่ผิดปกติ ดังนั้น สำหรับอาการบางอย่าง การรักษาตั้งแต่ช่วงแรกเริ่มที่มีอาการย่อมสามารถช่วยให้ทุเลาอาการหรือทำให้หายขาดได้ แต่อาการปวดหลังที่เกิดขึ้นนั้นอาจลุกลามมากเกินกว่ารักษาได้ถ้าปล่อยอาการทิ้งไว้เป็นเวลานานโดยไม่พบแพทย์ เพราะฉะนั้น หากปวดหลังแล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ควรรีบเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และรับการรักษาอย่างถูกวิธี โดยเมื่อเข้าพบแพทย์ แพทย์จะตรวจหาสาเหตุ โดยการซักถามเบื้องต้น เรียกว่าการซักประวัติ เพื่อทราบอาการเบื้องต้นก่อนจะทำการตรวจร่างกาย โดยทั่วไปมีดังนี้

1.4.1.1 การซักประวัติ การซักประวัติของแพทย์ทำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษา โดยแพทย์จะเริ่มถามคำถามจำเป็น เช่น ปวดหลังมาตั้งแต่เมื่อไร เคยได้รับอุบัติเหตุก่อน

หน้านี้หรือไม่ อาการปวดเกิดขึ้นบริเวณไหนเป็นส่วนมาก มีอาการปวดบริเวณอื่นร่วมด้วยหรือปวดร้าวไปที่ด้านหลังของขาหรือไม่ เวลาไอหรือจามปวดเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ เมื่อนอนพักอย่างเพียงพอทำให้อาการปวดหลังบรรเทาหรือไม่ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น นั่ง ยืน เดิน อาการปวดเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ ด้วยรูปแบบการรักษาอย่างไร เป็นต้น คำถามต่าง ๆ เหล่านี้ แพทย์ใช้เพื่อสรุปความรุนแรงของอาการและประกอบเข้ากับกลุ่มคำถามด้านการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น อาชีพ ลักษณะการทำงาน การออกกำลังกาย และอีกหลาย ๆ คำถาม ซึ่งผู้ป่วยควรตอบคำถามแพทย์อย่างตรงไปตรงมาและครบถ้วน รวมทั้งหากมีประเด็นใดที่สงสัยว่าจะอาจจะเป็นสาเหตุของการปวดหลัง ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อให้ช่วยต่อการวินิจฉัย

1.4.1.2 การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจระบบประสาทและซีพจร การตรวจดูความเคลื่อนไหวของข้อต่อ การตรวจดูลักษณะของกระดูกสันหลัง การตรวจอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ การตรวจความผิดปกติของท่าทางการเคลื่อนไหว การกดเพื่อดูตำแหน่งที่รู้สึกเจ็บ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่กระดกน่องหัวแม่เท้าและข้อเท้าขึ้นหรือลง อาการชาที่ขาส่วนใดส่วนหนึ่ง อาการปวดร้าวตามแนวด้านหลังของโคนขา หรือบริเวณน่อง ซึ่งแพทย์จะทดสอบโดยให้นอนหงายแล้วค่อย ๆ ยกขาจากที่เหยียดตรงให้ตั้งฉากกับลำตัว หากพบความผิดปกติของเส้นประสาท เช่น ประสาทถูกกดเพราะพังผืดยึด เมื่อยกขาขึ้น จะเกิดอาการปวดร้าวมากขึ้นเรื่อย ๆ และในบางรายแพทย์อาจต้องตรวจอวัยวะภายในหรืออื่น ๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัยหาสาเหตุ

1.4.1.3 การตรวจพิเศษ

1) การเอกซเรย์ เป็นการตรวจที่ไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดและสามารถตรวจพบโรคบางอย่างได้ เช่น เนื้องอก วัณโรค เป็นต้น การเอกซเรย์เพื่อหาสาเหตุการปวดหลังจะเอกซเรย์บริเวณกระดูกสันหลังซึ่งทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของส่วนที่เป็นกระดูกเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกสาเหตุการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อเยื่อหุ้มไขสันหลังหรือเส้นประสาทก็จะสังตรวจเอกซเรย์โดยฉีดสีเข้าไปในช่องไขสันหลังร่วมด้วย เป็นการยืนยันตำแหน่งของการเกิดโรค โดยการเอกซเรย์นั้นมีหลายประเภท ที่นิยม ได้แก่

(1) การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์คลื่นแม่เหล็ก (M.R.I.) เป็นการตรวจด้วยวิธีการใหม่ล่าสุดซึ่งจะให้ผลเหมือนคอมพิวเตอร์เอกซเรย์ และยังสามารถบอกอาการของโรคได้ด้วยว่ามีลักษณะใด แต่มีข้อด้อยคือ สามารถบอกตำแหน่งของกระดูกต้นเหตุได้ยาก ใช้เวลานาน และค่าบำรุงรักษาสูง เป็นผลให้ค่าตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแบบนี้มีค่าใช้จ่ายสูงตามไปด้วย

(2) การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์เอกซเรย์ (CT SCAN) จะสามารถบอกตำแหน่งของกระดูกที่เป็นต้นเหตุได้ดีกว่า แต่มีข้อเสียเช่นกันคือ ปริมาณรังสีที่ใช้ในการเอกซเรย์สูงกว่า และระบุตำแหน่งของเนื้อเยื่อได้แม่นยำน้อยกว่า

1.4.2 การตรวจสแกนกระดูก

การตรวจสแกนกระดูกเป็นวิธีการตรวจที่ดีอีกวิธีหนึ่ง โดยทำการฉีดสารรังสีที่ไม่เป็นอันตรายเข้าสู่ร่างกาย แล้วตรวจดูตำแหน่งที่สงสัยเพื่อดูปริมาณรังสีว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง เช่น สงสัยว่ามีกระดูกหักซ่อนอยู่ เมื่อฉีดรังสีเข้าไปจะสามารถบอกตำแหน่งการหักได้

1.4.3 การตรวจเลือดพื้นฐาน

การตรวจเลือดสามารถบ่งบอกโรคบางอย่างได้ เช่น เนื่องจากไขกระดูก และสำหรับอาการปวดหลัง หากตรวจเลือดพบปริมาณกรดยูริกสูง อาจสันนิษฐานว่าเป็นโรคเก๊าท์ได้

1.4.4 การทำกายภาพบำบัด

กายภาพบำบัด เป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพวิธีการหนึ่ง โดยใช้เทคนิควิธีการทางฟิสิกส์และเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ภายใต้การดูแลของนักกายภาพบำบัด

1.4.4.1 เทคนิควิธีการและเครื่องมือทางกายภาพบำบัด มีดังนี้

1) การใช้เครื่องไฟฟ้าบำบัด การเลือกใช้เครื่องมือบำบัดแบบใดขึ้นอยู่กับนักกายภาพบำบัดจะเลือกใช้เพื่อความเหมาะสม เพราะต้องคำนึงถึงสาเหตุของโรคและดุลยพินิจของผู้ที่ให้การรักษา

2) การนวดและการยืดเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ

3) การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ทั้งในผู้ป่วยและคนปกติทั่วไป

4) การกดคลายกล้ามเนื้อ หรือ Manual Techniques คือ การกดเพื่อคลายกล้ามเนื้อซึ่งหากใช้ในกรณีของผู้ที่ปวดหลังจากสาเหตุของโรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทจะมีวิธีกดเรียกว่า โมบิลไลส์ (Mobilize) คือการดึงคดอย่างค่อย ๆ เพื่อยืดข้อต่อหรือตะล่อมให้หมอนรองกระดูกที่ยื่นออกมาให้กลับคืนสู่ตำแหน่งเดิมซึ่งทำโดยนักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

1.4.4.2 เมื่อมีอาการปวดหลัง การทำกายภาพบำบัดสามารถช่วยได้โดย

1) ช่วยลดการอักเสบ โดยนักกายภาพบำบัดจะใช้น้ำวดคลึงเพื่อหาจุดปวดตึงแล้วลดการอักเสบด้วยความร้อนจากเครื่องอัลตราซาวด์ หรือใช้เครื่องอบไฟฟ้าซึ่งเป็นความร้อนลึกเข้าไปช่วยลดอาการ เป็นการบำบัดวิธีหนึ่งด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรืออาจใช้เทคนิคแบบ

อื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่น การดื่มห้าง ใช้สำหรับผู้ที่เป็นโรคหอนรองกระดูกทับเส้นประสาท เป็นการยืดกระดูกข้อต่อเพื่อให้ข้อต่อที่แคบหรือมีบางส่วนยื่นไปกดหอนรองกระดูกอยู่ได้คลาย ออก

2) หลังจากบำบัดอาการปวดสิ้นสุดลง นักกายภาพบำบัดจะแนะนำให้ ออกกำลังกายและทำท่างานที่ถูกต้อง เพื่อไม่ให้กลับมาปวดหลังอีก

ทั้งนี้การทำกายภาพบำบัดต้องใช้เวลาและต้องอย่างต่อเนื่องโดยขึ้นอยู่กับ อาการและระยะเวลาที่เป็น สำหรับบางรายอาจเข้ารับการบำบัดด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดเป็น เวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์อาการก็ทุเลา แต่สำหรับบางรายอาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่า 1 เดือน จนถึง 2 เดือน เมื่ออาการดีขึ้นระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดจะค่อย ๆ ห่างออกไป

1.4.5 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถทำได้ดังนี้

1.4.5.1 ศึกษาหาข้อมูลเพื่อทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคกระดูกสันหลังเสื่อม เพื่อที่จะทราบแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง

1.4.5.2 การนอนพัก เป็นที่ยอมรับว่าการนอนพักเป็นส่วนสำคัญของการรักษา โรคปวดหลัง ระยะเวลาขึ้นอยู่กับอาการ อาจจะต้อง 2 วัน จนถึง 6 สัปดาห์ เนื่องจากการนอน จะทำให้ความดันในหมอนรองกระดูกลดลงด้วย จึงทำให้อาการปวดหลัง ปวดเส้นประสาทลดลง การนอนสามารถทำได้ง่ายและพบว่าได้ผลดีในหลายกรณี บางรายงานผลการศึกษาพบว่า การนอนมี ข้อเสีย คือ อาจก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งจะมีอาการกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ข้อติด กระดูกพรุน และจิตใจ แปรปรวน แต่เปอร์เซ็นต์ที่จะเกิดขึ้นนับว่าน้อย และสามารถป้องกันได้ โดยอาจเลือกนอนพักให้ เต็มที่ในเวลาที่เหมาะสมและออกกำลังกายขยับข้อในท่านอนไปด้วย ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการนอน พักมากกว่าการนอนพักธรรมดา ซึ่งปัจจุบันนี้พบว่า การนอนพักอย่างเต็มที่ 2 วัน เทียบเท่ากับการ นอนพักธรรมดา 7 วัน ทั้งนี้ นอนพักเพื่อรักษาอาการปวดหลัง ต้องทำอย่างจริงจัง คือ นอนพักจริง ๆ ไม่ลุกขึ้นเลย ยกเว้นเข้าห้องน้ำและรับประทานอาหารเท่านั้น การนอนที่เวลานี้ใช้ว่าจะนอนสบาย ตามความเคยชิน เช่น บางรายชอบนอนตะแคง บางรายชอบนอนหนุนหมอนสูง เป็นต้น แต่ควร นอนพักในท่าที่สบาย ซึ่งท่าที่สบายตามพื้นฐานสรีระร่างกายจะเป็นท่านอนหงาย เข่างอเล็กน้อย โดยใช้ผ้าห่มหรือหมอนเล็ก ๆ รองใต้เข่า ท่านี้จะลดแรงเครียดของกล้ามเนื้อหลัง หรือเปลี่ยนเป็น ท่านอนตะแคงข้าง งอเข่าเล็กน้อยและหาหมอนบาง ๆ หนุนรองรับส่วนเว้าของเอวข้างหลัง หรือ นอนกอดหมอนข้าง สำหรับท่านอนที่ควรหลีกเลี่ยง คือ ท่านอนคว่ำเพราะจะทำให้หลังแอ่นและ ปวดมากขึ้น ระยะเวลาในการนอนพักประมาณ 3 วันถึง 3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ท่านอนต้องแข็งพอควรสามารถรองรับส่วนเว้าส่วนโค้งของกระดูกสันหลังได้พอดี เมื่อนอน แล้วไม่ขยับหรือทำให้ลำตัวงอโค้งไปตามน้ำหนัก

1.4.5.3 หลีกเลียงกิจกรรมที่ทำให้ปวดหลัง จัดทำในอิริยาบถต่าง ๆ ให้ถูกต้อง และเหมาะสม

1.4.6 การแก้ไขอิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้องหลังการรักษา ซึ่งเป็นการป้องกันที่สำคัญที่สุด เนื่องจากปัญหาสำคัญสำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังที่มีการกลับมาปวดหลังใหม่หลังจากมาเข้ารับการรักษาแล้ว มักเกิดจากการปฏิบัติกิจวัตรในแต่ละวันด้วยท่าทางในชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง ดังนั้น หลังจากรักษาแล้ว จำเป็นต้องรู้จักแก้ไขอิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง ดังนี้

1.4.6.1 ท่านอน ปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อคุณภาพการนอน นั่นคือ ที่นอนและท่านอน การเลือกที่นอนที่เหมาะสมควรเลือกที่นอนที่แน่นและยุบตัวน้อยที่สุด ไม่ควรใช้ฟูกฟองน้ำหรือเตียงสปริง เพราะหลังจะจมอยู่ในแอ่งซึ่งที่นอนยุบตัวลงไป ทำให้กระดูกสันหลังแอ่น ท่านอนที่ดีที่สุดคือนอนหงาย เข่างอเล็กน้อย ใช้หมอนหนุนใต้เข่าและโคนขาหรือนอนตะแคง กอดหมอนข้าง

1.4.6.2 ท่านั่ง การนั่งที่เหมาะสมควรนั่งให้ชิดขอบในเก้าอี้ โดยระวังไม่ให้หลังโก่ง เก้าอี้ที่นั่งต้องรองรับก้นและโคนขาได้ทั้งหมด ความสูงต้องพอดีในระดับที่เท้าสามารถแตะพื้นได้และควรมีที่เท้าแขน เพื่อผ่อนน้ำหนัก

1.4.6.3 ท่ายืน เมื่อต้องยืนนาน ๆ ควรยืนพักขาข้างหนึ่งโดยให้เข่าตั้งข้างหนึ่ง หย่อนข้างหนึ่ง อาจหาเก้าอี้เตี้ย ๆ รองขาข้างหนึ่งสลับกันไป การเลือกรองเท้า ไม่ควรสวมรองเท้าที่มีส้นสูงเกินไป แต่หากจำเป็นควรหาโอกาสสลับรองเท้าออกเพื่อพักเท้าและหลัง

1.4.6.4 การยกของ ซึ่งการยกของผิดทำเป็นสาเหตุของการปวดหลังที่พบบ่อยที่สุด เพราะความเร่งรีบและขาดความระมัดระวัง กฎของการยกของ คือ ขณะที่ยกของอย่าก้มตัวลง ยกของให้ใช้วิธีย่อเข่าลง แต่บิดหลังให้ตรงแล้วอุ้มของให้ชิดลำตัวมากที่สุด เพื่อลดภาระของหลัง ระวังให้หลังอยู่ในท่าตรง

1.4.6.5 การเขียนหนังสือ การทำงานที่ต้องนั่งโต๊ะทำงานเพื่อเขียนหนังสือหรือทำงานกับเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ควรก้มตัวลงไปหาโต๊ะ แต่ควรเลือกเก้าอี้ที่มีความสูงเพียงพอมาใช้ โดยกำหนดให้ขณะที่เขียนหนังสือหรือพิมพ์งาน ระดับของข้อศอกต้องอยู่ในแนวเดียวกันกับโต๊ะ และหลังต้องยืดตรง

1.4.6.6 การขับรถ ท่าทางในการขับรถมีผลต่อการปวดหลังโดยเฉพาะผู้ที่มิอาชีพที่ได้นั่งขับรถเป็นระยะเวลานาน ๆ ท่าทางการขับรถที่ถูกต้อง คือ จัดเบาะให้หลังตรงและมีหมอนใบเล็ก ๆ หนุนตรงส่วนเอวเอาไว้

1.4.6.7 การออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังการออกกำลังกายในบางท่าอาจไม่เหมาะสมแต่การออกกำลังกายก็ยังจำเป็น ถึงแม้จะมีอาการปวดหลังเพราะจะทำให้กล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการปวดหลังได้

โดยสรุป แนวทางการรักษาอาการปวดหลัง เป็นการใช้วิธีการรักษาแบบต่าง ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การรักษาอาการปวดหลังให้หายเร็วที่สุดจนผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ที่สำคัญ คือ การนอนพัก การใช้ยารักษาตามอาการ และการทำกายภาพบำบัด ทั้งนี้ ผู้ที่มีอาการปวดหลังจำเป็นต้องมีการป้องกันตนเองโดยการปรับเปลี่ยนอิริยาบถท่าทางการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันให้ถูกต้องร่วมด้วย เพื่อให้อาการไม่กลับมาเป็นซ้ำหลังจากได้รับการรักษา

1.5 การป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดหลัง (รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล, 2550)

ท่าทางที่ถูกต้องในกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการบาดเจ็บของหลัง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวของหมอนรองกระดูกสันหลัง) อันได้แก่

1.5.1 ควรหลีกเลี่ยงท่าทางที่มีผลไปเพิ่มแรงดันต่อตัวหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intra-discal pressure) ได้แก่ ท่านั่งพับเพียบ ท่านั่งขัดสมาธิ ท่านั่งยอง ๆ ท่านั่งเหยียดขา (Long sitting) โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านั่งยอง ๆ เพื่อทำกิจกรรมที่พื้น เช่น ถอนหญ้า ล้างรถ ทำความสะอาดพื้น ควรเปลี่ยนท่านั่งยอง ๆ มาเป็นท่าคุกเข่า หรือท่านั่งบนส้นเท้าแทน

1.5.2 ควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่อยู่ในการทำ ๆ เกย ๆ เกิน 20 นาที

1.5.3 ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่านั่งนาน ๆ ทั้งนี้เพราะมีงานวิจัยรายงานว่าหมอนรองกระดูกสันหลังจะมีการยุบตัวจากแรงกด (Vertical compression) เท่ากับ 6.65 มิลลิเมตร หลังจากการนั่งเป็นเวลา 25 นาที ฉะนั้นผู้ป่วยปวดหลังควรเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ระหว่างยืน เดิน นั่ง แต่ถ้าหากอยู่ในห้องประชุม หรือห้องเรียนที่ไม่สามารถเปลี่ยนท่านั่งมาเป็นยืน หรือเดินได้ ควรเปลี่ยนท่านั่งบ่อย ๆ เช่น นั่งหลังตรง นั่งพิงหลัง นั่งเอามือเท้าโต๊ะ สลับกัน

1.5.4 หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล ผู้ป่วยปวดหลังส่วนใหญ่มักมีอาการแย่ลงหลังจากเดินทางไกล ทั้งนี้เนื่องจากแรงสั่นสะเทือน (vibration force) สามารถส่งผลไปเพิ่มแรงอัดต่อหมอนรองกระดูกสันหลัง เพราะฉะนั้นผู้ป่วยปวดหลังควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไกลโดยรถยนต์ แต่ถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องเดินทางไกลโดยรถยนต์ แนะนำให้เดินทางด้วยความเร็วต่ำ เนื่องจากความเร็วในการขับรถมีผลต่อการเกิดแรงดันในการกดต่อตัวหมอนรองกระดูกสันหลัง รวมทั้งให้แวะปั้มน้ำมันบ่อย ๆ (ทุก ๆ ชั่วโมง) เพื่อผ่อนคลายแรงตึงต่อหลัง

1.5.5 ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนักเกินร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัว รวมทั้งย่อเข่า และเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมด้วยในขณะที่ยก แต่ถ้าจำเป็นต้องยกหนักเกินร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัวจริงๆ แนะนำให้สวมใส่เครื่องพยุงหลัง (Back support) ในขณะที่ยกของ เนื่องจากเครื่องพยุงหลังสามารถลดแรง (Unload) ที่ไปกระทำต่อเนื้อเยื่อของหลัง (Spinal tissues) ได้

1.5.6 ควรลดน้ำหนักตัว เนื่องจากน้ำหนักตัว (body mass) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูกสันหลัง

1.5.7 ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในท่าคู้ตัวลูกนั่ง (sit up) เนื่องจากมีรายงานว่า การออกกำลังกายในท่าคู้ตัวลูกนั่ง มีผลไปเพิ่มแรงดันต่อหมอนรองกระดูกสันหลังค่อนข้างสูง จึงขอแนะนำว่าหากต้องการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อท้อง (หรืออีกนัยหนึ่งก็คือต้องการลดหน้าท้อง) แนะนำให้เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องในขณะที่ทำกิจกรรมประจำวัน โดยแนะนำให้ทำทั้งในท่านอนท่านั่ง ท่านยืน หรือในขณะที่กำลังทำงาน

1.5.8 ควรออกแบบสภาพงานให้เหมาะสม เช่น จักรระดับที่วางของให้เหมาะสมกับความสูงของตน ไม่ควรยกวัตถุจากที่ต่ำหรือที่สูงบ่อยจนเกินไป หลีกเลี่ยงการบิดหรือเอียงตัวในการยกของ และหลีกเลี่ยงการยกวัตถุที่อยู่ห่างตัวจนเกินไป

1.5.9 ถ้ามีอาการปวดเมื่อยหลัง หลังจากการทำงานหรือเดินทางไกล ควรนอนพักในท่านอนคว่ำโดยมีหมอนรองที่บริเวณหน้าอก 1 ใบ เป็นเวลา 1 – 2 นาที เพื่อเป็นการรองชั้นในของหมอนรองกระดูกสันหลังให้กลับสู่ศูนย์กลาง โดยให้ทำวันละ 3 ครั้ง (เช้า กลางวัน เย็น) เมื่อมีอาการดีขึ้นให้ทำเพียงแค่ตอนเช้า และตอนเย็น

สรุป ปัญหาอาการปวดหลังยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ที่ถึงแม้ในประเทศไทยยังไม่มีมีการศึกษาอย่างจริงจัง แต่นักวิจัยที่ทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องอาการปวดหลัง ทั้งจากต่างประเทศ และในประเทศไทย ต่างทำการวิจัยเพื่อหาแนวทางการรักษาแบบต่างๆ ในการแก้ไขปัญหอาการปวดหลัง อย่างไรก็ตาม หัวใจสำคัญในการรักษาอาการปวดหลัง คือ การป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดหลังในผู้ที่ยังไม่มีอาการปวดหลัง และป้องกันไม่ให้มีอาการปวดหลังเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยสิ่งหนึ่งที่ผู้ที่มีอาการปวดหลังสามารถปฏิบัติได้สำหรับป้องกันตนเอง คือ การปรับท่าทางในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงท่าทางที่มีผลไปเพิ่มแรงดันต่อตัวหมอนรองกระดูกสันหลัง หลีกเลี่ยงการทำงานที่อยู่ท่าก้ม ๆ เงย ๆ เกิน 20 นาที การหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่านั่งนาน ๆ การมีท่าทางการยกของหนักที่ถูกวิธี มีการจัดระดับที่วางของที่เหมาะสมกับความสูงของตน เป็นต้น ทั้งนี้รวมไปถึงการรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนเกินไปและมีการออกกำลังกาย บิด เหยียด กล้ามเนื้อหลังที่เหมาะสม เพื่อผ่อนคลายแรงเครียดของกล้ามเนื้อที่กระทำต่อหลัง เป็น

การทำให้กล้ามเนื้อหลังอยู่ในภาวะสมดุล นอกจากนี้การออกกำลังกายที่ถูกต้องย่อมช่วยทำให้กล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการปวดหลังได้

2. การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง

การรู้จักดูแลตนเอง เป็นแนวทางป้องกันอาการปวดหลังได้อย่างดีที่สุด หลักสำคัญ คือ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และสร้างวินัยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงจากอาการปวดหลังได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การรู้จักดูแลตนเอง และรู้เท่าทันอาการปวดหลังด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และดำเนินชีวิตประจำวันด้วยท่าทางที่ถูกต้อง จะช่วยให้อาการปวดหลังกลับมาซ้ำลง หรือไม่เกิดอาการปวดหลังเลยตลอดชีวิต (มานพ ประภาษานนท์, 2549)

2.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

บรรลु ศิริพานิช (2541) ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่า หมายถึง การที่ร่างกายมีการหด-ยืด ของกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งบางทีก็มีการเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็ไม่มี การเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็มีหรือไม่มีภาระลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกาย ในชีวิตประจำวันของ คนเรามีการออกกำลังกายเพื่อ

- 1) การออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ กวาดบ้าน ฯลฯ
- 2) การออกกำลังกายเพื่อประกอบการทำงานตามอาชีพ คนที่ประกอบการทำงานที่ใช้กำลัง ในการประกอบอาชีพค่อนข้างมาก ได้แก่ กรรมกร ก่อสร้าง-ขุดดิน-เลื่อยไม้-ตีตะปู-ยกของ ฯลฯ เกษตรกร เช่น ชาวไร่ ชาวนา ส่วนผู้ที่ประกอบธุรกิจหรือผู้บริหาร จะใช้กำลังค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพียง เดิน นั่ง พุด เท่านั้น
- 3) การออกกำลังกายเพื่อการเล่นกีฬา โดยกีฬาคือการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง ซึ่งมี กฎเกณฑ์การเล่นขึ้นอยู่กัแต่ละชนิดของกีฬา
- 4) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายชนิดนี้แตกต่างจากข้างต้น ที่ว่า เป็นการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ ดังนี้
 - (1) เป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักพอสมควร ไม่มากเกินไป (เหนื่อยมาก) ไม่น้อยเกินไป (ไม่เหนื่อยเลย) ในเวลาที่นานพอในแต่ละครั้งที่จะทำให้ร่างกายเกิดประโยชน์และมีความดี (ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย) ที่เหมาะสมที่ทำให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง
 - (2) เป็นการออกกำลังกายที่ฝึกให้มีความอดทน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น ความทรงตัว ความคล่องแคล่วว่องไวของร่างกายดี

(3) เป็นการออกกำลังกายที่มีความอภิมรย์ (ไม่เคร่งเครียด)

(4) เป็นการออกกำลังกายที่ไม่มีการแข่งขันกับคนอื่น

স্যันท์ สุขยิ่ง (2543) สรุปความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า หมายถึง การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวที่ประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประกอบกิจกรรมการทำงานประจำวันได้อย่างกระฉับกระเฉง มีภูมิคุ้มกันสูง สมรรถภาพทางกายที่ดี

ชัยสิทธิ์ ภาวิลาส (2545) ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่า หมายถึง การเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายหรืออวัยวะหลาย ๆ ส่วนในเวลาเดียวกัน และผลของการเคลื่อนไหวนั้นทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก่อนที่จะมีการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายดีขึ้นหรือทรุดโทรมลงก็ได้ เพราะขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและลักษณะของการออกกำลังกาย

โดยสรุป การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวที่ประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการหด-ยืด ของกล้ามเนื้อซึ่งจะมีผลทำให้ร่างกายแข็งแรง และสมบูรณ์ทางสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ ผลของการออกกำลังกายนั้นสามารถทำให้ร่างกายดีขึ้นหรือทรุดโทรมลงก็ได้ เพราะขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและลักษณะของการออกกำลังกาย

2.2 ทำออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง มีดังนี้ (มานพ ประภาษานนท์, 2549)

2.2.1 ทำออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลำตัว

มีผลทำให้ความดันภายในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดแรงกดที่จะเกิดกับกระดูกสันหลังส่วนเอว ดังนี้

2.2.1.1 ท่าที่ 1 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง (1)

การปฏิบัติ นอนหงาย ชันเข่าสองข้าง ยกศีรษะและบ่าให้พ้นพื้นมากที่สุด จากนั้นบิดลำตัว มือซ้ายแตะเข่าขวาสลับกับมือขวาแตะเข่าซ้าย ค้างนาน 5 วินาที (ทำท่าละ 20-30 ครั้งต่อวัน)

2.2.1.2 ท่าที่ 2 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง (2)

การปฏิบัติ นอนหงาย ชันเข่าสองข้าง ยกศีรษะและบ่าให้พ้นพื้นมากที่สุด จากนั้นยกแขนขึ้นตรง ๆ มือซ้ายแตะเข่าซ้าย มือขวาแตะเข่าขวา ค้างนาน 5 วินาที (ทำท่าละ 20-30 ครั้งต่อวัน)

2.2.1.3 **ท่าที่ 3** การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง (1)

การปฏิบัติ นอนคว่ำ ชูแขนเหนือศีรษะ จากนั้นยกแขนและไหล่ข้างใดข้างหนึ่งให้พื้นพื้น ค้างนานข้างละ 5 วินาที

2.2.1.4 **ท่าที่ 4** การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง (2)

การปฏิบัติ นอนคว่ำ ชูแขนเหนือศีรษะ จากนั้นยกแขนและไหล่ทั้งสองข้างขึ้นพร้อมกัน ค้างนาน 5 วินาที จากนั้นใช้แขนหนุนศีรษะ ยกขาซ้าย ค้างนาน 5 วินาที แล้วสลับมายกขาขวา ค้างนาน 5 วินาที จากนั้นยกไหล่ขวาและยกขาซ้ายพร้อมกัน ค้างนาน 5 นาที สลับยกไหล่ซ้ายและยกขาซ้ายและขวาพร้อมกัน ค้างนาน 5 วินาที

2.2.1.5 **ท่าที่ 5** การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง (3)

การปฏิบัติ คุกเข่า แล้วเหยียดขาซ้ายเป็นแนวตรงพร้อมทั้งยกขาขวาเป็นแนวตรง ค้างนาน 5 วินาที จากนั้นสลับข้าง เหยียดขาขวาพร้อมกับยกแขนซ้าย ค้างนาน 5 วินาที (ทำ 20-30 ครั้งต่อวัน ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคน)

2.2.2 **ท่าออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและอ่อนตัว ของกระดูกสันหลัง เพื่อยืดกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อ ด้านหลังส่วนล่าง ดังนี้**

2.2.2.1 **ท่าที่ 1** ท่าเข้าจรดอก

การปฏิบัติ นอนหงายชันเข่าสองข้าง จากนั้นงอเข่าขวามาจรดอก (เอามือโน้มเข่ามาชิดอก) เกร็งไว้ นับ 1-10 ซ้ำ ๆ แล้วปล่อย (ทำซ้ำ 20-30 ครั้ง) จากนั้นสลับข้าง งอเข่าซ้ายมาชิดอกทำเช่นเดียวกับเข่าขวา จากนั้นงอเข่าสองข้างมาจรดอกพร้อมกัน นับ 1-10 ซ้ำ ๆ แล้วปล่อย (ทำซ้ำ 20-30 ครั้ง)

การออกกำลังกายในท่านี สิ่งสำคัญ คือ ในขณะที่เข้าจรดอกนั้น ส่วนล่างของสะโพกต้องลอยพื้นพื้นด้วย จึงจะได้ผลต่อการยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง

2.2.2.2 **ท่าที่ 2** นอนคว่ำ แ่นหลัง เพื่อยืดเอ็นข้อต่อหน้ากระดูกสันหลัง

การปฏิบัติ นอนคว่ำราบกับพื้น จากนั้นค่อย ๆ เหยียดศอกขึ้นมาให้ตรง พยายามไม่ให้สะโพกลอยจากพื้น ค้างนาน 10 วินาที แล้วกลับมานอนราบ (ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง)

2.2.2.3 **ท่าที่ 3** บิดลำตัว เพื่อยืดเอ็นข้อต่อกระดูกสันหลังด้วยท่าบิดลำตัว

การปฏิบัติ นอนหงายชันเข่าสองข้างแล้วบิดลำตัวไปทางซ้ายโดยไม่ให้ไหล่ขวาลอยจากพื้น ปล่อยค้างนาน 10 วินาที จากนั้นสลับข้าง บิดลำตัวไปข้างขวา ปล่อยค้างนาน 10 วินาที ทำข้างละ 20-30 ครั้ง (ถ้าไม่ถนัดจะให้คนอื่นช่วยจับบิดลำตัวให้ก็ได้)

2.2.2.4 ท่าที่ 4 นั้งโน้มตัว เพื่อยืดกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อด้านหลังส่วนกลาง

การปฏิบัติ นั้งเหยียดเข่าซ้ายให้ตึงหรืออเล็กน้อยก็ได้ พับเข่าขวา จากนั้นโน้มตัวเอวปลายมือไปแตะปลายนิ้วเท้าซ้าย ๆ ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วพัก ทำ 10-20 ครั้ง แล้วสลับท่าขาอีกข้าง (หรือนั่งท่าอเข่าสองข้าง หันฝ่าเท้าเข้าหากัน ก้มลำตัวให้น้ำผากแตะส้นเท้า)

2.2.2.5 ท่าที่ 5 ยืนก้มตัว เพื่อยืดกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อ ด้านหลังส่วนบน

