



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ประสิทธิภาพรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกัน
และลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

The Effectiveness Training Model of Thai Wisdom to Prevention and Relief Muscle
Pain Syndrome for Care Taker in Elderly

นามผู้วิจัย นางสาวชมรรค กองอรรถ

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์หฤยา อารีวงศ์, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่

เดือน

พ.ศ.

สืบศิริ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย
เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

The Effectiveness Training Model of Thai Wisdom to Prevention and Relief Muscle Pain
Syndrome for Care Taker in Elderly

โดย

นางสาวชมลรรค กองอรรถ

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ชมลรรค กองอรรถ 2555: ประสิทธิภาพรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้
ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 127 หน้า

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบ
การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ
โดยเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการฝึกอบรมนี้ก่อนและหลังการฝึกอบรมต่อ ความรู้
ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตนเองและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย โดยศึกษา
จากประชากรซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์เยาวชนบางเขนจำนวน 15 คน โดยการ
สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงให้ได้รับรูปแบบการฝึกอบรม 4 ครั้งเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการ
การนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการ
ทดลองและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแล
ผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ แบบสังเกตความรู้ทักษะ
และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการ
วิเคราะห์ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบวิลคอกซัน ไซน
แรงค์เทส (Wilcoxon Signed Ranks test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง 1) กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ
โดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับดี 2) คะแนนเฉลี่ยด้าน
ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตนเองและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย
เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.01 3) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิ
ปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้
ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลด
อาการปวดกล้ามเนื้อสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Chomlak Kongart 2012: The Effectiveness Training Model of Thai Wisdom to Prevention and Relief Muscle Pain Syndrome for Care Taker in Elderly. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 127 pages.

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effectiveness Training model of Thai Wisdom to Prevention and Relief Muscle Pain Syndrome for care taker in elderly, before and after intervention. The intervention consisted of: activities to improved Knowledge, Attitude, Self-Efficacy and Behavior. The population consisted of 15 care takers of Bang Khen Youth Center. The population group received Training Model of Thai Wisdom to Prevention and Relief Muscle Pain Syndrome for Care Taker in Elderly for 4 times in 1 week.

The week intervention consisted of activities to Thai massage, Herbal compress and steam. The data were collected before and after the experiment using Training Model of Thai Wisdom to Prevention and Relief Muscle Pain Syndrome for Care Taker in Elderly, questionnaire and skilled knowledge observation form. The effective of intervention were assessed on 1st week and 2th week after intervention. Data analysis was made by statistical package for Percentage, Mean Standard deviation and Wilcoxon Signed Ranks test

Both the results of 1st week after the intervention and 2th week after the intervention revealed that the population group had good level of behavior and significantly higher score in all four aspect of the intervention as compare to the results before intervention. (p-value = .001)

Student's signature

Thesis Advisor's signature

___ / ___ / ___

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงเรียบร้อยได้อย่างดียิ่ง ทั้งนี้ได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ หฤยา อาริวงส์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์จงบกล แก่นเพิ่ม ประธานกรรมการและ รองศาสตราจารย์อลิสสา นิติธรรม ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไขและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยรวมทั้งให้การสนับสนุน และให้กำลังใจมาโดยตลอด จนทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณพลตรีหญิงสุพัตรา จินดาประสาน พันโทแพทย์หญิงพัฒนศรี ศรีสุวรรณ และอาจารย์ประศาสน์ สวัสดิ์อำไพรักษ์ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ คุณพรทิพย์ ทองศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์เยาวชนบางเขน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลที่ศูนย์เยาวชนบางเขน

ขอขอบคุณสมาชิกของศูนย์เยาวชนบางเขนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วม กิจกรรมและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ทุกท่าน ที่มิได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ที่มีส่วนให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้อบรมสั่งสอน ให้กำลังใจและอยู่เบื้องหลัง ความสำเร็จของผู้วิจัย คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอบแต่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่านที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ชมลรรค กองอรรถ

มีนาคม 2555

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
การตรวจเอกสาร	7
อุปกรณ์และวิธีการ	47
ผลการวิจัยและวิจารณ์	57
ผลการวิจัย	57
วิจารณ์	70
สรุปและข้อเสนอแนะ	74
สรุป	74
ข้อเสนอแนะ	77
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	79
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก รูปแบบการฝึกอบรมครูและผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	85
ภาคผนวก ข การสัมภาษณ์เชิงลึก	105
ภาคผนวก ค รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม	111
ภาคผนวก ง แบบสอบถาม	113
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	127

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม	58
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับความรู้ในการใช้ ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนการฝึกอบรม หลัง การฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	60
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับทัศนคติในการดูแล ผู้สูงอายุ โดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนการ ฝึกอบรมหลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	61
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจใน ตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวด กล้ามเนื้อ ก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	62
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับพฤติกรรมในการใช้ ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	63
6	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการ ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของ กลุ่มประชากร	64
7	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการ ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของ กลุ่มประชากร	64
8	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ อำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและ ลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร	65
9	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร	67
11	จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกเป็นรายชื่อคำถามความรู้ทักษะในการ ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	69

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (จาก Bandura, 1978)	35
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	45

ประสิทธิผลรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย
เพื่อป้องกันและลด อาการปวดกล้ามเนื้อ

The Effectiveness Training Model of Thai Wisdom to Prevention and Relief
Muscle Pain Syndrome for Care Taker in Elderly

คำนำ

ประชากรของประเทศไทย ที่ได้จากการสำรวจคาดการณ์ประมาณ ณ วันกลางปี คือ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2554 มีจำนวนประมาณ 63,891,000คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ทั้งนี้ ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2553 พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นสูง โดยคิดเป็นสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรทั้งประเทศ มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 11 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดว่า ประเทศซึ่งจะประสบกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ ต่อเมื่อมีประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นจากจำนวนสถิติของผู้สูงอายุในประเทศเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศในปัจจุบันจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือภาวะสุขภาพที่เริ่มมีความเสื่อมของระบบอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือโรคปวดกล้ามเนื้อ โดยจากการสำรวจโรค 10 อันดับที่พบได้บ่อยในผู้ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือโรคในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ หรือโรคปวดกล้ามเนื้อนั้นเอง พบว่า โรคปวดกล้ามเนื้ออยู่ในอันดับที่ 3 (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2552) แต่ปัญหาที่พบคือปริมาณของผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังนั้นจึงถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องให้ความสนใจในการแก้ปัญหา ซึ่งโรคปวดกล้ามเนื้อสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกวิธี (ชนินทร์, 2547) ทำให้อาการของโรคถึงขั้นเรื้อรังได้ และเมื่อเกิดในผู้สูงอายุก็จะสร้างความทุกข์ทรมานเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และทางภาครัฐก็ไม่สามารถเข้ามาแก้ปัญหาได้อย่างทั่วถึง จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่จะดูแลและช่วยแก้ปัญหาในผู้สูงอายุนี้ได้

จากกระแสพระราชดำรัส เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ในด้านความสมดุลเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นการสนับสนุนให้ลูกหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตไทย โดยการใช้การแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญาไทย เช่น การนวดไทย การประคบและอบสมุนไพรมาปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ซึ่งภูมิปัญญาไทยนี้ มีการใช้มาอย่างต่อเนื่องยาวนานหลายชั่วอายุคน และได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า สามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้เป็นอย่างดีโดยไม่มีผลข้างเคียง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีจากการใกล้ชิด ทำให้เกิดความรัก ความอบอุ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีได้

ดังนั้นสร้างเสริมสุขภาพตามแนวภูมิปัญญาไทยที่เป็นวิถีชีวิตในการดำเนินไปสู่ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เพื่อนำพาชีวิตไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยการสร้างภูมิคุ้มกันธรรมชาติ เพิ่มพลังให้แก่ชีวิต สามารถป้องกันและบำบัดเยียวยาภาวะความเจ็บป่วยได้ อันจะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลสุขภาพระดับประเทศ คือ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 โดยยึดหลัก เศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพที่เพียงพอ ด้วยการสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อศึกษารูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยเปรียบเทียบในด้านความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรม ก่อนและหลังการฝึกอบรม
- เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

ประโยชน์ที่ได้รับ

- ได้รูปแบบการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ
- เป็นการส่งเสริมการอนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญาไทยเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ใช้เป็นแนวทางสำหรับเตรียมความพร้อมในการนำเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์เยาวชนบางเขน

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

คือ รูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อประกอบด้วย

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ
2. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ
3. ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

คือ พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

นิยามปฏิบัติการของตัวแปร

รูปแบบการฝึกอบรมโดยการใช้ภูมิปัญญาไทย หมายถึง กระบวนการจัดการฝึกอบรมด้านการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเช่น การนวดไทย ประคบและอบสมุนไพร ทำให้

ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเอง ผลที่จะเกิดในอนาคตในการนำความรู้ไปใช้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลผู้สูงอายุ

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย หมายถึง การที่ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีปฏิบัติทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรมโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย หมายถึง ความคิดเห็น แนวโน้มที่จะปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม

ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย หมายถึง ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผลหลังจากเข้ารับการอบรมได้

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย หมายถึง ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรม มีการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุตามสิ่งที่ได้อบรมอย่างถูกต้อง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสิทธิผลรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ หมายถึง ผลของการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อ โดยผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรม จะมีความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมที่ใช้การนวดไทย การประคบและอบสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง

การนวดแผนไทยและการแพทย์แผนไทยโดยใช้ภูมิปัญญาไทย หมายถึง การใช้ความรู้ความสามารถ วิธีการ ผลงานที่คนไทยได้ค้นคว้า รวบรวม และจัดเป็นความรู้เกี่ยวกับการนวดและการแพทย์แผนไทยเพื่อ ถ่ายทอด ปรับปรุง จากคนรุ่นหนึ่งมาสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง จนเกิดประโยชน์สามารถนำมาแก้ปัญหาการปวดกล้ามเนื้อ และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ได้ โดยอาศัยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการนวดและการแพทย์แผนไทย

การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี โดยการใช้ภูมิปัญญาไทย ได้แก่การนวดไทย ประคบและอบสมุนไพรเพื่อ

ป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในระยะแรกได้ถูกต้องทันเวลา และสามารถได้รับการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีโรคเรื้อรัง

จุดสัญญาณ หมายถึง จุดหรือตำแหน่งที่สำคัญของเส้นในร่างกายที่สามารถบ่งคับจ่ายเลือด ความร้อนไปยังบริเวณต่างๆของร่างกาย ที่อยู่ในการควบคุมของเส้นดังกล่าว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์เยาวชนบางเขน

การตรวจเอกสาร

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประมวลสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ความหมายของผู้สูงอายุตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก
- ความหมายตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
- เกณฑ์พิจารณาอายุผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก
- ลักษณะและประเภทของผู้สูงอายุ
- ปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุ

2. อาการปวดกล้ามเนื้อและการบำบัด

- สาเหตุและอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ
- การบำบัดรักษาอาการโดยใช้ภูมิปัญญาไทยได้แก่ การนวดไทย การกดจุดสัญญาณการประคบและอบสมุนไพร
- ความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม เกี่ยวกับการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร
- ปัญหาในการบำบัด

3. การดูแลผู้สูงอายุ

- เป้าหมายและสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ
- ทฤษฎีความสามารถของตนเอง
- ปัญหาและแผนการดูแลอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

4. ความรู้เกี่ยวกับการฝึกอบรม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและความหมายของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุตามคำจำกัดความขององค์การสหประชาชาติ ที่ประชุมสมัชชาโลก เกี่ยวกับผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ในปี พ.ศ. 2525 ดังนี้

“ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีขึ้นไป ความหมายตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 บัญญัตินิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุ ให้มีสิทธิรับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติและเพื่อให้ได้กฎหมายที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุ

เกณฑ์พิจารณาอายุผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้นักวิชาการไทยได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีพัฒนาการไปในทางเสื่อมโทรมและสึกหรอโดยดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (วิภาพรและสุชาดา, 2550) และสามารถแบ่งความสูงอายุนับจาก 4 ประเภท คือ

1. Chronological Aging หมายถึง ความสูงอายุนับตามปีปฏิทินโดยเริ่มนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

2. Biological Aging หมายถึง ความสูงอายุดตามสภาพร่างกาย โดยพิจารณาความเปลี่ยนแปลงทางสรีระและสภาพร่างกายตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

3. Psychological Aging หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ ของช่วงชีวิตของบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้น ในด้านหน้าที่ของการรับรู้ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา แนวคิด ความจำ

4. Sociological Aging หมายถึง การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุนอกจากจะใช้เกณฑ์ของอายุในการแบ่งแล้วยังสามารถใช้เกณฑ์ในด้านบุคลิกภาพและเกณฑ์ความสามารถได้ ดังนี้ (สิรินทร, 2553)

บุคลิกภาพและการปรับตัวของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่มีความพอใจในชีวิต บุคลิกภาพมั่นคง

- Disengaged คือ พวกที่ดึงตนเองออกจากบทบาทความรับผิดชอบเดิมอย่างสมัครใจ
- Focusal คือ พวกที่เลือกทำกิจกรรม
- Reorganizer คือ พวกที่หากิจกรรมใหม่ทดแทนกิจกรรมเดิม

2. กลุ่มที่มีความพอใจในชีวิตน้อย

- Succorance-seeking คือ พวกที่พอใจในชีวิตตนเองเท่าที่จะหาคนมาดูแลเอาใจใส่ได้
- Apathetic คือ พวกที่หมดหวังในชีวิต เชื่อว่าตนเองไม่สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมของตนได้
- Disorganized คือ พวกที่สภาพจิตใจไม่ปกติ มีกิจกรรมน้อย

และมีพวกที่ไม่ได้จัดอยู่ใน 2 กลุ่มนี้คือ Holding-on คือพวกที่จะพยายามอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลวัยกลางคนและ Constricted คือพวกที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับโลกภายนอก

ลักษณะและประเภทของผู้สูงอายุ

เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มากและสูงสุด ในช่วงอายุ 20-30 ปี (บรรลุ, 2547) และหลังอายุ 30 ปีแล้ว การทำหน้าที่ทางสรีระวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมและเปราะบางของร่างกายอย่างชัดเจนก็ต่อเมื่ออายุ 60 ปี ซึ่งเป็นวัยของผู้สูงอายุ โดยความเสื่อมและความเปราะบางของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของในแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งภาวะเปราะบาง (Vulnerability) เป็นภาวะที่ภาระของบุคคลมีความหนักเมื่อเทียบกับความสามารถของบุคคลที่จะรับ สำหรับในผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางย่อมมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับความเสียหายซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลักษณะที่เปราะบางที่จะนำไปสู่ผลกระทบทางด้านลบ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านประชากรและสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ ในด้านประชากรและสังคม เช่น ขาดคู่สมรส ไม่มีบุตรให้การดูแลเกื้อหนุน ขาดเครือข่ายที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ในด้านเศรษฐกิจ เช่น การไม่มีงานทำ รายได้ไม่พอเพียง ในด้านสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุมีความจำกัดด้านร่างกายอยู่แล้ว ทำให้มีความยากลำบากอย่างมากในการดูแลสุขภาพตนเองและน่าจะเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างมาก ดังที่กล่าวมาทั้งความเสื่อมและภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นตัวบ่งบอกถึงประเภทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ดังนี้ (สิรินทร, 2553)

ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี (well elderly) คือกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ มักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ในด้านสุขภาพสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้ (Activity of daily living: ADL) และกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of daily living: IADL) เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคแต่ควบคุมได้

ผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound Elder) คือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลายโรค มีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความจำกัดในการดำรงชีวิตอย่างชัดเจนและอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุติดเตียง (bed bound elder) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อนภาวะห่อหุ้มบอบบางได้ อาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหาทุกขัณฑ์เฉื่อยเฉื่อย ที่อาจมีผลต่อความต้องการดูแลช่วยเหลือและปัญหาทางจิตใจซึ่งมักเป็นปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านรวมกัน เช่น การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ถูกทอดทิ้งอยู่ลำพัง หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม หรือการเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการที่ได้รับ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเคลื่อนย้าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจรวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder end of life) กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการของโรคและการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามความเป็นไปของโรค การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี โรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

อนึ่ง นักวิชาการด้านการแพทย์ (สิรินธร, 2553) ได้แบ่งลักษณะผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
2. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ

3. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะหง่อม งาม บอบบาง (Frail Elderly) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้หรือได้ไม่ทั้งหมด รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวไม่มีญาติพี่น้อง

นอกจากนี้อาจแบ่งลักษณะของผู้สูงอายุได้ตามลักษณะการพึ่งพา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องพึ่งพาเลย (totally independence) ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพางานบางส่วน (partially independence) ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาทั้งหมด (totally dependence) และผู้สูงอายุติดเตียง (bed ridden)

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ (สิรินธร, 2553) ได้กำหนดไว้ดังนี้

1. สมรรถนะของร่างกายมีความจำกัลดลง
2. ปัญหารุมเร้าจากหลายปัจจัย
 - รอยโรคเก่า
 - โรคเรื้อรัง
 - ความเสื่อม
 - ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม
3. อาการและอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจนและไม่ตรงไปตรงมา
4. ทักษะคิดต่อการดำเนินชีวิตแตกต่างกันและยากที่จะปรับเปลี่ยน
5. สมรรถนะของร่างกายมีความจำกัลดลง
6. อาการและอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจนและไม่ตรงไปตรงมามักมีปัญหามาจากการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น
7. ครอบครัวและผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

ปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุ

- ความเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ บรรลุ (2547) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อว่า ในผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียปริมาตรของกระดูกแกนกลางได้เร็วกว่าบริเวณรอบนอก โดยเริ่มมีการสูญเสียปริมาตรของกระดูกบริเวณอุ้งเชิงกรานตั้งแต่อายุ 30 ปี จากการศึกษาเปรียบเทียบปริมาตรของ trabecular bone ที่ iliac crest ในผู้หญิงอายุ 18-25 ปี พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นกระดูกจะสูญเสียไป 0.7 % ต่อปี และจากการศึกษาโดยการวัดความหนาแน่นของกระดูกผู้หญิงพบว่า จะมีการสูญเสียกระดูกตลอดช่วงอายุของผู้ใหญ่ในอัตราประมาณ 1 % ต่อปี ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง การสูญเสียทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้กระดูกสันหลังของผู้หญิงโก่งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาท่อนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข่า พบว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปี โดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน

- ความเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ บรรลุ (2547) อธิบายว่าในร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 2 ชนิด คือ กล้ามเนื้อลาย ได้แก่กล้ามเนื้อโครงร่างภายนอก และ กล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อของอวัยวะภายใน เช่น หัวใจ กระเพาะอาหาร ลำไส้ ฯลฯ ผลโดยตรงของการมีอายุมากขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่พบในระบบนี้คือ

- การสูญเสียน้ำและเกลืออนินทรีย์ การขาดโปแตสเซียมมีผลทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง ผู้สูงอายุที่ขาดน้ำจะแสดงให้เห็นด้วยขนาดของกล้ามเนื้อที่ลดลง รวมถึงมีอาการอ่อนเพลีย จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุเพิ่มน้ำและโปแตสเซียมจากการกินร่วมกับออกกำลังกายเพื่อทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น

- การเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ เอนไซม์ส่วนใหญ่ในกล้ามเนื้ออยู่ในไมโทคอนเดรีย หากกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งาน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์อย่างรวดเร็วโดยเอนไซม์จะลดลงภายใน 2-3 วัน ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถสลายอาหารออกมาใช้เป็นพลังงานได้ ทำให้เกิดอาการไม่มีแรง การเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมสลายของเอนไซม์เป็นกระบวนการที่สามารถย้อนกลับได้หากมีการใช้งานกล้ามเนื้ออีก และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นภายใน 2-3 วัน แต่การเพิ่มขึ้นกลับคืนในผู้สูงอายุจะช้ากว่าในคนหนุ่มสาว

- การเปลี่ยนแปลงในโปรตีนที่ใช้หดตัว โปรตีนที่ใช้หดตัวเพื่อให้พลังงานของผู้สูงอายุ มีการสลายตัว มีการหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดของใยประสาทสั่งการ

- การเปลี่ยนแปลงของเลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อ เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลง มีผลทำให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ที่มาทางเลือดลดลง ซึ่งผลโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้กล้ามเนื้อลดลง โดยเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป การลดลงของกล้ามเนื้อเมื่ออายุมากขึ้นนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น มีการออกกำลังกายหรือไม่ เพศ และขนาดของร่างกาย โดยพบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อกล้ามเนื้ออย่างมาก ผู้ที่ออกกำลังกายจะลดการทำให้กล้ามเนื้อลดลง เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น

- ปัญหาสุขภาพ ชับข้อ หหลายระบบ ทูพพลภาพ วันทนี (2553) ได้ทำการศึกษา พบว่า ภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการป่วยมากกว่า 1 โรค โดยร้อยละ 54.3 เป็นภาวะความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 34.3 ร้อยละ 27.5 เป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 22.3 เป็นโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 18.1 เป็นโรคไต ร้อยละ 14.7 เป็นโรคตา ร้อยละ 4.5 เป็นโรคอัมพฤกษ์

