

นิพนธ์ต้นฉบับ

ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลัง ส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

นิรุติ ผึ้งผล⁽¹⁾, อัจฉรวรรณ ยิ้มยัง⁽²⁾, นงนุช นามวงษ์⁽³⁾, ภควรรณ เหล่าบัวดี⁽²⁾, จันทร์จิรา บุญมา⁽²⁾,
เครือวัลย์ แพนทนี⁽²⁾, ลัดดา เชาว์ศิลป์⁽²⁾ และทวีรัตน์ ทับทิมทอง⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 6 มิถุนายน 2560

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 4 กันยายน 2560

บทคัดย่อ

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ: อาจารย์,
ภาควิชาการแพทย์แผนไทย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี
(โทรศัพท์: 089-2233285,
e-mail: Phuengphol@gmail.com)

(2) อาจารย์, ภาควิชาการแพทย์แผนไทย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี

(3) อาจารย์, ภาควิชาเวชกิจฉุกเฉิน
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี ตัวแปรประกอบด้วยตัวแปรแฝง 5 ตัว ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความตั้งใจต่อการกระทำพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 20-60 ปี มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชลบุรี จำนวน 450 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรม LISREL

ผลการวิจัยปรากฏว่า ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดีผลการทดสอบ $\chi^2=119.39$, $p=0.06$, GFI=0.97, AGFI=0.95, CFI=0.99, NNFI=0.98, NFI=0.98, SRMR=0.04, RMSEA=0.04 และตัวแปรอิสระทั้งหมดในตัวแบบสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการได้ร้อยละ 72 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการได้แก่ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคและปฏิสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.69 และ 0.26 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค และเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และ มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.53, 0.13 และ 0.03 ตามลำดับ

สรุป ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ

คำสำคัญ: ทัศนคติพฤติกรรมตามแผน, เจตคติต่อพฤติกรรม, การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง, การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง, ความตั้งใจต่อการกระทำพฤติกรรม, โรคปวดกล้ามเนื้อหลัง, มูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ

Original Article

A Causal Relationship Model of Preventive Behavior on Low Back Pain from Eight-Causes of Disease among People in Chonburi Province

Nirut Phuengphol⁽¹⁾, Archarawan Yimyong⁽²⁾, Nongnuch Namwong⁽³⁾, Pakawan Laobuadee⁽²⁾,
Chancheera Boonma⁽²⁾, Kruawan Patnattee⁽²⁾, Ladda Chaosin⁽²⁾ and Thaweerat Thubthimthong⁽²⁾

Received Date: June 6, 2017

Abstract

Accepted Date: September 4, 2017

(1) **Corresponding author:** Instructor,
Thai Traditional Medicine Department,
Sirindhorn College of Public Health
Chonburi

(Tel.: 089-2233285,
e-mail: Phuengphol@gmail.com)

(2) Instructor, Thai Traditional
Medicine Department,
Sirindhorn College of Public Health
Chonburi

(3) Instructor, Emergency Medicine
Department, Sirindhorn College
of Public Health Chonburi

The purpose of this research was to develop a causal relationship model of preventive behavior on low back pain from eight-causes of disease among people in Chonburi province. The model consisted of five latent variables: attitude toward behavior, subjective norm, perceived behavior control, behavioral intention and low back pain preventive behavior. The sample, derived by means of multi-stage random sampling, consisted of 450 people who received Thai traditional medicine service with low back pain symptom at government hospital in Chonburi province aged between 20-60 years. The research instruments were questionnaires. Causal model analysis involved the use of LISREL.

Results indicated that the model of preventive behavior on low back pain from eight-causes of disease among people in Chonburi province was consistent with empirical data. Model validation of good fitted model provided Chi-Square test of goodness of fit=119.39, $p=0.06$, GFI=0.97, AGFI=0.95, CFI=0.99, NNFI=0.98, NFI=0.98, SRMR=0.043 and RMSEA=0.046. All independent variables in the model were accounted for 72% of the variance of preventive behavior on low back pain from eight-causes of disease. Behavioral intention, interaction between behavioral intention and perceived behavior control on disease had direct effect on practice to preventive behavior on low back pain from eight-cause of disease were 0.69 and 0.26 respectively. Perceived behavior control on disease, Subjective Norm and Attitude toward preventive behavior had indirect effect on practice to preventive behavior on low back pain from eight-cause of disease were 0.53, 0.13 and 0.03 respectively.