การปฏิบัติ ยืดเข่าตรง จากนั้นค่อย ๆ ก้มตัวลงอย่างช้า ๆ (ระวังอย่าก้มตัวเร็วหรือแรงเกินไป เพราะอาจทำให้ปวดหลังเพิ่มมากขึ้น) ปลายนิ้วมือแตะพื้น หรือปลายนิ้วมือซ้ายแตะปลายเท้าขวา สลับกับปลายนิ้วมือขวาแตะปลายเท้าซ้าย ปล่อยค้างนาน 5 วินาที (ทำซ้ำ 20-30 ครั้ง) ถ้ามีความรู้สึกตึงด้านหลัง โคนขาในขณะที่ก้มตัว ควรเปลี่ยนเป็นยืนกางขาหรืออเข่าเล็กน้อย เพื่อทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อต่อด้านหลังส่วนบนได้เต็มที่

2.2.2.6 ท่าที่ 6 ยืนแอ่นหลัง เพื่อยืดข้อต่อกระดูกสันหลังด้านหลัง

การปฏิบัติ ยืนตรง ฝ่ามือทั้งสองวางด้านหลังเอวแต่ละข้าง จากนั้นออกแรงดันฝ่ามือมาข้างหน้า พร้อมทั้งแอ่นหลังร่วมด้วย เกร็งค้างนาน 10 วินาที (ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง)

2.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันและบำบัดอาการปวดหลัง ดังนี้

2.3.1 หากเพิ่งหายจากอาการปวดหลังใหม่ ๆ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดผู้รักษาเท่านั้น เพราะท่าออกกำลังกายบางท่าอาจก่อให้เกิดอันตรายกับหลังได้

2.3.2 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้หลังแข็งแรงและทนทานอยู่เสมอ

2.3.3 พยายามออกกำลังกายให้ได้เป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที หากหลาย ๆ วันทำซ้ำครั้งอาจทำให้ปวดหลังหรือหลังขอกได้ และอาจจะเป็นโทษมากกว่าได้ประโยชน์

2.3.4 หากเกิดอาการปวดหลังค่อนข้างมาก ในขณะที่กำลังกระทำท่าใด ๆ อยู่ ควรหยุดท่าและพักสัก 2-3 วัน แล้วจึงเริ่มลองฝึกใหม่ โดยลดจำนวนครั้งในการทำกายบริหารแต่ละท่าลง

2.3.5 ควรออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อเป็นการอบอุ่นร่างกายหรือให้ร่างกายได้อุ่นเครื่องสัก 2-3 นาที ก่อนที่จะออกกำลังกายจริง ๆ โดยการเคลื่อนไหวแขนและขา เกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อสลับกันไปมาจนรู้สึกคล่องตัวขึ้น จึงค่อยเริ่มออกกำลังกายตามท่าทางที่แนะนำ

2.3.6 การบำบัดอาการปวดหลังที่ดีที่สุด คือ การหมั่นออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เพื่อให้กล้ามเนื้อลำตัวแข็งแรง และการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่นดี ทำให้ทนทานต่อการใช้งานหนักและเบาในชีวิตประจำวันได้

โดยสรุป การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง ที่สำคัญ คือ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และสร้างวินัยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงจากอาการปวดหลังได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำออกกำลังกายส่วนใหญ่จะเป็นทำออกกำลังกายที่เน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลำตัว เพื่อลดแรงกดที่จะเกิดแก่กระดูกสันหลัง และทำออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและอ่อนตัวของกระดูกสันหลัง เพื่อยืดกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อของหลัง ทั้งนี้ขอแนะนำสำหรับการออกกำลังกาย ที่สำคัญคือ หากเพิ่งหายจากอาการปวดหลังควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดเท่านั้น ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที และควรออกกำลังกายเบา ๆ เพื่ออบอุ่นร่างกาย ก่อนที่จะออกกำลังกายจริง ๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อหลังมีความแข็งแรง การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่น ทำให้หลังมีความทนทานต่อการใช้งานหนักและเบาอยู่เสมอ เป็นการช่วยป้องกันอาการบาดเจ็บของหลังได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

3.1 ความหมายของความรู้

ยุพดี ศิริวรรณ (2539) ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการค้นคว้า เป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคลซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ ทางตรงและทางอ้อม หรือการรับรู้ข้อเท็จจริง การจดจำของสมอง และมีการตีความหมายออกเป็นความเข้าใจที่นำไปวิเคราะห์

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง สิ่งที่ได้สมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ หรือ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ หรือ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยินได้ฟัง ได้คิดหรือปฏิบัติ

บุญส่ง หาญพานิช (2546) ให้ความหมายของความรู้ว่าหมายถึง ข้อเท็จจริง ประสบการณ์ ค่านิยม ความเชื่อ กระบวนการและข้อมูลสารสนเทศ ที่ผนวกด้วยความเข้าใจอันเกิดจากการเปรียบเทียบ การตีความ การวินิจฉัย และการตรวจสอบผลกระทบ ซึ่งทำให้เกิดคุณค่าสูงและพร้อมที่จะนำไปประยุกต์สู่การตัดสินใจและการปฏิบัติ

ชัชวาลย์ วงษ์ประเสริฐ (2548) ให้ความหมายของความรู้ ว่าหมายถึง กรอบของการประสมประสานระหว่างสถานการณ์ ค่านิยม ความรู้ในบริบทและความรู้แจ้งอย่างชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปความรู้จะอยู่ใกล้ชิดกับกิจกรรมมากกว่าข้อมูลสารสนเทศและทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความรู้

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2548) สรุปความหมายของความรู้ที่เคยมีผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายต่าง ๆ ไว้ว่า หมายถึง สารสนเทศที่มีคุณค่า ซึ่งมีการนำประสบการณ์ วิจารณ์ญาณ ความคิด ค่านิยม และปัญญาของมนุษย์มาวิเคราะห์เพื่อนำไปใช้ในการสนับสนุนการทำงานหรือใช้ในการแก้ปัญหา

เลิศมะณี ศรีสุพรรณธวงศ์ (2548) ได้สรุปความหมายของความรู้จากการรวมรวมความหมายตามที่ผู้รู้หลายท่านได้ให้ไว้ และให้ความหมายว่าหมายถึง การที่บุคคลได้รับการเรียนรู้จากสิ่งต่าง ๆ จนเกิดความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ ดังนั้น ความรู้จึงเป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับประพจน์ ปฏิบัติ หรือควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

บุญดี บุญญากิจ และ ฉัชนน พรกาญจนานันท์ (2550) ให้ความหมายของความรู้ในมุมมองของการจัดการความรู้ว่าหมายถึง สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารและตัดสินใจ

Bloom (1968) ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ รวมถึงแบบกระสวนของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ

Peter (1990) ให้ความหมายของความรู้ ว่าหมายถึง ความสามารถที่จะนำไปสู่การกระทำที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สารสนเทศ และโครงสร้าง ที่มาจากการจดจำของสมองโดยมีการค้นคว้า การศึกษา หรือ เกิดจากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะต่าง ๆ ซึ่งอาจมาจากการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยที่แต่ละบุคคลนั้นได้รับการเรียนรู้จากสิ่งต่าง ๆ ในสถานที่หรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดความเข้าใจ มีการวิเคราะห์ ประสมประสานความรู้จากสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ และเป็นการกระทำที่มีประสิทธิภาพ

3.2 ประเภทของความรู้

สุวรรณ เจริญเสาวภาคย์ และคณะ (2548) ได้แบ่งความรู้ออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.2.1 ความรู้ที่ฝังอยู่ในคนหรือความรู้ที่ไม่ชัดเจน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ หรือพรสวรรค์ต่างๆ อธิบายออกมาได้ยาก แต่สามารถพัฒนาและแบ่งปันกันได้

3.2.2 ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) คือ ความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผล สามารถถ่ายทอดออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ได้ เช่น หนังสือ คู่มือ เอกสารและรายงานต่างๆ

เมื่อพิจารณาสัดส่วนความรู้ทั้ง 2 ประเภท พบว่า อัตราความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit) มากกว่าความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit) ถึง 80 : 20 เปรียบเสมือนปรากฏการณ์ธรรมชาติ เช่น ภูเขา น้ำแข็ง ที่เปรียบเทียบความรู้ที่ชัดแจ้งเป็นน้ำแข็งส่วนที่โผล่พ้นน้ำขึ้นมาเพียงร้อยละ 20 แต่ความรู้ที่ฝังอยู่ในคนเป็นน้ำแข็งส่วนที่จมอยู่ใต้น้ำถึงร้อยละ 80

3.3 การสร้างความรู้

การเกิดความรู้จะสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนและสร้างความรู้ โดย Takeuchi and Nonaka, 2004 อ้างถึงใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2548) ได้แบ่งรูปแบบการสร้างความรู้ เป็น 4 ประเภท ดังนี้

3.3.1 การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Socialization) คือ การสร้างความรู้แบบไม่ชัดแจ้งเป็นความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกอบรม และการแนะนำ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดทำโครงการทางอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานต่าง ๆ วามีปัญหา อุปสรรค และบทเรียนอย่างไรบ้าง หรือการเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่จะช่วยถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรแก่ผู้รับการฝึกอบรม

3.3.2 การปรับเปลี่ยนสู่ภายนอก (Externalization) คือ การพูดหรือบรรยายความรู้แบบไม่ชัดแจ้งเป็นความรู้แบบชัดแจ้ง โดยการใช้อุปมาอุปมัย การเปรียบเทียบ และการใช้ตัวแบบ เช่น การนำประสบการณ์จากการไปเห็นหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีคอมพิวเตอร์ในที่ทำงานจำนวนมาก แต่การใช้ประโยชน์ยังน้อยมาก จึงมีการเปรียบเทียบว่ามีคอมพิวเตอร์เป็นเสมือนเฟอร์นิเจอร์ที่มาประดับห้องทำงานเท่านั้น การเปรียบเทียบดังกล่าวช่วยให้มองเห็นภาพได้ง่ายขึ้น การนำประสบการณ์มาถ่ายทอดในลักษณะคำอุปมาอุปมัย เป็นการนำประสบการณ์ออกมาสู่ภายนอกที่ทำให้ชัดแจ้งขึ้น

3.3.3 การปรับเปลี่ยนสู่ภายใน (Internalization) คือ การสร้างความรู้แบบชัดแจ้งให้เป็นความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง โดยการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ศึกษาจากความรู้ที่ได้เขียนไว้ในคู่มือ เอกสาร เพื่อพัฒนาทักษะให้สูงขึ้น เช่น การซื้อตำราโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำมาฝึกฝนจนเกิดความชำนาญขึ้นเป็นทักษะในตัว จนกระทั่งภายหลังไม่การแบ่งปันและสร้างความรู้ จากความรู้ที่ชัดแจ้งไปสู่ความรู้ที่ชัดแจ้งโดยรวบรวมความรู้ที่ชัดแจ้งที่จำเป็นต้องเปิดตำราอีกต่อไป

3.3.4 การผสมผสาน (Combination) คือ การสร้างความรู้แบบชัดแจ้งให้เป็นความรู้แบบชัดแจ้ง โดยการรวมหรือบูรณาการองค์ความรู้หรือสังเคราะห์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดองค์

ความรู้ใหม่ขึ้นมา เช่น การนำองค์ความรู้ของวิชาคอมพิวเตอร์มาผสมผสานกับความรู้ด้านองค์การ และการจัดการเกิดเป็นองค์ความรู้ในวิชาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (Management Information Systems) ซึ่งมีการเขียนเป็นตำรา จึงจัดเป็นความรู้แบบชัดแจ้ง

รูปแบบการสร้างความรู้ 4 ประเภทนี้ สามารถแสดงได้ดัง ภาพที่ 1 ดังนี้

ความรู้ใหม่

	ความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง	ความรู้แบบชัดแจ้ง
ความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง	ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Socialization) การโอนความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง โดยการแลกเปลี่ยน พูดคุย หรือการได้รับประสบการณ์จากการฝึกอบรมหรือประสบการณ์ตรง	การปรับเปลี่ยนสู่ภายนอก (Externalization) การพูดหรือบรรยายเกี่ยวกับความรู้แบบไม่ชัดแจ้งโดยการใช้อุปมาอุปมัย การเปรียบเทียบหรือใช้ตัวแบบ
ความรู้แบบชัดแจ้ง	การปรับเปลี่ยนสู่ภายใน (Internalization) เปลี่ยนความรู้แบบชัดแจ้งเป็นความรู้แบบไม่ชัดแจ้ง โดยการปฏิบัติหรือดูจากคู่มือ เอกสาร หรือหนังสือ	การผสมผสาน (Combination) ผสมผสานความรู้แบบชัดแจ้งโดยการแลกเปลี่ยนและสังเคราะห์ เพื่อให้เกิดความรู้ชัดแจ้งสาขาใหม่

ภาพที่ 1 การสร้างความรู้

ที่มา: ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2548)

โดยสรุป ความรู้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความรู้ที่ฝังอยู่ในคนซึ่งเป็นความรู้ที่ไม่ชัดแจ้ง เป็นพรสวรรค์เฉพาะตน และ ความรู้ที่ชัดแจ้งซึ่งเกิดจากการศึกษาค้นคว้า โดยมีกระบวนการสร้างให้เกิดความรู้ได้หลากหลายวิธีที่ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้ในสิ่งที่ตนสนใจ เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ศึกษาหรือเรียนมานั้น ไปปฏิบัติจริงและเกิดเป็นการเรียนรู้เพิ่มเติมต่อไป ดังนั้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ที่มีอาการปวดหลังในการปฏิบัติตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง ก่อนและหลังการพัฒนา ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ที่ช่วยให้เกิดความรู้ใหม่ที่เป็น

ความรู้ประเภทการปรับเปลี่ยนสู่ภายใน เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังให้สูงขึ้น จนเกิดความชำนาญและเป็นทักษะในตนเองต่อไปในอนาคต

3.4 ระดับของความรู้

James (ม.ป.ป. อ้างถึงใน สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันส่งเสริมผลผลิตแห่งชาติ, 2548) ทำการแบ่งความรู้ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 รู้ว่าคืออะไร (Know - what) เป็นความรู้เชิงรับรู้หรือความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียน เห็น หรือ จดจำ มีลักษณะเป็นความรู้ในภาคทฤษฎีว่า สิ่งนั้นคืออะไร

ระดับที่ 2 รู้ว่าเป็นอย่างไร / รู้วิธีการ (Know - how) เป็นความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

ระดับที่ 3 รู้ว่าทำไม / รู้เหตุผล (Know - why) เป็นความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติให้เข้ากับสภาพแวดล้อมอย่างมีเหตุผล

ระดับที่ 4 ใส่ใจกับเหตุผล (Care - why) เป็นความรู้ในลักษณะการสร้าง สรรค์ที่มาจากตัวเอง บุคคลที่มีความรู้ในระดับนี้จะมีเจตจำนงและการปรับตัวเพื่อความสำเร็จ

Bloom (1968) ทำการจำแนกความรู้ไว้เป็นลำดับขั้นตอนจากง่ายไปหายาก จำนวน 6 ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้ถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ได้รับรู้มา โดยเริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ไปจนถึงระดับความจำที่ซับซ้อน

ขั้นที่ 2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความจำ ต้องมีความจำมาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้แสดงออกมาในรูปของการแปลความหมาย ให้ความหมาย และคาดคะเน

ขั้นที่ 3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาทฤษฎี กฎเกณฑ์ แนวคิด และความจำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดผลตามที่ต้องการ

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลมีความสามารถพิจารณาแยกแยะองค์ประกอบของปัญหา หรือประสบการณ์ออกเป็นส่วนย่อย และเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้นอย่างชัดเจน รวมทั้งตระหนักถึงหลักของการผสมผสานระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น

ขั้นที่ 5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการนำเอาส่วนประกอบย่อย ๆ หลายส่วน มารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูง

ขั้นที่ 6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยติราค่าสิ่งของต่าง ๆ รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัย ตัดสินใจ กฎเกณฑ์ที่จะใช้ช่วยประเมินค่าอาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลนั้นสร้างขึ้นมาเองหรือมีอยู่แล้วก็ได้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นการพัฒนาความคิดสูงสุดที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปปฏิบัติ และใช้ในการวิจารณ์และการสังเคราะห์เข้าร่วมพิจารณาในการประเมิน

โดยสรุป ระดับของความรู้สามารถแยกได้หลายระดับโดยพิจารณาจากความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์และการประเมินค่าองค์ความรู้ที่มี ดังนั้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาความรู้ในเรื่องของอาการปวดหลังและการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นความรู้ในขั้นที่ 1, 2 และ 3 ตามแนวคิดของบลูม เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประกอบการร่วมกันระดมความคิดในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาของอาการปวดหลังโดยการใช้เทคนิคกระบวนการ AIC เพื่อนำไปสู่ความรู้ในขั้นที่ 6 ต่อไป

3.5 การวัดความรู้

ไพศาล หวังพานิช (2526) ให้ความหมายของการวัดความรู้ว่า เป็นการวัดสมรรถภาพทางสมองในด้านการระลึกออกของความจำเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์หรือเคยรู้ เคยเห็น โดยเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้นั้นมีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุด คือ แบบทดสอบ และแบบทดสอบนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ข้อสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบโดยตอบได้ด้วยวาจา หรือคำพูด ระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรง หรือบางครั้งเรียกว่า “การสัมภาษณ์”

2) ข้อสอบข้อเขียน แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

(1) แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบาย บรรยาย หรือวิจารณ์เรื่องราวที่เกี่ยวกับความรู้แบบจำกัดคำตอบ เป็นข้อสอบที่ให้ผู้ถูกสอบพิจารณา เปรียบเทียบตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่าง ๆ ซึ่งมีอยู่ 4 แบบ คือ แบบถูก ผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ และแบบเลือกตอบ

(2) ข้อสอบภาคปฏิบัติ เป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสอบตอบสนองออกมาด้วยคำพูด หรือการเขียนเครื่องหมายใด ๆ แต่มุ่งให้แสดงออกด้วยการกระทำจริง

ทั้งนี้ การวัดความรู้สามารถแบ่งออกเป็นแบบต่าง ๆ ได้ดังนี้

- 1) การวัดที่เนื้อหาเรื่อง (Content test) เป็นการวัดความรู้โดยการทดสอบเนื้อหาวิชาที่มี
- 2) การวัดความรู้รวบยอด (Conceptual test) เป็นการวัดความรู้รวบยอดของความรู้ที่มี

นอกจากนี้ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2531) ได้ให้แนวคิดการวัดความรู้เพิ่มเติมซึ่งเป็นแบบทดสอบ โดยแบ่งออกเป็น 3 แบบ ดังนี้

- 1) แบบทดสอบการปฏิบัติ (Performance test) เป็นการวัดความรู้จากการลงมือปฏิบัติ
- 2) แบบทดสอบการเขียนตอบ (Paper - pencil test) เป็นการวัดความรู้จากการให้เขียน

ตอบ

- 3) แบบทดสอบปากเปล่า (Oral test) เป็นการวัดความรู้โดยการถามตอบ

โดยสรุป การวัดความรู้เป็นการวัดสมรรถภาพทางสมองในด้านการระลึกออกของความจำเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์หรือเคยรู้เคยเห็น ซึ่งสามารถวัดได้หลายวิธี ที่นิยมใช้มากที่สุด คือ แบบทดสอบ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อสอบแบบต่าง ๆ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การสัมภาษณ์จากแบบสอบถามซึ่งมีลักษณะเป็นการประยุกต์จากแบบทดสอบที่ให้เลือกตอบแบบ ถูก ผิด โดยให้ผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เลือกพิจารณา เปรียบเทียบตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการปวดหลัง ตามความรู้ที่มี และประสบการณ์ของตนตามที่เคยรู้มา

4. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4.1 ความหมายของการปฏิบัติตน

ไพศาล หวังพานิช (2526) ให้ความหมายของการปฏิบัติว่า หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจ ที่มีในเรื่องราว ข้อเท็จจริง วิธีการต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน หรือในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

ศรัณย์รัฐ นิลชาติ (2545) สรุปความหมายของการปฏิบัติว่า หมายถึง การที่บุคคลสามารถนำความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ ไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายของการปฏิบัติว่า หมายถึง การกระทำ การดำเนินการไปตามระเบียบแบบแผน

Kothadapani (1971) กล่าวถึงความตั้งใจในการปฏิบัติว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติมีพื้นฐานมาจากความรู้ (ข้อมูล) เจตคติ หรือความเชื่อ (Attitude or Belief)

Bloom, et al. (1975) กล่าวว่า การปฏิบัติหรือการนำไปใช้ คือ ความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมไปใช้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์ใหม่ๆ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติตน หมายถึง ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความรู้ ความเข้าใจ หรือประสบการณ์ ซึ่งเป็นความรู้ ข้อเท็จจริง โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ (ข้อมูล) เจตคติ หรือความเชื่อ (Attitude or Belief) ที่มีอยู่เดิมของแต่ละบุคคลหรือในแต่ละชุมชน ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง ก่อนและหลังการพัฒนา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนที่เกิดจากการได้รับความรู้ใหม่ที่เป็นความรู้ประเภทการปรับเปลี่ยนสู่ภายใน เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติตนในดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังให้เพิ่มสูงขึ้น จนเกิดความชำนาญและเป็นทักษะในการนำไปใช้ของตนเองต่อไปในอนาคต

4.2 ขั้นตอนของการปฏิบัติ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549)

ขั้นตอนของพฤติกรรมกาปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 การรับรู้ (Perception) เป็นทักษะหรือการกระทำของกล้ามเนื้อที่ก่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้ขึ้น แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

4.2.1.1 การเร้าอวัยวะสัมผัส (Sensory Stimulation) เป็นการกระทบกับสิ่งเร้าของอวัยวะสัมผัสอย่างเดียวหรือหลายอย่าง ได้แก่

- 1) การได้ยิน (Auditory)
- 2) การเห็น (Visual)
- 3) การสัมผัส (Tactile)
- 4) การลิ้มรส (Taste)
- 5) การได้กลิ่น (Smell)
- 6) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Kinesthetic)

4.2.1.2 การเลือกแนวทางการปฏิบัติ (Cue Selection) เป็นการตัดสินใจเลือกเลือกตอบสนองความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่ง

4.2.1.3 การแปลเป็นการปฏิบัติ (Translation)

4.2.2 การเตรียมพร้อมปฏิบัติ (Set) เป็นการเตรียมปรับตัวให้พร้อมสำหรับการกระทำหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

4.2.2.1 ความพร้อมทางสมอง (Mental set)

4.2.2.2 ความพร้อมทางกาย (Physical set)

4.2.2.3 ความพร้อมทางอารมณ์ (Emotional set)

4.2.3 กระทำ (Guided Response) เป็นการแสดงพฤติกรรมอย่างเปิดเผยของแต่ละคนภายใต้คำแนะนำ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

4.2.3.1 การเลียนแบบ (Imitation)

4.2.3.2 การลองผิดลองถูก (Trial and error)

4.2.4 การปฏิบัติได้ (Mechanism) เป็นกรกระทำด้วยการตอบสนองสิ่งเร้าต่าง ๆ จนเป็นนิสัย ทำให้ผู้เรียนมั่นใจ และถือปฏิบัติเป็นประจำ

4.2.5 การตอบสนองที่ซับซ้อน (Complex Overt Response) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่กระทำด้วยกลไกเนื้อที่ซับซ้อน ต้องใช้ทักษะระดับสูง แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

4.2.5.1 ความแน่วแน่ในการแก้ปัญหา (Resolution of Uncertainty)

4.2.5.2 การกระทำโดยอัตโนมัติ (Automatic Performance)

4.2.6 การดัดแปลงให้เหมาะสม (Adaptation) เป็นการกระทำต่อภาวะการณ์ของปัญหาใหม่ ๆ ด้วยการตอบสนองทางกายภาพ

4.2.7 การริเริ่ม (Origination) เป็นการสร้างสรรค์การกระทำใหม่ ๆ หรือเป็นวิธีของการจัดการกระทำอย่างเข้าใจ โดยใช้ความสามารถและทักษะที่เกิดจากการปฏิบัติ

โดยสรุป ขั้นตอนของพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นมีหลายขั้นตอน ตั้งแต่การริเริ่มการรับรู้ไปจนถึงการริเริ่มเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติสิ่งใหม่ ๆ ด้วยตนเอง ทั้งนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นที่จะต้องเป็นการกระทำที่ต้องเลือกตอบสนองความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วมีการกระทำเป็นประจำจนเป็นนิสัย มีการลองผิดลองถูก จนเกิดเป็นความสามารถ ทักษะเฉพาะตนนั่นเอง ดังนั้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ที่มีอาการปวดหลังจะต้องมีการตอบสนองต่ออาการปวดหลังของตน มีความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาอาการปวดหลัง และสามารถริเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดผลในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังได้อย่างยั่งยืนต่อไป

5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร และสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ไปตามประสบการณ์และการขัดเกลาทางสังคม ดังนั้น การให้ความหมายของการดูแลตนเองจึงหมายรวมถึงการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดีด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่จะมีต่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว สำหรับความหมายของการดูแลตนเองอีกนัยหนึ่ง คือการดูแลรักษาตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้สึที่ผิดปกติไปจากเดิมหรือเริ่มมีอาการบ่งบอก จากนั้นบุคคลแต่ละคนจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป เช่น การซื้อยามกินเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัว การแสวงหาวิธีการรักษาด้วยตนเองแบบต่าง ๆ เช่น การนอนพัก การบีบนิ้ว การประคบ น้ำร้อน เป็นต้น (มัลลิกา มัติโก, 2530) สำหรับความหมายในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

5.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

Orem (1980) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการ ความสามารถ และปัจจัยพื้นฐานที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาตัดสินใจก่อนลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนวางแผนเลือกกิจกรรม ลงมือกระทำและประเมินผล นอกจากนี้ โอเร็มยังเคยกล่าวอีกว่า การดูแลตนเองนั้นเป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นปฏิบัติ และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

มัลลิกา มัติโก (2530) จำแนกพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) ดังนี้

1) การดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

(1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง

(2) การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มุ่งจะขัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือจากครอบครัว หรือจากเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from extended social network) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

สมทรง รัชต์เผ่า (2540) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วยหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตน

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533 อ้างถึงในวนิดา วีระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ, 2542) ได้สรุปความหมายของการดูแลสุขภาพของตนไว้ดังนี้

1) การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ดูแลสุขภาพ (Health Maintenance) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2) การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐ หรือวิชาชีพทุกระดับจำเป็นต้องให้สอดคล้องทุกสถานการณ์ และศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

3) การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง โดยเป็นลักษณะของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย และรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองก่อนเกิดโรค การดูแลตนเองมี 2 ลักษณะ คือ การดูแลตนเองในสภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่ดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติได้เป็นอย่างดี หลีกเลี่ยงอันตรายและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพย่อมส่งผลให้สุขภาพแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ ส่วนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยจะช่วยลดความรุนแรงของโรค และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการ ความสามารถ และปัจจัยพื้นฐานที่เข้ามาเกี่ยวข้อง กระบวนการดูแลตนเองนี้จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนให้แข็งแรงอยู่เสมอ

ดังนั้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ตัวผู้ที่มีอาการปวดหลัง ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องยั่งยืน และก่อให้เกิดความสำเร็จอันเป็นเป้าหมายที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพต่อไป

6. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด

6.1 ข้อมูลทั่วไปของอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความสำคัญในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรทั้งสิ้น ประมาณ 1,538,940 คน (กรมการปกครอง, 2552) มีพื้นที่ประมาณ 11,730.302 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,331,438.75 ไร่ โดยแบ่งการปกครองออกเป็น 18 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ 155 ตำบล 1,816 หมู่บ้าน ซึ่งอำเภอโนนสะอาดนั้นเป็นอำเภอหนึ่งที่มีความสำคัญของจังหวัดอุดรธานี โดยอยู่ทางทิศใต้ห่างจากจังหวัดอุดรธานี ประมาณ 53 กิโลเมตร และอยู่ติดกับถนนมิตรภาพสายขอนแก่น-อุดรธานี ทำให้การคมนาคมสะดวกสบาย ประกอบไปด้วย 6 ตำบล 66 หมู่บ้าน พื้นที่ทั้งหมดประมาณ 424.91 ตารางกิโลเมตร หรือ 2,655,700.62 ไร่

ทั้งนี้ ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เป็นตำบลหนึ่งซึ่งพื้นที่ดินส่วนใหญ่เป็นดินปนทรายและยังเป็นศูนย์กลางของอำเภอ มีถนนมิตรภาพ สายขอนแก่น-อุดรธานีตัดผ่าน โดยแบ่งออกเป็น 9 หมู่บ้าน จำนวนประชากรทั้งตำบลในเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 มีประมาณ 4,204 คน (ฝ่ายทะเบียนและบัตร ที่ว่าการอำเภอโนนสะอาด, 2553) พื้นที่รวมทั้งสิ้นทั้งตำบล 15,989 ไร่ มีลักษณะเป็นที่ราบริมแม่น้ำ มีบึงและหนองน้ำขนาดประมาณ 200-1,000 ไร่

กระจายอยู่ทั่วไป โดยมีจำนวนบึงและหนองอยู่ 7 แห่ง นอกจากนั้นยังมีลำห้วยสายสั้น ๆ อีกส่วนหนึ่ง มีลุ่มน้ำที่สำคัญ คือ ลุ่มน้ำเชิญ ทั้งนี้ พื้นที่ที่มีการถือครองไว้เพื่อทำการเกษตรมีจำนวนถึง 9,789 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 66.22 ของพื้นที่ทั้งหมด ประชากรส่วนใหญ่ของตำบลประกอบอาชีพเกษตรกรรม (งานบริการข้อมูลประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสะอาด, 2553) กล่าวคือ มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน เป็นหลัก และส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานที่คล้ายกัน คือ ต้องอาศัยการก้ม ๆ เงย ๆ เป็นหลัก และจากการสำรวจผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนทั้งหมด ประมาณ 961 คน โดยที่ในชุมชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 มีจำนวนผู้ที่มีอาการปวดหลังมากที่สุดเมื่อเทียบกับหมู่บ้านอื่น ๆ คือ มีจำนวน 255 คน (กุลวรางค์ ว่องวิไลรัตน์, 2553)

6.2 พื้นฐานการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด

ชุมชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย เกษตรกรรม (ทำนา สลับกับ ไร่ อ้อย เป็นหลัก) รับจ้างทั่วไป และข้าราชการ โดยผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักนั้น เมื่อถึงฤดูการทำเกษตรกรรมจะลงงานมาทำเกษตรกรรมในภายหลัง ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ มักพบอาการปวดหลัง ปวดคอ ปวดเข่า ปวดข้อไหล่ หรือปวดเมื่อยตามร่างกาย และเมื่อประชาชนในหมู่บ้านมีอาการปวดหลัง การรักษาส่วนใหญ่ที่พบ จากการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบันของบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 เมื่อเดือน กันยายน พ.ศ. 2553 (นิคม ศิริรัตน์, 2553) มีดังนี้

6.2.1 การรักษาด้วยการนวดทั้งทำเองที่บ้านและไปนวดที่โรงพยาบาล กล่าวคือ ส่วนใหญ่ของผู้ที่มีอาการปวดหลังจะนิยมการรักษาด้วยการนวดแผนไทย โดยไปใช้บริการหมอนวดตามบ้าน โดยที่บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 นั้น จะมีผู้ที่เป็นหมอนวดตามบ้านอยู่ประมาณ 8 คน ที่ให้บริการ ผู้ที่มีอาการปวดหลังอีกบางส่วนจะให้ลูกหลานที่บ้านนวดให้ และเนื่องจากชุมชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 อยู่ใกล้โรงพยาบาลโนนสะอาด ผู้ที่มีอาการปวดหลังที่ขอการรักษาโดยการนวดจึงมักมาใช้บริการนวดที่แผนกแพทย์แผนไทยอยู่เสมอ

6.2.2 การเข้ารับการรักษาที่คลินิกรักษาโรคทั่วไป ซึ่งในตำบลโนนสะอาดมีอยู่ประมาณ 2 คลินิก เนื่องจากมีความสะดวกในการพบแพทย์ในตอนเย็นหลังเลิกงาน โดยนิยมการฉีดยาแก้ปวดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณที่ปวด หรือการทานยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อตามที่แพทย์สั่งจ่ายยาให้

6.2.3 การซื้อยาแก้ปวด ยากลากล้ามเนื้อ ที่ร้านขายยารับประทาน หรือซื้อยาทานวด กลากล้ามเนื้อมาทาบริเวณที่ปวด ด้วยตนเอง

6.2.4 การเข้าพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยการรักษาของแพทย์จะนิยมสั่งจ่ายยาแก้ปวด ยากลากล้ามเนื้อ และยาทานวดให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงการแนะนำให้พักรักษาอาการ และอาจส่งไปรับ การรักษาอื่น ๆ ต่อไป เช่น การนวดแผนไทย และ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

6.2.5 การเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ซึ่งประชาชนในชุมชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ยังคงรู้จักค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัด ส่วนใหญ่จะเข้าใจว่า เป็นการรักษาโดยการนวด

6.2.6 การออกกำลังกายเดินแอโรบิค และการออกกำลังกายตามตัวอย่างในสื่อต่าง ๆ เช่น ในโทรทัศน์ แผ่นซีดีการออกกำลังกาย หนังสือความรู้ต่าง ๆ เป็นต้น แต่วิธีนี้จะนิยมปฏิบัติ กันเองตามบ้าน ไม่ได้รวมกลุ่มออกกำลังกายอย่างจริงจัง

6.2.7 การแสวงหาการรักษาอื่น ๆ ตามที่ต่าง ๆ ที่ได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำว่า สามารถรักษาอาการปวดหลังให้หายได้

