

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง*

Factors Related to Health Promotion Behaviors in Patients with Low Back Pain

สุกัญญา อังศิริกุล** พย.ม. Sukanya Aungsirikul, M.N.S.

น้ำอ้อย ภัคติวงศ์*** ส.ด. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.

วารินทร์ บินโฮเซ็น*** Ph.D. Varin Binhosen, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยนอก ห้องตรวจคัดกรองกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง-สูง ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับต่ำ ระยะเวลาปวด การรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p < .01$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย และการรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย โดย

ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

Abstract

The objectives of this descriptive – correlational study were to describe health promotion behaviors and factors relating to health promotion behaviors of patients with low back pain. Pender's health promotion model was used as conceptual framework. Eighty-eight samples were purposively selected. Questionnaire including demographic data, perception factors and social support was used to collect the data. Descriptive statistics, chi – square and Spearman's rank correlation were used in data analysis. The results revealed that overall health promotion behaviors, and each domain scores were at a high to moderate level except physical activity was at a low level. Factors significantly positive related to health promotion behaviors were duration of pain, perceived self-efficacy and social support. ($p < .01$) Whereas perceived barrier significantly negative related to

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

health promotion behaviors. Age, body mass index and perceived benefits did not relate to health promotion behaviors. Program for improvement of physical activity by enhancing perceived self-efficacy and social support is recommended.

Key words: Health promotion behaviors, patients with low back pain

ความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังเป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยของโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 70 ของประชากรทั่วไปมีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต (McIntosh & Hall, 2008) อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่พบมากในช่วงอายุ 20-60 ปี (Biglarian, Seifi, Bakhshi, Mohammad, Rahgozar, Karimlou et al., 2012) ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ที่มีอายุน้อยลง (Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Waterman, Belmont and Schoenfeld (2012) พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการเกิดสูงถึง 1.39 ต่อ 1,000 คน ทำให้ความต้องการในการรักษาและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามมา ในประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบ 309.06 ต่อ 1,000 ประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) นอกจากนี้จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของคนในวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า อาการปวดหลัง /ปวดกล้ามเนื้อ พบถึง ร้อยละ 20.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

ความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะการใช้งาน และการดูแลตนเอง เพราะกระดูกสันหลังทำหน้าที่รับน้ำหนักทั้งหมดของร่างกายโดยเฉพาะส่วนล่างของกระดูกสันหลัง เนื่องจากเป็นส่วนที่โค้งเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นๆ หายๆ เรื้อรังเกิน 3 เดือน มีผลโดยตรงต่อร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นทำให้

ผู้ป่วยทำงานได้ช้าลง ทำให้ต้องขาดงาน ขาดรายได้ ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น (เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, วัฒนา ศิริธราธิวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตรี วันเพ็ญ, ภาณี ฤทธิมาก และคณะ, 2554)

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่เกิดในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน พบได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ลักษณะงาน ท่าทางที่ไม่เหมาะสมเช่น การก้มๆ เงยๆ ยืน การยกของหนัก การบิดตัว เอี้ยวตัวอยู่ตลอดเวลา และทำงานหนักเป็นเวลานาน ออกแรงมากเกินไปทำให้เกิดกล้ามเนื้อบริเวณหลังได้รับบาดเจ็บ (เกษร เสียงเพราะ, 2552; Kasim, El Sadak, Hassan, Abdel-Wahed, & Shaaban, 2012) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การเสื่อมตามอายุของกระดูกสันหลัง การรับประทานอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย เกิดโรคอ้วนทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดอาการปวดหลัง (Shirr, Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva, & Viikari-Juntura, 2010) นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอาการไอเรื้อรัง ทำให้เพิ่มแรงดันในหมอนรองกระดูกสันหลัง การสูบบุหรี่ก็มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกเร็วขึ้น (Biglarian et al, 2012; Kasim et al., 2012)

การรักษาผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดอาการปวดหลัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการรักษามี 2 วิธีคือ 1) แบบอนุรักษ์ (conservative treatment) ซึ่งมีทั้งไม่ใช้ยาและใช้ยา อาการปวดที่เกิดขึ้นระยะแรกสามารถหายได้เอง ระยะนี้จึงควรรักษาโดยไม่ใช้ยา ด้วยการนอนพักเพื่อลดอาการปวด หลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เกิดอาการปวด การรักษาทางยาได้แก่การให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาคลายกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับอาจจะต้องใช้ยานอนหลับ หรือยาคลายเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2010) นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยการฉีดยาเฉพาะที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน การดึงถ่วงน้ำหนัก และการกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดอาการปวด การนวด การประคบ การฝังเข็ม การออกกำลังกาย การสวมเครื่องพยุง

หลัง และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนการฝึกการใช้ท่าที่ถูกต้อง (ศิริภพ สุวรรณโรจน์, 2548) และ 2) การรักษาแบบผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ในการรักษาคือมีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการรักษาแบบอนุรักษ์ไม่ได้ผล (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นมาตรการที่สำคัญในการควบคุมและจัดการอาการปวด ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวคิดของ Pender, Murdaugh and Parsons (2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านการจัดการความเครียด โดย Pender et al. (2006) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ประการได้แก่ ปัจจัยพฤติกรรมดั้งเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจ และความรู้สึคนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึคนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ในประเทศไทยมีเพียง 2 เรื่อง (สุพัตรา ปวนไผ่, 2546, จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมือนกันคือ การรับรู้ประโยชน์และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยที่พบว่า

มีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย และการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2006) จึงยังไม่สามารถสรุปเป็นความรู้ที่ชัดเจนได้

สถานการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญที่พบเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคทางศัลยกรรมกระดูก และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 24.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.7 ในปี พ.ศ. 2554 (หน่วยเวชระเบียน สถิติโรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2553-2554) โดยบริการที่จัดให้ ประกอบด้วย การให้ยา การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การทำกายภาพบำบัด และการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ป่วยบางรายกลับมาพบแพทย์ซ้ำเนื่องจากอาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือต้องเข้ารับการรักษา นอกจากนั้นการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อน พบการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างจากผู้มารับบริการของโรงพยาบาลชลประทาน ตลอดจนยังไม่เคยมีการศึกษาติดตามประเมินผลบริการที่จัดให้ว่าทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

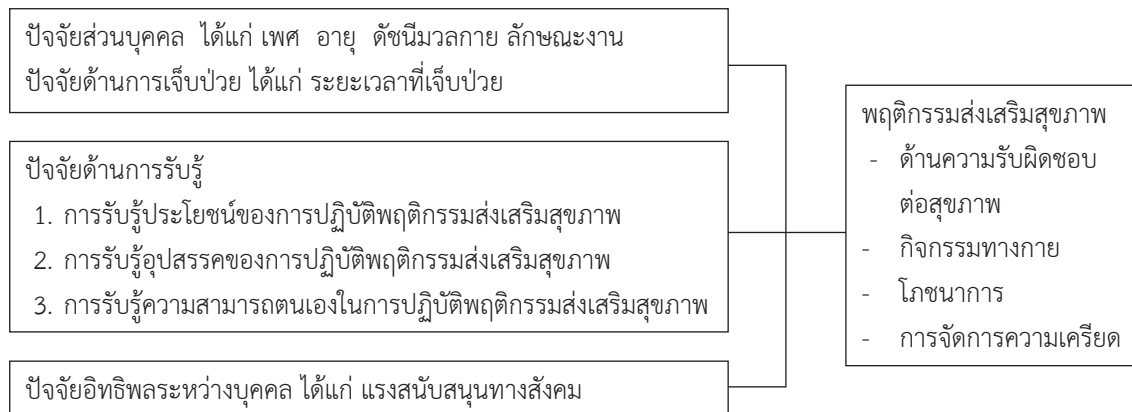
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความ

สามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) เป็นกรอบแนวคิด และเลือกศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการศึกษาหาความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับอาการปวดหลัง การสังเกตอาการผิดปกติ การไปพบแพทย์ตามนัด การงดสูบบุหรี่ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวในการเสริมสร้างความแข็งแรงโดยทั่วไป และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง ตลอดจนการมีท่าทางในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม 3) ด้านโภชนาการ เกี่ยวข้องกับการเลือกรับประทานที่ช่วยในการควบคุมน้ำหนัก และ 4) ด้านจัดการกับความเครียด เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน และเลือก

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและกลุ่มโรคเรื้อรังจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อน โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เพศ (สุพัตรา ปวนไผ่, 2546; Plotnikoff, Karunamuni, Taylor, & Schmidt, 2009) อายุ (สุพัตรา ปวนไผ่, 2546; Plotnikoff et al., 2009) ดัชนีมวลกาย (จิราพร อื้อเทียน, 2546; Hagerstrom, 2010; Plotnikoff et al., 2009) ลักษณะงาน (จิราพร อื้อเทียน, 2546) ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (สุพัตรา ปวนไผ่, 2546) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548; สุพัตรา ปวนไผ่, 2546; อรไท เจริญนุช, 2553) การรับรู้อุปสรรค (Sharafkhan, Khorsandi, Shamsi, & Ranjbaran, 2014) การรับรู้ความสามารถตนเอง (จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548; อรไท เจริญนุช, 2553; Sharafkhan et. al., 2014) และอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548; สุพัตรา ปวนไผ่, 2546) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจคัดกรองกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยได้รับการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากขนาดความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากวิทยานิพนธ์ของจิราภรณ์

ธรรมสโรช (2548) ($r = .35$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05, อำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) = .80 และนำไปเปิดตาราง Norwood (2000) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ จิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่พักอาศัย อาชีพ ลักษณะงาน การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาของอาการปวดหลัง สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ลักษณะอาการปวด ระดับความปวดในปัจจุบันโดยมาตรวัดความปวด 0-10 คะแนน การรักษาทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขณะมีอาการปวด

2. แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ จิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) และอรไท เจริญนุช (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรค 6 ข้อ และการรับรู้ความสามารถตนเอง 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนข้อความเชิงบวกเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ข้อความเชิงลบเป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมด้านการรับรู้ประโยชน์มีค่าระหว่าง 8-32 คะแนน ด้านการรับรู้อุปสรรคมีค่าระหว่าง 6-24 คะแนน และด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง 19-76 คะแนน

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ของจิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การได้รับความรักและความผูกพันจากบุคคลใกล้ชิด 2) การรับรู้ถึงคุณค่าของตน 3) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 4) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และ

5) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ 5 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงทั้งหมด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงเล็กน้อย และไม่จริงเลย โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ข้อความเชิงลบเป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 25 – 100 คะแนน

4. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ จิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 8 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 7 ข้อ ด้านโภชนาการ 9 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ข้อความเชิงลบให้คะแนนเป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 31-124 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทำโดยการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1979) คือ คะแนนร้อยละ 25-59 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80-100 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ พยาบาลชำนาญการด้านศัลยกรรมกระดูก 2 คน และอาจารย์แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมกระดูก 1 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับและปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 30 คน ตอบ หาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.77 ตามลำดับ และ

เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำนวน 88 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85, 0.72 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมระดับคณะ (คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยรังสิต (เลขที่ 004/2014) และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เลขที่ 22/2557) เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการทำวิจัย วิธีการและขั้นตอนการทำวิจัย ตลอดจนชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน และอนาคต ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเก็บเป็นความลับ การอภิปรายหรือเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวมเท่านั้น เปิดโอกาสให้ซักถาม ตอบข้อสงสัย จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการในคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อตามนัดหมาย ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ทำการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย แล้วผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในห้องประชุมของคลินิกที่เป็นสัดส่วน โดยใช้เวลา

ประมาณ 30-45 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ลักษณะงาน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ด้วยสถิติ Chi-Square

3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาปวด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้สถิติ Spearman Rank Correlation เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายของตัวแปรพบว่าเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง 88 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.6) มีอายุเฉลี่ย 55.67 ปี ($SD = 13.23$) โดยมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 39.8) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD = 4.67$) โดยภาวะโภชนาการอยู่ในระดับน้ำหนักเกินมากที่สุด (ร้อยละ 39.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 35.2) มีรายได้เฉลี่ย 13,438.21 บาทต่อเดือน ($SD = 14,254.85$) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 54.5) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 19.3) ลักษณะงานเป็นงานที่ต้องก้มๆ เงยๆ (ร้อยละ 65.9) ดูแลสุขภาพของตนเองโดยการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายได้น้อยกว่า 30 นาที โดย การเดินและแกว่งแขน (ร้อยละ 20.5 และ 18.2 ตามลำดับ) มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 29.6) ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังนาน 13-60 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ย 44.4 เดือน ($SD = 41.66$) สาเหตุที่พบ

ส่วนใหญ่เกิดจากจากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 65.4) ได้แก่ การยกของหนัก และการบิดตัวก้มตัว ลักษณะอาการปวดที่พบบ่อยมีอาการเป็นๆ หายๆ (ร้อยละ 92.0) มีระดับความปวดเฉลี่ย 4.14 คะแนน ($SD = 1.30$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องทำไปพักไป (ร้อยละ 50.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดการอาการปวดโดยการรับประทานยาบรรเทาอาการปวด (ร้อยละ 95.5) ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา (ร้อยละ 95.5) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 62.5) ยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาบรรเทา

อาการปวดได้แก่ Gabapentin, Flanil, TWC, และ Naproxan (ร้อยละ 37.5)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.1) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.4) โภชนาการ (ร้อยละ 70.5) และการจัดการความเครียด (ร้อยละ 70.5) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 51.1) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มี อาการปวดหลังส่วนล่าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ		
			สูง n (%)	ปานกลาง n (%)	ต่ำ n (%)
โดยรวม	65-112	85.8 $\pm$ 8.99	8 (9.1)	74 (84.1)	6 (6.8)
รายด้าน					
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	19-32	26.16 $\pm$ 2.60	54 (61.4)	34 (38.6)	0 (0)
ด้านกิจกรรมทางกาย	10-28	16.76 $\pm$ 4.56	8 (9.1)	35 (39.8)	45 (51.1)
ด้านโภชนาการ	20-33	25.81 $\pm$ 3.07	20 (22.7)	62 (70.5)	6 (6.8)
ด้านการจัดการความเครียด	12-26	17.08 $\pm$ 3.04	5 (5.7)	42 (47.7)	41 (46.6)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ระยะเวลาที่ปวด การรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < .05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ($p < .001$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ เพศ ลักษณะงานที่ทำ ดัชนีมวลกาย และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ปัจจัย	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Correlation coefficient (r_s)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	.179	.096
ดัชนีมวลกาย	.072	.506
ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย		
ระยะเวลาที่ปวด	.259	.015
ปัจจัยด้านการรับรู้		
การรับรู้ประโยชน์	.167	.119
การรับรู้อุปสรรค	-.363	.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.649	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.385	.000

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ด้านกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การมีท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ด้านโภชนาการ เน้นการปรุงอาหารที่ควบคุมน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียด แนะนำการผ่อนคลาย การแบ่งเวลาทำงานและพักผ่อน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่าง (ศิริภพ สุวรรณโรจน์, 2548; สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2010) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ต่างจากการศึกษาของนิภาพรณ ทิพย์จักร (2556) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่าพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่ยังกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าพฤติกรรมใดที่ขัดกับอุปนิสัยและความเคยชิน จะทำให้ปฏิบัติได้น้อย โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.5) ไม่ปฏิบัติเลย และปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้องได้ครบทุกท่า ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ไม่ต่ำกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานขนมหวาน (ร้อยละ 61.4) ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก (ร้อยละ 35.2) และขาดความระมัดระวังเรื่องน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 23.9) เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ร้อยละ 78.2 มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน และอ้วน รวมทั้งมีโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าคำแนะนำที่ได้รับอาจยังไม่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติเป็นประจำได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

ระยะเวลาที่ปวดบวมที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .259, p = .015$) หมายความว่า ระยะเวลาปวดที่นานจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวด มีการเรียนรู้สังเกตสิ่งที่ทำให้อาการปวดมากขึ้น และสามารถจัดการอาการปวดได้ ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่อาการปวดหลังเป็นอาการเรื้อรังเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน จากท่าทาง อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากการทำงานได้ จึงทำให้อาการปวดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ในระดับปานกลาง ซึ่งระดับความปวดที่พบอยู่ที่ระดับคะแนน 4-6 คะแนน (ร้อยละ 62.5) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของอรไท เจริญนุช (2553) ที่พบว่าระยะเวลาที่ปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคพบมีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.363, p = .001$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย อธิบายได้ว่า อุปสรรคเป็นตัวขัดขวางการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคเป็นการรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความยากลำบาก การไม่มีเวลา จึงทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน ทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย และการชอบรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง เป็นอุปสรรคในการลดน้ำหนัก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Sharafkhani et al. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มพยาบาล พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ($p < .05$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) และอรไท เจริญนุช (2553) ที่พบว่า

การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถตนเองพบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .649, p = .000$) หมายความว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าคุณไม่มีความสามารถ ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ Pender et al. (2006) เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถสังเกตอาการผิดปกติและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดสังเกตอาการที่เปลี่ยนไป จัดการดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการปวดหลัง ซึ่งวิธีการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมมาจากการให้บริการทางคลินิกที่มีการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดอาการปวดหลังจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอรไท เจริญนุช (2553) และ Sharafkhani et al. (2014) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรักและผูกพันจากบุคคลใกล้ชิด ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ด้านการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และด้านการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .385, p = .000$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2006) ที่กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและสังคม การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกซึ่งกันและกัน รวมถึงการได้รับข้อมูล การช่วยเหลือให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีการปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ครอบครัวมีส่วนในการดูแลพูดคุยให้กำลังใจอยู่เสมอ ส่วนใหญ่มีความสุข มีกำลังใจไม่รู้สึกลดเดียว จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้าน การได้รับความรักและความผูกพันจากบุคคลใกล้ชิด การรับรู้คุณค่าของตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ปานไผ่ (2546) จิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) และนิภาพรรณ ทิพยจักร์ (2556) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$)

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้ประโยชน์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .119$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางที่ดีก็ไม่ได้ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น อธิบายได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติได้แก่การรับรู้อุปสรรค ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ประโยชน์สูง แต่ถ้าการรับรู้อุปสรรคมากจะขัดขวางทำให้ไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) โดยเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และความเข้าใจถึงผลดีหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้จะมีการติดตามข่าวสารข้อมูล การสังเกตอาการที่เกิดขึ้น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของอาการปวดได้ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับไม่มีเวลา ทำให้ขาดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .096$) หมายความว่า ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุเท่าไร ก็ได้ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.67 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและยังคงทำงาน มีลักษณะงานที่พบเป็นการก้มๆ เงยๆ และนั่งหรือยืนนาน มีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเป็นบางครั้ง อาการปวดหลังที่เป็นมานาน เกิดความเคยชินกับอาการปวดที่เกิดขึ้นจึงเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่ได้รับ ดังนั้นอายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรไท เจริญนุช (2553) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ($p > .05$)

ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .506$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีดัชนีมวลกายมากหรือน้อยก็ได้ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ห้วนถึงอ้วน ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจะให้คำแนะนำในการลดน้ำหนัก แต่การลดน้ำหนักเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก มีการปฏิบัติได้น้อยคล้ายคลึงกัน จึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพรรณ ทิพยจักร์ (2556) ที่พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .125$) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ จิราพร อื้อเทียน (2546) ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในหอตรวจคัดกรองกระดูกและข้อควรณรงค์จัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความ

สามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายควรมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้มีความบกพร่องทางการท้วมถึงอ้วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังส่วนล่างได้ดีขึ้น และติดตามศึกษาผลของการจัดกิจกรรมดังกล่าว

2. ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งผลการศึกษาไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่สอดคล้องกับ Pender et al. และการศึกษาที่ผ่านมา จึงควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้เป็นตัวแทนของประชากร เพื่อยืนยันผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. (2554). *โรคกระดูกสันหลังเสื่อมหลักฐานเชิงประจักษ์ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข สาเหตุการเจ็บป่วยรายภาคต่อประชากร 1,000 คน รับวันที่ 12 มิถุนายน 2555 เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html>
- เกษร เสี่ยงเพราะ. (2552). *การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของขานาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราภ หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร อื้อเทียน. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการปวดหลังส่วนล่างในผู้รับงานไปทำที่บ้านอาชีพตัดเย็บเสื้อผ้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาล

สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. จิราภรณ์ ธรรมสโรช. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิภาพรรณ ทิพย์จักร. (2556). *ภาวะจำกัดความสามารถและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนเอวในจังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารกรมการแพทย์*, 38, 349-358.

เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, วัฒนา ศิริธราธิวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตร์วันเพ็ญ, ภาณี ฤทธิ์มาก และคณะ. (2554). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการปวดหลังส่วนล่างในอาชีพกลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26, 317-324.

ศิริภาพ สุวรรณโรจน์. (2548). “บทที่ 35 ปวดหลัง.” ใน *สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และสุรวดี ปรีชาพันธ์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคข้อ*, (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 768-785). กรุงเทพฯ: เอส พี เอ็น การพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สุขภาพแรงงานไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2010). *แนวทางปฏิบัติโรคปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain) 2010*. รับวันที่ 6 มิถุนายน 2555 เข้าถึงได้จาก : <http://www.thairheumatology.org/wecha.php>

สุพัตรา ปานไผ่. (2546). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หน่วยเวชระเบียน. (2554). *สถิติผู้ป่วยโรคปวดหลังปีงบประมาณ 2553*. นนทบุรี: โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

หน่วยเวชระเบียน. (2555). *สถิติผู้ป่วยโรคปวดหลัง*

- ปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: โรงพยาบาล
ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อรไท เจริญนุช. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังของผู้ป่วย
ปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับบริการนวดแผนไทย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต, สาขา
เอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Biglarian, A., Seifi, B., Bakhshi, E., Mohammad, K.,
Rahgozar, M., Karimlou, M. et al. (2012). Low
back pain prevalence and associated factors
in Iranian population: findings from the
national health survey. *Pain research and
treatment*, Article ID 653060, 5 pages
doi:10.1155/2012/653060.
- Hagerstrom, G. E. (2010). *Personal factors,
perceptions, influences and their
relationship with adherence behaviors in
patients with diabetes*. Dissertation, Georgia
State University, 2010. Retrieved June 5,
2012, from [http://scholarworks.gsu.edu/
nursing_diss/16](http://scholarworks.gsu.edu/nursing_diss/16)
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R.
(2010). The epidemiology of low back pain.
*Best Practice & Research Clinical
Rheumatology*, 24, 769-781.
- Kasim, K., El Sadak, A-A., Hassan, H., Abdel-Wahed,
A., & Shaaban, S. (2012). Prognostic factors
of short –term outcome of low back pain
in patients attending health insurance
clinics in Sharkia Governorate, Egypt. *ISRN
Public Health*, Article ID 294895, 6 pages
doi:10.5402/2012/294895.
- McIntosh, G. & Hall, H. (2008). Low back pain
(chronic). *Clin Evid*, 10, 1-21.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006).
Health promotion in nursing. 5th ed. New
Jersey: Pearson prentice hall.
- Plotnikoff, R. C., Karunamuni, N., Taylor, L., &
Schmidt, C. (2009). An examination of the
relationship between dietary behaviours
and physical activity and obesity in adults
with type 2 diabetes. *Canadian Journal of
Diabetes*, 33, 27-34.
- Sharafkhani, N., Khorsandi, M., Shamsi, M., &
Ranjbaran, M. (2014). Low back pain
preventive behaviors among nurses based
on the Health Belief Model Constructs.
Retrieved April, 26, 2015, from [sgo.sagepub.
com/content/4/4/2158244014556726](http://sgo.sagepub.com/content/4/4/2158244014556726).
- Shirr, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva,
S., & Viikari-Juntura, E. (2010). The association
between obesity and low back pain:
A Meta-analysis. *Am. J. Epidemiol*, 171,
135-154.
- Waterman, B.R., Belmont, P.J., & Schoenfeld, A.J.
(2012). Low back pain in the United States:
incidence and risk factors for presentation
in the emergency setting. *The Spinal
Journal*, 12, 63-70.