In conclusion, behavioral intention and perceived behavior control on disease are most important to preventive behavior on low back pain from eight-causes of disease.

Keyword: Theory of Plan Behavior, Attitude Toward Behavior, Subjective Norm, Perceived Behavior Control, Behavioral Intention, Low Back Pain, Eight-Causes of Disease

บทนำ

โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (Low back pain) เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Kinkade, 2007) มีรายงานโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมจำนวน 20,454,612 คน โดยปัญหาที่พบบ่อย คือ โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) สอดคล้องกับสถานการณ์โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2553–2557 พบผู้ป่วยมารับการรักษาโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมเฉลี่ย 333,944 คนต่อปี หรือประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งจังหวัด และจากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมมีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากกลุ่มอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ ที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้ (สำนักงานสถิติจังหวัดชลบุรีสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) โดยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมที่พบบ่อย คือ โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2559)

โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงหากไม่ทำการรักษาอย่างถูกต้องจะเกิดปัญหาโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างเรื้อรังตามมา (van Tulder et al., 2006; Kinkade, 2007) และหากอาการปวดเรื้อรังไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตโดยทั่วไปและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่าง

ต่อเนื่องจากสาเหตุที่ต้องหยุดทำงานชั่วคราวเป็นระยะหรือไม่สามารถทำงานได้ (อมรรัตน์ ธานีรัตน์, 2551) การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลัว และวิตกกังวล อาการปวดรบกวนการนอนหลับ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (Brage, Sandanger, & Nygard, 2007; Clays et al., 2007; Bair, 2008)

การจัดการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่ดีที่สุดคือการป้องกันเช่น การระมัดระวังท่าอิริยาบถให้ถูกต้อง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังเป็นประจำ และการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) วิธีการเบื้องต้นนั้นถือว่าเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล การที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ นั้น ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน โดยการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และความตั้งใจเกิดจากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Ajzen, 2012) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีนักวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศได้นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอย่างแพร่หลาย (McConnon et al., 2012; Lazuras et al., 2012; สีนินาฏ โคตรบรรเทา และคณะ, 2557) แต่การประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาอธิบายตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยของประชาชนในจังหวัดชลบุรีนั้นยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน

จากเหตุผลเบื้องต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรม

การป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตาม
มูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนใน
จังหวัดชลบุรี โดยนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมา
ประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตลอดทั้งได้
นำมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ ตามทฤษฎีทางการ
แพทย์แผนไทย ได้แก่ 1) อาหาร 2) อิริยาบถ 3)
ความร้อนและเย็น 4) การอดนอน อดข้าว อดน้ำ
5) การกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ 6) ทำงานเกินกำลัง
7) มีความโศกเศร้าเสียใจและ 8) มีโทษะมาก
(กิตติ ลีสยาม, 2555) มากำหนดกรอบพฤติกรรม
การป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างด้วย
โดยงานวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัด
กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคปวด
กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของประชาชน ตามทฤษฎี
ทางการแพทย์แผนไทย เพื่อลดความเสี่ยงในการ
เกิดโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
พฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลัง
ส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของ
ประชาชนในจังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

• รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาใน
รูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive
research) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรม
ตามแผนของไอเซน (Ajzen, 2012) และมูลเหตุ
การเกิดโรค 8 ประการ ตามทฤษฎีทางการแพทย์
แผนไทย (กิตติ ลีสยาม, 2555) เพื่อนำมาอธิบาย
ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกัน
โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิด
โรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 20-60 ปี ที่มา
รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยซึ่งมีอาการปวด
กล้ามเนื้อหลังส่วนล่างจากโรงพยาบาลของรัฐใน
จังหวัดชลบุรี 11 อำเภอ เดือนมกราคม-มีนาคม
2560 จำนวน 6,600 คน (สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดชลบุรี, 2559) โดยประมาณขนาดตัวอย่าง
ตามเกณฑ์ของ Schumacker & Lomax (2010)
ที่ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์
ตัวแบบสมการโครงสร้างควรมีน้อยกว่า 400
หน่วย จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน
450 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ
หลายขั้นตอน ดังภาพที่ 1