6.2.8 การดื่มน้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ หรือเครื่องดื่มนำร่างกายชนิดต่าง ๆ ที่มีการบอก เล่าหรือแนะนำว่ามีสรรพคุณสามารถรักษาอาการปวดหลังให้หายได้

6.2.9 การรับประทานยาชุด หรือยาลูกกลอนที่นำมาขายตามบ้านและบรรยายสรรพคุณ ว่าสามารถแก้ปวดหลังได้

นอกจากนี้ ชุมชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 จะมี อสม. ประมาณ 42 คน เมื่อประชาชนใน ชุมชนมีอาการปวดหลัง ส่วนใหญ่ช่วงเริ่มแรกจะเป็นอาการที่มักก่อให้เกิดความรำคาญใน ชีวิตประจำวันและปล่อยเอาไว้ไม่แก้ไข หรือแก้ไขโดยการรักษาเองด้วยการรับประทานยาแก้ปวด เพื่อรักษาอาการ หรือการปล่อยให้หายเองและเมื่ออาการดีขึ้นจะกลับไปทำงานลักษณะเดิมอีก จน อาการเกิดเป็น ๆ หาย ๆ และเริ่มปวดหลังเรื้อรังเป็นเดือนหรือเป็นปี เมื่อเริ่มปวดหลังเพิ่มขึ้นจน จำกัการทำงานในชีวิตประจำวันจึงค่อยไปแสวงหาการรักษาตามที่ต่าง ๆ ในภายหลัง ซึ่งอาการ ปวดหลังเมื่อมารับการรักษาอย่างจริงจังนั้นจะค่อนข้างหนัก กล่าวคือ มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ของข้อต่อหรือโครงสร้างของหลังไปแล้ว และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น เดินตัวแข็ง ก้ม หลังไม่ได้ มีอาการเจ็บเสียวที่กระดูกสันหลัง และชาลงไปที่ขาตามแนวเส้นประสาท เป็นต้น ทำให้ ยากต่อการรักษา

6.3 แนวทางการให้การรักษาผู้ที่มีอาการปวดหลังเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล

ชุมชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโนนสะอาด ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี มีเจ้าหน้าที่จากแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพอนามัยและการออกเยี่ยมบ้านตามหมู่บ้านหมู่ต่าง ๆ ในเขตตำบลโนนสะอาด เป็นผู้ดูแล จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลในทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโนนสะอาด พบว่าผู้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสะอาดด้วยอาการปวดหลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคปวดหลัง (Low back pain) หรือ โรคกล้ามเนื้อหลังตึงเครียดหรือตึงยึด (Back muscle strain) หรือ อาการปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) นั้น ช่วงระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 มีจำนวน 147, 152, และ 312 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลโนนสะอาด, 2553) เมื่อผู้ที่มีอาการปวดหลังมารับบริการที่โรงพยาบาลโนนสะอาด แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการทั่วไป กล่าวคือ เมื่อผู้ที่มีอาการปวดหลังมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะต้องเข้าพบแพทย์ซึ่งเป็นแพทย์อายุรกรรมทั่วไป เพื่อประเมินอาการขั้นต้น โดยสรุป แนวทางการรักษาของโรงพยาบาลโนนสะอาดมีดังนี้

6.3.1 เมื่อแพทย์ประเมินอาการของผู้ป่วยแล้ว หากอาการไม่รุนแรงจะจ่ายยาบรรเทาปวด ยาลดอักเสบ และยาทาจนวด ให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อน หากอาการค่อนข้างรุนแรงจะนัดมาแก้ปวดหรือยาลดอักเสบบริเวณกล้ามเนื้อส่วนที่ปวดให้แก่ผู้ป่วย หรืออาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาลต่อไป ได้แก่ การส่งไปรับการรักษาด้วยวิธีนวดแผนไทย หรือส่งไปรับการรักษาทางกายภาพบำบัด จากนั้นเจ้าหน้าที่ของแผนกจะรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยนอกของแผนกและให้การรักษารวมถึงนัดติดตามต่อเนื่องต่อไป

ทั้งนี้ เมื่อผู้ที่มีอาการปวดหลังถูกส่งมารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดจะลงทะเบียนรับเป็นผู้ป่วยนอกของแผนกและทำการประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อจัดระดับความรุนแรงของอาการว่าอาการรุนแรงน้อย ปานกลาง หรือมาก ก่อนวางแผนให้การรักษาคือเป็นการรักษาที่ต้องนัดมารับการรักษาต่อเนื่องต่อไป จนกว่าอาการจะดีขึ้น จึงพิจารณาหยุดให้การรักษาและหยุดนัดผู้ป่วย โดยแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ที่มีอาการปวดหลัง ของโรงพยาบาลโนนสะอาด มีดังนี้

6.3.1.1 การรักษาอาการปวดโดยพิจารณาใช้ความร้อน ความเย็น และเครื่องมือทางกายภาพบำบัดต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า เครื่องอัลตราซาวด์ เป็นต้น

6.3.1.2 การแนะนำท่าทางการออกกำลังกายยืดเหยียด กล้ามเนื้อหลัง ท่าทางต่าง ๆ ที่พิจารณาแล้วว่ามีเหมาะสม และไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

6.3.1.3 การแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกวิธีเพื่อลดอาการปวดหลัง ได้แก่ วิธีการยกของที่ถูกต้อง การปรับท่าทางการทรงท่าขณะยืน เดิน ทำงาน ให้ถูกต้อง เหมาะสม และ การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการปวดหลังที่บ้านโดยการปรับใช้สิ่งที่มีอยู่ในบ้านให้เป็นประโยชน์ เช่น การใช้ถุงน้ำร้อน เป็นต้น

6.3.2 หากมีอาการปวดมากจนทนไม่ได้ จะรับผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เมื่ออาการเริ่มดีขึ้นจะส่งปรึกษา (Consult) นักกายภาพบำบัดเพื่อแนะนำการออกกำลังกาย การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การจัดหาอุปกรณ์ช่วย เช่น เสื่อพยุงหลัง (L-S support) และให้การรักษาอื่น ๆ ทางกายภาพบำบัดต่อไปเพื่อลดอาการปวดหลัง

6.3.3 เมื่อรักษาในโรงพยาบาลระยะหนึ่งแล้วอาการปวดหลังไม่ดีขึ้น หรือมีแนวโน้มแย่ลง แพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ต่อไป

6.3.4 เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังและกลับไปอยู่บ้าน เจ้าหน้าที่จากแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จะออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหรือให้ อสม. หมู่ที่ 2 คอยดูแล สอบถามอาการอยู่เสมอ หากอาการไม่ดีขึ้น จะแจ้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต่อไป

สรุป แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่นิยมการรักษาที่ง่ายและสะดวก ไม่รบกวนเวลาทำงานเป็นหลัก เช่น การทานยาหรือให้แพทย์ที่คลินิกฉีดยาแก้ปวด เป็นต้น ข้อดีคือ ไม่รบกวนต่อเวลาทำงานในตอนกลางวัน สามารถลดอาการปวดหลังได้ผลอย่างรวดเร็ว แต่ข้อเสียคือ แนวทางการดูแลตนเองส่วนใหญ่ที่มีการปฏิบัติอยู่นั้น เป็นแนวทางที่ไม่ถูกต้องและเป็นการแก้ปัญหาปลายเหตุ เมื่อเวลาผ่านไปหลายเดือนหรือหลายปี จากอาการปวดหลังเพียงเล็กน้อยจะกลายเป็นอาการปวดหลังเรื้อรังร่วมกับการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้มีอาการปวดหลังค่อนข้างมากและรักษายาก เมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วยไปแล้ว สำหรับการมารับรักษาที่โรงพยาบาล ข้อดีคือ ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย ได้รับเอกสารความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลัง และการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัดจะได้รับการรักษาและความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากนักกายภาพบำบัด ทำให้สามารถป้องกันอาการปวดหลังได้อย่างเหมาะสม แต่ข้อเสีย คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลังต้องสูญเสียรายได้จากการทำงานเนื่องจากต้องมาโรงพยาบาลตั้งแต่เช้า และต้องรอเป็นเวลานานกว่าจะได้รับการรักษา หากผู้ที่มีอาการปวดหลังเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย จะทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้ นอกจากนี้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย อีกทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด ทำให้การรักษามีความล่าช้า

ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งมีเป็นจำนวนมากได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลาในการรอรับการรักษาค่อนข้างมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ค่อยสะดวกในการมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นสาเหตุให้ต้องทำการรักษาตนเองโดยการทานยาหรือฉีดยาแก้ปวดเป็นหลัก ซึ่งเป็นการรักษาปลายเหตุแทนการมาโรงพยาบาล

เนื่องจากผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งมาจากอาชีพที่ต้องทำงานหนัก ต้องก้มขกของหนักเป็นประจำ มีท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย รวมถึงการขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลัง ทำให้มีอาการปวดหลังเกิดขึ้นเรื้อรังและรักษายาก หากผู้ที่มีอาการปวดหลังมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เช่น ท่าทางการดำเนินชีวิต มีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง รวมถึงการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหอาการปวดหลังของสมาชิกในชุมชน อาการปวดหลังย่อมลดลงโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาลหรือรับประทานยาแก้ปวดและเป็นผลที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการ AIC เพื่อให้ผู้ที่มีอาการปวดหลัง และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถร่วมกันค้นหาสาเหตุและแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหอาการปวดหลังร่วมกัน ร่วมกับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตน ในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน รู้จักการออกกำลังกายที่ช่วยผ่อนคลาย ยืดเหยียด กล้ามเนื้อหลัง เพื่อลดอาการปวดหลังที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ที่มีความสำคัญในการนำไปปฏิบัติเพื่อรักษาอาการปวดหลัง นำไปสู่การที่ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

7. แนวคิดของการมีส่วนร่วม

7.1 แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม

7.1.1 ความสำคัญและความหมายของการมีส่วนร่วม

สมทรง รักษ์เผ่า และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540) กล่าวว่า การที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ได้ยั่งยืนนั้น จะต้องช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพ และความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเอง ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงาน เพื่อจะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาในเรื่องต่าง ๆ คือ

- 1) จะช่วยให้แผนงานต่าง ๆ ที่วางไว้นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับความสนใจ ความต้องการ และค่านิยมของประชาชน หรือชุมชน
- 2) จะได้แนวคิดใหม่ ๆ และภูมิปัญญาของชุมชนมาช่วยแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) ช่วยให้เกิดการวางใจ และสนับสนุนในการดำเนินงาน
- 4) ช่วยให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหา หรือให้ความสนใจปัญหา และพัฒนาความสามารถที่จะนำไปสู่การรับผิดชอบในการดำเนินงานด้วยตนเอง
- 5) จะช่วยให้เกิดการประสานงานภายในชุมชน
- 6) จะช่วยพัฒนาให้เกิดแนวคิดที่เป็นสังคมประชาธิปไตย

องค์การสหประชาชาติ (UN, 1974 อ้างถึงใน ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย, 2540) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการกระทำ และเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่าง ๆ คือในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ทางสังคม และการจัดสรรทรัพยากร และในการกระทำโดยการสมัครใจต่อกิจกรรม และต่อโครงการ

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2544) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ว่าหมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคลหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาเกี่ยวข้องช่วยเหลือ สนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ

พรทิพย์ คำพอ (2544) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การที่บุคคล หรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือกระบวนการบริหาร ประสิทธิภาพขององค์การขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิด สติปัญญา ก็คือ การให้มีส่วนร่วมในองค์การนั้นบุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการหรือปฏิบัติภารกิจต่างๆเป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์การ

สุริยา วีรวงศ์ (2544) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาตั้งแต่จุดเริ่มต้น กล่าวคือ ตั้งแต่การสร้างแนวคิดไป

จนสิ้นสุดการทำกิจกรรมการพัฒนาาร่วมกัน กล่าวคือมุ่งเน้นถึงการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม หรือ โครงการพัฒนาที่จักต้องมาจากการเริ่มต้นกำหนด และวิเคราะห์ปัญหาโดยประชาชนเป็นหลัก

องค์การอนามัยโลก (ม.ป.ป. อ้างถึงใน วันดี โภคะกุล และ อุบลพรรณ จุฑาสมิต, 2545) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึงกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการ รวมทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่โดยเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัย ดังนี้

- 1) การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวมาใช้ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้เท่ากับการดูแลตนเอง
- 2) การจัดการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ไม่สอดคล้อง หรือไม่เป็นที่ยอมรับในชุมชนก่อให้เกิดการสูญเสียเปล่า เนื่องจากประชาชนไม่มารับบริการ
- 3) ชุมชนมีทรัพยากรมากมายทั้งด้านวัสดุ อุปกรณ์ กำลังคน สามารถนำมาใช้ซึ่งจะทำให้ชุมชนยอมรับและเข้าถึงการบริการ
- 4) ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ของตนเอง

เจเลียว บุรีภักดีและคณะ (2545) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่หมายถึงเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่าง ๆ มีกิจกรรม และวิธีการดำเนินงานของตนอยู่แล้ว ประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ แต่ผู้บริหารการพัฒนามักจะไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิด หรือโครงการของตน

ทรงสุตา ไตรปกรณ์กุล (2545) สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไข ปัญหาของตนเองตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล โดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง กระบวนการนี้ช่วยให้เขาเกิดพลังอำนาจในตนเอง มีความมั่นใจและกล้าที่จะตัดสินใจในการพัฒนางานด้านอื่น ๆ ต่อไป

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ว่า หมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึงการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยดำเนินการอย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกผูกพันและสามารถเชื่อถือได้

อรรถ กักพล (2546) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในมุมมองของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสีย มีโอกาสแสดงทัศนคติแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งติดตามและประเมินผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ รับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

Oakley and Marsden (1984) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ลักษณะ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในความร่วมมือ (Participation as collaboration) ซึ่งเป็นการที่ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ
- 2) การมีส่วนร่วมเป็นการร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ (Participation as specific of project benefits)
- 3) การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างพลังอำนาจ (Participation as empowerment) ซึ่งเป็นการถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจให้แก่ประชาชน

Putti (1987) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของกิจกรรมทุกกิจกรรม กระบวนการตัดสินใจของกลุ่มจะเกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมี 4 ประการ คือ

- 1) เป็นความพยายามที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและความรู้สึก
- 2) เป็นการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ
- 3) เป็นการให้บุคคลรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน
- 4) เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมซึ่งคำนึงถึงความสมดุลการมีส่วนร่วมที่แท้จริงกับการมีส่วนร่วมมากเกินไป

Davis and Newstrom (1989) ให้ความหมายของแนวคิดการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องของความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละคนที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของกลุ่ม หรือเป็นแรงกระตุ้นที่ช่วยทำให้มีความสำเร็จ ซึ่งเป็นเป้าหมายของกลุ่มหรือเป็น

ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมร่วมกันด้วยการเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involvement) ช่วยเหลือ (Contribution) และร่วมรับผิดชอบ (Responsibility)

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการทางด้านจิตใจ ที่กลุ่มบุคคล หรือ ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนา มีการเข้าร่วมในกิจกรรมหรือ โครงการอย่างแข็งขันและเต็มใจ ร่วมรับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จนถึง การติดตามและประเมินผลซึ่งรวมไปถึงการร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมหรือโครงการ โดยประชาชนและ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาจะมีโอกาสแสดง ทรรศนคติแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาของ ตนเองตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา การวางแผน การลง มือปฏิบัติด้วยตนเอง และการประเมินผล เพื่อแสวงหาทางเลือกการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับ โครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน เพื่อช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพ และมีความสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเอง เกิด เป็นพลังอำนาจในตนเอง สร้างความมั่นใจและความกล้าที่จะตัดสินใจในการพัฒนาตนเองและ ชุมชน

7.1.2 หลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม นั้นเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของ นักพัฒนากันเองและการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน หลักการสำคัญในการปฏิบัติการร่วมกับ ประชาชนที่สำคัญ ๆ (บัณฑิร อ่อนคำ, สามารถ ศรีจันทร์, 2544) มีดังนี้

7.1.2.1 การจัดความสัมพันธ์ที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน การจัดความสัมพันธ์ด้าน บทบาทระหว่างนักพัฒนากับชุมชนที่เท่าเทียมกัน เป็นหลักการสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยต่างฝ่ายควรมีความตระหนักความต้องการของตนเอง และสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ รวมทั้ง องค์กรชุมชนควรตระหนักในความเป็นเจ้าของ ต้องการคิดเอง ทำเอง กำหนดเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะ เป็นส่วนที่คอยกำกับ กำหนดให้บทบาทการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพ และเป็นสิ่งที่พอใจ ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

7.1.2.2 การมีอิสระไม่ครอบงำ ความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ควรอยู่บนฐาน ของการไม่ครอบงำ ให้อิสรภาพในการคิด และการแสดงออกโดยไม่มีอคติ และไม่นำความคิดเห็น ความ เชื่อของตนมาวัด หรือตีคุณค่า หรือชักจูงครอบงำให้เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเชื่อมั่นใน ศักยภาพ ฐานความรู้ ภูมิปัญญา และประวัติศาสตร์วัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน ที่จะป็นฐานพลัง สำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองต่อไป โดยนักพัฒนาต้องมีวิสัยทัศน์ที่เปิดกว้างพร้อมจะ ยอมรับฟังความแตกต่าง ความเคารพในความเป็นคนของทุกคน

7.1.2.3 การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคม ในชุมชนหนึ่ง ๆ ย่อมประกอบด้วย ความแตกต่างหลากหลาย ทั้งด้านฐานะ เพศ วัย สถานะทางสังคม ฯลฯ การสร้างโอกาสเปิดพื้นที่ ทางสังคมอย่างเท่าเทียมในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด สักยภาพ ความรู้ และร่วมมือบทบาทดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้งานที่ดำเนินไปนั้นไม่กระจุกตัวอยู่ที่ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และส่งผลกระทบไปยังสู่คนทุกส่วนในชุมชน ในสังคมอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

7.1.2.4 การมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาตาม โครงการพัฒนาหนึ่ง ๆ นั้นมีกระบวนการขั้นตอนที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน หลายครั้งที่เราทราบว่า โครงการพัฒนาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ขั้นตอน การศึกษาข้อมูล และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเมื่อถึงขั้นดำเนินการแล้วมักเกิดปัญหาความขัดแย้ง และสร้างผลกระทบต่อชุมชนมากมายตามมา รวมทั้งการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่ขาด ความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งหน่วยงานทั้งหลายที่เข้ามาดำเนินงานร่วมกับชุมชนมักอ้างเสมอว่า ได้ เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว โดยการเชิญตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมประชุม และร่วม กิจกรรม ในขณะที่โครงการที่ดำเนินการไปนั้นผ่านการวางแผน และตัดสินใจมาแล้ว โดยที่ชุมชน ไม่มีโอกาสรับรู้มาก่อนแต่เป็นเพียงผู้ร่วมในบางส่วนที่กำหนดโดยเจ้าของโครงการนั้น ๆ ดังนั้น การมีส่วนร่วมที่แท้จริงจึงควรให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ ปัญหา การวางแผนกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบติดตามประเมินผล การสรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง รวมทั้งการขยายผล และเผยแพร่ผลสู่สาธารณะ

การที่ประชาชนจะเข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชนนั้นจะต้องมีเงื่อนไขของการมี ส่วนร่วมอย่างน้อย 3 ประการดังนี้

- 1) ประชาชนจะต้องมีอิสระที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to participate)
- 2) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to participate)
- 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to participate)

หากไม่มีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่มีความเต็มใจแล้ว การมีส่วนร่วมของประชาชนจะไม่เกิดขึ้นเลย นอกจากเงื่อนไข 3 ประการดังกล่าวแล้ว ความสำเร็จ ของการมีส่วนร่วมยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่อไปนี้

- 1) ประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมก่อนเริ่มกิจกรรม การมีส่วนร่วมไม่ เหมาะสมในสถานการณ์ฉุกเฉิน
- 2) ประชาชนต้องไม่เสียเงินเสียทอง ค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไปที่ เขาประเมินผลตอบแทนที่จะได้รับ
- 3) ประชาชนต้องมีความสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น

4) ประชาชนต้องมีการสื่อสารรู้เรื่องกันทั้งสองฝ่าย

5) ประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสถานภาพ

ทางสังคมหากมีส่วนร่วม

อนึ่ง การที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นจะต้องมีวิธีการหรือเทคนิควิธี ดังนี้

1) ต้องให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

2) สร้างกลุ่มให้เป็นที่ดึงดูดใจของสมาชิก

3) เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรมตรงกับพื้นฐานแห่งความดึงดูด

ของกลุ่ม

4) ความมีชื่อเสียงเกียรติยศของสมาชิกในกลุ่ม

5) ไม่เปลี่ยนแปลงปัจเจกบุคคล หรือส่วนย่อยของกลุ่มที่เบี่ยงเบนไปจาก

ปทัสถานของกลุ่ม

6) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแรงกดดันจากกลุ่มโดยการสร้างปัญหาร่วม

ของสมาชิกผู้ต้องการเปลี่ยนแปลง

7) การเสนอข้อวิจารณ์วางแผน และผลการเปลี่ยนแปลงจะต้องให้สมาชิกทุกคน

ในกลุ่มมีส่วนร่วม

8) ขจัดกำลังดึง (ส่วนที่ไม่ต้องการให้เปลี่ยนแปลง) โดยเริ่มต้นปรับปรุงส่วนที่

เกี่ยวข้องใหม่

นอกจากนี้ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้เสนอหลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ในมุมมองของการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพว่ามีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ประเด็น “สุขภาพ” สำหรับประชาชนถือว่าเป็น “สิทธิ” ซึ่งหมายถึง สิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือ การจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมกับภาวะสุขภาพของประชาชนนั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุนหรือส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชน ไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

2) ประเด็น “การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ” สำหรับภาครัฐหรือหน่วยบริการมีฐานะในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้สองลักษณะ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือริ

การของหน่วยบริการ กับกรณีที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมเข้าไปพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนซึ่งทั้งสองเรื่องนี้แตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ

ดังนั้น หน่วยบริการจะต้องเข้าใจเบื้องต้นในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อการแปลความคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ดังนี้

1) การที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริง จำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบ ทั้งนี้ เพราะการให้บริการสุขภาพปกติจะมีกิจกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วมหลายลักษณะอยู่แล้ว ขึ้นกับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด

2) หน่วยบริการจำเป็นต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการ รูปแบบ หรือ วิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้ หรือสามารถบอกได้ว่าต้องการให้หน่วยบริการเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใด

3) การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้นต้องมีเงื่อนไขสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ มีอิสรภาพ มีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม และต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม ส่วนจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขดังต่อไปนี้ คือ ประชาชนต้องมีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เกินกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับ ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วม และจะต้องไม่กระทบถึงสถานภาพทางสังคมของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

การทำความเข้าใจกับแนวคิดเหล่านี้ให้ชัดเจนต้องแท้จึงเป็นวิถีทางหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยที่ใกล้ชิดประชาชน คือ บริการปฐมภูมิ สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลดียิ่งขึ้น

สรุป หลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา คือ การที่ทุกกลุ่มสังคมที่อยู่ในชุมชนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและเท่าเทียมกัน ไม่มีการสร้างอคติซึ่งกันและกันหรือนำความคิด ความเชื่อของตนมาวัดหรือตีคุณค่าความคิดเห็นของผู้อื่น ร่วมกันมีบทบาทในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบติดตามประเมินผล การสรุปปัญหา แก้ไขปรับปรุง รวมทั้งการขยายผล และร่วมรับผลประโยชน์ นอกจากนี้ ทุกกลุ่มสังคมที่อยู่ในชุมชนต้องมีความเต็มใจและมีเวลาในการมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกฝ่ายรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในเรื่องที่ทำร่วมกัน ทั้งนี้ ประชาชนต้องมีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เกินกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับ ประชาชนต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วม และจะต้องไม่กระทบถึงสถานภาพ

ทางสังคมของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนจึงจะเกิดผลสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

7.1.3 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) กล่าวว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วม อาจแบ่งได้โดย

1) การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือ การช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามผล และการประเมินผล

2) อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือเป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้แสดงถึงอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชนเป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมบางส่วน เพราะหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจในทางที่ควรเป็น คือการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับประชาชน

องค์การอนามัยโลก(WHO) (World Health Organization, 1970) กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 3 ลักษณะ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการเป็นผู้สนับสนุนทรัพยากร (Participation as contribution) ไม่ว่าจะเป็นสนับสนุนทางด้านแรงงาน เงินทุน หรือวัสดุ

2) การมีส่วนร่วมในการจัดองค์การ (Participation as organization) เช่น การจัดให้มีโครงสร้างที่สนับสนุนการมีส่วนร่วม

3) การมีส่วนร่วมในฐานะเป็นการคืนอำนาจให้ประชาชน (Participation as empowerment)

White (1994) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine participation) โดยการมีส่วนร่วมที่แท้จริงเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การร่วมเป็นพันธมิตร การส่งตัวแทนเข้าไปใช้สิทธิในการตัดสินใจ และการควบคุมการตัดสินใจโดยพลเมือง

2) การมีส่วนร่วมแบบเทียม (Pseudo-participation) การมีส่วนร่วมเทียมเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการแบบเบ็ดเสร็จโดยตรง การบำบัดรักษา การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร และการร่วมให้คำปรึกษา

สรุป ลักษณะของการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งได้หลายลักษณะซึ่งผลที่เกี่ยวข้องต่างมีวัตถุประสงค์เพื่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคม เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือสังคมให้เกิดความสำเร็จตามความต้องการ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นลักษณะใดในการเลือกนำไปใช้ดำเนินการมีส่วนร่วม แต่ละลักษณะต่างมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชนในชุมชนที่มีส่วนร่วม ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและสถานการณ์ของแต่ละชุมชนที่จะเลือก

7.1.4 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิพื้นฐานอันชอบธรรมของคนทุกคนที่ต้องเคารพให้การยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา
- 2) งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นจะต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้มีสิทธิมีเสียงในการแสดงออก
- 3) กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมายังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาส และยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับปรุงกลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น
- 4) ประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่ามิโครงการจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบของการรวมกลุ่มและจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะเดียวกันก็มีตัวอย่างของโครงการที่ล้มเหลวจำนวนมาก อันเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
- 5) การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของกลุ่ม (Group action) อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขา และในขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วย การมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น
- 6) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใดยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น

7) ประชาชนย่อมรู้ว่าตนเองนั้นต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากจะแก้ปัญหายังไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา ย่อมช่วยให้โครงการต่าง ๆ สอดคล้องความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า

8) การมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้การปฏิบัติการทางสังคม (Social action) เป็นไปอย่างสงบสันติ ก่อให้เกิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่มีระเบียบเป็นระบบ และเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย

9) เป็นนโยบายของรัฐในปัจจุบันที่ให้ทุกโครงการที่ลงสู่ชนบทต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามปรัชญาของการพัฒนา

ณรงค์ ฌ เชียงใหม่ (2545) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสำคัญ คือ

1) ประชาชนยอมรับในโครงการนั้น และเป็นโครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

2) ประชาชนมีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของมากขึ้น

3) ลดความขัดแย้ง การดำเนินโครงการจะราบรื่น ได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น

4) โครงการจะให้ประโยชน์แก่ชุมชนมากขึ้น และระดมทรัพยากรในการพัฒนา

5) ช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชน

สรุป การมีส่วนร่วมมีความสำคัญและมีประโยชน์มากต่อการพัฒนาชุมชนหรือสังคม ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ ความสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้บุคคล หรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมขององค์การหรือหน่วยงานนั้นๆ เพราะประชาชนที่อยู่ในชุมชนย่อมรู้ว่าตนเองนั้นต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากจะแก้ปัญหายังไร ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมาย เกิดความประหยัดทรัพยากร ประหยัดเวลา และเกิดความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการด้วย ทำให้เกิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างสงบสันติ มีระเบียบเป็นระบบ และเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด แสดงให้เห็นถึงการได้รับผลประโยชน์ของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นการพัฒนาชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืนตลอดไป

ดังนั้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมและสนใจนำแนวคิดการมีส่วนร่วมตามที่ได้ศึกษามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีอาการปวดหลัง ได้เข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ กำหนดความต้องการ และทิศทางการแก้ไขปัญหา เพื่อร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง เพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ที่มีอาการปวดหลัง อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดอาการปวดหลัง อันเป็นเป้าหมายในการพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต

7.1.5 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อการวางแผน (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543)

7.1.5.1 สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงพร้อมที่จะจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง

7.1.5.2 สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้หลากหลายครอบคลุม

7.1.5.3 สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องแม่นยำแล้วนำมาวางแผนแก้ปัญหา นั้น ๆ

7.1.5.4 สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยความร่วมมือของงานในองค์กร หรือในชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.1.5.5 สามารถติดตามประเมินผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

สรุปได้ว่า การให้บุคคลหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ จะมีประโยชน์ต่อการวางแผนให้เกิดประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างครอบคลุม สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ เมื่อมีการดำเนินงานหรือกิจกรรมตามแผนงานโครงการ ทุกฝ่ายจะเห็นความสำคัญของปัญหาและเต็มใจร่วมกันแก้ไขปัญหา ช่วยให้เกิดการประหยัดทรัพยากร ประหยัดเวลาและเกิดความพึงพอใจทั้งต่อผู้ให้ และผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมและสนใจนำแนวคิดการมีส่วนร่วมตามที่ได้ศึกษามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ที่มีอาการปวดหลังในชุมชน ทำให้สามารถลดอาการปวดหลังได้สำเร็จด้วยตนเอง อันเป็นเป้าหมายในการพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต

7.1.6 รูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไปสามารถสรุปได้เป็น 5 รูปแบบ (สุคนธ์ เกรื่อน้ำคำ และคณะ, 2545) คือ

7.1.6.1 การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึง รายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้ง ข่าวสารดังกล่าวจะต้องแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

7.1.6.2 การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการ โครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อที่จะรับฟังความคิดเห็น และตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมหรือประกอบการจัดทำรายงานการศึกษา ผลกระทบสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การปรึกษาหารือยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการกระจายข้อมูล ข่าวสารไปยังประชาชนทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและ กิจกรรมมากขึ้น และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกในการตัดสินใจ

7.1.6.3 การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ประชาชน และฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการ หรือกิจกรรมนั้น ได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลที่จะดำเนิน โครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้นหรือไม่ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายรูปแบบ รูปแบบที่พบเห็น กันบ่อย ได้แก่

1) การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุม ลักษณะนี้จะต้องจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าหน้าที่ของโครงการหรือ กิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วมเพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการ และผลกระทบ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และตอบข้อซักถาม การประชุมในระดับนี้อาจจะจัดในระดับที่กว้างขึ้นเพื่อรวม หลาย ๆ ชุมชนในคราวเดียวกันในกรณีที่หลายชุมชนได้รับผลกระทบ

2) การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการจำเป็นต้องมีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิง วิชาการ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายซักถาม และให้ความเห็นต่อ โครงการ การประชุมอาจจัดในที่สาธารณะทั่วไป ผลการประชุมจะต้องนำเสนอต่อสาธารณะ และ ผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3) การประชาพิจารณา (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอน การดำเนินการที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของ โครงการ และฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ การประชุมและคณะกรรมการจัดการประชุม จะต้องมียกย่องประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์ และมีประเด็นในการพิจารณาที่ ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกันซึ่งอาจมาจากการร่วมกันกำหนดขึ้น ทั้งนี้รูปแบบการประชุม

ไม่ควรจะเป็นทางมากนัก และไม่เกี่ยวข้องกับนัยของกฎหมายที่จะต้องมีการชี้ขาดเหมือนการตัดสินใจในทางกฎหมาย การจัดประชุมจึงอาจจัดให้มีหลายวัน และไม่จำเป็นว่าจะต้องจัดเพียงครั้งเดียวหรือสถานที่เดียวตลอดไป

7.1.6.4 การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งในทางปฏิบัติที่จะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ไม่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ อาจดำเนินการให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบเลือกตัวแทนของตนเข้าไปนั่งในคณะกรรมการใดคณะหนึ่งที่มีอำนาจตัดสินใจ รวมทั้งได้รับเลือกในฐานะที่เป็นตัวแทนขององค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทชี้นำในการตัดสินใจเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการพิเศษนั้น ๆ ว่าจะมีการวางน้ำหนักของประชาชนไว้เพียงใด

7.1.6.5 การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงของการป้องกันแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้อง และป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม และเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองคิดว่าจะได้รับ โดยในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้หลักการเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการรับรู้ข่าวสาร
- 2) ด้านการพิจารณาการปฏิบัติราชการทางการปกครอง
- 3) ด้านการกำหนดนโยบาย
- 4) ด้านการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 5) ด้านการคัดเลือกผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 6) ด้านการตรวจสอบและการปฏิบัติงาน
- 7) ด้านการออกกฎหมาย ซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธิของตนตาม

รัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจก และในรูปแบบขององค์กรตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามการใช้กลไกทางกฎหมายนี้จะทำให้เกิดความยืดหยุ่นต่อการดำเนินโครงการหรือการยุติโครงการรวมทั้งมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

สรุป รูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้นสามารถจัดได้หลายรูปแบบด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ลักษณะทางสังคมทั่วไปของแต่ละชุมชนที่ต้องการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วม รวมถึงวัตถุประสงค์ของผู้ดำเนินการ ซึ่งอาจเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนจากระดับต่ำไปจนถึงระดับสูง ตั้งแต่การรับรู้ข่าวสารไปจนถึงการใช้กลไกทางกฎหมาย กล่าวคือ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ดำเนินการว่าต้องการให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจมากน้อยเพียงไรตามลักษณะทางสังคมของชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง บางโครงการอาจสามารถดำเนินการเพียงรูปแบบเดียวก็สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ แต่สำหรับโครงการที่มีความซับซ้อนของโครงสร้างปัญหาควรดำเนินการในลักษณะบูรณาการหลาย ๆ รูปแบบเข้าไว้ด้วยกันเพื่อความสำเร็จของโครงการ สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมรูปแบบเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) รูปแบบการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) และการประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) นำมาใช้ในระยะเตรียมการและการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
- 2) ระยะดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอนการสนทนากลุ่มหรืออภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสังเกต (Observation) เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ใช้รูปแบบการรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) รับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) และการร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) โดยไม่นำรูปแบบการใช้กลไกทางกฎหมายประกอบในการวิจัยครั้งนี้

7.1.7 ระดับของการมีส่วนร่วม

การพัฒนาชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีผู้ให้แนวคิดที่แตกต่างกันไป โดยสามารถจัดระดับของการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

Cohen and Uphoff (1986) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากที่สุด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการ และจัดเรียงความสำคัญ ต่อจากนั้นเลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการตามแผนและการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
- 2) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้นจะได้อาจมาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารและประสานงานขอความช่วยเหลือ ฯลฯ
- 3) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้อง

พิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลในสังคมด้วย

4) ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) สิ่งที่สำคัญที่ต้องสังเกต คือ ความเห็น (View) ความชอบ (Preferences) ความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

เฉลิมพล ดันสกุล(2541) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 8 ระดับ คือ

- 1) ไม่มีการมีส่วนร่วม (No participation)
- 2) มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล (Information)
- 3) มีส่วนร่วมในการร่วมปรึกษาหารือ (Consultation)
- 4) มีส่วนร่วมในการสร้างประชาคมติ (Consensus building)
- 5) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making)
- 6) มีส่วนร่วมในระดับการร่วมรับความเสี่ยง (Risk sharing)
- 7) มีส่วนร่วมในระดับการเป็นหุ้นส่วน (Partnership)
- 8) มีส่วนร่วมถึงระดับการจัดการได้ด้วยตนเอง (Self management)

Rifkin (1988) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมไว้ 5 ระดับ คือ

1) การมีส่วนร่วมในระดับที่ต่ำ (Participate in the benefit of programs) คือมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ แต่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นการร่วมมือแบบ passive

2) การมีส่วนร่วมในด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินงาน (Participate in program activities) เป็นการร่วมมือแบบ active เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงขึ้นจากระดับแรก

3) การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม (Participate in implementing programs) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้น แต่ยังไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์โครงการ

4) การมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (Participate in monitoring and evaluating programs) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้น

5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรม (Participate in planning programs) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับนี้ได้จะเกิดการพัฒนายั้งยืนเพราะชุมชนสามารถดำเนินการได้เองครบวงจร โดยที่บุคลากรของรัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนเท่านั้น

อกิน รพีพัฒน์ และคณะ (2541) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ภาคสนามในประเทศไทยว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมีอยู่ 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุด้วยตนเองได้ ขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถแก้ปัญหา และค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วยตนเองได้ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์เพราะจะขาดความเข้าใจ และจะมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ ชาวบ้านเป็นผู้อยู่กับปัญหา และรู้จักปัญหาของตนเองดีที่สุดแต่อาจมองไม่เห็นปัญหาที่เด่นชัด เจ้าหน้าที่หรือพนักงาน จึงเสมือนกระจกเงาผู้คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็น และวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เป็นขั้นตอนที่ขาดไม่ได้ หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการผลงานการพัฒนาให้เสร็จสิ้นโดยฉับไวก็จะดำเนินการวางแผนด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาพัฒนาประสิทธิภาพของตนเอง และสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองได้ในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุน และการปฏิบัติงานชุมชน มีทรัพยากรที่สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้ เพราะจากประสิทธิภาพของการทำงานในชุมชน อย่างน้อยมีแรงงานของคนเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้ และในหลาย ๆ แห่งก็สามารถจะร่วมลงทุนในกิจกรรมหลาย ๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดค้นทุนให้กับตนเองในการดำเนินงานและกิจกรรม และระมัดระวังรักษากิจกรรมที่สร้างขึ้นเพราะจะมีความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของ ซึ่งต่างจากสภาพที่ลงทุนและปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอก ถึงจะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนัก และการบำรุงรักษาก็จะไม่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าเป็นไม่ใช่ของชุมชน นอกจากนั้น การร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเองทำให้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถดำเนินกิจกรรมชนิดนั้น ด้วยตนเองต่อไปด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่งอีกเหมือนกัน เพราะหากการติดตามและประเมินผลขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่เป็นการดำเนินการของบุคคลภายนอก ชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าการที่ตนนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ ถึงแม้ว่าอาจมีผู้โต้แย้งว่าการประเมินผลที่เที่ยงธรรมที่สุดน่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าหากคิดถึงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรมอาจจะไร้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นการประเมินผลแล้วยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการของการประเมินผล และเป็นการเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่น ๆ

โดยสรุป เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จในการดำเนินโครงการต่าง ๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนเป็นสิ่งที่ต้องสร้างให้เกิด แต่สิ่งที่สำคัญคือ จะสร้างอย่างไรแล้วให้จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับทราบและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสูงที่สุด จะสร้างอย่างไรแล้ว

ให้ชุมชนเกิดความรู้สึกรถึงการเป็นเจ้าของในการดำเนินงานที่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง จากแนวคิดของคนทุกคน แนวทางที่เหมาะสมคือ การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการประเมินผล โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกำหนดปัญหาและความต้องการด้วยตนเอง โดยเฉพาะในขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดขั้นตอนการมีส่วนร่วมตามที่ได้ศึกษามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีอาการปวดหลัง ได้เข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ กำหนดความต้องการ และทิศทางการแก้ไขปัญหามาเพื่อร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันเพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ตัวผู้ที่มีอาการปวดหลัง อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องยั่งยืน และก่อให้เกิดความสำเร็จอันเป็นเป้าหมายที่จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต

7.1.8 กลยุทธ์การทำให้ชุมชนมีส่วนร่วม (วันดี โกละกุล และ อุบลพรรณ จุฑาสมิต, 2545)

7.1.8.1 โครงการหรือการพัฒนาที่มีจุดเริ่มต้นจากการคิดริเริ่มของชุมชนเองจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมาก แต่ถ้าโครงการที่มีที่มาหรือจุดเริ่มต้นจากภายนอกชุมชนระดับการมีส่วนร่วมจะน้อยลง ดังนั้นจะต้องพยายามกระตุ้น หรือสนับสนุนให้ชุมชนมีความคิดริเริ่มในการพัฒนาชุมชนของตนเอง

7.1.8.2 การพัฒนาจะต้องเป็นลักษณะองค์รวม เป็นสหวิชาชีพ มีการผสมผสานและบูรณาการ เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อทุกส่วนที่เกี่ยวข้องและพลังให้แก่ชุมชน ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมาก ไม่ควรมุ่งเน้นในการพัฒนาหรือดำเนินการโครงการแบบแยกส่วน แยกสาขาหรือแยกกลุ่ม เพราะจะเกี่ยวข้องกับคนเพียงบางส่วน และไม่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และระดับการมีส่วนร่วมจะน้อย

7.1.8.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ รวมถึงผู้สูงอายุ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในและนอกระบบการศึกษา เมื่อสามารถทำให้ชุมชนเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ได้ (learning community) การมีส่วนร่วมของชุมชนจะมากขึ้น

7.1.8.4 ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีการทำภาพของชุมชนที่พึงปรารถนาเพื่อกำหนดให้เป็นเป้าหมาย และวิสัยทัศน์ร่วมกันของชุมชน เมื่อมีโครงการหรือการพัฒนาที่จะทำให้ชุมชนเคลื่อนเข้าสู่ภาพของชุมชนที่ปรารถนาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนจะมาก

7.1.8.5 โครงการ กิจกรรมหรือการพัฒนาใด ๆ ที่มีการสอดคล้องกลมกลืน และเข้ากันได้กับ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชน นั้น ๆ ระดับการมีส่วนร่วมจะมาก ในทางกันข้าม โครงการ กิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นระดับการมีส่วนร่วมจะน้อย

สรุปได้ว่า แนวทางในการพัฒนาที่จะบรรลุผลสำเร็จได้นั้นจะต้องเริ่มต้นจากความคิดริเริ่มที่จะแก้ไขปัญหาของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเองเป็นสำคัญ โดยทุกคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนควรได้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา ร่วมกันสร้างภาพของชุมชนที่พึงปรารถนาเพื่อกำหนดให้เป็นเป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วมกันในการพัฒนาแล้วดำเนินการพัฒนาในลักษณะองค์รวมและมีความสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนนั้น ๆ โดยไม่แยกส่วน แยกสาขาหรือแยกกลุ่มงานรวมทั้งมีการผสมผสาน และบูรณาการให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมากที่สุด เพื่อให้ทุกคนเกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในเรื่องที่กำลังดำเนินการอยู่ร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนที่ทุกคนมีส่วนร่วม ดำเนินการอย่างแท้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำ กลยุทธ์การทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้สร้างภาพของการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองที่พึงปรารถนาเพื่อให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพตนเองมากที่สุดเท่าที่แต่ละคนจะทำได้

7.1.9 ข้อจำกัดของการมีส่วนร่วมของประชาชน (วันดี โกละกุล และ อุบลพรรณ จูหาสมิต, 2545)

7.1.9.1 ประชาชนส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการยอมรับการปฏิบัติตามข้าราชการ เพราะข้าราชการมักเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าประชาชน และเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องนั้น ๆ ประชาชนส่วนหนึ่งคุ้นเคยกับการได้รับความช่วยเหลือจากทางข้าราชการ ถึงแม้ว่าในบางครั้งความช่วยเหลือนั้นจะไม่ตรงกับความต้องการของประชาชน หรือไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เหมาะสมก็ตาม และที่สำคัญประชาชนส่วนใหญ่พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับข้าราชการ โดยเฉพาะข้าราชการที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ทั้งหมดนี้เป็นการลดการมีส่วนร่วมของประชาชนทำให้ประชาชนเป็นเพียงผู้ปฏิบัติ ขาดความคิดริเริ่ม

7.1.9.2 การมีส่วนร่วมของประชาชนมักจะเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมเพียงแค่ว่าบางส่วนในโครงการเท่านั้น ประชาชนไม่มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนแบบครบวงจร โดยเฉพาะขั้นตอนในการกำหนดนโยบาย การร่วมในการตัดสินใจในประเด็นที่สำคัญ การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการจัดสรรทรัพยากรของโครงการ หรือการพัฒนา ซึ่งส่วนใหญ่มักจะ

ดำเนินการมาแล้วจากราชการ โดยเฉพาะส่วนกลาง แนวทางในการแก้ไขปัจจุบันได้มีการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการกำหนดให้ต้องมีการทำประชาพิจารณ์ในเรื่องที่จะมีผลกระทบกับประชาชนในพื้นที่ มีระบบการตรวจสอบทั้งจากภาครัฐ เอกชนและประชาชน

7.1.9.3 ภาคประชาชนขาดพลังเมื่อเทียบกับภาครัฐและภาคเอกชน ภาคประชาชนขาดการรวมตัว การจัดตั้งองค์กรยังคงมีปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก ทั้งในเรื่องผู้นำ เงินทุน องค์ความรู้ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน แนวทางแก้ไขต้องให้การสนับสนุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาชน โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร งบประมาณและการสร้างเครือข่าย

สรุปได้ว่า ข้อจำกัดของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ประชาชนส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการยอมรับการปฏิบัติตามข้าราชการ ไม่มีโอกาสได้เข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนแบบครบวงจร โดยเฉพาะขั้นตอนในการกำหนดนโยบาย รวมถึงภาคประชาชนยังขาดพลังเมื่อเทียบกับภาครัฐและภาคเอกชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมนั้น สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในกระบวนการพัฒนา คือ ต้องสร้างให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับชุมชน โครงการพัฒนาต้องมาจากปัญหาและความต้องการที่พบจริงในชุมชน สร้างหรือกระตุ้นให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในการแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รวมทั้งงานภาครัฐควรปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้กำหนดมาเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนแทน ทั้งนี้ เนื่องจากการจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นเป็นเรื่องยากลำบาก แต่ถ้าทำได้แล้วผลที่ได้มาจะประเมินค่าไม่ได้และจะมีผลสืบเนื่องต่อกันไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยไม่ต้องพึ่งนักพัฒนาหรือนักจัดการภายนอกเลยนั่นเอง

7.1.10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม (พรทิพย์ คำพอ และคณะ, 2544)

สาระสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นอยู่ที่การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การริเริ่ม การวางแผน การตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบ ตลอดจนการร่วมประเมินผล ซึ่งเป็นมิติที่นำไปสู่การเป็นเจ้าของ ความภาคภูมิใจร่วมกันซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในทุก ๆ ด้าน สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าวมีผู้ได้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

7.1.10.1 ความสำเร็จของการพัฒนาแบบระดมความร่วมมือ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1) การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่เริ่มว่ามีปัญหา สาเหตุ การแก้ไขปัญหา ด้านการคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยใช้ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2) การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะความสามารถด้านประชาชน และคุณภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ไขปัญหาเดือดร้อน สนองผลประโยชน์ได้ถูกต้องตามเวลาและสถานที่ การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัยดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนตามความต้องการอันจำเป็นของประชาชน

3) สำหรับปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัยคือ

- (1) ปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล
- (2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
- (3) ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น
- (4) รางวัลตอบแทน คือ ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาโดยหวังประโยชน์ตอบแทน

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของโครงการ ตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา การเลือกแนวทางแก้ไข/การวางแผนแนวทางแก้ไข การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหา อย่างยิ่ง โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตนเองเผชิญอยู่ การมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยรู้ปัญหาสุขภาพของตนเอง เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการพัฒนาร่วมกับการผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะความสามารถด้านประชาชน และคุณภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ไขปัญหา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้กับเทคนิคกระบวนการ AIC ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีการพัฒนาสุขภาพตนเองมากที่สุดเท่าที่แต่ละคนจะทำได้

7.2 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC)

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 อสม. และเจ้าหน้าที่แผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน(PCU) ของโรงพยาบาลโนนสะอาด ผู้รับผิดชอบพื้นที่บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาที่จะทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังในชุมชนสามารถบรรลุความสำเร็จได้ และมีความยั่งยืน ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) หรือเทคนิคกระบวนการ AIC มาเป็นแนวทางในประชุมอภิปรายกลุ่มแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนา ดังนี้

7.2.1 ความหมายของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

มีผู้รู้หลายท่านให้ความหมายของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือเทคนิคกระบวนการ AIC ในมุมมองต่าง ๆ กัน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) ให้ความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์หาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนา มีการตัดสินใจร่วมกันเกิดพลังของการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน

พิรสิทธิ์ คำวนศิลป์ และ ศุภวัฒนากร วงศ์ธนาสุ (2544) ให้ความหมายของกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique : AIC) ว่าเป็นกระบวนการที่มีวิวัฒนาการมาจากกระบวนการกลุ่ม แบบโนมินอล (Nominal Group Technique) และแบบเดลไฟ (Delphi) โดยเทคนิคกระบวนการ AIC ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองกระบวนการใหม่ในการทำงานทางด้านการพัฒนา (New Development Paradigm) โดยมองว่าการพัฒนาสังคมเป็นเรื่องยุ่งยาก และซับซ้อน ไม่ตรงไปตรงมาเหมือนการพัฒนาทางด้านวัตถุ กระบวนการ AIC จะดึงบุคคลที่หลากหลาย และจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวม โดยไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน และเน้นการคิดในเชิงบวกเป็นสำคัญ

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) ให้สรุปความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านทั้งชายและหญิง ให้ร่วมพัฒนาหมู่บ้านและจะให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบน

พื้นฐานของความเท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลาง โดยที่คนผู้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งหมดในชุมชนมาคิดและทำงานร่วมกัน ในรูปของการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดในการวางแผนเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน เป็นการสร้างแนวทางการพัฒนาโดยตัวประชาชน

มานพ คณะโต (2550) ให้ความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นวิธีการบริหารจัดการงานที่สลับซับซ้อน โดยคำนึงถึงมิติทางสังคมและการบริหารจัดการ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า การพัฒนาจะไม่สำเร็จโดยผู้เชี่ยวชาญไปดูปัญหาและบอกวิธีแก้ปัญหา แต่ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีปฏิสัมพันธ์จากการกระทำ และประสานสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น (2553) ให้ความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ที่การระดมสมองทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา/ขีดจำกัด ความต้องการ/และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ งานที่ได้จากการประชุมจึงมาจากความคิดของทุกคน

ซึ่งความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC นั้น สกว. ให้ความหมายตามตัวอักษร ดังนี้

Appreciation (A) หมายถึง การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ความคิดเห็นความรู้สึกร่วมกันของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มด้วยความเข้าใจในประสบการณ์ สภาพ และขีดจำกัดของเพื่อนสมาชิกแต่ละคน จึงไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ทุกคนในกลุ่มมีโอกาที่จะให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึก และการแสดงออกตามที่เป็นจริง เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดีมีเมตตาต่อกัน เกิดพลังร่วมกันและความรู้สึกเป็นเครือข่ายเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

Influence (I) หมายถึง การใช้ประสบการณ์ /ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการ / ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์/อุดมการณ์ ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการถกเถียงด้วยเหตุผลทั้งในประเด็นที่เห็นด้วยและขัดแย้งจนได้วิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกัน

Control (C) หมายถึง การนำยุทธศาสตร์/วิธีสำคัญ มากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะเลือกว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธสัญญาข้อผูกพัน (Commitment) แก่ตนเองเพื่อควบคุมตน (Control) ให้ปฏิบัติจนบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

โดยสรุป เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique : AIC) เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการทำงานทางด้านการพัฒนา โดยมีการเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการที่คึงบุคคล กลุ่มบุคคล หรือประชาชน ที่หลากหลายและมาจากทุก

ฝ่ายที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อเปิดโอกาสให้ได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมอง ในเชิงสร้างสรรค์ บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหา ได้ร่วมกัน วิเคราะห์ทางเลือก เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาจนเกิดเป็นแผนการ / โครงการ ซึ่งทุกฝ่ายที่เข้าร่วมการ ประชุมต่างร่วมกันคิดและตัดสินใจ ผลจากระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจะเป็นการส่งเสริม ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ อันจะเป็นการทำงานร่วมกันในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีตามที่ตั้งไว้และเกิดการพัฒนาชุมชนโดยตัวประชาชนผู้เข้า มามีส่วนร่วมที่ยั่งยืนต่อไป

7.2.2 ความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) ได้สรุปความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC จากประสบการณ์ในการนำเอาเทคนิคกระบวนการ AIC ไปใช้ในการพัฒนา ดังนี้

- 1) เทคนิคกระบวนการ AIC ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่างๆทั้งใน และ นอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น
- 2) เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนด แนวทางการพัฒนาและการจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการเสริมสร้างความ เข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์
- 3) ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นทั้งเจ้าของกิจกรรมโครงการ ผล ของการพัฒนาและความเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดควมมีพลังรู้ถึงศักยภาพในการ พึ่งตนเอง
- 4) องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน เรียนรู้ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาอย่าง ประสานสอดคล้อง

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) ได้สรุปความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC ใน ด้านการวางแผน ว่าเป็นเทคนิคที่มีความสำคัญ ดังนี้

- 1) เป็นวิธีการระดมความคิดในการวางแผน โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ได้มาร่วมคิดหารือและร่วมพลังในเชิงสร้างสรรค์ เป็นการสร้างความ เข้าใจระหว่างกลุ่มคนในสังคม
- 2) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลสามารถร่วมกันคิดหากลยุทธ์เพื่อ ใช้แก้ไขปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน โดยเฉพาะปัญหาทางสังคม
- 3) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติมีความชัดเจน ผู้ปฏิบัติมี ความเข้าใจการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ มีความเป็นเจ้าของ และมีความรับผิดชอบ

4) เป็นเทคนิคในการระดมพลังงานสร้างสรรค์ที่เน้นการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ จึงถือว่าเป็นการวางแผนการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเอาชนะปัญหาอุปสรรคในเชิงรุก

5) เป็นเทคนิคที่เน้นการรวมความคิด การวิเคราะห์ และการยอมรับซึ่งกันและกัน อย่างเป็นประชาธิปไตย

มานพ คณะโต (2550) กล่าวถึงความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าต้องประกอบด้วยกระบวนการรวมกระแสพลัง 3 ชนิด โดยแต่ละชนิดของกระแสพลังต่างมีความสำคัญ ดังนี้

1) ขั้น A (Appreciate) เป็นกระแสพลังแห่งการเรียนรู้ชื่นชม กล่าวคือ ต้องมีการเปิดใจให้กว้างโดยไม่ถือคติปิดกัน รวมทั้งการยอมรับรู้ รับฟัง ทศนคติ ความคิด และความเชื่อที่แตกต่างไปจากตน ไม่แสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์

2) ขั้น I (Influence) เป็นกระแสพลังแห่งการชักจูงโน้มน้าวจิตใจเพื่อให้ผู้อื่นคล้อยตามในสิ่งที่ตนเสนอ

3) ขั้น C (Control) เป็นกระแสพลังแห่งการตัดสินใจ คือ มีการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการสำคัญ หรือยุทธศาสตร์ที่จะทำให้บรรลุอุดมการณ์ของกลุ่ม

โดยสรุป ความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคล กลุ่มบุคคล หรือประชาชน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมกันหากลยุทธ์เพื่อใช้แก้ไขปัญหายากซับซ้อน ได้ร่วมกันพัฒนาชุมชน เป็นการรวมพลังที่ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้ทุกคนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมโครงการที่ทำร่วมกัน ช่วยสร้างความเข้าใจกันระหว่างกลุ่มคนในสังคม เพื่อให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการและเป็นการช่วยเสริมสร้างพลังชุมชนในการพัฒนาที่ยั่งยืน

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นเทคนิคที่สามารถรวมความคิดในเชิงสร้างสรรค์และทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันได้ เป็นการนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดของเทคนิคกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อประโยชน์แก่ผู้ที่มีอาการปวดหลังในชุมชน ให้สามารถพึ่งพาตนเองทางด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างได้ผลและมีความยั่งยืน

7.2.3 ขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิคกระบวนการ AIC

ผู้รู้หลายท่านได้เสนอแนวคิดของขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิคกระบวนการ AIC ในลักษณะต่าง ๆ กัน ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) อธิบายถึงขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิค กระบวนการ AIC ว่ามีขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจ (Appreciation : A) ในสภาพของ หมู่บ้าน เป็นขั้นตอนที่สร้างการรับรู้ การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อเท็จจริงจากมุมมอง ความคิดเห็นและประสบการณ์ของบุคคลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุม วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ เน้น การสร้างการยอมรับและความเข้าใจ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น และรับ ฟังความคิดเห็นพร้อมทั้งหาข้อสรุปที่ทุกคนเข้าใจ และยอมรับร่วมกันอย่างประชาธิปไตย หัวใจ ของการเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเสรี จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ สถานการณ์มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับทัศนคติ และเจตคติ (Paradigm Shift) และจุดเด่นของ ขั้นตอน อยู่ที่การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกโดย ไม่มีการวิพากษ์ หรือการต่อต้าน สำหรับการประชุมในขั้น Appreciation แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

A-1: การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน

A-2: การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ของหมู่บ้าน เป็นภาพอันพึง ประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร โดยการวาดภาพมีความสำคัญ คือ

(1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้าง จินตนาการ คิดวิเคราะห์ จนสรุปมาเป็นภาพและช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการเขียนสามารถสื่อความหมาย ได้

(2) ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเอง วาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่น ๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาส ให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูดให้มีโอกาสพูดนำเสนอ

(3) การรวมภาพของแต่ละบุคคลเพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่ม จะช่วย ให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วมประชุม และสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และมีส่วนร่วมในการสร้างภาพประสงค์ของกลุ่ม

(4) ช่วยสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุขและเป็นกันเอง

ในบางครั้งผู้เข้าร่วมการประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากรกระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและแนะนำเกมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการวางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่ม หรือการวาดภาพ เพื่อการแนะนำตนเอง หรือวาดภาพในสิ่ง ที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาเป็นการอุ่นเครื่อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) เป็นขั้นตอนที่สมาชิก ได้มีโอกาสคิดแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน โดยสมาชิกทุกคนร่วมกันคิดหาวิธีการหรือโครงการ/

กิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายตามทั้งไว้ในช่วง (A-2) ในการกำหนดโครงการ/กิจกรรม ของผู้เข้าร่วมระดมความคิดทั้งหมดจะต้องช่วยกันคิดวิเคราะห์ร่วมกันว่าโครงการ/กิจกรรมใดบ้าง ที่มีความสำคัญเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด และที่สำคัญต้องเป็นโครงการ/กิจกรรมที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนด้วย การแบ่งประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

I-1: การคิดกิจกรรม/โครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพผังประสงค์

I-2: การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม/โครงการโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) โครงการ/กิจกรรมที่หมู่บ้านหรือชุมชนทำได้เอง

(2) โครงการ/กิจกรรม ที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุน

(3) โครงการ/กิจกรรมที่หมู่บ้านหรือชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือในการดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งจากภาครัฐหรือเอกชน

3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) เป็นการนำเอาแนวคิดในการพัฒนามาวางแผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมตกลงและยอมรับมากำหนด เป็นแผนปฏิบัติอย่างละเอียดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการ/กิจกรรม ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

C-1: การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ

C-2: การตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงาน จัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้อาณัติและความรับผิดชอบและเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน

2) กิจกรรมโครงการของชุมชนหรือองค์กรชุมชน ที่เสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานสนับสนุน

3) รายชื่อกิจกรรมโครงการ ที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากรและประสานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

เจลิยว บุรีภักดี และคณะ (2545) อธิบายถึงขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิคกระบวนการ AIC เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการประชุมหมู่บ้าน ว่าประกอบด้วยขั้นตอนและกระบวนการที่สำคัญ ดังนี้

1) ขั้นตอน A-1: หมู่บ้านของเราในอดีต กิจกรรมคือ ให้ผู้อาวุโสเล่าถึงภาพในอดีตของหมู่บ้าน เช่น “แต่ก่อนหมู่บ้านของเรามีสภาพเป็นอย่างไร” โดยอาจช่วยกันลำดับตั้งแต่อดีตด้วยการช่วยกันเล่า รวมไปถึงการเล่าถึงการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านตามแผนที่ทำไว้ในปีก่อน ๆ

2) ขั้นตอน A-2: หมู่บ้านของเราในปัจจุบัน กิจกรรมคือ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนคิดถึงหมู่บ้านในปัจจุบันและวาดภาพลงบนกระดาษขาว “ในปัจจุบันท่านคิดว่าภาพของหมู่บ้านเราเป็นอย่างไร” ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะอธิบายภาพหมู่บ้านในปัจจุบันของตนให้สมาชิกฟังโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ แต่สอบถามรายละเอียดได้ และรวมภาพของทุกคนให้เป็นภาพกลุ่มที่เป็นภาพรวมของหมู่บ้านของเรา

3) ขั้นตอน A-3: ปัญหาของหมู่บ้าน กิจกรรมคือ ให้ที่ประชุมสรุปทุกข์และสุขของหมู่บ้าน เช่น “ท่านคิดว่าท่านมีความภูมิใจอะไรในปัจจุบัน”

4) ขั้นตอน A-4: หมู่บ้านพัฒนาในอนาคต กิจกรรมคือ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมจินตนาการถึงภาพหมู่บ้านที่อยากจะเห็นในอนาคต เช่น “ท่านอยากเห็นหมู่บ้านของเราพัฒนาไปอย่างไร หรือหมู่บ้านที่เราต้องการเป็นอย่างไร” จากนั้นรวมภาพจินตนาการของผู้เข้าร่วมประชุมโดยมีตัวแทนเป็นผู้วาดภาพรวมของทุกกลุ่ม

5) ขั้นตอน I-1: กิจกรรมเพื่อพัฒนา กิจกรรมคือ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนคิดว่า “ถ้าจะไปถึงเป้าหมายของหมู่บ้านในอนาคตจะต้องทำกิจกรรมหรือโครงการอะไรบ้าง” เพื่อคิดค้นทำกิจกรรมการพัฒนาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้โดยเขียนกิจกรรมหรือโครงการพัฒนามบนแผ่นกระดาษเพื่อเสนอให้กลุ่มพิจารณา ต่อจากนั้นเข้ากลุ่มเพื่อเสนอความคิดเห็นที่มีเหตุผลว่ามีความจำเป็นอย่างไรและส่งตัวแทนนำเสนอ

6) ขั้นตอน I-2: จำแนกประเภทกิจกรรมและการจัดลำดับความสำคัญ กิจกรรมคือ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งประเภทกิจกรรมและโครงการของกลุ่ม โดยรวมโครงการที่เหมือนกัน จัดทำรายชื่อบัญชีของโครงการของหมู่บ้านทั้งหมดและช่วยกันคิดว่าโครงการแต่ละโครงการหรือกิจกรรมควรอยู่ในประเภทใด ได้แก่ โครงการที่ชาวบ้านทำเอง โครงการที่เสนอ อบต. และโครงการที่ของบประมาณจากแหล่งเงินอื่น ต่อจากนั้นให้พิจารณาว่าโครงการใดเร่งด่วน โดยให้สมาชิกเลือกกิจกรรมที่สำคัญที่สุด 3 หรือ 5 กิจกรรม ตามแต่จำนวนโครงการในแต่ละประเภทรวมคะแนนของกิจกรรมตามลำดับคะแนนมากที่สุด

7) ขั้นตอน C-1: การแสวงหาผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนนี้เป็นการนำกิจกรรมประเภทที่จะของบประมาณจาก อบต. และจากแหล่งทุนอื่นมาพิจารณา โดยมอบหมายความรับผิดชอบให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเพื่อติดตาม และเสนอแหล่งทุนโดยกำหนดว่ากิจกรรมใดจะเริ่ม

ของงบประมาณและคาดว่าจะดำเนินการได้เมื่อใด มีการเปิดโอกาสให้ทุกคนเลือกกิจกรรมที่ตนสนใจ

8) ขั้นตอน C-2: การวางแผนสำหรับแต่ละกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมคือการจัดทำแผนกิจกรรมโดยตอบคำถามและนำเสนอในหัวข้อ ชื่อกิจกรรม ทำได้จะได้อะไร ทำที่ไหน ทำอย่างไร ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์อะไรบ้าง ทำเมื่อใด ใช้งบประมาณจากที่ไหน และใครบ้างที่จะช่วยทำ

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) อธิบายถึงขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิคกระบวนการ AIC ว่ามีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพของหมู่บ้านและการสร้างภาพหมู่บ้านพัฒนา (Appreciation: A) คือ ขั้นตอนการสร้างการรับรู้ การเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อเท็จจริงจากมุมมอง ความเห็น และประสบการณ์ของบุคคลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุม โดยวัตถุประสงค์หลักของการใช้เทคนิคในขั้นตอนนี้อยู่ที่การสร้างการยอมรับ และความเข้าใจบุคคลต่าง ๆ มีการเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น และรับฟังความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน เป็นประชาธิปไตย และร่วมกันหาข้อสรุปที่ทุกคนเข้าใจและยอมรับร่วมกัน โดยที่หัวใจของการเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วมการประชุมอย่างเสรีจะช่วยให้บุคคลต่าง ๆ มีความเข้าใจสถานการณ์มากขึ้น อันจะทำให้เกิดการปรับทัศนคติและเจตคติ ผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญของขั้นตอนนี้คือการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมในการพัฒนาหมู่บ้าน ให้เป็นหมู่บ้านพึงประสงค์ในอนาคตที่ทุกคนสร้างฝันร่วมกัน (Shared Vision) ขั้นตอนนี้แบ่งการประชุมออกเป็น 2 ส่วน คือ

A-1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้าน

A-2 การสร้างภาพการพัฒนาหมู่บ้านที่พึงปรารถนา

ในขั้นตอนนี้ ขณะดำเนินการประชุมใช้วิธีการวาดภาพเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร แสดงความเห็น และการรวมความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละบุคคล โดยการวาดภาพเป็นวิธีการที่ง่ายและสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับการระดมความคิดเห็นในระดับหมู่บ้าน

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนาหมู่บ้าน (Influence: I) คือ การนำความคิดและพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคนมาช่วยหมู่บ้านหรือชุมชน ให้สามารถกำหนดวิธีการสำคัญหรือโครงการ / กิจกรรมการพัฒนาที่จะช่วยให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมของหมู่บ้านซึ่งหมายถึงภาพของหมู่บ้านที่พึงประสงค์ในอนาคตได้อย่างดีที่สุดเท่าที่เวลาและทรัพยากรจะอำนวย การระดมความคิดในขั้นตอนนี้เป็นการคิดที่ต่อเนื่องจากช่วงของ Appreciation สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

I-1 การคิดค้นวิธีการสำคัญหรือโครงการ / กิจกรรม ในการพัฒนาหมู่บ้าน

I-2 การคัดเลือกจัดระดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ ซึ่ง

สามารถแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

(1) กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเอง

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเองได้บางส่วนและขอความ

ช่วยเหลือจากภายนอก

(3) กิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอจากภาครัฐ

การประชุมระดมความคิดในช่วงนี้จะไม่ใช้การวาดภาพ ในบางกรณีอาจใช้

การเขียนบนกระดานหรือจากแผ่นการ์ด

3) ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) เป็นการนำเอาวิธีการ

สำคัญหรือโครงการที่ได้ตกลงและยอมรับร่วมกันมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการอย่างละเอียดว่า

โครงการหรือกิจกรรมที่ชาวบ้านร่วมกันคิดจะดำเนินการอย่างไร จะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้บรรลุ

เป้าหมาย มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีวิธีการดำเนินงานอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบและใคร

บ้างที่ต้องให้ความร่วมมือ จะต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายเท่าไร มีเป้าหมายอย่างไร ชุมชนจะ

ได้ผลประโยชน์อย่างไรบ้าง ในการประชุมขั้นนี้ ชาวบ้านผู้เข้าร่วมประชุมในฐานะที่เป็นผู้เกี่ยวข้อง

โดยตรงต่อการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจะเป็นผู้ร่วมกำหนดว่าจะดำเนินการอย่างไร ซึ่งเป็นการ

สร้างข้อผูกพันร่วมกัน เพื่อที่กลุ่มผู้ที่ปฏิบัติซึ่งถือว่าเป็นผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนสามารถ

“ควบคุม” (Control) ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่เป็น

วิสัยทัศน์ร่วมของหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

C-1 การตกลงรายละเอียดในแผนการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมการ

พัฒนา

C-2 การจัดกลุ่มการทำงานแบ่งกลุ่มรับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมการ

พัฒนา

เทคนิคและวิธีการในขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการดำเนินงานโครงการที่

นำเสนอไว้หลายโครงการ และต้องมีการคิดในหลายประเด็นเพื่อทบทวนว่าโครงการหรือกิจกรรม

ที่กลุ่มเสนอนั้น ควรมีรายละเอียดการดำเนินงานเป็นอย่างไรบ้าง

มานพ คณะโต (2550) อธิบายถึงขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิค

กระบวนการ AIC ว่าเป็นขั้นตอนที่มีการเตรียมการดำเนินงานเช่นเดียวกับการประเมินชนบทแบบมี

ส่วนร่วม (Participatory Rural Area: PRA) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนกิจกรรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรม

2) ขั้นตอนการวิเคราะห์ภาพรวมของหมู่บ้านจากประสบการณ์ (A-1) ซึ่งประกอบด้วย

(1) การวิเคราะห์พัฒนาการของหมู่บ้านในอดีต และประสบการณ์การร่วมมือพัฒนาหมู่บ้านในปัจจุบัน

(2) การวิเคราะห์ปัญหาของหมู่บ้านในปัจจุบัน

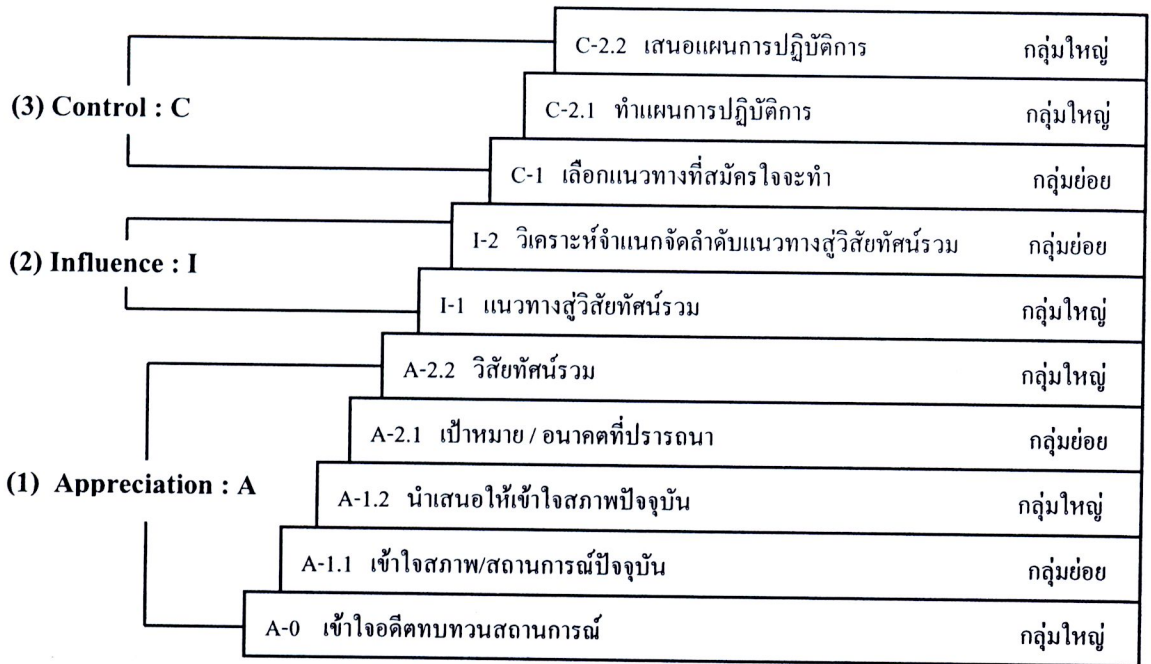
3) ขั้นตอนการสร้างจินตนาการของหมู่บ้านในอนาคต (หมู่บ้านในฝัน) (A-2)

4) ขั้นตอนการระดมความคิดหรือคิดค้นยุทธศาสตร์ (I-1)

5) ขั้นตอนการสร้างการยอมรับและการต่อรอง (I-2)

6) ขั้นตอนการวางแผนเพื่อการปฏิบัติ หรือ แผนชุมชน (C) ขั้นตอนนี้สมาชิกในกลุ่มจะจำแนกกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการระดมความคิดมาเรียงลำดับความสำคัญและหาผู้รับผิดชอบเพื่อจัดทำรายละเอียดของกิจกรรม จากนั้นให้ทุกคนลงนามตามที่สนใจจะทำหรือใช้วิธีแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมที่จะทำเอง กิจกรรมขอหรือร่วมทำกับผู้อื่น และกิจกรรมที่ขอให้ผู้อื่นทำให้ เพื่อให้สมาชิกลงนามตามความสนใจ

สรุปขั้นตอนจัดการประชุมและปฏิบัติการตามเทคนิคกระบวนการ AIC โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (พรทิพย์ คำพอ, 2544) จัดประชุมระยะเวลา 1-2 วัน มีรายละเอียดตามลำดับขั้น ดังนี้

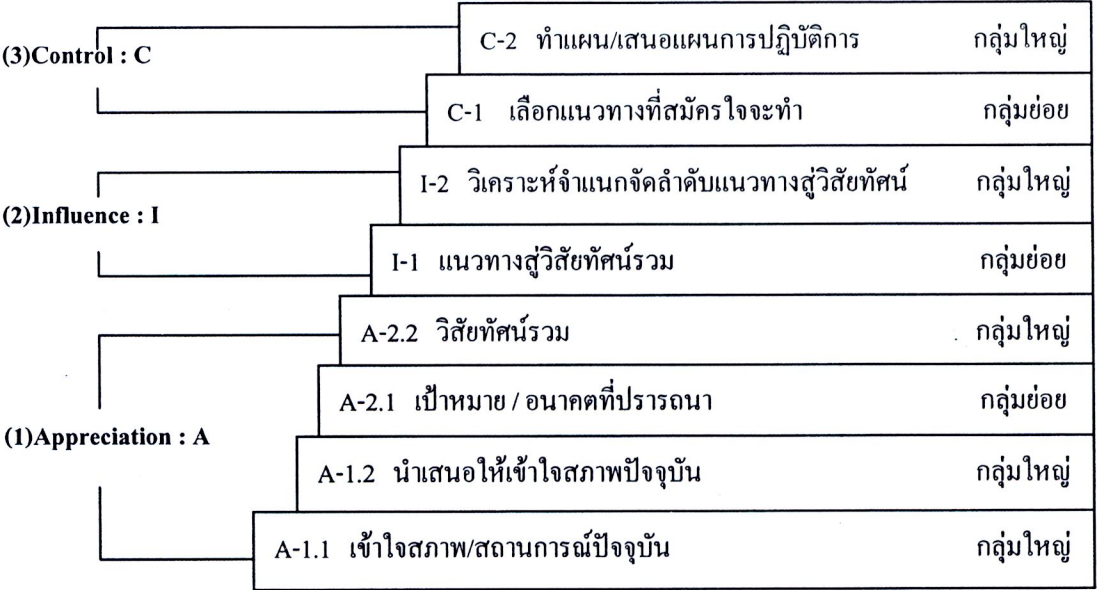


ภาพที่ 2 ลำดับขั้นการจัดประชุมตามเทคนิคกระบวนการ AIC
ที่มา: พรทิพย์ คำพอ (2544)

โดยสรุป ขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วมหรือเทคนิคกระบวนการ AIC เป็นกระบวนการพัฒนาที่เน้นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมในกิจกรรม รวมทั้งผู้ที่มีส่วนได้เสีย ทั้งใน และ นอกชุมชนได้มีเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ และ ประสบการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ช่วยให้เกิดการระดมสมองในทางสร้างสรรค์ มีการศึกษาวิเคราะห์และพัฒนา ทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบของกิจกรรมโครงการ นำมาสู่วิสัยทัศน์รวมจนเกิด เป็นแผนกิจกรรมการดำเนินงานหรือโครงการในที่สุด ซึ่งการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน จะช่วยสร้างการยอมรับ เกิดเป็นความ รับผิดชอบร่วมกันในฐานะสมาชิกของชุมชน สร้างความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและเกิดความรู้สึก ภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนา ชุมชนและท้องถิ่นอย่างแท้จริงและยั่งยืน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์เอาเทคนิคกระบวนการ AIC มาใช้ในการ ประชุมรูปแบบการอภิปรายกลุ่ม และ เป็นแนวทางปฏิบัติในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มี อาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดย

มีการจัดลำดับขั้นตอนใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของกลุ่มเป้าหมายและข้อจำกัดในเรื่องเวลา ทำกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม โดยจัดขั้นตอนกระบวนการทำงานตามเทคนิคกระบวนการ AIC จำนวน 8 ขั้นตอน และใช้เวลาของจัดประชุม จำนวน 1 วัน ตามแนวทางการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยเทคนิคกระบวนการ AIC ที่จัดลำดับขั้นตอนใหม่ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การนำเทคนิคกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

ในการประยุกต์ลำดับขั้นตอนการจัดประชุมตามเทคนิคกระบวนการ AIC มาใช้ในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประยุกต์ลำดับขั้นตอนเป็นดังนี้

ขั้น A-0 การเข้าใจอดีต ทบทวนงาน ตัดออกเนื่องจากปรับให้เข้ากับสภาพและเหมาะสมกับวัยของกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี อสม. หมู่ที่ 2 เจ้าหน้าที่แผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่รับผิดชอบพื้นที่ บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 โรงพยาบาลโนนสะอาด

ขั้น I-1 แนวทางสู่วิสัยทัศน์รวม ขั้น I-2 วิเคราะห์จำแนกจัดลำดับแนวทางสู่วิสัยทัศน์ ผู้วิจัยได้ทำการปรับกระบวนการกลุ่มใหม่ โดยสลับการทำกิจกรรมกลุ่มใหญ่ในขั้นตอน I-1 -1 แนวทางสู่วิสัยทัศน์รวม เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มย่อย และสลับการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยในขั้น I-2 จัดลำดับ แนวทาง สู่วิสัยทัศน์เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มใหญ่ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม

ขั้น C-2.1 ทำแผนปฏิบัติการ และ ขั้น C-2.2 เสนอแผนการปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ทำการรวมทั้งสองขั้นตอนนี้เข้าด้วยกัน เป็น C-2 เนื่องจากเป็นกิจกรรมในขั้นตอนสุดท้ายที่กลุ่มจะต้องสรุปผล และได้เป็นแผนงาน โครงการ เพื่อเตรียมเสนอที่ประชุมใหญ่พิจารณาคัดเลือกดำเนินการต่อไป ซึ่งสามารถดำเนินการในช่วงเดียวกันหรือทำไปพร้อมกันได้ โดยเป็นการทำกิจกรรมกลุ่มใหญ่ และผู้วิจัยทำการแบ่งแผนงาน / โครงการ ที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้ตกลงยอมรับร่วมกันในการประชุม ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ แผนงาน / โครงการที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง แผนงาน / โครงการที่ชุมชนทำเองได้บางส่วนและขอความช่วยเหลือจากภายนอก และ แผนงาน / โครงการที่ชุมชนไม่สามารถดำเนินการเองได้ ต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก เพื่อใช้วางแผนการปฏิบัติตามกิจกรรม / โครงการ เรียงลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย

7.2.4 ปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จได้

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จ มีดังนี้

1) การจัดประชุมตามเทคนิคกระบวนการ AIC นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอน หรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันให้ความสำคัญกับการตัดสินใจในการกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิดวิเคราะห์ และเสนอทางเลือกในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2) การศึกษาและการเตรียมชุมชน

(1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่าง ๆ การทบทวนความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคตทางเลือกรวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

(2) การเตรียมชุมชนเพื่อให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจและส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น

3) วิทยาการกระบวนการ AIC โดยวิทยาการกระบวนการจะต้องเข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ AIC มีประสบการณ์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ยหรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่เกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่

(1) เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุปผล

(2) สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้ร่วมประชุม

(3) ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นตามกระบวนการ

(4) สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้ประชุม โดยไม่สอดแทรกความคิดเห็นหรือทัศนคติตนเองลงไป

(5) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้นำการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติได้

(6) วิเคราะห์ และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนก็ได้เป็นผู้นำการประชุม ซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมจะเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม น่าจะจัดคณะมาช่วยกันโดยแบ่งหน้าที่ที่เป็น

ก. ผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน อาหาร เครื่องดื่ม

ข. ผู้นำการประชุม

ค. ผู้จัดการกิจกรรม เกมสร้างบรรยากาศ เพื่อละลายพฤติกรรม คลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน

ง. ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้คณะฯ จะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกัน สอดรับกัน

เฉลิม บุรณีกิติ และคณะ (2545) ให้แนวคิดถึงปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จได้ ในด้านการจัดเวทีการประชุมว่า วิทยาการกระบวนการควรมีกรอบโครงสร้างของชุดคำถามที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ในการจัดการประชุม

และควรให้ความเป็นกันเอง ให้ความรักและเชิดชูผู้เข้าร่วมเวที และการตั้งคำถาม ควรเป็นคำถามที่กระตุ้น ชั่วความคิด ทำลายความคิด และเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้คำถาม

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) ให้แนวคิดถึงปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จได้ ในแต่ละช่วงดำเนินการ ควรมีดังนี้

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพของหมู่บ้านและการสร้างภาพหมู่บ้านพัฒนา (Appreciation: A) ขั้นตอนนี้ปัจจัยที่สำคัญ คือ ควรสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก โดยไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์หรือต่อต้าน เพื่อค้นหาศักยภาพของชุมชน และมองเห็นการพัฒนาในทางบวกมากกว่าการค้นหาปัญหา โดยให้ผู้ที่เป็นผู้แทนกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในหมู่บ้านได้มีโอกาสให้ข้อคิดหลักการและเหตุผลที่นำไปสู่เป้าหมายของหมู่บ้านที่พึงประสงค์ในอนาคต

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนาหมู่บ้าน (Influence: I) ขั้นตอนนี้ปัจจัยที่สำคัญ คือ สมาชิกทุกคนต้องร่วมกันคิดวิธีการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายที่เป็นความสำเร็จ โดยวิธีการต้องมีลักษณะที่สร้างสรรค์ เป็นการคิดค้นการพัฒนาที่มุ่งแก้ไขปัญหาเพียงอย่างเดียว แผนงานที่เกิดจากการระดมความคิดมีลักษณะเป็นแผนงานเชิงรุก จำเป็นต้องมีการเปิดโอกาสให้สมาชิกที่ร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นและกำหนดวิธีการที่จำเป็นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จที่เน้นการวิเคราะห์พิจารณา ซึ่งผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องหาข้อมูลเหตุผลมาสนับสนุน โดยต้องมีการวิเคราะห์ร่วมกันว่าโครงการใดบ้างที่มีความสำคัญ เหมาะสม มีการเปิดโอกาสให้ใช้เหตุผล ตีรองและถกเถียง เพื่อให้ได้มาซึ่งโครงการที่ดี เหมาะสมที่สุด เป็นประโยชน์ที่สุด และเป็นที่ยอมรับของบุคคลในชุมชนมากที่สุด

3) ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) ขั้นตอนนี้ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการกำหนดแผนการปฏิบัติงานที่ใช้เวลานานเพื่อให้สามารถนำกิจกรรมที่เกิดขึ้นไปปฏิบัติได้ ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญ คือ ต้องแบ่งหน้าที่รับผิดชอบโดยละเอียด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

มานพ คณะโต (2550) ให้แนวคิดถึงปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จได้ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ควรมีดังนี้

1) ต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกวัยต่าง ๆ ได้มีบทบาทในการพูดถึงการมีส่วนร่วมของตนเองในการพัฒนาชุมชน และ

2) ต้องให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกฝ่ายได้มีโอกาสในการเสนอข้อประสบการณ์และความคิดเห็นโดยเท่าเทียมกัน

3) ผู้ดำเนินการประชุมจะต้องสามารถกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมรายละเอียดได้

สรุป การสร้างกระบวนการเรียนรู้โดยเทคนิคกระบวนการ AIC ปัจจัยสำคัญต่อการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ การที่ต้องเน้นความเป็นกระบวนการ และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยจะต้องมีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกคน มีการเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟังความคิดเห็น หาข้อสรุปร่วมกัน ยอมรับในความคิดเห็นตั้งแต่ขั้นตอนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างแนวทางการพัฒนา และการสร้างแนวทางการปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ นอกจากนี้ การศึกษาและการเตรียมชุมชนที่ดี จะสามารถช่วยให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ ทั้งนี้ ผู้ที่เป็นวิทยากรกระบวนการจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในแต่ละขั้นตอนดำเนินงาน มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า มีความสามารถในการสรุปวิเคราะห์ รวมทั้งการสร้างบรรยากาศในการประชุมเพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมกล้าแสดงออกในที่ประชุม ทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการเป็นจริงและมีการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกันมากขึ้น นำไปสู่การเต็มใจที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาตามที่สรุปได้จากการร่วมประชุมนี้ต่อไป

7.2.5 จุดแข็งและจุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ AIC

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) ให้แนวคิดถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ AIC ดังนี้

1) จุดแข็งของเทคนิคกระบวนการ AIC คือ

- (1) เกิดความร่วมมือทางด้านสติปัญญา และทรัพยากรให้มีพลัง
- (2) ทุกคนได้ความเป็นผู้นำและรู้ว่าเมื่อใดควรแสดงออก
- (3) สามารถประสานความแตกต่าง ความถนัดของแต่ละคน มาเป็นพลังในการจัดการดำเนินงานและประเมินผลอย่างสร้างสรรค์
- (4) เป็นเครื่องมือของการจัดการ เพื่อวางแผนกลวิธี หาวิธีแก้ไขปัญหาลดความขัดแย้งของคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน

(5) สร้างทีม พัฒนางาน พัฒนากลุ่มชุมชนเพื่อการมีส่วนร่วม

(6) พัฒนาการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน

2) จุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ AIC ได้แก่

- (1) เทคนิคกระบวนการ AIC ต้องทำอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงเกิดสัมฤทธิ์ผลและทุกคนมีความรู้สึกพอใจกับงาน

(2) เทคนิคกระบวนการ AIC ไม่มีการตัดสินใจว่าจะให้ใครทำอะไร ผู้ประชุมเป็นผู้เลือกและตัดสินใจเองว่าตนมีศักยภาพจะทำอะไรได้ อิทธิพลที่ได้รับจากการอภิปราย กับผู้อื่นในขั้นตอนต่างๆ มีผลกระทบต่อสถานะของตนเอง จึงต้องซึ้งใจเอง ยอมรับสภาพความพร้อมและยอมรับผู้อื่น ซึ่งอาจทำได้ไม่ถนัดนัก

(3) เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นการทำแผนร่วมกับผู้อื่นหลายระดับงาน และต่างประสบการณ์จะต้องเชื่อผู้อื่นบ้าง จึงยากที่ผู้เคยชิน การทำแผนกับคนพวกเดียวกัน จะยอมเปลี่ยนแปลงรูปแบบและแนวคิดเดิมๆ ของตน

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) ให้แนวคิดถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ AIC ดังนี้

1) จุดแข็งของเทคนิคกระบวนการ AIC คือ

(1) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน และเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับหลักการวิธีการพัฒนาชุมชน

(2) ตัวแทนของชาวบ้านโดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสสามารถคิด วางแผนในการพัฒนาหมู่บ้าน นอกจากนั้นเงื่อนไขทางเพศ ความเป็นผู้หญิง ผู้ชาย ไม่เป็นอุปสรรคในการทำงานร่วมกันเช่นในอดีตที่มักคิดว่า การประชุมวางแผน การตัดสินใจ มักเป็นเรื่องเฉพาะของผู้ชาย

(3) ลักษณะประเภทของโครงการที่เดิมเป็นองค์กรจัดตั้งที่เน้นเฉพาะโครงการก่อสร้าง เริ่มมีความเปลี่ยนแปลงเป็นกิจกรรมประเภทสังคมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากขึ้น

(4) เป็นการวางแผนเชิงรุกที่มีลักษณะมองไปข้างหน้า (Vision Oriented) คือการคาดการณ์ในอนาคตว่าควรจะเป็นอย่างไร มีอะไรเกิดขึ้นในหมู่บ้านบ้าง ควบคู่ไปกับการวางแผนเชิงรับที่เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

2) จุดอ่อนของเทคนิคกระบวนการ AIC ได้แก่

(1) การนำเทคนิคกระบวนการ AIC ไปใช้ ต้องใช้เวลามาก ประมาณ 2-3 วัน บางคนมีภาระงานไม่สามารถอยู่ร่วมประชุมได้ตลอดเวลา ส่งผลให้กระบวนการเรียนรู้และการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น โครงการกิจกรรมที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจที่มาจากฐานข้อมูลที่ครบถ้วนเสมอ

(2) ผู้นำการประชุมอาจเป็นปัญหามากได้ ถ้าไม่เข้าใจวิธีการอย่างชัดเจน จะทำให้ไม่สามารถสร้างความเข้าใจและสร้างบรรยากาศที่ดีในการประชุมได้

(3) ในขั้นตอนการเสนอภาพในอนาคตของหมู่บ้านซึ่งให้ระบุโครงการเป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสอย่างเสรี ทำให้เป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอกิจกรรมที่อยากได้

มากกว่าปัญหาหรือความจำเป็นที่แท้จริง อาจทำให้เกิดความขัดแย้งทางความคิดระหว่างสองฝ่าย คือ ฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายไม่เห็นด้วย ทำให้ต้องใช้เวลามากในการอภิปรายหาข้อยุติหรือถ้าหาข้อยุติไม่ได้ จะทำให้บรรยากาศการประชุมเสียไป

(4) ถ้าผู้ดำเนินการประชุมเตรียมหรือชักชวนกับทีมผู้นำการประชุมไม่เคร่งครัด จะทำให้การประชุมขาดความกลมกลืนและต่อเนื่อง ไม่สามารถสร้างบรรยากาศการประชุมที่ให้ผู้มีโอกาสดูแลได้เสียได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ทำให้การวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านไม่เป็นไปตามที่ต้องการ

สรุป การดำเนินงานเทคนิคกระบวนการ AIC มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ซึ่งจุดแข็งที่สำคัญ คือ การเน้นการระดมความคิดที่สร้างสรรค์ นำไปสู่ความร่วมมือซึ่งกันและกันเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน เป็นการมุ่งพัฒนาคนเป็นหลักโดยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน แต่จุดอ่อนที่สำคัญ คือ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ต้องไม่ใช่ความคิดเห็นของใครคนใดคนหนึ่งเป็นหลัก และจะต้องร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รวมถึงหากในการดำเนินการประชุมไม่สามารถสร้างบรรยากาศการประชุมที่มีความเป็นกันเอง และส่งเสริม กระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนมีการแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ได้ แผนงาน / โครงการที่เกิดขึ้นอาจไม่เป็นไปตามที่ต้องการและไม่สามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างแท้จริง ดังนั้น ในการนำกระบวนการดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาจึงต้องเน้นการนำจุดแข็งมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานโดยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการระดมความคิด การแสดงออกที่ถูกต้อง รวมทั้งการสร้างและพัฒนาทีมงานเพื่อวางแผนกลยุทธ์ และหาวิธีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และต้องพยายามสร้างบรรยากาศการประชุมที่มีความเป็นกันเอง ส่งเสริมให้มีการแสดงออกของความคิดที่สร้างสรรค์ นอกจากนี้ ในการดำเนินงานทุกคนต้องร่วมกันทำอย่างต่อเนื่องและจริงจังจึงจะเกิดผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาที่ยั่งยืน

7.2.6 บทบาทวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543)

วิทยากรกระบวนการมีส่วนร่วม มีหน้าที่ดังนี้

7.2.6.1 ทำความเข้าใจเป้าหมายและจุดประสงค์ของกลุ่ม

7.2.6.2 เตรียมประเด็นหลัก ตามเป้าหมายและจุดประสงค์ เพื่อมอบหมายให้กลุ่มระดมสมองกำหนดกิจกรรมและกระบวนการที่สอดคล้องต่อเนื่องตามลำดับ

7.2.6.3 ประสานงานกับผู้จัดประชุมเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมใช้ประกอบการประชุม โดยส่งให้ผู้เข้าร่วมประชุมล่วงหน้าหรือจัดนิทรรศการ ในวันประชุม หรือนำมาจุดประกายในช่วงเปิดประชุม

7.2.6.4 ประสานกับผู้จัดการประชุม เพื่อกำหนดประเภทและเชิญผู้เข้าร่วมประชุมให้หลากหลายและจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่า 30 คน ไม่มากกว่า 70 คน ผู้เข้าร่วมประชุมต้องสามารถอยู่ร่วมกระบวนการได้ตลอด วิทยากรควรทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนบุคคล เพื่อปรับกระบวนการ เช่น จิตจำกัดเรื่องราวของผู้เข้าประชุม

7.2.6.5 ประสานงานกับผู้จัดประชุม เรื่องลักษณะที่เอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วม มีความคิดสร้างสรรค์ มีบรรยากาศสงบเป็นส่วนตัว ห้องประชุมไม่คับแคบ มีที่มากพอให้มีการเคลื่อนไหวได้ มีผนังหรือกระดานสำหรับติดแผ่นพลิก

7.2.6.6 ประสานงานกับผู้จัดเรื่อง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องเขียน ที่จำเป็น

7.2.6.7 หน้าที่เตรียมงานและนัดหมายทีมวิทยากรและทีมผู้จัดการประชุมเพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งจะทำให้การประชุมมีประสิทธิภาพและราบรื่น รวมทั้งการเตรียมการล่วงหน้า เช่น ใบบางแผ่นพลิก

7.2.6.8 ปฐมนิเทศรูปแบบการประชุม กติกาการประชุม จุดประสงค์และเป้าหมาย

7.2.6.9 บทบาทสำคัญ คือ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน สะท้อนภาพ ทบทวน และเชื่อมโยง สรุปประเด็นให้ตรงกับความหมายที่แท้จริงของสมาชิกในกลุ่ม ตัดการอภิปรายที่ยืดเยื้อนอกประเด็นหรือป้องกัน แก้ไขข้อขัดแย้งทางความคิดด้วยความนุ่มนวล

7.2.6.10 สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง มีความสนุกสนานในการแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกที่เข้าประชุม

7.2.6.11 สร้างความชัดเจนในข้อความของสมาชิกบางคนที่เขียนหรือพูดแล้วไม่สื่อความหมายตามประเด็น ต้องซักถามให้เขียนหรืออภิปรายเพิ่มเติม

7.2.6.12 แม้จะมีการวางแผนและเตรียมการอย่างรอบคอบเป็นระบบ ก็ต้องสามารถ จะทำให้กระบวนการราบรื่นส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

7.2.6.13 วิทยากรไม่มีหน้าที่บอกหรือสอนว่า ชุมชนมีปัญหอะไร จะแก้ไขอย่างไร อนาคตควรเป็นอย่างไร

7.2.6.14 วิทยากรควรคำนึงเสมอว่ากระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการลงมือกระทำเพื่ออนาคตที่ดีกว่า การมีกิจกรรมลงมือกระทำลงมือกระทำที่สืบเนื่องต่อการประชุม จึงสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง

7.2.6.15 วิทยากรควรเป็นผู้ที่สามารถประสานให้สมาชิกในกลุ่มเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ทักษะ ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อช่วยให้กลุ่มสามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

7.2.7 คุณสมบัติของวิทยากรกระบวนการมีส่วนร่วมที่ดี

7.2.7.1 มีทักษะการสื่อสารที่ดี รู้จักวิธีการทำให้ทุกคนมีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกัน ละครันด้วยสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อถือไว้วางใจ

7.2.7.2 รู้จักคำถามที่เหมาะสมและกระตุ้นให้คิด รู้จักใช้คำพูดที่กระชับ ตรง ประเด็น ชัดเจน ฟังเพื่อจับประเด็น เชื่อมโยงความคิด และสรุปได้ดี

7.2.7.3 มีความยืดหยุ่นทางความคิด คิดในแง่ดี รับฟังความคิดเห็นคนอื่น มีจิต นานการ คิดสร้างสรรค์ไม่ครอบงำความคิดผู้อื่น

7.2.7.4 มีบุคลิกภาพเป็นมิตร อยากรู้ อยากเห็น อยากเข้าใจ มีอารมณ์ขัน ไวต่อ ความรู้สึกของสมาชิกที่เปลี่ยนไป รู้จักคลี่คลายสถานการณ์และผ่อนคลายบรรยากาศ

7.2.7.5 วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นใครว่าถูกผิด ไม่ตัดสินคุณค่า ค่านิยม เชิงจริยธรรม

7.2.7.6 เชื่อในศักยภาพของทุกคน เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคน สรุป หัวใจของเทคนิคกระบวนการ AIC คือ การจัดหาเวทีหรือสถานที่แห่งใดแห่งหนึ่ง และช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมาร่วม ประชุมได้อย่างพร้อมเพรียงกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ได้ร่วมกันระดมความคิด มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งกันและกัน และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจการกำหนด อนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์และเสนอทางเลือกในการพัฒนา ซึ่งจะเป็น การพัฒนาคนโดยให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งนี้ วิทยากรกระบวนการ เป็นหนึ่งในทีมงานผู้จัดการประชุม ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้จัดการประชุมถึงแนว ทางการดำเนินงานก่อนการประชุมเพื่อให้แนวทางการระดมความคิดสามารถดำเนินไปได้อย่าง ราบรื่น และเป็นไปตามความต้องการของผู้จัดการประชุม ดังนั้น ผู้จัดการประชุมควรที่จะต้อง ทำการศึกษาและเตรียมชุมชนก่อนดำเนินการมาเป็นอย่างดี และวิทยากรกระบวนการควรมี ประสบการณ์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องสำหรับการจัดประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขสถานการณ์ เฉพาะหน้าที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้การ ดำเนินการประชุมเป็นไปได้อย่างราบรื่น ทั้งผู้จัดการประชุมและวิทยากรกระบวนการ ควรมีการ ร่วมกันดำเนินการประชุม ซึ่งถือเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นเทคนิคที่สามารถระดมความคิดในเชิงสร้างสรรค์และทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันได้ เป็นการนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดของเทคนิคกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยก่อนการดำเนินการจัดประชุม ผู้วิจัยจะทำความตกลงชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์แก่วิทยากรกระบวนการและมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันกับวิทยากรกระบวนการขณะดำเนินการจัดการประชุม เพื่อให้เมื่อสิ้นสุดการประชุม ผู้วิจัยจะสามารถนำผลที่ได้จากการประชุมมาใช้ในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถขยายผลการดำเนินการต่อไป นำไปสู่การที่ผู้ที่มีอาการปวดหลังสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านการดูแลสุขภาพเพื่อลดอาการปวดหลังของตนอย่างได้ผลและยั่งยืน

7.3 แนวคิดเกี่ยวกับการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion)

ผู้รู้หลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการอภิปรายกลุ่ม หรือการสนทนากลุ่มในประเด็นต่าง ๆ กัน ดังนี้

ภาณี วงษ์เอก (2544) ให้แนวคิดว่าการอภิปรายกลุ่มนั้น เป็นการจัดสนทนากลุ่มแบบการนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกลุ่มตามปกติ ประมาณ 6-12 คน แต่ในบางกรณีอาจมีข้อยกเว้นให้มีได้ประมาณ 4-5 คน และในกรณีดังกล่าว อาจเรียกได้ว่าเป็นการจัดสนทนากลุ่มเล็ก ในระหว่างการสนทนากันของผู้ให้สัมภาษณ์นั้น จะมีผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้คอยจุดประเด็นการสนทนา เพื่อเป็นการชักจูงใจให้บุคคลกลุ่มนี้ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้ง และละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ศิริพร จิรวรรณกุล (2548) ให้แนวคิดว่าการอภิปรายกลุ่ม คือ วิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนาด้วยกันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การอภิปรายกลุ่มจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวางและเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยมีนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด คอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รับฟัง และซักถามเพื่อความกระจ่าง และบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

กาญจนา ไชยพันธุ์ (2549) ให้แนวคิดว่าการอภิปรายกลุ่ม คือ การพูดจา หรือการปรึกษารื้อกัน โดยที่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งต้องการพิจารณาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การปรึกษาเพื่อ

แก้ปัญหา มีการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก การมีการแลกเปลี่ยนความคิด รวมทั้งถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับให้แกกันและกัน ในที่สุดก็มีการตกลงใจและสรุปในสิ่งที่ปรึกษากันได้

การอภิปราย เป็นเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มที่ใช้คำว่า “ประชุม” หรือ “การอบรม” ในความหมายเหมือนกัน การประชุมหรือการอภิปรายมีหลายรูปแบบ เช่น บางกลุ่มอาจจะมีประธานคนเดียว บางกลุ่มอาจจะมีประธานและเลขานุการ บางกลุ่มอาจจะมีประธาน รองประธาน และเลขานุการ บางกลุ่มอาจจะมีผู้อภิปรายและผู้ดำเนินการอภิปราย บางกลุ่มอาจจะมีผู้ดำเนินการประชุม ผู้รายงาน และผู้วิจารณ์ รวมทั้งอาจมีผู้สังเกตการณ์ด้วย

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) ให้แนวคิดว่าการอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการศึกษาชุมชนที่ประหยัดงบประมาณและเวลาแต่ควรมีการวางแผนและเตรียมการให้เหมาะสม โดยการอภิปรายกลุ่มเป็นการนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเพื่อชักจูงให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาที่วางไว้

มานพ คณะโต (2550) ให้แนวคิดว่าการอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่นักวิจัยจะได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้ในระยะเวลาอันสั้น ใช้การลงทุนต่ำ และข้อมูลที่ได้รับยังสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางกรอบแนวคิดเพื่อออกแบบสอบถาม ตั้งเป็นสมมติฐานเพื่อใช้ในการวิจัยในโอกาสต่อไป ทั้งนี้ การอภิปรายกลุ่มมีจุดเน้นที่สำคัญ 2 ประการคือ

- 1) เป็นการนั่งสนทนากันในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่กำหนดไว้โดยเฉพาะ (Focused) ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนา (participants)
- 2) ผู้เข้าร่วมสนทนาถูกคัดเลือกแบบเจาะจงมาโดยเฉพาะและเป็นผู้ที่รู้เรื่องดี โดยต้องมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) ปกติจะมีจำนวนประมาณ 8 คน แต่ในบางกรณีอาจมีข้อยกเว้นให้มีได้ประมาณ 4-12 คน

สรุป การอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) เป็นการพูดคุยหรือการหารือกันที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนาด้วยกันเองในประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามที่สมาชิกในกลุ่มสนใจซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถทำให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ในระยะเวลาอันสั้น มีการลงทุนต่ำ

7.3.1 ความสำคัญของการอภิปรายกลุ่ม (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

ในปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่า การอภิปรายมีบทบาททั้งด้านการศึกษาในการเรียน การสอน ในทางสังคม ทางการเมือง และทางศาสนา ซึ่งพอจะกล่าวได้พอสังเขป ดังนี้

7.3.1.1 ในทางการศึกษา ในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาถึงระดับอุดมศึกษามีการจัดการเรียนด้วยวิธีอภิปรายทำให้ผู้เรียนได้เกิดความคิด ความรู้ด้วยเหตุผล ทั้งได้แสดงข้อคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยเฉพาะชั้นสูง ๆ ขึ้นไป เช่น ระดับมหาวิทยาลัย การอภิปรายทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดริเริ่มทั้งยังรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

7.3.1.2 ในทางสังคม ในปัจจุบันการตัดสินใจปัญหาส่วนรวม ต้องคิดถึงความคิดเห็นของบุคคลในกลุ่มเป็นสำคัญ ดังนั้นการอภิปรายกลุ่มจึงมีส่วนที่จะช่วยในเรื่องดังกล่าว โดยอาศัยการอภิปรายที่มีรูปแบบและขอบเขต

7.3.1.3 ในทางการเมือง การจัดให้มีการอภิปรายของนักการเมือง เป็นการเผยแพร่ความรู้ในนโยบายของรัฐบาลหรือนโยบายของพรรคการเมืองแต่ละพรรค การอภิปรายในทางการเมืองนี้ทำให้ประชาชนเข้าใจ และเป็นการสอบความเห็นส่วนรวมเพื่อนำไปปฏิบัติ

7.3.1.4 ในทางศาสนา ใช้ในการเผยแผ่ศาสนา มีการอภิปรายที่นิยมกันมาก เพราะทำให้เกิดความรู้กว้างขวาง ผู้อภิปรายแต่ละท่านมีความคิดที่แตกต่างกันออกไปทำให้ผู้ฟังเข้าใจแจ่มแจ้งยิ่งขึ้น

7.3.2 รูปแบบของการอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่มสามารถจัดได้หลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบสามารถแบ่งได้ดังนี้

7.3.2.1 แบ่งตามขนาดของกลุ่ม มี 2 รูปแบบคือ

1) การอภิปรายกลุ่มขนาดเล็ก โดยมีสมาชิกเข้าร่วมไม่มากนักและรูปแบบของกลุ่มจะไม่เป็นทางการ

2) การอภิปรายกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ สมาชิกที่เข้าร่วมจะมีจำนวนมาก จึงต้องมีระเบียบแบบแผนของลักษณะวิธีการในการอภิปราย

7.3.2.2 แบ่งตามระเบียบวิธีการ มี 2 รูปแบบคือ

1) วิธีการประชุมแบบเป็นทางการ การประชุมแบบนี้ก่อให้เกิดการพัฒนาความสามารถของบุคคลได้น้อย เพราะสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมไม่มีส่วนแสดงความคิดเห็นในการประชุม เพราะถูกจำกัดขอบเขตให้อยู่ในฐานะผู้รับฟัง

2) วิธีการแบบไม่เป็นทางการ เป็นการประชุมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความสามารถ โดยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สนับสนุนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งวิธีนี้เหมาะที่จะพัฒนานักคิด หรือพัฒนาความสามารถของบุคคล

7.3.2.3 แบ่งตามการมีบทบาทร่วมของกลุ่ม มี 2 รูปแบบ คือ การอภิปรายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ ผู้เข้าร่วมอภิปราย มีบทบาทน้อยส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบพิธีการ ลักษณะการสื่อสาร

2 ทาง คือ ผู้พูดมีความรู้ชำนาญในเรื่องที่พูด ผู้ฟังมีการศึกษาที่ดี สามารถซักถาม มีการโต้ตอบระหว่างผู้ฟังและผู้พูด

จะเห็นได้ว่า กลุ่มที่แบ่งที่มีขนาดต่างกันบทบาทของสมาชิกจะต่างกัน กลุ่มขนาดใหญ่มีแนวโน้มจะเป็นการอภิปรายกลุ่มแบบเป็นทางการ แต่ผู้เข้าร่วมจะไม่มีบทบาท แต่กลุ่มเล็กผู้เข้าร่วมจะมีบทบาท และการอภิปรายกลุ่มมีแนวโน้มจะเป็นการอภิปรายกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจรูปแบบการอภิปรายกลุ่มในรูปแบบที่แบ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็ก มาประยุกต์ใช้กับเทคนิคกระบวนการ AIC ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง และมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้

7.3.3 องค์ประกอบในการจัดการอภิปรายกลุ่ม

วาทีณี บุญชะลิกษ์ (2544) แบ่งองค์ประกอบของการจัดการอภิปรายกลุ่มเพื่อจะช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ ว่าต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ลักษณะการเลือกตัวอย่าง ในการศึกษาควรเลือกบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous group)
- 2) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ต้องมีความสามารถในเรื่องภาษาถิ่นและสามารถควบคุมสถานการณ์ในการสนทนาได้อย่างดี
- 3) สถานที่และบรรยากาศสำหรับการจัดอภิปรายกลุ่ม ต้องเป็นอิสระและปราศจากการรบกวนจากภายนอก

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2550) แบ่งองค์ประกอบของการจัดการอภิปรายกลุ่ม ว่าต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
 - (1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) คุณสมบัติต้องเป็นผู้ที่พูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้ มีบุคลิกภาพ / มนุษยสัมพันธ์ที่ดี อ่อนน้อมถ่อมตน รู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา การจัดอภิปรายกลุ่ม
 - (2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note taker) ซึ่งรวมทั้งการบันทึกรายละเอียดบรรยากาศการสนทนา
 - (3) ผู้ช่วย (Assistant) ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไป ตั้งแต่เตรียมการ การเตรียมสถานที่ เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ

- 2) แนวทางในการอภิปรายกลุ่ม เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งประเด็น / หัวข้อ การจัดลำดับหัวข้อ
- 3) อุปกรณ์ที่จำเป็นในการบันทึก เช่น ไวท์บอร์ด ปากกา กระดาษ สกอตเทป เทปบันทึกเสียง ฯลฯ
- 4) แบบฟอร์มการบันทึกเข้ากลุ่มสนทนาตามหัวข้อความสนใจ
- 5) การสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ การเลือกสถานที่และกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม

มานพ คณะโต (2550) แบ่งองค์ประกอบของการจัดการอภิปรายกลุ่ม ว่า มีทั้งสิ้น 7 ส่วน คือ

- 1) บุคคล โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดการอภิปรายกลุ่ม (organizing team) มี 3 กลุ่ม คือ

(1) ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ควรเป็นผู้ที่พูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้ เป็นผู้มีบุคลิกดี สุภาพ อ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ ทั้งนี้ บุคลิกภาพเป็นสิ่งสำคัญมากในการสร้างบรรยากาศการสนทนา ทุกคนในกลุ่มจะมีความรู้สึกเป็นปกติ เป็นการสนทนาโดยทั่ว ๆ ไป และผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องเป็นผู้รู้ความต้องการและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดี ด้วย คุณลักษณะสำคัญของผู้ดำเนินการสนทนา ประกอบด้วย

- ก. มีความรู้ในเรื่องที่สนทนา
- ข. มีทักษะในการเป็นผู้นำที่ดี
- ค. มีทักษะในการเป็นผู้นำผู้ตาม
- ง. มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้ร่วมสนทนา
- จ. มีความอดทนและยืดหยุ่นต่อสถานการณ์
- ฉ. มีทักษะในการสังเกตพฤติกรรมผู้ร่วมสนทนา
- ช. แต่งกายเหมาะสม ถูกต้องตามกาลเทศะ

(2) ผู้สังเกต (observer) เป็นผู้จดบันทึกการสนทนาอย่างย่อ ต้องรู้วิธีว่าทำอย่างไรจึงจะจดบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจะต้องจดบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนาด้วย เช่น ความเงียบ เสียงหัวเราะ การแสดงสีหน้าของผู้เข้าร่วมการสนทนา เพื่อประโยชน์แก่การวิเคราะห์ในภายหลัง นอกจากนี้จะต้องพูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้อย่างคล่องแคล่ว

(3) ผู้ช่วย (assistant) เป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไป ในขั้นเตรียมการและระหว่างดำเนินการจัดการอภิปรายกลุ่ม เช่น ช่วยเตรียมสถานที่ จัดสถานที่ บันทึกเสียง เปลี่ยนเทป เป็นต้น

2) แนวทางการอภิปรายกลุ่ม (focus group guideline) และการจัดลำดับหัวข้อในการอภิปราย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามต่าง ๆ ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยนั้น ๆ และควรต้องจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า

3) อุปกรณ์สนาม (instrument) ที่ควรเตรียม ได้แก่

(1) เครื่องบันทึกเสียง แอบบันทึกเสียง ถ่านไฟฉาย และอุปกรณ์อื่นที่จำเป็นสำหรับอัดเสียงขณะที่กำลังดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อนำมาถอดเทปในภายหลังเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สำหรับนักวิจัย

(2) สมุดบันทึก และ ดินสอ สำหรับผู้สังเกตเพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปให้ง่ายขึ้น และนักวิจัยจะได้ทราบบรรยากาศของการอภิปรายกลุ่มจากการจดบันทึกของผู้สังเกต

4) ข้อมูลสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม ใช้สำหรับคัดกรองผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม (screening of participants) เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ อาชีพ เป็นต้น ซึ่งกรอบคุณลักษณะของประชากรเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มตามลักษณะของงานวิจัย

5) สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (refreshment) เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว ฯลฯ สิ่งของดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

6) ของสมนาคุณแก่ผู้ที่ร่วมสนทนา (complimentary) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม แม้จะเป็นสิ่งที่เล็กน้อย แต่ในทางจิตวิทยาแล้วเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับการแสดงออกซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัย จะแสดงความขอบคุณที่ผู้ร่วมการอภิปรายกลุ่มได้สละเวลามาในครั้งนี้

7) สถานที่และระยะเวลา ที่จัดการอภิปรายกลุ่ม (setting) สถานที่ควรเป็นบริเวณใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยนั้น ๆ อาจจะเป็นบ้าน ศาลาวัด ใต้ร่มไม้ ฯลฯ ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากความพลุกพล่านเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มมีสมาธิในเรื่องต่าง ๆ ที่กำลังสนทนากัน ส่วนระยะเวลาในการสนทนา (duration) โดยทั่วไปอาจพิจารณาระหว่าง 2-3 ชั่วโมง ต่อ 1 กลุ่ม

สรุป องค์ประกอบในการจัดอภิปรายกลุ่ม ที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา การสร้างบรรยากาศในการอภิปรายกลุ่ม และการคัดเลือกกลุ่มผู้ที่จะมาร่วมการประชุมการอภิปราย สำหรับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ผู้รู้ได้นำเสนอนั้น เป็นองค์ประกอบปลีกย่อยที่จะช่วยให้การสนทนา

กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ประสบความสำเร็จ และได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ตรงตามความต้องการของผู้วิจัย และเป็นการส่งเสริมให้เกิดความประทับใจแก่ผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มได้

7.3.4 ชนิดของการอภิปรายกลุ่ม (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

การอภิปรายกลุ่มมีหลายชนิด สามารถแบ่งออกเป็น ชนิดอภิปรายตามแบบที่สมาชิกมีส่วนร่วม และแบบการอภิปรายที่สมาชิกไม่มีส่วนร่วม ดังนี้

7.3.4.1 การบรรยายและอภิปรายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

1) การบรรยายแบบผู้บรรยายคนเดียว (Lecture) จะพบการบรรยายแบบผู้บรรยายคนเดียวมีแพร่หลาย โดยเฉพาะในสถานศึกษาเพราะทำได้ง่ายรวดเร็ว โดยมีผู้บรรยายเพียงคนเดียว เทคนิคนี้สามารถใช้ได้กับผู้ฟังหรือสมาชิกจำนวนมาก ผู้บรรยายจะต้องเป็นผู้มีความรอบรู้ในหัวข้อบรรยายนั้น ๆ เป็นอย่างดี วิธีการพูดเร้าความสนใจขึ้นอยู่กับผู้บรรยาย ถ้าผู้บรรยายใช้เทคนิคและสื่อแบบต่าง ๆ จะดีมากที่ทำให้ผู้ฟังสนใจในการบรรยายได้มาก จำนวนผู้เข้าร่วมที่เหมาะสมคือ 20 – 35 คน

วิธีการ เริ่มด้วยการแนะนำพิธีกรและหัวข้อการบรรยาย ผู้บรรยายดำเนินการบรรยายซึ่งอาจใช้สื่อประกอบหรือเทคนิคต่าง ๆ มีการสรุปใจความสำคัญ และเปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามหรือแสดงความคิดเห็นเพราะมีการสื่อสารทางเดียว การบรรยายไม่ควรเกินช่วงละ 3 ชั่วโมง ควรมีการหยุดพัก ผู้บรรยายควรมีความรู้เรื่องที่จะพูดดีพอและมีเทคนิคการบรรยายที่ดี และเรื่องที่จะพูดไม่ใช่เรื่องขัดแย้งกันมาก ๆ เวทีของผู้บรรยายควรให้ผู้ฟังเห็นผู้บรรยายได้ชัดเจน มีสื่อต่าง ๆ

2) การอภิปรายแบบเป็นชุดหรือแบบซิมโปเซียม (Symposium) ลักษณะเป็นการอภิปรายที่มีวิทยากร 2 – 6 คน หัวข้อใดหัวข้อหนึ่งแล้วแต่ผู้จัดจะกำหนด โดยผู้เป็นวิทยากรแต่ละคนจะอภิปรายคนละด้านไม่ก้ำก๋ายและซ้ำกัน เช่น พูดเรื่องโรคเอดส์ วิทยากรซึ่งมาจากอาชีพแพทย์ เกษี ครู กรรมกร พูดเรื่องโรคเอดส์ ตามทัศนคติอาชีพและบทบาทของตนโดยมีพิธีกรหรือผู้นำอภิปรายเป็นผู้เชื่อมแต่ละตอนต่อกัน

วิธีการ คือ พิธีกรเริ่มการอภิปรายโดยแนะนำหัวข้อเรื่องที่จะอภิปรายแนะนำวิทยากรและผู้ดำเนินการอภิปราย เริ่มอภิปรายคนละประมาณ 10 – 15 นาที โดยทุกครั้งที่วิทยากรพูดจบพิธีกรควรสรุปและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามแสดงความคิดเห็น ดังนั้นการจัดเวทีควรมองเห็นผู้อภิปรายได้ชัดเจน สื่อพร้อมจะเห็นว่าวิธีการนี้ได้รับฟังข้อเท็จจริงหลายทัศนะทำให้เห็นปัญหาหลายแง่มุม นอกจากนี้ผู้ฟังได้ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

3) การอภิปรายเป็นคณะ (Panel Discussion) ลักษณะการอภิปรายเป็นคณะ จะพบมากกับการใช้ฝึกอบรม เป็นการอภิปรายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 – 4 คน ในหัวข้อที่

กำหนดให้ โดยผู้อภิปรายแต่ละคนจะให้ความรู้และความคิดเห็นของตนแก่ผู้ฟัง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งความคิดเห็นของผู้ร่วมอภิปราย ผู้อภิปรายจะต้องศึกษาหาความรู้ หลักฐานมาใช้ในการอภิปราย จะมีการโต้แย้งความเห็นหรือขยายความคิดเห็นกันได้ โดยพิธีการช่วยซักถามผู้อภิปราย ให้ความกระจ่างแก่ผู้ฟังอย่างทั่วถึง มีการควบคุมเวลาและให้ผู้อภิปรายได้อภิปรายโดยทั่วถึง แล้วพิธีกรกล่าวสรุป

วิธีการ คือ ประธานกล่าวเปิดแล้วพิธีกรแนะนำเรื่องที่จะอภิปราย พร้อมทั้งแนะนำผู้เข้าร่วมอภิปราย พิธีกรเปิดโอกาสให้ผู้อภิปรายแสดงความคิดเห็นแก่ผู้ฟัง หลังจากนั้นก็แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้อภิปราย พิธีกรจะเป็นผู้สรุปในบางตอน เมื่อจบพิธีกรอาจเปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามปัญหา

ข้อดี คือ ผู้ฟังได้ความรู้ ได้ความคิดกว้างขวางขึ้น บรรยายความเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ฟังมีความสนใจที่จะหาข้อสรุปข้อสงสัยที่ไม่กระจ่างมาซักถามผู้อภิปราย วิธีการอภิปรายเป็นคณะนี้พิธีกรต้องมีประสบการณ์ที่จะสรุปการอภิปราย แต่ผู้ฟังจะมีส่วนร่วมน้อย

4) การอภิปรายกลุ่มแบบสัมมนา (Seminar) ลักษณะเป็นการอภิปรายกลุ่มของบุคคล เพื่อศึกษาค้นคว้าเรื่องใดเรื่องหนึ่งภายใต้การนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งทำได้ทั้งช่วงสั้นหรือหลายเวลาติดต่อกัน ผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกคนจะมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสัมมนานั้น ซึ่งผู้อภิปรายจะวิเคราะห์ปัญหาทางเลือกในการแก้ปัญหา การแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ต่อจากนั้นจะนำผลการวิเคราะห์นั้นให้เสนอต่อที่ประชุม การสัมมนาเหมาะสำหรับกลุ่มคนเล็ก ๆ แต่ถ้ามากก็ไม่ควรมากเกินไป ทั้งนี้ จุดมุ่งหมายในการสัมมนา คือ

(1) เพื่อกำหนดให้การสำรวจปัญหา ศึกษาค้นคว้าวิจัยที่จำเป็นเพื่อแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง

(2) เพื่อแลกเปลี่ยนผลงานด้านค้นคว้าวิจัยระหว่างสมาชิก

(3) เพื่อร่วมกันพิจารณาหาข้อสรุปจากผลการค้นคว้าวิจัยนั้น

วิธีการ คือ เตรียมเรื่องจัดทำโปรแกรมสัมมนา กำหนดวันเวลา สถานที่ติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญ จัดเตรียมเอกสาร วัสดุอุปกรณ์ดำเนินการสัมมนา มีการอภิปรายโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องสัมมนา มีการอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาหาข้อสรุปแนวทางในเรื่องที่สัมมนา

การดำเนินการสัมมนา มีดังนี้

(1) ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้วางแผนและดำเนินการสัมมนาตามที่กำหนดไว้

ศึกษา

(2) ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เข้าร่วมในการเลือกหัวข้อเพื่อ

รายงาน

(3) มอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้เข้าร่วมสำหรับการเสนอ

อภิปรายแก่สมาชิกกลุ่มก่อน

(4) ผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ หลักทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะ

(5) ผู้นำกลุ่มแบ่งหัวข้อสัมมนาออกเป็นข้อย่อย แบ่งกลุ่มให้สมาชิกและนำผลงานของกลุ่มย่อยมาเสนอที่ประชุมใหญ่

คิดเห็น

(6) เปิดโอกาสให้ซักถามและมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความ

(7) ปิดการสัมมนา

ข้อดีและข้อเสียของการสัมมนา คือ

ผู้เชี่ยวชาญ

(1) ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้มีโอกาสค้นคว้าภายใต้การแนะนำของ

(2) ทำให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น

(3) ทำให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้รับความรู้ในหลักของทฤษฎีหรือ

หลักการศึกษาค้นคว้า

(4) สมาชิกไม่กล้าแสดงออกจะไม่มีส่วนร่วมในการอภิปราย

(5) ถ้าเวลาของการสัมมนามีจำกัด อาจทำให้การศึกษาค้นคว้าไม่

เต็มที่

5) การอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นการอภิปรายอย่างมี

พิธีรีตอง หรือแบบเป็นพิธีการ ผู้เข้าร่วมอภิปราย 10 – 20 คน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และความคิดเห็น หรือเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจในปัจจุบันสิ่งสำคัญคือสมาชิกต้องเป็นผู้สนใจในเรื่องที่จะอภิปรายอย่างแท้จริง

วิธีการของแบบการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ดังนี้

(1) ผู้ดำเนินการอภิปรายต้องจัดเตรียมรายละเอียด เช่น เนื้อหาที่จะอภิปรายแบบแผนการอภิปราย เอกสาร เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ

(2) ขณะที่เริ่มดำเนินการอภิปรายผู้ดำเนินการอภิปรายจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นได้ทั่วทุก ๆ คน และพยายามให้สมาชิกที่เข้าร่วมประชุมพูดหรืออภิปรายอยู่ในเนื้อหาที่จัดอภิปราย และผู้ดำเนินการอภิปรายต้องสรุปเป็นระยะ

ๆ โดยผู้นำจะต้องสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ ในอันที่จะควบคุมการอภิปรายดำเนินการไปตามแผน และบรรลุตามวัตถุประสงค์

(3) เมื่อสมาชิกร่วมอภิปรายและออกความคิดเห็นต่าง ๆ แล้ว ผู้ดำเนินการต้องช่วยให้สมาชิกหาข้อยุติ

(4) ถ้าสมาชิกที่พูดมาก ๆ ทำให้ผู้ดำเนินการอภิปรายต้องทำงานหนักที่จะพยายามให้เกิดความสมดุลระหว่างสมาชิก คือ การพูดบ้างและรู้จักฟังบ้าง

6) การอภิปรายกลุ่มแบบซินดิเคต (Syndicate) ลักษณะของการอภิปรายกลุ่มแบบซินดิเคต เป็นการให้บุคคลร่วมกันศึกษาสภาพหรือลักษณะของปัญหาที่ประสบอยู่ ค้นหาสาเหตุของปัญหาเพื่อหาข้อยุติ ดังนั้นจึงมีการแบ่งจากกลุ่มใหญ่ออกเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มได้อภิปรายปัญหาหรือร่วมกันแก้ปัญหา ก่อนจะนำไปสรุปในกลุ่มใหญ่

วิธีการ คือ วิทยากรจัดการแบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อยซึ่งสมาชิกในกลุ่มย่อยจะมีประธานกลุ่มและเลขานุการ ถ้าสมาชิกในกลุ่มมาจากสาขาอาชีพที่แตกต่างกันจะดีมากเพราะจะได้รับความคิดเห็นในการแก้ปัญหาหลายรูปแบบ แต่ละกลุ่มจะปรึกษาและอภิปรายร่วมกันในประเด็นดังนี้ สภาพหรือลักษณะของปัญหา สาเหตุแห่งปัญหา และแนวทางแก้ไขโดยยึดเรื่องเดียวกันทุกกลุ่มแต่มีประเด็นวิธีการแก้ปัญหาต่างกัน

ข้อดีและข้อเสียของการอภิปรายกลุ่มแบบซินดิเคต มีดังนี้

(1) ข้อดีของการอภิปรายกลุ่มแบบซินดิเคตจะทำให้สมาชิกภายในกลุ่มรู้จักฟังความคิดเห็นผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก และทำให้สมาชิกรู้จักการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

(2) ข้อเสีย คือ ผู้เข้าร่วมหรือสมาชิกในกลุ่มต้องมีความรอบรู้และมีประสบการณ์ ต้องมีการเตรียมตัวล่วงหน้า ต้องรู้จักการประสานงานในกลุ่มและต้องรู้จักการแสดงความคิดเห็น

7) การอภิปรายกลุ่มแบบย่อย (Buzz Session) ลักษณะเป็นการแบ่งสมาชิกในที่ประชุมใหญ่ออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ระหว่าง 4 – 5 คน เพื่ออภิปรายปัญหาโดยพิจารณาในการเลือกปัญหาที่จะอภิปรายกลุ่มแต่ละเรื่องหรือปัญหาเรื่องเดียวกัน โดยสมาชิกแต่ละคนจะช่วยกันทำตามให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น ส่วนมากเทคนิคการประชุมแบบนี้อาจใช้ร่วมกับเทคนิคอื่น ๆ การจัดสถานที่ควรมีที่ให้สมาชิกประชุมกลุ่มย่อย

วิธีการ คือ ผู้นำการอภิปรายแนะนำหลักเกณฑ์ในการประชุมกลุ่มย่อยแล้วจัดแบ่งกลุ่มย่อย โดยแบ่งกลุ่มละประมาณ 4 – 5 คน ต่อจากนั้นก็ให้หัวข้อหรือหัวเรื่องในแต่ละกลุ่มไปพิจารณา แต่ละกลุ่มจะต้องเลือกผู้นำกลุ่มและเลขานุการ เลขานุการควรมีหน้าที่จัดการ

แสดงความเห็นของสมาชิกแต่ละคน ในแต่ละกลุ่มจะใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที ต่อจากนั้น
เลขานุการแต่ละกลุ่มรายงานในที่ประชุมกลุ่มใหญ่

ข้อดีและข้อเสียของการอภิปรายกลุ่มแบบย่อย คือ

(1) ข้อดี ทำให้สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและ
ได้ร่วมอภิปราย ทำให้ได้ความคิดหลายแง่หลายมุม ทำให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง

(2) ข้อเสีย ถ้าสมาชิกที่พูดไม่เป็นจะขาดโอกาสในการแสดง
ความคิดเห็น การอภิปรายของแต่ละคนจะมีจำกัดซึ่งบางคนอาจจะแสดงความคิดเห็นได้มากแต่
เวลาไม่เอื้ออำนวยให้

8) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ลักษณะ สมาชิกที่เข้า
ประชุมเชิงปฏิบัติการจะมาจากบุคคลหลายฝ่ายที่มีปัญหาและความสนใจตรงกัน ร่วมปรึกษากับ
ผู้ชำนาญการหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านที่เหมาะสมเพื่อที่จะหาความรู้และหนทางที่จะแก้ปัญหาที่
ประสบอยู่ ซึ่งการประชุมจะใช้เวลาในการฝึกอบรมหลายวัน

วิธีการ คือ เตรียมสถานที่ที่จะจัดและห้องที่จะแบ่งกลุ่มย่อยให้แต่ละ
กลุ่มที่ถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหัวข้อเรื่องแนวทางการทำงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้สมาชิก
ภายในกลุ่มช่วยกันคิดหาวิธีการแก้ปัญหา และนำผลที่ได้ของแต่ละกลุ่มรายงานผลต่อที่ประชุม มี
การประมวลผล

ข้อดีและข้อเสียของการอภิปรายแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ

(1) ข้อดี ในสมาชิกที่มีอาชีพเฉพาะ เช่น อาชีพครูประชุมเชิง
ปฏิบัติการเรื่องการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้มีอาชีพครู นอกจากนี้สมาชิกได้มี
โอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ กลุ่มมีบทบาทในการดำเนินการประชุม

(2) ข้อเสีย ผู้เข้าร่วมจะต้องใช้เวลามากและผู้ดำเนินการจัดการ
ประชุมแบบเชิงปฏิบัติการจะต้องเตรียมค่าใช้จ่ายไว้ค่อนข้างสูง

9) การประชุมแบบระดมสมอง (Brain Storming) ลักษณะของการ
ประชุมแบบระดมสมอง เป็นการให้สมาชิกกลุ่มเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา หรือความคิดเห็นแบบ
ปัจจุบันทันด่วนโดยมีประธาน 1 คน พร้อมเลขานุการคอยจดความคิดเห็นของสมาชิกไม่มีการ
วิพากษ์วิจารณ์โดยไม่มีการตัดสินว่าความคิดของสมาชิกคนไหนดี คนไหนผิด คนไหนถูก เพียงแต่
สมาชิกเสนอความคิดขึ้นมาคำเสนอจะถูกบันทึกไว้เพื่อประเมินผลหรือหามติภายหลัง ซึ่งการ
ประชุมสัมมนาต่าง ๆ นิยมใช้นำมาเป็นกิจกรรม

วิธีดำเนินการ แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อยกรณีจำนวนสมาชิกมาก
ต่อจากนั้นประธานกำหนดหัวข้อหรือพูดถึงประเด็นปัญหาเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดทั่วถึงกันทุก

คน ประธานจะแจ้งให้สมาชิกทราบถึงจุดมุ่งหมายของการประชุม แจ้งถึงกฎเกณฑ์ให้แก่แต่ละกลุ่มทราบโดยมีกฎเกณฑ์ดังนี้

(1) ให้สมาชิกทุกคนยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกทุก ๆ คน

(2) การประชุมแบบระดมสมองจะไม่มีผู้ดำเนินการอภิปราย แต่ทุกคนจะช่วยกันแสดงความคิดเห็นออกมา ผู้ที่จัดบันทึกข้อความความคิดเห็นทั้งหมดของสมาชิกทั้งนี้ต้องการปริมาณความคิดมากกว่าคุณภาพ

(3) นำความคิดทั้งหมดมาผสมผสานกันอีกครั้ง

(4) กำหนดเวลาประชุมสำหรับการเสนอความคิดเห็น

ดังนั้น ทุกคนที่จะแสดงความคิดเห็นควรคำนึงถึงเวลาเพื่อให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นทุกคน เมื่อสมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นจนหมดและกลุ่มได้รวบรวมความคิดไว้แล้ว ที่ประชุมจะเป็นผู้พิจารณา และสมาชิกในที่ประชุมจะช่วยกันประเมินคุณค่าของข้อความคิดนั้น ๆ ดังนั้นข้อเสนอความคิดที่คล้ายคลึงกันจะถูกนำมารวมกัน รวมทั้งเสนอความคิดที่ใกล้เคียงกันด้วยต่อจากนั้นในที่ประชุมจะปรับปรุงใจความให้ได้ความสมบูรณ์

ข้อดีและข้อเสียของการประชุมแบบระดมสมอง คือ

(1) ข้อดี เหมาะสำหรับปัญหาที่ยู่ยากซับซ้อนซึ่งถือหลักที่ว่าหลายหัวดีกว่าหัวเดียว ดังนั้นสมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นกันทุกคน คนที่ขาดความมั่นใจก็จะมีโอกาสแสดงออกในด้านความคิด ความคิดของสมาชิกทุกคนที่ออกมาจะได้แนวคิดลึกซึ้งซึ่งทำให้เกิดการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์

(2) ข้อเสีย ความคิดเห็นที่สมาชิกทุกคนแสดงออกมาอาจจะกระเจาความคิดเกินไป

10) การแสดงบทบาทสมมติ

Lugt (1970) กล่าวถึง การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิธีการหนึ่งของการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ และความรู้สึกของบุคคลในสถานการณ์ต่าง โดยเป็นการแสดงละครที่เกี่ยวข้องปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในระหว่างเพื่อนมนุษย์ การแสดงบทบาทสมมตินี้เป็นวิธีการที่ทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกันออกไป บางครั้งเป็นวิธีที่ใช้เพื่อเป็นเครื่องมือแทนการสื่อสาร และการกระตุ้นกลุ่ม ในเวลาเดียวกันก็เป็นวิธีที่ทำได้ยากที่สุด

การแสดงบทบาทสมมติเป็นการแสดงโดยการเอาคนจริง ๆ มาแสดงตามบทบาทที่สมมติขึ้นมา โดยแต่ละคนที่แสดงต้องสวมบทบาทที่ตนได้รับให้สมจริงกับสถานการณ์หรือปัญหาให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ เช่น ถ้าตนเองอยู่ในปัญหานั้นจะตัดสินใจอย่างไร

วางตัวอย่างไร ผู้แสดงบทบาทสมมตินี้โดยมากก็ได้มาจากสมาชิกกลุ่มนั่นเอง และยังผู้แสดงทำตัวได้สมบทบาทเท่าไรก็จะส่งผลมาสู่กลุ่มมากขึ้นเท่านั้นการเลือกบทบาทพยายามใช้ชื่อบุคคลที่สมมติขึ้นมา พยายามหลีกเลี่ยงการแสดงที่กระทบกระทั่งจิตใจผู้ใดผู้หนึ่งในกลุ่มโดยตรง โดยลักษณะการแสดงบทบาทสมมติมี 3 ประเภท ได้แก่

(1) บทบาทในด้านตรงกันข้าม สมาชิกได้รับบทของบุคคลต่าง ๆ ที่สมาชิกเคยติดต่อทำงานหรือคบค้าสมาคม ในทางตรงกันข้าม คือ บุคคลที่อยู่ในวัยรุ่นจะต้องแสดงบท พ่อ – แม่ พ่อแม่รับบทเด็ก ๆ การแสดงบทในทางตรงกันข้ามนี้เพื่อให้ได้ทราบถึงความรู้สึกหรือความเห็นของคนอื่น และมองดูปฏิกิริยาของตนเองที่คนอื่นเขารู้สึกหรือเคยเห็นเป็นการสะท้อนให้เห็นตนเองในความรู้สึกของตนเอง

การแสดงบทบาทในด้านตรงข้ามนี้สามารถดัดแปลงใช้ได้กับอาชีพต่าง ๆ เช่น ช่างราชการชั้นผู้ใหญ่กับผู้น้อย ครูกับนักเรียน กรรมการกับสมาชิก หัวหน้ากับลูกน้อง นายจ้างกับลูกจ้าง เป็นต้น

(2) บทบาทในด้านคุณสมบัติหรือความประพฤติ สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะได้รับบทตามคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงของคนอื่น และสมาชิกที่ได้รับบทนั้นจะแสดงออกทั้งความคิด การพูด การกระทำให้สมจริงกับบทที่ตนได้รับและสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง เช่น คนหนึ่งรับบทเป็นผู้จัดการที่เอาแต่อารมณ์รักงานมากกว่ารักลูกน้อง ส่วนอีกคนหนึ่งแสดงเป็นลูกน้องที่กำลังมีปัญหาเกี่ยวกับหัวหน้า

(3) บทบาทในด้านฐานะหรือตำแหน่ง คล้าย ๆ กับบทในคุณสมบัติหรือความประพฤติ แต่แตกต่างกันตรงที่บทในด้านฐานะหรือตำแหน่งนี้จะไม่ให้ข้อเท็จจริงของบุคคล โดยเฉพาะเจาะจงไปอย่างละเอียด แต่จะให้ผู้แสดงได้สมมติขึ้นเองว่า ถ้าเขาอยู่ในตำแหน่งผู้จัดการ ผู้ใหญ่ นายจ้างเขาจะแสดงบทบาทนั้นอย่างไร เป็นต้น

วิธีการในการใช้บทบาทสมมติทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ คือ การเตรียมบทบาทและกำหนดขอบเขตของปัญหาให้ชัดเจน

ขั้นที่ 2 ขั้นแสดง คือ ขั้นที่ลงมือเลือกตัวผู้แสดงอุปกรณ์ จัดฉาก หรือสถานที่ เตรียมผู้สังเกตการณ์ การเตรียมพร้อมก่อนแสดง ลงมือแสดง และการดัดบทเมื่อแสดงไปพอสมควรหรือยาวนานเกินไป

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์และอภิปรายผลการแสดง เป็นการให้ผู้แสดงบอกความรู้สึกก่อนอภิปรายแล้วจึงให้ผู้ชมหรือผู้สังเกตการณ์อภิปรายโดยตรงไปตรงมามุ่งที่สถานการณ์และปัญหาไม่ให้ผู้แสดงใช้อารมณ์อภิปราย

ขั้นที่ 4 ขึ้นแสดงเพิ่มเติม ถ้าแสดงไม่ได้ผลหรือยังไม่เข้าสู่จุดที่ต้องการอาจจะแสดงซ้ำเพื่อดูผลอีกครั้ง แต่ถ้าดีแล้วก็ใช้ขั้นที่ 5 ได้เลย

ขั้นที่ 5 ขึ้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือสรุป เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างผู้ชมหรือสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะนำมาซึ่งการสรุปหรือได้ความคิดรวบยอดของเรื่องนั้นก็ได้อีก

ประโยชน์ของการแสดงบทบาทสมมติ

- (1) ช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมต่าง ๆ ได้มาก
- (2) สอนให้ผู้ชมและผู้แสดงตระหนักถึงความจริง เห็นอกเห็นใจเพื่อน
- (3) สร้างความสนใจให้เกิดขึ้นแก่ทุกคนในกลุ่ม
- (4) ทำให้สมาชิกสามารถเรียนรู้วิธีวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป
- (5) ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองมากขึ้น เพราะบทบาทที่แสดงอาจเป็นจริงขึ้นมาวันใดวันหนึ่ง
- (6) ทำให้สมาชิกได้เปิดเผยตนเองออกมาอย่างอิสระในบทบาทที่แสดงนั้น
- (7) ช่วยให้งานกลุ่มดำเนินไปได้ดี การมีอุปสรรคทางอาวุธ อารมณ์ ความคิดโบราณจะหมดไป

ข้อคิดในการใช้บทบาทสมมติ

- (1) อย่าใช้การแสดงนี้เพียงเพื่อต้องการทราบคำตอบ หรือต้องการแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งเพียงอย่างเดียว
- (2) พยายามเลือกบทที่ง่ายที่ผู้แสดงไม่สับสน มีคติสอนใจ ผู้ชมเกิดความประทับใจและรู้จักตนเองมากขึ้น
- (3) บทควรเป็นไปอย่างธรรมชาติ ไม่เสแสร้งจะช่วยให้เกิดผลมากกว่าบทที่ตายตัว
- (4) ระวังอย่าให้กระทบกระเทือนจิตใจคนหนึ่งมากเกินไปโดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่รู้จักกันดี

11) การอภิปรายแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (Group Counseling)

ลักษณะในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม มีสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มละประมาณ 5 – 12 คน ผู้ที่เข้าร่วมหรือ

สมาชิกควรมีลักษณะสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษา 1 คน เรียกว่า “Group Counselor” ดังนั้นเมื่อสมาชิกได้มาเข้ากลุ่มแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแก้ปัญหาแสดงความคิดเห็นช่วยเหลือกัน ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้จะทำให้สมาชิกได้พัฒนาตนเองในด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้แนวทางแก้ปัญหา เกิดความเชื่อมั่นและเกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

วิธีการ ผู้ให้คำปรึกษาคัดเลือกสมาชิกที่มีสภาพลักษณะของปัญหาคือคล้ายคลึงกันเข้ากลุ่ม ชี้แจงกฎเกณฑ์ของกลุ่ม พยายามให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูด ผู้ให้คำปรึกษาสรุปผลที่ได้จากกลุ่มเพื่อให้สมาชิกนำไปปฏิบัติ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้มีบทบาทมากในสังคมปัจจุบันเพราะใช้แก้ปัญหาหลายชนิด เช่น ปัญหาการศึกษาต่อ ปัญหาการเลือกอาชีพ ปัญหาครอบครัว ฯลฯ

ข้อดีของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ

- (1) ทำให้สมาชิกได้พัฒนาตนเองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหา
- (2) สมาชิกเกิดการยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น รู้จักปฏิสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล รู้จักการสื่อสารในกลุ่ม

- (3) สมาชิกรู้จักการเป็นผู้ฟังที่ดี รู้จักสำรวจปัญหาของตนเอง
- (4) สมาชิกได้ฝึกทักษะในการเข้ากลุ่ม

ข้อเสียของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ

- (1) สมาชิกใช้จำนวนจำกัดไม่เกิน 10 คน
- (2) ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการ

ดำเนินการให้คำปรึกษา

โดยสรุป การอภิปรายกลุ่มมีอยู่หลายรูปแบบ ซึ่งเทคนิคการอภิปรายกลุ่มนี้เป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้การพูดจา หรือการปรึกษาหารือกันเป็นหลักในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทำให้เกิดการระดมความคิดเชิงสร้างสรรค์ ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมได้รับฟังปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับซึ่งกันและกัน มีการปรึกษากันเพื่อแก้ปัญหา มีการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกทำให้เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของประชาชนในชุมชน นำไปสู่การได้มาซึ่งการตกลงใจและสรุปในสิ่งที่ปรึกษากันได้

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดขั้นตอนการอภิปรายกลุ่มในรูปแบบ การอภิปรายกลุ่มแบบขบ๊อบ (Buzz Session) และการระดมสมอง (Brain Storming) ตามที่ได้ศึกษามาประยุกต์ใช้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ด้วยเทคนิคกระบวนการ AIC

เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีอาการปวดหลัง และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามาร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ กำหนดความต้องการ และทิศทางการแก้ไขปัญหา เพื่อร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

8. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

8.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

มีผู้รู้หลายท่านได้ให้แนวคิดหรือความหมายเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเด็นต่าง ๆ กัน ดังนี้

วิจิตร ศรีสุพรรณ (2545) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง วิธีการวิจัยที่เน้นการส่งเสริมหรือเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน โดยใช้การมีส่วนร่วมและการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้ปฏิบัติเข้ามีส่วนร่วมในการวิจัย

ศิริพร จีรวรรณกุล (2548) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง การวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา หรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติ และการวิจัยกับการกระทำ ทำการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กร แห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อการพัฒนา หาหลักการเหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

องอาจ นัยวัฒน์ (2551) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง การวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสร้างสรรค์ขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพทางการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านอื่น ๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

สุภาวศ์ จันทวานิช (2552) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดีเหมาะสมตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัยมาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริง

ควบคุมแนวทางปฏิบัติ แล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการ เพื่อนำผลไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจนำไปใช้ และเผยแพร่ได้

Cormack (1996) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง การทำวิจัยและการทำงานเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ในขณะเดียวกันผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำงานเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน โดยอาจใช้แบบสอบถาม การสังเกต หรือใช้วิธีอื่น ๆ จากนั้นจะมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ ตั้งวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรมที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง และมีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ขณะเดียวกันก็ติดตามความก้าวหน้าปฏิกิริยาของคนในองค์กรและปรับปรุงแผน และประเมินผลครั้งสุดท้ายเพื่อสรุปบทเรียนและเขียนรายงานการวิจัย

Streubert and Carpenter (1999) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง วิธีการวิจัยที่ใช้กิจกรรม (action) ในการปรับปรุงการปฏิบัติและการศึกษาผลของกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะศึกษาในหน่วยปฏิบัติงานเพื่อหาปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง และระบุวิธีการแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้และนำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานนั้น จากนั้นจะมีการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้แน่ใจว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลที่ต้องการ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ทั้งนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไม่มุ่งหวังที่จะให้ผลที่ได้รับใช้อย่างอิงได้โดยทั่วไปเนื่องเพราะได้ออกแบบเฉพาะหน่วยงานที่ดำเนินการวิจัยเท่านั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานจะเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติในหน่วยงานของตนเอง

จากแนวคิดในประเด็นต่าง ๆ กันซึ่งมีทั้งความเหมือนและความต่าง สามารถสรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการวิจัยที่ดำเนินการขึ้นเพื่อใช้วิเคราะห์สถานการณ์และแก้ไขปัญหาในหน่วยงานหรือชุมชนที่หน่วยงานนั้น ๆ รับผิดชอบ โดยหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือหน่วยงาน มีการนำกิจกรรมที่ได้จากกระบวนการวิจัยไปใช้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และมีการประเมินผลเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นั้น ๆ

8.2 ขั้นตอนการดำเนินงานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (สุภางค์ จันทวานิช, 2552)

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

8.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา เป็นจุดสำคัญในการวางแผนแก้ไข

ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพของงานซึ่งดำเนินงานได้หลายลักษณะ เช่น การสังเกต การสำรวจข้อมูล

จาก การประเมินของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เมื่อพบปัญหาจากการสำรวจ และการวิเคราะห์ปัญหา แล้วนำมาจัดความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาความรุนแรงของปัญหาว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา ก่อน ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย

8.2.2 ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวิธีการในการแก้ปัญหา เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหาจากการศึกษาในขั้นที่หนึ่งเพื่อทราบจะได้แนวทางในการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ต้องศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง คู่มือ ตำรา แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงานจนทำให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ในขั้นนี้จะนำไปสู่ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.2.3 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรม จากขั้นตอนที่สอง จะได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหรือแนวทางการพัฒนาซึ่งอาจเป็นวิธีการ หรือนวัตกรรมที่เป็นไปได้ แล้วนำวิธีการหรือนวัตกรรมที่ได้ไปทดสอบหาความเที่ยงตรงแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป ขั้นตอนนี้นำไปสู่ตัวแปรที่ศึกษาและวิธีการที่จะพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา

8.2.4 ขั้นตอนที่ 4 นำวิธีการหรือนวัตกรรมไปใช้ สังเกตผลที่ได้เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปลี่ยนแปลง ขั้นตอนนี้ต้องมีเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

8.2.5 ขั้นตอนที่ 5 การแปลความหมายข้อมูลหรือการสรุปผล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยเลือกสถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลที่รวบรวมได้แล้ว สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล หากยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตามที่ต้องการก็จะต้องทำการปรับปรุงแก้ไข โดยย้อนกลับไปค้นหาวิธีการหรือนวัตกรรมใหม่แล้วพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรมตลอดจนนำไปใช้อีกแล้ว สรุปผลการดำเนินงาน

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็น กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่เห็นว่าดี เหมาะสมตามความรู้ ความเข้าใจของผู้วิจัยมาดำเนินการปฏิบัติ เพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ตั้งแต่การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหา แล้วนำวิธีการนั้นมาสร้างเครื่องมือหรือนวัตกรรมและนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงทำการแปลผล และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นั้นว่าสามารถแก้ปัญหาตามที่ต้องการได้หรือไม่ หากไม่ได้ก็ทำการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือใหม่ ทำให้ผล การศึกษานั้นเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความละเอียด ทำให้สามารถเข้าในสถานการณ์ในพื้นที่บ้านโนน

สะอาด หมู่ที่ 2 อย่างต่อเนื่อง และเกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง ทำให้สามารถแก้ปัญหาอาการปวดหลังได้

8.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่มีวิธีการเฉพาะที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่จะใช้วิธีการหลัก ๆ ดังนี้

8.3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็น

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อหาคำตอบอธิบายสถานการณ์ หรือ ธรรมชาติซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้เข้าใจในสถานการณ์อย่างถ่องแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีปฏิบัติ หลักการ และเหตุผลที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมนั้น ๆ โดยเน้นความเข้าใจ ความรู้สึก คุณค่า ความหมาย วิธีการปฏิบัติ และบทบาทของบุคคล นอกจากความเข้าใจสถานการณ์แล้ว การวิจัยเชิงปฏิบัติการยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการพัฒนากิจกรรมในสถานการณ์นั้น ๆ มีความเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงแล้วสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไป การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยรวมทั้งวิเคราะห์ขั้นสุดท้ายเพื่อสรุปเขียนรายงานการวิจัย เทคนิคสำคัญที่ต้องใช้คือเทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

8.3.1.1 อธิบายสถานการณ์

8.3.1.2 ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

8.3.1.3 จัดหมวดหมู่และแยกประเภทตามกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม

8.3.1.4 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง ความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดย

การวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

8.3.1.5 สรุปประมวลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี

8.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวเลขที่

แสดงจำนวนนับ เช่น คะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง ก่อนและหลังการอบรม และระดับการเข้าร่วมกิจกรรมจำแนกตามประเภทกิจกรรม ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสังเกต เหล่านี้ เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินงาน อันจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเครื่องมือที่นำมาใช้ในกิจกรรมการพัฒนา

8.4 การสรุปลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2548) ได้สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎีว่ามีลักษณะสำคัญ 9 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลง โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไปทำให้เกิดการพัฒนาต่าง ๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น
- 2) เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการที่จะตระหนักถึงปัญหา ต้องการการแก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวิธีปฏิบัตินั้น ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาไปด้วยกัน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน
- 3) เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ
- 4) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ
- 5) เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ
- 6) เป็นกระบวนการทางการเมือง เนื่องจากธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ จึงต้องมีการประสานประโยชน์ที่ทุกคนจะได้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ
- 7) เป็นการบันทึกอย่างเป็นระบบ
- 8) เป็นการสร้างทฤษฎี กล่าวคือ จากข้อมูลองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้ในกระบวนการวิจัย จะทำให้ได้เหตุผลของการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการ สร้างเป็นทฤษฎีได้
- 9) เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็กสู่การเปลี่ยนแปลงใหญ่

องอาจ นัยพัฒน์ (2551) ได้สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎีว่ามีลักษณะสำคัญ 8 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1) เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านการปฏิบัติงาน (practical problem) ที่ผู้วิจัยระดับล่างมักประสบในขณะที่ทำงานประจำหรือปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละวัน มากกว่าการเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านทฤษฎี (theoretical problem)
- 2) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการทำความเข้าใจ (understanding) ต่อสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอย่างลุ่มลึกและกระจ่างชัด ภายใต้กระบวนการไคร่ครวญตรวจสอบในลักษณะสะท้อนกลับผลของยุทธวิธีปฏิบัติที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ลงมือกระทำลงไปอย่างวิพากษ์วิจารณ์

(critically self-reflective process) อันจะนำไปสู่การได้แนวทางปฏิบัติการสำหรับใช้แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมมากยิ่งขึ้นสำหรับดำเนินงานในลำดับต่อไป

- 3) มุ่งเน้นการตีความหมายเหตุการณ์ หรือสภาวะการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น
- 4) เสนอผลการวิจัยในรูปแบบเรียบง่าย
- 5) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย
- 6) ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย
- 7) ไม่เน้นการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาย้ายข้ามไปยังบริบทอื่น
- 8) สร้างคุณภาพและความเสมอภาคระหว่างทัศนะของบุคคลภายในและบุคคลภายนอก

สุภาภรณ์ จันทวานิช (2552) ได้สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎีมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
 - 2) เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน
 - 3) เป็นการทดลองปฏิบัติโดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของบุคลากร หรือกลุ่มในกระบวนการวางแผนการปฏิบัติ การสังเกต สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป การทดลองปฏิบัติที่ทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมธรรมชาติ
 - 4) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง เพื่อความเข้าใจในสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ ไม่ใช่เพื่อแก้ปัญหาอย่างผิวเผิน
 - 5) เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา เรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนากิจกรรม
 - 6) เป็นกระบวนการทางการเมือง เพราะการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้าน การเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การต่อต้านนี้เกิดขึ้นทั้งผู้วิจัย และผู้ปฏิบัติงาน
 - 7) เป็นการบันทึกความก้าวหน้า การบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการที่ศึกษา
 - 8) เป็นการสร้างทฤษฎีโดยการหาเหตุผลของการปฏิบัติจากปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้วนำมาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎีแล้วสรุปเป็นหลักการภายหลัง
 - 9) เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงเล็ก (กลุ่มเล็ก หรือแม้แต่ผู้วิจัยเพียงผู้เดียว) แล้วจึงขยายเป็นวงใหญ่ (กลุ่มใหญ่ เช่น กลุ่มผู้ป่วย ชุมชน หมู่บ้าน / ชุมชน องค์กร เป็นต้น)
- จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานที่ทำอยู่และมีประเด็นที่เป็นปัญหาในปัจจุบันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้วิธีการ

เชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคำตอบอธิบายสถานการณ์ หรือธรรมชาติซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ทำให้เข้าใจในสถานการณ์อย่างถ่องแท้ เข้าใจ เกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จากลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำมาใช้เป็นกระบวนการศึกษาวิจัย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการแก้ไขปัญหาอาการปวดหลังในชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมและจัดให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมไปถึงขีดสูงสุดในการดูแลสุขภาพของตนเพื่อลดอาการปวดหลัง

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง ดังนี้

- 9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องอาการปวดหลัง
- 9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ที่มีอาการปวดหลัง
- 9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดหลัง
- 9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาอาการปวดหลัง

9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องอาการปวดหลัง

วรฉัตร คงเทียม (2553) ทำการวิจัยทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (ทออวน) ตำบลบ้านทุ่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานนอกระบบซึ่งประกอบอาชีพทออวนที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเสนอตัวแบบ แจกคู่มือ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายแบบโยคะ การนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร การปฏิบัติตนในการอริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการออกเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้

เกี่ยวกับอาการปวดหลังและพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เกษร เสียงเพราะ (2552) ทำการศึกษาการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของชาวนาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลคือ เกษตรกรที่มีอาชีพทำนาอายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 21 คน ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผลพบว่า ชาวนามีประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อ คือ การออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงทนทานต่อการทำงานหนักและช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อได้ สำหรับประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อ พบว่า ส่วนใหญ่เลือกรับประทานยาชุดแก้ปวดที่ขายตามร้านค้าในหมู่บ้าน เพื่อลดอาการปวดให้หายเร็วขึ้นซึ่งหาซื้อได้ง่ายตามร้านค้าในหมู่บ้าน รองลงมาคือ การบีบ นวดโดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายตัว การยืดเหยียดเมื่ออยู่กลางทุ่งนา เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว และ การรับประทานสมุนไพร

สิริหุญจ ศรีสุพรรณ (2550) ทำการศึกษาผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 30 รายโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 กิจกรรม คือกิจกรรมความรู้ทั่วไปเรื่องโรคปวดหลังส่วนล่าง กิจกรรมทำทางต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการออกกำลังกาย และ กิจกรรมการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลัง ร่วมกับการสัมภาษณ์ญาติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการติดตามประเมินผลของการดูแลตัวเองภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างมีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคปวดหลังส่วนล่าง และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ดีวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ เมื่อทำการติดตามประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมแล้ว 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลังในระดับดีและจากการสัมภาษณ์ญาติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลังอย่างถูกต้อง

จิรารักษ์ โสภณทัต (2548) ทำการวิจัยถึงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลัง

ส่วนล่างที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่างและ เจตคติเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง ดีวก่อนทดลอง และดีวกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ภาณุเดช แสงสีคำ (2548) ทำการศึกษาวิจัยเบื้องต้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างของ ชาวนาใน 3 ตำบล ของอำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา จากการสอบถามภาวะ การปวดร่างกายจากการ ทำนาของชาวนา จำนวน 167 คน ผลพบว่า จากการวิเคราะห์สาเหตุของการปวดหลังในขณะยก กระสอบข้าวหนัก 100 กิโลกรัม พบว่ามาจากการยกที่ไม่ถูกต้อง โดยมีการก้มหลังในการยก เมื่อทำการฝึกอบรมวิธีการยกที่ถูกต้องโดยการย่อเข่า มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยของแรงกดที่หมอนรอง กระดูก L5/S1 ลดลงร้อยละ 18.3

พรพรรณ พึ่งน้ำ (2547) ทำการศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 16-76 ปี ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ไม่มีอาการรากประสาทถูกกด ซึ่งมา รับบริการที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การลองปฏิบัติ การดูแลตัวเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับคำแนะนำตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การประเมินระดับความเจ็บปวด จำนวนครั้งของชีพจรขณะพักก่อนทำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมใน ชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค สูงวก่อนทดลองและสูง กวกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และระดับคะแนนความเจ็บปวด ของกลุ่มทดลองลดลงวกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

มรุส ฌฎฐารมณ (2546) ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับ ความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ทรมานจากอาการปวดหลัง ผู้ป่วยพยายามจัดการกับความปวด แต่ขัดกับงานประจำที่ต้องทำอยู่ และการจัดการไม่ได้เป็นการแก้ที่ปัญหา หรือสาเหตุของอาการปวดหลัง เมื่อมารับการรักษาและ ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากทีมสุขภาพ จึงมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความปวดได้ เมื่อ ดำเนินการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างเป็น

ระบบ และมีการจัดทำคู่มือการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน ผลจากการดำเนินการให้ความรู้พบว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลัง

Linton S.J. and Ryberg M.A. (2001) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับรู้ของกลุ่มประชาชน ผู้ที่มีอาการปวดคอและหลังในการป้องกันอาการปวดคอและหลัง โดยวิธีการให้การฝึกอบรมการปรับปรุงพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยให้ผู้ป่วยเข้ารับการอบรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการให้หนังสือคู่มือแนะนำวิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้มีอาการเรื้อรัง ผลพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการฝึกอบรมการปรับปรุงพฤติกรรม สามารถช่วยลดการสูญเสียสมรรถภาพและลดวันหยุดงานดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือแนะนำ

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องอาการปวดหลัง พบว่า ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนใหญ่มีกnowledgeเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังค่อนข้างน้อย และมีการจัดการกับปัญหาของตนโดยการใช้ยาแก้ปวด หรือการนวดเป็นหลัก เพื่อให้สามารถทำงานต่อไปได้ เมื่อผู้ที่มีอาการปวดหลังได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะทำงาน ผลพบว่า ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีknowledgeเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถจัดการกับความปวดด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ที่มีอาการปวดหลัง

วรฉัตร คงเทียม (2553) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (ทออวน) ตำบลบ้านท่ม อำเภอมือเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานนอกระบบซึ่งประกอบอาชีพทออวนที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเสนอตัวแบบ แจกคู่มือ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายแบบโยคะ การนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร การปฏิบัติตนในการอริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการออกเยี่ยมบ้าน ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เกษร เสียงเพราะ (2552) ทำการศึกษาการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของชาวนาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลพบว่า ลักษณะการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของชุมชนนี้มีลักษณะ คือ ปวดจากสันหลังถึงข้อเท้า และปวดแบบออกร้อนจากหลังส่วนล่างลงไปตามกล้ามเนื้อขา โดยสาเหตุที่สำคัญ คือ การอยู่ในอิริยาบถไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน การทำงานหนักเป็นเวลานาน การเกี่ยวข้อด้วยความรีบเร่ง และ การเกิดอุบัติเหตุระหว่างการเกี่ยวข้อ สำหรับประสิทธิภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อ คือ การออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงทนทานต่อการทำงานหนักและช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อได้

สิริหญิง ศรีสุพรรณ (2550) ทำการวิจัยผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ผลพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ดีวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ เมื่อทำการติดตามประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมแล้ว 1 เดือน จากการสัมภาษณ์ญาติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลังอย่างถูกต้อง

ณัฐพงษ์ ฤทธิ์น้ำคำ (2549) ทำการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทอผ้าไหมโดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มอาชีพทอผ้าไหม จำนวน 231 คน และทำการสังเกตการทำงานทอผ้าไหมและสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ทอผ้าไหม ผลพบว่า กลุ่มอาชีพทอผ้าไหมนั้นมีปัญหาอาการปวดเมื่อยมากที่สุดที่บริเวณ เอว เข่า ไหล่ ต้นขา และหลังส่วนบน ร้อยละ 50.6, 38.5, 35.1, 34.6 และ 27.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สถิติ Chi-square test ($\chi^2 - test$) พบว่า การเกี่ยวข้อทำงานเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณข้อศอกซ้ายและเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

นิธิดา จิร โชนุเคราะห์ (2549) ทำการศึกษาการลดอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสาวผ้าที่โรงงานย้อมผ้าถักตัวอย่าง จากการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์พนักงานในแผนกต่างๆ สรุปได้ว่าพนักงานที่มีอาการปวดหลังส่วนใหญ่มากจากแผนกโกดังผ้าดิบ (งานสาวผ้า) รองลงมาคือแผนกย้อมผ้า (งานยกถุงโซดาไฟ) จากการคำนวณค่าแรงกดที่หมอนรองกระดูก L5/S1 ได้ค่าสูงสุดเท่ากับ 6,025.5 นิวตัน (N) ซึ่งเกินขีดจำกัดของความปลอดภัย โดยมีสาเหตุของอาการปวดหลังมาจาก ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม

พิสิษฐ์ เลิศชาวพัฒน์ (2549) ทำการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ผลิตสินค้าประเภทไม้ ในกลุ่มสหกรณ์วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานผลิตสินค้าประเภทผลิตภัณฑ์ประเภทไม้จำนวน 600 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลพบว่า การสูบบุหรี่ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี ผู้ที่มีอายุการทำงาน 10.1-15 ปี และ มากกว่า 15 ปี ผู้ที่มีเวลาการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ผู้ที่ต้องนั่งหรือยืนทำงานเป็นเวลานาน ๆ ติดต่อกัน ผู้ที่ต้องยก ลาก หรือเข็นของหนัก ความอิสระในการตัดสินใจระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญ และการออกกำลังกายทุกวันมีความสัมพันธ์ต่อการช่วยให้อาการปวดหลังลดลง การดูแลรักษาส่วนใหญ่เมื่อมีอาการปวดหลัง คือ ใช้วิธีซื้อยารับประทานเอง และป้องกันตนเองโดยการรับประทานยา

จิราภรณ์ โสภณทัต (2548) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ดีวก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

นภาพร รักบ้านเกิด (2548) ทำการศึกษาและเปรียบเทียบภาวะปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ (Oswestry : OSW) ในกลุ่มอาชีพพนักงานผู้ให้บริการและวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการปวดหลังบริเวณดังกล่าว โดยทำการออกแบบแบบสอบถามภาวะอาการปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ แล้วทำการสำรวจพนักงานผู้ให้บริการทั้งหมด 12 อาชีพ อาชีพละ 100 คน รวม 1,200 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า จากการเปรียบเทียบวิธีการทำงานระหว่างพนักงานที่มีอาการปวดหลังมากกับพนักงานที่ไม่มีอาการปวดหลัง โดยการสัมภาษณ์และศึกษาวิถีจากวิธีทำงานจริงและสร้างแผนภูมิกระบวนการปฏิบัติงาน สรุปได้ว่า พนักงานทั้ง 2 คน มีวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น แม่บ้านที่มีอาการปวดหลังมากจะก้มหลังยกสัมภาระ และมีการก้มหลังและหมุนตัวในขณะที่ถูพื้น ส่วนแม่บ้านที่ไม่มีอาการปวดหลังจะย่อเข่าเพื่อใช้แรงขาช่วยในการยกภาระและถูพื้นในแนวตรงไม่มีการหมุนตัว เป็นต้น

ภาณุเดช แสงสีคำ (2548) ทำการศึกษาวิจัยเบื้องต้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างของชาวนาใน 3 ตำบลของอำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา จากการสอบถามภาวะ การปวดร่างกายจากการ

ทำนาของชาวนา จำนวน 167 คน ผลพบว่า มีจำนวน 160 คน (ร้อยละ 95.8) ที่มีอาการเจ็บปวดของร่างกายจากการทำนาและบริเวณหลังส่วนล่างมีอาการปวดมากเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนขั้นตอนการทำงานที่ทำให้เกิดการปวดหลังมากที่สุดคือขั้นตอนการเกี่ยวเกี่ยว จากการวิเคราะห์สาเหตุของการปวดหลังในขณะยกกระสอบข้าวหนัก 100 กิโลกรัม พบว่ามาจากท่าทางการยกที่ไม่ถูกต้อง โดยมีการก้มหลังในการยก เมื่อทำการฝีกอบรมวิธีการยกที่ถูกต้องโดยการย่อเข่า มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยของแรงกดที่หมอนรองกระดูก L5/S1 ลดลงร้อยละ 18.3

มธุรส ณีฐารมณ (2546) ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน ผลพบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการปวดหลังจากการทำงานในลักษณะก้ม ๆ เงย ๆ และอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน เมื่อดำเนินการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับความปวดหลังส่วนล่างอย่างเป็นระบบ และมีการจัดทำคู่มือการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน ผลจากการดำเนินการให้ความรู้พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลัง

กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2545) ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของชาวบ้านในเขตอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผลพบว่า เมื่อชาวบ้านมีอาการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวบ้านที่เป็นวัยทำงานที่พบบ่อยที่สุด คือ การซื้อยารับประทานเอง รองลงมา คือ การนอนพัก และการปล่อยให้หายเอง ตามลำดับ โดยเหตุผลของการเลือกวิธีนี้เพราะมีความสะดวก หาซื้อได้ง่ายทั้งตามร้านขายยาและร้านขายของชำ

Hoy, et al. (2004) ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการใช้ร่างกายรับความแรงจากการสั่นสะเทือน และท่าทางขณะทำงานของคนขับรถบรรทุกของต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ผลพบว่า อัตราการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มผู้ที่ขับรถบรรทุกของมากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่ได้ขับรถบรรทุก นอกจากนี้ ท่าทางการทำงานซึ่งประกอบด้วยการเอี้ยวตัว การโค้งตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ที่มีอาการปวดหลังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการปวดหลัง ได้แก่ การก้ม ๆ เงย ๆ การก้มยกของหนัก การเอี้ยวบิดตัวขณะยกของ และการทำงานอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน เมื่อผู้ที่มีอาการปวดหลังกลุ่มนี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับท่าทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งอาจมีเอกสารความรู้ให้แก่ผู้ที่มีอาการปวดหลังศึกษาเพิ่มเติม และผู้ที่มีอาการปวดหลังสามารถนำความรู้ที่ได้นี้ไปใช้ในการปรับปรุงท่าทางการทำงานของตน ผู้ที่มีอาการปวดหลังจะสามารถดูแลอาการปวดหลังของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดหลัง

เกษร เสียงเพราะ (2552) ทำการศึกษาการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของชาวนาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า สาเหตุที่สำคัญ คือ การอยู่ในอิริยาบถไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน การทำงานหนักเป็นเวลานาน การเกี่ยวข้อด้วยความรีบเร่ง และ การเกิดอุบัติเหตุระหว่างการเกี่ยวข้อ สำหรับปัจจัยส่งเสริมคือ อายุ ความอ้วน น้ำหนักเกิน เพศ และความเครียดทางจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวนามีประสบการณ์การออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงทนทานต่อการทำงานหนักและช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อได้

จิระวรรณ สุวินทรกร (2550) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล ลักษณะงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับอาการปวดหลังของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 308 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีการตรวจสอบความตรงด้วยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ลักษณะงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังของพยาบาลในสังกัดกองทัพเรือ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เพศ อายุ การออกกำลังกาย ความเครียด ภาระงาน ท่าทางในการทำงาน และความเพียงพอของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัฐพงษ์ ฤทธิ์น้ำคำ (2549) ทำการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทอผ้าไหม โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มอาชีพทอผ้าไหม จำนวน 231 คน และทำการสังเกตการทำงานทอผ้าไหมและสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ทอผ้าไหม พบว่า เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สถิติ Chi-square test ($\chi^2 - test$) พบว่า การเอี้ยวตัวขณะทำงานเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณข้อศอกซ้ายและเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

นิธิดา จิรโชคนุเคราะห์ (2549) ทำการศึกษาการลดอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสาวผ้า ที่โรงงานย้อมผ้าถักตัวอย่าง จากการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์พนักงานในแผนกต่างๆ สรุปได้ว่าพนักงานที่มีอาการปวดหลังส่วนใหญ่มากจากแผนกโกดังผ้าดิบ (งานสาวผ้า) รองลงมาคือแผนกย้อมผ้า (งานยกลูกโซดไฟ) จากการคำนวณค่าแรงกดที่หมอนรองกระดูก L5/S1 ได้ค่าสูงสุดเท่ากับ 6,025.5 นิวตัน (N) ซึ่งเกินขีดจำกัดของความปลอดภัย โดยมีสาเหตุมาจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม

พิสิษฐ์ เลิศชาวพัฒน์ (2549) ทำการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ผลิตสินค้าประเภทไม้ ในกลุ่มสหกรณ์

วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานผลิตสินค้าประเภทผลิตภัณฑ์ประเภทไม้ จำนวน 600 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลพบว่า ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ผลิตสินค้าประเภทไม้ในกลุ่มสหกรณ์วังน้ำเย็น เท่ากับ ร้อยละ 61.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ $25-29.0 \text{ kg/m}^2$ และมากกว่า 30 kg/m^2 การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี ผู้ที่มีอายุการทำงาน 10.1-15 ปี และ มากกว่า 15 ปี ผู้ที่มีเวลาการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ผู้ที่ต้องนั่งหรือยืนทำงานเป็นเวลานาน ๆ ติดต่อกัน ผู้ที่ต้องยก ลาก หรือเข็นของหนัก ความอิสระในการตัดสินใจระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในเชิงผกผันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การออกกำลังกายทุกวัน สำหรับความรุนแรงของอาการดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังในแต่ละครั้งประมาณ 2-7 วัน แต่ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องหยุดงาน และตลอดระยะเวลา 1 ปี ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลัง 8-30 วัน และไม่ได้หยุดงาน การดูแลรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีซื้อยารับประทานเอง และป้องกันตนเองโดยการรับประทานยา

จรรยา จิตราพิเนตร (2548) ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบภาวะปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บของพนักงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม 12 กลุ่มอาชีพ กลุ่มอาชีพละประมาณ 100 คน โดยทำการสำรวจด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ค่าระดับความรุนแรง (Oswestry; OSW) ของอาการปวดหลังบริเวณดังกล่าว สูงสุด 3 อันดับแรก คือ พนักงานปั้นทอด้วยเครื่องจักร พนักงานซ่อมบำรุงเครื่องจักรหนัก และ พนักงานผลิตและขนถ่ายวัสดุก่อสร้างตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ย 12 กลุ่มอาชีพ นั้นมีระดับความรุนแรงไม่มากนัก เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ โดยใช้สถิติ Chi-square test ($\chi^2 - \text{test}$) สรุปได้ว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนพนักงานที่ปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บหลายกลุ่มอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การบิดตัว ความสูงเก้าอี้ การยกภาระงานหนัก เนื่องที่การทำงาน และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของอาการปวดหลัง (OSW) โดยใช้ ANOVA ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อหลายกลุ่มอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การก้มขณะทำงาน การยกภาระงานหนัก อิริยาบถในการทำงาน การบิดตัว และจากการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงอาการปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บของพนักงาน ทั้ง 12 กลุ่มอาชีพ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับแต่ละอาชีพที่ศึกษา

นภาพร รักบ้านเกิด (2548) ทำการศึกษาและเปรียบเทียบภาวะปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ (Oswestry : OSW) ในกลุ่มอาชีพพนักงานผู้ให้บริการและวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปวดหลังบริเวณดังกล่าว โดยใช้แบบสอบถามภาวะอาการปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ แล้วทำการสำรวจพนักงานผู้ให้บริการ ทั้งหมด 12 อาชีพ อาชีพละ 100 คน รวม 1,200 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่าพนักงานผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยของร้อยละ OSW สูงสุด 3 อันดับแรก คือ พนักงานนวดแผนโบราณ แม่บ้าน และ พนักงานขับรถ ตามลำดับ ซึ่งค่า OSW ของอาชีพดังกล่าวไม่เกินร้อยละ 20 หมายความว่า โดยเฉลี่ยพนักงานผู้ให้บริการมีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บไม่มากนัก ผลจากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อค่า OSW โดยใช้สถิติ ANOVA สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อค่า OSW ของพนักงานผู้ให้บริการหลายอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุตัว อายุงาน ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ช่วงเวลาในการพัก อิริยาบถในการทำงาน การเอี้ยวหรือบิดตัว และการก้มในขณะทำงาน และน้ำหนักของภาระที่ยก จากการเปรียบเทียบวิธีการทำงานระหว่างพนักงานที่มีอาการปวดหลังมากกับพนักงานที่ไม่มีอาการปวดหลัง โดยการสัมภาษณ์และศึกษาวิธีจากวิธีทำงานจริงและสร้างแผนภูมิกระบวนการปฏิบัติงาน สรุปได้ว่า พนักงานทั้ง 2 คน มีวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น แม่บ้านที่มีอาการปวดหลังมากจะก้มหลังยกสัมภาระ และมีการก้มหลังและหมุนตัวในขณะถูพื้น ส่วนแม่บ้านที่ไม่มีอาการปวดหลังจะย่อเข่าเพื่อใช้แรงขาช่วยในการยกภาระและถูพื้นในแนวตรงไม่มีการหมุนตัว เป็นต้น

ภาณุเดช แสงสีคำ (2548) ทำการศึกษาเบื้องต้นเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างของชาวนาใน 3 ตำบลของอำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา จากการสอบถามภาวะ การปวดร่างกายจากการทำนาของชาวนา จำนวน 167 คน ผลพบว่า จากการวิเคราะห์สาเหตุของการปวดหลังในขณะยกกระสอบข้าวหนัก 100 กิโลกรัม พบว่ามาจากท่าทางการยกที่ไม่ถูกต้อง โดยมีการก้มหลังในการยก

ธเนศ สิ้นส่งสุข (2547) ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา ผลพบว่า การเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณหลังส่วนล่าง พบมากในเพศหญิง ร้อยละ 97.3 และเพศชาย ร้อยละ 40 และการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในบริเวณหลังส่วนล่างนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามน้ำหนักและดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น การได้ออกกำลังกายเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในบริเวณหลังส่วนล่าง นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนสูง อายุการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในบริเวณหลังส่วนล่าง

รัชตมน ทองอร่าม (2545) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพมหานคร ผลพบว่า

อายุมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง โดยร้อยละ 70.1 ของพนักงานขับรถที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง มีอายุระหว่าง 31-45 ปี และร้อยละ 20 มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนสูง อายุการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง โดยผู้ที่มีส่วนสูงมากกว่า 178 เซนติเมตร ไม่มีประสบการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่าง

อนุชิต เกตุรวม (2545) ทำการศึกษาผลกระทบของความสั่นสะเทือนที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายและอาการปวดหลังแก่พนักงานควบคุมเครื่องจักรหนักในเมืองหิน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบายและอาการปวดหลังกับความสั่นสะเทือนของเครื่องจักรกลหนักของพนักงานในเมืองหิน โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามระดับของความรู้สึกไม่สบายและอาการปวดหลังส่วนล่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยลักษณะการทำงาน และปัจจัยอื่นๆ พนักงานที่ทดสอบประกอบด้วยพนักงานขับรถบรรทุก รถดักและบรรทุก อย่างละ 10 คน ผลพบว่า มีพนักงานที่เกิดความรู้สึกไม่สบาย 27 คน (90%) และพนักงานที่เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง 22 คน (73.3%) และพบว่าปัจจัย ขนาดของความสั่นสะเทือนที่เข้าสู่ร่างกาย อายุงาน ระยะเวลาการทำงานต่อเนื่อง จำนวนครั้งในการพัก และการทำงานล่วงเวลา มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆที่ได้จากการสังเกตการณ์ ได้แก่ การโยกตัวและท่าทางในการขับ โดยเฉพาะการโยกตัวมีผลต่อระดับความรู้สึกไม่สบายและมีอาการปวดหลังที่เพิ่มมากขึ้นในขณะทำงาน

เพชรรัตน์ แก้วดวงดี (2553) ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการปวดหลังส่วนล่างในอาชีพกลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ โดยศึกษาความชุกในรอบ 7 วัน 12 เดือน ความชุกของการหยุดงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในอาสาสมัครผู้ที่ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จำนวน 927 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง ซึ่งดัดแปลงจาก Standard Nordic Questionnaire ฉบับภาษาไทย และ Dutch Musculoskeletal Questionnaire ซึ่งอาสาสมัครได้ส่งแบบสอบถามกลับมา จำนวน 637 คน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในรอบ 7 วัน รอบ 12 เดือน และความชุกของการหยุดงาน คือ ร้อยละ 68.6, 72.1 และ 21.8 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การเปลี่ยนกะ จำนวนชั่วโมงในการทำงานใน 1 วัน และอาชีพเสริม สำหรับปัจจัยด้านการงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ การบิดหมุนลำตัวบ่อย ๆ การทำงานในท่าก้ม ๆ เงย ๆ การเอื้อมมือ การยืนและการเดิน การทำงานในท่าทางที่ใช้สมาธิมาก การเข็นและการดึงลาก

รวมทั้งการยกสิ่งของ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมยังมีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างอีกด้วย

Hoy, et al. (2004) ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการใช้ร่างกายรับความแรงจากการสั่นสะเทือน และท่าทางขณะทำงานของคนขับรถบรรทุกของต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ผลพบว่า ท่าทางการทำงานซึ่งประกอบด้วยการเอี้ยวตัว การโค้งตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการปวดหลัง พบว่า สาเหตุที่สำคัญ คือ การอยู่ในอิริยาบถท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน มีการก้ม ๆ เงย ๆ การยกของหนักที่ไม่ถูกวิธี การทำงานหนักต่อเนื่องไม่ได้พักเป็นเวลานาน ความรีบเร่งในการทำงาน และการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน สำหรับปัจจัยส่งเสริมคือ อายุ ความอ้วน น้ำหนักเกิน เพศ และ ความเครียดทางจิตใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงแรงสั่นสะเทือนขณะขับรถ และเมื่อผู้ที่มีอาการปวดหลังมีการออกกำลังกายทุกวัน พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการปวดหลังสามารถลดลงได้

9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาอาการปวดหลัง

วรฉัตร คงเทียม (2553) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (ทออวน) ตำบลบ้านท่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานนอกระบบซึ่งประกอบอาชีพทออวนที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเสนอตัวแบบ แจกคู่มือ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายแบบโยคะ การนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร การปฏิบัติตนในการอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน และการออกเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีระดับความปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างลดลงและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เกษร เสี่ยงเพราะ (2552) ทำการศึกษาคูแกลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าวของชาวนาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผลพบว่า เมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าว ส่วนใหญ่เลือกรับประทานยาชุดแก้ปวดที่ขายตามร้านค้าในหมู่บ้าน เพื่อลดอาการปวดให้หายเร็วขึ้นซึ่งหาซื้อได้ง่ายตามร้านค้าในหมู่บ้าน รองลงมาคือ การบีบ นวดโดยสมาชิกในครอบครัว

เพื่อให้เกิดความรู้สึกลบสบายตัว การยืดเหยียดเมื่ออยู่กลางทุ่งนา เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว และการรับประทานสมุนไพร

นันธิดา พันธุศาสตร์ (2549) ทำการศึกษาวิจัยถึงทดลองผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังที่บ้านต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ออร์โธปิดิกส์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 32 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 17 ราย จะได้รับการสาธิตท่าทางการบริหารกล้ามเนื้อหลังจากผู้วิจัยและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับพร้อมทั้งได้รับคู่มือและเทปบันทึกเสียงประกอบการบริหารกล้ามเนื้อหลังไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 30-45 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย ไม่ได้รับโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังไปปฏิบัติที่บ้านแต่ได้รับคู่มือและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ประเมินผลการศึกษาโดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ความเจ็บปวด ด้วย Visual Analogue Scale การวัดค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังด้วยเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้า อี เอ็ม จี (Electromyography: EMG) และการวัดแบบ Manual muscle test โดยนักกายภาพบำบัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการวัดก่อนและหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4, 8, และ 12 ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้น เมื่อวัดด้วยวิธี Manual muscle test และวัดด้วยเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้า อี เอ็ม จี และค่าคะแนนความเจ็บปวดหลังส่วนล่างลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

นิธิดา จิรโชคนุเคราะห์ (2549) ทำการศึกษากการลดอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสาวผ้า ที่โรงงานย้อมผ้าอีกด้วย จากการใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์พนักงานในแผนกต่างๆ สรุปได้ว่าพนักงานที่มีอาการปวดหลังส่วนใหญ มีสาเหตุมาจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องปรับปรุงการทำงานโดยการใช้โต๊ะปรับระดับ ผลการทดลองสรุปได้ว่า การเปลี่ยนท่าทางการทำงานใหม่และการนำแผ่นพลาสติกมารองระหว่างม้วนผ้าทำให้ทุกปัจจัยที่พิจารณามีค่าลดลง มีผลทำให้สามารถลดอาการปวดหลังจากการทำงานได้

ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ (2549) ทำการวิจัยถึงทดลองผลของการจัดการกับความปวดแบบผสมผสานต่อการลดความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการจัดการความปวดแบบผสมผสานต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจำนวน 66 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุจากกล้ามเนื้อ และมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ และสุ่มเลือกแบ่งกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการความปวดแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การให้ความรู้

เกี่ยวกับสุขภาพหลังและการจัดการความปวดด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนท่าทางในชีวิตประจำวัน การใช้ยา และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ส่วนกลุ่มควบคุมจะทำการจัดการความปวดตามประสบการณ์เดิม ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ($p\text{-value} < 0.01$)

อนุสรฯ ธานีตระกูล (2549) ทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pre test- post test design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่มีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ซึ่งมาจากวิธีการเลือกแบบเจาะจง อายุระหว่าง 35-60 ปี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แผนการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสภาพ และแบบประเมินอาการปวดหลังที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพมีอาการปวดหลังค่อนข้างมาก หลังจากได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$)

จิรารักษ์ ไสกัณฑ์ (2548) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความเจ็บปวดหลัง และเครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและความเจ็บปวดของหลังดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

พรพรรณ พึ่งน้ำ (2547) ทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 16-76 ปี ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ไม่มีอาการรากประสาทถูกกด ซึ่งมารับบริการที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การลงปฏิบัติ การดูแลตัวเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การประเมินระดับความเจ็บปวดจำนวนครั้งของชีพจรขณะพักก่อนที่ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้

ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และระดับคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

คลิน ปิ่นน้อย (2546) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความปวดและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โดยทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงและมีการรับรู้สุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

จินตนา ฤทธารมย์ (2545) ทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน การบริหารร่างกาย และการผ่อนคลายความเครียด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาและการให้คำแนะนำจากแพทย์ ผลพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

Mayer, et al. (2005) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันโดยการประคบด้วยความร้อนระดับต่ำ และ/หรือ การออกกำลังกาย ในผู้ป่วยปวดหลังจำนวน 100 คน ที่มีระยะเวลาของอาการปวดหลังน้อยกว่า 3 เดือน ผลพบว่า ร้อยละ 84 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาทั้งการประคบด้วยความร้อนและการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายทำงานดีขึ้น ร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ รวมทั้งสามารถลดภาวะจำกัดความสามารถและความปวดได้ร้อยละ 93 และ 70 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาเพียงชนิดเดียว ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อน กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ แต่ได้ให้คู่มือการดูแลสุขภาพหลังเท่านั้น ผลพบว่า การให้การรักษาโดยการประคบด้วยความร้อนร่วมกับการออกกำลังกาย มีประสิทธิผลในการบำบัดรักษาได้ดีกว่าการให้การรักษาเพียงอย่างเดียวหนึ่ง หรือการได้รับเพียงคู่มือเท่านั้น

Damush, et al. (2003) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลรักษาตนเองในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างระยะเฉียบพลัน โดยศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจำนวน 174 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 87 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการดูแลรักษาตนเองซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความรู้ด้านสุขศึกษา คำแนะนำเรื่องการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อหลัง และการได้รับปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาจากแพทย์ตามปกติ เป็นระยะเวลา 4 เดือน ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

Hides, et al. (2001) ทำการศึกษาผลระยะยาวของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกลุ่มที่คงความแข็งแรงให้แก่โครงสร้างร่างกาย (stabilizer group muscles) ในผู้ป่วยมีอาการปวดหลังระยะเริ่มแรก และได้รายงานถึงวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการปวดหลังโดยการบริหารกล้ามเนื้อกลุ่มนี้เป็นเวลา 4 สัปดาห์เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อ และติดตามผลหลังการรักษา 1 ปี ผลพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อนี้มีอาการกลับมาปวดหลังซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบริหารอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการรักษานี้สามารถคงอยู่ได้นาน 2-3 ปี

Linton S.J. and Ryberg M.A. (2001) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับรู้ของกลุ่มประชาชน ผู้ที่มีอาการปวดคอและหลังในการป้องกันอาการปวดคอและหลัง โดยวิธีการให้การฝึกอบรมการปรับปรุงพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยให้ผู้ป่วยเข้ารับการอบรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการให้หนังสือคู่มือแนะนำวิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้มีอาการเรื้อรัง ผลพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการฝึกอบรมการปรับปรุงพฤติกรรม สามารถช่วยลดการสูญเสียสมรรถภาพและลดวันหยุดงานดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือแนะนำ

Mannion, et al. (2001) ทำการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบวิธีการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดหลังเรื้อรัง 3 วิธี ร่วมกับการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องฝึก และการฝึกการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินแอโรบิก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง เพื่อเข้ารับการรักษาทันที 3 วิธีนี้ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ผลพบว่า การรักษาทั้ง 3 วิธี มีประสิทธิผลในการช่วยลดอาการปวดหลังที่ไม่แตกต่างกัน โดยที่จำนวนครั้งของการปวดและการทำกิจกรรมดีขึ้น อีกทั้งผลของการรักษานี้สามารถคงอยู่ได้นาน 1 ปี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาอาการปวดหลัง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการวิจัยศึกษาถึงทดลองเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดหลังร่วมกับการใช้โปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือโปรแกรมสุขศึกษาเป็นหลัก ซึ่งมีแนวทางการออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการใช้รักษาอาการปวดหลังร่วมกับการรักษาแบบต่าง ๆ ผลจากการใช้การรักษาแบบต่าง ๆ ผสมผสานกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า อาการปวดหลังลดลงและผลการรักษาจะสามารถคงอยู่ได้นานกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง พบว่า ปัญหาของอาการปวดหลังนั้นมาจากสาเหตุต่าง ๆ กัน ส่วนใหญ่มาจากการมีความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังค่อนข้างน้อย และมีการปฏิบัติลักษณะการทำงานที่ไม่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน กล่าวคือ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดหลังที่ไม่ถูกต้อง การมีอิริยาบถในการทำงานที่มีการเอี้ยวตัว โกงตัว บิดตัว ที่ค่อนข้างมาก ระยะเวลาที่ใช้ในการทำงานที่ค่อนข้างนาน การยกของหนักเกินกว่ากำลังตนเอง รวมถึงลักษณะอาชีพที่ทำ ซึ่งผู้ที่มีอาการปวดหลังมักไม่ทราบว่าเป็นท่าทางที่ไม่เหมาะสม หรือไม่มีความรู้ว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงท่าทางเหล่านี้ได้อย่างไร และการให้ความรู้ในรูปแบบของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังซึ่งอาจสามารถทำร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เช่น การประคบ ความร้อนที่หลัง การให้คำแนะนำเรื่องการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น สามารถลดอาการปวดหลังได้ ทั้งนี้ หากผู้ที่มีอาการปวดหลังไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนในด้านต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง อาการปวดหลังย่อมไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำเทคนิคของกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC โดยในขั้นตอนการอภิปรายกลุ่มมีการประยุกต์รูปแบบ การอภิปรายกลุ่มแบบย่อย (Buzz Session) และแบบระดมสมอง (Brain Storming) ตามที่ได้ศึกษามาประยุกต์ใช้เพื่อปรับปรุงแก้ไขสาเหตุของอาการปวดหลัง

10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังของตน ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกำหนดเป็น 2 รูปแบบ คือ กรอบแนวคิดในการวิจัย และกรอบแนวคิดในกระบวนการ

พัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง ซึ่งมีกิจกรรมการดำเนินการวิจัยที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ดังนี้

10.1 ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการประเมิน ซึ่งประกอบด้วยประเด็นความรู้ทั่วไปเรื่องอาการปวดหลัง ความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อลดอาการปวดหลัง สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม งานที่ทำในชีวิตประจำวัน ความรู้ (ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเรื่องอาการปวดหลัง การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง) และการปฏิบัติตน (ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีอาการปวดหลัง และ การออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลัง) และลักษณะการมีส่วนร่วมและการให้การสนับสนุนกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง อสม. และเจ้าหน้าที่จากแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

10.2 ขั้นตอนที่ 2 การประชุมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิคกระบวนการ AIC เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งใช้เทคนิคกระบวนการ AIC ระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่มีอาการปวดหลัง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 อสม. และเจ้าหน้าที่จากแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโนนสะอาด ที่รับผิดชอบพื้นที่บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 โดยมีการนำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ที่มีอาการปวดหลังในช่วงก่อนการพัฒนา มาใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการค้นหาสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหา และเพื่อทำให้เกิดเป็นแผนงาน / โครงการ ในการแก้ไขปัญหายาอาการปวดหลังของผู้ที่มีอาการปวดหลังหลังจากการประชุม

10.3 ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามแผนงานการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง เป็นการนำแนวทางตามที่ได้จากการประชุมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิคกระบวนการ AIC มาปฏิบัติเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง

10.4 ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งเป็นการประเมินผลระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยประเมินผลระหว่างการดำเนินการ จาก

10.4.1 จำนวนแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหายาอาการปวดหลัง

10.4.2 การเปรียบเทียบผลความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ที่มีอาการปวดหลัง ก่อนการดำเนินการ

10.4.3 การมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังผู้ที่มีอาการปวดหลัง อสม. และเจ้าหน้าที่จากแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

10.4.4 ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้สึกรู้สึกปวดหลังของผู้ที่มีอาการปวดหลัง บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ก่อนการพัฒนา

10.5 ขั้นตอนที่ 5 ผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยเป็นการประเมินผลภายหลังการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยประเมินผลหลังดำเนินการ จาก

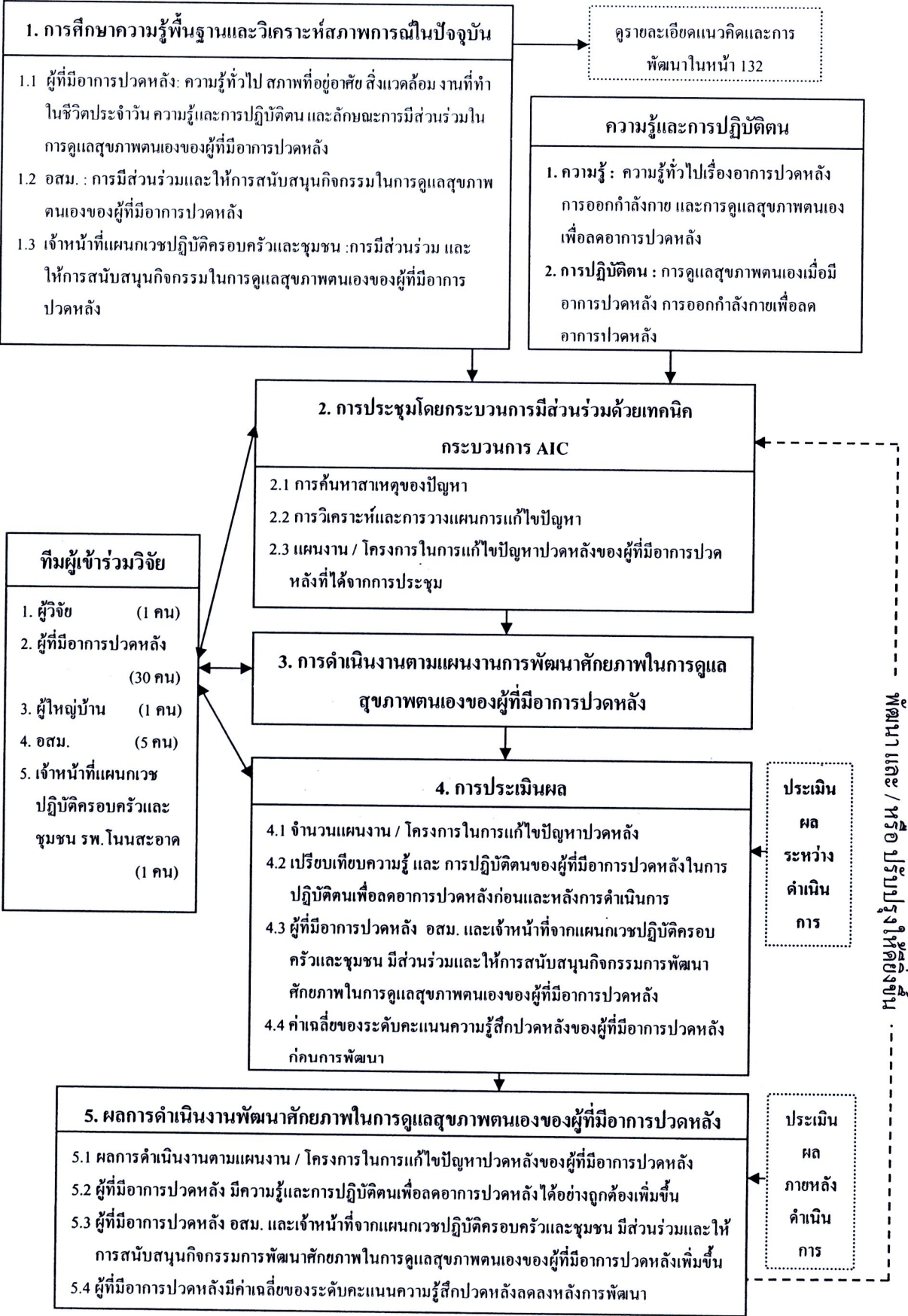
10.5.1 ผลการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหอาการปวดหลัง

10.5.2 การที่ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น

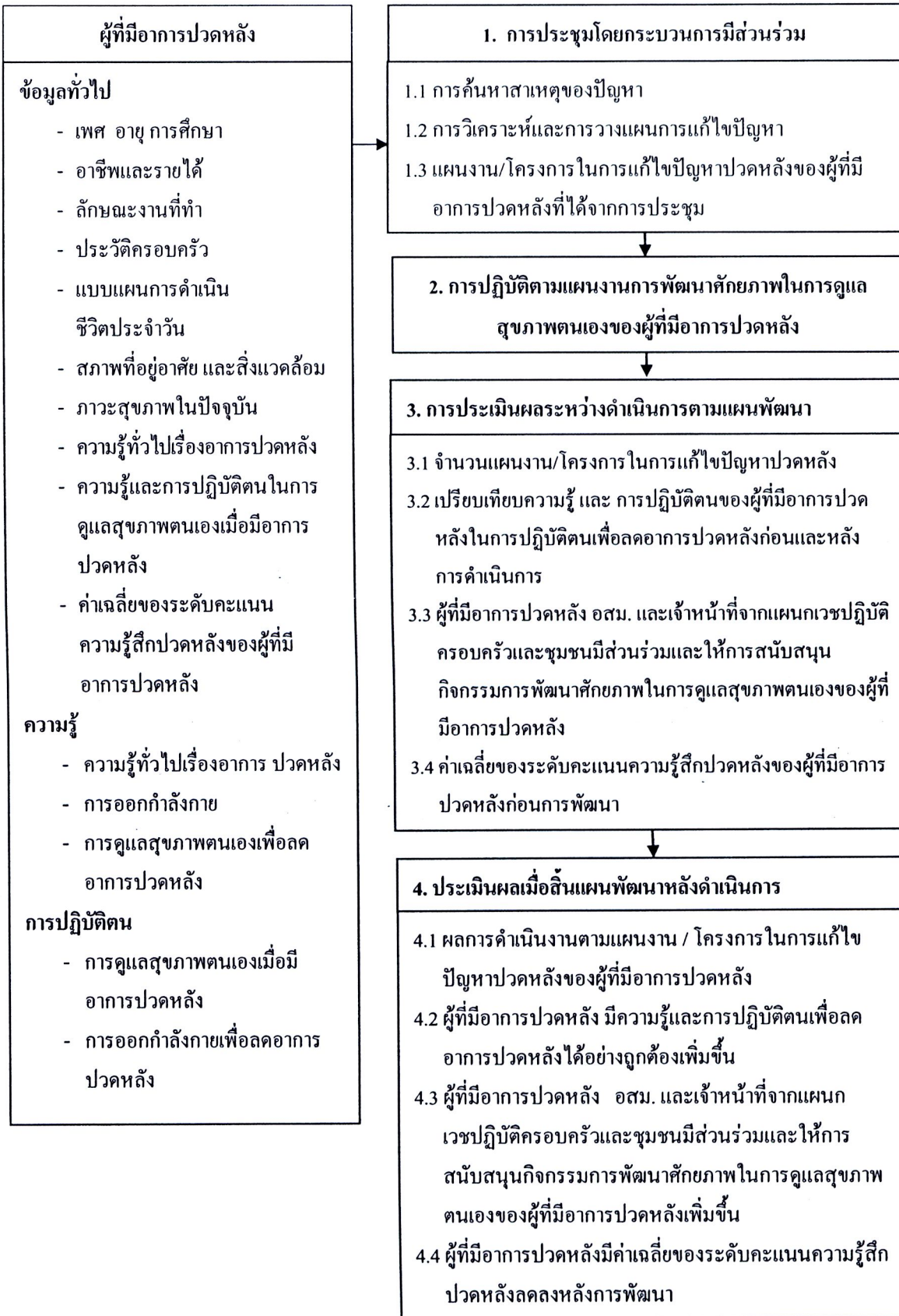
10.5.3 ผู้ที่มีอาการปวดหลังผู้ที่มีอาการปวดหลัง อสม. และเจ้าหน้าที่จากแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังเพิ่มขึ้น

10.5.4 ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้สึกรู้สึกปวดหลังลดลง หลังการพัฒนา

ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิด ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง
บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี