

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง*

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

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

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์*** ศ.ด. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.

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

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ไค-สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง – สูง ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับต่ำ ระยะเวลาปวด การรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p < .01$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนอายุ คำนีมวลกายและการรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

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 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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังเป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่ได้บ่อยของโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 70 ของประชากรทั่วไป มีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต (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 & Schoenfeld (2012) พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเกิดสูงถึง 1.39 ต่อ 1,000 คน ทำให้ความต้องการในการรักษาและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามมา ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบ 309.06 ต่อ 1,000 ประชากร (สถิติสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของคนในวัยทำงานอายุ 15 -59 ปี ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า อาการปวดหลัง /ปวดกล้ามเนื้อ พบถึงร้อยละ 20.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

ความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะการใช้งาน และการดูแลตนเอง เพราะกระดูกสันหลังทำหน้าที่รับน้ำหนักทั้งหมดของร่างกาย

โดยเฉพาะส่วนล่างของกระดูกสันหลัง เนื่องจากเป็นส่วนที่โค้งเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ เรื้อรังเกิน 3 เดือน มีผลโดยตรงต่อร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยทำงานได้ช้าลง ทำให้ต้องขาดงาน ขาดรายได้ ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น (เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธุมเมธากุล, วันทนา ศิริธราธิรวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตรี วันเพ็ญ, ภาณี ฤทธิมาก และคณะ, 2554)

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่เกิดในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน พบได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ลักษณะงาน ท่าทางที่ไม่เหมาะสมเช่น การก้มๆเงยๆ ขึ้น การยกของหนัก การบิดตัว เอี้ยวตัวอยู่ตลอดเวลา และทำงานหนักเป็นเวลานาน ออกแรงมากเกินไปจนกำลังทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังได้รับบาดเจ็บ (เกษร เสียงเพราะ, 2552; Kasim, El Sadak, Hassan, Abdel-Wahed, & Shaaban, 2012) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การเสื่อมตามอายุของกระดูกสันหลัง การรับประทานอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย เกิดโรคอ้วนทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดอาการปวดหลัง (Shirr, Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva, & Viikari-Juntura, 2009) นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอาการไอเรื้อรัง ทำให้เพิ่มแรงดันในหมอนรองกระดูกสันหลัง การสูบบุหรี่ก็มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกเร็วขึ้น (Biglarian, et al, 2012; Kasim, et al., 2012)

การรักษาผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดอาการปวดหลัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการรักษามี 2 วิธีคือ 1) แบบอนุรักษ์ (conservative treatment) ซึ่งมีทั้งไม่ใช้ยาและใช้ยา อาการปวดที่เกิดขึ้นระยะแรกสามารถหายได้เองระยะนี้ จึงควรรักษาโดยไม่ใช้ยา ด้วยการนอนพักเพื่อลดอาการปวด หลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เกิดอาการปวด การรักษาทางยาได้แก่การให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยากลายกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับอาจจะต้องใช้ยานอนหลับ หรือยากลายเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2010) นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยการฉีดยาเฉพาะที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน การดึงถ่วงน้ำหนักและการกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดอาการปวด การนวด การประคบ การฝังเข็ม การออกกำลังกาย การสวมเครื่องพยุงหลัง และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนการฝึกการใช้ท่าที่ถูกต้อง (ศิริภพ สุวรรณโรจน์, 2548) และ 2) การรักษาแบบผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ในการรักษาคือมีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการรักษาแบบอนุรักษ์ไม่ได้ผล (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554)

การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นมาตรการที่สำคัญ ในการควบคุมและจัดการอาการปวด ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวคิดของ Pender, Murdaugh,

& Parsons (2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการและด้านการจัดการความเครียด โดย Pender, et al. (2006) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยพฤติกรรมดั้งเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจ และความรู้อีกหนึ่งชนิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้อีกหนึ่งชนิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) ในประเทศไทยมีเพียง 2 เรื่อง (สุพัตรา ปวนไฝ, 2546: จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมือนกันคือ การรับรู้ประโยชน์และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยที่พบว่ามีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย และการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, et al. (2006) จึงยังไม่สามารถสรุปเป็นความรู้ที่ชัดเจนได้

สถานการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญที่พบ เป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคทางศัลยกรรมกระดูก และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 24.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.7 ในปีพ.ศ. 2554 (หน่วยเวชระเบียน สถิติโรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ , 2553-2554) โดยบริการที่จัดให้ ประกอบด้วย การให้ยา การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การทำกายภาพบำบัด และการรักษากับแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ป่วยบางรายกลับมาพบแพทย์ซ้ำเนื่องจากอาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัด นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อน พบการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

มีความแตกต่างจากผู้มารับบริการของโรงพยาบาลชลประทาน ตลอดจนยังไม่เคยมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลบริการที่จัดให้ว่าทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการที่เฉพาะเจาะจงกับ ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒต่อไป

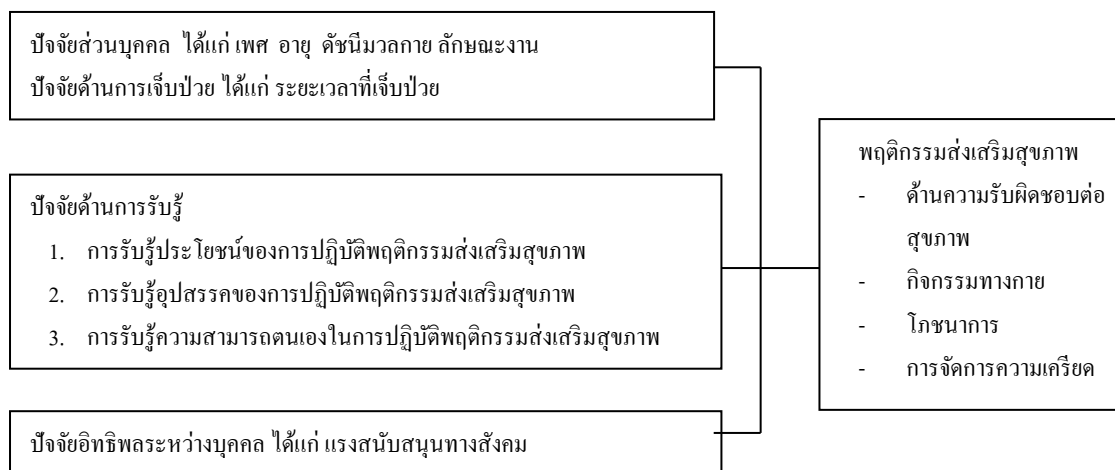
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) เป็น กรอบแนวคิด และเลือกศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่มีอาการ ปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการศึกษา หา ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับอาการปวดหลัง การสังเกตอาการผิดปกติ การไปพบแพทย์ตามนัด การงด สูบบุหรี่ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวในการเสริมสร้างความแข็งแรงโดยทั่วไป และ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง ตลอดจนการมีท่าทางในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม 3) ด้าน โภชนาการ เกี่ยวข้องกับการเลือกรับประทานที่ช่วยในการควบคุมน้ำหนัก และ 4) ด้านจัดการกับ ความเครียด เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน และ เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง และกลุ่มโรคเรื้อรังจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อน โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 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) ปัจจัยด้าน ความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (สุพัตรา ปวนไผ่, 2546) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ (จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548; สุพัตรา ปวนไผ่, 2546; อรไท เจริญนุช, 2553) การรับรู้ อุปสรรค (Sharafkhan, Khorsandi, Shamsi & Ranjbaran, 2014) การรับรู้ความสามารถตนเอง (จิรา ภรณ์ ธรรมสโรช, 2548; อรไท เจริญนุช, 2553; Sharafkhan, et. al., 2014) และอิทธิพลระหว่าง

บุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (จิราภรณ์ ธรรมสโรช, 2548; สุพัตรา ปวนไฝ, 2546) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรคือผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจคัดกรองกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยได้รับการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 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 การรักษาทั้ง โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขณะมีอาการปวด

2. แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัดแปลงจาก แบบสอบถามของ จิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) และอริไท เจริญนุช (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรค 6 ข้อ และการรับรู้ ความสามารถตนเอง 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนข้อความเชิงบวกเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ข้อความเชิงลบเป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมด้านการรับรู้ประโยชน์ มีค่าระหว่าง 8-32 คะแนน ด้านการรับรู้อุปสรรคมีค่าระหว่าง 6-24 คะแนน และด้านการรับรู้ ความสามารถตนเอง 19-76 คะแนน

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ของจิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การได้รับความรัก และความผูกพันจากบุคคลใกล้ชิด 2) การรับรู้ถึงคุณค่าของตน 3) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของ กลุ่ม 4) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ 5 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงทั้งหมด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริง เล็กน้อย 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 แบ่ง ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 8 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 7 ข้อ ด้าน โภชนาการ 9 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย โดยข้อความเชิง บวกให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ข้อความเชิงลบให้คะแนนเป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 31-124 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมและรายด้าน ทำโดยการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1979) คือ คะแนนร้อยละ 25 – 59 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 – 100 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ แบบสอบถามแรง สนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ พยาบาล

ชำนาญการด้านศัลยกรรมกระดูก 2 คน และอาจารย์แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมกระดูก 1 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับและปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 30 คนตอบ หาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.77 ตามลำดับ และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำนวน 88 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85, 0.72 และ 0.78 ตามลำดับ

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อ โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีรับบริการในคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อตามนัดหมาย ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ทำการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย แล้วผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในห้องประชุมของคลินิกที่เป็นสัดส่วน โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ ลักษณะงานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง 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) ลักษณะงานเป็นงานที่ต้องก้มๆเงยๆ (ร้อยละ 65.9) ดูแลสุขภาพของตนเองโดยการออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายได้น้อยกว่า 30 นาที โดยการเดินและแกว่งแขน (ร้อยละ 20.5 และ 18.2 ตามลำดับ) มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 29.6) ระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังนาน 13-60 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ย 44.4 เดือน ($SD = 41.66$) สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากจากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 65.4) ได้แก่ การยกของหนัก และการบิดตัวก้มตัว ลักษณะอาการปวดที่พบบ่อยมีอาการเป็นๆหายๆ (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) ยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาบรรเทาอาการปวดได้แก่ 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 และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มี อาการปวดหลังส่วนล่าง	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 การรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < .05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ($p < .001$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ ลักษณะงานที่ทำ ดัชนีมวลกาย และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

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

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางสุขภาพซึ่งครอบคลุม การมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ด้านกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การมีท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ด้านโภชนาการ เน้นการปรุงอาหารที่ควบคุมน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียด แนะนำการผ่อนคลาย การแบ่งเวลาทำงานและพักผ่อน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่าง (ศิริภพ สุวรรณโรจน์, 2548; สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2010) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ต่างจากการศึกษาของนิภาพรรณ ทิพยจักร์ (2556) พบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่าพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางใน ขณะที่กิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าพฤติกรรมใดที่ขัดกับอุปนิสัยและความเคยชิน จะ ทำให้ปฏิบัติได้น้อย โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.5) ไม่ปฏิบัติเลย และปฏิบัติ เป็นบางครั้ง ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อหน้าท้องได้ครบทุกท่า ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ไม่ต่ำกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานขนมหวาน (ร้อยละ 61.4) ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล มาก (ร้อยละ 35.2) และขาดความระมัดระวังเรื่องน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 23.9) เป็นต้น ซึ่ง พฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ร้อยละ 78.2 มีภาวะท้วม น้ำหนักเกินและอ้วน รวมทั้งมีโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่ เหมาะสม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า คำแนะนำที่ได้รับอาจยังไม่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ สามารถปฏิบัติเป็นประจำได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

ระยะเวลาที่ปวด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .259, p = .015$) หมายความว่า ระยะเวลาปวดที่นาน ก็จะทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ตอนปลาย ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวด มีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้ อาการปวดมากขึ้น และสามารถจัดการอาการปวดได้ ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่อาการปวดหลัง เป็นอาการเรื้อรัง เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน จากท่าทาง อิริยาบถที่ไม่เหมาะสมซึ่งไม่สามารถ หลีกเลี่ยงจากการทำงานได้ จึงทำให้อาการปวดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ในระดับปานกลาง ซึ่งระดับ ความปวดที่พบอยู่ที่ระดับคะแนน 4-6 คะแนน (ร้อยละ 62.5) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษา ของอรไท เจริญนุช (2553) ที่พบว่าระยะเวลาที่ปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$)

ปัจจัยด้านการรับรู้

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.363, p = .001$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมาก ก็จะมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย อธิบายได้ว่า อุปสรรคเป็นตัวขัดขวาง การเกิดพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ อุปสรรคเป็นการรับรู้ถึง ความไม่สะดวก ความยากลำบาก การไม่มีเวลา จึงทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน ทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย และการชอบรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง เป็นอุปสรรคในการลดน้ำหนัก ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Sharafkhani, et al. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มพยาบาล พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ($p < .05$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิราภรณ์ ชรรณโสโรช (2548) และ อรไท เจริญนุช (2553) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p > .05$)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

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

แรงสนับสนุนทางสังคม

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

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดี ครอบครัวมีส่วนในการดูแล พุดคุยให้กำลังใจอยู่เสมอ ส่วนใหญ่มีความสุข มีกำลังใจไม่รู้สึกโดดเดี่ยว จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน การได้รับความรักและความผูกพันจากบุคคลใกล้ชิด การรับรู้คุณค่าของตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ปวนไฟ (2546) จิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) และนิภาพรรณ ทิพยจักร์ (2556) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $(p < .05)$

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้ประโยชน์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .119$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางที่ดีก็ไม่ได้ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น อธิบายได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังมีปัจจัยอื่นๆที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่การรับรู้อุปสรรค ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ประโยชน์สูง แต่ถ้าการรับรู้อุปสรรคมากจะขัดขวางทำให้ไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, et al., 2006) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และความเข้าใจถึงผลดีหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้จะมีการติดตามข่าวสาร ข้อมูล การสังเกตอาการที่เกิดขึ้น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของอาการปวดได้ ในขณะที่เดียวกับกลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับไม่มีเวลา ทำให้ขาดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ธรรมสโรช (2548) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .096$) หมายความว่าไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุเท่าไร ก็ไม่ได้ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.67 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและยังคงทำงาน มีลักษณะงานที่พบเป็นการก้มๆเงยๆ และนั่งหรือยืนนาน มีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเป็นบางครั้ง อาการปวดหลังที่เป็นมานาน เกิดความเคยชินกับอาการปวดที่เกิดขึ้นจึงเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่ได้รับ ดังนั้นอายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของอรไท เจริญนุช (2553)

พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ($p > .05$)

ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .506$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีดัชนีมวลกายมากหรือน้อยก็ไม่ได้ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่รวมถึงอ้วน ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจะให้คำแนะนำในการลดน้ำหนัก แต่การลดน้ำหนักเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก มีการปฏิบัติได้น้อย คล้ายคลึงกันจึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพรรณ ทิพยจักร (2556) พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p = .125$) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ จิราพร อ้อเทียน (2546) ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในห้องตรวจคัดกรองกระดูกและข้อควรณรงค์จัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายควรมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ มีภาวะโภชนาการที่รวมถึงอ้วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังส่วนล่างได้ดีขึ้น และติดตามศึกษาผลของการจัดกิจกรรมดังกล่าว

2. ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งผลการศึกษาไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ นอกจากนี้ผลการวิจัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่สอดคล้องกับ Pender, et al. และการศึกษาที่ผ่านมา จึงควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้เป็นตัวแทนของประชากร เพื่อยืนยันผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. (2554). โรคกระดูกสันหลังเสื่อมหลักฐานเชิงประจักษ์ เล่ม 1. หน้า 80-83.

พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข สาเหตุการเจ็บป่วยรายภาคต่อประชากร 1,000 คน
รับวันที่ 12 มิถุนายน 2555 จาก: [http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/
statistic54.html](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html)
- เกษร เสียงเพราะ. (2552). การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของชาวนา
ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราภ หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร อื้อเทียน. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังการปวดหลังส่วนล่างในผู้รับ
งานไปทำที่บ้านอาชีพตัดเย็บเสื้อผ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
พยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ ธรรมสโรช. (2548). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาพรรณ ทิพย์จักร์. (2556). ภาวะจำกัดความสามารถและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลัง
ส่วนเอวในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารกรมการแพทย์, 38, 349-358.
- เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล, วัฒนา ศิริราชิรวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตรี
วันเพ็ญ, ภาณี ฤทธิมาก และคณะ. (2554). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการปวดหลัง
ส่วนล่างในอาชีพกลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร,
26, 317-324.
- ศิริภพ สุวรรณโรจน์. (2548). “บทที่ 35 ปวดหลัง.” ในตำราโรคข้อ, 768-785, สุรศักดิ์ นิลกานูนวงศ์
และสุรวุฒิ ปรีชานนท์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. 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 ปวนไฝ. (2546). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยเวชระเบียน. (2554). สถิติผู้ป่วยโรคปวดหลังปีงบประมาณ 2553. นนทบุรี: โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- หน่วยเวชระเบียน. (2555). สถิติผู้ป่วยโรคปวดหลังปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรไท เจริญนุช. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริหารกล้ามเนื้อหลังของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับบริการนวดแผนไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขมหาบัณฑิต, สาขาเอกการการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ, 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.
- Bloom, B.S. (ed.). (1979). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goal- Handbook I: Cognitive domain*. New York: Longman.
- 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
- 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.

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.

Norwood, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey: Prentice-hall.

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.

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.