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โดยคำถามเป็น
แบบเปิดและปิดผสมกัน

ตอนที่ 2 เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการ
โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิด
โรค 8 ประการโดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบของ
ลิเคิร์ทสเกล (Likert scales) 5 ตัวเลือก จำนวน
14 ข้อ

ตอนที่ 3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อ
การกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อ
หลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ โดย
คำถามเป็นแบบเลือกตอบของลิเคิร์ทสเกล 5 ตัวเลือก
จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการ
ควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการ
โรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิด
โรค 8 ประการโดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบของ
ลิเคิร์ท สเกล 5 ตัวเลือก จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 5 ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม การป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตาม มูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ โดยคำถามเป็นแบบ เลือกตอบของลิเคิร์ตสเกล 5 ตัวเลือก จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคปวด ปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบของลิเคิร์ต สเกล 5 ตัวเลือก จำนวน 14 ข้อ

2) วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ด้าน แพทย์แผนไทย 2 คน ด้านการวิจัยและสถิติ 1 คน และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำ แบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่โรงพยาบาล ของรัฐในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยการหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.918 โดย ด้านเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เท่ากับ 0.854 ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำ พฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ 0.837 ด้านการ รับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำ พฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ 0.806 ด้านความ ตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ 0.882 และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดเท่ากับ 0.852

• การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และคณะกรรมการ งานวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงติดต่อ ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการแพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชลบุรี จำนวน 11 อำเภอ

เพื่อขออนุญาตและขออนุญาตเจ้าหน้าที่ในฝ่าย การแพทย์แผนไทยให้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างด้วย แบบสอบถามทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักการเคารพ สิทธิของผู้ป่วย ในเดือนมกราคม-มีนาคม 2560 ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 450 ฉบับ

• การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง

2) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของ ตัวแบบการวัดตัวแปรแฝงในแต่ละด้าน และตรวจสอบ ความสอดคล้องของตัวแบบความสัมพันธ์เชิง สาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อ หลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของ ประชาชนในจังหวัดชลบุรีซึ่งมารับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลของรัฐที่พัฒนาขึ้น กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียง กัน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 31.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 40.4 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือกรรมกร ร้อยละ 22.9

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของตัวแบบ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรค ปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี พบว่า มี ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ผลการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ

119.39 มีค่าองศาอิสระ (Degree of freedom: df) เท่ากับ 61 ค่าความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ 0.06 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index: GFI) เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (Adjusted goodness of fit index: AGFI) เท่ากับ 0.95 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative fit index: CFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับค่าองศาอิสระของตัวแบบที่ทดสอบ (Non norm fit index: NNFI) เท่ากับ 0.98 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (Standardized root mean square residual: SRMR) เท่ากับ 0.043 ค่าดัชนีวัดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า พารามิเตอร์ (Root mean square residual: RMSEA) เท่ากับ 0.046 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง มีค่าเท่ากับ 0.29 และ 0.72 ตามลำดับดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพลที่ส่งผลต่อตัวแปรพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงสูงสุดคือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.69 รองลงมาคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.26 สำหรับเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.03 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.13 การรับรู้

ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.53 ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 2

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค และปฏิสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคร่วมกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ในขณะที่เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค โดยผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ดังตารางที่ 1 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรคมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างแสดงว่าพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างเป็นผลมาจากความตั้งใจที่บุคคลจะกระทำภายใต้การควบคุมของตนเอง มิได้ถูกกำหนดโดยอารมณ์หรือขาดการพิจารณาไตร่ตรองก่อนที่จะตัดสินใจกระทำ เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2012) ที่กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เป็นปัจจัยจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ยังมีความตั้งใจมากเพียงใด การแสดงพฤติกรรมก็จะเป็นไปได้มากเพียงนั้นและสอดคล้องกับงานวิจัยของสินีนาฏ โคตรบรรเทา และคณะ (2557) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิง

สาเหตุของการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ตัวแปรความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อตัวแปรการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.56

2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง แสดงว่าเมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถควบคุมตนเองในการกระทำพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของหน่อไม้ เครื่องในสัตว์ การหลีกเลี่ยงนั่งท่าไขว่ห้างเป็นเวลานาน ยกของหนักและยกของในท่าที่ไม่ถูกต้องเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายช่วยป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้ เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) และยังมีผลต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรมร่วมด้วยก็จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างมากขึ้น เมื่อการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ง่าย ไม่สิ้นเปลือง และเกิดผลในการป้องกันโรคนี้ได้จริง ก็จะกระทำพฤติกรรมนี้อย่างเป็นปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2012) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำ ภายใต้การควบคุมของตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของเสนห์ พลจันทร์, พูลพงศ์ สุขสว่าง, & สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล, 2556) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกันโรค อูจาการะรุ่งเรืองจากเชื้ออีโคไล พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค มีอิทธิพล

ทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค อูจาการะรุ่งเรืองจากเชื้ออีโคไลมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.34

3. เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โดยผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรม ซึ่งให้เห็นว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่ได้ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยตรง แต่ต้องมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมด้วย จึงจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคนี้ เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2012) ที่กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อความตั้งใจ และเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Palat & Delhomme (2012) ที่พบว่า เจตคติเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ค่อนข้างสูง

4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โดยผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรม แสดงว่า บุคคลในครอบครัว เพื่อน และแพทย์แผนไทย ล้วนมีผลต่อบุคคลในการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคนี้ เนื่องจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนเป็นผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดและไว้วางใจได้มากที่สุด ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณในครอบครัวหรือเพื่อนปฏิบัติอย่างไร ก็จะเกิดการคล้อยตามและแสดงพฤติกรรมนั้นตามด้วย ส่วนแพทย์แผนไทยเป็นผู้ที่มีภาพลักษณ์ในการป้องกันโรคที่ดีในฐานะบุคคลที่มีความรู้ ดังนั้นเมื่อให้คำแนะนำและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ประชาชนก็จะมีการปฏิบัติตาม เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2012) ที่กล่าวว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวกำหนดอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อความตั้งใจซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการกำหนด

พฤติกรรมของบุคคล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ McConnon et al. (2012) ที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการศึกษาการควบคุมน้ำหนักในคนอ้วนพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของบุคคล

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคมียิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โดยผ่านความตั้งใจกระทำพฤติกรรม แสดงว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ทั้งในด้านประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม การรับรู้ความยากง่ายในการกระทำพฤติกรรม อุปสรรคในการทำพฤติกรรม และรับรู้ว่าจะสามารถทำได้ บุคคลก็จะมี ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่ทำได้ง่าย และช่วยป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้ บุคคลก็จะทำพฤติกรรมนี้ เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2012) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจเกิดประโยชน์หรือขัดขวางในการแสดงพฤติกรรม ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมผ่านความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lazuras et al. (2012) ได้ศึกษาปัจจัยในการทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของพนักงาน พบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถ

ในการควบคุมตนเองต่อการเลิกสูบบุหรี่ และความผิดหวังเสียใจ สามารถ ทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของพนักงานได้

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ควรส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการในทฤษฎีทาง การแพทย์แผนไทยนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ไม่ใช่เรื่องซับซ้อน ซึ่งจะทำให้ประชาชนกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ได้ค้นพบตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุซึ่งส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่สำคัญ คือ ตัวแปรความตั้งใจกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างร่วมกับตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำตัวแปรทั้ง 2 ตัวไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง เช่น การวิจัยเชิงทดลอง หรือการวิจัยเชิงพัฒนา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติ ลีสยาม. (2555). ปรัชญา แนวคิดและทฤษฎีทางเวชกรรมไทย. ใน คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาเวชกรรมแผนไทย 1 (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาเวชกรรมแผนไทย 1. (หน้า 1-45-1-46). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. (2553). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.

- สินีนาง โคตรบรรเทา, สินีนาง วิทยพิเชฐสกุล, อนุช แซ่เล้า, & พูลพงศ์ สุขสว่าง. (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 85-96.
- เสนห์พลจันทร์, พูลพงศ์ สุขสว่าง, & สุพิมพ์ ศรีพันธุ์วรสกุล. (2555). โมเดลเชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้ออีโคไลโดยมีตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรกำกับ. *วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 10(2), 35-43.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2559). *รายงานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน ประจำปีงบประมาณ 2558*. [CD-ROM]. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักงานสถิติจังหวัดชลบุรีสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2558* ชลบุรี. ค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2559, จาก http://chonburi.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=227:0158&catid=102&Itemid=507
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- อมรรัตน์ธำรัตน์. (2551). ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(1), 25-36.
- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. In P. A.M. Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.). *Handbook of theories of social psychology* Vol 1. (pp. 438-459). London: Sage.
- Bair, M. J. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 890-897.
- Brage, S., Sandanger, I., & Nygard, J. F. (2007). Emotional distress as a predictor for low back disability. *Spine*, 32(2), 269-274.
- Clays, E., Bacquer, D. D., Leynen, F., Kornitzer, M., Kittel, F., & Backer, G. D. (2007). The impact of psychosocial factors on low back pain. *Spine*, 32(2), 262-268.
- Kinkade, S. (2007). Evaluation and treatment of acute low back pain [Electronic version]. *American Family Physician*, 75(8), 1181-1188.
- Lazuras, L., Chatzipolychroni, E., Rodafinos, A., & Eiser, J. R. (2012). Social cognitive predictors of smoking cessation intentions among smoker employees: The roles of anticipated regret and social norms. *Addictive Behaviors*, 37, 339-341.
- McConnon, A., Raats, M., Astrup, A., Bajzova, M., Handjieva-Darlenska, T., Lindroos, A. K., et al. (2012). Application of the theory of planned behaviour to weight control in an overweight cohort. Results from a pan-European dietary intervention trial (DiOGenes). *Appetite*, 58, 313-318.
- Palat, B., & Delhomme, P. (2012). What factors can predict why drivers go through yellow trafficlights?: An approach based on an extended theory of planned behavior. *Safety Science*, 50, 408-417.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A Beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M. T. G., Hutchinson, A., et al. (2006). Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care [Electronic version]. *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), 169-191.

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกันการโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปรเหตุ	ตัวแปรผล	ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม			พฤติกรรมการป้องกันโรค		
		TE	DE	IE	TE	DE	IE
เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค		0.05*	0.05*	-	0.03*	-	0.03*
		(0.05)	(0.05)		(0.04)		(0.04)
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค		0.19**	0.19**	-	0.13**	-	0.13**
		(0.07)	(0.07)		(0.05)		(0.05)
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค		0.40**	0.40**	-	0.53**	-	0.27**
		(0.07)	(0.07)		(0.07)		(0.05)
ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค		-	-	-	0.69**	0.69**	-
					(0.06)	(0.06)	
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง x ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค		-	-	-	0.26**	0.26**	-
					(0.05)	(0.05)	
ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์		0.29			0.72		
ค่าสถิติ $\chi^2=119.39$, $df=61$, $p=0.06$, $GFI=0.97$, $AGFI=0.95$, $CFI=0.99$, $NNFI=0.98$, $NFI=0.98$, $SRMR=0.043$, $RMSEA=0.046$							

