


ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ
และ โครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

รสริน สมใจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2563
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ รสริน สมใจ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษณี ทุลศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษณี ทุลศิริ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)

คณะพยาบาลศาสตร้อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 3 เดือน สค. พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ประธานคณะกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. รัชณี สรรเสริญ กรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่สนับสนุนและญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ เพื่อนร่วมงานทุกท่านจากแผนกสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่) เพื่อนนิสิตพยาบาลหลักสูตรเวชปฏิบัติชุมชน รุ่น 20 ที่เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่ออมร ศิริเดชขจร คุณแม่ภกมณ ศิริเดชขจร และขอบคุณญาติ พี่น้อง ทุกท่านที่ให้กำลังใจ สนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทิตาแต่บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและ ปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

รสริน สมใจ

58920239: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน/ กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก/
ญาติผู้ดูแล/ คนพิการทางการเคลื่อนไหว

รสริน สมใจ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ
กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว (FACTORS
INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST MUSCULOSKELETAL
DISORDERS AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PERSONS WITH PHYSICAL
DISABILITY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D., ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ,
Ph.D. 112 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ
ในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม การวิจัย
เชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการ
ผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการ
ทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คนที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน
เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยใช้
แบบสัมภาษณ์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน (มีค่า KR 20 เท่ากับ 0.80)
ทัศนคติต่อการป้องกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม
การป้องกัน (มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.82-0.96) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ
พรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ
กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในภาพรวม ด้านจัดการความเครียด และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทางอยู่
ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการบริหารกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง
ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการป้องกัน และทัศนคติต่อการป้องกันมีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ โดยสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันฯ ได้ร้อยละ 42.6 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.426, F = 5.881, p < 0.05$) ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนา
โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเพิ่ม
การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ตลอดจนการเพิ่มทัศนคติที่ดี
ต่อการป้องกัน จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงบทบาทการดูแล นำมาซึ่งคุณภาพชีวิต
ที่ดีทั้งญาติผู้ดูแลและคนพิการต่อไป

58920239: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: PREVENTIVE BEHAVIORS/ MUSCULOSKELETAL DISORDERS/
FAMILY CAREGIVERS/ PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITY

ROSARIN SOMJAI: FACTORS INFLUENCING PREVENTIVE BEHAVIORS
AGAINST MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG FAMILY CAREGIVERS OF
PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITY. ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT
LAWANG, Ph.D., CHANANCHADADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D. 112 P. 2020.

A musculoskeletal disorder among family caregivers is a health problem that requires appropriate preventive behaviors. This predictive correlational research aimed to describe the preventive behaviors against musculoskeletal disorders among family caregivers and to determine factors influencing those preventive behaviors. Data were carried out from November 2019 to January 2020. Research instruments were interviews including basic information, preventive behavior knowledge (Kruider-Richardson = 0.80), the preventive behavior toward attitude, the health service accessibility, the social support, and the preventive behaviors (Cronbach's alpha coefficients = 0.82 - 0.96). Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data.

The results revealed that the preventive behaviors against musculoskeletal disorder among participants in overall, the stress management and the posture adjustment aspects were rated at high levels. While the exercise and the muscle relaxation aspects were rated at medium levels. The social support, together with the preventive behavior knowledge, and the preventive behavior toward attitude could explain 42.6% ($R^2 = 0.426$, $F = 5.881$, $p < 0.05$) of the variance accounted for the preventive behaviors. These findings suggest that nurses and other health personnel should develop the program to promote preventive behaviors in the family caregiver through increasing supports from social networks, providing preventive behavior knowledge, and improving the preventive behavior toward attitude. Consequently, family caregivers have good health and can maintain their caregiving role to improve quality of life both family caregivers and persons with physical disabilities.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	10
กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกในญาติผู้ดูแล	19
พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้าง กระดูก	24
แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ	29
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูก	33
3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
4 ผลการวิจัย.....	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน	50
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน ฯ.....	58
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกในกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกในกลุ่มตัวอย่าง.....	63
5 สรุปและอภิปรายผล	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
การอภิปรายผล	67
ข้อเสนอแนะ.....	73
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	83
ภาคผนวก ก.....	84
ภาคผนวก ข.....	86
ภาคผนวก ค.....	88
ภาคผนวก ง	93
ภาคผนวก จ	103
ประวัติย่อของผู้วิจัย	112

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง	42
2	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	48
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	51
4	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความปวดของร่างกาย	53
5	จำนวนและร้อยละของผู้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	54
6	จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลผู้ดูแล	56
7	จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามท่าทางและสิ่งแวดล้อมในการดูแล	57
8	คะแนนที่คาดหวัง คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวมและการแปรผลความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทศนคติต่อการป้องกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	60
9	คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวม และการแปรผลพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก	62
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์การดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคทศนคติต่อการป้องกัน โรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม สภาพแวดล้อมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง	64
11	ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง	65
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ฯ รายข้อ	104
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทศนคติต่อการป้องกัน ฯ รายข้อ	105
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายข้อ	106
15	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ	107
16	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก รายข้อ	109
17	การกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น	111

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
18 การวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการ ผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง	111

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2	องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model).....	32
3	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2011) พบว่า สัดส่วนคนพิการคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลกทั้งหมด โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย สำหรับประเทศไทย พบว่า มีคนไทยที่ได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการและยังมีชีวิตอยู่ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 2,027,500 ราย ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย โดยเฉพาะความพิการทางการเคลื่อนไหว (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2563) จากสถิติพบว่า จังหวัดชลบุรี เป็นจังหวัดที่มีจำนวนคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากเป็นอันดับ 2 ของภาคตะวันออก และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2563) โดยสาเหตุความพิการทางการเคลื่อนไหวมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การป่วยด้วยเป็นโรคเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรหรือการทำงาน (WHO, 2011; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2561) ความพิการทางการเคลื่อนไหวทำให้นักคนพิการมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงหรือไม่ได้เลยจนต้องพึ่งพาคือคนอื่น ส่งผลกระทบให้คนพิการรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ให้คุณค่าตนเองต่ำ เกิดความเครียด ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น (คุณกร ศรีสุนทร, 2557; ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558) ตลอดจนกระทบต่อครอบครัวคนพิการ ชุมชน และประเทศชาติ (ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558) จากปัญหาที่เกิดขึ้นคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องได้รับการดูแลและขยายต่อเนื่องตลอดชีวิต (มาลีจิตร ชัยเนตร และรุ่งลาวัลย์ กาวิลละ, 2560)

การดูแลคนพิการในสังคมไทยภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2560) เน้นการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมากกว่าการดูแลในสถานบริการ กล่าวคือ เน้นให้คนพิการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลเป็นหลัก ภายใต้การสนับสนุนและช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเสมอภาคและปกติสุข (ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว, 2558; มาลีจิตร ชัยเนตร และรุ่งลาวัลย์ กาวิลละ, 2560) จากข้างต้น แนวโน้มการดูแลคนพิการนั้นให้ความสำคัญกับครอบครัวของคนพิการที่เป็นกลไกหลักในการดูแลคนพิการที่บ้าน

โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลคนพิการที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ (วารุณี มีเจริญ, 2557) หรือที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล”

ญาติผู้ดูแลเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทำกิจกรรมการดูแลจำนวนมาก ยุ่งยากและซับซ้อน อาทิ การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลแต่ละวันมากและต่อเนื่องยาวนานหลายปี (วารุณี มีเจริญ, 2557; Lawang, Horey, & Blackford, 2015) จากภารกิจดังกล่าว ญาติผู้ดูแลคนพิการต้องเรียนรู้และฝึกทักษะที่สำคัญ วางแผนจัดการกิจกรรมการดูแลหรือกิจกรรมต่าง ๆ และต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตรวมถึงชีวิตส่วนตัว ซึ่งบางคนอาจต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน จนอาจเกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด เหนื่อยล้า ละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดการสุขภาพของตนเอง (วัจนา ลีละพัฒนา และสายพิน หัตถิรัตน์, 2558) ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

ภารกิจการดูแลผู้มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวนำมาซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพญาติผู้ดูแลในทางลบทั้งทางจิตใจ ทางร่างกาย และทางสังคม จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบและจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและจัดการอันดับต้น ๆ ของญาติผู้ดูแลคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (Lawang et al., 2015; Suzuki & Tamakoshi, 2016) เมื่อพิจารณานโยบายการป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการป้องกัน คัดกรอง รักษา และดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอย่างเป็นทางการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายนั้น ได้รับการป้องกันและจัดการปัญหาดังกล่าวโดยปริยาย ในขณะที่ปัญหากลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกยังเป็นปัญหาสุขภาพที่ถูกละเลยและไม่ได้รับการพิจารณาแก้ไขปัญหา ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องพิจารณาป้องกันและจัดการปัญหากลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเป็นความผิดปกติเกิดขึ้นกับโครงร่างของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นกระดูก รวมถึงเส้นประสาท ทั้งแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการปวด บวม แดง ชา ข้อติดแข็ง และเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลง ซึ่งความผิดปกติมีความรุนแรงจะรบกวนการดำเนินชีวิตและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ (Suzuki & Tamakoshi, 2016)

ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การทำงานที่ออกแรงยกของหนัก การทำงานที่เคลื่อนไหวซ้ำ ๆ หรือ ท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น บิดเอี้ยว ก้ม นั่ง หรือยืนไม่เหมาะสม เป็นต้น (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562) จนเอ็นยึดกล้ามเนื้อหดเกร็งตัว เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง จนเกิดความอ่อนแรง และมีการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (เกษราวัลณ์ นิลวารงกูร และศิษฐพล ใจซื่อ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกจนนำมาซึ่งอาการปวดตามร่างกาย โดยตำแหน่งพบอาการปวดลำดับต้น ๆ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดคอ ปวดไหล่ และปวดข้อมือ (เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา, 2557; Hyolyun, Daehee, & Yongjae, 2014; Darragh, 2015; Lawang et al., 2015; Reis, 2016) ซึ่งสืบเนื่องจากกิจกรรมการดูแล ได้แก่ การยกหรือเคลื่อนย้ายคนพิการ การจัดทำหรือเปลี่ยนท่านอน คนพิการทำให้ญาติผู้ดูแลต้องออกแรง ทำท่าทางเดิมซ้ำ ๆ นาน ๆ อยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม เช่น บิดเอี้ยวลำตัว เอื้อมหรือก้มเมื่อยหอบของ ยืนหรือนั่งในท่าไม่เหมาะสม เป็นต้น (Lawang et al., 2015) นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยอื่นของญาติผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ได้แก่ ผู้ที่เป็นเพศหญิง มีอายุมาก มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มีระยะเวลาในการดูแลนาน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ มีความเครียด และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม อาทิ ขาดการออกกำลังกาย (Suzuki & Tamakoshi, 2016; You & Lee, 2011) รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (กมลชนก ป้อมสันเทียะ และคณะ, 2559) จากปัจจัยเสี่ยงข้างต้น จะเห็นว่า ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกัน โดยเฉพาะในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและตรงจุดที่สุด คือ การเสริมสร้างให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรม การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เหมาะสม

พฤติกรรม การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเป็น การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูก พบว่า มีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยในสถาน บริการสุขภาพ (สุนทร วงศ์ธนกิจ, สุธิ ทองวิเชียร, สุรินทร กลัมพากร และอรวรรณ แก้วบุญชู, 2548) กลุ่มพนักงานยกหรือขนของ (กมลชนก ป้อมสันเทียะ และคณะ, 2559; ประหยัด ทิพย์สุทธิ, 2560) กลุ่มพนักงานตัดเย็บผ้า (จิราพร อื้อเทียน, สุรินทร กลัมพากร, อรวรรณ แก้วบุญชู และสุนีย์ ละกำป็น, 2548) กลุ่มพนักงานบริการ (กัญญ์รัฐพิมพ์ บำรุงวงศ์, 2558) พบว่า มีหลากหลายพฤติกรรม โดยผู้วิจัยได้รวบรวมและสรุปไว้ 4 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริหาร กล้ามเนื้อ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบ

การศึกษาในกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในบริบทการดูแลจริงที่บ้าน ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็น สิ่งที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ที่สำคัญ

การอธิบายพฤติกรรมการป้องกันของญาติผู้ดูแลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวญาติผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อม ในการดูแลได้ ญาติได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน (PRECEDE-PROCEED Model) ของ Green and Kreuter (2005) โดยนำส่วนของ PRECEDE ในขั้นตอนของการประเมินด้านระบาดวิทยาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม และขั้นตอนของ การประเมินทางการศึกษาและระบบนิเวศวิทยาที่ระบุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมว่ามี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาพิจารณาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แล้วจึงกำหนดเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ปัจจัยนำ (อายุ ประสบการณ์การดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทักษะคิดต่อการป้องกัน) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึง บริการด้านสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนจากสังคม) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ในการดูแล (สภาพแวดล้อมในการดูแล)

ปัจจัยนำ อายุเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะที่สัมพันธ์กับพัฒนาการของบุคคลและมีส่วนกำหนด ความคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งอายุที่มากขึ้นจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันที่ดี ($r = .198, p < .01$) (นพรัตน์ เทียงคำดี, 2556) ประสบการณ์ในการดูแลเป็นระยะเวลา ที่บุคคลทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาอย่างต่อเนื่องและส่งผลต่อการเรียนรู้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มี ประสบการณ์ในการดูแลมานานจะพัฒนาและปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ จนก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามมา ($r = 0.122, p < .05$) (กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์, 2558) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการ ผิดปกติเป็นความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งผู้ที่มีความ เข้าใจสูงก็จะรู้ว่าสิ่งใดควรทำ/ สิ่งใดไม่ควรทำ หรือสิ่งใดถูก/ สิ่งใดผิด จึงส่งผลต่อมั่นใจ ในการเลือกวิธีการปฏิบัติ จนนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ($r = 0.43, p < .01$) (จุฑามาศ คชโคตร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, พัชรภาพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื้อ และอรรพรรณ แก้วบุญชู, 2555) ทักษะคิดต่อการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ บุคคลที่มีต่อโรคและพฤติกรรมเป้าหมายในลักษณะเห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย ซึ่งผู้ที่มีทัศนคติทางบวก หรือเห็นด้วยกับการปฏิบัติจะกระตุ้นให้บุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ จนนำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสม ($r = 0.372, p < .001$) (พรพรรณ สมินทร์, 2560)

สำหรับปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถของตนเองในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรเป็นประโยชน์ทางสุขภาพทั้งในแง่ความเพียงพอ ความสะดวก ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับในบริการที่มีอยู่ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จูงใจบุคคลและช่วยเปิดโอกาสให้บุคคลจัดการปัญหาสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม ($r = 0.404, p = .05$) (ชัญญา นุชไพโรจน์, 2560)

ส่วนปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำ ตลอดจนสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จากจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว/ญาติ เพื่อน/เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.264, p < .001$) (กัญญ์รัฐพิมพ์ บำรุงวงศ์, 2558)

สุดท้ายเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมในการดูแลซึ่งสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพในบริเวณบ้านที่เป็นบริบทจริง จะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม ถ้าหากมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะเป็นอุปสรรคบุคคลไม่สะดวกในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น สภาพบ้านมืด ความสูงชันของพื้นบ้าน การจัดวางสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น นำไปสู่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม ($r = 0.180, p < .01$) (กัญญ์รัฐพิมพ์ บำรุงวงศ์, 2558)

จากข้างต้น ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นบุคคลสำคัญในระบบการดูแล ผู้มีภาวะเรื้อรังอย่างคนพิการทางการเคลื่อนไหวในระยะยาว ซึ่งภารกิจการดูแลที่มีจำนวนมาก ยากและซับซ้อนจนเกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่ยังถูกมองข้ามและไม่มีแนวทางการป้องกันที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันให้เหมาะสมกับวิธีการดำเนินชีวิตและบริบทการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้ อันจะมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งญาติผู้ดูแลและคนพิการต่อไป อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลในการระบบการดูแลระยะยาวให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สมมติฐานของการวิจัย

อายุ ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทักษะคิดต่อการป้องกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม สภาพแวดล้อมในการดูแล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ขอบเขตของการวิจัย

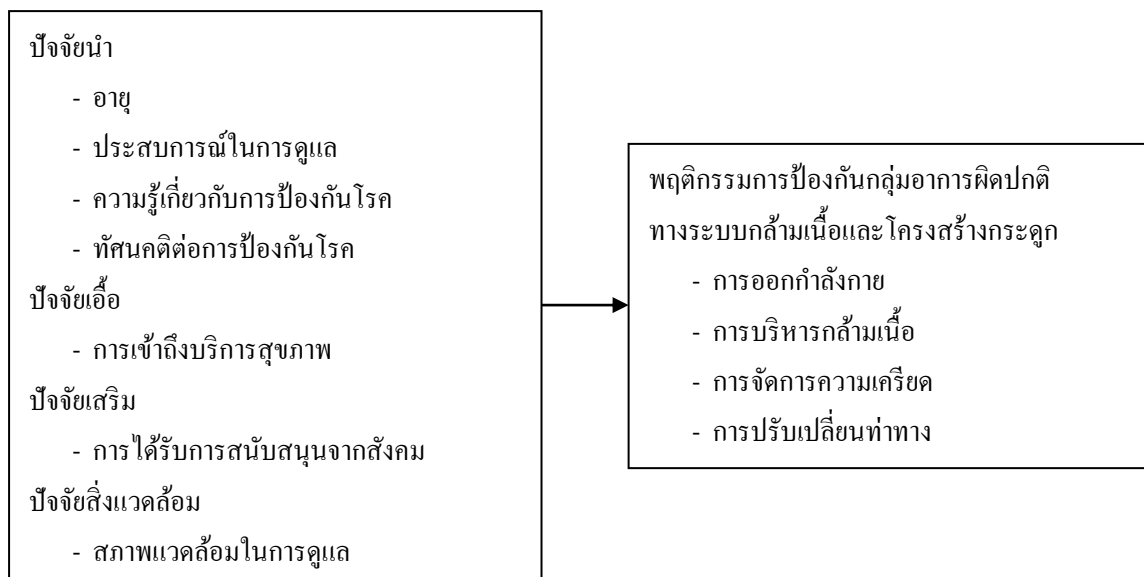
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันดังกล่าวที่อาศัยอยู่บนที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีตัวแปรต้นที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ (อายุ ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทักษะคิดต่อการป้องกัน) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนจากสังคม) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (สภาพแวดล้อมในการดูแล) และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน (PRECEDE-PROCEED Model) ของ Green and Krueger (2005) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ได้รับการยอมรับว่า สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับงานวิจัยนี้จะประยุกต์ใช้เฉพาะในส่วนของ PRECEDE 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินด้านระบาดวิทยาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior factor) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ปัจจัยทางพันธุกรรม (Heredity

factor) ที่มีความสัมพันธ์กัน และ 2) ขั้นตอนการประเมินทางการศึกษาและระบบนิเวศวิทยาที่ระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing) เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น อายุ เพศ เป็นต้น หรืออาจจะได้มาจากการเรียนรู้เพิ่มเติม ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ เป็นต้น ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factors) เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ และสังคมวัฒนธรรมที่เป็นทรัพยากรช่วยเหลือให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ แหล่งความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมหรือไม่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริม อาจจะเป็นรางวัล ผลตอบแทน หรือการลงโทษ รวมถึงการได้รับการเสริมแรงจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพหรือสื่อมวลชน เป็นต้น

จากข้างต้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันดังกล่าวที่เหมาะสมและครอบคลุม โดยการศึกษานี้มีพฤติกรรมเป้าหมายเป็นพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแล พิจารณาปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป้าหมาย 4 กลุ่ม ปัจจัย ประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทักษะต่อการป้องกัน (2) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ (3) ปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และ (4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการดูแล ทั้งนี้ในส่วนของปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีการระบุว่าก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้เปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่ได้กล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 59 ปี เป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว และทำหน้าที่หลักในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

2. คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขน หรือ ขาขาด/ ลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต มีความลำบากในการเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ซึ่งประเมินจากการวัดระดับความสามารถ/ สมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) และได้รับการจดทะเบียนคนพิการ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550)

3. พฤติกรรมป้องกันการก่อกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริหาร

กล้ำเนื้อ การจัดการความเครียด และการปรับเปลี่ยนท่าทาง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่าง และกล้ำเนื้อของ กัญญ์รัฐพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558)

4. อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่ญาติผู้ดูแลเกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์ หากมีอายุเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ให้ปัดขึ้นเป็นปีถัดไป

5. ประสบการณ์ในการดูแล หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่ที่ญาติผู้ดูแลเริ่มดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจนถึงปัจจุบัน โดยนับระยะเวลาการดูแลเป็นปี

6. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน หมายถึง ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูก ของญาติผู้ดูแลในเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูก ครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการผิดปกติ และพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

7. ทักษะต่อการป้องกัน หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็นความเชื่อของญาติผู้ดูแลที่มีต่อการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกทั้งในด้านดีและด้านลบ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

8. การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงการได้รับบริการทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านความเพียงพอ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับในการใช้บริการ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

9. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ตลอดจนการแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกจากจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว/ ญาติ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน/ อสม. และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

10. สภาพแวดล้อมในการดูแล หมายถึง สภาพแวดล้อมในบริเวณบ้านที่เป็นอุปสรรค/ เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกในญาติผู้ดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งครอบคลุมสาระสำคัญ เนื้อหารายละเอียด ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
 - 1.1 คนพิการทางการเคลื่อนไหว
 - 1.2 การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน
 - 1.3 ญาติผู้ดูแลที่บ้าน
 - 1.4 บริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
 - 1.5 ผลกระทบต่อสุขภาพจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในญาติผู้ดูแล
 - 2.1 คำจำกัดความกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก
 - 2.2 ลักษณะการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ
 - 2.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในญาติผู้ดูแล
 - 2.4 ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง

กระดูกในญาติผู้ดูแล

3. พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก
 - 3.1 คำจำกัดความพฤติกรรมการป้องกัน
 - 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ

และโครงสร้างกระดูก

4. แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.1 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED MODEL)
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ

โครงสร้างกระดูก

ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คนพิการทางการเคลื่อนไหว

คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน หรือมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือลำตัว

ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขาอ่อนแรง แขน ขาขาด หรือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของ มือ เท้า แขน ขา ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเชิงคนปกติ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2552 เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ความพิการทางการเคลื่อนไหวไว้ ดังนี้

ความพิการทางการเคลื่อนไหว คือ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือในการเข้าไปร่วมในกิจกรรมในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขนขาอ่อนแรงแขนขาขาด หรือจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของ มือ เท้า แขนหรือขา (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2550)

การแบ่งระดับของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้กำหนดลักษณะไว้ สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายเห็นชัดเจนและคนที่สูญเสียความสามารถทางการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ คือ มีความผิดปกติของร่างกายในระดับ 3-5 หลังให้การดูแลรักษาแล้วยังมีความผิดปกติอยู่หรือมีอาการอัมพาตหลังจากการเจ็บป่วยแล้ว 6 เดือน จึงถือว่าเป็นคนพิการ โดยมีการแบ่งระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 5 มีดังนี้

ระดับที่ 1 มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา น้อยกว่าสองข้าง

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขาเพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ขา ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน ขา มากกว่า 2 ข้าง

กิจกรรมการวัดระดับความสามารถ/ สมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) กำหนดไว้ว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวระดับ 3 ถึงระดับ 5 จะทำกิจกรรมประจำวันหลักไม่ได้ ดังนี้

1. กิจกรรมรับประทานอาหาร
 - 1.1 การใช้มือจับช้อนหรือช้อนส้อมตักอาหารเข้าปาก
2. กิจกรรมการแต่งตัว
 - 2.1 การใช้มือข้างหนึ่งหวีผมและมืออีกข้างหนึ่งช่วยจัดแต่งทรงผม
 - 2.2 การใช้มือ 2 ข้างติดกระดุม
 - 2.3 สวมเสื้อ ผ่าถุง กระโปรงหรือกางเกง
3. กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (ใช้ลำดับเป็นหลัก)
 - 3.1 การพลิกตัวบนเตียง
 - 3.2 การลุกจากนอนเป็นนั่ง
 - 3.3 การลุกจากนั่งเป็นยืน
4. กิจกรรมการเคลื่อนที่
 - 4.1 การเดินบนพื้นราบ ไม่น้อยกว่า 10 (ประเมนทีละข้าง)
 - 4.2 การก้าวขึ้นบันได สลับขา ไม่น้อยกว่า 4 ชั้น โดยไม่ต้องจับราวบันได

สรุปได้ว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง บุคคลที่มีการสูญเสียความสามารถ ในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขน หรือขาขาด/ ลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต มีความลำบากในการเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตร ประจำวันได้ ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาความพิการทางการเคลื่อนไหว ตั้งแต่ระดับที่ 3 ถึงระดับที่ 5 ตามเกณฑ์ประเมิน ความพิการของพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 2 (2537)

ผลกระทบของความพิการทางการเคลื่อนไหว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความพิการดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อตัวคนพิการ ครอบครัว และชุมชนหรือประเทศชาติ ดังนี้ ผลกระทบต่อคนพิการ

1. การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดหรือมีอุปสรรค ในการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ ความสามารถลดลงหรือต้องทำด้วยความยากลำบากมากขึ้น เช่น ปัญหาในการเคลื่อนไหวเคลื่อนย้ายตัวเองไปยังที่ต่าง ๆ มีปัญหา ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ สุขอนามัยส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อติด เอ็นหดรึง ปลายเท้าตก เป็นต้น (ยศพล

เหลือง โสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ชั้นวิเศษ, 2554)

2. ด้านจิตใจ การสูญเสียบุคลิกภาพจากลักษณะของความพิการที่ปรากฏย่อมส่งผลต่อจิตใจ ทำให้คนพิการเกิดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ปมด้อย ความมีคุณค่าในตัวลดลง ความน้อยเนื้อต่ำใจ อับอาย ท้อแท้ หมดหวัง เบื่อหน่าย เครียด คิดมาก หวาดระแวง ขาดความเชื่อมั่น มมองโลกหรือผู้อื่นในแง่ร้าย อ่อนแอ เรียกร้อง เสรีใจ วิตกกังวล ต้องการยอมรับ ส่งผลให้คนพิการ มีพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น แยกตัว หลีกเลียง หลบหนี เก็บตัว กาวร้าย อวดดี คือร้อน เชื่องซึม โดดเดี่ยว ในขณะที่เดียวกัน ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล เนื่องจากความพิการนั้นยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายได้หลายประการ เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิต เบื่ออาหาร ลำไส้ใหญ่อักเสบ (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2554)

ผลกระทบของความพิการต่อครอบครัวของคนพิการ

1. ค่าใช้จ่ายของครอบครัว เนื่องจากความพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือร่างกายที่มีอาการของโรคต่าง ๆ อยู่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ต้องใช้วิธีการรักษาที่พิเศษ ต้องมีการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้าน มีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทางไปรับยาที่สถานบริการ สุขภาพ/ โรงพยาบาล ค่าเดินทางไปทำกายภาพบำบัด ค่าจ้างผู้ดูแลคนพิการกรณีที่ยาคิดไม่สามารถดูแลได้ ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่ากายอุปกรณ์หรือวัสดุอุปกรณ์เฉพาะสำหรับคนพิการบางอย่างที่รัฐไม่ได้จัดบริการให้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก (วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย, 2548)

2. รายได้ลดลงเพราะความพิการทำให้ต้องออกจากหน้าที่การงานหรือมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้อย่างเต็มที่ หากคนพิการเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นหลักหรือเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการหารายได้ของครอบครัว จึงมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก

3. ปัญหาครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและความพิการจะทำให้สภาพของครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤติได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพิการที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดในครอบครัว ถ้าเกิดขึ้นกับสามีหรือภรรยา ย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ภายในครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศกับคู่ครอง การปรับตัว ภาระต่าง ๆ ที่ตามมา เช่น ภาระในการช่วยเหลือดูแล ความกังวลต่อบุคคลที่พิการในครอบครัว (พชรพร สุวิชาเชิดชู, ฐานดา เกียรติเกาะ, สุรีพร ควรคำนวณ, อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล และสุพิชฌาย์ วิชิโต, 2553)

ผลกระทบของความพิการต่อชุมชนและสังคม เนื่องจากคนพิการด้านการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อมเหมือนคนปกติทั่วไป ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่าง ๆ ในปัจจุบันนั้น ยังไม่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตของคนพิการด้านการเคลื่อนไหว ทำให้คนพิการด้านการเคลื่อนไหว ขาดความเสมอภาค

ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ตัวอย่าง
สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อคนพิการ เช่น บ้าน ตลาด ร้านค้าไม่มีทางลาด สถานที่ทำงาน 2 ชั้นขึ้นไป
แต่ไม่มีลิฟต์ ห้องน้ำ ประตูเข้า-ออกแคบไม่สามารถเข็นรถเข็นเข้าออกได้

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน

แนวโน้มของคนพิการที่เพิ่มมากขึ้นนั้นทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาโดยภาครัฐ
ที่อาจไม่ทั่วถึง เนื่องจากการดูแลรักษาที่ต้องอาศัยระยะเวลายาวนานต่อเนื่อง ต้องได้รับการ
การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นการดูแลคนพิการส่วนใหญ่ จึงตกเป็นภาระ
การดูแลของคนในครอบครัวมากกว่าการดูแลรักษาในระบบของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ
กระทรวงสาธารณสุขที่มีแนวคิดที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษา รวมถึง
การส่งเสริมและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตคนพิการ (แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5)
ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เด่นชัดเป็นรูปธรรม
เพื่อช่วยเหลือคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเสมอภาค
(รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2551) จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตที่ดี
ของคนพิการ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล จะเห็นได้ว่า การส่งเสริม
และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการนั้น มีจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล

ความต้องการการดูแลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

จากข้อจำกัดทางด้านร่างกายของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีปัญหาในด้าน
การเคลื่อนไหวของร่างกายและการทรงตัว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ (อภิรักษ์
พิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ ภูมิพื้นผล, 2550) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรม
เกี่ยวกับความต้องการการดูแลของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน (พนิดา จริตรัมย์ และกุลธิดา
พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา และวัชรวิงค์ หวังมัน, 2559) มีดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลเรื่อง
การขับถ่าย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัวและการนอนหลับพักผ่อน เป็นกิจกรรม
ที่ผู้ดูแลที่มากที่สุด (พนิดา จริตรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข และคณะ, 2559)
2. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแล
ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลดูดเสมหะจากท่อหลอดลมที่เจาะคอไว้ การดูแลให้รับประทาน
ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (พนิดา จริตรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข
และคณะ, 2559)

3. การฟื้นฟูสภาพของคนพิการโดยการถ่ายภาพบำบัด และการดูแลเรื่องความปลอดภัย เช่น การดูแลป้องกันการตกเตียง การล้ม การบีบนิ้ว หัดให้คนพิการเดิน เป็นต้น (พนิดา จิตรรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข และคณะ, 2559)

4. การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลต้องดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของคนพิการ เช่น อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก ญาติผู้ดูแลต้องอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือตามที่คนพิการร้องขอ (พนิดา จิตรรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข และคณะ, 2559)

จากความต้องการการดูแลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งด้วยข้อจำกัดทางด้านร่างกายของคนพิการที่มีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายและการทรงตัว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ (พนิดา จิตรรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข และคณะ, 2559; ภริศา พงศ์พนัส, พรนภา หอมสินธุ์ และยุวดี ลีลัคนาวีระ, 2560) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์จาก “ญาติผู้ดูแล”

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกาย หรือมีจิตใจอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังมีการให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในครอบครัว มีการจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Major/ Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Give direct care) โดยเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลแต่งตัว ป้อนอาหาร ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย การขับถ่าย เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำกับผู้รับการดูแลโดยตรง (Indirect care) อาจมีส่วนร่วมการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น ให้การดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรือเป็นผู้ช่วยในการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

การจำแนกผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลและไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนก็ได้ตามข้อตกลง

การศึกษาครั้งนี้ ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่า หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร หลานหรือญาติพี่น้อง อาศัยอยู่ในครอบครัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหว คอยให้ความช่วยเหลือ จัดเตรียมและให้การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน

บริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลหลายประการ ซึ่งสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของคนพิการทางการเคลื่อนไหว สามารถสรุปได้ 3 ด้าน (พนิดา จิตรรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล, 2556; ภาวิณี แพงสุข และคณะ, 2559; ปิติพร สิริทิพากร, 2555)

1. การดูแลที่เกิดจากข้อจำกัดทางร่างกายของคนพิการ ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของคนพิการ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การให้ยา การทำกายภาพบำบัด การดูแลตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การนอนหลับพักผ่อน เป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

2. การดูแลที่เกิดจากสติปัญญา ความคิด พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการเจ็บป่วยของคนพิการ เช่น การปฏิบัติต่อคนพิการอย่างอ่อนโยน การให้กำลังใจ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของคนพิการ การลดความวิตกกังวล ความเครียด ความโศกเศร้า ความซึมเศร้าของคนพิการ

3. งานที่เกิดจากความรู้สึกและความต้องการของคนพิการ คนพิการมีความต้องการที่จะหายจากสภาวะที่บกพร่องของร่างกายและกลับมาใช้ชีวิตปกติเหมือนเดิม ต้องการกำลังใจและความรู้ในการดูแลตนเอง

จากความต้องการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวนั้นนำไปสู่กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของคนพิการ เป็นสื่อกลางในการติดต่อเจรจา ตัดสินใจในการดูแลรักษา และให้การสนับสนุนทางการเงิน (ปิติพร สิริทิพากร,

2555) มีกิจกรรมการดูแลจำนวนมาก มีความยาก และซับซ้อนในการดูแล ต้องใช้เวลาในการดูแล ที่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา และ สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2556) พบว่า ญาติผู้ดูแลจะต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ต้องใช้เวลาในการดูแลมากและระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานขึ้น จึงก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแล ตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา เล็กวงษ์ (2562) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีภาระในการดูแล คนพิการ โดยมีระยะเวลาในการดูแลระหว่าง 1-20 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ตลอด 7 วัน/สัปดาห์ ในแต่ละวันต้องทำหน้าที่ดูแลคนพิการระหว่าง 3-24 ชั่วโมง/วัน และมีกิจกรรมการดูแล ที่มาก ทำให้ต้องมีการปรับตัวตลอดกระบวนการดูแลตามสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของคนพิการ อาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ได้แก่ แบบแผนดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะทางสังคมลดลง ขาดความเป็นส่วนตัว กระทบต่อการประกอบอาชีพ การทำงาน ความขัดแย้ง ด้านบทบาทหน้าที่ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ภาระทางการเงิน รวมทั้งกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน โดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน (เช่น คนพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง) นับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากคนพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ญาติผู้ดูแลต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณด้วยความรู้ ความเข้าใจและต้องใช้ทักษะการดูแลหลายอย่างซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ เป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นอะไรไป ในระหว่างที่ตนไม่อยู่ทำให้จำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีผลต่อญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องปรับตัวหรือจิตใจให้คงทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้าหรือกังวลจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ผลจากพฤติกรรมของคนพิการเหล่านี้ ยิ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดและเกิดความเหนื่อยหน่ายสูง ซึ่งจากการศึกษาของ วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์ (2558) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลตลอดเวลานั้นเป็นงานที่หนักหน่วง ใช้เวลามาก ก่อให้เกิดความเครียดสูง ทำให้มีการดูแลตนเองลดลง

2. ผลกระทบทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผลจากการเจ็บป่วยของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และยังคงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล

ทำกายภาพบำบัด ฟันฟู อีกทั้งยังต้องมีญาติคอยดูแลช่วยเหลือ ทำให้ญาติผู้ดูแลขาดรายได้ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล ขาดโอกาสที่จะออกไปสังคมกับโลกภายนอกและติดต่อกับผู้อื่น สูญเสียบทบาททางสังคม เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้การดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้แก่คนพิการ (สินีนุช ขำดี, มณี อากานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557; Iseselo & Yahya-Malima, 2016)

3. ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว ทำให้เกิดการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าไม่มีแรงและพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดศีรษะ และเมื่อต้องออกแรงเกินกำลัง ในการเคลื่อนย้ายคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีร่างกายใหญ่โต จึงอาจทำให้มีอาการปวดหลัง ด้วยภาระที่ต้องดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองลดลง อาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น (สินีนุช ขำดี และคณะ, 2557; Darragh, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดทางเคลื่อนไหวและที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพโดยอันดับต้น ๆ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (Lawang et al., 2015; สินีนุช ขำดี และคณะ, 2557; Lin, 2014; Parul Raj & Ganesan, 2011; Suzuk & Tamakoshi, 2016)

เมื่อพิจารณาโยบายการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพดังกล่าวพบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการป้องกัน คุ้มครอง รักษา และดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอย่างเป็นรูปธรรม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ทำให้กลุ่มญาติผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันและควบคุมปัญหาดังกล่าวโดยปริยาย ในขณะที่กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกยังถูกมองข้ามและไม่ได้พิจารณาแก้ไขปัญหา จากการศึกษาข้างต้น ผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นที่พบมากที่สุด คือ อาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Parul Raj & Ganesan, 2011; Lin, 2014; Lawang et al., 2015; สินีนุช ขำดี และคณะ, 2557; Suzuki & Tamakoshi, 2016; You & Lee, 2011) อันจะส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยชรา มักมีอาการเรื้อรัง ทำให้เสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมปัญหากลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในญาติผู้ดูแล

คำจำกัดความกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

ความผิดปกติของระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อหมายถึง อาการตึง ซา บวม และ ไม่สุขสบาย ที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นกระดูก รวมถึงเส้นประสาท ทั้งแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ความผิดปกติเกิดจากมีสิ่งมากระตุ้นทำให้เนื้อเยื่อ ได้รับบาดเจ็บบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย และแสดงอาการเจ็บ ซา มักเกิดอาการผิดปกติที่หลัง ไหล่ และรยางค์ส่วนบน อาการปวด บวม แดง ซา ข้อต่อติดแข็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมน้อยลง สาเหตุเกิดจากท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม มีการออกแรงเคลื่อนไหวที่ซ้ำ ๆ (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562)

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ความผิดปกติของระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อ หมายถึง สถานะการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อในบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ คอ ไหล่ ข้อศอก ข้อมือ/มือ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก/ ต้นขา เข่าและข้อเท้า/ เท้า อันมีสาเหตุมาจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่แสดงอาการออกมา ได้แก่ อาการปวด ตึง ซา บวม เคลื่อนไหวลำบาก ทั้งเกิดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

ลักษณะอาการแสดงของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

ลักษณะอาการแสดงของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก สามารถแบ่งกลุ่มได้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีความผิดปกติ เช่น การปวดหลังส่วนล่างและการเกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกายส่วนบน ได้แก่ มือ นิ้วมือ ข้อศอก ไหล่ ลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับลักษณะงานที่ทำ ดังนี้

1. อาการการปวดหลังส่วนล่าง เป็นอาการปวดที่จำกัดเฉพาะหลังและบั้นเอวส่วนล่าง รวมถึงอาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดขา (ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2544) การยกของหนัก การทำงานที่ต้องยกของหนัก เทคนิคการยกเคลื่อนย้ายวัตถุ การผลักดึง ยกแบก ก้ม บิดหลังส่วนล่าง รวมถึงการเคลื่อนไหวลำตัวอย่างไม่เป็นธรรมชาติเป็นกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการปวดหลังส่วนล่าง สำหรับการเคลื่อนไหวที่ต้องออกแรงมาก การเดินหรือการออกแรงกระชากกระดูก เป็นสาเหตุให้เกิดความล้าที่หลังส่วนล่าง (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562)

2. อาการเกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกายส่วนบน ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของคอ ความผิดปกติของไหล่ ความผิดปกติของข้อศอก ความผิดปกติของข้อมือและมือ และ ความผิดปกติของแขนและมือ

3. ความผิดปกติของคอ เกิดจากการก้มทำงานซ้ำซาก การออกแรงมาก และท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมอยู่เป็นเวลานาน

4. ความผิดปกติของไหล่ การยกหรือลากของหนัก การทำงานที่ต้องมีการยกไหล่สูง ท่าทางที่ไม่เหมาะสม การได้รับแรงสั่นสะเทือน และการเคลื่อนไหวข้อไหล่อย่างซ้ำ ๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของไหล่

5. ความผิดปกติของข้อศอก เกิดจากการทำงานซ้ำซาก การออกแรงมาก และได้รับแรงกระทำอย่างซ้ำ ๆ ต่อข้อศอกและอยู่ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม

6. ความผิดปกติของข้อมือและมือ การทำงานซ้ำซากร่วมกับการออกแรงอย่างหนักของแขนและมือ ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเกิดกลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มักมีอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65.7) มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากการดูแล โดยตำแหน่งที่พบว่ามีอาการปวด ได้แก่ ปวดหลัง ปวดคอ ปวดไหล่ และปวดข้อมือ (เขาวลัษณ์ โพธิ์ดารา, 2557; Parul Raj & Ganesan, 2011; Lin, 2014; Darragh, 2015; Lawang et al., 2015; Reis, 2016)

สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติไม่ได้เกิดจากการดูแลเท่านั้นแต่ยังมีสาเหตุร่วมกันหลายอย่าง สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยญาติผู้ดูแล ปัจจัยบริบทการดูแลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล

1.1 อายุ อายุเป็นตัวบ่งบอกพัฒนาการเจริญเติบโตและความสมบูรณ์ของร่างกายเด็กที่มีอายุไม่ถึง 18 ปี ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ดังนั้นจึงไม่ควรออกแรงยกของหนักหรือทำงานหนักเพราะอาจส่งผลที่รุนแรงต่อโครงสร้างร่างกายของเด็กและเมื่อเกิดปัญหาแล้วจะกลายเป็นความผิดปกติที่ต่อเนื่องยาวนานจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของรยางค์ส่วนบน (OR = 2.54, 95% CI = 1.42-4.52) (พรทิพย์ ใจจง, 2557)

1.2 เพศ เพศชายและเพศหญิงมีโครงสร้างและความแข็งแรงของร่างกายแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหวและความสามารถในการรับน้ำหนักของกระดูกสันหลัง จากการศึกษานี้ของ วิภาดา ศรีเจริญ และนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ (2559) พบว่า เพศหญิงมีความชุกของอาการปวดหลังมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 75.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์

ใจจง (2557) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของรยางค์ส่วนบน (OR = 1.90, 95% CI = 1.08-3.34)

1.3 ดัชนีมวลกาย (BMI) จากการศึกษาของวิภาดา ศรีเจริญ และนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ (2559) พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการปวดหลัง ($r = 0.041, p < .05$) ซึ่งคนที่น้ำหนักตัวที่มากเกินไปจะทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังรับน้ำหนักมาก จะมีผลทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมและเกิดอาการปวดหลัง

1.4 พฤติกรรมในการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษาของวรรณกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันโรค ตลอดจนเจตคติ ลักษณะทางสังคมและประชากรของบุคคล โดยเฉพาะรายได้ครอบครัว จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างกันไป ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีนั้นสามารถสร้างได้ (จันทราวดี พรหมโสภณ และสมคิด ปรารภย์, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพันธ์ เจริญผล และรัตนศิริ ทาโต (2560) ที่พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมีผลต่อการเกิดโรคและการที่บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีจะทำให้บุคคลนั้นไม่เกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีตามมา

2. ปัจจัยด้านบริบทการดูแล

2.1 กิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล เป็นการศึกษาลักษณะการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลในท่าทางซ้ำ ๆ การทำงานท่าเดิมนาน ๆ ทำงานที่มีท่าทางผิดจากแนวปกติหรือท่าทางที่ไม่เหมาะสม และการทำงานที่ออกแรงมาก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การดูแลในท่าทางซ้ำ ๆ (Repetitive activity) คือ ลักษณะการดูแลที่มีขั้นตอนต่าง ๆ ท่าทางคงเดิมและต้องกลับมาทำซ้ำ ๆ ซึ่งการกระทำในท่าทางซ้ำ ๆ กล้ามเนื้อจะได้รับการบาดเจ็บอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการปวดตึงแบบซ้ำซาก (Repetitive strain injuries) จะมีการไหลเวียนเลือดไม่สะดวกเนื่องจากกล้ามเนื้อเกร็งและเส้นประสาทถูกรั้งจากการทำงานของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

2.1.2 การทำงานท่าเดิมนาน ๆ (Static work posture) คือการทำงานที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวน้อยและอยู่ท่าเดิมนาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวซ้ำตลอดเวลาหลอดเลือดถูกกดตันภายในกล้ามเนื้อ นำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยเกิดการตึงตัวของกรดแลคติก ถ้าสะสมในกล้ามเนื้อปริมาณมากทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าและเกิดอาการปวดได้ การทำงานติดต่อกัน

เป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่สะดวกร่างกายรับออกซิเจนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายเกิดความเมื่อยล้า

2.1.3 การทำงานที่มีท่าทางผิดจากแนวปกติหรือท่าทางที่ไม่เหมาะสม (Awkward postures) เป็นท่าทางการทำงานตำแหน่งของแขนขาลำตัวที่เบี่ยงเบนจากท่าปกติ (Natural anatomical posture) แนวของกระดูกที่ต้องเคลื่อนไหวไปจากแนวเรียงตัวตามธรรมชาติ เช่น

2.1.3.1 เอื้อมมือหยิบจับสิ่งของที่อยู่ไกล

2.1.3.2 การเอียงโน้มบิดตัวหรือเอี้ยวตัว

2.1.3.3 การก้มงมมากกว่าปกติ

2.1.3.4 การนั่งยอง ๆ นานเกินไป

2.1.3.5 การทำงานท่าทางโน้มตัวไปข้างหน้า

2.1.3.6 การทำงานและมีการใช้แรงร่วมด้วย เช่นการก้มลงและออกแรงในการยกหรือเคลื่อนย้ายวัตถุหรือผลักวัตถุในท่าทางที่ไม่เหมาะสม

2.1.4 การทำงานที่ออกแรงมาก (Forceful exertions) เป็นการออกแรงยกหรือเคลื่อนย้ายวัตถุ (Lifting and forceful movements) ในลักษณะยกค้ำหรือดึงวัตถุที่มีขนาดใหญ่ น้ำหนักมากทำให้เกิดการเคลื่อนไหวซึ่งการยกของหนักทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น เมื่อกระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็นเวลานาน ๆ จึงเกิดความเสียหายของโครงสร้างกระดูกส่วนหลังและเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลังไม่อยู่ในภาวะสมดุลอาจทำให้กล้ามเนื้ออักเสบและเกิดความตึงในกล้ามเนื้อและเอ็นของหลังทำให้เกิดอาการปวดได้

จากการศึกษาของ รัฐชิตา ภิมาล และวทันยา วงศ์มดีกุล (2560) พบว่า อาการปวดหลัง มีความสัมพันธ์กับการยกของหนัก (OR = 5.59, 95% CI = 3.27-9.56) การอยู่ในท่าทางที่ไม่ดี หรือไม่ถูกต้องขณะทำงาน (OR = 2.44, 95% CI = 1.18-5.05) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ใจจง (2557) ที่พบว่า ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (OR = 2.34, 95% CI = 1.04-5.52) การออกแรง (OR = 5.47, 95% CI = 1.13-26.44) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของรยางค์ส่วนบน ตามลำดับ

2.2 ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ กล่าวคือ ชั่วโมงการดูแลที่ติดต่อกันยาวนาน ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งตัวตลอดเวลา จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งร่างกายจะหลั่งสารแอดรีนาลีน ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หลอดเลือดและกล้ามเนื้อหดเกร็งตัว มีผลต่อระบบไหลเวียนแลกเปลี่ยนสารอาหารและขับถ่ายของเสียทำได้ไม่ดี ทำให้กล้ามเนื้อล้า เคลื่อนไหวได้น้อยลง เมื่อต้องการเคลื่อนไหวโดยเปลี่ยนท่าทางทันที เช่น การบิดเอี้ยวตัว การยกคนพิการทำได้ค่อนข้างลำบาก อาจเกิดการปวดหลังส่วนล่างได้

2.3 ความเครียดที่เกิดจากการดูแล (Stress) ความเครียดส่งผลให้เกิดการหดตัวเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย ทำให้ส่งผลต่อการทรงตัวเคลื่อนไหวของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานได้ จากการศึกษาของ รัฐชิตา ภิมาล และวทันยา วงศ์มติกุล (2560) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อการปวดหลัง 2.312 เท่า (95% CI = 1.34-3.98) นอกจากนี้ ยังรวมถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการดูแลที่เป็นพยาธิสภาพทางจิตที่มีระดับความเศร้ารุนแรงรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ซึ่งเกิดจากความผิดปกติเมตาบอลิซึมที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางในสมอง ทำให้ความเข้มข้นของสารเคมีสื่อประสาทในนอร์เอปิเนฟรินและโดปามีนที่หลั่งออกมาจากเซลล์ประสาทอยู่ในสภาพที่ทำงานได้ไม่ดี เกิดความเศร้ารุนแรง

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในการดูแล มีผลต่อการดูแล คือ หากบริเวณที่ให้การดูแล มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี เอื้อประโยชน์ในการปฏิบัติดูแลจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บตามมาได้ จากรายงานการศึกษาของ Szeto et al. (2009) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในศัลยแพทย์ พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการทำงานในสถานงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้แพทย์และพยาบาลมีอาการปวดเมื่อยคอ (OR = 2.03) และจากการศึกษาของ ชูศรี มโนการและอารีวรรณ อ่วมธานี (2550) ทำการศึกษาองค์ประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทั้งในด้านปลอดภัยและอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพแก่พยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีกิจกรรมการดูแลที่ต้องยกไหล่/ วัตถุ การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเปลี่ยนท่าทางหรือพลิกตะแคงตัว นอกจากนี้ท่าทางที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการดูแลต้องก้มงอ ต้องก้มที่ต่ำกว่าเข่า ต้องก้มหรือบิดเอี้ยวตัวขณะดูแล เป็นต้น ซึ่งลักษณะการดูแลดังกล่าว จะทำให้เกิดท่าทางการดูแลที่ไม่เหมาะสม หรือมีการออกแรงเกินกำลัง และเมื่อมีการทำงานซ้ำ ๆ อยู่เป็นประจำ จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อได้ (โรจกร ลือมงคล, สุนิสา ชายเกลี้ยง, 2557; You & Lee, 2011) กิจกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อหลังได้

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในญาติผู้ดูแล เกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยญาติผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย

พฤติกรรมกำป้องกันโรค ปัจจัยบริบทการดูแล เช่น การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแล การยก การก้มบิดเอี้ยวลำตัวเพื่อหยิบจับสิ่งของ การปฏิบัติกิจกรรมในท่าเดิมนาน ๆ ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ความเครียด รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล ดังนั้น การสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้มีสุขภาพที่ดี และลดการเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้

พฤติกรรมกำป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

คำจำกัดความพฤติกรรมกำป้องกัน

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำใด ๆ ทั้งที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ซึ่งได้อิทธิพลมาจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัยและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีหลายประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

1. พฤติกรรมกำรักษาโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม เช่น เมื่อเกิดอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ก็จะแสดงออกด้วยการรับประทานยาฆ่าเชื้อ นอกจากนี้ ยังรวมถึงพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เป็นทางเลือกอื่น ๆ ตามความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น

2. พฤติกรรมกำป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังรวมถึงพฤติกรรมกำป้องกันโรคในด้านมิติลึกลับเหนือธรรมชาติที่เป็นลัทธิความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อ ๆ กันมา

3. พฤติกรรมกำส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เป็นการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การเข้าวัดปฏิบัติธรรมเพื่อให้จิตใจสงบและเป็นสุข เป็นต้น

4. พฤติกรรมกำมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เป็นการกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของส่วนรวม เช่น การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน รวมถึงพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการคัดค้านหรือต่อต้านโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐที่เชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

5. พฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมในระดับนโยบาย กฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับทั้งในระดับกลุ่ม ชุมชน และสังคมเพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชน

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลนั้นจะมีสุขภาพที่ดีปราศจากโรค จะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งแต่ละพฤติกรรมมีความสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลอย่างยิ่ง ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ช่วยป้องกันก่อนที่จะเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

องค์ประกอบของพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

พฤติกรรมการป้องกันทางด้านสุขภาพ เป็นการแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ที่ผ่านมา พบว่า การมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียดและพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกได้ (กัญญ์รัฐพิมพ์ บำรุงวงศ์, 2558; Suzuki & Tamakoshi, 2016)

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและการทำงานของปอด รวมถึงช่วยผ่อนคลายความเครียดด้วยซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมและทำประจำสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที ขึ้น อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด จากการศึกษาของ ฟิรพงษ์ จันทราเทพ (2554) พบว่า การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (OR =2.35, 95% CI=1.11)

รูปแบบพฤติกรรมการออกกำลังกายของญาติผู้ดูแล (ชาญชลัษณ์ เขี่ยมมิตร, 2556)

1. การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) เป็นการออกแรงโดยไม่ต้องเคลื่อนไหว แต่ใช้แรงดันหรือแรงต้านกันเองจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงกำวัตถุหรือกำหมัดไว้แน่น ๆ

2. การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise or dynamic exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อมีการหดตัวหรือคลายตัว มีการเคลื่อนไหวข้อมือหรือข้อต่อด้วย เช่น การยกน้ำหนัก การวางสิ่งของ

3. การออกกำลังกายแบบไอโซคิเนติก (Isokinetic exercise) เป็นการออกกำลังกาย ยกน้ำหนักหรือต้านวัตถุ โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนน้ำหนักให้มากขึ้น หรือลดลงได้ การวิ่งบนลู่วิ่ง

4. การออกกำลังกายแบบแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกาย โดยใช้พลังงานเผาผลาญที่สะสมอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อ ออกกำลังกายเบา ๆ หรือ การออกกำลังกาย ที่หนักในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น ยกน้ำหนัก วิ่งเร็ว 100 เมตร

5. การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม หรือคงไว้ซึ่งความทนทานของระบบไหลเวียนโลหิตและปอด โดยมีขบวนการใช้ออกซิเจน ในขบวนการเผาผลาญ เพื่อให้เกิดพลังงานสำหรับการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ เดินเร็ว เต้นรำ แอโรบิก จักรยาน เป็นต้น

ดังนั้น ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งมีลักษณะงานที่คล้ายคลึงกับ การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างได้

2. พฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อ เป็นการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความตื่นตัว แข็งแรงและเป็นการเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility exercise) ซึ่งพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อของญาติผู้ดูแลมีรูปแบบ ดังนี้

2.1 การบริหารกล้ามเนื้อด้วยท่าฤๅษีดัดตน โดยท่าทางต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนขาและข้อต่อต่าง ๆ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้การบริหารกล้ามเนื้อด้วยท่าฤๅษีดัดตนยังช่วยให้จิตใจผ่อนคลายจากความเครียด อารมณ์ ขุ่นมัว หงุดหงิด ความง่วง ความท้อแท้และความเครียดได้อีกด้วย

2.2 การยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นการเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility exercise) หรือเพิ่มพิสัยในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of motion) อาศัยวิธีการบริหารร่างกาย แบบยืดกล้ามเนื้อ (Stretching) ซึ่งเป็นการยืดเหยียดเฉพาะมัดกล้ามเนื้อที่ต้องการอย่างช้า ๆ พยายาม รักษาการหายใจแต่ละช่วงจังหวะ และที่สำคัญควรตั้งจิตใจให้รับรู้ถึงการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ มัด นั้น ๆ โดยการยืดเหยียดมีหลักการ (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) ดังนี้

2.2.1 ยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่ต้องการค้างไว้ประมาณ 15-30 นาที

2.2.2 ยืดเหยียดกล้ามเนื้อจนรู้สึกตึงเล็กน้อย แต่ต้องไม่รู้สึกเจ็บ จากนั้นให้เปลี่ยน หรือสลับข้างจนครบทุกส่วนของร่างกายซึ่งจะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่อาจจะเกิดจากการนั่งทำงานอยู่กับที่เป็นเวลานาน ๆ และยังสามารถช่วยผ่อนคลาย (Relaxation) นอกจากนี้ ความยืดหยุ่นที่ดียังช่วยให้ร่างกายอยู่ในแนวมีลักษณะท่าทางที่ถูกต้อง ช่วยลด และป้องกันการปวดหลังได้ เช่น โยคะ พิลาทิส เป็นต้น

3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด การจัดการความเครียดเป็นพฤติกรรมการแสดงออก เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง (รัฐชิตา ภิมาล และวทันยา วงศ์มดีกุล, 2560; วิภาดา ศรีเจริญ และนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ, 2559) พฤติกรรมการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลมีรูปแบบ ดังนี้

3.1 การจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด โดยวิธีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อนำมาวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การพูดคุย ระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

3.2 การจัดการกับอารมณ์ เป็นการแสดงอารมณ์ออกมาเพื่อลดความเครียด เช่น การดูหนัง ฟังเพลง การอ่านหนังสือ นั่งสมาธิ เป็นต้น

4. พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทาง เป็นการกระทำที่ช่วยจัดตัวของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ถูกต้องตามหลักกายวิภาคศาสตร์และชีวกลศาสตร์ ซึ่งช่วยให้ร่างกายทำหน้าที่ได้ดี กล้ามเนื้อทำงานน้อยลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น รักษาความสมดุลของร่างกายไว้ คือ ต้องมีจุดศูนย์กลางต่ำ เส้นศูนย์ถ่วงตกในฐานรองรับ (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562) ท่าทางในการดูแลจึงมีความสำคัญ ในการป้องกันการบาดเจ็บ อาการเมื่อยล้าและการปวดของกล้ามเนื้อและระบบโครงกระดูกได้ การทำงานที่ใช้ท่าทางซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ ทุกวัน และต้องใช้แรงมากอยู่ตลอดเวลา ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียด อ่อนล้า และการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกได้ ดังนั้น การฝึกท่าทางการทำงานในการดูแลที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ญาติผู้ดูแลต้องรู้และปฏิบัติตามที่เหมาะสมมี ดังนี้

4.1 การยืน หากต้องยืนเป็นเวลานาน ควรยืนแยกเท้าขนานกับหัวไหล่เขม่วท้องไว้ เพื่อช่วยให้หลังตั้ง การยืนห่อไหล่พุ่งขึ้นแลเข้าเหยียดตึงเกินไป จะทำให้กล้ามเนื้อหลังแอ่นเกร็ง ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ควรมีการเปลี่ยนท่าทางในการยืนเมื่อต้องมีการออกแรงมาข้างหน้า ซึ่งจะช่วยป้องกันอาการปวดเข่าและหลังได้ สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหการยืน (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562) ได้แก่

4.1.1 การพิจารณาใช้โต๊ะหรือเตียงที่สามารถปรับระดับได้ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับญาติผู้ดูแล ควรอยู่ในระดับข้อศอก หมายถึง ระดับจากพื้นถึงข้อศอกขณะที่ข้อศอกแนบลำตัวและแขนส่วนล่างทำมุม 90 องศากับแขนส่วนบน ถ้างานนั้นอยู่ในระดับที่สูงเกินไป จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องยกไหล่ทำงานตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดบริเวณคอและไหล่ ในทางตรงกันข้าม ถ้างานนั้นอยู่ในระดับที่ต่ำเกินไป จะทำให้ญาติผู้ดูแลต้องก้มหลังทำงาน

อันเป็นสาเหตุของอาการปวดหลัง ดังนั้น ความสูงของโต๊ะหรือเตียง ควรมีความเหมาะสมกับรูปร่าง

4.1.2 เมื่อญาติผู้ดูแลยื่นทำงาน ควรจัดให้มีการหนุนรองข้อศอกไว้เพื่อลดอาการปวดหลัง ความสูงของงานที่เหมาะสม ควรอยู่เหนือระดับข้อศอกในระยะ 5-10 เซนติเมตร

4.1.3 มีการจัดวางเครื่องมือ วัสดุคืบและวัสดุอื่น ๆ บนโต๊ะหรือบริเวณที่ดูแลตามความถี่ของการใช้งาน หากเป็นสิ่งที่ต้องหยิบใช้บ่อย ๆ ควรจัดให้อยู่ในพื้นที่ที่อยู่ในรัศมีครึ่งวงกลม ซึ่งมีข้อศอกเป็นจุดหมุนทั้งซ้ายและขวา สำหรับของที่ใช้น้อยให้จัดวางระยะไกลออกไปได้ แต่ไม่ควรเกิน 61-66 เซนติเมตรจากร่างกาย

4.1.4 เมื่อญาติผู้ดูแลต้องยืนทำงานเป็นระยะเวลานานบนพื้นแข็ง เช่น พื้นคอนกรีต ควรใช้แผ่นยางหรือพรมรองพื้นที่มีความนุ่มและมีความหนาพอประมาณ เพื่อบรรเทาความเมื่อยล้า

4.1.5 ควรจัดให้มีราวพิงหลังหรือที่พักเท้ากรณีที่ต้องยืนทำงาน เพื่อช่วยลดการปวดเมื่อยบริเวณหลังส่วนล่าง

4.2 การนั่ง การนั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ ย่อมทำให้เกิดการกดทับ จะก่อให้เกิดการเมื่อยล้าสะสมได้ เช่น การนั่งพับเพียบ ที่ทำให้กระดูกสันหลังเอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งได้ หรือการนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการพับของเส้นเลือดบริเวณใต้เข่า ส่งผลให้เกิดอาการขาชาได้ ท่าที่ที่ดี ควรมีลักษณะศีรษะตั้งตรง ไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป ไหล่เหยียดตรง หลังตรงสะโพกและหลังชิดผนังเก้าอี้ เข็มขัดต้องเล็กน้อย วางขาตั้งฉากกับลำตัว ปลายขาตั้งฉากกับต้นขาเข่าห่างจากขอบที่นั่งประมาณ 1 นิ้ว เท้าวางราบกับพื้นขนานกัน ข้อศอกงอเล็กน้อยวางบนที่พัก ข้อมือเหยียดตรงนิ้วงอเล็กน้อย หลีกเลียงการนั่งยอง หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้นั่งบนเก้าอี้ตัวเล็ก หลังตรง และเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหากการนั่ง (เนตรชนก เจริญสุข, 2557) ได้แก่

4.2.1 ควรปรับความสูงของเก้าอี้ให้พอเหมาะกับความยาวขาช่วงล่าง และจะสามารถวางเท้าไว้บนพื้นพอดี โดยสามารถสอดมือเข้าไปตรงบริเวณระหว่างต้นขากับขอบของที่นั่งของเก้าอี้ได้ เพราะจะทำให้เวลานั่งทำงานขอบของที่นั่งเก้าอี้ไม่ไปกดตรงบริเวณต้นขา

4.2.2 เก้าอี้ควรมีความมั่นคงแข็งแรง ไม่โยกเลื่อนไปเลื่อนมา

4.2.3 ที่นั่งของเก้าอี้ต้องไม่เล็กเกินไปและมีความลึกให้พอเหมาะกับความยาวของขาช่วงบน เพราะขอบของที่นั่งอาจกดทับบริเวณต้นขาจนเกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้

4.2.4 พนักพิงต้องไม่เล็กเกินไป ซึ่งสามารถรองรับแผ่นหลังของญาติผู้ดูแลได้ทั้งหมด ไม่ควรเอนไปข้างหน้าหรือข้างหลัง

4.3 การก้ม การก้มให้ถูกหลักการยศาสตร์นั้น สามารถทำได้โดยการงอข้อสะโพก ข้อเข่า เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณข้อต่อทั้งสองแข็งแรงมากกว่า และได้รับอันตรายมากกว่าหลัง ส่วนลำตัวอยู่ในระดับเส้นตรงเดียวกัน และเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย ทั่วควรวางให้มีพื้นที่รองรับที่กว้าง โดยวางเท้าเหลื่อมมาทางด้านหน้าเล็กน้อย เพื่อให้มือยื่นไปถึงของที่จะหยิบได้สะดวก ซึ่งการก้มหยิบของโดยการก้มตัวเป็นท่าที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ร่างกายขาดความสมดุล ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังทำงานหนักมากกว่าปกติ (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562)

4.4 การยก การเลื่อน และการยกของหนัก จะทำให้โครงร่างและกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานมากยิ่งขึ้น ย่อมก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ง่าย สำหรับหลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ หลีกเลี่ยงการใช้แรงกายในการยกและเคลื่อนย้ายวัสดุให้น้อยที่สุด ย่อเข่าทั้ง 2 ข้าง รักษาศีรษะ/ ลำตัวให้อยู่ในแนวเส้นตรงที่ดี และให้มีการเคลื่อนที่ไปพร้อม ๆ กัน โดยหลีกเลี่ยงการบิดหมุนของลำตัวในขณะที่ยกของหนัก ซึ่งจะก่อให้เกิดการหมุนของกระดูกสันหลังได้ ให้แขนที่ชี้ยกของหนักชิดกับลำตัวมากที่สุด ควรใช้กล้ามเนื้อขามากกว่ากล้ามเนื้อหลัง และควรมีการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกายไปพร้อม ๆ กัน จะช่วยให้มีการกระจายการทำงานของโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ หลีกเลี่ยงการยกของในระยะทางที่ไกล ๆ หรือเป็นเวลานาน ควรหลีกเลี่ยงการยกในระดับที่ต่ำหรือเหนือหัวไหล่บ่อย ๆ ควรมีการหยุดพักกล้ามเนื้อเป็นระยะ ไม่หนักหรือขนาดใหญ่ จนเกินไป สิ่งของมีความมั่นคง ไม่คกหล่นง่ายและไม่มียันตรายต่อผู้ยกรวมทั้งควรจัดพื้นที่กว้างพอสามารถขยับเคลื่อนไหวในการดูแลได้สะดวก สภาพพื้นผิวปลอดภัย ไม่ลื่นหรือมีของวางแะกะ หลีกเลี่ยงการยกของในที่ลาดชัน (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2562)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยให้คำจำกัดความพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกว่า หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริหารกล้ามเนื้อ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่ามีทฤษฎีสุขภาพหลายทฤษฎีที่สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) มาประกอบการศึกษา

เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและมีการวินิจฉัยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดวิธีการในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) (Green & Kreuter, 2005) เป็นกระบวนการวินิจฉัย เพื่อการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีแนวคิดว่าคุณลักษณะบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้น จะต้องมีการวินิจฉัยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, reinforcing and enabling causes in education diagnosis and evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นลักษณะของการพัฒนา เรียกว่า PROCEED (Policy regulatory and organizational constructs in education and environmental development) ดังภาพที่ 2 การศึกษานี้เน้นที่ PROCEED ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Green & Kreuter, 2005 อ้างถึงใน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561, หน้า 199-209)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคม (Social assessment) เป็นการวิเคราะห์ทางสังคม จะพิจารณาและวิเคราะห์ทางสังคมจากคุณภาพชีวิตจะเป็นวินิจฉัยปัญหาของชุมชนในประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สิ่งที่ได้วัดได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, Behavioral and environmental assessment) จำแนกขั้นตอนการประเมินเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินด้านระบาดวิทยา เป็นการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ เพื่อค้นหาปัจจัยทางด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะอย่าง อาจสามารถวัดได้จาก สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์ ระบาดวิทยาของโรค ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถทำให้มีการวางแผนหรือจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จะทำให้ทราบว่าประชากรเป้าหมายคือใคร ปัญหาคืออะไร ผลลัพธ์ที่ตามมาคืออะไร และเมื่อใดที่จะได้รับผลประโยชน์

2. การประเมินทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพโดยมองถึงองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตนเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีในส่วนของปัจจัยทางพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ แต่เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้เปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่ได้กล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and ecological assessment) ประกอบไปด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ที่ดำเนินการควบคู่กันไประหว่างการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นปัญหาของปัญหาและการวางแผนเพื่อระบุกิจกรรมที่จะใช้จัดการหรือแก้ไขปัญหาตามสภาพที่วิเคราะห์ไว้ในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มองค์ประกอบเหล่านี้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factor) หมายถึง ปัจจัยที่มีความสำคัญกับการกระทำของบุคคล หรือเป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจจะได้มาจากการเรียนรู้ มีผลในการยับยั้งหรือสนับสนุนพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยโน้มน้าวก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และค่านิยม

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมรวมทั้งลักษณะที่จะสามารถให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ สิ่งที่สำคัญ คือ ความสามารถในการเข้าถึง และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อที่จะส่งผลให้แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ทรัพยากรต่าง เช่น บุคคล เจ้าหน้าที่ สถานที่ การได้รับความรู้ แหล่งความรู้ การได้รับบริการ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนส่งเสริมหรือไม่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริม อันเป็นผลต่อการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลได้รับอาจจะเป็นรางวัลสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การเสริมแรงจะเป็นไปได้ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น โดยอาจจะมีอิทธิพลมาจากพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชาและอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ ก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยยับยั้งหรือสนับสนุนพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

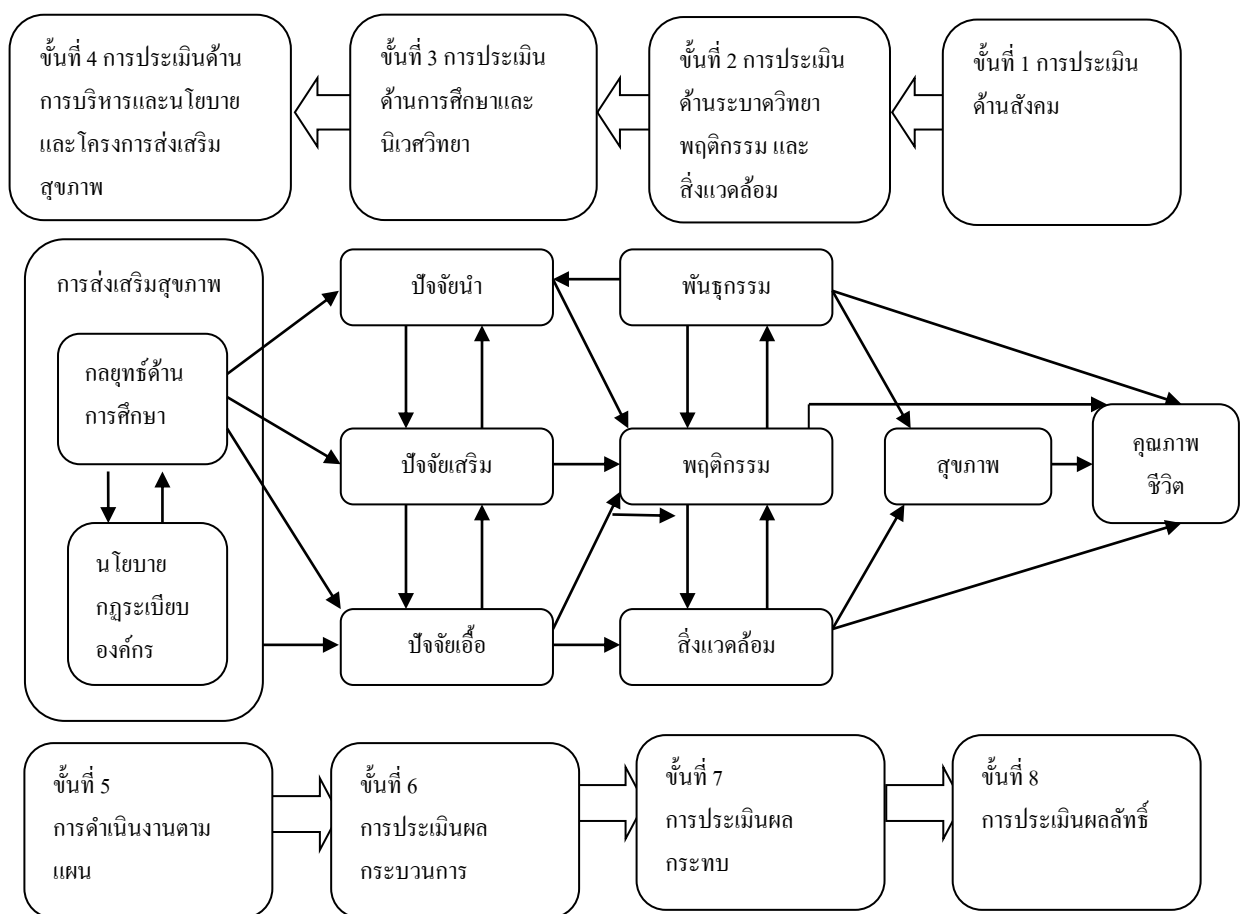
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย (Administration and policy assessment) จำแนกการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การประเมินด้านการบริหารจัดการ คือ การวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกองค์กรหรือชุมชนที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนงานหรือกิจกรรมที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 3

2. การประเมินด้านนโยบาย คือ การวิเคราะห์ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างแผนงานที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 3 กับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และกฎระเบียบขององค์กร

นอกจากนี้ ยังรวมถึงการวิเคราะห์ด้านการบริหารจัดการและนโยบายที่อาจเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการวางแผนและการจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ เช่น การขาดแคลนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อจำกัดด้านระยะเวลา กำลังคน และการขาดการสนับสนุนด้านนโยบาย

ขั้นตอนที่ 5, 6, 7, และ 8 ได้แก่ การดำเนินการ การประเมินผลกระบวนการ การประเมินผลกระทบ และการประเมินผลลัพธ์ (Implementation, Process Evaluation, Impact Evaluation, and Outcome Evaluation) ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการดำเนินงานและการประเมินผล ซึ่งแบ่งการประเมินผลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การประเมินผลตามกระบวนการ การประเมินผลกระทบและการประเมินผลลัพธ์ ทั้งนี้ต้องมีตัวกำหนดชี้วัดหรือหลักเกณฑ์ในการประเมินไว้อย่างชัดเจน ซึ่งประเมินในกระบวนการนี้ใช้ระยะเวลาในการประเมินเป็นเวลานาน



ภาพที่ 2 องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED MODEL) (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561, Green & Kteuter, 2005)

การประยุกต์แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษานี้เน้นการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

กลุ่มอาการผิปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเนื่องจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยจากปัจจัยที่ได้จากการประยุกต์ใช้แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED MODEL) เน้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามแบบจำลอง PRECEDE Framework จากแบบจำลองการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงาน (PRECEDE-PROCEED MODEL) ของ Green & Kreuter (2005) โดยขั้นตอนที่นำมาประยุกต์ใช้ในวิจัยนี้ คือ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, Behavioral and Environmental assessment) และขั้นตอนที่ 3 การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and ecological assessment) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัย ซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยนำ (อายุ ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันทัศนคติต่อการป้องกัน) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนจากสังคม) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (สภาพแวดล้อมในการดูแล) นอกจากนี้ ยังมีในส่วนของปัจจัยทางพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ แต่เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้เปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่ได้กล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

ปัจจัยนำ

อายุ เป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะ พัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในชีวิต และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจต่าง ๆ กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมของบุคคล (Green & Kreuter, 2005) หากญาติผู้ดูแลมีอายุที่มากและมีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากอายุที่เพิ่มขึ้น จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เหมาะสมตามมา

จากการศึกษาของทิพย์กมล อิสลาม (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา จำนวน 304 คน อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วณิชชา คันธสร (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ จากการทำงานของพนักงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 202 คน พบว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน ($\beta = 0.137, p < .05$) และการศึกษาของนพรัตน์ เทียงคำดี (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 270 คน พบว่า อายุที่มากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ดี ($r = .198, p < .01$) ดังนั้น อายุจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแล

ประสบการณ์ในการดูแล เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ต่าง ๆ และการเรียนรู้ที่เคยได้รับ ซึ่งก่อให้เกิดแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมหรือปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เหมาะสม (Green & Kreuter, 2005) บุคคลที่ได้ปฏิบัติการดูแลเป็นระยะเวลาานานจะมีความเชี่ยวชาญในการดูแล ในขณะที่ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลน้อย อาจขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการ ซึ่งบุคลากรที่มีประสบการณ์ในดูแลานจะสามารถเรียนรู้สภาพแวดล้อม ลักษณะงานและสิ่งต่าง ๆ ได้ดี หากญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลมาก ก็จะรู้สึกมั่นใจว่า ตนเองมีศักยภาพหรือความสามารถเพียงพอที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกได้ดี

จากการศึกษาของ กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) พบว่า แสดงให้เห็นว่าพนักงานนวดแผนไทยยังมีประสบการณ์ทำงานมากขึ้น มีระยะเวลาานานขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ($r = .122, p < .05$) อาจสรุปได้ว่า ประสบการณ์ในการดูแลน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลได้

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ความรู้เป็นปัจจัยภายในที่บุคคลรับรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับและเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา (Green & Kreuter, 2005) หากญาติผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่ดี จะมีความเข้าใจที่ถูกต้องว่า สิ่งใดถูกต้อง/ สิ่งใดไม่ถูกต้อง สิ่งใดควร/ สิ่งใดไม่ควรปฏิบัติ จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ นพรัตน์ เทียงคำดี (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 270 คน พบว่า ความรู้ที่มากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานที่ดี ($r = .262, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ศชโคตร และศิริภรณ์ อินทรหนองไผ่ (2560) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดมหาสารคาม ($r = .43, p < .01$) อาจสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค น่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการ ผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแล

ทัศนคติต่อการป้องกันโรค เป็นความเชื่อ ความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมถึงท่าทีที่แสดงออกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งด้านดีและด้านลบ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ (Green & Kreuter, 2005) ดังนั้น บุคคลที่มีทัศนคติ ต่อสุขภาพในระดับสูงน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา และน่าจะแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคได้ดี หากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีหรือเห็นด้วยกับการป้องกันโรคและ พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมการป้องกันกลุ่ม อาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกที่ดี

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกัน โรคและอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงาน จัดเก็บขยะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตอำเภอเมือง จังหวัดระนองของ วิชา วัฒนาปริษาเกียรติ (2560) จำนวน พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกัน โรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกัน โรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน ($r = .357, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ สมินทร์ปัญญา (2560) พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคใช้เลือดออกของประชาชน บ้านคั่นตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ($r = 0.372, p < .001$) อาจสรุปได้ว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค น่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติ ผู้ดูแล

ปัจจัยเอื้อ

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงการได้รับบริการทางด้าน สุขภาพ ได้แก่ ด้านความเพียงพอ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวก เมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการและด้านการยอมรับในการใช้บริการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ก่อให้เกิดพฤติกรรม

ที่พึงประสงค์ตามมา (Green & Kreuter, 2005) หากญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ง่าย มีความเพียงพอ มีความสามารถ มีความสะดวก มีความสามารถในการจ่ายและยอมรับในการใช้บริการ ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับบริการคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น จะมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมป้องกันการก่ออาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย พบว่า การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย ($r = .182, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ (2560) พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ($r = 0.404, p = .05$) อาจสรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแล

ปัจจัยเสริม

การได้รับการสนับสนุนจากสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือและการส่งเสริมที่ได้รับจากตนเองและบุคคลรอบข้าง เป็นปัจจัยเสริมที่จูงใจหรือชักชวนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Green & Kreuter, 2005) หากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่อสม. และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จะช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลแสดงพฤติกรรม จะมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมป้องกันการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ ประหยัด ทิพย์สุทธิ์ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานจัดระวางสินค้า สนามบินสุวรรณภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานมากที่สุด ($\beta = 0.325, p < .001$) สอดคล้องกับ เฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์ และนัตยา ดวงประทุม (2562) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ นุจรี อ่อนสิน้อย, ยุวดี ถิ่นนาวิระ และชนัญชิตาคุยฎี

ทูลศิริ (2560) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.281, p < .01$) อาจสรุปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแล

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในการดูแล เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือเอื้อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรืออาจเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้เห็นสามารถแสดงพฤติกรรมได้ (Green & Kreuter, 2005) สภาพแวดล้อมในการดูแลทางด้านกายภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้เกิดการดูแลที่ปลอดภัยแก่บุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามมา ได้แก่ การจัดวางวัสดุเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ มีการดูแลทางเดินให้โล่งเตียน พื้นไม่ลื่น หากญาติผู้ดูแลมีสภาพแวดล้อมในการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการแสดงพฤติกรรม มีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย ($r = .180, p < .01$)

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า ญาติผู้ดูแลเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว บริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวนั้นญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทำกิจกรรมจำนวนมากและซับซ้อน ใช้เวลาดูแลนานและเป็นระยะเวลาที่ยาวนานหลายปี ดังนั้นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจึงต้องเรียนรู้และฝึกทักษะที่สำคัญ วางแผนจัดการกิจกรรมการดูแลและกิจกรรมต่าง ๆ ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต จนอาจเกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกรับภาระเครียด เหนื่อย ขาดการสนใจในการดูแลสุขภาพป้องกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและกลุ่มอาการความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก แต่การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีนโยบายในการป้องกัน คัดกรอง รักษา และดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกยังถูกมองข้ามและไม่ได้พิจารณาแก้ไข

ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการเติมเต็มองค์ความรู้ดังกล่าวจึงได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรม

หรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมกับวิธีการดำเนินชีวิตและบริบทการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้ อันจะมาซึ่งการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของคนพิการต่อไปอีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลประชาชนในชุมชนให้มีคุณภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งประมาณการจากจำนวนคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการจดทะเบียนความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ในพื้นที่ปี พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน มีจำนวน 12,725 ราย (สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดชลบุรี, 2562) ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของบิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตรหรือญาติที่ได้รับการจดทะเบียนว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความพิการอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ทั้งนี้ระดับความต้องการการพึ่งพิงของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ทั้งนี้ คนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปที่ต้องการการพึ่งพิง ซึ่งประเมินจากการวัดระดับความสามารถ/ สมรรถภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) และได้รับการจดทะเบียนคนพิการ (คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2552; พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550)

2. มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการใช้ในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test)

ที่ .80 เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่คล้ายคลึงกันมาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .08 ซึ่งอยู่ระหว่างขนาดเล็กและขนาดกลาง เนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลที่แนะนำสำหรับวิจัยทางการแพทย์ที่ไม่มีลักษณะคล้ายคลึงมาก่อน (Polit & Beck, 2017, p.423) ภายหลังเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณที่จำนวนตัวแปร 7 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 172 ราย (Polit & Beck, 2017, p.442) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการให้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555) การวิจัยนี้วางแผนขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 206 ราย แต่เนื่องจากข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จำนวน 200 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยทำการสุ่มเป็นลำดับขั้นต่าง ๆ แบบลดหลั่นตามอำเภอ ตำบล หมู่บ้านหรือชุมชนตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง เมื่อพิจารณาอำเภอในจังหวัดชลบุรี สามารถแบ่งกลุ่มอำเภอที่มีความคล้ายคลึงกันทางภูมิศาสตร์ได้ 2 กลุ่มย่อย ๆ (กรมพัฒนาที่ดิน, 2562) คือ

กลุ่มย่อยที่ 1 เขตเมือง คือ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุง อำเภอสัตหีบ อำเภอศรีราชา

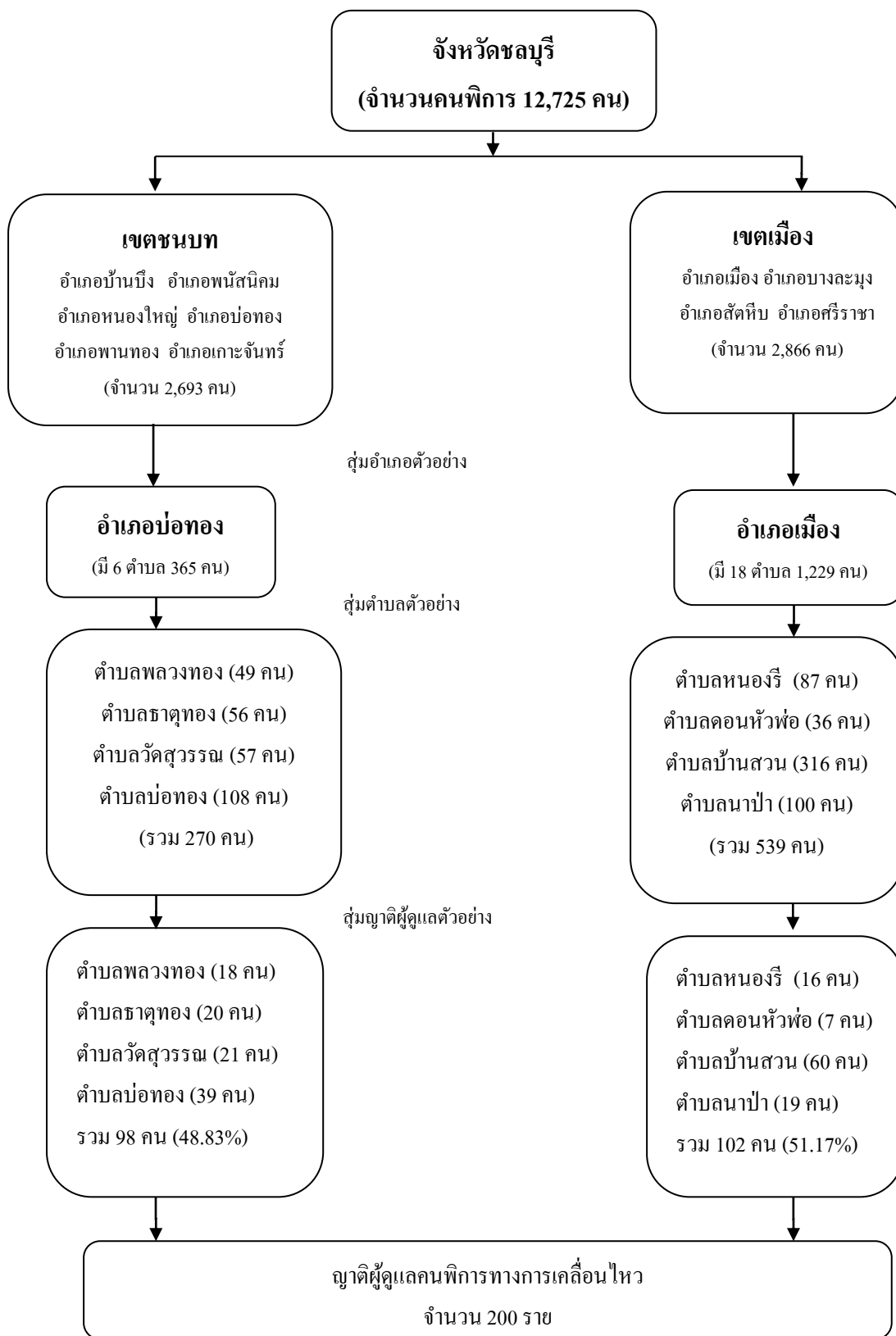
กลุ่มย่อยที่ 2 เขตชนบท คือ อำเภอพานทอง อำเภอบ้านบึง อำเภอหนองใหญ่ อำเภอ

พนัสนิคม อำเภอเกาะจันทร์ และอำเภอบ่อทอง

ผู้วิจัยนำทั้งสองกลุ่มมาสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับสลากกลุ่มย่อยกลุ่มละ 1 อำเภอ รวมได้ทั้งหมด 2 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมืองชลบุรี และ 2) อำเภอบ่อทอง

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตำบลตัวอย่างจากอำเภอเมืองชลบุรี (มีจำนวน 18 ตำบล) และอำเภอบ่อทอง (มีจำนวน 6 ตำบล) ที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 ซึ่งมีลักษณะทางกายภาพและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในตำบล รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยนำมาสุ่มตำบลตัวอย่างอำเภอละ 4 ตำบล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน รวมได้ตำบลทั้งหมด 8 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มญาติผู้ดูแลตัวอย่างจากแต่ละตำบลที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำมาสุ่มจำนวนญาติผู้ดูแลตัวอย่างของแต่ละตำบลทั้ง 8 ตำบล จากฐานข้อมูลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน หลังจากนั้นดำเนินการศึกษาคุณสมบัติ หากพบว่ามีผู้มีความสมบัติเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงจะเก็บข้อมูลจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบทั้งหมด 200 คน ดังภาพที่ 3 และตารางที่ 1



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	จำนวนตำบล (ตำบล)	จำนวนญาติผู้ดูแล	
		ทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง
อำเภอบ่อทอง	ตำบลพลวงทอง	49	18
	ตำบลธาตุทอง	56	20
	ตำบลวัดสุวรรณ	57	21
	ตำบลบ่อทอง	108	39
อำเภอเมือง	ตำบลหนองรี	87	16
	ตำบลดอนหัวพ้อ	36	7
	ตำบลบ้านสวน	316	60
	ตำบลนาป่า	100	19
รวม		809	200

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ และ 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว อาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ทั้งนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดชนิดตัวเลข 0-10 คะแนน โดยด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง รู้สึกหรือรับรู้ว่าเป็น สุขภาพโดยรวมไม่ดีเลย/ไม่แข็งแรงเลย ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไปทางด้านขวาจนถึงด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง รู้สึกหรือรับรู้ว่าเป็น สุขภาพโดยรวมดีมาก/แข็งแรงอย่างยิ่ง ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพมาก

2. ข้อมูลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ และอายุ และ 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่พิการ ระดับความพิการ และโรคร่วม

3. ข้อมูลบริบทการดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างคนพิการและญาติผู้ดูแล การพักอาศัยกับคนพิการ จำนวนชั่วโมงการดูแลต่อวัน ระยะเวลาการดูแล กิจกรรมการดูแล และสภาพแวดล้อมการดูแล

ทั้งนี้ การประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแล จะประเมิน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบไม่ใช่	ให้	0	คะแนน
ตอบใช่	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน การแปลผล ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกสูง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณนาลักษณะสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนรวม 0-3	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำ
คะแนนรวม 4-6	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง
คะแนนรวม 7-10	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงในระดับสูง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เป็นแบบทดสอบความเข้าใจของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการผิดปกติ และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ การตอบแบบทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบผิด	ให้	0	คะแนน
ตอบถูก	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน การแปลผล ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกดี ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณนาคำตอบเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนรมน้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนนรวมระหว่างร้อยละ 60-79	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ เป็นแบบประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมทัศนคติ 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติด้านบวก และทัศนคติด้านลบ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert rating scale) ประเมินทัศนคติทั้งในทางบวกและทางลบ การตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 5 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
3	ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ
2	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันดี ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณนาทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในระดับไม่ดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นแบบประเมินการรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่อการได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเพียงพอ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับในการใช้บริการ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert rating scale) การตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 5 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ญาติผู้ดูแลเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้น อย่างยิ่ง
4 คะแนน = เห็นด้วย	หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้น
3 คะแนน = ไม่แน่ใจ	หมายถึง ญาติผู้ดูแลเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้น บางส่วน/ ไม่แน่ใจ

2 คะแนน = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้น

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้นอย่างยิ่ง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีการเข้าถึง
บริการสุขภาพเพื่อการจัดการความปวดง่าย ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณนาการเข้าถึง
บริการสุขภาพ แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับ
ต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับ
ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพใน
ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินการรับรู้ของญาติ
ผู้ดูแลต่อการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ
กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก จากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน
หรือเพื่อนบ้าน อสม. และพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม
16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ความรู้สึก ห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ
2) ด้านการให้ความช่วยด้านสิ่งของหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ 3) ด้านการให้
ข้อมูลข่าวสาร การชี้แนะ/ การให้คำปรึกษา และ 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมิน
ตนเอง มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) การตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้
กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 4 ตัวเลือก และ
เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	คำตอบ
3	เป็นประจำ
2	เป็นบางครั้ง
1	นาน ๆ ครั้ง
0	ไม่ได้เลย

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณนาการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.99	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.00-3.00	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกัน เป็นแบบประเมินการกระทำหรือการปฏิบัติของญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อ การจัดการความเครียด และการปรับเปลี่ยนท่าทาง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3 คะแนน = ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ประจำ สม่ำเสมอ หรือ 6-7 วัน/ สัปดาห์
2 คะแนน = ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อย หรือ 3-5 วัน/ สัปดาห์
1 คะแนน = ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บางครั้งหรือ 1-2 วัน/ สัปดาห์
0 คะแนน = ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในระดับสูง ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (Best & Khan, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.99	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 3.00	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ใน ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล สาขาเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) พบว่า ทุกแบบสัมภาษณ์ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8 ยกเว้นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.9

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกัน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านหัวกุญแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.8 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555) พบว่า ทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ รายละเอียดดังตารางที่ 2 ส่วนแบบสอบถามความรู้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

รายการแบบสัมภาษณ์	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทดลองใช้ (n = 30)
แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ	.83
แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.88
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	.96
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกัน	.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 3 เดือน (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมกราคม พ.ศ. 2563) ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาหนังสือจริยธรรมการวิจัย (เลขที่ 05-06-2562) และตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเข้าเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการทั้ง 8 แห่งข้างต้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลญาติผู้ดูแล โดยสุ่มญาติผู้ดูแลจากรายชื่อคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีญาติเป็นผู้ดูแล มีคุณสมบัติตรงตามกำหนด และขอให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการและอสม. ประสานงานภายในหมู่บ้าน นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับช่วงวัน เวลาที่สะดวกให้ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลที่บ้าน

2.2 ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล โดยมืออสม. พาไปเก็บข้อมูลตามบ้านของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์และรายละเอียดขั้นตอนของการทำวิจัย รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล อสม. จะเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวแทน

2.3 เมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

2.4 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จึงนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เลขที่ 05-06-2562) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์รวมทั้งชี้แจงให้ทราบการเก็บข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายในรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage, %) ค่าต่ำสุด (Minimum: Min) ค่าสูงสุด (Maximum: Max) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ค่าเฉลี่ยภาพรวมหรือค่าเฉลี่ยที่ปรับ (Adjusted mean, M_{adj}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (Median, Me) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range, IQR) ของข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมกำบังกัน การเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

2. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ต่อพฤติกรรมกำบังกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่อาศัยอยู่บนที่จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่อาศัยในเขตอำเภอบ่อทองและอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งจะนำเสนอการศึกษาแบบบรรยายประกอบตาราง ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ฯ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ฯ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อมูลพื้นฐานของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่รับการดูแล และ 3) ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-59 ปี ($Me = 48.0$, $IQR = 14$) ส่วนมากอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59) (ร้อยละ 63.0) ประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) มีสถานภาพสมรสสูงที่สุด (ร้อยละ 68.0) เกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 94.5) โดยมากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 56.0) มากกว่า 3 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลประกอบอาชีพ (ร้อยละ 79.0) โดยอาชีพ 3 อันดับแรก คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 32.3) รองลงมาเป็นค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 29.8) และรับจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 19.6) ส่วนมากมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 72.5) ที่เหลือนั้นไม่เพียงพอ (ร้อยละ 27.5) โดยมีมากกว่า 1 ใน 10 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีหนี้สิน (ร้อยละ 11.5) ดังตารางที่ 3

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.5) โดย 3 อันดับแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 84.1) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.1) และ

โรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.5) ตามลำดับ ซึ่งมีบางส่วนได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (ร้อยละ 9.3) ส่วนใหญ่ระบุว่า มีอาการปวดตามบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 88.0) โดยตำแหน่งที่มีอาการปวด 3 อันดับแรก คือ บริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 84.0) หลังส่วนบน (ร้อยละ 69.3) และไหล่ (ร้อยละ 47.2) ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน ($M = 5.13, SD = 1.86$) ซึ่งประมาณ 2 ใน 3 มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.5) รายละเอียดดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 200$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงวัย (อายุ)		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44 ปี)	74	37.0
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี)	126	63.0
(Min = 21 ปี, Max = 59 ปี, Me = 48.0, IQR = 14)		
เพศ		
หญิง	150	75.0
ชาย	50	25.0
สถานภาพสมรส		
สมรส หรือ อยู่ด้วยกัน	136	68.0
โสด	39	19.5
หม้าย หรือ หย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่	25	12.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	11	5.5
รับการศึกษา	189	94.5
ประถมศึกษา	106	56.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	19.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	30	16.0
อนุปริญญา/ ปวส.	7	3.7
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	9	4.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	42	21.0
ประกอบอาชีพ	158	79.0
เกษตรกรรวม	51	32.3
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	47	29.8
รับจ้างชั่วคราว	31	19.6
พนักงานบริษัท/ ประจำ	27	17.0
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	1.3
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	96	48.0
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	49	24.5
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	32	16.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	23	11.5
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	93	46.5
มีโรคประจำตัว	107	53.5
จำนวน 1 โรค	60	56.1
จำนวน 2 โรค	34	31.8
จำนวน 3 โรคขึ้นไป	13	12.1
ชนิดของโรคประจำตัว*		
โรคความดันโลหิตสูง	90	84.1
โรคไขมันในเลือดสูง	44	41.1
โรคเบาหวาน	23	21.5
กลุ่มความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ	10	9.3
โรคไต	6	5.6
โรคอื่น ๆ (ไทรอยด์และหัวใจ)	6	5.6

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดบริเวณส่วนของร่างกาย		
ไม่มีอาการปวด	24	12.0
มีอาการปวด	176	88.0
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพไม่ดี (0-3 คะแนน)	41	20.5
สุขภาพพอใช้ (4-7 คะแนน)	137	68.5
สุขภาพดี (8-10 คะแนน)	22	11.0
(Min = 2, Max = 10, M = 5.13, SD = 1.86)		

ตารางที่ 4 ร้อยละของระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความปวดของร่างกาย (n = 200)

ส่วนของร่างกาย	ร้อยละของระดับความปวด			
	ไม่ปวด (0)	น้อย (1-3)	ปานกลาง (4-6)	มาก (7-10)
หลังส่วนล่าง	26.0	26.5	47.0	0.5
หลังส่วนบน	39.0	27.5	33.0	0.5
ไหล่	58.5	23.5	17.5	0.5
สะโพก/ ต้นขา	80.0	9.5	10.5	-
คอ	83.5	11.5	4.5	0.5
มือ/ ข้อมือ	84.0	11.5	4.5	-
หัวเข่า	86.5	5.5	8.0	-
ข้อเท้า/ เท้า	95.5	1.5	3.0	-
ข้อศอก	96.5	2.5	1.0	-

2. ข้อมูลพื้นฐานของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่รับการดูแล

คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-92 ปี

(Me = 63, IQR = 25) โดยส่วนมากเป็นวัยสูงอายุ (ร้อยละ 57.5) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.0) เท่ากับ

เพศชาย (ร้อยละ 50.0) มีชีวิตอยู่ร่วมกับความพิการตั้งแต่ 1-12 ปี ($Me = 3.0, IQR = 3$) โดยประมาณ ครึ่งหนึ่งพิการเป็นอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 51.5) ที่เหลือเป็นช่วง 4-6 ปี (ร้อยละ 29.5) และช่วง 7-9 ปี (ร้อยละ 11.0) ตามลำดับ ทั้งนี้ มากกว่า 3 ใน 4 ของผู้รับการดูแลมีโรคประจำตัวร่วมกับ ความพิการ (ร้อยละ 77.7) โดย 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.4) โรคไขข้อ ในเลือดสูง (ร้อยละ 41.6) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 33.8) ตามลำดับ โดยมีระดับความพิการเป็น ระดับ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 47.5) รองลงมาเป็นระดับ 3 (ร้อยละ 36.0) และระดับ 5 (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 200$)

ข้อมูลพื้นฐานผู้รับการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงวัย (อายุ)		
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44 ปี)	38	19.0
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี)	47	23.5
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	48	24.0
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	34	17.0
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	33	16.5
(Min = 21 ปี, Max = 92 ปี, Med = 63.0, IQR = 25)		
เพศ		
ชาย	100	50.0
หญิง	100	50.0
ระยะเวลาที่พิการ (ปี)		
1-3	103	51.5
4-6	59	29.5
7-9	22	11.0
10 ปีขึ้นไป	16	8.0
(Min = 1 ปี, Max = 12 ปี, Med = 3.0, IQR = 3)		
โรคร่วมความพิการ		
ไม่มีโรคร่วม	46	23.0
มีโรคร่วม	154	77.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานผู้รับการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคร่วม 1 โรค	72	46.7
มีโรคร่วม 2 โรค	43	28.0
มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป	39	25.3
ชนิดของโรคร่วม*		
โรคความดันโลหิตสูง	133	86.4
โรคไขมันในเลือดสูง	64	41.6
โรคเบาหวาน	52	33.8
โรคกระดูกและข้อ	15	9.7
โรคหัวใจ	13	8.4
โรคไต	9	5.8
โรคอื่น ๆ (ไทรอยด์และโลหิตจาง)	7	4.5
ระดับความพิการ		
ระดับ 3 (มีความพิการของแขน/ขา/มือ < 2 ข้าง)	72	36.0
ระดับ 4 (มีความพิการของแขน/ขา/มือ 2 ข้าง)	95	47.5
ระดับ 5 (มีความพิการของแขน/ขา/มือ > 2 ข้าง)	33	16.5

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เป็นบุตรที่หน้าทีดูแลบิดา/มารดามากที่สุด (ร้อยละ 39.5) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 32.5) เป็นบุตร (ร้อยละ 11.5) เป็นญาติ (ร้อยละ 10) และเป็นพี่น้อง (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับคนพิการ (ร้อยละ 86.0) ทำหน้าที่ดูแลคนพิการระหว่าง 3-16 ชั่วโมง/วัน ($M = 8.2, SD 3.19$) ส่วนมากอยู่ในช่วง 7-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 52.5) มีประสบการณ์การดูแลคนพิการระหว่าง 1-12 ปี ($Me = 3, IQR = 3$) อยู่ในช่วง 1-3 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 53.0) รองลงมา คือ 4-6 ปี (ร้อยละ 30.7) และ 7-9 ปี (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 6

สำหรับท่าทางขณะให้การดูแลคนพิการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความเสี่ยงทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ (ร้อยละ 96.0) โดยความเสี่ยง 5 อันดับแรก ได้แก่ บิดตัว/เอี้ยวตัวหยิบ

จับสิ่งของบ่อย ๆ (ร้อยละ 81.3) เอื้อมหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ (ร้อยละ 71.5) ใช้มือหรือแขนออกแรงซ้ำ ๆ บ่อย ๆ (ร้อยละ 58.9) เคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก/ใหญ่เทอะทะ/ไม่มีที่จับหนัก (ร้อยละ 55.2) และก้มหยิบสิ่งของที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเข่า (ร้อยละ 52.6) ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 7

ส่วนสภาพแวดล้อมในการดูแลคนพิการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความเสี่ยงทางสุขภาพด้านกายภาพ (ร้อยละ 96.5) โดยสิ่งแวดล้อมเสี่ยง 5 อันดับแรก ได้แก่ พื้นที่หรือทางเดินมีแสงสว่างไม่เพียงพอ/มืดสลัว (ร้อยละ 76.2) พื้นที่หรือทางเดินมีสิ่งของวางกีดขวาง (ร้อยละ 49.7) สิ่งของที่ใช้จัดวางในระดับสูงกว่าไหล่/ต่ำกว่าหัวเข่าเกินไป (ร้อยละ 43.0) พื้นที่หรือทางเดินไม่มีความมั่นคง/ลื่นไถลง่าย (ร้อยละ 38.9) สิ่งของที่ใช้จัดวางอยู่ในระยะใกล้จากระยะหยิบใช้ (ร้อยละ 38.4) เก้าอี้หรือที่นั่งใช้ในการดูแลอยู่ระดับสูงมาก/อยู่ต่ำมาก (ร้อยละ 33.7) และ โต๊ะที่ใช้ในการดูแลอยู่สูงจนต้องเอื้อม/อยู่ต่ำจนต้องก้มตัว (ร้อยละ 29.5) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย ($n = 200$)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์คนพิการกับญาติผู้ดูแล		
บิดา/ มารดา	79	39.5
คู่สมรส	65	32.5
บุตร	23	11.5
ญาติ (เช่น ลุง/ ป้า/ น้า/ อา/ หลาน/ ปู่/ ย่า/ ตา/ ยาย)	20	10.0
พี่/ น้อง	13	6.5
อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับคนพิการ		
ใช่	172	86.0
ไม่ใช่	28	14.0
จำนวนชั่วโมงที่ดูแล (ชั่วโมง/ วัน)		
1-6 ชั่วโมง	82	41.0
7-12 ชั่วโมง	105	52.5
13-18 ชั่วโมง	13	6.5
(Min = 3, Max = 16, $M = 8.2$, $SD = 3.19$)		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแล (ปี)		
1-3	108	54.0
4-6	60	30.0
7-9	18	9.0
10 ปีขึ้นไป	14	7.0
(Min = 1, Max = 12 ปี, Me = 3, IQR = 3)		

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามลักษณะการดูแลและสิ่งแวดล้อมในการดูแล
(n = 200)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการดูแล		
ไม่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (ที่ได้คะแนน 0)	8	4.0
มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์	192	96.0
ลักษณะของความเสี่ยงทางการยศาสตร์*		
บิดตัว/ เอี้ยวตัวหยิบจับสิ่งของบ่อย ๆ	156	81.3
เอื้อมหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูง/ ต่ำกว่าไหล่	143	74.5
ใช้มือหรือแขนออกแรงซ้ำ ๆ บ่อย ๆ	113	58.9
เคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก/ ใหญ่/ ไม่มีที่จับหนัก	106	55.2
ก้มหยิบสิ่งของที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเข่า	101	52.6
ยืนให้การดูแลต่อเนื่องนานเกิน 20 นาที	86	44.8
นั่งเก้าอี้ไม่พอดี/ ต้องนั่งยอง/ ขัดสมาธิบนพื้น	71	37.0
นั่งให้การดูแลต่อเนื่องนานเกิน 20 นาที	68	35.4
สิ่งแวดล้อมในการดูแล		
ไม่มีความเสี่ยงทางสภาพแวดล้อม (ที่ได้คะแนน 0)	7	3.5
มีความเสี่ยงทางกายภาพ	193	96.5

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของความเลียงทางกายภาพ*		
พื้นที่หรือทางเดินมีแสงสว่างไม่เพียงพอ/ มีคสลัว	147	76.2
พื้นที่หรือทางเดินมีสิ่งของวางกีดขวาง	96	49.7
สิ่งของที่ใช้จัดวางในระดับสูงกว่าไหล่/ ต่ำกว่าหัวเข่าเกินไป	83	43.0
พื้นที่หรือทางเดินไม่มีความมั่นคง/ ลื่นไถลง่าย	75	38.9
สิ่งของที่ใช้จัดวางอยู่ในระยะไกลจากระยะหยิบใช้	74	38.4
เก้าอี้หรือที่นั่งใช้ในการดูแลอยู่ระดับสูงมาก/ อยู่ต่ำมาก	65	33.7
โต๊ะที่ใช้ในการดูแลอยู่ระดับสูงจนต้องเอื้อม/ อยู่ต่ำจนต้องก้มตัว	57	29.5
พื้นที่หรือทางเดินมีลักษณะเป็นขั้นบันไดขึ้นลง	60	31.0
อุปกรณ์/ เครื่องมือใช้ในการดูแลมีขนาดใหญ่เกินไป/ เล็กเกินไป	57	29.5
ขนาดของอุปกรณ์/ เครื่องมือมีน้ำหนักมากเกินไป	54	27.8
(Min = 0, Max = 10, M = 3.79, SD = 2.0)		

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังป้องกัน ฯ

ข้อมูลตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่ศึกษานอกเหนือจากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทัศนคติต่อการป้องกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกระหว่าง 3-10 คะแนน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.45, SD = 1.48$) จากการพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการผิดปกติฯ มีคะแนนมากกว่าความรู้ด้านพฤติกรรมกำบังป้องกัน ($M = 4.03, SD = 0.94$ และ $M = 3.54, SD = 1.19$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อการเอี้ยว/ บิดตัวบ่อย ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อฯ มีคะแนนมากที่สุด รองลงมา คือ การเปลี่ยนอิริยาบถช่วยลดการเกิดอาการปวด ตึง ชา บวม เมื่อยกล้ามเนื้อ และอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อฯ ไม่อันตรายไม่ส่งผลต่อการดูแลคนพิการและกิจวัตรประจำวัน

ตามลำดับ (ดังตารางที่ 12 ในภาคผนวก)

2. ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมทักษะคิดในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกระหว่าง 13-43 คะแนน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 31.18, SD = 6.40, M_{adj} = 3.12$) จากการพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะคิดต่อกลุ่มอาการผิดปกติฯ ด้านบวก มีคะแนนมากกว่าทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ ด้านลบ ($M = 19.57, SD = 4.19, M_{adj} = 3.26$ และ $M = 11.65, SD = 3.44, M_{adj} = 2.91$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ ฯ เป็นสิ่งที่ป้องกันได้มีคะแนนมากที่สุด ($M = 3.68, SD = 1.02$) รองลงมาคือ การยึดเหยียดสามารถทำได้ตลอดเวลา ($M = 3.49, SD = 1.01$) และนั่ง/ ยืนหลังตรง สามารถปฏิบัติได้ ($M = 3.20, SD = 1.18$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 13 ในภาคผนวก)

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่าง 22-36 คะแนน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 29.12, SD = 3.32$) จากการพิจารณารายด้าน พบว่า ในด้านการยอมรับในบริการมีคะแนนมากที่สุด ($M = 11.32, SD = 1.73, M_{adj} = 3.77$) รองลงมา คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M = 7.19, SD = 1.50, M_{adj} = 3.59$) ด้านความเพียงพอ ($M = 3.58, SD = 0.97$) ด้านความสะดวกไปใช้บริการ ($M = 3.52, SD = 0.99$) และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ($M = 3.32, SD = 1.17$) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อมีความเชื่อมั่นในคุณภาพมาตรฐานมีคะแนนมากที่สุด ($M = 4.06, SD = 0.80$) รองลงมา คือ สถานบริการมีมาตรฐานถูกต้อง เหมาะสม ($M = 3.82, SD = 0.95$) และสถานบริการมีทางลาด รถเข็น ฯ อำนวยความสะดวก ($M = 3.68, SD = 0.97$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 14 ในภาคผนวก)

4. การได้รับการสนับสนุนจากสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากสังคมระหว่าง 25-48 คะแนน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 36.29, SD = 5.23$) จากการพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์ความรู้สึกได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ($M = 9.60, SD = 1.66, M_{adj} = 2.39$) รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 9.37, SD = 1.79, M_{adj} = 2.34$) ด้านการประเมินผล ($M = 8.89, SD = 1.90, M_{adj} = 2.22$) และ ด้านทรัพยากร ($M = 8.55, SD = 1.87, M_{adj} = 2.13$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 8 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อได้รับการเอาใจใส่/ ให้กำลังใจ จากครอบครัว/ เพื่อนบ้านมีคะแนนมากที่สุด ($M = 2.55, SD = 0.59$) รองลงมาคือ ได้รับการดูแล/ ช่วยเหลือ จากครอบครัว/ เพื่อนบ้าน ($M = 2.53, SD = 0.57$) และได้รับการคำแนะนำ/ คำปรึกษา จากครอบครัว/ เพื่อนบ้าน ($M = 2.42, SD = 0.63$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 15 ในภาคผนวก)

ตารางที่ 8 คะแนนที่คาดหวัง คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวม และ การแปรผลความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทัศนคติต่อการป้องกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 200$)

ตัวแปร	คะแนน ที่คาดหวัง	คะแนน จริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย ภาพรวม	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน	0-10	3-10	7.45	1.48	-	ปานกลาง
ด้านกลุ่มอาการผิดปกติ	0-5	1-5	4.03	0.94	-	สูง
ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกัน	0-5	1-5	3.54	1.19	-	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการป้องกัน	10-50	13-43	31.18	6.40	3.12	ปานกลาง
ด้านบวก	6-30	8-27	19.57	4.19	3.26	ปานกลาง
ด้านลบ	4-20	4-20	11.65	3.44	2.91	ปานกลาง
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	8-40	22-36	29.12	3.32	3.61	ปานกลาง
ด้านความเพียงพอ	1-5	2-5	3.58	0.97	3.58	ปานกลาง
ด้านความสะดวกไปใช้บริการ	1-5	2-5	3.52	0.99	3.52	ปานกลาง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2-10	3-10	7.19	1.50	3.59	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการจ่าย	1-5	1-5	3.32	1.17	3.32	ปานกลาง
ด้านการยอมรับในบริการ	3-15	7-14	11.32	1.73	3.77	สูง
การสนับสนุนจากสังคม	0-48	25-48	36.39	5.23	2.27	สูง
ด้านอารมณ์ความรู้สึก	0-12	4-12	9.60	1.66	2.39	สูง
ด้านทรัพยากร	0-12	4-12	8.55	1.87	2.13	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0-12	5-12	9.37	1.79	2.34	สูง
ด้านการสะท้อนและประเมิน	0-12	5-12	8.89	1.90	2.22	สูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกอยู่ระหว่าง 19-44 คะแนน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 31.36$, $SD = 5.88$, $M_{adj} = 2.09$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจัดการความเครียด มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีที่สุด ($M = 7.31$, $SD = 1.42$, $M_{adj} = 2.43$) รองลงมาคือ ด้านการปรับเปลี่ยน

ท่าทาง ($M = 16.13, SD = 2.89, M_{adj} = 2.30$) ด้านการออกกำลังกาย ($M = 5.10, SD = 2.08, M_{adj} = 1.69$) และด้านการบริหารกล้ามเนื้อ ($M = 3.09$ คะแนน, $SD = 1.44, M_{adj} = 1.54$) ตามลำดับ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 3-21 คะแนน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทำงาน/ ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย จนเหงื่อออกมีคะแนนมากที่สุด ($M = 2.07, SD = 0.87$) รองลงมา คือ ออกกำลังกายนอกเหนือจากการทำงานหรือการดูแล ($M = 1.58, SD = 1.09$) และอบอุ่นร่างกายก่อนและผ่อนคลายร่างกาย หลังออกกำลังกาย ($M = 1.45, SD = 0.86$) ตามลำดับ

2. พฤติกรรมด้านการบริหารกล้ามเนื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หยุดพักเปลี่ยนอิริยาบถ/ บริหารกล้ามเนื้อระหว่างดูแลมีคะแนนมากที่สุด ($M = 2.32, SD = 0.64$) รองลงมาคือ บริหารกล้ามเนื้อก่อนการดูแล ($M = 1.55, SD = 0.81$) และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการดูแล ($M = 1.54, SD = 0.82$) ตามลำดับ

3. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ มีคะแนนสูงที่สุด ($M = 2.47, SD = 0.67$) รองลงมา คือ ควบคุมอารมณ์/ผ่อนคลายความเครียด ($M = 2.45, SD = 0.55$) และสังเกตอารมณ์/ หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ($M = 2.40, SD = 0.68$) ตามลำดับ

4. พฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เมื่อต้องยืนนาน ๆ จะลงน้ำหนักบนขาข้างใดข้างหนึ่งสลับกันไปมีคะแนนมากที่สุด คือ ($M = 2.47, SD = 0.57$) รองลงมา คือ เมื่อหยิบสิ่งของอยู่สูงกว่าไหล่จะใช้แท่นสำหรับยืน ($M = 2.40, SD = 0.68$) เมื่อเคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก/ ใหญ่/ ไม่มีที่จับหนักจะใช้เครื่องทุ่นแรง ($M = 2.30, SD = 0.63$) เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของจะจัดของเข้ามาใกล้และหลีกเลี่ยงบิดหรือเอี้ยวตัว ($M = 2.30, SD = 0.63$) เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับต่ำกว่าเข่า จะย่อตัว งอสะโพก และข้อเข่า ($M = 2.24, SD = 0.68$) และเมื่อต้องนั่ง ให้การดูแลจะหลีกเลี่ยงการนั่งหลังค่อม/ นั่งก้มหลังหรือนั่งยอง ๆ ($M = 2.12, SD = 0.58$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวม และการแปรผล
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง
กระดูก ($n = 200$)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย (M_{adj})	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
ภาพรวม	0-45	19-44	31.59 (2.10)	5.86	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	0-9	0-9	5.10 (1.69)	2.08	ปานกลาง
1. ทำงาน/ เคลื่อนไหวร่างกายจนเหงื่อออก	0-3	0-3	2.07	0.87	สูง
2. ออกกำลังกายเหนือจากการทำงาน/ การดูแล	0-3	0-3	1.58	1.09	ปานกลาง
3. อบอุ่นร่างกายก่อน-หลังออกกำลังกาย	0-3	0-3	1.45	0.86	ปานกลาง
ด้านการบริหารกล้ามเนื้อ	0-9	0-6	3.09 (1.54)	1.44	ปานกลาง
4. เปลี่ยนอิริยาบถ/ บริหารกล้ามเนื้อระหว่างดูแล	0-3	0-3	2.32	0.64	สูง
5. บริหารกล้ามเนื้อก่อนการดูแล	0-3	0-3	1.55	0.81	ปานกลาง
6. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการดูแล	0-3	0-3	1.54	0.82	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	0-9	3-9	7.31 (2.43)	1.42	สูง
7. ทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ	0-3	0-3	2.47	0.67	สูง
8. ควบคุมอารมณ์/ ผ่อนคลายความเครียด	0-3	0-3	2.45	0.55	สูง
9. สังเกตอารมณ์/ หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ตึงเครียด	0-3	0-3	2.40	0.68	สูง
ด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง	0-18	6-18	13.81 (2.30)	2.60	สูง
10. เมื่อต้องยืนนาน ๆ จะลงน้ำหนักบนขาข้างใด ข้างหนึ่งสลับกันไป	0-3	1-3	2.47	0.57	สูง
11. เมื่อต้องนั่งให้การดูแล จะหลีกเลี่ยง การนั่งหลังค่อม/ นั่งก้มหลังหรือนั่งของ ๆ	0-3	0-3	2.12	0.58	สูง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรมกำบังกันฯ	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย (M_{adj})	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
12. เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับต่ำกว่าเข่า จะย่อตัว งอสะโพก และข้อเข่า	0-3	0-3	2.24	0.68	สูง
13. เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ จะใช้แทนต่อแทนการเขย่งหรือเอี้ยว	0-3	1-3	2.40	0.61	สูง
14. เมื่อเคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก/ ใหญ่/ ไม่มีที่จับหนัก จะใช้เครื่องทุ่นแรง	0-3	0-3	2.30	0.63	สูง
15. เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของ จะจัดของเข้ามา ใกล้ ๆ และหลีกเลี่ยงการบิดหรือเอี้ยวตัว	0-3	1-3	2.30	0.63	สูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มตัวอย่าง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติเบื้องต้น ดังนี้

- ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมกำบังกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก เป็น Interval scale และมีการแจกแจงปกติ
- ตัวแปรต้น มีทั้งหมด 7 ตัว ประกอบด้วย (1) ตัวแปรที่เป็น Interval scale และมีการแจกแจงปกติ คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ทักษะต่อการป้องกันโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และสภาพแวดล้อมในการดูแล (2) ตัวแปรที่เป็น Ratio scale แต่มีการแจกแจงไม่ปกติ คือ อายุ และประสบการณ์ในการดูแล ได้ปรับเป็น Norminal scale ที่มีคำตอบ 2 ตัวเลือก (Dichotomous choices) และแปลงให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้

2.1 อายุ ให้ 0 หมายถึง ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44 ปี) และ 1 หมายถึง ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี)

2.2 ประสบการณ์ในการดูแล ให้ 0 หมายถึง ช่วงมีประสบการณ์ในการดูแล 1-3 ปี และ 1 หมายถึง ช่วงมีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่า 3 ปีขึ้นไป

3. มีการกระจายแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.44 และจากการวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.557 (ค่าปกติ คือ 1.5-2.5) แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน

4. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .85$) รายละเอียดดังตารางที่ 10

5. ไม่มี Multivariate outlier จากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3

6. ค่าความแปรปรวน ไม่มีลักษณะที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์การดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม สภาพแวดล้อมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 200$)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
พฤติกรรมการป้องกัน (Y)	1					
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน (X1)	.444***	1				
ทัศนคติต่อการป้องกัน (X2)	.361***	.497***	1			
การเข้าถึงบริการสุขภาพ (X3)	.104	.264***	.369***	1		
การสนับสนุนทางสังคม (X4)	.569***	.290***	.200**	.165*	1	
สภาพแวดล้อมในการดูแล (X5)	-.140*	-.244**	-.082	.039	-.049	1

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลและถูกเลือกเข้าสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันฯ ของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .528, p < .001$) ความรู้ในการป้องกัน ($\beta = .919, p < .001$) และทัศนคติในการป้องกัน ($\beta = .139, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.426, F = 5.881, p < .05$) และสามารถเขียนเป็นสมการถดถอย

ในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

พฤติกรรมกำบังกันของญาติผู้ดูแล = .471 (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) + .232 (ความรู้ในการป้องกัน) + .152 (ทัศนคติในการป้องกัน)

จากสมการแสดงให้เห็นว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .528 หมายความว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังกันเพิ่มขึ้น .528 หน่วย ความรู้ในการป้องกันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังกัน โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .232 หมายความว่า ความรู้ในการป้องกันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังกันเพิ่มขึ้น .232 หน่วย และทัศนคติในการป้องกันเป็นปัจจัยตัวสุดท้ายของสมการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังกัน โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ .139 หมายความว่า ทัศนคติในการป้องกันเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเพิ่มขึ้น .139 หน่วย รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมกำบังกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 200$)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>b</i>	Beta		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	.528	.471	8.308	< .001*
ความรู้ในการป้องกัน	.919	.232	3.622	< .001*
ทัศนคติในการป้องกัน	.139	.152	2.425	< .05

$R = 0.652$; $R^2 = 0.426$; $R^2_{adj} = 0.417$; $F = 5.881$, $p < .05$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 200 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-state sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน 3) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติการป้องกัน 4) แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5) แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 31.36, SD = 5.88, M_{adj} = 2.09$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจัดการความเครียดและด้านการปรับเปลี่ยนท่าทางมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 7.31, SD = 1.42, M_{adj} = 2.43$ และ $M = 16.13, SD = 2.89, M_{adj} = 2.30$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการออกกำลังกายและด้านการบริหารกล้ามเนื้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.10, SD = 2.08, M_{adj} = 1.69$ และ $M = 3.09$ คะแนน, $SD = 1.44, M_{adj} = 1.54$ ตามลำดับ) โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเพื่อร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .528, p < 0.001$) ความรู้ในการป้องกัน ($\beta = .919, p < 0.001$) และทัศนคติในการป้องกัน ($\beta = .139, p < 0.05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.426, F = 5.881, p < 0.05$) และสามารถเขียนเป็นสมการทำนาย ได้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันของญาติผู้ดูแล = .471 (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) + .232 (ความรู้ในการป้องกัน) + .152 (ทัศนคติในการป้องกัน)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยที่มีอิทธิพลของพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิปกตติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก เนื่องจากการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในบริบทของจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นตัวแทนของจังหวัดที่มีจำนวนคนพิการในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทยและมีความหลากหลายของสภาพแวดล้อมที่มีทั้งเขตเมือง เขตชนบทที่มีทั้งภูเขา ทะเล ความสูงต่ำของแต่ละพื้นที่ในจังหวัด ถือได้ว่าเป็นการศึกษาที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแล และการพยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอาการผิปกตติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชลบุรี

ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยในจังหวัดชลบุรีบางส่วนได้รับการวินิจฉัยมีความผิปกตติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (ร้อยละ 9.3) แต่ส่วนใหญ่ยังระบุว่ามีอาการปวดตามบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 88.0) โดยตำแหน่งที่มีอาการปวด 3 อันดับแรกคือ บริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 84.0) หลังส่วนบน (ร้อยละ 69.3) และไหล่ (ร้อยละ 47.2) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการเจ็บปวดบริเวณหลังส่วนล่าง ไหล่ ข้อมือ/ มือ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากกลุ่มอาการผิปกตติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ (Reis, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บจากการดูแลโดยมีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 78.6) (You & Lee, 2011)

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังนั้นมีความเสี่ยงทางสุขภาพด้านการยศาสตร์ค่อนข้างมากจากท่าทางในการดูแล 5 อันดับแรก ได้แก่ การบิดตัว/ เอี้ยวตัวหยิบจับสิ่งของบ่อย ๆ (ร้อยละ 81.3) เอื้อมหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ (ร้อยละ 74.5) ใช้มือหรือแขนออกแรงซ้ำ ๆ บ่อย ๆ (ร้อยละ 58.9) เคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก/ ใหญ่เทอะทะ/ ไม่มีที่จับหนัก (ร้อยละ 55.2) และก้มหยิบสิ่งของที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเข่า (ร้อยละ 52.6) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บจากการดูแลมีสาเหตุจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ท่าทางในการดูแล การบิด เอี้ยวตัวและการก้มโค้งบิดตัว เป็นต้น (You & Lee, 2011) ประกอบกับสภาพแวดล้อมในการดูแลคนพิการของญาติผู้ดูแล มีความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง 5 อันดับแรก ได้แก่ พื้นที่หรือทางเดินมีแสงสว่างไม่เพียงพอ/ มีดสลับ (ร้อยละ 76.2) พื้นที่หรือทางเดินมีสิ่งของวางกีดขวาง (ร้อยละ 49.7) สิ่งของที่ใช้จัดวางในระดับสูงกว่าไหล่/ ต่ำกว่าหัวเข่า

เกินไป (ร้อยละ 43.0) พื้นที่หรือทางเดินไม่มีความมั่นคง/ ลื่นไถลง่าย (ร้อยละ 38.9) และสิ่งของที่ไร้จัดวางอยู่ในระยะใกล้จากระยะหยิบใช้ (ร้อยละ 38.4) ตามลำดับ

ทั้งนี้อาการเจ็บปวดดังกล่าวรบกวนกิจวัตรประจำวัน จนทำให้ญาติผู้ดูแลแสวงหาและตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก เพื่อให้สามารถปฏิบัติกรดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ดังเดิม จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค จนมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชลบุรี

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 31.36$, $SD = 5.88$, $M_{adj} = 2.09$) แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลในพื้นที่ของจังหวัดชลบุรีนั้นกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสมมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า การที่พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ภาพรวมอยู่ในระดับสูงแต่ค่อนข้างมาทางปานกลางนั้นเกิดจากพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ($M = 7.31$, $SD = 1.42$, $M_{adj} = 2.43$) และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง ($M = 16.13$, $SD = 2.89$, $M_{adj} = 2.30$) ที่มีคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านอยู่ในระดับสูง แต่ในขณะที่พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ($M = 5.10$, $SD = 2.08$, $M_{adj} = 1.69$) และด้านการบริหารกล้ามเนื้อ ($M = 3.09$, $SD = 1.44$, $M_{adj} = 1.54$) มีคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการความเครียดเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่เสมอจากบริบทการดูแลคนพิการ ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมาที่เน้นพัฒนากลวิธีจัดการความเครียดในญาติผู้ดูแล (Lawang, 2013) จึงทำให้ผลการศึกษามีพฤติกรรมด้านนี้สูง ดังเช่นรายชื่อที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะหาเวลาทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ($M = 2.47$, $SD = 0.67$) ควบคุมอารมณ์/ ผ่อนคลายความเครียด ($M = 2.45$, $SD = 0.55$) หรือสังเกตอารมณ์/ หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ตึงเครียด ($M = 2.40$, $SD = 0.68$) เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทางสามารถอธิบายได้จากบริบทการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างต้องทำกิจกรรมการดูแลที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ทั้งการบิดตัว/ เอี้ยวตัวหยิบจับสิ่งของบ่อย ๆ เอื้อมหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ หรือใช้มือ/ แขนออกแรงซ้ำ ๆ บ่อย ๆ จึงจำเป็นต้องปรับตัวเองให้มีจัดวางหรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้เหมาะสม จึงทำให้พฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับสูง ดังเช่นผลการวิจัยรายชื่อที่พบว่า เมื่อต้องยืนนาน ๆ ญาติผู้ดูแลจะลง

น้ำหนักบนขา ข้างใดข้างหนึ่งสลับกันไป ($M = 2.47, SD = 0.57$) เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ ญาติผู้ดูแลจะใช้แทนต่อแทนการเขย่งหรือเอี้ยว ($M = 2.40, SD = 0.61$) เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของ จะจัดของเข้ามาใกล้ ๆ และหลีกเลี่ยงการบิดหรือเอี้ยวตัว ($M = 2.30, SD = 0.63$) เป็นต้น

ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการให้การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นงานที่มีกิจกรรมจำนวนมาก กิจกรรมที่ทำหนัก และยุ่งยากซับซ้อนจนบางครั้งเหนื่อยจนเหงื่อออก ประกอบกับใช้เวลาในการทำหน้าที่ดูแลนานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 3.19$) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง ซึ่งรวมถึงเวลาในการออกกำลังกายด้วย ดังผลการศึกษารายชื่อที่พบว่า ญาติผู้ดูแลออกกำลังกายนอกเหนือจากการทำงานหรือการดูแล ($M = 1.58, SD = 1.09$) และอบอุ่นร่างกายก่อนและผ่อนคลายร่างกายหลังออกกำลังกาย ($M = 1.45, SD = 0.86$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการบริหารกล้ามเนื้อก่อนการดูแล ($M = 1.55, SD = 0.81$) และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการดูแล ($M = 1.54, SD = 0.82$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พีรพงษ์ จันทราเทพ (2554) พบว่า การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานเก็บขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($OR = 2.35, 95\% CI = 1.11$)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติฯ ในระดับสูง แต่เกือบ 1 ใน 10 ได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (ร้อยละ 9.3) และส่วนใหญ่ยังระบุว่า มีอาการปวดตามบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 88.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพภรณ์ จันทรพิมล (2550) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังคงพบว่ามีอาการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อคือ ปวดกล้ามเนื้อขา (ร้อยละ 79.47) ปวดกล้ามเนื้อหลัง (ร้อยละ 72.63) ซึ่งพยาบาลและบุคลากรยังต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการมีพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ที่เหมาะสมมากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการป้องกัน และทัศนคติในการป้องกัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่างได้ (ร้อยละ 42.6) หรือประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของการทำนาย แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่จะช่วยทำให้ญาติคน

พิการทางการเคลื่อนไหวเกิดพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกได้ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE Model (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/ Ecological Diagnosis and Evaluation) ของ Green and Kreuter (2005) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยดังกล่าว คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการป้องกัน และทัศนคติในการป้องกัน ก็จะเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือและการส่งเสริมที่ได้รับจากตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว/ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน และอสม./ เจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยสิ่งที่ได้รับอาจเป็นกำลังใจ สิ่งของความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการยอมรับ ซึ่งล้วนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก็รู้สึกว่าคุณสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกได้อย่างเหมาะสม อภิปรายได้ว่า จากกรอบแนวคิด PRECEDE-Model (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่าเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งเสริมหรือชักชวนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์รัฐพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน นายจ้างและเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย ($r = .264, p < .001$) สอดคล้องกับ เฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์ และนาตยา ดวงประทุม (2562) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการมีความรู้ยิ่งช่วยทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ได้มากขึ้น อาจเนื่องมาจากความรู้เป็นปัจจัยภายในที่บุคคลรับรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับและเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในจิตใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา (Green & Kreuter, 2005) หากญาติผู้ดูแลมีความรู้มีความเข้าใจที่ถูกต้องว่า สิ่งใดถูกต้อง/ สิ่งใดไม่ถูกต้อง สิ่งใดควร/ สิ่งใด

ไม่ควรปฏิบัติ จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตรและศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ (2560) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงาน ($r = .43, p < .01$) และการศึกษาของ นพรัตน์ เทียงคำดี (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 270 คน พบว่า ความรู้ที่มากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานที่ดี ($r = .262, p < .001$)

นอกจากการที่ญาติผู้ดูแลคนพิการ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับมีความรู้ในการป้องกันแล้ว หากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในการป้องกันที่ดีก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามมา อาจเนื่องมาจากทัศนคติเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นปัจจัยพื้นฐานในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ (Green & Kreuter, 2005) หากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีหรือเห็นด้วยกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย ($r = .170, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ สมิทธิ์ปัญญา (2560) พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านคั่นตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ($r = 0.372, p < .001$)

ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลของการร่วมทำนายของตัวแปรทั้ง 3 ตัว ว่าเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน อสม. หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการได้รับสนับสนุนทางด้านกำลังใจ ความรู้ หรือสิ่งของ จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ดี และหากญาติผู้ดูแลมีความรู้หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดี มีความยินดีที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สำคัญในกรอบแนวคิด คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยเสริม) ความรู้ในการป้องกัน (ปัจจัยนำ) และทัศนคติในการป้องกัน (ปัจจัยนำ) ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

4. ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลหรือไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูก ดังนี้

อายุ การได้รับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการนั้นเป็นประสบการณ์ใหม่ของ แต่ละบุคคล บางคนได้รับบทบาทตั้งแต่อายุยังน้อย บางคนได้รับบทบาทเมื่อมีอายุมาก กล่าวคือ การที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมาก ก็ไม่ได้หมายความว่า จะมีประสบการณ์ในการดูแลมากด้วยเช่นกัน ดังนั้น อายุที่มากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์กมลอิสลาม (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา จำนวน 304 คน พบว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ประสบการณ์ในการดูแล ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีกิจกรรมในการดูแลที่มากและหลากหลายที่ต้องปฏิบัติ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลน้อย อาจขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา ดังนั้นการมีประสบการณ์การดูแลจะมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) พบว่า แสดงให้เห็นว่าพนักงาน นวดแผนไทยยังมีประสบการณ์ทำงานมากขึ้น มีระยะเวลาานขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ($r = .122, p < .05$)

การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากญาติผู้ดูแลได้รับบริการทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านความเพียงพอ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการและด้านการยอมรับในการใช้บริการ จากนโยบาย การสร้างเสริม รักษา ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพที่คล้ายคลึงกันในพื้นที่จังหวัดชลบุรี จึงทำให้ ปัจจุบันญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ดังนั้น การเข้าถึงการบริการสุขภาพจะมากหรือน้อย จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์ (2558) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย พบว่า การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย ($r = .182, p < .01$) และการศึกษาของ ชัญญา นุชไพรวงษ์ (2560) พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ($r = .404$, $p = .05$)

สภาพแวดล้อมในการดูแล การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นการดูแลที่จำกัดบริเวณในการดูแล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เมื่อพาคนพิการมาดูแลต่อที่บ้านจะพยายามต่อเติมหรือจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำบทบาท จึงทำให้สภาพแวดล้อมในการดูแลจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์ฐิณี บำรุงวงศ์ (2558) พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย ($r = .180$, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด/ สาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสามารถนำผลการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไปเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย ในการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยมีการชี้แจงและร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขในการกำหนดบทบาทหน้าที่ในหน่วยงานอย่างชัดเจน เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยประเมินพฤติกรรมป้องกันฯ ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันฯ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและด้านการบริหารกล้ามเนื้อที่อยู่ในระดับปานกลาง

3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสมในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเพิ่มการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ตลอดจนเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้

ข้อเสนอแนะการศึกษาและการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติ ๆ ในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตลอดจนเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการป้องกัน ๆ
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์ต่อไป

บรรณานุกรม

- กมลชนก ป้อมสันเทียะ, ชลธิชา แซ่ปึ้ง, ณัฐธิดา ทองงาม, ภัคนันท์ สงวนสิทธิกุล, สุพัตรา ระหงษ์, สุวนันท์ ภูมิเชวง, อาทิตย์ จันทรสักดิ์ และทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ประกอบอาชีพประมงในท่าเทียบเรือสะพานปลาอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี. ใน *ประชุมวิชาการทางการยศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 15-17 ธันวาคม 2559* (หน้า 79-90). กรุงเทพฯ: สมาคมการยศาสตร์ไทย.
- กรมพัฒนาที่ดิน. (2562). *รายงานโครงการจัดทำแผนที่แสดงความลาดชันของพื้นที่ จังหวัดชลบุรี*. เข้าถึงได้จาก http://www.lddservice.org/services/fileproject/เขต%20/จังหวัดชลบุรี_CBI/รายงาน/รายงานSC_CBI.pdf
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2563). *รายงานข้อมูลสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://dep.go.th/uploads/Docuents/61ccc2d9-8e3f-4f75-a361-368f5c6a4b80รายละเอียดข้อมูลคนพิการ%20มี63.pdf>
- กัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร และดิษฐพล ใจซื่อ. (2560). การดูแลตนเองของแรงงานเก็บขยะ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 37-45.
- ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลคนพิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2552). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- คุณกร ศรีสุนทร. (2557). *คุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหววัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์ตัดแปลง*
ในท้องถิ่น อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการบริหารและพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).
 พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทร์ราวดี พรหมโสภณ และสมคิด ปราบภัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
 ป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัด
 นครราชสีมา. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 356-367.
- จิราพร อื้อเทียน, สุรินทร กลัมพากร, อรวรรณ แก้วบุญชู และสุนีย์ ละกำป็น. (2548). ปัจจัยที่มีผล
 ต่อพฤติกรรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างในผู้รับงานไปทำที่บ้าน อาชีพตัดเย็บ
 เสื้อผ้า. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 27(1), 42-49.
- จุฑามาศ คชโคตร และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่. (2560). พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจาก
 การทำงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสาร
 มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(5), 12-20.
- จุฑามาศ คชโคตร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และ
 อรวรรณ แก้วบุญชู. (2555). พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของพนักงาน
 ธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(1), 71-86.
- ชญัญญาช ไพรวงษ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยี
 แห่งสุวรรณภูมิ*, 11(1), 380-393.
- ชาญลักษณ์ เข็มมิตร. (2556). *การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัย
 ราชภัฏรำไพพรรณีปีการศึกษา 2554*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 พลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชูศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2550). การศึกษาองค์ประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
 กับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(2), 57-71.
- ทิพย์กมล อีสลาม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
 อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 8(1), 1-15.

- ธานีรัตน์ ผ่องแผ้ว. (2558). *คุณภาพชีวิตคนพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช : ปัจจัยที่มีผลและแนวทางการพัฒนา*. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นพรัตน์ เทียงคำดี. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของ พนักงานเก็บขยะ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี สีสักนาวิระ และชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 63-74.
- นุชนารถ กันธิยะ (2552). *กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเนื่องจากการ ทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนตรชนก เจริญสุข. (2557). การยื่นและนั่งแบบการยศาสตร์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย อีสเทิร์นเอเซีย*, 1(7), 11-15.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประหยัด ทิพย์สุทธิ. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน ของพนักงานจัดระวางสินค้า สนามบินสุวรรณภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาท พยาบาล. *วารสารสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 47-59.
- ปิติพร สิริทิพากร. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะญาติผู้ดูแล แหล่งพักอาศัยในตนเองกับ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พชรพร สุวิชาเชิดชู, ฐานดา เกียรติเกาะ, สุรีพร ควรกานวน, อุทุมพร วชิรพันธ์สกุล และสุพิชฌาย์ วิจิโต. (2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหวของ ศูนย์แพทย์ชุมชน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 16(2), 38-50.

- พนิดา จิตรรัมย์ และกุลธิดา พานิชกุล. (2556). ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน. เข้าถึงได้จาก [http://www.amsarthailand.utcc.
ac.th/attachments/article/34/13%20Nittaya%20thail.pdf](http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/13%20Nittaya%20thail.pdf)
- พรทิพย์ ใจจง. (2557). ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของ
รยางค์ส่วนบน ในผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพารา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- พรพรรณ สมิทธิ์ปัญญา. (2560). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ
ประชาชนบ้านคันตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดสระบุรี. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 37-51.
- พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. (2534, 25 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*.
หน้า 18-29.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (2550, 27 กันยายน).
ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 12-13.
- พีรพงษ์ จันทราเทพ. (2554). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและ
กล้ามเนื้อในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
หนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 49-58
- เพ็ญประภา ไสวดี, ชันัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอบางละมุง
จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 89-101.
- เฟื่องฟ้า รัตนาคนहुตานนท์ และนาตยา ดวงประทุม. (2562). การสนับสนุนทางสังคมกับ
การป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในอำเภอบางปะอิน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชพฤกษ์*, 5(2), 220-233.
- ภรธิดา พงศ์พันธ์, พรนภา หอมสินธุ์ และยุวดี ลีลัคณาวิระ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในอำเภอบ้านค่าย จังหวัด
ระยอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 1-12.
- ภาวิณี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา และวัชรวิงค์ หวังมั่น. (2559). ภาวะในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
เรื้อรังในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ
ประสงค์*, 2(3), 79-94.

- มาลีจิตร ชัยเนตร และรุ่งลาวัลย์ กาวิละ. (2560). ผลของการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน รูปแบบปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลร่วมกับจิตอาสาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. *วารสารเชียงรายเวชสาร*, 9(1), 99-111.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ชันวิเศษ. (2554). คุณภาพชีวิต ปัญหา และความต้องการของคนพิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(2), 98-109.
- ยุพาภรณ์ จันทรมิมล. (2550). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล อาชีวอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวลักษณ์ โปธิดารา. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 46-55.
- รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2551). ญาติผู้ดูแล: ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(3), 1-13.
- รัฐชิตา ภิมาล และวทันยา วงศ์มติกุล. (2560). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่าง ในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(1), 87-93.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2544). *อาการปวดหลัง*. เข้าถึงได้จาก http://rehabmed.or.th/main/paperjournal_keyword_thai/%E0%B8%9B%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87/
- โรจกร ลือมงคล และสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2557). ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และความเครียดจากการท่งานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(6), 516-523.
- วณิชชา กันธสร. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ จากการทำงานของพนักงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุวดี รอดจางกัย. (2548). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(1), 58-62.
- วังนา ลีละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์. (2558). เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. เข้าถึงได้จาก http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/article_4.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 20(1), 10-21.
- วิชา วัฒนาปรีชาเกียรติ. (2560). พฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานจัดเก็บขยะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- วิภาดา ศรีเจริญ และนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*, 17(2), 252-260.
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน. (2562). คู่มือการปรับปรุงการปฏิบัติงานยกและเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงกาย ตามหลักการยศาสตร์. กรุงเทพฯ: ชยากร พรินติ้ง.
- สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดชลบุรี. (2562) ข้อมูลคนพิการในจังหวัดชลบุรี. เข้าถึงได้จาก: <http://thainews.prd.go.th/th/>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สินินุช ขำดี, มณี อากานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สิรินันท์ เจริญผล และรัตน์ศิริ ทาโต. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรี ผู้ใช้แรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 136-148.
- สุนทร วงศ์ชนกิจ, สุรินทร กลัมพากร, อรวรรณ แก้วบุญ และสุนีย์ ละกำป็น. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 35(2), 109-118.

- เสาวภา เล็กวงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางปัญญาของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 102-112.
- อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล และพิสิทธิ์ ภูมิพื้นผล. (2550). ชีวิตความเป็นอยู่ของคนพิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 18(2), 43-53.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-7.
- American College of Sports Medicine [ACSM]. (2006). *ACSM's health-related physical fitness assessment manual*. Philadelphia: Lippincott.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education*. Boston: Pearson Education.
- Darragh, A. R. (2015). Musculoskeletal discomfort, physical demand, and caregiving activities in informal caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), 734-760.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw Hill.
- Hyolyun, R., Daehee, L., & Yongjae, K. (2014). Prevalence of work-related musculoskeletal symptoms and their associations with job stress in female caregivers living in South Korea. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(5), 665-669.
- Iseselo, K., & Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: A qualitative urban based study in Dares Salaam Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16, 146.
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adult with a physical disability: A community-based action research study*. Melbourne: Faculty of Health Sciences La Trobe University.

- Lawang, W., Horey, D. E., & Blackford, J. (2015). Family caregivers of adults with acquired physical disability: Thai case-control study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 70-78.
- Lin, J. D. (2014). The Roland-Morris disability scale for the assessment of non-specific low back pain outcome among disability sector workers. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 8, 1635-1640.
- Parul Raj, A. N., & Ganesan, S. (2011). Comparison of musculoskeletal symptoms among adult female caregivers of physically challenged children and normal children. *Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 5(4), 146-149.
- Polit, F. D., & Beck, C. L. (2017). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). India: Wolters Kluwer.
- Reis, S. (2016). *Prevalence of symptoms of musculoskeletal injuries related to the work of caregiver - case study of a social institution*. London: CRC.
- Suzuki, K., & Tamakoshi, K. (2016). Caregiving activities closely associated with the development of low-back pain among female family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 15-16.
- Szeto, G. P. Y., Ho, P., Ting, A. C. W., Poon, J. T. C., Cheng, S. W. K., & Tsang, R. C. C. (2009). Work related musculoskeletal symptoms in surgeons. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 175-184.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *World report disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/world_report_disability_easyread.pdf?ua=1
- You, Y. Y., & Lee, B. H. (2011). Investigation of musculoskeletal disorders among mid-old aged woman caregiver at a long-term hospital. *Journal of the Ergonomics Society of Korea*, 30(2), 349-356.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

Factors Influencing Preventive Behaviors Against Musculoskeletal Disorders Among Family Caregivers of Persons with Physical Disability

ชื่อนิติ นางรสริน สมใจ

รหัสประจำตัวนิสิต 58920239 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 06 - 2562 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 215 ราย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับ Try out จำนวน 30 ราย รวม 245 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล พื้นที่เขตอำเภอเมืองชลบุรี และอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับญาติผู้ดูแล



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05 - 06 - 2562

ชื่อผู้วิจัย นางรสริน สมใจ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการวิจัยนี้กำหนด เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 6 ตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดูแล 2) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก 3) ทักษะคิดในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 6) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

การวิจัยนี้ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา โปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทการดูแล ซึ่งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก รวมถึงการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และ

ไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสริน ศิริเดชจร หมายเลขโทรศัพท์ 082-713-3347 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 092-962-5354

นางสริน สมใจ

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางรสริน สมใจ)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางรสริน สมใจ)

ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทาง

ระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

ของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบแบบสัมภาษณ์นี้ตามความคิดเห็นและตรงกับความเป็น
จริงมากที่สุดให้ครบทุกข้อมี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบทดสอบความรู้	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสัมภาษณ์ทัศนคติ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติ ทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก	จำนวน 15 ข้อ

นางรสริน สมใจ

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

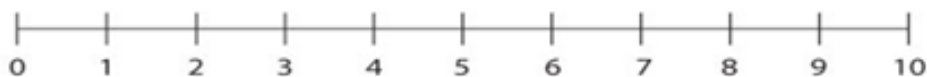
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1.1 ข้อมูลญาติผู้ดูแล

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุ เกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)
3. ท่านมีสถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. สมรส หรือ อยู่ด้วยกัน
 - () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 - () 5. อนุปริญญา/ ปวส. () 6. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
5. ท่านประกอบอาชีพ
 - () 1. ไม่ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกรรม
 - () 3. รับจ้าง/ พนักงานบริษัท () 4. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
 - () 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวท่าน
 - () 1. เพียงพอและมีเหลือเก็บ () 2. เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ
 - () 3. ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน () 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
7. ท่านมีโรคประจำตัว
 - () 1. โรคความดันโลหิตสูง () 2. โรคเบาหวาน
 - () 3. โรคไขมันสูง () 4. โรคหัวใจ
 - () 5. โรคอื่น ๆ
8. ท่านคิดว่า ภาพรวมตอนนี้ภาวะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด



เจ็บป่วยรุนแรง/
แย่มาก/ ไม่แข็งแรงเลย

ไม่เจ็บป่วยเลย/
ดีมาก/ แข็งแรงมาก

9. ในรอบ 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดเกิดขึ้น บริเวณตำแหน่งใดของร่างกายเกิดขึ้น ได้แก่ อาการปวด บวม เมื่อยล้า เคล็ด ตึง อักเสบ แสบ ชา หรือตึงแข็งของข้อต่อต่าง ๆ ในตำแหน่งต่อไปนี้ หรือไม่

ตำแหน่ง	อาการปวด ตึง ชา บวม เคลื่อนไหวลำบาก
9.1 คอ	
9.2 ไหล่	
9.3 หลังส่วนบน	
9.4 ข้อศอก	
9.5 มือ/ข้อมือ	
9.6 หลังส่วนล่าง	
9.7 สะโพก/ต้นขา	
9.8 หัวเข่า	
9.9 ข้อเท้า/เท้า	

1.2 ข้อมูลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

10. เพศ

() 1.ชาย

() 2.หญิง

11. [ชื่อคนพิการ] มีอายุ.....ปี (อายุ เกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)

12. [ชื่อคนพิการ] พิการเป็นระยะเวลานาน ปี

13. [ชื่อคนพิการ] มีความพิการอยู่ในระดับใด (ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล)

- () 1. ระดับ 3 () 2. ระดับ 4 () 3. ระดับ 5

14. [ชื่อคนพิการ] มีโรคอื่นร่วมด้วย

- () 1. โรคความดันโลหิตสูง () 2. โรคเบาหวาน () 3.ภาวะไขมันในเลือดสูง
() 4. โรคหัวใจ () 5. โรคอื่น ๆ

1.3 ข้อมูลบริบทการดูแล

15. [ชื่อคนพิการ] มีความสัมพันธ์เป็นอะไรกับท่าน

- () 1. คู่สมรส () 2. บุตร
() 3. บิดา/ มารดา () 4. อื่น ๆ ระบุ.....

16. ท่านกับ [ชื่อคนพิการ] อาศัยอยู่บ้านเดียวกันใช่หรือไม่

- () 1. ไม่ใช่ () 2. ใช่

17. จำนวนชั่วโมงที่ท่านใช้ดูแล [ชื่อคนพิการ].....ชั่วโมง/ วัน

18. ระยะเวลาที่ท่านใช้ดูแล [ชื่อคนพิการ] ปี

19. กิจกรรมการดูแลของท่าน มีลักษณะต่อไปนี้ ใช่หรือไม่

19.1 ยืนให้การดูแลต่อเนื่องนานเกิน 20 นาที	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
19.2 นั่งให้การดูแลต่อเนื่องนานเกิน 20 นาที	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
19.3 ท่านั่งดูแล	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
19.4	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
19.5	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
19.8 บิดตัว /เอี้ยวตัวหยิบจับสิ่งของบ่อย ๆ	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่

20. สภาพแวดล้อมในการดูแลของท่าน มีลักษณะต่อไปนี้ใช่หรือไม่

20.1 โต๊ะที่ใช้ในการดูแลอยู่ในระดับสูงจนต้องเอื้อม/ โหยงแขน หรืออยู่ต่ำจนต้องก้มตัว/ ก้มตัว	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
20.2 เก้าอี้ที่ใช้ในการดูแลอยู่ในระดับสูงจนเท้าไม่สามารถวางแนบกับพื้น/ต้องโหยงเท้า หรืออยู่ต่ำจนต้องงอเข่ามาก	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
20.3	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
20.4	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่
20.10 ขนาดของอุปกรณ์/ เครื่องมือมีน้ำหนักมากเกินไป	() 0. ไม่ใช่	() 1. ใช่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด มีเกณฑ์เลือกตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	อาการปวด ตึง ชา บวม เคลื่อนไหวลำบากบริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก		
2.	อาการผิดปกติของระบบ กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ไม่อันตรายและไม่ส่งผลกระทบต่อกระดูกสันหลังและการดำรงชีวิตประจำวัน		
3.	การทำท่าทางการดูแลข้อ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวด ตึง ชา บวม เคลื่อนไหวลำบาก		
4.		
5.		
9.	การเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างการดูแลทุก 4 ชั่วโมง จะช่วยลดการเกิดอาการปวด ตึง ชา บวม เมื่อยล้า หรือข้อติดแข็งของข้อต่อต่าง ๆ ได้		
10.	การจัดวางสิ่งของที่หยิบใช้ ไม่ควรสูงกว่าไหล่		

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ
โครงสร้างกระดูก

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด มีเกณฑ์เลือกตอบดังนี้

- 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นอย่างยิ่ง
 4 = เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้น
 3 = ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นบางส่วน/
 ไม่แน่ใจ
 2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้น
 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้น
 อย่างยิ่ง

ข้อ	ท่านคิดว่า.....	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
1.	กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกเป็นสิ่งที่ป้องกันได้					
2.	การออกกำลังกายไม่มีความจำเป็นเพราะ การดูแลเป็นกิจกรรมที่หนักอยู่แล้ว					
3.	การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเรื่องที่เสียเวลา					
4.					
5.					
9.	การนั่งหลังตรงหรือยืน โดยไม่แอ่นหลัง เป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้					
10.	การย่อเข่าของขึ้นจากพื้น หรือก้มหลัง โดยไม่โค้งหลังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด มีเกณฑ์เลือกตอบดังนี้

- 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นอย่างยิ่ง
 4 = เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้น
 3 = ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นบางส่วน/
 ไม่แน่ใจ
 2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้น
 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้น
 อย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
1.	สถานบริการสุขภาพที่ท่านใช้บริการ มีจำนวนเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรเพียงพอ ในการให้บริการ					
2.	สถานบริการสุขภาพที่ท่านใช้บริการ ตั้งอยู่ไม่ไกลจากบ้านของท่าน สามารถ เดินทางได้สะดวก					
3.					
7.					
8.	ท่านมีความเชื่อมั่นในคุณภาพ การรักษาพยาบาล					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด มีเกณฑ์เลือกตอบ ดังนี้

- 3 = เป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นเป็นประจำ
 2 = เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นเป็นบางครั้ง
 1 = นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นนาน ๆ ครั้ง
 0 = ไม่ได้เลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นเลย

ที่	ข้อความ	แหล่งเสริมแรง	เป็นประจำ (3)	เป็นบางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้เลย (0)
1.	ท่านได้รับการเอาใจใส่/ให้กำลังใจ ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อหรือโครงสร้างกระดูก	สมาชิก ในครอบครัว/ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน				
		อสม./ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สุขภาพ				
2.	ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือเมื่อท่านมีอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อหรือโครงสร้างกระดูก	สมาชิก ในครอบครัว/ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน				
		อสม./ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สุขภาพ				
3.					
8.	ท่านได้รับการเตือน เมื่อปฏิบัติตัวเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อหรือโครงสร้างกระดูก	สมาชิก ในครอบครัว/ เพื่อน/ เพื่อนบ้าน				
		อสม./ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สุขภาพ				

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและ
โครงสร้างกระดูก

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อที่ตรงกับ
ความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์เลือกตอบดังนี้

- 3 = ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความในประโยคนั้น
อย่างสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติทุกครั้งหรือปฏิบัติ
6-7 วัน/ สัปดาห์
- 2 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความในประโยคนั้นบ่อยครั้ง/
3-5 วัน/ สัปดาห์
- 1 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความในประโยคนั้น
นาน ๆ ครั้ง/ 1-2 วัน/ สัปดาห์
- 0 = ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย

ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (3)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (2)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (0)
1.	ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา ^{นอกเหนือจาก} การทำงานหรือกิจกรรมการดูแล (เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ โยคะ เต้นแอโรบิก เป็นต้น) ต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป				
2.	ท่านทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ^{จนเหงื่อออก} (เช่น ทำงาน กิจกรรมการดูแล เป็นต้น) ต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป				
3.				
14.				
15.	เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของ ท่านจะจัดของเข้ามา ใกล้ ๆ และหลีกเลี่ยงการบิดหรือเอี้ยวตัว				

ภาคผนวก จ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ฯ รายชื่อ

ทัศนคติต่อการป้องกัน ฯ รายชื่อ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ รายชื่อ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายชื่อ

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน ฯ รายชื่อ

การกำหนดตัวแปรหุ่น

การวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ฯ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ฯ รายข้อ (n = 200)

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ฯ	ระดับการปฏิบัติ	
	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
1. อาการปวด ตึง ชา บริเวณส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ฯ	161 (80.5)	39 (19.5)
2. อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ฯ ไม่อันตรายไม่ส่งผลต่อการดูแลคนพิการและกิจวัตรประจำวัน	164 (82.0)	36 (18.0)
3. ดูแลด้วยท่าทางการดูแล ฯ เป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่ออาการปวด ตึง เคลื่อนไหวลำบาก	158 (79.0)	42 (21.0)
4. เอี้ยว/ บิดตัวบ่อย ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ฯ	174 (87.0)	26 (13.0)
5. จัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ ให้เอื้อต่อการหยิบจับ สามารถลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ฯ	149 (74.5)	51 (25.5)
6. ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง จากภารกิจดูแลและเกิดอาการปวด ตึง ชา บวม ได้	145 (72.5)	55 (27.5)
7. บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังเป็นประจำ ช่วยลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ ฯ	129 (64.5)	71 (35.5)
8. จัดการความเครียด เช่น การนอนหลับ การดูหนัง ฟังเพลง ช่วยลดการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ ฯ	112 (56.0)	88 (44.0)
9. เปลี่ยนอิริยาบถช่วยลดการเกิดอาการปวด ตึง ชา บวม เมื่อย่ำได้	166 (83.0)	34 (17.0)
10. จัดวางสิ่งของที่จะหยิบใช้ ไม่ควรสูงกว่าไหล่หรือต่ำกว่าไหล่	156 (78.0)	44 (22.0)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการป้องกัน ฯ รายข้อ ($n = 200$)

ทัศนคติต่อการป้องกัน ฯ	ระดับการปฏิบัติ					ค่าเฉลี่ย	SD
	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย		
	อย่างยิ่ง				อย่างยิ่ง		
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
1. กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อ ฯ เป็นสิ่งที่ป้องกันได้	52 (26.0)	60 (30.0)	62 (31.0)	24 (12.0)	2 (1.0)	3.68	1.02
2. การออกกำลังกายไม่มีความจำเป็น	23 (11.5)	35 (17.5)	44 (22.0)	72 (36.0)	26 (13.0)	2.79	1.21
3. การออกกำลังกายเป็นสิ่งเสียเวลา	23 (11.5)	33 (16.5)	45 (22.5)	80 (40.0)	19 (9.5)	2.81	1.17
4. การยืดเหยียดร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญ	19 (9.5)	43 (21.5)	56 (28.0)	63 (31.5)	19 (9.5)	2.90	1.13
5. การหาเวลาพักผ่อน/ ผ่อนคลาย เป็น สิ่งที่ทำได้ง่าย	37 (18.5)	36 (18.0)	70 (35.0)	42 (21.0)	15 (7.5)	3.19	1.18
6. การยืดเหยียดสามารถทำได้ตลอดเวลา	34 (17.0)	67 (33.5)	67 (33.5)	26 (13.0)	6 (3.0)	3.49	1.01
7. ผ่อนคลายความเครียด ช่วยบรรเทา อาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ฯ	23 (11.5)	43 (21.5)	70 (35.0)	62 (31.0)	2 (1.0)	3.12	1.00
8. เปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชม. หรือน้อย กว่า ทำให้เสียเวลา	29 (14.5)	48 (24.0)	52 (26.0)	58 (29.0)	13 (6.5)	3.11	1.16
9. นั่ง/ ยืนหลังตรง สามารถปฏิบัติได้	31 (15.5)	52 (26.0)	60 (30.0)	39 (19.5)	18 (9.0)	3.20	1.18
10. ย่อเข่าของจากพื้น/ ก้มหลัง โดยไม่โค้งหลังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก	17 (8.5)	43 (21.5)	75 (37.5)	42 (21.0)	23 (11.5)	2.95	1.10

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายข้อ ($n = 200$)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ					ค่าเฉลี่ย	SD
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
1. จำนวนเจ้าหน้าที่/ บุคลากรเพียงพอ	41 (20.5)	62 (31.0)	69 (34.5)	28 (14.0)	-	3.58	0.96
2. สถานบริการตั้งอยู่ไม่ไกล	38 (19.0)	63 (31.5)	63 (31.5)	36 (18.0)	-	3.52	0.99
3. สถานบริการมีทางลาด รถเข็น ฯ อำนวยความสะดวก	46 (23.0)	69 (34.5)	62 (31.0)	21 (10.5)	2 (1.0)	3.68	0.97
4. สถานบริการมีมาตรฐาน ถูกต้อง เหมาะสม	55 (27.5)	73 (36.5)	52 (26.0)	20 (10.0)	-	3.82	0.95
5. เข้ารับบริการได้สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน	43 (21.5)	55 (27.5)	62 (31.0)	40 (20.0)	-	3.51	1.04
6. ได้รับการดูแล/ ส่งเสริม สุขภาพอย่างเหมาะสม	42 (21.0)	62 (31.0)	47 (23.5)	42 (21.0)	7 (3.5)	3.45	1.14
7. สามารถจ่ายค่าบริการได้	32 (16.0)	67 (33.5)	51 (25.5)	33 (16.5)	17 (8.5)	3.32	1.17
8. มีความเชื่อมั่นในคุณภาพ มาตรฐาน	66 (33.0)	83 (41.5)	47 (23.5)	4 (2.0)	-	4.06	0.80

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ
($n = 200$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	แหล่งเสริม	ระดับการปฏิบัติ				ค่าเฉลี่ย	SD
		เป็นประจำ (3)	เป็นบางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้เลย (0)		
1. ได้รับการเอาใจใส่/ ให้กำลังใจ	ครอบครัว/	120	71	8	1	2.55	0.59
	เพื่อน	(60.0)	(35.5)	(4.0)	(0.5)		
	อสม./	63	120	17	-	2.23	0.59
	จนท.	(31.5)	(60.0)	(8.5)			
2. ได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ	ครอบครัว/	114	78	8	-	2.53	0.57
	เพื่อน	(57.0)	(39.0)	(4.0)			
	อสม./	73	111	16	-	2.29	0.60
	จนท.	(36.5)	(55.5)	(8.0)			
3. ได้รับการสนับสนุนเงิน และสิ่งของ	ครอบครัว/	74	93	33	-	2.21	0.70
	เพื่อน	(37.0)	(46.5)	(16.5)			
	อสม./	27	113	58	2	1.83	0.66
	จนท.	(13.5)	(56.5)	(29.0)	(1.0)		
4. มีเวลาในการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้	ครอบครัว/	87	93	20	-	2.34	0.65
	เพื่อน	(43.5)	(46.5)	(10.0)			
	อสม./	63	109	28	-	2.18	0.66
	จนท.	(31.5)	(54.5)	(14.0)			
5. ได้รับข้อมูลข่าวสาร	ครอบครัว/	87	103	9	1	2.38	0.59
	เพื่อน	(43.5)	(51.5)	(4.5)	(0.5)		
	อสม./	65	117	18	-	2.24	0.61
	จนท.	(32.5)	(58.5)	(9.0)			

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การได้รับการสนับสนุน ทางสังคม	แหล่ง เสริม	ระดับการปฏิบัติ				ค่าเฉลี่ย	SD	
		เป็นประจำ (3)	เป็น บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ เลย (0)			
6. <u>ได้รับการแนะนำ/ คำปรึกษา</u>	ครอบครัว/ เพื่อน	99 (49.5)	85 (42.5)	16 (8.0)	-	2.42	0.63	
	อสม./ จนท.	85 (42.5)	97 (48.5)	18 (9.0)	-	2.34	0.63	
	7. <u>ได้รับการบอก/ สะท้อน</u>	ครอบครัว/ เพื่อน	71 (35.5)	110 (55.0)	18 (9.0)	1 (0.5)	2.26	0.64
		อสม./ จนท.	52 (26.0)	117 (58.5)	31 (15.5)	-	2.12	0.65
8. <u>ได้รับการเตือน</u>	ครอบครัว/ เพื่อน	81 (40.5)	105 (52.5)	14 (7.0)	-	2.34	0.60	
	อสม./ จนท.	56 (28.0)	124 (62.0)	20 (10.0)	-	2.18	0.59	

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรรป้องกัน
กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก รายข้อ ($n = 200$)

พฤติกรรมกรรป้องกัน ๓	ระดับการปฏิบัติ				ค่าเฉลี่ย	SD
	ปฏิบัติเป็น	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
	ประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	เลย		
	(3)	(2)	(1)	(0)		
1. ออกกำลังกายหนีจากการทำงาน/ การดูแล	59 (29.5)	34 (17.0)	71 (35.5)	36 (18.0)	1.58	1.095
2. ทำงาน/ เคลื่อนไหวร่างกายจน เหงื่อออก	69 (34.5)	89 (44.5)	28 (14.0)	14 (7.0)	2.07	0.874
3. ยืดเหยียดร่างกายก่อน-หลังออก กำลังกาย	21 (10.5)	77 (38.5)	73 (36.5)	29 (14.5)	1.45	0.867
4. บริหารกล้ามเนื้อก่อนการดูแล	21 (10.5)	88 (44.0)	71 (35.5)	20 (10.0)	1.55	0.813
5. เปลี่ยนอิริยาบถ/ บริหารกล้ามเนื้อ ระหว่างดูแล	84 (42.0)	96 (48.0)	20 (10.0)	0 (0)	2.32	0.648
6. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการดูแล	19 (9.5)	93 (46.5)	64 (32.0)	24 (12.0)	1.54	0.826
7. สังเกตอารมณ์/ หลีกเลียงเหตุการณ์ ที่ตึงเครียด	102 (51.0)	75 (37.5)	23 (11.5)	0 (0)	2.40	0.687
8. ควบคุมอารมณ์/ ผ่อนคลาย ความเครียด	95 (47.5)	99 (49.5)	6 (3.0)	0 (0)	2.45	0.555
9. ทำกิจกรรมพักผ่อนคลาย	115 (57.5)	64 (32.0)	21 (10.5)	0 (0)	2.47	0.679
10. เมื่อต้องยืนนาน ๆ จะลงน้ำหนัก บนขา ข้างใดข้างหนึ่งสลับกันไป	102 (51.0)	90 (45.0)	8 (4.0)	0 (0)	2.47	0.575

ตารางที่ 16 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกัน ฯ	ระดับการปฏิบัติ				ค่าเฉลี่ย	SD
	ปฏิบัติเป็น	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
	ประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	เลย		
	(3)	(2)	(1)	(0)		
11. เมื่อนั่งให้การดูแล จะหลีกเลี่ยงการนั่งหลังค่อม/ นั่งก้มหลังหรือนั่งของ ๆ	46 (23.0)	132 (66.0)	21 (10.5)	1 (0.5)	2.12	0.586
12. เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับต่ำกว่าเข่า จะย่อตัว งอสะโพก และข้อเข่า	74 (37.0)	100 (50.0)	25 (12.5)	1 (0.5)	2.24	0.586
13. เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ จะใช้แทนต่อแทนการเขย่ง/เอี้ยว	93 (46.5)	93 (46.5)	14 (7.0)	0 (0)	2.40	0.617
14. เมื่อเคลื่อนย้ายสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก/ ใหญ่/ ไม่มีที่จับหนัก จะใช้เครื่องทุ่นแรง	77 (38.5)	106 (53.0)	16 (8.0)	1 (0.5)	2.30	0.632
15. เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของ จะจัดของเข้ามาใกล้ ๆ และหลีกเลี่ยงบิด/เอี้ยวตัว	79 (39.5)	102 (51.0)	19 (9.5)	0 (0)	2.30	0.634

ตารางที่ 17 การกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น

	ตัวแปรเดิม	ตัวแปรหุ่น (Dummy variable)
		D1
1. อายุ	ช่วงอายุผู้ใหญ่ตอนต้น	0
	ช่วงอายุผู้ใหญ่ตอนปลาย	1
2. ประสบการณ์การดูแล	ประสบการณ์การดูแล 1-3 ปี	0
	ประสบการณ์การดูแล > 3 ปี	1

ตารางที่ 18 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร ที่เข้าสมการ	สัมประสิทธิ์การถดถอย			R^2	R^2_{Change}	R^2_{adj}	t	p
	b	Beta	R					
การได้รับ การสนับสนุน ทางสังคม	.528	.471	.569	.324	.324	.320	8.308	< .001
ความรู้ ในการ ป้องกัน	.919	.232	.639	.408	.085	.402	3.622	< .001
ทัศนคติ ในการ ป้องกัน	.139	.152	.652	.426	.017	.417	2.425	.016

$F = 5.881, p < 0.05$