- ยากจน แร้นแค้น โดยเฉพาะครอบครัวขนาดใหญ่หรือครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือน

- อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับผู้ที่ไม่อาจพึ่งพาได้ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2548 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวร้อยละ 7.1 ของประชากรผู้สูงอายุจำนวน 459,149 คนจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุรวม 6,467,706 คน มากกว่าปี 2544 ซึ่งมีร้อยละ 6.30 จากการสำรวจในเรื่องเดียวกัน

- สิ่งแวดล้อมและระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ไม่อาจเอื้ออำนวยกับการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ

อาการปวดกล้ามเนื้อและการบำบัด

สาเหตุและอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

เมื่ออายุเข้าสู่วัยชรา หรือผู้สูงอายุ อวัยวะต่างๆย่อมเสื่อมลงเป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะแขนขา ข้อต่อต่าง ๆ และกล้ามเนื้อ ซึ่งอาการปวดเมื่อยจะมีตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนกระทั่งถึงปวดรุนแรง จนทนไม่ไหว เนื่องจากสาเหตุการปวดกล้ามเนื้อมีหลายอย่าง จะเกิดแตกต่างกันไปโดยมีสาเหตุ ดังนี้ (ชนินทร์ , 2547)

- โรคข้อเสื่อม เนื่องจากกระดูกสันหลังบริเวณ เอว ต้นคอ และข้อเข่า ยิ่งถ้ามีการใช้งานของข้อมากกว่าปกติ เช่น แบกของหนัก ยกของผิดท่า ทำงานหนัก ออกกำลังกายเร็ว ๆ หรือรุนแรงก็จะมีอาการปวดได้ Karen (2011) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้มีสูงขึ้นโดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ขึ้นไป กว่าร้อยละ 50 จะพบลักษณะและอาการดังกล่าว ซึ่งวิธีการที่ดีสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องจำกัดการทำกิจกรรมประจำวันประกอบกับการจัดการ 4 มิติ คือ 1. บำบัดอาการปวดแบบไม่ใช้เครื่องมือ 2. การมีท่าทางเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง 3. การออกกำลังกาย เช่น การเดิน การยืดกล้ามเนื้อ 4. การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

- โรคกระดูกพรุน หมายถึงเนื้อของกระดูกบางลง พบได้บ่อยในเพศหญิงวัยหมดประจำเดือนพบว่า ฮอร์โมนเพศหญิงที่ลดลงเรื่อย ๆ จะทำให้กระดูกบางลง เกิดอาการปวดหลังได้บ่อย และมักจะมีอาการหลังค่อมให้เห็น

- โรคพังผืดในช่องไขสันหลังเบียดกดประสาทหรือหมอนรองกระดูกทับประสาท

- เกิดจากโรค เช่น โรครูมาติสซั่ม ผู้ป่วยโรคไต เช่น มีก้อนนิ่วในไต จะปวดเอวร่วมกับอาการไข้หนาวสั่น หรือผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารก็จะมีอาการปวดหลังได้

- มีการอักเสบของเส้นเอ็นบริเวณรอบ ๆ ข้อ

- เกิดจากการนอน เช่น นอนหนุนหมอนที่สูงเกินไป ที่นอนนุ่มหรือแข็งเกินไป

- เกิดจากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น ยืน เดิน นั่ง หรือทำกิจกรรมใด ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ

อาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

เนื่องจากระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุมีลักษณะลีบเล็กและไม่แข็งแรง (ศรีนวลและอารีย์, 2552) กำลังการหดตัวจึงลดลง แคลเซียมออกจากกระดูกมากไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน ทำให้ทรวงอกขยายน้อยลง หายใจลำบาก อาศัยกระบังลม การควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดลดลง กระดูกสันหลังโค้ง ความสูงลดลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวการเดินจะสั้นขณะที่พัก กล้ามเนื้อจะเป็นตะคริว เจ็บปวดควบคุมไม่ได้ กระดูกเปราะ

การศึกษาในครั้งนี้ จะกล่าวถึงเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อเกี่ยวกับปวดคอ ปวดหลัง ปวดเข่าเท่านั้น เพราะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ศรีนวลและอารีย์ (2552) ได้อธิบายรายละเอียดดังนี้

ปวดคอและปวดหลัง

เนื่องจากกล้ามเนื้อคอและหลังอยู่ติดกัน (ชนินทร์, 2547) อาการและบริเวณที่ปวดร้าวจะกดเจ็บตลอดทั้งกล้ามเนื้อ หัวที่เกาะกระดูกอกปวดร้าวไปกลางกระหม่อม ท้ายทอย แก้ม กระบอกตา คอ กระดูกอก หัวที่เกาะกระดูกไหปลาร้า ปวดร้าวไปหน้าผาก กกหู ทำให้เวียน บ้านหมุน

สำหรับอาการปวดหลังนั้น ระยะแรกจะปวดหลังเป็นครั้งคราว เช่น เมื่อยกของหนัก โดยจะปวดร้าวไปด้านหลังต้นขาถึงขาพับ ระยะที่มีความเสื่อมมากขึ้นจากกระดูกสันหลังเสื่อมร่วมกับความไม่มั่นคงของข้อ จะปวดหลังบ่อยขึ้นและเป็นเรื้อรัง มักเกิดเมื่อ เดิน นั่งนาน ๆ หรือทำกิจกรรมที่มีการแอ่นหลังและมีการกดทับเส้นประสาทบ่อยขึ้น

ข้อกระดูกเสื่อมและปวดเข่า

เมื่อเกิดการสึกกร่อนของกระดูกผิวอ่อนร่วมกับการเปลี่ยนแปลงที่ข้อของข้อและกระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้ผิวข้อขรุขระไม่เรียบ ข้อเคลื่อนไหวติดขัด ฝืด มีเสียงคล้ายกระดูกทราย

ถูกกันเพราะกระดูกเสียดสีกัน หากเป็นมากจะมีถุงน้ำบริเวณใต้กระดูกอ่อน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

การบำบัดรักษาอาการโดยใช้ภูมิปัญญาไทยได้แก่ การนวดไทย การกดจุดสัญญาณ การประคบและอบสมุนไพร

หลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการนวดไทยที่เก่าแก่ที่สุดคือ ศิลาจารึกสมัยสุโขทัย ที่ขุดพบที่ป่ามะม่วงตรงกับสมัยพ่อขุนรามคำแหง มีรอยจารึกเป็นรูปเกี่ยวกับการรักษาโดยการนวดเมื่อถึงยุคสมัยกรุงศรีอยุธยาหรือยุคราชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชกรมการแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรืองมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทย (ยงศักดิ์, 2553) ดังปรากฏในทำเนียบศักดิ์นา และมีกรมหมอนวด ต่อมาในสมัยรัตนโกสินทร์การแพทย์แผนไทยได้สืบทอดรูปแบบต่อจากสมัยอยุธยา แต่เอกสารและความรู้บางส่วนได้สาบสูญไปเนื่องจากภาวะสงคราม พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชทรงโปรดให้ปั้นรูปฤาษีคัดคนซึ่งหล่อด้วยสังกะสีผสมดินบุจนครบ 80 ท่า ซึ่งในปัจจุบันนำมาใช้บ่อยในการออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อเพียง 15 ท่าพื้นฐาน และจารึกสรรพวิชาการนวดไทยลงแผ่นหินอ่อน 80 ภาพประดับบนผนังศาลารายและบนเสากภายในวัดโพธิ์ สมัยสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดให้หมอยาและหมอนวดถวายงานนวดทุกครั้ง ในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว การแพทย์แผนไทยตะวันตกเข้ามาในสังคมไทย การนวดจึงมีบทบาทต่อในพระราชสำนัก

การถ่ายทอดวิชาการนวดไทยสมัยก่อนมักเป็นการถ่ายทอดทางบรรพบุรุษหรือคนในตระกูลเดียวกัน ดังนั้นวิชาจึงค่อย ๆ สูญหายไป ในปี พ.ศ. 2523 ศาสตราจารย์นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ หมอแผนปัจจุบันต้องการอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย จึงก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัยขึ้น

สำหรับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ ภาษาอังกฤษเรียกว่า Myofascial pain syndrome ใช้ชื่อว่า MPS ในด้านการแพทย์แผนไทยเทียบได้ว่าเป็นโรค ลมปลายปิดคาค (ชนินทร์, 2547) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด มีลักษณะเฉพาะอย่างคือ จะต้องมียจุดปวดหรือจุดกดเจ็บ ภาษาอังกฤษเรียกว่า Trigger point ใช้ชื่อว่า TrP เป็นจุดที่ทำให้เกิดการปวดร้าวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย โดย 40% ของน้ำหนักตัวเป็นกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อในร่างกายมีทั้งหมด 347 คู่ และ 2 มัดที่ไม่มีคู่ รวมทั้งสิ้น 696 มัด ซึ่งลมปลายปิดคาคเกิดได้กับทุกมัด ปกติกล้ามเนื้อที่ไม่มี

ปัญหาจะราบเรียบ ส่วนกล้ามเนื้อที่เริ่มมีปัญหาที่จุดๆหนึ่ง อาจคลำพบเป็นเม็ดกรวด หากทิ้งไว้จะโตขึ้น ถ้าคลำถูกจุด TrP ก็จะเจ็บ เพราะมีการหดตัวของใยกล้ามเนื้อนั้น ถ้ากดถูกจุดจะทำให้เกิดการคลายตัวและทำให้สบายขึ้น เวลาคลำให้ลูบแนวขวางกล้ามเนื้อ เพราะหากลูบตามแนวใยกล้ามเนื้อจะไม่พบจุด TrP ต้องลูบขวางจึงจะสะดุดจุด TrP ซึ่ง MPS พบบ่อยบริเวณกล้ามเนื้อแกนกลางของร่างกาย (ชนินทร์, 2547) ในการบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อดังที่กล่าวมาจะใช้วิธีการนวดรักษา

Joanne (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดพบว่ามีหลายวิธีในการรักษา เช่นการให้ยากลุ่มที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ในการต้านการอักเสบ, การฉีดสาร โบทูลินัมที่ออกซินA บริเวณ TrP, การฝังเข็ม, และการนวด สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ เมื่อใช้วิธีการนวดร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อทำให้จำนวนจุด TrP ลดลง มีผลทำให้ระดับความรุนแรงในการปวดลดลงตามมามีอาการดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้

การนวดและการกดจุดสัญญาณ โดยนวดและกดบริเวณจุดหรือตำแหน่งที่สำคัญของเส้นในร่างกายที่สามารถบังคับจ่ายเลือด ความร้อนไปยังบริเวณต่างๆของร่างกาย ที่อยู่ในการควบคุมของเส้นดังกล่าว จึงต้องใช้ในการบำบัดรักษา ดังนั้นผู้ให้การบำบัดรักษาผู้สูงอายุดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องนี้ด้วย

สุรสิทธิ์ (2551) ทำการศึกษาโดยใช้รูปแบบโครงการพัฒนาความรู้และทักษะการนวดไทยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน40คน โดยมีการสร้างชุดฝึกอบรมและจัดการฝึกอบรมเป็นเวลา5วัน จากการวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมรวมถึงการประเมินทักษะการนวดไทยจากฝึกปฏิบัติ พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการนวดไทยสูงกว่าก่อนการอบรมทั้งในภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01และมีทักษะการนวดไทยอยู่ในเกณฑ์ผ่านในทุกประเด็น ในด้านการนำความรู้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำความรู้การนวดไทยไปให้บริการประชาชนได้ร้อยละ 96.5 และภายในหมู่บ้านมีผู้ใช้วิธีการนวดไทยในการรักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายร้อยละ 62.5

การนวดรักษาที่ดี หรือจะให้ได้ดีผลนั้น จะต้องนวดเส้นพื้นฐานก่อน โดยการนวดจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการนวดแผนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเส้นพื้นฐานที่สำคัญของร่างกายและจุดสัญญาณ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจึงต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องนี้ด้วย เพื่อนำไปใช้ในการดูแลบำบัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าวโดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการนวดแผนไทย (มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา, 2550)

การนวดไทยมี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือการนวดราชสำนักและการนวดเชลยศักดิ์ หรืออาจแบ่งเป็นการนวดแบบรักษาเฉพาะที่และการนวดผ่อนคลายทั่วร่างกาย โดยการนวดราชสำนักจะมีระเบียบราชสำนักกลานเข้าเข้าไปก่อนการนวด ส่วนนวดแบบเชลยศักดิ์จะค่อนข้างไม่เป็นทางการ

ท่าที่ใช้จัดให้ผู้ป่วยถูกนวดมี 4 ท่า คือ นอนหงาย นอนคว่ำ (ยกเว้นแบบราชสำนัก) นอนตะแคง ส่วนผู้นวดอาจมีท่าบางอย่างเรียกชื่อเฉพาะ เช่น พรหมสี่หน้า การวางมืออาจใช้ ห้วแม่มือ สันมือ สอก

น้ำหนักที่ใช้ในการนวดมี 3 แบบคือ เบา (50ปอนด์) ปานกลาง (70ปอนด์) หนัก (90ปอนด์) เริ่มจากเบาไปหาหนัก

การลงจังหวะนิ้วมือในการนวดหรือการแต่งรสมือมี 3 แบบ คือ 1. หน่วง เป็นการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อรู้ตัว 2. เน้น เป็นการลงน้ำหนักเพิ่มบนตำแหน่งที่กด 3. นิ่ง เป็นการลงน้ำหนักมากบนตำแหน่งที่กดและการนวดต้องเริ่มนวดเส้นพื้นฐานตามอวัยวะต่าง ๆ และต่อด้วยการกดจุดสัญญาณ ซึ่งมีทั้งหมด 50 จุดสัญญาณ

ข้อควรระวังในการนวด

1. ในกรณีที่นวดท้องไม่ควรนวดให้ผู้รับประทานอาหารมาอิ่มใหม่ ๆ
2. ไม่ควรนวดหรือทำการดัดดึงให้เกิดการฟกช้ำมากขึ้น หรือผู้ที่กระดูกหัก ผ่าตัดหมอนรองกระดูก

3. กรณีผู้สูงอายุ โรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องระมัดระวังในการนวด

4. ไม่ควรนวดให้ผู้ที่มีอาการอักเสบติดเชื้อ มีไข้ หรือบริเวณที่ปวดบวม แดง ร้อน ปวดศีรษะรุนแรง

คำแนะนำสำหรับผู้ถูกนวด

1. งดอาหารแสลง เช่น หน่อไม้ ข้าวเหนียว ของหมักดอง เครื่องในสัตว์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ห้าม บีบ ดัด สกัด ส่วนที่มีอาการปวด

3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุในการเกิดโรค เช่น ทำงานเกินกำลัง อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ความเครียด

เส้นพื้นฐานต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย

เส้นพื้นฐานคือ หลอดเลือด เอ็น กล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มกระดูก พลังประสาท (ขงศักดิ์, 2553) เป็นแนวของตำแหน่งที่ต้องมีการกดนวดบนร่างกายได้แก่ บริเวณบ่า แขน หลัง ขา และท้อง โดยมีเส้นพื้นฐานดังนี้

บริเวณบ่า

1. เส้นพื้นฐานบ่า
2. เส้นพื้นฐานไหล่
3. เส้นพื้นฐานไค้งอ

บริเวณแขน

1. เส้นพื้นฐานแขนด้านใน
2. เส้นพื้นฐานแขนด้านนอก

บริเวณหลัง

1. เส้นพื้นฐานหลัง

บริเวณขา

1. เส้นพื้นฐานขา
2. เส้นพื้นฐานขาด้านนอก
3. เส้นพื้นฐานขาด้านใน

บริเวณท้อง

1. เส้นพื้นฐานท้อง

จุดสัญญาณของร่างกาย

จุดสัญญาณ คือจุดหรือตำแหน่งสำคัญของเส้นพื้นฐานของร่างกาย (ขงศักดิ์, 2553) สามารถ บังคับและถ่ายเลือด ถ่ายความร้อน ไปเลี้ยงบนจุดต่างๆของร่างกาย ที่อยู่ในความควบคุมของจุดดังกล่าว

จุดสัญญาณ มีจุดหลักอยู่เส้นละ 5 จุด ในแต่ละโรคอาจมีแนวเส้นรอง หรือ จุดลูกสัญญาณ ประกอบอีกก็ได้ จุดสัญญาณที่สำคัญมี 50 จุด ดังนี้

1. สัญญาณขาด้านนอก	5	จุด
2. สัญญาณขาด้านใน	5	จุด
3. สัญญาณแขนด้านนอก	5	จุด
4. สัญญาณแขนด้านใน	5	จุด
5. สัญญาณหลัง	5	จุด
6. สัญญาณหัวไหล่	5	จุด
7. สัญญาณศีรษะด้านหน้า	5	จุด
8. สัญญาณศีรษะด้านหลัง	5	จุด
9. สัญญาณท้อง	5	จุด
10. สัญญาณเข่า	3	จุด

- | | | |
|------------------------|---|-----|
| 11. สัญญาณข้อเท้า | 1 | จุด |
| 12. สัญญาณจุดจอมประสาท | 1 | จุด |

การนวดไทยนั้น โดยปกติต้องนวดเส้นพื้นฐานก่อนที่จะเข้าจุดสัญญาณ ถ้านวดเส้นพื้นฐานดีจะทำให้เลือดลมวิ่งผ่านได้ หากกดนวดแล้วไม่รู้สีกว่าวิ่งไปไหนเลย อาจเกิดการอันคม จุดสัญญาณอาจติดขัดได้ หรือผู้ป่วยเกิดมีพังผืดหรือมีการยึดติดของเส้นเอ็น สำหรับความรู้สึกรับรู้การเดินของเลือดลม ในผู้ป่วยที่มีปลายประสาทไวหรือมีอายุน้อยจะรับรู้ความรู้สึกได้ ส่วนในผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีเส้นที่ยึดติดมาก เลือดลมไม่ค่อยเดินจึงไม่ค่อยรับรู้การเดินของเลือดลม

เมื่อทำการนวดไทยเสร็จเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวและเส้นเอ็นหย่อน จึงต้องมีการประคบสมุนไพรและอบสมุนไพรด้วย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุนี้รู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น ซึ่งการประคบสมุนไพรและอบสมุนไพรมีรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

การประคบสมุนไพร (ยงศักดิ์, 2553)

การประคบสมุนไพรเป็นวิธีการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาไทยทางการแพทย์แผนไทยอีกวิธีหนึ่งซึ่งสามารถไปใช้ควบคู่กับการนวดไทยหลังจากนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยใช้สมุนไพรหลักบางชนิดที่มีน้ำมันหอมระเหย มีฤทธิ์ช่วยในการลดอาการปวดบวมและอักเสบของกล้ามเนื้อเช่น ไพล ขมิ้น มาห่อผ้าขาวบางแล้วมัดทำเป็นลูกประคบซึ่งวิธีการใช้มีดังนี้

นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งประมาณ 15-20 นาที เมื่อลูกประคบร้อนได้ที่แล้ว ก่อนนำมาใช้ประคบควรมีการทดสอบความร้อนโดยแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือก่อน และในช่วงแรกที่ลูกประคบยังร้อนอยู่ ต้องประคบด้วยความเร็ว ไม่วางลูกประคบไว้บนผิวหนังนาน ๆ เพียงแค่ลูกประคบแล้วยกขึ้น แต่เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงสามารถวางลูกประคบได้นานขึ้นพร้อมกับกดคลึงจนกว่าลูกประคบคลายความร้อน แล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบไปใช้ลูกใหม่แทน (ใช้แล้วนำไปนึ่งแทน) กรณีแขนและขาใช้ทิศทางประคบจากโคนหาปลาย

ผลการประคบสมุนไพร

ผลการประคบสมุนไพร เกิดจากผลความร้อนที่ได้จากการประคบ และผลเกิดจากการที่
ตัวยาสมุนไพรซึมซับผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย

ผลของความร้อน ซึ่งความร้อนที่ได้จากการประคบมีผลต่อการรักษา (ยงศักดิ์, 2553)
มีดังนี้

1. ช่วยทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยึดตัวออก
2. ลดอาการตึงตัวของข้อ
3. ลดปวด
4. ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
5. ช่วยลดอาการปวดบวมที่เกิดจากข้ออักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ หลัง 24-48 ชั่วโมง
6. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

สรุปได้ว่า ตัวยาสมุนไพรมีตัวยาที่มีสรรพคุณในการแก้เคล็ด ขัด ยอก ฟกช้ำ ทำให้
เส้นเอ็นหย่อน ซึ่งเมื่อผสมผสานกับความร้อนจากลูกประคบแล้ว ก็เท่ากับเป็นการเสริมฤทธิ์
ในการรักษาซึ่งกันและกัน กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2546)
ทำการศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการด้านการนวดไทยสายราชสำนักและ
ประคบสมุนไพร จำนวน 60 คนที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความ
คิดเห็นในด้านความรู้และทัศนคติต่อการนวดไทยสายราชสำนักอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ในด้าน
ประสิทธิผลของการนวดไทยสายราชสำนักและประคบสมุนไพรพบว่าสามารถลดอาการปวด
กล้ามเนื้อบริเวณบ่าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับการรักษา คุณภาพ
การบริการ อุปกรณ์เครื่องมือ มีความพึงพอใจในระดับมาก

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

1. แก้เส้นตึง แก้เคล็ด ขัด ยอก ฟกช้ำ บวม
2. ในกรณีสตรีหลังคลอด ช่วยให้น้ำนมเดินสะดวก
3. ในกรณีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ช่วยในการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น

ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร

1. อย่าใช้ลูกประคบที่ร้อนจนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณที่ผิวหนังอ่อน บริเวณที่มีกระดูกยื่น หรือบริเวณที่เคยเป็นแผลมาก่อน
2. ต้องระมัดระวังในกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคอัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เพราะมักมีอาการตอบสนองช้าอาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย
3. ห้ามใช้การประคบสมุนไพรในกรณีที่มีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อนใน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะจะทำให้บวมมากขึ้น และเลือดออกมากขึ้นได้
4. หลังจากการนวดประคบสมุนไพรไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปชะล้างยาออกจากผิวหนังและร่างกายปรับตัวไม่ทัน

การอบสมุนไพร (ยงศักดิ์, 2553)

การอบสมุนไพรหรือการอบไอน้ำสมุนไพร เป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยมีการเตรียมสมุนไพรที่ใช้ในการอบเช่น ตะไคร้ ขมิ้นอ้อย มาใส่ในหม้อหนึ่งให้ร้อนแล้วนำไปอบในกระโจมผ้าที่อุณหภูมิ 45 องศา ประมาณ 15 - 20 นาที

หลักการอบสมุนไพร คือ ต้มสมุนไพรกับน้ำเดือด ใช้น้ำ หอมระเหย และสารมีผลเฉพาะทางซึ่งมีอยู่ในสมุนไพรจะออกมาสัมผัสผิวหนัง ทำให้มีผลเฉพาะที่ และเข้าไปกับลมหายใจ จะทำให้มีผลต่อระบบทางเดินหายใจและผลทั่วร่างกาย

ผลการอบสมุนไพร

ผลของการอบสมุนไพรเกิดจากผลของไอน้ำ น้ำมันหอมระเหยและสารระเหยต่าง ๆ ในสมุนไพรซึ่งซึมผ่านชั้นผิวหนังและเข้าไปกับลมหายใจ

ประโยชน์ของการอบสมุนไพร

การอบสมุนไพร ถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แก้ปวดข้อ ผ่อนคลายความเครียด
2. ลดน้ำหนักและเสริมความงามของผิวพรรณ
3. ในกรณีสตรีหลังคลอดช่วยทำให้มดลูกเข้าอู่ ขับน้ำคาวปลา
4. ในกรณีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ฟันฟูสมรรถภาพร่างกาย

ตำรับยาสำหรับการอบสมุนไพร

เหง้าไพล ขมิ้นอ้อย จิง ต้นตะไคร้ ผิวส้มโอ หัวหอม แดง ใบมะขาม ใบส้มเลี้ยว ผักบุ้งล้อม ผักบุ้งจัน รากหญ้าคา เปลือกต้นชะลูด ผลกระวาน ดอกกานพลู เกลือ และ การบูร (หากหาตัวยายาก ไม่ครบ ก็ใช้เท่าที่หาได้ แต่ควรมีเหง้าไพล และการบูรซึ่งเป็นตัวยาสำคัญ)

ข้อควรระวังในการอบสมุนไพร

1. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคปอด โรคลมบ้าหมู ตกเลือด ท้องเสีย อย่างรุนแรง ไข้ทับระดู ไข้สูง อ่อนเพลีย
2. ในขณะที่อบสมุนไพร ถ้ารู้สึกหายใจไม่ออก ควรออกมาพักนอกกระท่อมน้ำ
3. ระวังอย่าให้อบนานเกินไป เพราะร่างกายจะเสียน้ำและเกลือแร่ จะทำให้อ่อนเพลีย ซึม ถ้าเป็นมากอาจช็อกได้

ซึ่งวิธีการบำบัดโดยการนวดไทยร่วมกับการประคบและอบสมุนไพรสอดคล้องกับงานวิจัยของชัยวุฒิ (2549) ทำการศึกษาผลการรักษาอาการปวดของผู้ป่วยระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการนวดและการนวดร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าและปวดหลัง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (คนไข้มีอาการปวดเข่า 10 รายและอาการปวดหลัง 10 ราย) ซึ่งได้รับยาอย่างเดียวก่อนการรักษา และกลุ่มทดลอง (คนไข้มีอาการปวดเข่า 10 รายและอาการปวดหลัง 10 ราย) โดยได้รับยา ร่วมกับการนวด 40 นาทีและประคบสมุนไพร 30 นาที พบว่าเมื่อได้ทำการประเมินระดับความปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการรักษา โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ซึ่งการเปรียบเทียบภายในกลุ่มสำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังและปวดเข่าของในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมลดลงหลังทำการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าผู้ที่มีอาการปวดหลังและปวดเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการรักษามีระดับความปวดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาค่อนข้างมาก โดยค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับการปวดระหว่างก่อนและหลังการรักษาเท่ากับ 2.9 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับการปวดระหว่างก่อนและหลังการรักษาเท่ากับ 1.8 คะแนน แสดงให้เห็นถึงผลของการนวด ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรมีแนวโน้มในการลดอาการปวดได้สูงกว่า อาจเนื่องมาจากใช้วิธีการนวดและประคบสมุนไพรในบริเวณที่มีอาการปวด

ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม เกี่ยวกับการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร

ความรู้

ความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่นข้อมูลข่าวสาร และการเปิดรับจากสื่อต่าง ๆ หรือจากบุคคล หน่วยงาน หรือจากประสบการณ์ที่เคยได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ได้รับมา มีผลให้นำไปสู่ ทักษะและโน้มน้าวใจไปจนเกิดเป็นพฤติกรรมได้ ในเรื่องของการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร เบญจพร (2545) ได้ทำการศึกษาการเผยแพร่ความรู้การนวดแผนโบราณของโรงเรียน แพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยทำการสัมภาษณ์ ผู้บริหารและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับการนวดแผนโบราณของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์ นำเสนอในรูปแบบเชิงพรรณนา (Descriptive method) พบว่า โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์ เปิดการสอนนวดแผนโบราณ โดยมีการพัฒนาหลักสูตรให้มีความเป็นวิทยาศาสตร์และนำความรู้ที่ ได้มาใช้ให้เกิดผลในทางที่ดีต่อผู้ที่มารับการนวด ซึ่งศูนย์สุขภาพในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่นำเรื่อง นวดแผนโบราณเข้ามาเสริม โดยนำแพทย์แผนไทยเข้ามารักษาไปด้วย เช่น โรงพยาบาลบรรเทาทุกข์ จ.เชียงใหม่ ที่ใช้หลักสูตรที่มีเนื้อหาความรู้สายเดียวกับโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์ มาใช้รักษา ตลอดจนมีการเรียนการสอนนวดแผนไทยทั้งแบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์ โดยใช้ ระยะเวลาเรียน 10 วัน

วชิรญาณ (2553) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสถานะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย กลุ่มตัวอย่างมี 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวด และ กลุ่มควบคุม 20 คน ได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีสถานะเท้า หลังจากได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนวดดีกว่าก่อน ได้รับความรู้โดยดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ทักษะ

ทักษะเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อหรือการรับรู้ของ บุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมได้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น ทักษะ เป็นเรื่องของจิตใจ ทำให้ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มน้าวใจของบุคคล

องค์ประกอบของทัศนคติ

บุคคลที่จะมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นจะต้องเกิดขึ้นตอนตามองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

- 1) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ (Cognitive component) การที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ต่อสิ่งนั้นเสียก่อน การเกิดทัศนคติของแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน
- 2) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก (Affective component) เมื่อบุคคลมีความรู้ในสิ่งนั้น ถ้าบุคคลนั้นรู้ว่ามิประโยชน์ก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้น ถ้าไม่มีประโยชน์ก็จะไม่มีทัศนคติต่อสิ่งนั้น
- 3) องค์ประกอบทางการกระทำ (Behavioral component) เมื่อบุคคลรู้ในสิ่งนั้นมาแล้วและรู้ชอบ ไม่ชอบตามมา บุคคลนั้นก็จะกระทำสิ่งนั้นลงไป

แหล่งที่ทำให้เกิดทัศนคติ

- 1) ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เกิด ทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดีจะทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทิศทางที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน
- 2) การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) จะทำให้เกิด ทัศนคติจากการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากผู้อื่น ได้ เช่น เด็กที่ได้รับการสั่งสอนจากผู้ใหญ่จะเกิดทัศนคติต่อการกระทำต่าง ๆ ตามที่เคยรับรู้มา
- 3) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิด ทัศนคติขึ้นได้ เช่น เด็กที่เคารพเชื่อฟังพ่อแม่ จะเลียนแบบการแสดงท่าชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งหนึ่งตามไปด้วย
- 4) ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทัศนคติหลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน หรือหน่วยงาน เป็นต้น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ

ทัศนคติก่อตัวขึ้นมาและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน คือ

1) การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) ทัศนคติจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งกำลังดำเนินการตอบสนองตามความต้องการ หรือแรงผลักดันทางร่างกาย ตัวบุคคลจะสร้างทัศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของ ที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้

2) ข่าวสารข้อมูล (Information) ทัศนคติจะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารที่ได้รับรวมทั้งลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสาร กลไกของการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่าง ๆ (Selective Perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่บุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิด และสร้างเป็นทัศนคติขึ้นมาได้

3) การเข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) ทัศนคติบางอย่างอาจมาจากกลุ่มต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม เช่น ครอบครัว วัด กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา กลุ่มสังคมต่าง ๆ โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรวมของค่านิยมต่าง ๆ แต่ยังมีการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทัศนคติขึ้นได้โดยเฉพาะครอบครัวและกลุ่มเพื่อนร่วมงาน เป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด (Primary Group) ที่จะเป็แหล่งสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลได้

4) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลต่าง ๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้มีประสบการณ์มาจนกลายเป็นทัศนคติได้

5) ลักษณะท่าทาง (Personality) ลักษณะท่าทางหลายประการต่างก็มีส่วนทางอ้อมที่สำคัญในการสร้าง ทัศนคติให้กับตัวบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ ของการก่อตัวของทัศนคติเท่าที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในความเป็นจริงจะมีได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใดเลย ทั้งนี้เพราะปัจจัยแต่ละทางเหล่านี้ ตัวไหนจะมีความสำคัญต่อการก่อให้เกิดของทัศนคติมากหรือน้อยย่อมสุดแล้วแต่การพิจารณาสร้างทัศนคติต่อสิ่งดังกล่าว

ประเภทของทัศนคติ

1) ทัศนคติทางเชิงบวก เป็นทัศนคติ ที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึก หรืออารมณ์จากสภาพจิตใจได้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือ เรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่งรวมทั้งหน่วยงาน

องค์กร สถาบัน และการดำเนินการขององค์กรอื่น ๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกร ช่อมมีทัศนคติทางบวก หรือ มีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร และให้ความสนับสนุนร่วมมือด้วยการเข้าเป็นสมาชิก และร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น

2) ทัศนคติทางลบ หรือ ไม่ดี คือ ทัศนคติที่สร้างความรู้สึกลงไปในทางเสื่อมเสียไม่ได้รับความเชื่อถือ หรือ ไร้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินการขององค์กร และอื่น ๆ เช่น พนักงานเจ้าหน้าที่บางคน อาจมี ทัศนคติเชิงลบต่อบริษัท ก่อให้เกิดอคติขึ้นในจิตใจจนพยายามประพฤติ และปฏิบัติต่อต้านกฎระเบียบของบริษัทอยู่เสมอ

3) ทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคลหน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมี ทัศนคตินิ่งเฉยอย่างไม่มีความคิดเห็นต่อปัญหา ได้เถียงเรื่องกฎระเบียบว่า ด้วยรูปแบบของนักศึกษา

ทัศนคติทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์หน้าที่หรือกลไกของทัศนคติ

ในเรื่องของทัศนคติต่อการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร เมตตา (2546) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการนวด อบ ประคบสมุนไพร ของผู้รับบริการของศูนย์แพทย์แผนไทย ร.พ.พล จ.ขอนแก่น ในด้านกระบวนการให้บริการ บุคลากร อุปกรณ์ที่ใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีเพศและอายุต่างกันจำนวน 172 คน เป็นผู้รับบริการนวด 80 คน ผู้รับบริการอบ 64 คนและผู้รับบริการประคบ 28 คน พบว่าความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ได้แก่ การนวด การอบ การประคบ โดยในส่วนของกระบวนการนวดและประคบ มีความเห็นในด้านการให้บริการ บุคลากรอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอุปกรณ์ที่ใช้มีความเห็นระดับปานกลาง และผู้รับบริการที่มีเพศและอายุที่ต่างกันมีความเห็นต่อการนวด การอบ การประคบโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่ในรายดานนั้น สำหรับผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันพบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ 35-49 ปี มีความเห็นต่อบุคลากรที่ให้บริการว่ามีความเหมาะสมมากกว่าผู้รับบริการที่มีอายุ 20-34 ปี

พฤติกรรม

ในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพ โดยความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (อุทัย, 2546) ได้อธิบายไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมใด ๆ ในด้านการป้องกัน การสร้างเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ อันมีผลต่อสภาวะทางสุขภาพของบุคคล

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ (สมหมาย, 2544)

1. พฤติกรรมการป้องกัน หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกัน
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา หมายถึง สิ่งที่แสดงให้บุคคลนั้นรู้และคิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ
2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับ
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วอาจนำไปสู่การเกิดอันตรายต่อชีวิต สุขภาพของตนเองและผู้อื่น

สำหรับพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องของการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพรได้มีผู้ทำการศึกษาโดย กิ่งแก้วและคณะ (2545) ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลปัญหาปวดเมื่อยของชาวบ้านในเขต อ.เชียงยืน จ.มหาสารคามเป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional descriptive โดยสุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 10 คน จาก 57 หมู่บ้าน รวมแล้วได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 570 คน ซึ่งอาการปวดเมื่อยของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นการปวดเมื่อยไม่รุนแรงและการปวดเมื่อยรุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างจะเลือกวิธีการรักษา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 บิบนวดเอง ขั้นตอนที่ 2 ซั้อยาแก้ปวดรับประทาน ขั้นตอนที่ 3 รักษาด้วยหมอฟันบ้าน ขั้นตอนที่ 4 ไปโรงพยาบาลหรือคลินิก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ปวดเมื่อยไม่รุนแรงมีการรักษาแบบขั้นที่ 1 ร้อยละ 100 รักษาขั้นที่ 2 ร้อยละ 56.8 รักษาขั้นที่ 3 ร้อยละ 19.2 และรักษาขั้นที่ 4 ร้อยละ 4.5 ส่วนกลุ่มที่ปวดเมื่อยรุนแรงมีการรักษาแบบขั้นที่ 1 ร้อยละ 100 รักษาขั้นที่ 2 ร้อยละ 65.9 รักษาขั้นที่ 3 ร้อยละ 29.7 และรักษาขั้นที่ 4 ร้อยละ 11.6 แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เสนอว่าไม่ว่าจะใช้วิธีการรักษาใด ๆ ผลของการรักษาจะคล้ายคลึงกันคือ ทูเลาอาการแล้วกลับเป็นใหม่อีก ดังนั้น การบิบนวดจึงน่าจะเป็นวิธีที่ปลอดภัยและประหยัด รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพด้วย

ปัญหาในการบำบัด

- ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองให้หายจากอาการปวดกล้ามเนื้อ
- ขาดผู้มาทำการบำบัดดูแลให้หายได้

การดูแลผู้สูงอายุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2550 มาตรา 53 บัญญัติว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ และมาตรา 80 บัญญัติว่า รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งตนเองได้ และนอกจากนี้ปฎิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุของไทย โดยเฉพาะในด้านการดำรงชีวิตและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งบัญญัติไว้ในข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อที่ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

เป้าหมายและสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ

- เพื่อคงความมีสุขภาพดี
- คั่นพบโรคในระยะแรก รักษาถูกต้องทันเวลาฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม
- เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง

สิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

- การพัฒนาและสนับสนุนการดูแล และบริการผู้สูงอายุที่บ้าน หรือชุมชน Ryan (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดาพบว่าปัญหาสำคัญสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุคือมีความกลัวว่าจะไม่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งทางรัฐบาลแคนาดาจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน จัดประสบการณ์ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีโอกาสเรียนรู้และเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไปได้

- การพัฒนาระบบการดูแลปฐมภูมิโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วม
- การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- การพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม
- การพัฒนาศักยภาพด้านการประสานงานระหว่างบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพและบุคลากรที่ให้บริการทางสังคม
- การพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัคร ระบบครอบครัว และประชากร

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)

Bandura (1978) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถ ของตนเอง ที่จะจัดการ มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่า

ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึง ความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาเห ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน Bandura ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถของ ตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ภาพ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาด หวังผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพ ความคาดหวังเกี่ยวกับ ผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (จาก Bandura, 1978)

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่า เป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถ ของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้อง ฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารู้ว่า เขามีความสามารถ จะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้ อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ
2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และ ได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะ ของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหของบุคคล ที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้
3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถ ที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดัง กล่าวนั้น ก่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะ ทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับ การทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตน
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพที่ ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วน จะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้น ที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่ พึง

พอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้ การรับรู้ เกี่ยวกับ ความสามารถของตนต่ำลง

เกศสุดา (2544) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการรักษาที่คลินิกออร์โทปิดิกส์ ร.พ.พระปกเกล้าจันทบุรี จำนวน 20 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 10 รายและกลุ่มทดลอง 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยวิธีการให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำ เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยใช้คู่มือการดูแลที่มีภาพประกอบ และเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแล การรับรู้ความสามารถตนเองและคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ศุภกิจ (2548) ได้ทำการศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีอิริยาบถที่เหมาะสมของการทำงาน ในชีวิตประจำวัน และการนวดราชสำนัก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 26-83 ปี ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า คันคอ ศีรษะ มารับการรักษาที่สถานพยาบาลอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดขึ้น 3 ครั้งในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ตามโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบไปด้วย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำ ตามปกติ พบว่า เมื่อได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับ ได้รับ โปรแกรมเนื่องจากได้รับทราบการปฏิบัติที่ถูกต้อง พร้อมกับทำพฤติกรรมอย่างถูกต้องสม่ำเสมอดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัญหาและแผนการดูแลอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

เนื่องจากยังมีกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ในการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อ จึงทำให้ละเลยหรืออาจกระทำการดูแลโดยไม่ถูกวิธี ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ (ศิริพันธ์, 2547) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และทักษะปฏิบัติ ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยขึ้นมาด้วยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในประสิทธิผลโดย อุดม (2545) ได้ทำการศึกษาการถ่ายทอดการนวดแผนไทยบ้านป่าบาง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการถ่ายทอดอบรมการนวดแผนไทย วิธีการรักษา ผลความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่ามีการ

ถ่ายทอดความรู้ 2 รูปแบบคือ 1.การถ่ายทอดอบรมความรู้โดยการจัดেলাทางสังคมมาจากบรรพบุรุษซึ่งมีแหล่งการเรียนรู้จากระบบเครือญาติ ใช้การสังเกต ติดตาม ศึกษาค้นคว้าจนมีความเชี่ยวชาญและนำไปทดลองปฏิบัติ 2. รูปแบบการถ่ายทอดโดยอาศัยการเรียนรู้จากความเชื่อ มีพิธีกรรมขึ้นครู (ขึ้นตั้ง39บาท) เพื่อขอเป็นลูกศิษย์ โดยผู้เรียนศึกษาจากตำราแนวค บันทึกใบข่อยใบลาน ซึ่งครูจะปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างในด้านวิธีการรักษา การบิบนวดร่วมกับใช้สมุนไพรและวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนสำหรับเพิ่มคำแนะนำให้ผู้ป่วย โดยผ่านแหล่งเรียนรู้ของหน่วยราชการ เช่นสมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะวัดผลและมอบหนังสือสำคัญไว้เป็นหลักฐาน ในด้านความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดแผนไทย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 45 ปีขึ้นไป) กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป) กลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและความเชื่อมั่นว่าการนวดไทยสามารถลดอาการปวดได้ดีกว่ารับประทานยาแก้ปวด กลุ่มผู้ใหญ่มีความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในการนวดไทยว่าช่วยให้โลหิตไหลเวียนดี กล้ามเนื้ออ่อนตัว และใช้สำหรับบางโรคที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วไม่หายขาด ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ไม่ได้ให้ความสนใจการใช้บริการนวดไทย แต่เมื่อถูกพาตัวมาโดยบุคคลในครอบครัวเพื่อมารับการรักษาด้วยการนวดแผนไทย พบว่ามีความพึงพอใจในผลการรักษาด้วยวิธีนี้

ความรู้เกี่ยวกับการฝึกอบรม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545- พ.ศ. 2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์โดยแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์คือ

1. ยุทธศาสตร์ที่1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ที่2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ที่3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ยุทธศาสตร์ที่4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนานุเคราะห์ด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานความรู้ด้านผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในประเด็นของมาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล ผู้คุ้มครอง โดยในข้อที่ 3.3.3 ที่ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริการต่างๆที่เป็นประโยชน์ และข้อที่ 4.5 การจัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่นแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ

สำหรับอีกยุทธศาสตร์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เป็นการจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ซึ่งได้กำหนดมาตรการต่างๆดังนี้

1. มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

1.1 ส่งเสริมให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติมีศักยภาพในการดำเนินการให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้รับการนำไปปฏิบัติ และเป็นสื่อกลางในการประสานงานกิจการและการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งในระหว่างองค์กรต่าง ๆ ภายในประเทศและต่างประเทศ

1.2 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสพ.) ดำเนินการให้มีการพัฒนาและปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

1.3 จัดให้มีเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุขึ้นในระดับตำบลและหมู่บ้าน เชื่อมโยงกับคณะกรรมการระดับชาติ

2. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ดูแลทั่วไป อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

2.2 กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เนื้อหาของการฝึกอบรม

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยต้องให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหา การนวดไทย จุดสัญญาณ การประคบสมุนไพร/อบสมุนไพร เมื่อมีความเข้าใจในเนื้อหาแล้วก็ทำการฝึกปฏิบัติจริง และทำการประเมินผล

2. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยต้องให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีได้ โดยขึ้นอยู่กับ การกำหนดรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

3. ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้เข้ารับการฝึกอบรมเมื่อได้รับการฝึกฝนจนมีความชำนาญ เมื่อนำไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิผล จะทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความเชื่อในความสามารถของตนในการจะนำไปปฏิบัติได้

4. พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยต้องให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเล็งเห็นผลในอนาคตถึงประโยชน์ของการนำไปใช้จนเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยอย่างสม่ำเสมอ

วิธีการฝึกอบรม

1. การบรรยาย โดยผู้อบรมถ่ายทอดความรู้ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการนำไปปฏิบัติ โดยต้องกำหนดระยะเวลาในแต่ละครั้งที่ใช้ในการบรรยาย
2. การสาธิต โดยผู้อบรมแสดงขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ เป็นลำดับ เพื่อสร้างความเข้าใจในผู้เข้ารับการฝึกอบรมมากยิ่งขึ้น
3. การปฏิบัติ โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมลงมือปฏิบัติจริงหลังจากได้รับความรู้ผ่านการบรรยายและการสาธิต เพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมอีกทางหนึ่ง ซึ่ง Charlotte (2008) ได้ทำการศึกษาการประเมินผลการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมการนวดบำบัดและการจัดกระดูกโดยใช้การสาธิตให้กับชนเผ่าพื้นเมืองอะบอริจิน ประเทศออสเตรเลียจำนวน 43 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์พบว่าร้อยละ 70 ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติ สำหรับด้านการให้ความสำคัญในการหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บรักษา พบว่า 21 คนเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก 8 คนเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญเล็กน้อย 3 คน เห็นว่าไม่สำคัญเลย 12 คน เห็นว่าอย่างไรก็ไม่สามารถได้ผลในการรักษา

ชวน (2546) ทำการศึกษาโดยรูปแบบการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการนวดไทยให้กับผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 42 คน ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมมีความเห็นเกี่ยวกับการนวดไทยว่าสามารถบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ผลดีเพิ่มขึ้น จากก่อนเข้ารับการฝึกอบรมร้อยละ 52.5 เป็นร้อยละ 92.9 ภายหลังรับการฝึกอบรม ในด้านความรู้ มีระดับความรู้ด้านการนวดไทยก่อนเข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 80 หลังเข้ารับการฝึกอบรม ในด้านทักษะปฏิบัติ ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีทักษะการนวดไทยระดับที่ดีโดยพบถึงร้อยละ 90.4 ภายหลังการฝึกอบรม 4 เดือน ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถนำความรู้และทักษะการนวดไทยไปใช้ประโยชน์ในการบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อให้แก่สมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลศและคณะ (2547) ทำการศึกษาโดยใช้ Descriptive analysis ในกลุ่มตัวอย่างหมอนวดแผนไทยที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรนวดแผนไทย 300 ชม. จากสถาบันการแพทย์แผนไทย

กระทรวงสาธารณสุขและมีชื่อในทะเบียนแพทย์พื้นบ้าน จ.พิษณุโลก จำนวน 10 คน เสนอผลการศึกษาด้วยวิธีพรรณนาวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาท 4 ด้านคือ 1. บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง(Role model) ในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี 2. บทบาทด้านการป้องกันโรค คือปฏิบัติตนในลักษณะผู้ให้ความรู้ (Educator) โดยหมอนวดแผนไทยได้รณรงค์และให้คำแนะนำในการป้องกันโรคตามหลักของกระทรวงสาธารณสุข 3. บทบาทด้านการบำบัดรักษา คือเป็นผู้บำบัดรักษา (Curer) ใน 3 ลักษณะ คือบำบัดรักษาทางกาย จิต สังคม 4. บทบาทในด้านการฟื้นฟู ประกอบด้วย การฟื้นฟูร่างกายและจิตใจผู้ป่วย

อภิรดี (2548) ทำการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกเช่นการนวดไทย อาหารและสมุนไพรในการดูแลผู้ป่วย เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 123 คน โดยแนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการนำภูมิปัญญาตะวันออกมาผสมผสานในการปฏิบัติพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 83.70 ระดับการปฏิบัติพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติบ่อยครั้งคือการนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อต่อของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย = 1.64, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.82 เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดอาการกล้ามเนื้อบวมค่าเฉลี่ย = 1.38, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.90 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาที่จะไม่นำภูมิปัญญาตะวันออกมาผสมผสานในการปฏิบัติพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 16.26 ด้วยเหตุผลที่ตนเองไม่มีความรู้อย่างแท้จริงคิดเป็นร้อยละ 13.01 และขาดการอบรมความรู้คิดเป็นร้อยละ 23.01

สุนิเทศก์ (2548) ได้ทำการศึกษาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวบ้านชุมชนสันป่าเปา อ.สันทราย จ. เชียงใหม่โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม เทคนิค SWOT และนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนสันป่าเปามีบริบททางสังคม ส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านการแพทย์แผนไทยของคนในชุมชนควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ หมอยาสมุนไพร หมอนวดแผนไทย หมอเป่า ซึ่งสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่หลากหลายสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกโดยมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เช่น โรงเรียน วัด อบต. สถานีอนามัย ในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนจนสามารถพัฒนากลุ่มให้เข้มแข็งบนพื้นฐานการพึ่งตนเองโดยใช้ศักยภาพของคนในชุมชนดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานได้

ศิริลักษณ์ (2550) ทำการศึกษาการนำความรู้และทักษะฝีมือไปใช้ประโยชน์ของผู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรนวดแผนไทยของสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาค 3 จ.ชลบุรี โดยประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรนวดแผนไทยจำนวน 200 คน พบว่า ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม มีความต้องการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันในครอบครัวร้อยละ 13.5 หลังการฝึกอบรม ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะฝีมือที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\mu = 4.15$) โดยในเรื่องการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเห็นด้วยในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.39$) รองลงมาเป็นการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวเห็นด้วยมากที่สุด ($\mu = 4.33$) และนำความรู้ไปถ่ายทอดให้คนในชุมชนเห็นด้วยมาก โดยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\mu = 3.84$)

สาวิตรี (2550) ทำการศึกษาระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาและการรักษาโรคด้วยการนวดแบบเขี่ยเส้นล้านนา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หมอพื้นบ้านที่ทำการถ่ายทอด 1 คน ผู้รับการถ่ายทอด 1 คนและผู้ป่วย 4 คน พบว่า หลังจากได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาไทยและการรักษาโรคด้วยการนวดแบบเขี่ยเส้นล้านนา โดยวิธีการสอนและปฏิบัติควบคู่กันไป ทำให้ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมีความมั่นใจและมีความเชื่ออำนาจในตนเองในการรักษาผู้ป่วย และผลของระดับความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วยที่มารับการรักษาพบว่า มีความพอใจในระดับมาก

นที (2551) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มคนงานเย็บจักรโรงงาน เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือคนงานที่ปฏิบัติหน้าที่เย็บจักรอุตสาหกรรม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยให้โปรแกรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อกับกลุ่มทดลอง 3 ครั้ง พบว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อและอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประดับเพชร (2551) ทำการวิจัยเชิงบรรยาย โดยศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทยในศูนย์วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 170 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง พบว่าพฤติกรรมการใช้แผนไทยดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

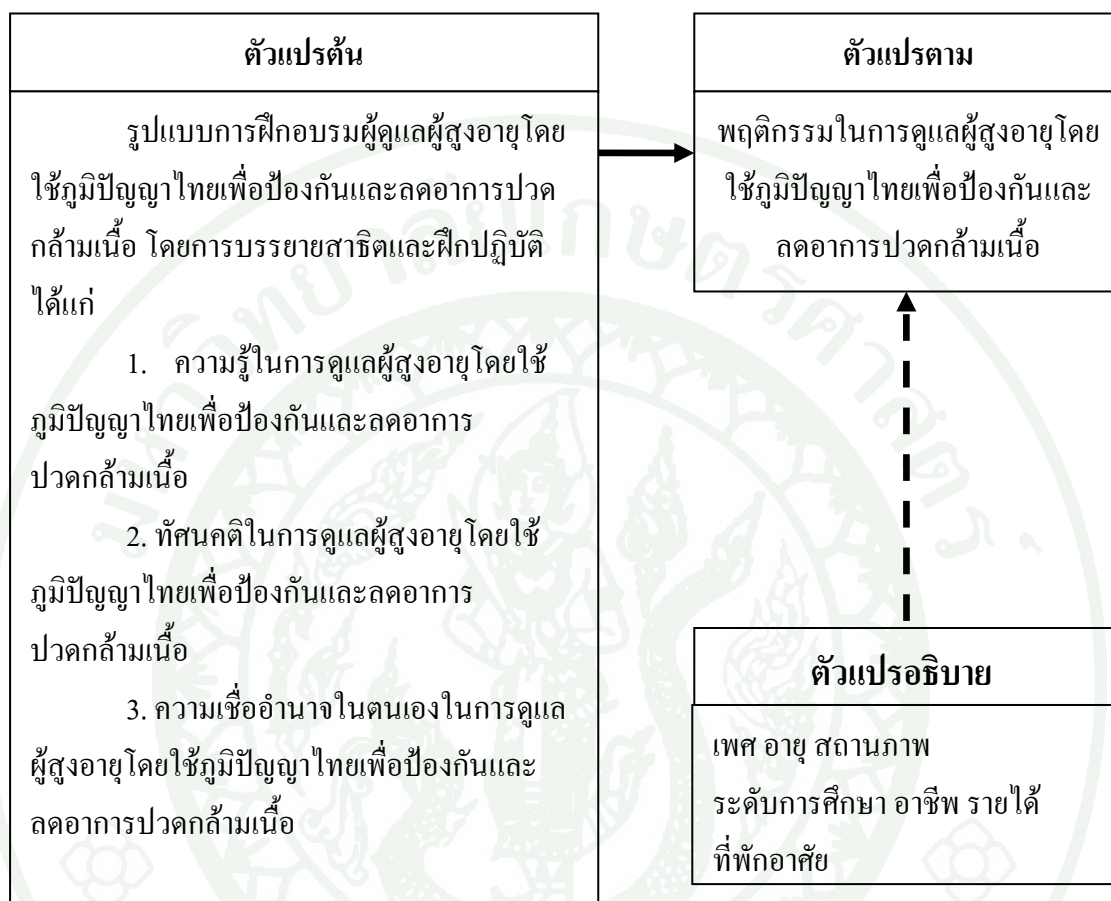
สุขภาพด้วยการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยในตัวบุคคลในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการนวดแผนไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ฉัตรพี (2552) ทำการศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกกลุ่มตัดเย็บเสื้อผ้าในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยให้โปรแกรมขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อกับกลุ่มทดลอง 6 ครั้ง พบว่าอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดำรงศักดิ์ (2553) ทำการศึกษากการพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการนวดไทย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือผู้สนใจการนวดแผนไทยที่มีความรู้ที่น้อยที่สุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ในชุมชนเขตดอนเมืองและในชุมชนบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 60 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทักษะในการนวดไทยอยู่ในระดับมากและมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังเรียนสูงกว่าคะแนนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาไทยด้านการนวดไทย เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้มีการพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากความเสื่อมของร่างกาย จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงอย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและสมมติฐานในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

สมมติฐานในการวิจัย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการฝึกอบรมในประเด็นต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ดีวก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

สมมติฐานที่ 2 ทักษะคิด ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ดีวก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

สมมติฐานที่ 3 ความเชื่ออำนาจในตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ดีวก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

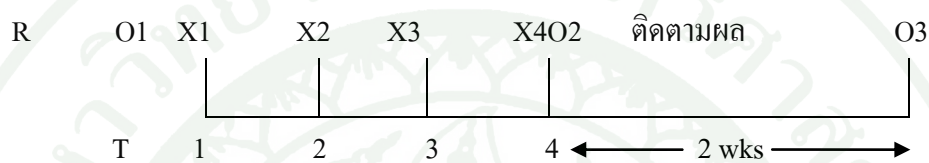
สมมติฐานที่ 4 พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ดีวก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

สมมติฐานที่ 5 ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น 2 สัปดาห์ ดีวก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียว มีการวัดก่อนหลังตามแผนภูมิการทดลองดังนี้



R หมายถึง ผู้เข้ารับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการฝึกอบรมในเรื่อง ความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

X หมายถึง การดำเนินการฝึกอบรม (Intervention) การใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อโดยการบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการฝึกอบรมในเรื่อง ความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ

O3 หมายถึง การติดตามผลและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

T หมายถึง ระยะเวลาในการฝึกอบรม (วัน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์เยาวชนบางเขน เฉพาะผู้ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. รูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นสำหรับการนวดไทย ทำนวดพื้นฐาน จุดสัญญาณ การประคบและอบสมุนไพร

1.2 กระบวนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยวิธีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ

2. แบบสังเกตความรู้ทักษะในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อจำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสังเกตเป็นรูปแบบการเลือกประเมิน (Checked list) มาก ปานกลาง น้อย โดยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 0-20 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

มาก	ได้	3	คะแนน
ปานกลาง	ได้	2	คะแนน
น้อย	ได้	1	คะแนน

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี (27-33 คะแนน)	คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง (22-26 คะแนน)	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับไม่ดี (11-21 คะแนน)	คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคมจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นรูปแบบการเลือกตอบ (Checked list) ถูก ผิด ไม่ทราบ โดยช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 0-20 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน
ไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี คือ ได้คะแนนระหว่างมากกว่า $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ขึ้นไปจนถึงคะแนนสูงสุด
 ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
 ระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนน้อยกว่า $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 หน่วย โดยข้อมูลที่ได้จะแสดงแนวโน้มและปริมาณ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงทัศนคติต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement)

4	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	หมายถึง	เห็นด้วย
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative Statement)

1	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
4	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากการแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการเทียบร้อยละปรับฐาน ซึ่งตามแบบวัดทัศนคติที่ใช้มี 20 ข้อ ใน 1 ข้อให้คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนและสูงสุด 4 คะแนน ฉะนั้นช่วงคะแนนระดับทัศนคติจึงอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แสดงว่ามีคะแนนเต็มเพียง 60 คะแนน (80-20) เท่านั้น จึงต้องเทียบร้อยละจาก 60 คะแนน เมื่อได้คะแนนเท่าใดแล้ว ให้นำ 20 คะแนนไปบวกกลับซึ่งมีระดับคะแนนของทัศนคติดังนี้

ระดับทัศนคติ	ร้อยละ	ช่วงคะแนน
ระดับดี	70 ขึ้นไป	$42+20 = 62$
ระดับปานกลาง	60-69	$36+20 = 56$
ระดับไม่ดี	น้อยกว่า 60	น้อยกว่า 56

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 16 ข้อ แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย โดยข้อมูลที่ได้อาจจะแสดงแนวโน้มและปริมาณ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 16-64 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึง มีความเชื่ออำนาจในตนเองต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อเกณฑ์การให้คะแนน เหมือนส่วนที่ 3 ดังกล่าวข้างต้น

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากการแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการเทียบร้อยละปรับฐาน ซึ่งตามแบบวัดความเชื่ออำนาจในตนเองที่ใช้มี 16 ข้อ ใน 1 ข้อให้คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนและสูงสุด 4

คะแนน จะนับช่วงคะแนนระดับพฤติกรรมจึงอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน แสดงว่ามีคะแนนเต็มเพียง 48 คะแนน (64-16) เท่านั้น จึงต้องเทียบร้อยละจาก 48 คะแนน เมื่อได้คะแนนเท่าใดแล้ว ให้นำ 16 คะแนนไปบวกกลับซึ่งมีระดับคะแนนของพฤติกรรมดังนี้

ระดับความเชื่ออำนาจในตนเอง	ร้อยละ	ช่วงคะแนน
ระดับดี	70 ขึ้นไป	$34+16 = 50$
ระดับปานกลาง	60-69	$29+16 = 45$
ระดับไม่ดี	น้อยกว่า 60	น้อยกว่า 45

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 20 ข้อ แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย โดยข้อมูลที่ได้จะแสดงแนวโน้มและปริมาณ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงมีพฤติกรรมในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement)

4	หมายถึง	ปฏิบัติมากที่สุด
3	หมายถึง	ปฏิบัติมาก
2	หมายถึง	ปฏิบัติน้อย
1	หมายถึง	ปฏิบัติน้อยที่สุด

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative Statement)

1	หมายถึง	ปฏิบัติมากที่สุด
2	หมายถึง	ปฏิบัติมาก
3	หมายถึง	ปฏิบัติน้อย
4	หมายถึง	ปฏิบัติน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน ประยุกต์มาจาก บุญธรรม (2540) แบ่งระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากการแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการเทียบร้อยละปรับฐาน ซึ่งตามแบบวัดพฤติกรรมที่ใช้มี 20 ข้อ ใน 1 ข้อให้คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนและสูงสุด 4 คะแนน ฉะนั้นช่วงคะแนนระดับพฤติกรรมจึงอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แสดงว่ามีคะแนนเต็มเพียง 60 คะแนน (80-20) เท่านั้น จึงต้องเทียบร้อยละจาก 60 คะแนน เมื่อได้คะแนนเท่าใดแล้ว ให้นำ 20 คะแนนไปบวกกลับ ซึ่งมีระดับคะแนนของพฤติกรรมดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ร้อยละ	ช่วงคะแนน
ระดับดี	70 ขึ้นไป	$42+20=62$
ระดับปานกลาง	60-69	$36+20=56$
ระดับควรปรับปรุง	น้อยกว่า 60	น้อยกว่า 56

วิธีการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเองและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยมีขั้นตอนวิธีในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาจากตำราวิชาการ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสร้างเครื่องมือ สร้างตามการกำหนดกรอบในการทำแบบสอบถาม ซึ่งข้อคำถามมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. นำเครื่องมือที่สร้างได้ นำมาตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาสาระที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพโดย

4.1 ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและเนื้อหา โดยนำโครงสร้างที่กำหนดไว้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ แก้ไข เพื่อนำเครื่องมือที่ปรับปรุงให้เหมาะสมและจัดทำให้สมบูรณ์ (ภาคผนวก ค)

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่สนใจจะทำการศึกษาโดยทดลองกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์คุณภาพของความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) วิธีของ Cronbach ผลการวิเคราะห์มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	.830
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	.850
ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	.810
พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ	.760

4.3 ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนก

4.3.1 แบบวัดความรู้ นำไปวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกโดยหาความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของกลุ่มผู้ได้คะแนนสูงและกลุ่มผู้ได้คะแนนต่ำ ข้อคำถามที่ใช้ได้คือมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

4.3.2 แบบวัดที่เป็นมาตรวัด นำไปวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกโดยวิเคราะห์รายข้อด้วยเทคนิคร้อยละ กลุ่มสูงและกลุ่มต่ำและทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้วย Separate t-test คัดเลือกข้อที่มีค่าสูง ซึ่งแสดงถึงข้อคำถามสามารถจำแนกผู้ตอบได้ โดยค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้ คือมีเกณฑ์ของค่า t ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจาก ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานศูนย์เยาวชนบางเขน
2. ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน ศูนย์เยาวชนบางเขน
3. ประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์เยาวชนบางเขนเพื่อกำหนดระยะเวลาและดำเนินการฝึกอบรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการฝึกอบรมอยู่ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2555 ถึง เดือนมีนาคม 2555
4. ผู้วิจัยทำการทดลองโดยเริ่มการฝึกอบรม โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรม 4 ครั้ง

4.1 ครั้งที่ 1 ให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการนวดไทย การนวดพื้นฐานและกดจุดสัญญาณเข้า ขาด้านนอกและด้านใน ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

4.2 ครั้งที่ 2 ให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติในเรื่องของการนวดพื้นฐานและกดจุด
สัญญาณของหลัง บ่าและไหล่ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

4.3 ครั้งที่ 3 ให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติในเรื่องของการนวดพื้นฐานและกดจุด
สัญญาณไค้คอ แขนด้านนอกและด้านใน ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

4.4 ครั้งที่ 4 ทบทวนและฝึกปฏิบัติการนวดพื้นฐานและการกดจุดสัญญาณทั้งหมด ให้ความรู้เรื่องการประคบและอบสมุนไพร ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยใช้แบบวัดความรู้ ทักษะ ความเชื่อ
อำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวด
กล้ามเนื้อ ทั้งก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ โดยใช้
แบบสอบถามชุดเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Wilcoxon Signed Ranks test
2. ติดตามผลหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผล

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1) เพื่อศึกษารูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยเปรียบเทียบในด้านความรู้ ทักษะ การเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรม ก่อนและหลังการฝึกอบรม 2) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยอย่างถูกต้อง กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขนจำนวน 15 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติ วิเคราะห์ (Analytical Statistics) ดังนี้ ข้อมูลทางชีวสังคมนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายถึงลักษณะของประชากร และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล Wilcoxon Signed Ranks test ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้สถิติทั้งหมดนี้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งการนำเสนอเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ การเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 4 ผลการประเมินจากแบบสังเกตความรู้ทักษะโดยผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม

(N = 15)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	2	86.7
หญิง	13	13.3
2. อายุ		
31-40 ปี	2	13.3
41-50 ปี	6	40.0
51-60 ปี	4	26.7
61-70 ปี	2	13.3
70 ปีขึ้นไป	1	6.7
3. สถานภาพครอบครัว		
โสด	2	13.3
สมรส	13	86.7
4. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	13.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	13.3
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	26.7
ปริญญาตรี	7	46.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(N = 15)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน		
4,501 – 6,000 บาท	1	6.7
6,001 – 7,500 บาท	1	6.7
7,501 – 9,000 บาท	4	26.7
9,001 – 10,500 บาท	1	6.7
10,501 – 12,000 บาท	3	20.0
12,000 บาทขึ้นไป	5	33.3
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	13.3
ธุรกิจส่วนตัว	5	33.3
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	7	46.7
ข้าราชการ	1	6.7
7. ที่พักอาศัย		
หอพัก/คอนโดมิเนียม	1	6.7
บ้านญาติ	3	20.0
บ้านตนเอง	11	73.3

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มประชากรที่ศึกษามีลักษณะดังนี้

1. เพศ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 13.3
2. อายุ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40 รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26.7

3. สถานภาพครอบครัว กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.7 รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 13.3

4. ระดับการศึกษา กลุ่มประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.7 รองลงมาจบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 26.7

5. อาชีพ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 46.7 รองลงมาประกอบ อาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 33.3

6. รายได้ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีรายได้ 12000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 33.3 รองลงมา มีรายได้อยู่ระหว่าง 7501-9000 บาท ร้อยละ 26.7

7. สถานที่พักอาศัยปัจจุบัน กลุ่มประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 73.3 รองลงมาอาศัยอยู่บ้านญาติ ร้อยละ 20

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับความรู้ในการใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและ หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

(N = 15)

กลุ่มประชากร	ระดับความรู้	จำนวนคน	ร้อยละ	μ	σ
ก่อนการฝึกอบรม				8.53	3.82
ระดับดี	(14-20)	-	-		
ระดับปานกลาง	(8-13)	10	66.7		
ระดับไม่ดี	(0-7)	5	33.3		
หลังการฝึกอบรม				20	.000
ระดับดี	(14-20)	15	100		
ระดับปานกลาง	(8-13)	-	-		
ระดับไม่ดี	(0-7)	-	-		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(N = 15)

กลุ่มประชากร	ระดับความรู้	จำนวนคน	ร้อยละ	μ	σ
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์				20	.000
ระดับดี	(14-20)	15	100		
ระดับปานกลาง	(8-13)	-	-		
ระดับไม่ดี	(0-7)	-	-		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ก่อนการฝึกอบรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 33.3 หลังการฝึกอบรมมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 100 และหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์กลุ่มประชากรมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

(N = 15)

กลุ่มประชากร	ระดับทัศนคติ	จำนวนคน	ร้อยละ	μ	σ
ก่อนการฝึกอบรม				55.6	5.65
ระดับดี	(62-80)	3	20.0		
ระดับปานกลาง	(56-61)	4	26.7		
ระดับไม่ดี	(20-55)	8	53.3		
หลังการฝึกอบรม				71.47	2.59
ระดับดี	(62-80)	15	100		
ระดับปานกลาง	(56-61)	-	-		
ระดับไม่ดี	(20-55)	-	-		
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์				66.47	2.17
ระดับดี	(62-80)	15	100		
ระดับปานกลาง	(56-61)	-	-		
ระดับไม่ดี	(20-55)	-	-		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีทัศนคติก่อนการฝึกอบรมในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และรองลงมาในระดับดี ร้อยละ 20.0 หลังการฝึกอบรมมีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 100 และหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์กลุ่มประชากรมีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 100

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

(N = 15)

กลุ่มประชากร	ระดับความเชื่ออำนาจในตนเอง	จำนวนคน	ร้อยละ	μ	σ
ก่อนการฝึกอบรม				41.73	4.11
ระดับดี	(50-64)	-	-		
ระดับปานกลาง	(45-49)	4	26.7		
ระดับไม่ดี	(16-44)	11	73.3		
หลังการฝึกอบรม				56.93	2.87
ระดับดี	(50-64)	14	93.3		
ระดับปานกลาง	(45-49)	1	6.7		
ระดับไม่ดี	(16-44)	-	-		
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์				53.3	3.14
ระดับดี	(50-64)	13	86.7		
ระดับปานกลาง	(45-49)	2	13.3		
ระดับไม่ดี	(16-44)	-	-		

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจในตนเองก่อนการฝึกอบรมในระดับไม่ดี ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 หลังการฝึกอบรมมีความเชื่ออำนาจในตนเองในระดับดี ร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 และหลังการ

ฝึกอบรม 2 สัปดาห์กลุ่มประชากรมีความเชื่ออำนาจในตนเองในระดับดีร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามระดับพฤติกรรมในการใช้
ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ก่อนการฝึกอบรม
หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

(N = 15)

กลุ่มประชากร	ระดับพฤติกรรม	จำนวนคน	ร้อยละ	μ	σ
ก่อนการฝึกอบรม				52.20	6.90
ระดับดี	(62-80)	2	13.3		
ระดับปานกลาง	(56-61)	2	13.3		
ระดับไม่ดี	(20-55)	11	73.3		
หลังการฝึกอบรม				69.07	4.23
ระดับดี	(62-80)	15	100		
ระดับปานกลาง	(56-61)	-	-		
ระดับไม่ดี	(20-55)	-	-		
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์				65.13	3.14
ระดับดี	(62-80)	12	80		
ระดับปานกลาง	(56-61)	3	2		
ระดับไม่ดี	(20-55)	-	-		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก่อนการฝึกอบรมในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.3 และระดับปานกลางร้อยละ 13.3 หลังการฝึกอบรมมีพฤติกรรมในระดับดีร้อยละ 100 หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมในระดับดีร้อยละ 80.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร	N	Mean	S.D.	z	p-value
ก่อนการฝึกอบรม	15	8.53	3.82	-3.440	.000**
หลังการฝึกอบรม	15	20	.000		

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 8.53 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.82 หลังการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 20.0 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .000 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ภายหลังจากการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น กลุ่มประชากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร	N	Mean	S.D.	z	p-value
ก่อนการฝึกอบรม	15	55.60	5.65	-3.413	.000**
หลังการฝึกอบรม	15	71.47	2.59		

* $p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเท่ากับ 55.60 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.65 หลังการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็น 71.47 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.59 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ภายหลังจากการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น กลุ่มประชากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร	N	Mean	S.D.	z	p-value
ก่อนการฝึกอบรม	15	41.73	4.11	-3.413	.000**
หลังการฝึกอบรม	15	56.93	2.87		

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองเท่ากับ 41.73 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.11 หลังการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 56.93 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.87 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ภายหลังจากฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น กลุ่มประชากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร	N	Mean	S.D.	z	p-value
ก่อนการฝึกอบรม	15	52.20	6.90	-3.413	.000**
หลังการฝึกอบรม	15	69.07	4.23		

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 52.20 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.90 หลังการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 69.07 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.23 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ภายหลังจากฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น กลุ่มประชากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ
ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย
เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากร	N	Mean	S.D.	z	p-value
ความรู้					
ก่อนการฝึกอบรม	15	8.15	3.82	-3.440	.000**
หลังการฝึกอบรม	15	20.0	.000		
ทัศนคติ					
ก่อนการฝึกอบรม	15	55.60	5.65	-3.412	.000**
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	15	66.47	2.17		
ความเชื่ออำนาจในตนเอง					
ก่อนการฝึกอบรม	15	41.73	4.11	-3.420	.000**
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	15	53.53	3.12		
พฤติกรรม					
ก่อนการฝึกอบรม	15	52.20	6.90	-3.415	.000**
หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์	15	65.13	3.64		

* $p < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีดังนี้

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 8.15 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.82 หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 20.0

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .000 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเท่ากับ 55.60 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.65 หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็น 66.47 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.17 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองเท่ากับ 41.73 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.11 หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 53.53 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.12 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มประชากรก่อนการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 52.20 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.90 หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 65.13 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ภายหลังจากการฝึกอบรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มประชากรมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตนเอง พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5

ตอนที่ 4 ผลการประเมินจากแบบสังเกตความรู้ทักษะโดยผู้วิจัย

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกเป็นรายข้อคำถามความรู้ทักษะในการดูแล
ผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

ข้อ	ความรู้ทักษะ	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	ให้อธิบายหลักวิธีการนวดไทย และวิธีการกดน้ำหนักนิ้วมือ	15	100	-	-	-	-
2.	ให้แสดงท่านวคพื้นฐานขา และเปิดประตูลม	-	-	9	60	6	40
3.	ให้แสดงท่านวคพื้นฐานขา ด้านนอก ขาด้านในพร้อมกด จุดสัญญาณ	-	-	9	60	6	40
4.	ให้แสดงการกดจุดสัญญาณเข้า	15	100	-	-	-	-
5.	ให้แสดงท่านวคพื้นฐานแขน ด้านนอก แขนด้านในพร้อม กดจุดสัญญาณ	-	-	9	60	6	40
6.	ให้แสดงท่านวคพื้นฐานหลัง พร้อมกดจุดสัญญาณ	-	-	12	80	3	20
7.	ให้แสดงท่านวคพื้นฐานไหล่ พร้อมกดจุดสัญญาณ	-	-	10	66.7	5	33.3
8.	ให้แสดงท่านวคพื้นฐานโค้ง คอ และบ่า	-	-	13	86.7	2	13.3
9.	ให้อธิบายขั้นตอนของการทำ ลูกประคบ	15	100	-	-	-	-
10.	ให้อธิบายประโยชน์และข้อ ควรระวังในการประคบ สมุนไพรพร้อมแสดงวิธีการ ประคบสมุนไพร	15	100	-	-	-	-

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้ทักษะ	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11.	ให้อธิบายขั้นตอนการเตรียมการรอบสมุนไพรรักษาและข้อควรระวังในการรอบสมุนไพรรักษา	15	100	-	-	-	-

พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 มีระดับความรู้ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 13.3 มีความรู้ทักษะในระดับมาก

วิจารณ์

จากการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ มีประเด็นสำคัญที่นำมาเป็นข้อวิจารณ์ ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเอง ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า กลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน หลังจากได้รับการฝึกอบรม ด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 100 ซึ่งมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (ดำรงศักดิ์, 2553) ได้ทำการวิจัยโดยสร้างชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการนวดไทยซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาและวิดีโอ เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เพื่อหาผลการเรียนทักษะและความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทักษะการนวดไทยอยู่ในเกณฑ์ระดับความรู้ความเข้าใจมาก และมีความพึงพอใจในเกณฑ์ระดับมากมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าคะแนนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 อธิบายได้ว่า จากข้อมูลทาง

ชีวิตรังคม กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี จึงมีวุฒิภาวะเพียงพอ รวมถึงมีความสนใจในการเข้าร่วมการฝึกอบรมเต็มเวลาตามรูปแบบการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่มีประสิทธิผล ทำให้ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงขึ้นมากกว่าก่อนที่จะเข้าร่วมการฝึกอบรม

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อพบว่า กลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน หลังจากได้รับการฝึกอบรม ด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 100 ซึ่งมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (นที, 2551) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มคนงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานเพศหญิงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อทั้งหมด 3 ครั้ง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มประชากรจะเกิดทัศนคติที่มุ่งไปในด้านต่างๆ จะต้องมีการป้อนข้อมูลเป็นวัฏจักรผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่นการให้ความรู้ การโน้มน้าว หรือชักชวนมาเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมในโครงการหรือการฝึกอบรมระยะสั้น เมื่อได้รับข้อมูลผ่านทางช่องทางดังกล่าว ก็จะทำให้เกิดความรู้สึก แนวคิดที่โน้มน้าวไปยังทิศทางหนึ่ง เกิดเป็นทัศนคติต่อเรื่องต่างๆในทางที่ดีหรือไม่ดี เช่นเดียวกับ เมื่อหลังจากให้กิจกรรมฝึกอบรมหรือโปรแกรมทางสุขภาพ ได้รับรู้ประโยชน์และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงแล้ว ย่อมส่งผลให้บุคคลมีแนวคิดที่ถูกต้องต่อเรื่องนั้น ๆ ได้

ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อพบว่า กลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน หลังจากได้รับการฝึกอบรม ด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 100 ซึ่งมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (สาวิตรี, 2550) ทำการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาและการรักษาโรคด้วยการนวดแบบเข็ญเส้นล้านนา กลุ่มตัวอย่างที่

ศึกษาประกอบด้วย ผู้ถ่ายทอด คือ หมอนวดพื้นบ้าน กับผู้รับการถ่ายทอดซึ่งเป็นบุตรชายของหมอนวดพื้นบ้านผู้นี้ 1 คนและผู้ป่วย 4 คน ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพร้อมกับแบบสังเกต นำเสนอแบบการบรรยายเชิงพรรณนา พบว่าหลังจากได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาไทยและการรักษาโรคด้วยการนวดแบบเขี่ยเส้นล้านนา โดยวิธีการสอนและปฏิบัติควบคู่กันไป ทำให้ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมีความมั่นใจและมีความเชื่ออำนาจในตนเองในการรักษาผู้ป่วย และผลของระดับความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วยที่มารับการรักษาพบว่า มีความพอใจในระดับมาก ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเมื่อบุคคลได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และฝึกฝนทักษะปฏิบัติเพื่อที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่นนำไปดูแลสุขภาพเบื้องต้นหรือทำการรักษาโรคในผู้ป่วย บุคคลผู้นั้นย่อมจะต้องมีความมั่นใจในตนเองหรือเชื่อในความสามารถตนเองว่าสามารถจะทำการเหล่านั้นได้จริง โดยเฉพาะเมื่อได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับทักษะต่างๆที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นสิ่งทีนอกจากจะต้องอาศัยการแสวงหาความรู้ หมั่นฝึกฝนแล้ว ก็ยังต้องมีความมั่นใจและเชื่อในความสามารถตนเองว่า เมื่อหลังจากการฝึกฝนแล้วจะสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง ไม่เกิดอันตราย และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจได้

2. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า กลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน หลังจากได้รับการฝึกอบรม ด้วยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ มีพฤติกรรมในระดับดี ร้อยละ 100 ซึ่งมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ณัฐรพี, 2552) ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสมาชิกอาชีพตัดเสื้อผ้าในชุมชนจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งแต่ละกลุ่มมีจำนวน 30คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกิจกรรมที่ประยุกต์จากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อ 6 ครั้ง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมการทำงาน การออกกำลังกาย เพื่อผ่อนคลายและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากขั้นตอนของการที่จะเกิด

พฤติกรรม เริ่มจากบุคคลได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ อาจจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกอบรมต่างๆ จากเดิมที่บุคคลอาจจะมีความรู้เรื่องเหล่านั้นเพียงบางส่วนหรืออาจรู้มากแต่ไม่ชัดเจนหรือแม้แต่รู้มาอีกแบบในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลได้รับความรู้แล้ว ก็จะมาถึงขั้นของการตัดสินใจได้ว่า สิ่งใดเป็นประโยชน์หรือโทษ จึงก่อให้เกิดทัศนคติที่จะมุ่งไปในทางที่จะทำหรือไม่ทำ โดยประมวลความคิดทั้งหมดจนกลายเป็นขั้นของการกระทำคือแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นเมื่อได้รับ โปรแกรมทางสุขภาพที่มีกิจกรรมที่หลากหลายต่างๆ บุคคลก็จะได้รับความรู้และมีความคิดเห็นที่จะทำพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพหรือเว้นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า จากการฝึกอบรมด้วยรูปแบบการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ในกลุ่มประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ อารมณ์ในตนเอง ซึ่งตัวแปรทั้งหมดเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อโดยใช้ภูมิปัญญาไทย ซึ่งรูปแบบการฝึกอบรมได้แสดงรายละเอียดและขั้นตอนที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งเป็นการเตรียมพร้อมให้ผู้ดูแลเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพภายในครอบครัวและชุมชนต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการฝึกอบรมดังกล่าวโดยมีตัวชี้วัดประสิทธิผลในด้านความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตน เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

การวิจัยในครั้งนี้ทำการวิจัยในกลุ่มประชากรซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกภายในศูนย์เยาวชนบางเขน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาก่อนจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความยากง่าย โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson Formula 20 หรือ KR -20 ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ .83 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ .85 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ .81 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อเท่ากับ .76

สรุป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ข้อสรุปการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มประชากรหลังการฝึกอบรมดีขึ้นกว่าก่อนการฝึกอบรม และทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (จารุณี, 2554) ที่ทำการศึกษาคัดตามผลของผู้ผ่านการฝึกอบรมวิชาชีพพระยาศันท์หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ จำนวน 164 คน พบว่าหลังการฝึกอบรม มีความรู้ดีขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง มีความเชื่อในความสามารถในตนเองในระดับมาก และมีทักษะปฏิบัติด้านการนวดไทยอยู่ในระดับมาก

2. สรุปตามวัตถุประสงค์เฉพาะ

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยกำหนดไว้ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยเปรียบเทียบในด้านความรู้ ทักษะ การเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรม ก่อนและหลังการฝึกอบรม

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม กลุ่มประชากรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม กลุ่มประชากรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม กลุ่มประชากรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลางร้อยละ 6.7 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม กลุ่มประชากรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.2 เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาไทยอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

โดยทำการติดตามผลหลังจากการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมที่มีตัวชี้วัดประสิทธิผลในด้านความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตนเองและพฤติกรรม

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ กลุ่มประชากรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ กลุ่มประชากรมีทักษะในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของกลุ่มประชากร ระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ กลุ่มประชากรมีความเชื่ออำนาจในตนเองในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลางร้อยละ 13.3 เมื่อ

ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนเองของกลุ่มประชากร ระหว่าง ก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมในเรื่องดังกล่าวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มประชากรระหว่างก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. จากการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดของประสิทธิผลของรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในด้านความรู้ ทักษะ หลังการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์อยู่ในระดับดีร้อยละ 100 แต่ในด้านความเชื่ออำนาจในตนเองและพฤติกรรม ภายหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีจำนวนร้อยละของระดับที่ดีลดลง ดังนั้นผู้บริหารของศูนย์เยาวชนบางเขนควรเห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย โดยกำหนดแผนงานในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย สนับสนุนให้ศูนย์เยาวชนบางเขนเป็นแหล่งความรู้ของภูมิปัญญาไทยในด้านการดูแลสุขภาพ
2. ผู้บริหารของศูนย์เยาวชนบางเขน ควรมีนโยบายให้เป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทยกับศูนย์เยาวชนเขตอื่นหรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น กลุ่มหมอฟันบ้าน ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
3. ผู้บริหารของศูนย์เยาวชนบางเขน ควรกำหนดแผนงานส่งเสริมให้มีสถานที่สำหรับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย เช่น ห้องนวดไทย ห้องประคบและอบสมุนไพร

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วย ภูมิปัญญาไทยภายในศูนย์เยาวชนบางเขน เช่นการจัดนิทรรศการ ทำแผ่นพับหรือโปสเตอร์ หรือ เผยแพร่ทางเว็บไซต์
2. ควรจัดกิจกรรมภายในศูนย์เยาวชนบางเขนเสริมสร้างและปลูกฝังทัศนคติที่ดี ในการเลือกใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ เช่นกิจกรรมสอนการนวด หรือการทำน้ำมันนวด การทำลูกประคบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อหารูปแบบของการฝึกอบรมหรือโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับที่จะดูแลกลุ่มวัยทำงานที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเนื่องมาจากการทำงาน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อหารูปแบบที่ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลด อาการปวดกล้ามเนื้อ
3. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้ดนตรีไทยบำบัดประกอบการนวดกดจุดเพื่อ ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ
4. ควรมีการศึกษาถึงผลของการรับประทานอาหารแสลงที่มีต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กมลเศ โปธิกนิษฐ์, รุ่งคุณ มหาปัญญาวงศ์ และสิรินาฏ นิภาพร. 2547. บทบาทของหมอนวดไทยในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานพยาบาล จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. 2546. การใช้สมุนไพร รายงานการวิจัย, กระทรวงสาธารณสุข.

กิ่งแก้ว เกษโกวิท, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, จารุวรรณ โชคคณาพิทักษ์, พรวิภา ดีศรี, ประเสริฐถาวรคุลย์สถิตย์. 2545. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยปวดเมื่อยของชาวบ้านในเขตอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัย, ขอนแก่น.

เกศสุดา มณีกระจ่างแสง. 2544. ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จารุณี กลมสะอาด. 2554. การติดตามผู้ผ่านการฝึกอบรมวิชาชีพพระยະล်หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ 150 ชั่วโมง ของศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

ชนินทร์ ลีวานันท์. 2547. การตรวจประเมินและโรคระบบกระดูกข้อต่อและกล้ามเนื้อ การอบรมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตรนวดไทย 800 ชั่วโมงรุ่นที่3 สถาบันการแพทย์แผนไทย สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

ชวน อะโนศรี. 2546. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการนวดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัยวุฒิ อจการ. 2549. ผลการรักษาด้วยการกินยาและกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่อ
อาการปวดในผู้ป่วยระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ. การค้นคว้าอิสระระดับปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐรพี ใจงาม. 2552. ผลการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวด
เมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานของสมาชิกกลุ่มตัดเย็บเสื้อผ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดำรงศักดิ์ ทรัพย์เชื่อนจันทร์. 2552. การพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการนวดไทย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นที ลุ่มนอก. 2551. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มคนงานเย็บ
จักรอุตสาหกรรมโรงงานผลิตเครื่องแต่งกายทหาร กรมพลธิการทหารบก. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรลุ ศิริพานิช. 2547. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.
กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์. 2540. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. เรือนแก้วการพิมพ์,
กรุงเทพมหานคร.

เบญจพร ถึงฝั่ง. 2545. การเผยแพร่การนวดแผนโบราณ โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุ
พนวิมลมังคลาราม(วัดโพธิ์). วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประดับเพชร ครุฑชั่งทอง. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการ
นวดแผนไทยของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนสุนันทา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. 2550. คู่มือนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.

เมตตา บุคคาเพ็ง. 2546. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการนัด อบรม ประคบ ของผู้รับบริการของศูนย์
แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.

วชิรญาณ์ การเกษ. 2553. ผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการนัดทำด้วยตนเองต่อ
สถานะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

วันทนีย์ นวลละออง. 2553. ความต้องการความรู้ ทักษะและบริการสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิภาพร สิทธิศาสตร์, สุชาดา สนวนุ่ม. 2550. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขต
ความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์. การสร้างสังคมต้นแบบการเรียนรู้ การป้องกันและดูแลโรคกระดูกพรุน.
บทความ. แหล่งที่มา: www.osteo.kku.com/upload/h01/dc520102.doc, 7 มิถุนายน 2554.

ศรินวล สถิตวิทยานันท์, อารีย์ ชิวเกษมสุข. 2552. โครงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. เอกสาร
ประกอบการฝึกอบรม, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ศิริพันธ์ สาส์ตย์. 2547. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

ศิริลักษณ์ ฮั่วรุ่งเรือง. 2550. การนำความรู้และทักษะฝีมือไปใช้ประโยชน์ของผู้ผ่านการฝึกอบรม
หลักสูตรการนัดแผนไทย ของสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาค 3 ชลบุรี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. 2548. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราช
สำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ ศิริษะ คลินิกอายุรเวชแพทย์
แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สมหมาย แดงสกุล. 2544. สุขศึกษาและผลการศึกษาช่วงชั้นที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิชย์
จำกัด.

สาวิตรี ไชยบุญตา. 2550. กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาและการรักษาโรคด้วยการนวดแบบ
เขี้ยวเส้นล้านนา. การค้นคว้าอิสระระดับปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554. ผู้สูงอายุไทย 2553 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.
กรุงเทพมหานคร: พี.เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

สำนักนโยบายและแผน. 2552. รายงานการสำรวจโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาเอก, กระทรวงสาธารณสุข.

ขงศักดิ์ ต้นติปัญญา. 2553. ตำราการนวดไทย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. 2553. โรคผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามาริบัติ.

สุนิเทศก์ ไชยกุล. 2548. ศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น:
กรณีศึกษา ชุมชนสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุรสิทธิ์ พรหมจันทร์. 2551. การพัฒนาความรู้และทักษะการนวดไทยให้กับอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

อภิรดี สุขศักดิ์. 2548. การปฏิบัติของพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลผู้ป่วย
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อุดม อุดมวรรณกุล. 2545. การถ่ายทอดการนวดแผนไทยบ้านป่าบง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุทัย สงวนพงศ์. 2546. พลศึกษา ม.1. อักษรเจริญทัศน์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร.

Bandura. 1978. **Self-Efficacy Theory.**

Available Source: www.novabizz.com/upload/h01/dc520102.doc, 18 June 2011.

Charlotte Paterson. , Dein Vindigini. , 2008. **Evaluating a massage therapy training and
Treatment programe in a remote Aboriginal community.**

Available Source: www.elsevierhealth.com/journal/ctnm, 3 July 2011.

Joanne Borg-Stein, G. David Simons. 2002. **Myofascial Pain**

Available Source: www.elsevierhealth.com/journal/ctnm, 3 July 2011.

Karen Maloney., M. Julie Whitman. 2011. **Lumbar spinal stenosis-diagnosis and
management of the Aging spine.**

Available Source: www.elsevierhealth.com/journal/ctnm, 3 July 2011.

Ryan Deforge, Paula van Wyk. 2011. **A critical ethnography within along-term care home.**

Available Source: www.elsevierhealth.com/journal/ctnm, 3 July 2011.





ภาคผนวก ก
รูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและ
ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

รูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและ ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสุนศึกษา
ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
โดย นางสาวชมลรรค กองอรรถ

คำนำ

รูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของศูนย์เยาวชนบางเขนฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำหรับการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อให้มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะปฏิบัติดูแลที่ดีเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาไทยในด้านการนวดไทยและการประคบ/อบสมุนไพรเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

รูปแบบการฝึกอบรมที่ได้จัดทำขึ้นนี้ ประกอบด้วยส่วนต่างๆที่เป็นองค์ประกอบของการฝึกอบรมได้แก่ สารสำคัญ วัตถุประสงค์และขอบเขตเนื้อหา

ผู้จัดทำมีความคาดหวังให้ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกหน่วยด้วยรูปแบบการฝึกอบรมนี้ สามารถนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อเบื้องต้นได้อย่างปลอดภัย ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยภูมิปัญญาไทยให้กับผู้สูงอายุในครอบครัวต่อไปได้

ชมลรรค กองอรรถ

สาระสำคัญ

ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อและการฝึกปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

ศึกษาแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อโดยใช้ภูมิปัญญาไทย โดยเมื่อเข้ารับการฝึกอบรมแล้วผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถ

1. เตรียมตนเองให้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาไทยในเรื่องการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพรได้
2. สามารถนำไปใช้ปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุได้

ขอบเขตของเนื้อหา

การฝึกอบรมนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน ใช้เวลาฝึกอบรม 12 ชั่วโมง

ตอนที่ 1 ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

ตอนที่ 2 การฝึกภาคปฏิบัติในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ

ตอนที่ 3 ประเมินผลการฝึกอบรม

ตอนที่ 1 ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมในการดูแลการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องศึกษาและเรียนรู้ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. การนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจะต้องอธิบายให้ผู้เข้ารับการศึกษาเข้าใจว่า ภูมิปัญญาไทยที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในที่นี้มีเนื้อหาในการบรรยายซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 การนวดและกดจุดสัญญาณ โดยการนวดและกดบริเวณจุดหรือตำแหน่งสำคัญของเส้นในร่างกายนับว่าบ่งชี้ถึงเลือดและจ่ายความร้อนไปยังบริเวณต่างๆของร่างกาย ซึ่งผู้ที่ให้การบำบัดผู้สูงอายุดังกล่าวต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องนี้ด้วย

1.2 การประคบสมุนไพร เป็นวิธีการบำบัดรักษาของการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยประคบหลังจากการนวดไทยในการให้ความรู้เรื่องนี้จะต้องอธิบายให้ผู้รู้ประโยชน์ของการประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อหรือบริเวณข้อต่อต่างๆ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยกระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ช่วยให้เนื้อเยื่อและพังผืดคลายตัว ลดการติดขัดของข้อต่อ รวมถึงข้อควรระวังในการประคบสมุนไพรด้วย

1.3 การอบสมุนไพร เป็นวิธีการบำบัดและบรรเทาอาการโรคของการแพทย์แผนไทยในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องอธิบายว่าโรคหรืออาการที่สามารถบำบัดรักษาด้วยการอบสมุนไพร ได้แก่ โรคภูมิแพ้ที่ไม่รุนแรง ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาตในรายเริ่มแรก ปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยมีข้อจำกัดในกรณีที่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่ควรทำการอบสมุนไพร

สำหรับเนื้อหาของภูมิปัญญาไทยที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 4 หน่วย มีรายละเอียดดังนี้

หน่วยที่ 1

เรื่อง ความรู้เบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการนวดไทย

ตอนที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการนวด

1. การนวดไทยมี 2 ประเภทใหญ่ๆคือการนวดราชสำนักและการนวดเชลยศักดิ์ หรืออาจแบ่งเป็นการนวดแบบรักษาเฉพาะที่และการนวดผ่อนคลายทั่วร่างกาย
2. ท่าที่ใช้จัดให้ผู้ป่วยถูกนวดมี 4 ท่า คือ นอนหงาย นอนคว่ำ(ยกเว้นแบบราชสำนัก) นอนตะแคง ส่วนผู้นวดอาจมีท่าบางอย่างเรียกชื่อเฉพาะ เช่น พรหมสี่หน้า
3. การวางมืออาจใช้หัวแม่มือ สันมือ ศอก
4. น้ำหนักที่ใช้ในการนวดมี 3 แบบคือ เบา (50ปอนด์) ปานกลาง(70ปอนด์)หนัก (90ปอนด์) เริ่มจากเบาไปหาหนัก
5. การลงจังหวะนิ้วมือในการนวดหรือการแตะรสมือมี 3 แบบ คือ 1.หนึ่ง เป็นการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อตื่นตัว 2.เน้น เป็นการลงน้ำหนักเพิ่มบนตำแหน่งที่กด 3.นิ่ง เป็นการลงน้ำหนักมากบนตำแหน่งที่กด

ตอนที่ 2 ข้อควรระวังในการนวด

1. ในกรณีที่นวดท้องไม่ควรนวดให้ผู้รับประทานอาหารเช้าใหม่ๆ
2. ไม่ควรนวดหรือทำการดัดดึงให้เกิดการฟกช้ำมากขึ้น หรือผู้ที่กระดูกหัก ผ่าตัดหมอนรองกระดูก
3. กรณีผู้สูงอายุ โรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องระมัดระวังในการนวด
4. ไม่ควรนวดให้ผู้ที่มีอาการอักเสบติดเชื้อ มีไข้ หรือบริเวณที่ปวดบวม แดง ร้อน ปวดศีรษะรุนแรง

ตอนที่ 3 คำแนะนำสำหรับผู้ถูกนวด

1. งดอาหารแสลง เช่น หน่อไม้ ข้าวเหนียว ของหมักดอง เครื่องในสัตว์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ห้าม บีบ ดัด สลัก ส่วนที่มีอาการปวด
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุในการเกิดโรค เช่นทำงานเกินกำลัง อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ความเครียด

ตอนที่ 4 ทำฤๅษีคัดคน

1. เป็นการออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ โดยเคลื่อนไหวแบบช้าๆ เหมาะกับผู้สูงอายุ
2. คำว่า คัดคน หมายถึงการทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายนุ่มไปตามต้องการ เช่น ให้ยืด ให้หด ให้งอ ให้บิด ฯลฯ ได้ตามต้องการแล้วแต่ความชำนาญที่ได้ฝึกฝนมาจนเกิดความคล่องตัว
3. เรียกว่า ฤๅษีคัดคน คือ การพักผ่อนอิริยาบถ แก้มือๆ แก่ขบ ระบบตามร่างกายของเหล่าฤๅษี ชีไพร ผู้ได้บำเพ็ญพรต เจริญภาวนามานานวันละหลายชั่วโมง
4. ทำที่ใช้พื้นฐานมี 15ท่า คือ
 - นวดกล้ามเนื้อใบหน้า
 - ทำแก้มข้อมือ/ลมในลำไส้
 - ทำแก้ปวดท้อง
 - ทำแก้ตามัว
 - ทำแก้แขนขัด/ขัดแขน
 - ทำแก้เข่าขัด
 - ทำแก้กล่อนปีศาจ/เส้นมหาสมุทรกระบัง
 - ทำแก้ลมในแขน
 - ทำดำรงกายอายุยืน
 - ทำแก้ไหล่/เข่า/ขา
 - ทำแก้โรคในอก
 - ทำแก้ตะคริวมือและเท้า
 - ทำแก้ตะโพกขัด
 - ทำแก้ลมเลือดนัยน์ตามัว
 - ทำแก้เมื่อยปลายมือปลายเท้า

หน่วยที่ 2

เรื่อง ทำนวดพื้นฐาน

ตอนที่ 1 ทำนวดพื้นฐานขาและเปิดประตุลม

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้นวดนั่งข้างลำตัวผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกับที่นั่งใกล้กับผู้ป่วย กดชิดกระดูกสันหน้าแข้งได้ลูกสะบ้า 2 นิ้วมือ วางหัวแม่มือเฉียง 45 องศา กับสันหน้าแข้งเป็นจุดที่ 1 และกดจุดที่ 2 ต่อจากจุดที่ 1
2. ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างวางคู่กัน กดเหนือเข่า 2 นิ้วมือ แล้วกดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปจนถึงกระดูกข้อสะโพก(กระดูกหัวตะถาก)
3. ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้างวางคู่กัน กดเหนือเข่า 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปจนถึงกระดูกหัวตะถาก
4. พลิกมือกลับให้หัวแม่มือทั้ง 2 ข้างชี้ลง กดลงบริเวณกล้ามเนื้อสะโพก เรียงนิ้วต่อเนื่องไปจนเหนือเข่า 2 ข้าง เว้นเข่าด้านล่าง แล้วกดต่อเนื่องลงไปที่บริเวณขาที่อ่อนล้าจนถึงตาตุ่มด้านนอก
5. นวดคลายหลังเท้า
6. เปิดประตุลม โดยใช้มือข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วยให้ปลายนิ้วก้อยแตะกระดูกหัวตะถากเฉียงมือ 45 องศา กดลงไป 45-60 วินาที ยกมือออก

ตอนที่ 2 นวดพื้นฐานขาด้านนอก

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนอนตะแคงเข่า 90 องศา ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ ให้ผู้นววางนิ้วหัวแม่มือคู่กดลงที่จุดสูงสุดของข้อสะโพก
2. ผู้นวดนั่งตำแหน่งเดิมแต่หงายหัวแม่มือทั้งคู่ขึ้น กดบนข้อพับของข้อกระดูกสะโพก
3. ผู้นวดย้ายมานั่งเฉียง 45 องศา กับตัวผู้ป่วย วางนิ้วหัวแม่มือคู่กว่ากดบนรอยบุ๋มของข้อต่อกระดูกสะโพก
4. นวดคลายกล้ามเนื้อต้นขาตั้งแต่โคนขาจนถึงบริเวณเหนือเข่า 2 นิ้วมือ
5. วางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงกึ่งกลางขาที่อ่อนล้าด้านข้าง (ปลี้น่อง) ห่างจากข้อเข่าประมาณ 1 ฝ่ามือ กดเรียงนิ้วจนถึงตาตุ่มด้านนอก

ตอนที่3 นวดพื้นฐานทางด้านใน

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่ 90 องศา ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ วางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงกึ่งกลางขา ด้านในท่อนบนห่างใต้ก้นซ้าย 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วต่อเนื่องจนถึงเหนือเข่าด้านใน 2 นิ้วมือ
2. ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงกึ่งกลางใต้ข้อพับเข่า
3. ใช้นิ้วหัวแม่มือ กดลงบนน่องใต้ข้อเข่า 2 นิ้วมือ กดชิดกระดูกสันหน้าแข้งด้านใน เรียว นิ้วไปจนถึงตาตุ่มด้านใน

ตอนที่4 นวดพื้นฐานหลัง

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่ 90 องศา ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบริเวณเอวให้ ปลายหัวแม่มือแตะกระดูกสันหลัง กดเรียงนิ้วไปจนถึงข้อด้วยน้ำหนัก 50 ปอนด์
2. กดย้อนกลับในทิศทางเดิมจากต้นคอถึงเอว แต่เพิ่มน้ำหนักเป็น 70 ปอนด์

ตอนที่5 นวดพื้นฐานแขนด้านใน

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้นวดคุกเข่าคู่ ใช้อุ้งมือกดกึ่งกลางแขนท่อนบน มืออีกข้างจับชีพจร ข้อมือผู้ป่วย
2. วางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงข้อพับแขนด้านใน กดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปจนถึงข้อมือ

ตอนที่6 นวดพื้นฐานแขนด้านนอก

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้นวดคุกเข่าคู่ หันหน้าไปทางศีรษะผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบนต้น แขนท่อนบน กดเรียงนิ้วไปจนถึงเหนือข้อศอก
2. ผู้นวดหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย วางนิ้วหัวแม่มือคู่ต่ำกว่าข้อศอก กดเรียงนิ้วไปจนถึงข้อมือ

ตอนที่ 7 นวดพื้นฐานบ่า

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิหรือนั่งห้อยขา ผู้นวดยืนด้านหลังผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือคลึงตามแนวกล้ามเนื้อบ่าโดยชี้ร่องกระดูกหัวไหล่ด้านบน กดไปจนถึงปุ่มกระดูกต้นคอ ใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์
2. นวดย้อนกลับในทิศทางจากกระดูกต้นคอไปถึงกระดูกหัวไหล่ โดยขณะนวดผู้นวดต้องก้าวเท้าไปข้างหน้า 1 ก้าว กดนวดด้วยน้ำหนัก 70 ปอนด์
3. นวดย้อนกลับในทิศทางจากกระดูกหัวไหล่ไปถึงกระดูกต้นคอ โดยผู้นวดยืนท่าเดิมแต่โน้มตัวย่อขาข้างที่ก้าวเท้าออกไปข้างหน้า กดนวดด้วยน้ำหนัก 90 ปอนด์

ตอนที่ 8 นวดพื้นฐานไหล่

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิหรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งคุกเข่าแบบยกก้นลอยโดยขาข้างที่อยู่ชิดกับผู้ป่วยยกขึ้นตั้งฉาก 90 องศา (ท่าพรหมสี่หน้า) ใช้นิ้วหัวแม่มือคว่ำลงกดที่ร่องกระดูกหัวไหล่กึ่งกลางสะบัก

ตอนที่ 9 นวดพื้นฐานโค้งคอ

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิหรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้าด้านหลังผู้ป่วย ใช้นิ้วโป้งวางชี้ร่องกระดูกต้นคอ ส่วนมืออีกข้างประคองหน้าผากของผู้ป่วย กดไล่ขึ้นไปจนถึงท้ายทอยด้วยน้ำหนัก 50 ปอนด์

หน่วยที่ 3

เรื่อง จุดสัญญาณ

ตอนที่ 1 ความหมายของสัญญาณและตำแหน่งต่าง ๆ

1. สัญญาณ คือ จุดหรือตำแหน่งบนเส้นพื้นฐาน สามารถบังคับเลือดและจ่ายความร้อนไปตามตำแหน่งต่างๆของร่างกายในการรักษาโรคตามพิภคทางหัตถเวช
2. สัญญาณมี 9 สัญญาณหลัก และ 1 สัญญาณลูก คือสัญญาณเข้า ได้แก่ สัญญาณที่ 1-5 ของ ขาด้านนอก ขาด้านใน แขนด้านนอก แขนด้านใน หลัง ไหล่ ศีรษะ ด้านหน้าและหลัง ท้อง และสัญญาณที่ 1-3 ของเข้า โดยจุดสัญญาณทั้งหมดแต่ละส่วนรวมกันมี 50 จุด
3. การกดจุดสัญญาณควรกดนาน 1 คาบใหญ่หรือนาน 45 วินาที

ตอนที่ 2 ขั้นตอนการนวจุดสัญญาณต่าง ๆ

สัญญาณ 1-5 หลัง

ขั้นตอน

1. นวดสัญญาณ 1 หลัง โดยผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่ 90 องศา ผู้นวคลุกเข้าคู่ด้านหลังผู้ป่วย ใช้มือที่อยู่ด้านปลายเท้าผู้ป่วยกดบริเวณกระดูกเอว โดยให้ปลายหัวแม่มือแตะขิดกระดูกสันหลัง
2. นวดสัญญาณ 2 หลัง ผู้ป่วยและผู้นวอยู่ในท่าเดิม ผู้นวควัดระยะโดยวางนิ้วชี้แตะตรงตำแหน่งเอวคอดแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือกดบริเวณสันกล้ามเนื้อ
3. นวดสัญญาณ 3 หลัง ผู้ป่วยและผู้นวอยู่ในท่าเดิม ผู้นวควัดระยะโดยวางนิ้วชี้แตะตรงตำแหน่งชายโครงซี่สุดท้ายแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือกดขิดกระดูกสันหลัง
4. นวดสัญญาณ 4 หลัง ผู้ป่วยและผู้นวอยู่ในท่าเดิม ผู้นวควัดระยะโดยวางนิ้วทั้งสี่แตะตรงตำแหน่งขอบปีกสะบักแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือกดขิดกระดูกอก
5. นวดสัญญาณ 5 หลัง ผู้ป่วยและผู้นวอยู่ในท่าเดิม ผู้นวควัดระยะโดยวางนิ้วทั้งสี่แตะตรงตำแหน่งขอบปีกสะบักแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือกดขิดกระดูกคอ

*หมายเหตุ สัญญาณ 1 หลัง สามารถแก้อาการปวดประจำเดือน

สัญญาณ 2 หลัง ช่วยเรื่องธาตุไม่ปกติ จุกเสียดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย

สัญญาณ 4 หลัง ช่วยเรื่องระบบหัวใจ บรรเทาอาการหอบได้

สัญญา 1-5 ขาด้านนอก

ขั้นตอน

1. นวดสัญญา 1 ขาด้านนอก โดยผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่ 90 องศา ผู้นวดคุกเข่าคู่ด้านหลังผู้ป่วย วางมือคู่คว่ำลง โดยหันปลายนิ้วเข้าหาตัวผู้นวด กดตำแหน่งกึ่งกลางสะโพก
2. นวดสัญญา 2 ขาด้านนอก ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม วางมือคู่ หันปลายนิ้วออกด้านนอก กดตรงตำแหน่งใต้หัวตะคอก
3. นวดสัญญา 3 ขาด้านนอก ผู้ป่วยอยู่ที่ท่าเดิม ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ด้านหลังผู้ป่วยในทิศเฉียงทางด้านปลายเท้า 45 องศา วางมือคู่คว่ำลง กดตำแหน่งรอยนูนของสะโพก
4. นวดสัญญา 4 ขาด้านนอก ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ที่ท่าเดิมในข้อ 3 ผู้นวดเลื่อนเท้าผู้ป่วยให้ขนานกัน วางมือด้านล่างให้หัวแม่มือชี้ลง กดตำแหน่งเหนือเข้าประมาณ 1/3 ของขาท่อนบน
5. นวดสัญญา 5 ขาด้านนอก โดยผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่ 90 องศา ผู้นวดคุกเข่าคู่ด้านหลังผู้ป่วย โดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย วางมือคู่กดบริเวณขาท่อนล่าง โดยวัดจากตำแหน่งน่องที่โตที่สุด

*หมายเหตุ สัญญา 2 ขาด้านนอก ห้ามนวดในกรณีผู้ป่วยอัมพาตเหยียดก้นขาไม่ได้ เพราะจะทำให้กระดูกข้อสะโพกเคลื่อนที่หลุดออกจากเดิมมากขึ้น

สัญญา 1-5 ขาด้านใน

ขั้นตอน

1. นวดสัญญา 1 ขาด้านใน โดยผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่ 90 องศา ผู้นวดคุกเข่าคู่ด้านหลังผู้ป่วย วางมือคู่กดชิดตำแหน่งก้นข้อย
2. นวดสัญญา 2 ขาด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ที่ท่าเดิม วางมือคู่ตรงกึ่งกลางขา ห่างโคนขา 2 นิ้วมือแล้วกดลง
3. นวดสัญญา 3 ขาด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ที่ท่าเดิม วางมือคู่เหนือเข้า 1 ฝ่ามือ กดที่ตำแหน่งขอบลูกสะบ้าเข้า
4. นวดสัญญา 4 ขาด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ที่ท่าเดิม ใช้มือที่อยู่ด้านล่างกดกึ่งกลางพับข้อศอกโดยคว่ำมือลง
5. นวดสัญญา 5 ขาด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ที่ท่าเดิม โดยให้เข้าของผู้นวดตรงกับเท้าของผู้ป่วย

สัญญา 1-5 แขนด้านนอก

ขั้นตอน

1. นวดสัญญา 1 แขนด้านนอก ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าเข้าหาตัวผู้ป่วย ใช้มือที่อยู่ด้านล่างจับข้อมือผู้ป่วยยกขึ้นในลักษณะกึ่งตะแคงเล็กน้อย ใช้มือที่อยู่ด้านบนคว่ำมือกดลงบนตำแหน่งต้นแขนด้านนอก
2. นวดสัญญา 2 แขนด้านนอก ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะของผู้ป่วยโดยที่ให้ผู้เข้าเสมอกับแนวข้อศอกของผู้ป่วย ใช้มือที่อยู่ด้านในชิดกับตัวผู้ป่วยกดลงบริเวณใต้กล้ามเนื้อต้นแขน ปลายนิ้วอยู่ในแนวข้อศอก
3. นวดสัญญา 3 แขนด้านนอก ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าเข้าหาตัวผู้ป่วย วางมือคู่กดลงบนตำแหน่งข้อพับศอกด้านนอก
4. นวดสัญญา 4 แขนด้านนอก ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันปลายเท้าลงด้านล่างของคนไข้และให้ผู้ป่วยหงายแขนขึ้น ผู้นวดวางนิ้วมือคู่กดลงบนตำแหน่งข้อพับศอกด้านใน
5. นวดสัญญา 5 แขนด้านนอก ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าเข้าหาตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนหงาย คว่ำแขนงอข้อศอก ผู้นวดวางนิ้วมือคู่กดลงบนตำแหน่งกึ่งกลางแขนท่อนล่างก่อนมาทางด้านบนเล็กน้อย

สัญญา 1-5 แขนด้านใน

ขั้นตอน

1. นวดสัญญา 1 แขนด้านใน ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดแขนตรงในลักษณะหงายมือ ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะของผู้ป่วย ใช้มือที่อยู่ด้านใกล้ตัวผู้ป่วย คว่ำมือกดลงบนตำแหน่งใต้รักแร้ถัดมาด้านต้นแขน
2. นวดสัญญา 2 แขนด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดกดกึ่งกลางแขนท่อนบนใต้กล้ามเนื้อลูกหนู มืออีกข้างจับชีพจรที่ข้อมือผู้ป่วย
3. นวดสัญญา 3 แขนด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดวางมือคู่ กดลงบนตำแหน่งกึ่งกลางข้อพับศอก
4. นวดสัญญา 4 แขนด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดวางมือคู่ กดลงบนตำแหน่งกึ่งกลางแขนท่อนล่าง
5. นวดสัญญา 5 แขนด้านใน ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดวางมือคู่ กดลงบนตำแหน่งเหนือข้อมือ

สัญญา 1-5 ไหล่

ขั้นตอน

1. นวดสัญญา 1 ไหล่ ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิหรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้าด้านข้างผู้ป่วย โดยคว่ำมือกดลงตำแหน่งกึ่งกลางสะบักด้านนอก มืออีกข้างจับที่ข้อมือผู้ป่วย
2. นวดสัญญา 2 ไหล่ ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ชิดกับผู้ป่วยกดกึ่งกลางคอโดยวัดจากตำแหน่งแนวคันทัดกับแนวคางของผู้ป่วย
3. นวดสัญญา 3 ไหล่ ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดวางมือกดตำแหน่งเดิมแต่เลื่อนเฉียงลงมา 45 องศา กดลงกึ่งกลางคอ
4. นวดสัญญา 4 ไหล่ ผู้ป่วยและผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดบนตำแหน่งกึ่งกลางบนกระดูกไหปลาร้า
5. นวดสัญญา 5 ไหล่ ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดนั่งหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย

*หมายเหตุ สัญญา 2 ไหล่ ห้ามนวดในกรณีผู้ป่วยอัมพาตเหยียดคู้แขนไม่ได้ เพราะจะทำให้กระดูกหัวไหล่เคลื่อนที่หลุดมากขึ้น

สัญญา 1-3 เข่า

ขั้นตอน

1. นวดสัญญา 1 เข่า ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้นวดนั่งพับเพียบหันปลายเท้าลงด้านล่าง วางนิ้วหัวแม่มือกดเหนือลูกสะบ้าเข่าตรงบริเวณตำแหน่งขอบบนติดกับขอบด้านข้างลูกสะบ้าด้านนอก
2. นวดสัญญา 2 เข่า ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ ยกกันสูง วางนิ้วหัวแม่มือกดเหนือลูกสะบ้าเข่า ตรงบริเวณตำแหน่งขอบบนติดกับขอบลูกสะบ้าด้านใน
3. นวดสัญญา 3 เข่า ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิม ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ หันหน้าไปทางศีรษะของผู้ป่วย ใช้มือข้างที่อยู่ชิดกับตัวผู้ป่วยกดลงกึ่งกลางใต้ลูกสะบ้าเข่า โดยให้นิ้วหัวแม่มือหันปลายนิ้วมาทางด้านตัวผู้นวด

หน่วยที่4

เรื่อง การทำลูกประคบ/อบสมุนไพร

ตอนที่1 การทำลูกประคบ

อุปกรณ์

- | | | |
|-------------------------------|-----|----------|
| 1. ไพล | 500 | กรัม |
| 2. ขมิ้นชัน | 100 | กรัม |
| 3. ตะไคร้บ้าน | 100 | กรัม |
| 4. ผิวมะกรูด | 200 | กรัม |
| 5. ใบมะขาม | 300 | กรัม |
| 6. ใบส้มป่อย | 100 | กรัม |
| 7. เกลือ | 1 | ช้อนโต๊ะ |
| 8. การบูร | 2 | ช้อนโต๊ะ |
| 9. ผ้าดิบขนาด 40*40 เซนติเมตร | | |
| 10. หม้อนึ่ง | | |
| 11. เขียง | | |
| 12. มีด | | |
| 13. เชือก | | |

วิธีการ

- นำหัวไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ มะกรูด ล้างทำความสะอาด นำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้นตามขนาดที่ต้องการตำพอหยาบ ๆ
- นำใบมะขาม ใบส้มป่อย ผสมกับสมุนไพรในข้อ 1 เสร็จแล้วใส่เกลือ การบูร คลุกเคล้าให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน แต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ
- แบ่งสมุนไพรที่คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วเป็นส่วนเท่า ๆ กัน โดยใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบมัดด้วยเชือกให้แน่น
- นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่ง ใช้เวลานึ่งประมาณ 15-20 นาที ซึ่งลูกประคบที่ได้นี้คือลูกประคบสด (ลูกประคบมีทั้งแบบสดและแห้ง) สามารถเก็บไว้ได้นาน3เดือน

วิธีการใช้

นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งประมาณ 15-20 นาที เมื่อลูกประคบร้อนได้ที่แล้ว ก่อนนำมาใช้ ประคบควรมีการทดสอบความร้อน โดยแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือก่อน และในช่วงแรกที่ลูกประคบยังร้อนอยู่ ต้องประคบด้วยความเร็ว ไม่วางลูกประคบไว้บนผิวหนังนาน ๆ เพียงแค่ลูกประคบแล้วยกขึ้น แต่เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงสามารถวางลูกประคบได้นานขึ้นพร้อมกับกดคลึงจนกว่าลูกประคบคลายความร้อน แล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบไปใช้ลูกใหม่แทน (ใช้แล้วนำไปนึ่งแทน) กรณีแขนและขาใช้ทิศทางประคบจากปลายหาโคน

ข้อควรระวังในการใช้

1. ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อนหรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต ในเด็กและผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึกในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย
2. โดยปกติสามารถใช้ประคบได้ใน 24-48 ชม. แต่ไม่ควรใช้การประคบสมุนไพรในกรณีที่มีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะจะทำให้อักเสบบวมมากขึ้นและอาจมีเลือดออกมากตามมาได้
3. หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปล้างด้วยยาจากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน (ร้อนเป็นเย็นทันทีทันใด) อาจทำให้เกิดเป็นไข้ได้

การเก็บลูกประคบสมุนไพร

ลูกประคบสมุนไพรที่ใช้ครั้งหนึ่งแล้วสามารถเก็บไว้ได้นาน 3-5 วัน หลังจากใช้แล้วควรผึ่งลูกประคบให้แห้ง เก็บใส่ถุงหรือภาชนะปิดฝาให้แน่น เชื้อราจะเก็บได้นานขึ้น ให้สังเกตถ้าลูกประคบมีเชื้อราปรากฏให้เห็นและมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือสีเหลืองจางลง แสดงว่าด้วยจิตใจ ไม่มีคุณภาพไม่ควรนำมาใช้อีกต่อไป เพราะจะใช้ไม่ได้ผล

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

1. กระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต
2. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวดเมื่อย
3. ลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประคบและทำให้เนื้อเยื่อ พังผืดยืดตัวออก
4. ลดอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหรือบริเวณข้อต่อต่าง ๆ หลังจาก 24-48 ชั่วโมงไปแล้ว

ตอนที่ 2 การอบสมุนไพร

อุปกรณ์

1. เตรียมตัวยาสมุนไพรต่างๆดังนี้ เหง้าไพล ขมิ้นอ้อย จิง ต้นตะไคร้ ผิวส้มโอ หัวหอมแดง ใบมะขาม ใบส้มเลี้ยว ผักบุ้งลั่ม ผักบุ้งจัน รากหญ้าคา เปลือกต้นชะลูด ผลกระวาน ดอกกานพลู เกลือ พิมเสนและ การบูร (หากด้วยตัวยาไม่ครบ ก็ใช้เท่าที่หาได้ แต่ควรมีเหง้าไพล และการบูรซึ่งเป็นตัวยาสำคัญ)

2. หม้อเคลือบ

3. กระโจมผ้า

วิธีการอบสมุนไพร

1. เตรียมตัวยาสมุนไพรทั้งหมดคกเว้นพิมเสนและการบูรล้างให้สะอาด
2. ต้มน้ำในหม้อเคลือบ (หรือหม้อหุงข้าวไฟฟ้า) ให้เดือด ใส่ด้วยตัวยาสมุนไพรลงไปปิดฝาหม้อต้มต่อไปจนเดือดมีไอน้ำออกมา แล้วยกหม้อลงมาจากเตา เอาไปวางในกระโจมอุณหภูมิไม่ควรเกิน 45 องศาเซลเซียส
3. ก่อนเข้ากระโจม ควรถอดเสื้อผ้าออกให้เหลือน้อยชิ้นที่สุดใช้วอนางคำฝนหรือคำคั้นเอาน้ำมาผสมกับเหล้าและการบูรทาให้ทั่ว
4. เข้าไปในกระโจมค่อย ๆ เปิดฝาหม้อ ropyการบูรและพิมเสนลงไป ให้ไอน้ำออกมารมถูกลำตัว ใบหน้าและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสม่ำเสมอจนกว่าไอน้ำจะหมดประมาณ (15-20 นาที)
5. เมื่อเสร็จจากการอบสมุนไพร ให้ใช้น้ำสมุนไพรที่ยังอุ่น ๆ อาบชำระผม ขัดถูตามตัวแล้วเช็ดตัวให้แห้ง อย่าไปตากลมหรืออาบน้ำเย็นทันทีนั่งพักสักครึ่งชั่วโมง ไม่ควรลุกขึ้นยืนเดินทันที

ข้อควรระวังในการอบสมุนไพร

1. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคปอด โรคลมบ้าหมู ตกเลือด ท้องเสียอย่างรุนแรง ไข้ทับระดู ไข้สูง อ่อนเพลีย
2. ในขณะที่อบสมุนไพร ถ้ารู้สึกหายใจไม่ออก ควรออกมาพักนอกกระโจม
3. ระวังอย่าให้รอบนานเกินไป เพราะร่างกายจะเสียน้ำและเกลือแร่ จะทำให้อ่อนเพลียซึม ถ้าเป็นมากอาจช็อกได้

ประโยชน์ของการอบสมุนไพร

1. แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แก้ปวดข้อ ผ่อนคลายความเครียด
2. ลดน้ำหนักและเสริมความงามของผิวพรรณ
3. ในกรณีผู้ป่วยอัมพฤกษ์ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ฟันฟูสมรรถภาพร่างกาย

2. สาธิตการนวด กดจุดสัญญาณขึ้นพื้นฐานในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการนวดไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเส้นพื้นฐานที่สำคัญของร่างกายและจุดสัญญาณ สำหรับเส้นพื้นฐานที่สำคัญของร่างกายเป็นแนวของตำแหน่งที่ต้องมีการกดนวดบนร่างกาย ได้แก่ บริเวณบ่า แขน หลัง ขาและท้อง ในการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวจึงต้องมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติควบคู่ไปด้วย

3. สาธิตการประคบ/อบสมุนไพรในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ จะต้องสาธิตการทำลูกประคบและวิธีการประคบสมุนไพร และเตรียมสมุนไพรเพื่อใช้ในการอบสมุนไพร ข้อควรระวังในการประคบและอบสมุนไพร

ตอนที่ 2 การฝึกภาคปฏิบัติในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ

หลังจากให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อแล้ว การฝึกปฏิบัติในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นขั้นตอนสำคัญของการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดในการฝึกปฏิบัติดังนี้

1. รูปแบบที่ใช้ในการฝึก ใช้วิธีการสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ผลในการปฏิบัติ

2. เนื้อหาที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ

2.1 ฝึกการนวด กดจุดสัญญาณเบื้องต้น บริเวณบ่า บริเวณไหล่ บริเวณโค้งคอ บริเวณแขนบริเวณหลังและบริเวณขา

2.2 ฝึกการทำลูกประคบและฝึกการประคบสมุนไพรในบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย
เตรียมสมุนไพรที่ใช้สำหรับการอบสมุนไพร

ตอนที่ 3 ประเมินผลการฝึกอบรม

จัดทำแบบประเมินตามแบบแนบท้ายประกอบไปด้วย

แบบสังเกตความรู้ทักษะในการปฏิบัติสำหรับผู้ทำการฝึกอบรมประเมินผู้เข้ารับการ
ฝึกอบรมว่ามีความรู้ทักษะในหัวข้อนั้นๆเพียงใด

แบบสังเกตความรู้ทักษะ

ประเมินโดยสังเกตผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ทักษะในหัวข้อนั้น ๆ เพียงใดโดยทำเครื่องหมายถูกในช่องว่างที่ต้องการ

ข้อ	รายการ	ระดับความเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ให้อธิบายหลักวิธีการนวดไทย วิธีการกดน้ำหนักนิ้วมือ			
2.	ให้แสดงท่านวดพื้นฐานขาและเปิดประตูลม			
3.	ให้แสดงท่านวดพื้นฐานขาด้านนอก-ด้านในพร้อมกับกดจุดสัญญาณ			
4.	ให้แสดงการกดจุดสัญญาณเข้า			
5.	ให้แสดงท่านวดพื้นฐานแขนด้านนอก-ด้านในพร้อมกับกดจุดสัญญาณ			
6.	ให้แสดงท่านวดพื้นฐานหลัง พร้อมกับกดจุดสัญญาณ			
7.	ให้แสดงท่านวดพื้นฐานไหล่ พร้อมกับกดจุดสัญญาณ			
8.	ให้แสดงท่านวดพื้นฐานโค้งคอและบ่า			
9.	ให้อธิบายขั้นตอนในการทำลูกประคบ			
10.	ให้อธิบายประโยชน์และข้อควรระวังในการประคบสมุนไพรพร้อมแสดงวิธีการประคบสมุนไพร			
11.	ให้อธิบายขั้นตอนการเตรียมการอบสมุนไพร ประโยชน์และข้อควรระวังในการอบสมุนไพร			

บรรณานุกรม

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2552. **ฤาษีคัดตน**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

บรรลุ ศิริพานิช. 2547. **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**.
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. 2550. **คู่มือนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์.

ศิริพร สาสัตย์. 2547. **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.



การสัมภาษณ์เชิงลึก กรณีศึกษากลุ่มประชากร 2 รายที่เข้ารับการฝึกอบรมตามรูปแบบการฝึกอบรม
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ประวัติ

- ชื่อ นางไพเราะ อายุ 47 ปี สถานภาพ สมรส การศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
ด้านการบริหาร
- อาชีพ มีร้านค้าส่งในตลาด
- ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีและมารดาของตนเอง ไม่มีบุตร โดยมารดาของตนเองมี
อาการป่วยด้วยโรคอัมพฤกษ์มาที่ขาด้านขวา 3 ปี

2. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

- ไม่ค่อยดีนัก เนื่องจาก นางไพเราะต้องดูแลมารดาวัย 80 ที่ป่วยด้วยโรคอัมพฤกษ์ที่มี
อารมณ์ไม่ดี แสดงอาการหงุดหงิดจนเงี้ยวใส่นางไพเราะและสามีเสมอ ทำให้สามีไม่พอใจทั้ง
มารดาและตัวของนางไพเราะเอง ทำให้นางไพเราะรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ

3. ปัญหาที่เกิดขึ้น

- มารดาของนางไพเราะแสดงอาการหงุดหงิดรำคาญไม่ให้นางไพเราะเข้าใกล้และจับ
เนื้อตัว
- มารดานางไพเราะบอกว่ารู้สึกเจ็บปวดมากแม้ว่าจะถูกนวดเบาๆก็ตาม
- มารดานางไพเราะไม่ยอมไปทำการนวดรักษากับหมอฟันบ้านหรือสถานบริการที่มี
การนวดรักษาเลย
- อาการของมารดานางไพเราะเริ่มแย่ลง กำลังจะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง

4. ประวัติการรักษา

- มารดานางไพเราะเคยไปรักษาอาการที่โรงพยาบาล แต่ภายหลังไม่ยอมไปเนื่องจากไม่สะดวกที่ต้องรอนาน

5. แรงจูงใจที่ทำให้มาเข้ารับการรักษา

- ต้องการจะดูแลมารดาของตนให้ถูกวิธี อยากให้คุณภาพชีวิตของมารดาตนเองดีขึ้น

6. การให้ความช่วยเหลือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนวดรักษา การประคบและอบสมุนไพรที่ถูกต้อง
- สาธิตการนวดพื้นฐานและกดจุดสัญญาณในการนวดรักษารวมถึงข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยอัมพฤกษ์
- ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ และให้เข้าใจถึงการที่ผู้ป่วยต้องหงุดหงิดใส่ผู้ดูแลเป็นเรื่องธรรมดาให้อดทน

7. การติดตามผล

- มารดาของนางไพเราะ เริ่มยอมให้นางไพเราะจับเนื้อตัวและยอมให้นวดรักษาและประคบสมุนไพร บอกนางไพเราะว่ารู้สึกดีขึ้นไม่เจ็บตามเนื้อตัวแล้ว อารมณ์ดีขึ้น ไม่ค่อยแสดงอาการหงุดหงิดใส่คนในครอบครัว

8. สรุปความคิดเห็น

- นางไพเราะมีความพยายามและความตั้งใจสูงที่จะช่วยเหลือมารดาตนเอง แต่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เริ่มมีปัญญาที่กระทบกระเทือนถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว แต่เมื่อได้รู้วิธีการดูแลที่ถูกต้องและนำไปใช้อย่างสม่ำเสมอ ก็ทำให้มารดาที่ป่วยมีอาการโดยรวมดีขึ้นแม้จะยังไม่หายแต่ที่เห็นได้ชัดคืออารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว และเปิดใจที่จะรับการดูแลจากนางไพเราะ

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ประวัติ

- ชื่อ นางสาวสุจิต อายุ 61ปี สถานภาพ โสด การศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้านการพยาบาล
- อาชีพ หลังจากเกษียณจากอาชีพพยาบาล ก็มีรายได้จากการเก็บค่าเช่าบ้าน
- ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ พี่สาวและหลาน โดยมีเพื่อนบ้านหลังที่อาศัยติดกันมีอาการเท้าเหยียดไม่ได้ต้องงอตลอด เดินไม่ค่อยถนัด

2. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

- ก่อนข้างไม่มีปัญหา แม้จะไม่มีสามีดูแลแต่ก็มีหลานๆช่วยเหลือกันเองในครอบครัว ซึ่งนางสุจิตและพี่สาวก็มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีปัญหาใดๆ

3. ปัญหาที่เกิดขึ้น

- เพื่อนบ้านที่มีอาการเท้าไม่สามารถเหยียดได้ เดินไม่ถนัดเนื่องจากประสบอุบัติเหตุเมื่อ2ปีที่แล้ว
- เพื่อนบ้านไม่ยอมไปทำกายภาพบำบัดตามที่แพทย์สั่ง จึงทำให้มีอาการเท้างอผิดรูป
- เพื่อนบ้านจะมีอาการปวดเท้าเป็นระยะๆเมื่อปวดขึ้นมา ก็ทน ถ้าไม่ไหวก็จะรับประทานยาแก้ปวดจนเริ่มมีอาการของโรคกระดูกตามมา ไม่ยอมทำการรักษาโดยการนวด เพราะกลัวจะได้รับบาดเจ็บมากขึ้นและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

4. ประวัติการรักษา

- เคยไปพบแพทย์ช่วงแรกที่เกิดอุบัติเหตุใหม่ๆ แต่เมื่อแพทย์นัดมาทำกายภาพบำบัดก็ไม่ยอมมาให้สม่ำเสมอเพราะไม่ยอมรับนาน เดินทางมาโรงพยาบาลก็ไม่สะดวก

- แพทย์เคยส่งตัวไปแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งมีศูนย์สุขภาพที่มีการนวดรักษาด้วยการนวดแผนไทย แต่เพื่อนบ้านผู้นี้ไม่ไปแบบสม่ำเสมอเพราะไม่อยากเสียค่าใช้จ่ายและค่าเดินทาง แต่ถ้าจะนวดรักษาตามสถานบริการใกล้บ้านก็ไม่กล้า กลัวจะมีอาการแย่มากกว่าเดิม
- เคยไปให้หมอพระรักษาโดยใช้น้ำมันต่อกระดูกแต่อาการยังคงไม่ดีขึ้น เฝ้าฯพิจารณาเหมือนเดิม

5. แรงจูงใจที่เข้ามารับการฝึกอบรม

- อยากช่วยเหลือเพื่อนบ้านแต่ก็ไม่มีมั่นใจว่าจะทำได้อย่างถูกวิธีหรือไม่ อยากรู้วิธีการรักษาด้วยการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร

6. การให้ความช่วยเหลือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนวดรักษา การประคบและอบสมุนไพรที่ถูกต้อง
- สาธิตการนวดพื้นฐานและกดจุดสัญญาณในการนวดรักษา การประคบและอบสมุนไพรรวมถึงข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วย
- สาธิตทำการบริหารร่างกาย
- ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ให้มีความเชื่อมั่นในการนำความรู้และทักษะปฏิบัติที่ได้รับการฝึกอบรมนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

7. การติดตามผล

- เพื่อนบ้านของนางสุใจยังคงมีอาการเท้าผิดรูปเช่นเดิม แต่อาการปวดที่เท้าลดลงจากการที่นางสุใจทำการนวด ประคบและอบสมุนไพรให้ จึงไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวดมากเท่าเดิม และอาการปวดกระเพาะก็ลดลงตามมาด้วย

8. สรุปความคิดเห็น

- นางสุใจเดิมประกอบอาชีพพยาบาล จึงมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตามแบบภูมิปัญญาไทย คือการนวดไทย การประคบและอบสมุนไพร และเมื่อ

ได้เข้ารับการฝึกอบรมและนำไปปฏิบัติจริงกับเพื่อนบ้านที่ป่วยอยู่ จนมีอาการดีขึ้น ลดจำนวนการ
ใช้ยาแก้ปวดและลดความเสี่ยงที่จะป่วยเพิ่มด้วยโรคกระเพาะอาหาร แต่เนื่องจากอาการของเพื่อน
บ้านเกิดจากอุบัติเหตุทำให้กระดูกผิดรูป ดังนั้นนางสุดใจควรดูแลสุขภาพเพื่อนบ้านตามวิธีการที่
ได้รับจากการฝึกอบรมควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันไปด้วย เพื่อที่จะเพิ่มโอกาสให้
ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติมากขึ้น





ภาคผนวก ค
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบถาวร

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|--|
| 1. พลตรีหญิงสุพัตรา จินดาประสาน, วท.ม. | ผู้เชี่ยวชาญกองทัพบก
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 2. พันโทแพทย์หญิงพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, พบ. | อาจารย์ประจำแผนกอายุรกรรม
หน่วยโรคผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 3. อาจารย์ประศาสน์ สวัสดิ์อำไพรักษ์ | อาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก |



แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิภาพรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทย
เพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

1. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ 20 ข้อ

2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

นางสาวชมลรรค กองอรรถ

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่เลือกหรือ เติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ

1. ☐ หญิง 2. ☐ ชาย

2. ปัจจุบันอายุ

1. ☐ 31-40 2. ☐ 41-50
3. ☐ 51-60 4. ☐ 61-70
5. ☐ 70 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพ

1. ☐ โสด 2. ☐ สมรส
3. ☐ หย่า 4. ☐ หม้าย

4. ระดับการศึกษา

1. ☐ ไม่ได้รับการศึกษา 2. ☐ ประถมศึกษา
3. ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น 4. ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
5. ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 6. ☐ ปริญญาตรี
7. ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ☐ แม่บ้าน/พ่อบ้าน
3. ☐ ธุรกิจส่วนตัว 4. ☐ รับราชการ

6. รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน

1. ☐ ต่ำกว่า 4,501 บาท 2. ☐ 4,501-6,000 บาท
3. ☐ 6,001-7,500 บาท 4. ☐ 7,501-9,000 บาท
5. ☐ 9,001-10,500 บาท 6. ☐ 10,501-12,000 บาท
7. ☐ 12,000 บาท ขึ้นไป

7. สถานที่พักอาศัยปัจจุบัน

1. ☐ หอพัก/คอนโดมิเนียม 2. ☐ บ้านเช่า
3. ☐ บ้านญาติ 4. ☐ บ้านตนเอง
5. ☐ อื่นๆ.....โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการ
ปวดกล้ามเนื้อ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นว่า “ถูก” หรือ “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ”
ในคำตอบนั้น โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ถูก หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความจริงที่ท่านมากที่สุด

ผิด หมายความว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความจริงที่ท่าน

ไม่ทราบ หมายความว่า ข้อความนั้นท่านไม่ทราบ

ลำดับที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1.	การนวดไทยมี 2 แบบคือ นวดแบบราชสำนักและ นวดแบบเชลยศักดิ์			
2.	การนวดไทยการนวดไทยสามารถแบ่งได้อีก ลักษณะ คือนวดรักษาเฉพาะที่ และนวดผ่อน คลายทั่วร่างกาย			
3.	การนวดแบบราชสำนักห้ามให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ			
4.	ท่าที่จัดให้ผู้ป่วยในการนวดไทยมี 4 ท่า คือ นอน หงาย นอนคว่ำ นอนตะแคงซ้าย-ขวาและท่านั่ง			
5.	ส่วนของร่างกายที่ใช้ขนาด ได้แก่หัวแม่มือ สันมือ ศอก สันเท้า			
6.	การนวดแบบราชสำนักห้ามใช้เข่า เท้า ศอก ในการกดนวด			
7.	การนวดแบบเชลยศักดิ์ต้องคลานเข้าก่อน ทำการนวด			
8.	การนวดแบบเชลยศักดิ์เป็นการนวดที่ไม่เป็น ทางการ			
9.	การหลีกเลี่ยงมูลเหตุของการเกิดโรค เป็นการ ดูแลสุขภาพที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ เช่น อาหาร การใช้ยาให้เหมาะสม การหลีกเลี่ยง การทำงานเกินกำลัง เป็นต้น			

ลำดับที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
10.	น้ำหนักที่ใช้ในการนวดมี 3 ขนาด คือ เบา ปาน กลางหนัก			
11.	น้ำหนักเบาที่ใช้ในการนวดคือประมาณ 20ปอนด์			
12.	ท่าฤๅษีคัตตะน มีท่าพื้นฐาน 15 ท่า			
13.	การบริหารกายแบบฤๅษีคัตตะน เป็นท่าบริหารร่างกายของไทยที่ทำให้โลหิตไหลเวียนได้สะดวก			
14.	การอบสมุนไพร ไม่ควรอบขณะมีไข้สูงและหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ			
15.	การอบสมุนไพร ช่วยทำให้เส้นเอ็นคลายตัว บรรเทาอาการปวดเมื่อยได้			
16.	เวลาที่ใช้ในการอบสมุนไพรประมาณ 15-20 นาที			
17.	การประคบสมุนไพรบริเวณที่ปวดเมื่อย ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น บรรเทาอาการปวดได้			
18.	ทิศทางที่ใช้ในการประคบสมุนไพรบริเวณแขนและขา มี 2 ทิศทางคือ 1. จากโคนหาปลาย และ 2. จากปลายหาโคน			
19.	ก่อนการนวดจุดสัญญาณต้องนวดเส้นพื้นฐานก่อน			
20.	จุดสัญญาณ คือ ตำแหน่งสำคัญที่อยู่บนร่างกาย เป็นพิกัดทางด้านหัตถเวช มี 50 จุด			

**ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการ
ปวดกล้ามเนื้อ**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง

ข้อเดียวในแต่ละข้อความ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1.	ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม				
2.	ท่านคิดว่าการให้งดรับประทานอาหารแสลง เช่น หน่อไม้ ข้าวเหนียว เครื่องในสัตว์ เพื่อช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ เป็นเรื่องไม่น่าเชื่อถือ				
3.	ท่านคิดว่าการนวดไทย ประคบ/อบสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเป็นวิธีการที่ได้ผล				
4.	ท่านคิดว่าอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุจะไม่เกิดขึ้นถ้าได้รับประทานยาแก้ปวดป้องกันไว้ก่อน				
5.	ท่านคิดว่าอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มีอาการเรื้อรัง สามารถทิ้งไว้ได้โดยไม่ทำการนวดรักษาในที่สุดสามารถหายเองได้				
6.	ท่านคิดว่าการนวดไทย เป็นวิธีการที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เพราะทำให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้น				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
7.	ท่านคิดว่าการนวดไทย ไม่สามารถรักษาอาการ ปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุได้				
8.	ท่านคิดว่าควรใช้การประคบหรืออบสมุนไพรวิธีใด วิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการ ปวดกล้ามเนื้อ				
9.	ท่านคิดว่าการประคบสมุนไพรกับการประคบผ้า ร้อนธรรมดาได้ผลไม่ต่างกันสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการ ปวดกล้ามเนื้อ				
10.	ท่านคิดว่าการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุที่มี อาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น เรื่องที่นอนที่ไม่แข็งหรือ นิ่มจนเกินไป โต๊ะเก้าอี้ที่เหมาะสม เป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลาและค่าใช้จ่าย				
11.	ท่านคิดว่าการให้ผู้สูงอายุ หยุดพักในระหว่างการ ทำกิจกรรมต่างๆประจำวันเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เป็น การทำให้ผู้สูงอายุเสียเวลาโดยไม่จำเป็น				
12.	ท่านคิดว่าการให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าทางขณะทำงาน จะทำให้ผู้สูงอายุปวดกล้ามเนื้อลดลง				
13.	ท่านคิดว่าหากผู้สูงอายุทำงานก่อนข้างหนังก้อยแล้ว การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อเป็นสิ่งที่ไม่ จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อ				
14.	ท่านคิดว่าควรให้ผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อนอน พักผ่อนเพียงอย่างเดียวเพื่อจะได้ไม่ปวดกล้ามเนื้อ มากขึ้นอีก				
15.	ท่านคิดว่าควรให้ผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อมีการ ออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
16.	ท่านคิดว่าการใช้ทำถาญีตัดตนเป็นวิธีการที่ดีวิธี หนึ่งในการบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุที่ปวด กล้ามเนื้อ				
17.	ท่านคิดว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้ทำถาญีตัดตน อย่างเพียงพอได้แก่ ทำฝึก ขั้นตอนวิธีการ ผลที่จะ เกิดสำหรับผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อ				
18.	ท่านคิดว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุควรฝึกการหายใจเข้าออก อย่างถูกต้องเพื่อนำไปใช้ขณะสาธิตให้กับผู้สูงอายุ ที่ปวดกล้ามเนื้อ				
19.	ท่านคิดว่าควรให้ผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อมีการ ทำทำถาญีตัดตนอย่างสม่ำเสมอ				
20.	ท่านคิดว่าไม่ควรให้ผู้สูงอายุฝืนทำทำถาญีตัดตนที่ ยาก หรือหักโหมทำมากเกินไป				

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเชื่ออำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง

ข้อเดียวในแต่ละข้อความ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	การดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ซึ่งท่านไม่สามารถดูแลได้				
2.	ผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการมากขึ้นหากได้รับการดูแลโดยการนวดไทยจากตัวท่านเอง ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะด้านนวดไทย				
3.	เมื่อท่านได้รับการฝึกอบรมการนวดไทยแล้ว ก็ยังไม่สามารถไปใช้ดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อให้ได้ผลได้				
4.	การนวดไทยเป็นศาสตร์ที่ยาก ตัวท่านต้องใช้เวลานานในการเรียนรู้ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้รักษาดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อให้หายได้				
5.	หากท่านได้รับการฝึกอบรมการนวดไทยแล้ว หากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อ ก็จะสามารถดูแลฟื้นฟูสุขภาพได้				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
6.	การดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อโดยใช้วิธีการ นวดไทยต้องทำที่คลินิกเท่านั้นท่านไม่สามารถไป ทำที่บ้านได้				
7.	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเท่านั้น เช่น หมอนวด แผนไทย นักกายภาพบำบัด จึงจะดูแลผู้สูงอายุที่ ปวดกล้ามเนื้อได้				
8.	ท่านสามารถเรียนรู้ศาสตร์การนวดไทย การ ประคบและอบสมุนไพร จนสามารถไป ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อได้				
9.	ท่านสามารถจำขั้นตอนในการนวดไทยได้				
10.	เมื่อท่านได้รับการอบรมการทำลูกประคบ สมุนไพร ท่านสามารถหาสมุนไพรในการเตรียม ลูกประคบสมุนไพรและทำลูกประคบขึ้นเองได้				
11.	ท่านสามารถจำขั้นตอนในการทำลูกประคบ สมุนไพรได้				
12.	เมื่อท่านได้รับการฝึกอบรมการอบสมุนไพรท่าน สามารถเตรียมสมุนไพรที่ใช้ในการอบและ หึ่งอบสมุนไพรได้				
13.	ท่านสามารถจำขั้นตอนในการเตรียมการอบ สมุนไพรได้				
14.	ในผู้ป่วยโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง ท่าน สามารถใช้วิธีการอบสมุนไพรได้อย่างถูกต้องและ ปลอดภัย				

ลำดับ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
15.	ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปวดกล้ามเนื้อท่านสามารถใช้วิธีการประคบสมุนไพรได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย				
16.	ท่านสามารถเข้าใจแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพในกรณีผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคปวดกล้ามเนื้อ				

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อป้องกันและ

ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง

คำตอบเดียวในแต่ละข้อ

มากที่สุด	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ(6-7วัน/สัปดาห์)
มาก	หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ประจำและไม่สม่ำเสมอ (4-5วัน/สัปดาห์)
น้อย	หมายถึง ปฏิบัติเป็นครั้งคราวนานๆครั้งหรือเป็นส่วนน้อย (2-3วัน/สัปดาห์)
น้อยที่สุด	หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด/ไม่เคยปฏิบัติเลย (0-1 วัน/สัปดาห์)

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	เมื่อผู้สูงอายุมีอาการปวดกล้ามเนื้อ และขอความช่วยเหลือจากท่าน แต่ท่านยังคงเพิกเฉย				
2.	ท่านใช้วิธีการให้ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อพักเพื่อให้หายเองโดยไม่ทำการนวดรักษา				
3.	ท่านใช้วิธีการให้ยาแก้ปวดรับประทานกับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ				
4.	ท่านใช้วิธีการพาสูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อไปรักษาด้วยวิธีการทางสัตวศาสตร์				
5.	เมื่อผู้สูงอายุมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ท่านจะรีบนำผู้สูงอายุไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที				
6.	ท่านไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
7.	ท่านเลือกใช้บริการให้หมอนวดแผนไทยมาทำการนวดรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ				

ลำดับที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
8.	ท่านดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อด้วยการนวดอย่างสม่ำเสมอ				
9.	ท่านใช้การนวดไทยเพื่อลดอาการของโรคปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
10.	ท่านทบทวนขั้นตอนวิธีการในการนวดไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
11.	ท่านทบทวนขั้นตอนวิธีการในการทำลูกประคบ/อบสมุนไพรเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
12.	ท่านทบทวนถึงข้อควรปฏิบัติและข้อควรระวังในการนวดไทยเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
13.	ท่านทบทวนถึงข้อควรปฏิบัติและข้อควรระวังในการประคบอบสมุนไพรเพื่อป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
14.	ท่านใช้วิธีการอบสมุนไพรร่วมด้วยในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
15.	ท่านใช้การประคบสมุนไพรในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ				
16.	ท่านใช้ทำฤๅษีคัตตะนเพื่อการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ				
17.	ท่านเป็นผู้นำในการดูแลผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อด้วยวิธีการนวดไทย, ประคบและอบสมุนไพร				

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
18.	ท่านยินดีดูแลเมื่อถูกผู้สูงอายุที่ปวดกล้ามเนื้อขอให้ท่านดูแลด้วยวิธีการนวดไทย, ประคบและอบสมุนไพร				
19.	หากผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อไม่พึงพอใจให้ท่านดูแลด้วยการนวดไทย, ประคบและอบสมุนไพร ท่านก็จะล้มเลิกทันทีเช่นกัน				
20.	ท่านใช้วิธีการนวดไทย, ประคบและอบสมุนไพร ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นทางเลือกแรกเสมอ				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวชมลรรค กองอรรถ
วัน เดือน ปี ที่เกิด	25 กันยายน พ.ศ. 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	แพทยแผนไทย (วท.บ) คณะวิทยาศาสตร์ พ.ศ.2552 มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ตำแหน่งปัจจุบัน	-
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	-
ทุนการศึกษาที่ได้รับ	ทุนสนับสนุนงานวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์