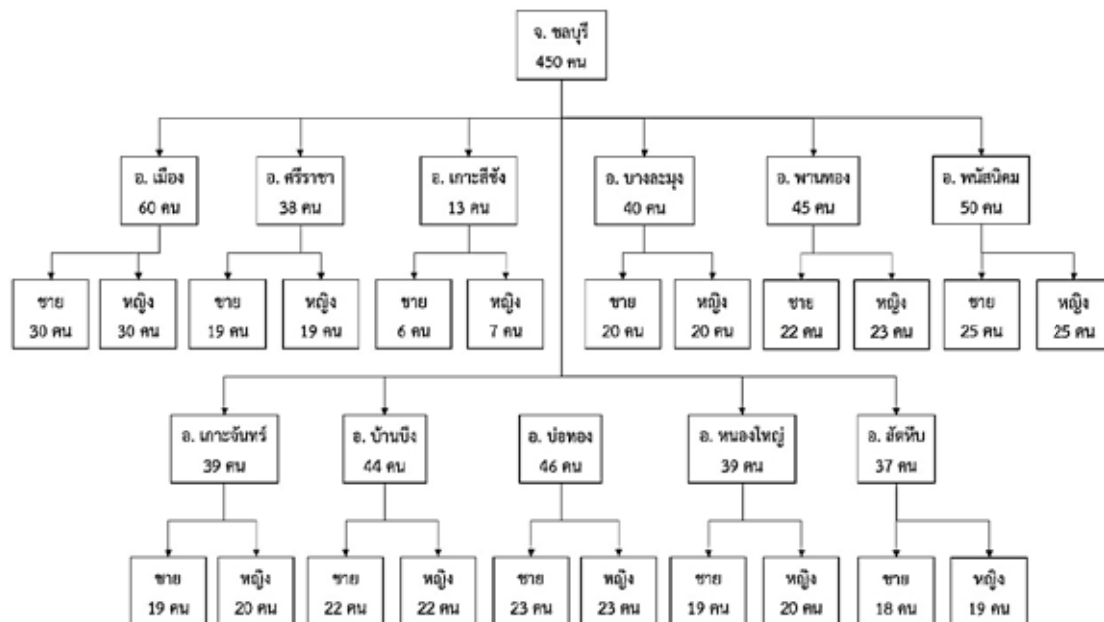
หมายเหตุ: Total effect (TE) แทน อิทธิพลรวม

Direct effect (DE) แทน อิทธิพลทางตรง

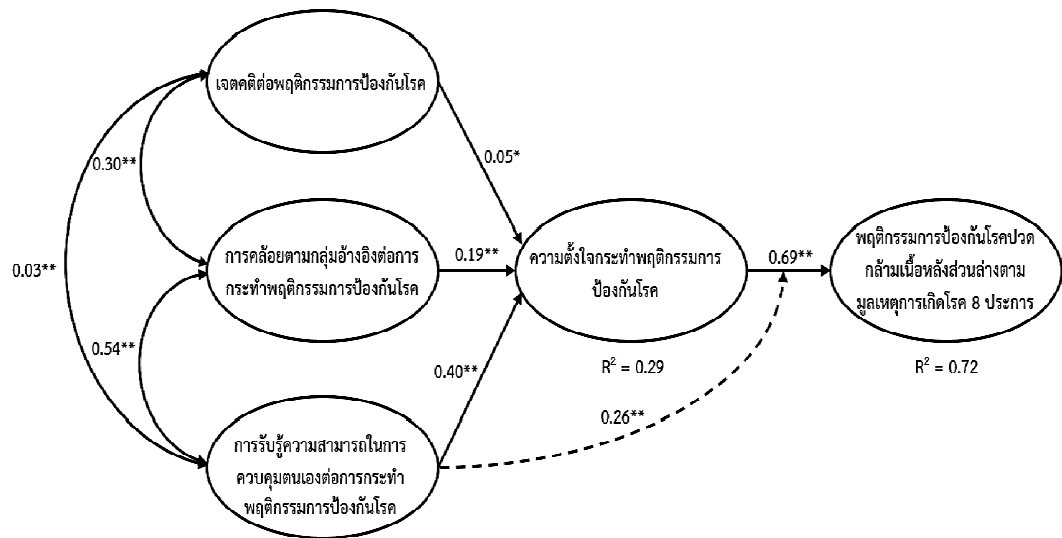
Indirect effect (IE) แทน อิทธิพลทางอ้อม

ตัวเลขในวงเล็บคือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

* $p<.05$, ** $p<.01$



ภาพที่ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน



ภาพที่ 2 ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างตามมูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการของประชาชนในจังหวัดชลบุรี