

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปวดหลัง
2. ผลกระทบของอาการปวดหลัง
3. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem)
4. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปวดหลัง

อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณหลังเนื่องจากมีพยาธิสภาพในส่วนต่าง ๆ ของเนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นส่วนนั้นเอง ได้แก่ กระดูก เอ็นข้อต่อ รากประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อ หรือแม้แต่ผิวหนัง และเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลังเป็นบริเวณที่ทำให้การเคลื่อนไหว และเป็นบริเวณที่ความอ่อนแอมีข้อจำกัดในการยืดหยุ่น ซึ่งทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายหากได้รับแรงเครียดที่มากเกินไป นอกจากนี้โครงสร้างบริเวณหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าอกเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการพยุงโครงสร้างของหลัง ดังนั้นการมีท่าทางที่ตึงนั้นเป็นผลทำให้ส่วนโค้งบริเวณคอ ออก และเอวมีแรงลงมาสู่จุดศูนย์กลางพอดีทำให้เกิดความสมดุลน้ำหนักจึงช่วยป้องกันภัยอันตรายต่อหลัง และพยาธิสภาพที่ยังอยู่ลึกไปจากบริเวณผิวหนังเป็นผลทำให้อาการและอาการแสดงของภาวะปวดหลังส่วนล่างบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ยาก และมักเปลี่ยนแปลงไปตามตำแหน่งของโครงสร้างกระดูกสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดการเสื่อมสภาพ ภาวะปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในโรกระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เนื่องมาจากบริเวณนี้จะรับน้ำหนักส่วนใหญ่ของร่างกายเป็นบริเวณที่อยู่ของระบบประสาทที่ไวต่อการได้รับบาดเจ็บและเป็นส่วนของกระดูกสันหลังที่มีความโค้งงอได้มากที่สุด อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นการปวดหลังส่วนเอว (Lumbar Vertebra) และบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ (Lumbosacral) ที่มีปลายประสาทอยู่ อาการจะเกิดขึ้นระหว่างซี่โครงล่างสุด (Lower Rib Cage) ถึงกล้ามเนื้อกระดูกสันหลังส่วนเอวและกระดูกกระเบนเหน็บ ซึ่งโครงสร้างเหล่านี้ ได้แก่ กล้ามเนื้อ เอ็นยึดกระดูกต่าง ๆ (Ligament) ข้อต่อที่สำคัญคือข้อฟาเส็ต (Facet) หมอนรองกระดูกสันหลัง

(Intervertebral Disc) เส้นเลือด และเส้นประสาทที่มาหล่อเลี้ยงบริเวณนั้นเอาตั้งแต่ผิวหนัง ไขมัน ใต้ผิวหนัง กล้ามเนื้อ (หลังและหน้าท้อง) (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, 2550, หน้า 295-320)

1. กายวิภาคของกระดูกสันหลัง (วิษณุ กัมพรทิพย์, 2550, หน้า 215-216)

กระดูกสันหลัง (Vertebral หรือ Spinal Column) ประกอบด้วยกระดูกเรียงต่อกันเป็นปล้อง เรียกว่า ปล้องกระดูกสันหลัง (Vertebral) ซึ่งมี 33 ชั้น ประกอบด้วยกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical) 7 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนอก (Thoracic) 12 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar) 5 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนสะโพก (Sacrum) 5 ชั้น ต่อมารวมกันเป็น 1 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนก้นกบ (Coccyx) 4 ชั้น ต่อมารวมเป็น 1 ชั้น แต่กระดูกก้นกบชั้นที่ 1 บางครั้งแยกจากชั้นที่เหลือได้ เมื่อโตขึ้นกระดูกสันหลังส่วนสะโพกและก้นกบ (Sacrum และ Coccyx) ต่างก็เชื่อมกันเป็นชั้นเดียว ดังนั้นจึงมีกระดูกสันหลังที่เคลื่อนไหวได้ (active) อยู่เพียง 26 ชั้น การเรียงตัวของกระดูกสันหลังจะทำให้เกิดแนวค่อมตามปกติของทรวงอกและแนวแอ่นตามปกติของส่วนเอว ลักษณะของกระดูกวางเรียงซ้อนกันและโค้งนูนไปด้านหน้า เรียกว่าลอร์ดोटิค (Lordotic Curve) รูปร่างและลักษณะของกระดูกสันหลังแต่ละช่วงจะมีลักษณะเฉพาะ โดยกระดูกสันหลังส่วนเอวจะมีขนาดใหญ่ และแข็งแรงกว่าส่วนทรวงอกและส่วนคอ เพราะเป็นส่วนที่รับน้ำหนักมากที่สุด ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เกิดปัญหาปวดหลังได้มากที่สุดหมอนรองกระดูก (Intervertebral Disc) เป็นไฟโบรคาร์ติเลท (Fibro Cartilage) ที่อยู่ระหว่างลำตัว (Body) ของกระดูกสันหลังทุกปล้อง ยกเว้นกระดูกสันหลังส่วนคอ ที่ 1, 2 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน (วิษณุ กัมพรทิพย์, 2548, หน้า 215-216) คือ

1.1 ส่วนที่อยู่ตรงกลาง เรียกว่า นิวเคลียสพัลโพซัส (Nucleus Pulposus) มีลักษณะเหนียว ๆ ช้น ๆ คล้ายวุ้น เป็นมิวโคโปรตีน เจล (Mucoprotein Gel) สีขาว และโปร่งแสง เล็กน้อย ประกอบด้วยมิวโคโพลีแซคคาไรด์ (Mucopolysaccharide) มีน้ำเป็นส่วนประกอบร้อยละ 70-90 มากน้อยขึ้นอยู่กับอายุคือ เมื่ออายุน้อย นิวเคลียส พัลโพซัส จะมีความยืดหยุ่นดี และมีน้ำอยู่มาก แต่เมื่ออายุมากขึ้นส่วนที่เป็นน้ำจะลดลงเรื่อย ๆ อายุย่างเข้า 80 ปี ส่วนที่เป็นน้ำลดลงเหลือร้อยละ 74.0 ทำให้มีความยืดหยุ่นน้อยลง และหมอนรองกระดูกก็จะแคบกว่าเดิม ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้คนสูงอายุเตี้ยลง

1.2 ส่วนที่อยู่รอบนิวเคลียสพัลโพซัสเรียกว่าเส้นใยแอนนูลัสประกอบด้วยเส้นใยที่เหนียวมาก เรียงตัวเฉียงไปมาด้วยมุม 30 องศาเป็นชั้น ๆ เหมือนกับการสานตะกร้า มีการยืดหยุ่นได้มาก ทำให้มีความแข็งแรงมาก รับแรงกดและแรงบิดได้เป็นอย่างดี ความแข็งแรงโดยรอบไม่เท่ากัน ด้านหน้ามีความแข็งแรงมากกว่าด้านหลัง เพราะมีเส้นใยที่บางกว่าและการเรียงตัวของ

เส้นใยต่างกัน การแตกหรือการโป่งของหมอนรองกระดูก จึงมักจะยื่นไปด้านข้างเล็กน้อยเสมอ เพราะด้านหลังตรงกลางมีเอ็นยาวด้านหลัง (Posterior Longitudinal) ประกบอยู่จึงแข็งแรงกว่าด้านข้าง

1.3 แผ่นกระดูกอ่อน (Cartilage Plate) เป็นแผ่นกระดูกอ่อนแบบไฮยาลิน (Hyaline) ซึ่งจะเกาะอยู่ระหว่างส่วนบนและส่วนล่างของเส้นใยแอนนูลัส กั้นระหว่างบอดีักระดูกล้นหลังและนิวเคลียสพัลโพซัส

นิวเคลียสพัลโพซัส มีหน้าที่เป็นจุดหลักสำหรับการเคลื่อนไหว เมื่อมีแรงกดมาก ๆ โดยจะกระจายแรงนี้ไปรอบ ๆ เท่า ๆ กันตลอด เส้นใยแอนนูลัสและคาร์ติเลจ เพลท ทำหน้าที่เป็นช็อคแอบซอร์เบอร์ (Shock Absorber) ในท่าก้มหรือแอ่นหลัง เนื้อที่ระหว่างบอดีัของกระดูกสันหลังเป็นรูปทรงกลม คือมีด้านหนึ่งแคบแต่อีกด้านหนึ่งกว้าง หมอนรองกระดูกสันหลังจึงอาจโป่งออกทางด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ นิวเคลียสพัลโพซัสถูกบีบให้เลื่อนไปด้านที่กว้างกว่า เส้นใยแอนนูลัสจะตึง ส่วนด้านที่แคบเส้นใยแอนนูลัสจะหย่อน รวมทั้งพังผืดที่ยึดอยู่ด้านหน้าและด้านหลังของบอดีักระดูกสันหลัง ซึ่งจะตึงและหย่อนไปตามเส้นใยแอนนูลัสด้วย ท่าแอ่นหลังเป็นท่าที่ทำให้กระดูกสันหลังส่วนเอวโค้งนูนมาทางด้านหน้ามาก เส้นใยแอนนูลัสโป่งยื่นออกทางด้านหลังมากขึ้น คือโป่งยื่นเข้าไปในช่องสันหลัง ซึ่งอาจไปกดเบียดหรือระคายไขสันหลังหรือรากประสาทไขสันหลัง เอ็นยึดกระดูก นอกจากเส้นใยแอนนูลัสจะช่วยยึดกระดูกสันหลังแต่ละอันให้อยู่ด้วยกันแล้วกระดูกสันหลังจะมีความแข็งแรงสามารถยึดกระดูกให้อยู่ด้วยกันอย่างมั่นคงแต่ขณะเดียวกันกระดูกที่เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัดเพื่อป้องกันอันตรายต่อไขสันหลัง และรากประสาทที่ผ่านมา

2. กลไกการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง

เนื่องจากกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวตั้งแตระดับบั้นเอวท่อนที่ 1 เป็นช่วงที่ต้องแบกรับภาระหนักที่สุดในการทำงานของร่างกาย และมีการเคลื่อนไหวได้มากกว่าช่วงอื่น เวลาที่ก้มหลังลงทำให้มีการงอ (Flexion) ของโครงกระดูกสันหลัง การเคลื่อนไหวนี้ต้องอาศัยความยืดหยุ่นของหมอนรองกระดูกสันหลังเป็นส่วนใหญ่ ในอิริยาบถต่าง ๆ กันจะมีแรงผ่านหรือแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังไม่เท่ากัน ดังนั้นอิริยาบถใดก็ตามที่ทำให้แนวตั้งของน้ำหนักตัวห่างจากกระดูกสันหลังออกไป ก็จะทำให้กระดูกสันหลังรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เมื่อกระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็นเวลานาน ๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมของโครงกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวมี่ การเคลื่อนไหวมากเกินไปและขาดความมั่นคง ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ เมื่อมีอายุประมาณ 25 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง และจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้นตามอายุ จะเกิดการแตกกระแหงในเนื้อของเส้นใยแอนนูลัส ทำให้ความสามารถในการเก็บนิวเคลียสพัลโพซัสไว้ภายในลดลง ดังนั้นถ้ามีแรงจากภายนอกมากจะทำให้เกิดการทะลักของ

นิวเคลียสพัลโพซีสออกไปทางรอยฉีกขาดในเนื้อเส้นใยแอนนูลัสนั้นมากขึ้น และเกิดการโป่งนูนออกไปตรงตำแหน่งที่มีการฉีกขาด ที่เรียกว่าหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Disc Herniation หรือ Prolapse Disc) ถ้าหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นออกไปกดทับเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียงที่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง เช่น เอ็นยาวทางด้านหลัง หรือเยื่อหุ้มดูรา (Dura) เป็นต้น ก็จะทำให้เกิดอาการปวดหลัง และถ้ายื่นไปตรงตำแหน่งของรากประสาท ก็จะทำให้เกิดการกดรากประสาท ทำให้มีอาการปวดร้าวหรืออาการชาและกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ (อำนวยการ อุนนะนันท์, 2542, หน้า 48)

อาการปวดหลังส่วนล่างอาจเกิดจากขบวนการทางพยาธิสภาพ ที่ไปกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกปวดในเส้นประสาทส่วนปลาย (Nociceptive Nerve Ending) ในโครงสร้างที่ไวต่อการกระตุ้นความปวด (Pain Sensitive Structure) ของกระดูกสันหลัง ซึ่งมีเพียง 2 กลไกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการที่รากประสาทถูกกดเบียด (Compression) คือ

2.1 การระคายเคืองจากสารเคมี (chemical Irritation) ปรากฏในโรคที่มีขบวนการอักเสบหรือการอักเสบตามมาภายหลังจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ สารเคมีที่ไปกระตุ้นที่ปลายประสาทหลังจากออกมาจากเซลล์ที่อักเสบหรือจากเซลล์เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ทำให้เกิดการเกร็ง (Spasm) การฉีกขาด (Rupture) การขาดเลือด (Ischemia) และการอักเสบ

2.2 การเปลี่ยนแปลงเชิงกล (Reactive Mechanism) ที่กระทำต่อกล้ามเนื้อ เอ็น ฟังซีด เยื่อหุ้มกระดูกและข้อ เช่น แรงกด แรงดึงยึด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเชิงกล มีผลกระทบไปยึดเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โดยไม่มีผลต่อตัวสื่อทางเคมี (Chemical Mediators) โดยแนวของเส้นใยเกี่ยวพัน (Collagen Fiber) ในเส้นเอ็น (Ligament) ข้อต่อ (Joint Capsule) หรือ เยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) วางตัวอยู่ภายใต้แรงดึง (Tension) ทำให้สามารถเกิดการผิดรูปได้ (Deform) และระยะห่างแต่ละเส้นใยเกี่ยวพันอยู่ชิดกันมากขึ้น ปลายประสาทหรือใยประสาทอาจถูกกระตุ้นโดยการเบียดกันระหว่างเส้นใยเกี่ยวพันที่เบียดใกล้กันเข้ามา

เมื่อมีสิ่งกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดบริเวณกระดูกสันหลัง ที่อยู่ในแคปซูลของข้อและเอ็นยึด ข้อต่อ (Articular Fat Pads) ตำแหน่งรอบหลอดเลือดหรือน้ำเหลืองกระดูก เยื่อหุ้มกระดูก กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น สิ่งกระตุ้นอาจเป็นพลังงานกลหรือการทำลายเนื้อเยื่อเนื้อเยื่อนี้จะปล่อยสารเคมี เช่น แบรดีไคนิน (Bradykinin) พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ซีโรโตนิน (Serotonin) ฮีสตามีน (Histamine) และกรด ทำให้ระคายเคืองเนื้อเยื่อบริเวณหลัง มีความว่องไวต่อความปวดมากขึ้น จะทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดบริเวณหลังมีการหดตัว ทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลง แต่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อจึงมีการเผาผลาญแบบ

ไม่ใช่ออกซิเจน เกิดกรดแลคติก (Lactic Acid) จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความปวดของกล้ามเนื้อ (Muscle pain) ฉะนั้นการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดเป็นแหล่งกระตุ้นใหม่ ทำให้เกิดความปวดรุนแรงขึ้นความปวดที่รุนแรงขึ้นนี้จะไปเพิ่มปฏิกิริยาสะท้อนกลับที่ไขสันหลังมากขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (Vicious Cycle)

3. พยาธิสภาพของรากประสาทที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง

รากประสาทที่ปกติจะไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้น แต่รากประสาทที่มีการบวมตัวหรืออักเสบในรายของ Herniated Disc จะมีอาการเจ็บปวดมากถ้าถูกแรงกระตุ้นจากภายนอก กรณีเช่นนี้อาการเจ็บปวดจะร้าวไปที่น่องและเท้า รากประสาทที่ถูกกระตุ้นตรงตำแหน่งใดก็ตามตลอดเส้นทางของมันจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดลักษณะเดียวกันหมด คือ รากประสาทเส้นเดียวกันไม่ว่าจะถูกกดตรงตำแหน่งที่ออกมาจากไขสันหลังหรือถูกกดในตำแหน่งที่ออกไปจากไขสันหลังแล้วก็ตาม จะมีอาการปวดปลายทางที่ขาที่อ่อนล้าเหมือนกัน เมื่อรากประสาทถูกกดจะเกิดการเปลี่ยนแปลง 2 อย่างคือ ตัว Nerve Tissue จะถูกดันให้มีรูปร่างผิดไปจากเดิม อีกประการหนึ่งคือ การไหลเวียนของเลือดภายในลดน้อยลงซึ่งเป็นผลสะท้อนทำให้ Nerve Tissue ส่วนนั้นได้รับอาหารน้อยลง โดยทั่วไปแล้วการไหลเวียนของเลือดภายในเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve) จะลดน้อยลงเมื่อเส้นประสาทนั้นถูกแรงจากภายนอกกดขนาด 30-50 mmHg แต่รูปร่างของเส้นประสาทนั้นจะผิดไปเมื่อมีแรงจากภายนอกกดเกิน 200 mmHg

สาเหตุที่เกิดจากกระดูกสันหลังเอง ได้แก่ intervertebral disc herniation, degenerative change, inflammatory disease, ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis, metastatic tumor, primary bone tumor, chordoma, multiple myelomatosis, leukemia, infection เป็นต้น

Mechanical Back Pain ได้แก่ อาการปวดหลังเนื่องมาจากความผิดปกติในโครงสร้างของกระดูกสันหลัง ทำให้กระดูกสันหลังสูญเสียความมั่นคงแข็งแรงไป ซึ่งจะมีอาการปวดหลังเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือมีน้ำหนักผ่านกระดูกสันหลัง ถ้านอนพักให้กระดูกสันหลังอยู่นิ่ง ๆ หรือไม่เคลื่อนไหวหรือไม่ได้รับน้ำหนักแล้วก็จะไม่มีปวดหลัง ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะการปวดประเภทนี้ได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (อำนาจ อุณนะนันท์, 2542, หน้า 34-39)

1. มีอาการปวดหลังเฉพาะที่ หรืออาจจะมี Referred Pain ไปที่บริเวณสะโพกหรือโคนขาด้วย แต่อาการปวดที่บริเวณหลังมักจะมีอาการเด่นกว่าอาการปวดร้าวที่เกิดขึ้นที่สะโพกหรือต้นขา

2. มีอาการปวดของรากประสาทที่ถูกกดหรือบีบรัด ซึ่งคนไข้จะมีอาการปวดร้าวลงไปตามเส้นทางของรากประสาทเส้นนั้นๆ โดยอาการปวดที่ขาจะเป็นอาการเด่น อาการปวดที่หลังจะน้อยมาก บางรายคนไข้ไม่บ่นเรื่องอาการปวดหลังเลย

4. ลักษณะของอาการปวดหลังส่วนล่าง

อาการปวดหลังส่วนล่างแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดโดยใช้ระยะเวลาของอาการปวดหลังเป็นเกณฑ์ ได้แก่ (วิชณ กัมทรทิพย์, 2550, หน้า 217)

4.1 อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันนี้ มักจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความตึงเครียดต่อเนื้อเยื่อของหลังส่วนล่าง อาการแสดงที่เกิดขึ้น มักไม่ปรากฏในทันทีทันใดภายหลังบาดเจ็บ แต่จะเกิดขึ้นภายหลัง เนื่องจากการเริ่มมีการเพิ่มและพัฒนากาการเกร็งของกล้ามเนื้อหลัง (Paravertebral Muscle Spasm) การวินิจฉัยมักจะเป็นในรูปของการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ การทดสอบโดยการยกขาเหยียดตรง (Straight Leg Raising Test) จะทำให้เกิดอาการปวดบริเวณบั้นเอว โดยไม่มีอาการปวดร้าวลงขาตามวิถีเส้นประสาทไซอาติก (Sciatic Nerve) อาการปวดนี้หายไปภายใน 3 สัปดาห์

4.2 อาการปวดหลังชนิดรองเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดอยู่นาน 4 – 12 สัปดาห์

4.3 อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป็นอาการปวดหลังส่วนล่าง ที่เกิดขึ้นมานานมากกว่า 12 สัปดาห์ คือมีอาการกลับซ้ำเป็น ๆ หาย ๆ อาการปวดมักจะสัมพันธ์กับการมีพยาธิสภาพบริเวณหมอนรองกระดูก การตีบแคบบริเวณโพรงกระดูกสันหลังเกิดการเลื่อนของหมอนรองกระดูก (Herniated Nucleus Pulposus) หรือมักพบว่าผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน การใช้ท่าทางในทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการทำงานของกล้ามเนื้อจะเกิดอาการปวดบริเวณตะโพก และมีอาการปวดร้าวลงขาตามวิถีเส้นประสาทไซอาติกเมื่อทดสอบโดยการยกขาเหยียดตรงทำให้เกิดอาการปวดได้ อาการปวดหลังและขามักเกิดขึ้นเมื่อยกและงอขาในระดับ 90 องศาจะพบว่ามีรีเฟลกซ์ (Reflex) ต่าง ๆ จะหายไปซึ่งสัมพันธ์กับการที่รากประสาทไซสันหลังถูกกดทับ จะเกิดอาการชา คือมีอาการบริเวณปลายเท้าซึ่งอาการและอาการแสดงจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างของกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว

อาการเจ็บปวดมีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลัง อาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ (อำนวย อุณหะนันท์, 2542, หน้า 31-34)

4.3.1 กลุ่มที่ 1 แบ่งตามจุดเริ่มต้นของการปวด (Onset) และระยะเวลาหรือความยืดเยื้อของการเจ็บปวด (Duration) โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท



- 1) Acute Pain มีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและยึดเยื่อไม่เกิน 3 เดือน
- 2) Subacute Pain อาการเจ็บปวดเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ทีละเล็กละน้อย

และไม่มานานเกิน 1 เดือน

3) Chronic Pain ระยะเวลาการปวดเรื้อรังนานเกิน 3 เดือน โดยการปวดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิดทีละน้อยก็ตาม

4) Recurrent Pain การปวดไม่ได้ติดต่อกันเรื่อยไป คือมีช่วงที่หายปวดแล้วกลับมาปวดใหม่

4.3.2 กลุ่มที่ 2 แบ่งออกตามตำแหน่ง (location) และการเผยแพร่กระจายออกไป (radiation) พวกนี้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1) Local Pain คือ การเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ เช่น ถ้าที่ระดับ lumbar spine ช่วงต่ำ ก็จะมีอาการที่บั้นเอวเท่านั้น ต้นตอของการเจ็บปวดอันเนื่องมาจากองค์ประกอบของกระดูกสันหลังนั้น เกิดได้ทุกส่วนที่มีเส้นประสาทอยู่ เช่น ที่ Periosteum, Facet Jointcapsule รอบนอกของ Annulus Fibrosus, Vertebral Endplate, Dura และ Ligament ต่าง ๆ ซึ่งเมื่อมีการกระตุ้นเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ที่กล่าวมานี้จะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเฉพาะที่ได้

2) Referred Pain เป็นการเจ็บปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อที่เคยเจริญเติบโตมาด้วยกันตั้งแต่ครั้งเป็น embryo เพื่อความเข้าใจรากฐานของการเจ็บปวดประเภทนี้ ขออธิบายถึงการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจาก Embryo ในร่างกายประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ส่วนด้วยกัน คือ Ectoderm, Mesoderm และ Endoderm สำหรับ Mesoderm นั้นมีอยู่ 30-36 Somites ซึ่งจะกลายเป็น Dermatome, Myotomes, Sclerotomes แต่ละ Somite จะถูกเลี้ยงโดย Nerve Root หนึ่งเส้น Dermatome นั้นกลายเป็นผิวหนังชั้นในซึ่งจะมีเนื้อที่ตามแนวทางของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยง (Dermatome Innervation) Myotome ก็จะกลายเป็นกล้ามเนื้อและมีเส้นประสาทแตกแขนงออกไปเลี้ยง (Myotome Innervation) Sclerotomes จะกลายเป็นกระดูกและกระดูกอ่อนโดยมีเส้นประสาทตามไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ เหมือนกัน (Sclerotome Innervation) ตำแหน่งของ Dermatome และ Sclerotome จะไม่ตรงกัน ดังนั้นการที่ปวดจากกระดูกและผิวหนังที่เกิดจาก nerve root เส้นเดียวกันจะอยู่ไม่ตรงกัน

3) Radicular Pain เป็นการปวดร้าวที่บริเวณของเส้นประสาทที่เลี้ยงผิวหนังหรือปวดตาม Dermatome ของเส้นประสาทแต่ละเส้น พวกนี้มักมีอาการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก เช่น ชา และกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมด้วย

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	18 ต.ค. 2555
เลขทะเบียน.....	250015
เลขเรียกหนังสือ.....	

5. สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง

5.1 การใช้ท่าทางและอิริยาบถไม่ถูกต้องซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด (วิชญ์ กัมรททิพย์, 2550, หน้า 223) เช่นการนั่งหลังค่อม เอียงตัว หรือบิดเบี้ยวหลังทำให้กล้ามเนื้อหลังอยู่ในภาวะไม่สมดุลซึ่งพบได้กับคนทุกวัย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 20-50 ปี ภาวะปวดหลังมักเกี่ยวข้องกับการทำงานเสมอ และยังพบในบุคคลในอาชีพที่ต้องยืนหรือนั่งนาน ๆ ยกของหนัก หรือที่ต้องก้มเงยบ่อย ๆ เพราะโดยปกติหลังส่วนล่างคือ ตั้งแต่เอวลงไปถูกสร้างมาให้รับน้ำหนักมากอยู่แล้วถ้าบวกกับแรงดันที่มากเกินไปก็ถูกกดด้วยแรงมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวเพื่อรับกับแรงนั้นกล้ามเนื้อก็จะเสื่อมโทรม และอ่อนแรงที่ละน้อย อาการปวดหลังก็จะเริ่มที่ละน้อยเช่นกัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังหรือเกิดขึ้นที่ละน้อย ลักษณะท่าทางที่ไม่ถูกต้องจะมีแรงกดสูงมากกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังแล้วยังมีผลให้เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังตึงตึงต้องออกแรงมาก ทำให้เกิดอันตรายต่อหมอนรองกระดูกเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและเอ็นได้ การมีท่าทางที่ดีจะช่วยลดความเครียดและแรงกดต่างๆ ของร่างกายทำงานร่วมกันได้อย่างสมดุลสามารถป้องกันและพยุงโครงสร้างของหลังต่อการบาดเจ็บได้

5.2 กล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ เกิดจากกล้ามเนื้อหลังถูกใช้แรงงานมาก หรือกระดูกสันหลังแอ่นมาก (Hyperextension) สาเหตุมักมาจากการทรงตัวของร่างกายไม่ดี หรือจากปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความร้อนหรือความเย็นทำให้มีการเกร็งของกล้ามเนื้อมัลติฟิเดิส (Multifidus Muscle) การอ่อนแอของกล้ามเนื้อและเอ็นรอบ ๆ กระดูกสันหลังทำให้มีการเคลื่อนที่ไปมาได้มากเกินไป และทำให้มีการแยกตัวของเยื่อหุ้มกระดูกมากยิ่งขึ้น

5.3 การกระทบกระแทก (Trauma) อย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับหลัง เช่น การตกจากที่สูง เป็นต้น แรงกระแทกอาจเกิดอันตรายกับกล้ามเนื้อ เอ็น หมอนรองกระดูก หรือกระดูกสันหลัง

5.4 ความเสียหายของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral Disc Damage) เกิดจากภัยอันตรายที่เกิดขึ้นกับหลัง นอกจากนี้แนวโค้งของกระดูกสันหลังที่ผิดปกติจะทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังผิดรูปได้ ซึ่งถ้าหากมีแรงกดมากๆ อาจทำให้ส่วนของหมอนรองกระดูกโป่งยื่นออกทางด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งอาจทำให้รากประสาทถูกกด เบียดได้ ซึ่งมักพบในวัยกลางคน คืออยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องทำงานหนักและมีการเคลื่อนไหวของหลังมาก

5.5 อาการปวดร้าวจากอวัยวะภายในที่อยู่ใกล้เคียง (Viscerogenic Pain หรือ Referred Pain) โรคระบบทางเดินปัสสาวะ อวัยวะอุ้งเชิงกราน รวมทั้งตับอ่อน ลำไส้ โดยการดันเยื่อช่องท้องด้านหลังทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง อาการปวดที่เกิดจากอวัยวะภายในที่เกิด

ภาวะผิดปกตินั้นมีส่วนของเส้นประสาทรับความเจ็บปวดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวและก้นกบ (Lumbosacral Spine)

5.6 สาเหตุจากพยาธิสภาพ ได้แก่ (วิชญ์ กัมรททิพย์, 2550, หน้า 223) ได้แก่

5.6.1 การติดเชื้อ (Infection) เช่น วัณโรคกระดูก เป็นต้น

5.6.2 การอักเสบที่ปราศจากเชื้อ (Inflammation) เช่น การอักเสบในพวกรูมาตอยด์ หรือการอักเสบจากความเสื่อมของกระดูกในพวกรูมาตอยด์ Osteoarthritis เป็นต้น

5.6.3 ภาวะกระดูกบาง (Osteoporosis) เกิดจากการที่แคลเซียมในกระดูกน้อยลงทำให้เนื้อกระดูกไม่แข็งแรงมักพบในบุคคลที่มีอายุมากและขาดการออกกำลังกาย หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น ซึ่งภาวะกระดูกบางนี้มักทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรังได้

5.6.4 เนื้องอก (Tumor) อาจเกิดจากกระดูกสันหลังเอง หรือแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่นๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

5.6.5 หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated Disc) เกิดจากการค้ำยุงที่กดทับภายในของแวนนูลัสไฟโบรซัส (Annulus Fibrosus) จนถึงรอบนอก ทำให้นิวเคลียสพัลโพซัส (Nucleus Pulposus) หลุดลอดออกมาจากแวนนูลัสไฟโบรซัส ซึ่งมักหลุดออกมาบริเวณข้างเอ็นกระดูกโพสทีเรียลลองจิจูดินอล (Posterior Longitudinal) ซึ่งจะกดทับรากประสาทพอดี ทำให้เกิดอาการชาและกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปวดเกิดจากการที่เอ็นกระดูกโพสทีเรียลลองจิจูดินอลถูกดันให้ตึงตัว

5.6.6 ข้อสันหลังเสื่อม (Degenerative Disc) เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ผิวกระดูกอ่อนบางลงเยื่อหุ้มข้อหลวม และความสูงของหมอนรองกระดูกยุบลงทำให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังหลวม และมีการเคลื่อนไหวในทิศทางที่ผิดปกติ

5.6.7 โพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal Stenosis) เมื่อการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลังจนเกิดการหลวมตัวของข้อกระดูกสันหลังแล้ว ร่างกายจะพยายามซ่อมแซมให้เกิดความมั่นคงของข้อกระดูกขึ้น จึงเกิดการขยายตัวใหญ่ขึ้นของกระดูกและเอ็นต่างๆ ทำให้โพรงกระดูกสันหลังแคบลงทำให้หลอดเลือดรอบๆ ควอดรา ไควนา (Cauda Equina) และรากประสาทถูกบีบรัดโดยเฉพาะอริยาบทที่มีการแอนของเอวมมากกว่าปกติ (lordosis)

5.6.8 การอักเสบของเบอริซา (Bursitis) เกิดการอักเสบของเบอริซาระหว่างปล้องสันหลังทำให้เกิดอาการปวดได้

5.7 ความเครียดทางจิตใจ (Psychological Distress) ภาวะเครียดเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Risk Factors) ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง เหตุการณ์ในชีวิต

ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันได้แก่ ความไม่พึงพอใจในงาน การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะปวดหลังส่วนล่างชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

5.8 สาเหตุส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่

5.8.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย (Physical Risk Factor) บุคคลที่มีรูปร่างสูง มีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากขณะทรงตัวในอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การก้ม การยืน กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงมากกว่าคนทั่วไป เพราะแกนของแรงด้าน คือระยะทางจากกระดูกสันหลังส่วนเอวเป็นจุดหมุนไปยังลำตัว และแกนของแรงด้านของบุคคลนั้นจะยาวมาก ทำให้ค่าแรงด้านทานสูงมาก แรงพยายามที่จะกระทำโดยกล้ามเนื้อหลังจึงต้องออกแรงมากขึ้นตามไปด้วย บุคคลที่มีรูปร่างอ้วน คนอ้วนมักจะมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอ กล้ามเนื้อที่ยืนทำให้จุดศูนย์กลางเคลื่อนมาทางด้านหน้า กล้ามเนื้อหลังก็จะออกแรงด้านเพื่อให้เกิดความสมดุลของกล้ามเนื้อหลัง จึงต้องทำงานหนักอยู่ตลอดเวลาเกิดอาการปวดเมื่อยได้ง่าย น้ำหนักที่มากทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกต้องรับน้ำหนักตัวมากขึ้น หรือในหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าบุคคลอื่น

5.8.2 การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะปวดหลังอย่างรวดเร็ว โดยทำให้ออกซิเจนในเลือดลดลงส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณหมอนรองกระดูกสันหลังลดน้อยลงจึงขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการเสื่อมก่อนเวลาอันควร และในผู้ที่สูบบุหรี่จะมีการไอบ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เพิ่มความเครียด และแรงดันต่อหมอนรองกระดูก

5.8.3 ขาดการออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อที่อ่อนแอ จึงทำให้ร่างกายขาดความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่สามารถยึดประคองกระดูกสันหลังไว้ได้ ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมักมีกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องอ่อนแอมีผลทำให้ความทนในการออกแรงรับน้ำหนักและแรงด้านแรงกระทบกระเทือนภายนอกมีน้อยและมีโอกาสที่จะมีอาการกลับเป็นซ้ำมากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

5.8.4 การเล่นกีฬาบางชนิดที่มีอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกหลัง ได้แก่ กอล์ฟ เทนนิส ยิมนาสติก ฟุตบอล เนื่องจากกีฬาดังกล่าวต้องใช้กล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังส่วนบนเอวในการหมุนหรือบิดตัวที่เร็วและแรง

5.8.5 ลักษณะในการทำงาน ลักษณะงานที่มีความเครียด การทำงานที่ก้ม ๆ เงย ๆ ยกของหนัก นั่ง ยืน นอน หรือยกของในท่าที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งลักษณะงานดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง และพบว่ากลุ่มคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมและผู้ใช้แรงงานทั่วไป และ เกษตรกรรม มักมีอัตราการเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลัง และพบปัญหา

เรื้อรังกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีอย่างแพร่หลายในหมู่เกษตรกร ผลจากการสำรวจในสวีเดน และฝรั่งเศสพบว่า สาเหตุใหญ่ของโรคปวดหลังส่วนล่างเกิดจากการยกของหนัก เคลื่อนไหวในท่าทางที่ซ้ำ ๆ และการได้รับการสั่นสะเทือน (สถาบันความปลอดภัยและสุขภาพอนามัย, 2546, หน้า 11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิช ตันทวีวัฒน์ และคณะ (2548) ปัจจัยที่พบว่ามีผลสำคัญต่ออาการปวดหลัง คือลักษณะท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การหิ้วของ การเข็น/ผลัก/ลาก/ดึง การบิดเอี้ยวตัว การยกของด้วยมือสองข้าง การก้มเงยตามลำดับ

จากสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างดังกล่าวนี้พบว่า สาเหตุจากการใช้ท่าทาง อิริยาบถที่ไม่ถูกต้องในการทำงาน และในชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด

6. การประเมินระดับความปวด (พงศภัวดี เจาทะเกษตริน, 2547, หน้า 95-127)

ในการบรรเทาความเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องประเมินความเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพและถูกต้อง แต่ในการประเมินความเจ็บปวดให้ได้ค่าที่มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นในสิ่งที่กระทำได้ยาก เนื่องจากความเจ็บปวดนั้นเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล โดยทั่วไปการประเมินความเจ็บปวดนั้นอาศัยหลักการ 3 วิธี คือ 1) ให้ผู้ป่วยบอกความเจ็บปวดเองโดยการพูดหรือการเขียน 2) สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่นกระวนกระวาย สับสน ร้องไห้ เป็นต้น 3) ประเมินจากอาการแสดงทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ เหงื่อออกเป็นต้น ซึ่งสองวิธีหลังดังกล่าวไม่เป็นที่นิยมใช้วัดทางคลินิก เพราะการตอบสนองเหล่านี้อาจมีผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ ได้มากมาย

การประเมินระดับความเจ็บปวดเป็นหัวใจของการดูแลรักษาความปวด อาการปวดถูกกำหนดโดยปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี สิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วยเป็นต้น และสภาพจิตใจของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้อาการมักไม่แน่นอนและอาจจะไม่แปรตามพยาธิที่เป็นสาเหตุ บางครั้งแพทย์และพยาบาลอาจมีข้อสงสัยว่าอะไรเป็นสาเหตุของการปวด เมื่อความรู้สึกไม่สบายที่ผู้ป่วยบอกเล่ามิได้ความสัมพันธ์กับอาการบาดเจ็บที่ปรากฏ เช่น อาการปวดเรื้อรังเฉพาะส่วนความปวด จึงเป็นปัญหาทั้งในขณะที่ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาการรวบรวมข้อมูลที่ประกอบด้วยสาเหตุทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งผลกระทบของอาการปวดต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต่อเนื่องอันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในเวชปฏิบัติของการรักษาความปวด ความปวดและการรับรู้บาดเจ็บไม่ใช่สิ่งเดียวกัน อาการปวดเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้สิ่งเร้าและความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดจากการเร้า นั้น ส่วนการรับรู้การบาดเจ็บเป็นหน้าที่ของระบบประสาท หากคู่มือจะคล้ายกันมาก

6.1 เป้าหมายในเวชปฏิบัติในการประเมินอาการปวดมี 4 เป้าหมาย ได้แก่

6.1.1 ความรุนแรงของความปวด นับว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญอันดับแรกที่มีประโยชน์ในการรักษา ความรุนแรงของความปวดอาจแสดงถึงความสำคัญ ความหมาย ของอาการปวดที่มีต่อผู้ป่วยในกรณีปวดเรื้อรัง ความรุนแรงไม่ได้สื่อถึงความสำคัญและความหมาย ของอาการปวดแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังแสดงถึงผลกระทบจากอาการปวด ที่อาจมีผลกระทบต่อ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย สำหรับอาการปวดเรื้อรังความรุนแรงของความปวดเป็นสิ่งที่แสดงถึงความ ทุกข์ทรมาน ความต้องการความสนใจต่อทีมสุขภาพมากกว่าข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาแก้ปวด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถลำดับความรุนแรงได้ดีที่สุดที่อยู่ 4 ระดับ คือ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวด ปานกลาง และปวดรุนแรง บางคนอาจพยายามแบ่งลำดับออกเป็น 5-6 ระดับดังที่พบใน แบบสอบถามหรือมาตรวัด เช่นไม่ปวดเลย ปวดบ้าง ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และ ปวดรุนแรง ผู้ป่วยที่ตอบปวดปานกลางมักอยู่ในกลุ่มที่ปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ นอกจากนี้ ความรุนแรงของการปวดยังเป็นข้อมูลในการเลือกใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามหลักการใช้ยาระดับ ความปวดขององค์การอนามัยโลก (WHO Analgesic Ladder) เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล

6.1.2 ลักษณะของอาการปวดการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของอาการ ปวด มีความจำเป็นมากในเวชปฏิบัติ สิ่งที่จะแยกความปวดแบบเฉียบพลันออกจากการปวดเรื้อรัง คือ ระยะเวลาของการปวดกับการบาดเจ็บหรืออักเสบของเนื้อเยื่อ หากเป็นมาในระยะไม่เกินกว่า 2-3 เดือน ให้วินิจฉัยว่าเป็นการปวดแบบเฉียบพลัน หากการรับรู้การบาดเจ็บเป็นมาในระยะ เวลานานกว่า 2-3 เดือนและการรับรู้ความปวดยึดเยื้อมานานกว่าระยะเวลาที่การบาดเจ็บนั้นควร จะหายจึงให้การวินิจฉัยว่าปวดเรื้อรัง

6.1.3 ผลกระทบข้อมูลของอาการปวดในส่วนนี้ จะสะท้อนให้เห็นความสำคัญ ของปัญหาทางอ้อมด้วยอาการปวดที่ส่งผลกระทบต่อสภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เกิดเป็นอาการที่อาจต้องรักษานั้นเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ไม่ยาก แต่ผลกระทบต่อความเป็นอยู่ซึ่ง รวมถึงสภาพจิตสังคมซึ่งแก้ไขได้ยากกว่ามาก คำถามที่ทำให้ทราบถึงผลกระทบทางพฤติกรรม บุคคลได้แก่ ความอดทนต่อการออกกำลังกาย การทำงาน งานบ้าน ขับรถ การนั่ง งานอดิเรก การเล่น กีฬา กิจกรรมสังคมอื่น การมีเพศสัมพันธ์ และการนอนหลับ การประเมินนี้จึงเป็นประโยชน์มาก สำหรับอาการปวดเรื้อรัง เพราะพยาธิสภาพของโรคและการรักษาจะมีผลต่อสภาพร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม

6.1.4 ผลของการรักษา การรวบรวมข้อมูลที่ดียังต้องประกอบด้วย รายละเอียดของวิธีการรักษาที่เคยได้รับและการตอบสนองหากเคยได้รับการรักษาด้วยยา ข้อมูลที่

ควรทราบคือ ขนาดของยาและวิธีรับประทาน ระยะเวลารวมทั้งสาเหตุที่หยุดยานั้น หากผู้ป่วยได้รับวิธีที่ไม่ใช่ยา เช่น การกายภาพบำบัด การฝังเข็ม หรือแม้แต่การแพทย์ทางเลือก ควรจะทราบเหตุผลของการเลือกวิธีเหล่านั้นและผลจากการรักษา จากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากวิธีหนึ่งไม่ได้ผล ไม่ได้แสดงว่าวิธีดังกล่าวจะใช้ไม่ได้ แท้จริงแล้ววิธีเหล่านั้นอาจเป็นประโยชน์ได้อีก

ความปวดเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยปวดหลัง และระดับความรุนแรงของความปวดสามารถเป็นเครื่องมือวัดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังแสดงถึงระดับความทนทานต่อความปวดของผู้ป่วย การบรรยายถึงความปวดของผู้ป่วยยังสามารถใช้ประเมินถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งได้รับผลกระทบจากความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความปวด ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด ซึ่งมีหลายแบบที่นิยมนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินระดับความปวด อย่างแรกสิ่งที่สำคัญคือการหาข้อเท็จจริงว่าระดับความปวดอยู่ในระดับใด ทั้งอาการปวดน้อย ปวดปานกลางหรือปวดมาก เพื่อใช้ในการจัดกลุ่มหรือบรรยายระดับความเจ็บปวด ขนาดเปรียบเทียบระดับความปวด (Harich, 2002. pp. 1-2)

1. ปวดน้อย อาการปวดไม่รบกวนกิจวัตรประจำวัน และสามารถที่จะปรับตัวกับความปวด แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

1.1 ระดับ 1 ปวดน้อย ความรุนแรงน้อยแทบไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บ เหมือนยุกกั๊ด ส่วนมากแทบจะรู้สึกไม่เจ็บ

1.2 ระดับ 2 ไม่สุขสบาย รุนแรงน้อย ปวดน้อย มีความรู้สึกเหมือนผิวหน้าถูกหยิกโดยเล็บแทบจะไม่มีอาการตอบสนองต่อความเจ็บ

1.3 ระดับ 3 ยังทนได้กับความปวด เริ่มรู้สึกเจ็บ เหมือนอุบัติเหตุ คล้ายมีอะไรมาตัดให้ขาดและมีเลือดออกมาน้อยมากและแพทย์ก็เริ่มให้การช่วยเหลือ และความเจ็บปวดก็จะเพิ่มมากขึ้นหากไม่ได้รับการช่วยเหลือคุณไม่สามารถที่จะปรับตัวได้

2. ปวดปานกลาง อาการปวดรบกวนกิจวัตรประจำวัน ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือตัวเอง แต่ไม่สามารถที่จะปรับตัวกับความปวด แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

2.1 ระดับ 4 ปวดจนขาดความสุข ปวดลึกเหมือนปวดฟัน หรือปวดแบบร่างกายได้รับอุบัติเหตุ รู้สึกเจ็บและปรับตัวได้ จะรู้สึกเจ็บเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นผิวหรือโดนบีบอย่างแรงแต่ไม่เหมือนการทิ่ม

2.2 ระดับ 5 ทำให้ทุกข์ใจหรือขาดความสุข เจ็บปวดลึกเหมือนโดนทิ่มแทง เช่น ปวดข้อเท้าหรือปวดหลังเล็กน้อยไม่เพียงเท่านั้น คุณยังจะกังวลกับการจัดการการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปแต่อาการของคุณจะเป็นเพียงชั่วคราว

2.3 ระดับ 6 ปวดมาก ปวดลึก ปวดทิ่มแทง ปวดมากขึ้นอีก และคุณจะรู้สึกบางส่วน จะนึกถึงสาเหตุบางสิ่งบางอย่างและคิดไม่ออกและคุณจะเริ่มเผชิญกับปัญหานี้ในด้านการทำงานและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน เหมือนกับการปวดศีรษะไมเกรนและรุนแรงมาก

3. ปวดรุนแรงไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมได้ตามปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมได้อย่างอิสระ

3.1 ระดับ 7 ปวดรุนแรง ปวดเหมือนข้อ 6 ยกเว้นอาการปวดจะมากกว่า อาการปวดจะมากขึ้น จนไม่สามารถที่จะอยู่คนเดียวได้ อาการปวดมากกว่าปวดศีรษะไมเกรน

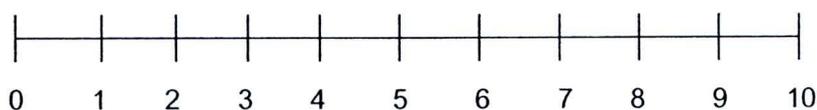
3.2 ระดับ 8 ปวดไม่ดีขึ้น ปวดรุนแรง จนไม่สามารถจะคิดได้ อาการปวดจะผ่านไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งเป็นเวลาที่ยาวนาน อาการปวดบ่อยขึ้นจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่เปรียบเทียบกับอาการไมเกรนกำเริบ

3.3 ระดับ 9 เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้ ปวดรุนแรงจนทนไม่ได้ และต้องการที่จะผ่าตัด โดยไม่คำนึงถึงผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ไม่มีความสุขกับชีวิต

3.4 ระดับ 10 ปวดมากจนไม่สามารถบอกได้ ปวดรุนแรง จนคุณไม่รู้สึกดัวบางเวลา

7. เครื่องมือประเมินอาการปวดหลัง มีหลากหลายวิธี (Harich, 2002, pp. 1-2) ดังนี้

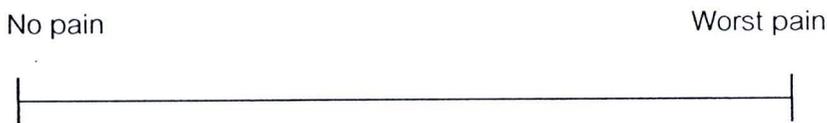
7.1 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) แบ่งระดับความรุนแรงโดยใช้มาตรวัดที่กำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึงไม่มีความปวดเลย 1 - 3 ปวดเล็กน้อย 4 - 6 ปวดปานกลาง และ 7 - 10 หมายถึงปวดมากที่สุด แสดงให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นค่าที่กำหนดความรู้สึกปวดที่กำลังเผชิญอยู่ได้ถูกต้องที่สุด (McCaffery and Beebe, 1993, p.1)



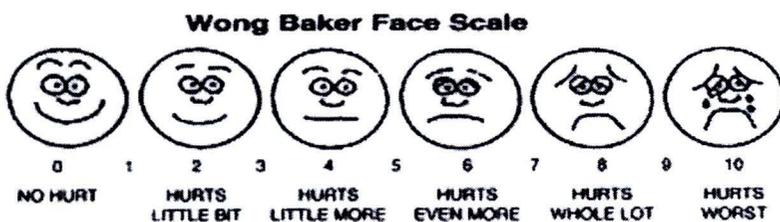
7.2 มาตรฐานวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal Descriptor Scale: VDS) ให้ผู้ป่วยรายงานความปวดตามระดับความรู้สึก โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด



7.3 มาตรฐานวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) มาตรฐานวัดชนิดนี้เป็นมาตรฐานวัดที่มีความยาวเป็นเส้นตรงประมาณ 1-10 หรือ 1-100 สเกลแต่ไม่กำหนดตัวเลขลงไปบนมาตรฐานวัด จะให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดของตน แล้วระบุตำแหน่งที่บอกถึงระดับความเจ็บปวดของตนบนมาตรฐานวัดที่เป็นเส้นตรง ที่ไม่แสดงตัวเลขให้เห็น จากนั้นผู้วัดก็นำไปปรับให้เป็นตัวเลขโดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานวัดที่แสดงตัวเลข หรือวัดสัดส่วนของตำแหน่งของความเจ็บปวดเป็นเส้นตรง 10 เซนติเมตรถ้าผู้ป่วยกากบาทบริเวณใดก็วัดขนาดความรุนแรงได้



7.4 เฟซเช็ล สเกลล์ (Facial Scales) คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด เริ่มตั้งแต่ไม่ปวดแทนด้วยภาพสีหน้ายิ้มร่ามีความสุข ปวดพอทนแทนด้วยภาพหน้านิ่งคิ้วขมวด จนถึงปวดมากที่สุด แทนด้วยภาพใบหน้าที่มีน้ำตาไหลพราก



7.5 แบบสอบถามของแมคกิลล์ (McGill Pain Questionnaire: MPQ) เป็นเครื่องมือวัดระดับความปวด ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินความรู้สึกทางระบบประสาท (Sensory) เป็นการประเมินลักษณะความปวดว่าเป็นความปวดชนิดใด เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดบิด ปวดเสียว

เป็นต้น ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจ (Affective) เป็นการประเมินความรู้สึกที่คุกคามจากความปวด เช่น เบื่อหน่าย เศร้าหมอง รู้สึกไร้ค่า และการประเมินโดยรวม (Evaluative) การรวมคะแนนทั้งหมด

7.6 แบบทดสอบอาการปวดหลังเมนาซานาคลินิก (Mensana Clinic Back Pain Test หรือ MPT) ของเฮนเดอร์และคณะ (Hendler, et al., 1988) มีลักษณะเป็นแบบทดสอบใช้วัดอาการปวดหลังโดยเฉพาะ ข้อคำถามมีจำนวน 15 ข้อ ชนิดเลือกตอบ 3-5 ตัวเลือก ระดับคะแนน 0-4 จะถามเกี่ยวกับสาเหตุทางพยาธิสภาพ และทางด้านจิตใจที่สัมพันธ์กับอาการปวด

7.7 แบบสอบถาม อาการปวดหลังของออสเวสทรี (Oswestry Low Back Pain Scale) โดย Fairbank (Fairbank, 1980, pp. 271-273.) เป็นแบบสอบถามใช้ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง การตอบแบบสอบถามนั้นให้ผู้ป่วยอ่านและตอบคำถามเอง ซึ่งใช้เวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 5 นาที ประกอบด้วย 10 คำถาม เพื่อประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การมีเพศสัมพันธ์ การเข้าสังคม และการเดินทาง แต่ละคำถามมีคะแนน 0-5 คะแนน ซึ่งเรียงจากความปกติ 0 ถึง ความรุนแรงสูงสุด 5

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือประเมินอาการปวดหลังของ ออสเวสทรี (Oswestry Low Back Pain Scale) ที่แปลและเรียบเรียงโดยผู้วิจัย โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ซึ่งแบบสอบถาม จะประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามนี้ได้มีการนำไปทดสอบความเที่ยงและความแม่นยำของแบบสอบถาม ทดสอบความเที่ยงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แล้วนำแบบทดสอบมาทดสอบเพื่อหาความแม่นยำในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ที่มีอาการปวดหลัง จากสาเหตุต่าง ๆ เพื่อหาค่า Cronbach's alpha

ผลกระทบของอาการปวดหลัง

ผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง หรือเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้หลังและบั้นเอวได้อย่างเต็มที่เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังถูกจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้อาการปวดหลังยังส่งผลทำให้เกิดปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อโดยการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายโดยกล้ามเนื้อมีการหดเกร็งเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลงเกิดการเผาผลาญของเสียเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อโดยรอบทำให้ กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อถูกจำกัดโดยการยึดขยาย (ดรุณี เสมอรัตนชาติ, 2543, หน้า 20) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังนานเกินกว่า 3-6 เดือน มักจะจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมักจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรม

และมีผลต่อสภาพจิตใจ กล่าวคือมีความวิตกกังวล กลัว และมีอาการซึมเศร้า (วิษณุ กัณฑ์ทิพย์, 2548, หน้า 237)

ผลกระทบของอาการปวดหลัง (มธุรส ณัฐฐารมณ, 2547, หน้า 26) มีดังนี้

1. ด้านความปวดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างใกล้ชิด โดยอาการปวดหลังทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งเพิ่มมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง เกิดการเผาผลาญของเสียเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อโดยรอบทำให้ กล้ามเนื้อบริเวณหลังถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ที่ต้องใช้เวลาได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากการทำกิจกรรมยิ่งกระตุ้นให้ปวดมากยิ่งขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิมและใช้เวลาส่วนใหญ่นอนพักบนเตียงกล้ามเนื้อขาดความยืดหยุ่นและขาดความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อความปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ได้รับการบำบัด จะส่งผลให้มีอาการทางกายเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง มีความเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ท้องผูก คลื่นไส้และอาเจียนภาวะจำกัดความสามารถของร่างกาย เป็นสาเหตุของการหยุดงาน ทำให้สูญเสียรายได้ และในจำนวนร้อยละ 50 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ด้านการยกของ อาการปวดหลังทำให้กล้ามเนื้อหลังหดเกร็งเพิ่มมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง เกิดการเผาผลาญของเสียเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบโดยรอบเอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ที่ต้องใช้เวลาส่วนนั้นเอาไว้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลต่อการก้มตัวของ ท่าทางการยกหรือการเก็บของจากพื้น

3. ด้านการเดิน เมื่อเกิดอาการปวดหลัง นอกจากกล้ามเนื้อและเอ็นบริเวณหลังจะถูกจำกัดแล้ว อาการปวดหลังยังส่งผลลงไปที่ขา ทำให้เกิดอาการปวดหลังร้าวลงขา ซึ่งเกิดการระคายเคืองกดทับเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงขา การเคลื่อนไหวจึงลดลงการเดินทางตามปกติโดยใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที หรือเดินในระยะทางเดิน 1-2 ไมล์ (~1.5-3 กิโลเมตร) แล้วต้องพัก

4. ด้านการนั่ง การนั่งจะเป็นการเพิ่มแรงกดดันต่อกระดูกสันหลังมากที่สุด หากนั่งไม่ถูกวิธีก็เพิ่มอาการปวดมากขึ้น ควรนั่งให้ชิดขอบเก้าอี้ ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง หลีกเลียงการนั่งเก้าอี้นาน ๆ ในลักษณะก้มตัว ขณะที่นั่งพักหัวเข่าควรอยู่สูงกว่าระดับสะโพกเล็กน้อย การนั่งควรใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ลุกยืน หรือเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทางลุกเดินไปรอบ ๆ หรือยืดเส้น ทุก 20-30 นาที ส่วนท่านั่งที่บรรเทาปรับให้ห่างพอเหมาะ ควรนั่งให้แผ่นหลังชิดเบาะ พนักพิงควรปรับให้เอนเล็กน้อยพอพิงได้สบาย

5. ด้านการยืน เนื่องจากอาการปวดหลังยังส่งผลกระทบต่อขา ทำให้เกิดอาการปวดหลังร้าวไปที่ขา ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการยืนลดลง ดังนั้นต้องพยายามให้โครงสร้างของร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุลที่สุด

6. ด้านการพักผ่อน ความปวดยังรบกวนแบบแผนการนอนหลับทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและทนต่อความปวดได้ลดลง การนอนหลับที่ถูกรบกวน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

7. ด้านการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น อาการปวดหลังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ ถูกจำกัดกิจกรรม นำไปสู่ความสามารถในการทำงานและความตั้งใจของร่างกายผู้ป่วยจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง เมื่อความปวดไม่ได้รับการบรรเทา ผู้ป่วยจะแยกตัวและไม่ยอมออกจากบ้าน อาการปวดหลังมักสัมพันธ์กับภาวะจิตใจ เช่นความเครียด ความวิตกกังวลพบร่วมได้บ่อยโดยอาจเป็นสาเหตุของการปวดหลัง หรือผลตามมาจากอาการปวดหลังเรื้อรังได้

8. ด้านการเข้าสังคม อาการปวดหลังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงบทบาทที่พึงจะเป็นได้ตามปกติ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวพันกับการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลถึงบทบาทในสังคมที่เสียไป

9. ด้านการมีเพศสัมพันธ์ ความปวดทำให้สูญเสียความสามารถในการดำรงบทบาทด้านเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงขึ้น การทำหน้าทีลดลงและความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกโกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล (Depression mood) ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลงอันมีสาเหตุจากปวดหลัง

10. ด้านการเดินทางและการท่องเที่ยว อาการปวดหลังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติทั้งการเดินทาง การยืน การนั่ง ในด้านการท่องเที่ยวจำเป็นต้องใช้กิจกรรมดังกล่าว และนอกจากนี้ อาการปวดหลังยังทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติต้องสูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คุณภาพชีวิตลดลง ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ลง จึงส่งผลกระทบต่อ การท่องเที่ยว

การรักษาอาการปวดหลัง

การรักษาประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (อำนาจ อุณนะนันท์, 2542, หน้า 160-164)

1. การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด

หลักการรักษาที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยต้องนอนพักจริง ๆ โดยไม่ลุกจากเตียงเลย หรือลุกขึ้นเฉพาะเวลาเข้าห้องน้ำหรือรับประทานอาหารเท่านั้น นอกจากการนอนพักแล้ว ควรจะให้

ยาร่วมด้วย ยาที่ใช้มี 3 พวก คือยาลดอักเสบ ยาแก้ปวด และยาคลายกล้ามเนื้อ การรักษาโดยวิธีนี้ ถ้าได้ผลผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 1-2 วัน และกลับสู่สภาพปกติภายใน 2 สัปดาห์แต่บางรายใช้เวลา 3 เดือน เมื่อผู้ป่วยทุเลาอาการปวดควรจะเริ่มออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้อง กล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องที่แข็งแรงมีความสำคัญมากในการช่วยประคับประคองกระดูกสันหลัง ระดับบันเอวในการช่วยแบ่งเบาให้น้ำหนักหรือแรงผ่านหมอนรองกระดูกสันหลังลดลง

2. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด กรณีที่ ระบบประสาทมีความบวมพองมากขึ้นเรื่อย ๆ มีอาการแสดงของ cauda equina syndrome เช่น มีความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ และมีอาการปวดมีอาการปวดมากและมีรอยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด

แนวคิด และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem)

ตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001, p. 43) กล่าวว่ากรณีที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการการดูแลตนเองและนำไปสู่ความผาสุก (well-being) ซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก (well-being) บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเรม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย (deliberate and goal-oriented action) เป้าหมายของการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก การดูแลตนเองเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ 2 ระยะ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 23) คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการคิด พินิจพิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเอง บุคคลต้องมีการพินิจพิจารณาด้วยตนเองเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมในสถานการณ์นั้น ๆ พิจารณาความเป็นไปได้ถึงความสามารถที่จะปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ตลอดจนการตัดสินใจเพื่อจะกระทำการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำการดูแลตนเองและการประเมินผลการกระทำในระยะนี้ จะมีการตั้งเป้าหมายของการกระทำ ออกแบบการกระทำ และกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้ออกแบบไว้ ตลอดจนมีการควบคุม และประเมินผลของการกระทำด้วยตนเอง

โอเร็ม (Orem, 2001, p. 47) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำ หรือการทำเพื่อบุคคลโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 27-30)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริมการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self –care requisites) เป็นความต้องการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ หรือการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือพ่อแม่ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การพัฒนาและการส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดาระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิดวัยทารกวัยเด็กวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 การป้องกันบรรเทา และแก้ไขภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่าง ๆ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติมิตร การขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมภาวะมีการถดถอยทางด้านสุขภาพหรือความสามารถความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และภาวะที่จะต้องเผชิญกับความตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บป่วยหรือพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ รวมทั้งในระหว่างการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ



- 3.1 การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ จากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่นเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของชีวิต
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลควบคุมและป้องกันความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น
- 3.6 เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งๆ ของบุคคลที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเรียกว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand) การคำนวณและการออกแบบความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละช่วงเวลาที่การดูแลตนเองที่จำเป็นเปลี่ยนแปลงไปจึงกล่าวได้ว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการกระทำที่ไม่หยุดนิ่ง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการและลำดับการกระทำให้เหมาะสมตามเวลาและสถานการณ์อยู่ตลอดเวลาการออกแบบและคำนวณความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่การขาดความรู้หรือออกแบบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียดหรือมีความรู้สึกว่าเป็นภาระได้ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง (ดรุณี เสมอรัตนชาติ, 2543, หน้า 33-36)

ผลจากอาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพ อาการปวดเรื้อรังที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง ซึ่งระดับทักษะในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ การรับรู้ และการตัดสินใจ แต่ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลง และจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคนับตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าไอเริ่มได้แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลออกเป็น 3 ด้าน แต่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลต้องใช้ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลตนเองประกอบกันทั้ง 3 ด้าน ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ปวดหลังเรื้อรังสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองเพื่อบริโภคอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่การทำงานของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้พอดี ต้องพยายามไม่ให้น้ำหนักตัวมากเกินไป เพราะการมีน้ำหนักตัวมากเกินไปจะทำให้หมอนรองกระดูกต้องทำหน้าที่รับน้ำหนักมากเกินไปด้วย และเพื่อลดอันตรายต่อโครงสร้างของหลัง โดยรับประทานอาหารแต่พอดี และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดการสะสมไขมันในร่างกาย
2. การดูแลตนเองในการปฏิบัติท่าทางและอิริยาบถในกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้อง เป็นการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
3. การรู้จักปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้าน หรือสถานที่ทำงานให้ถูกสุขลักษณะกับภาวะปวดหลังส่วนล่าง หรือถ้ายังทำงานควรหาวัสดุที่มีแรงดันน้อยมารองบริเวณเท้าเพื่อลดแรงดันของพื้นที่จะกระทำต่อหลัง
4. การดูแลตนเองในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม
5. การดูแลตนเองในการขจัดภาวะเครียดทางจิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ดังนั้นผู้ป่วยควรหาเวลาว่างในการได้พูดคุย พบปะเพื่อน รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อลดภาวะเครียด นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลายอยู่เสมอ
6. การดูแลตนเองในการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติอื่นร่วมกับอาการปวดหลัง เช่นการปัสสาวะเป็นเลือด หรือสีน้ำตาลเข้ม มีอุจจาระเป็นมูกเลือด มีอาการเบื่ออาหารมาก หรือมีอาการปวดหลังพร้อมกับอาการชูบผอมลงอย่างรวดเร็ว หากพบอาการเหล่านี้รีบแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบ
7. การดูแลตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการปวดหลังส่วนล่างมาจากการใช้หลังหรืออิริยาบถไม่เหมาะสม การได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม และการทำความเข้าใจถึงโครงสร้าง สาเหตุ และพยาธิสภาพของหลัง ตลอดจนการปรับอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดหรือป้องกันอาการปวด จึงมีความสำคัญ
8. การดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่ออาการปวดหลัง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นต้น
9. การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการปวดหลัง

9.1 เมื่อปวดเฉียบพลันและปวดมาก ควรนอนพักเพื่อเป็นการลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

9.2 การบริหารยา มีประโยชน์ค่อนข้างมากในระยะปวดเฉียบพลัน ยาที่รับประทานควรรับประทานตามแพทย์สั่ง

9.3 การดูแลตนเองโดยการใช่วิธีทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อลดอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) เป็นระบบการพยาบาล 1 ใน 3 ระบบตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้เมื่อผู้รับบริการสามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกระทำการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามบทบาทของพยาบาล (Orem, 2001, pp. 55-61) ดังนี้คือ

1. การสอน (teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนเพื่อให้อุบัติการณ์การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด พยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษาหลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 44-47) คือ

1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมากแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

1.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกรู้จักคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

1.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้

1.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งกระทำได้โดย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัสหัตถการกระทำต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง

1.5 การประเมินโดยการไต่ถามผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ในกิจกรรมที่ทำไม่ถูกต้องจะต้องชี้แจงและแก้ไข แต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีเตียน

1.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งแตกต่างกัน

1.7 การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลจะต้องควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่นมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอน

1.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

1.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ วิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง

โดยการสอนครั้งนี้ สอนแบบกลุ่มโดยวิธีบรรยายเพิ่มเติมจากสิ่งที่ผู้ป่วยขาด และร่วมอภิปรายพร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง นอกจากนั้น จะดำเนินการสาธิตการบริหารร่างกาย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ ชักถามพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้และข้อมูลที่ได้รับ

2. การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองโดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้กับผู้ป่วย เพียงแต่ให้ในรูปแบบของการแนะนำ การบอกแนวทางการให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำและการตรวจตราของพยาบาลเพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

3. การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแล

ตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องแม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานจากโรค ให้สามารถจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม วิธีการสนับสนุนอาจเป็นคำพูด กิริยา ท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ข้อข้องใจ

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม (providing a developmental environment) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการช่วยเหลือด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยการเยี่ยมบ้าน หรือสถานที่ทำงาน การร่วมจัดสถานที่บริเวณบ้านให้เหมาะสมต่อการป้องกันอาการปวดหลัง เช่น การจัดวางสิ่งของที่มือน้ำหนักมากไว้ในระดับเหมาะสม โต๊ะทำงานไม่สูงหรือต่ำจนเกินไป การเลือกที่นอนที่แน่น ยุบตัวน้อยที่สุด สนับสนุนชี้แนะในการปรับเปลี่ยนท่าทางเพื่อความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานประจำ รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในครอบครัว และเพื่อนบ้านในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลดำเนินการทั้งที่สถานบริการและติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลานาน 12 สัปดาห์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปวดหลัง

ดรุณี เสมอรัตน์ชาติ (2543, หน้า 51-67) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองจากผู้วิจัยโดยการให้ข้อมูลความรู้ การสาธิตวิธีการดูแล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ตอบแบบวัดอาการปวดหลังแมนซานาคลินิก และแบบวัดภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริส-18 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังและภาวะจำกัดความสามารถต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งก่อนเข้าร่วมการศึกษาและภายหลังเข้าร่วมการศึกษาในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังและภาวะจำกัดความสามารถต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ทั้งในสัปดาห์ที่สี่และสัปดาห์ที่แปด

นันธิดา พันธุศาสตร์ (2545, หน้า 66-83) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังที่บ้านต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเมื่อวัดด้วยวิธี Manual Muscle test และวัดด้วยคลื่นไฟฟ้าอีเอ็มจี

EMG (Electromyography) พบว่าค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าคะแนนความเจ็บปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุพัตรา ปวนไผ่ (2546, หน้า 84-130) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 285 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างเองและการสัมภาษณ์เชิงลึกในด้านการดูแลตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลัง ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.4 ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูงร้อยละ 42.8 ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.2 ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีโดยเวลาโกรธใช้การจัดการด้วยการเล่าระบายให้ผู้อื่นฟังร้อยละ 41.7 เวลาไม่สบายใจเล่าให้คนไว้ใจฟัง ร้อยละ 49.7 กลุ่มตัวอย่างใช้ยานอนหลับทุกคืนร้อยละ 2.1 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังจะรักษาด้วยตนเองมีวิธีดูแลตนเอง 3 ขั้นตอน โดยขั้นแรกนอนพัก การรับประทานยาพาราเซตามอล ทายาหม่องหรือยาแก้ปวด ขั้นที่ 2 ถ้าอาการไม่ดีขั้นนี้จะขอความร่วมมือจากญาติหรือเพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก และใช้วิธีทดลองรับประทานยาจากคนที่เคยปวดหลังรับประทานแล้วอาการดีขึ้น ขั้นที่ 3 ถ้าอาการดีขึ้นจริงและยาหมดจะไปตรวจรักษาที่คลินิกตามที่เจ้าของยาแนะนำ นอกจากนั้น หากอาการไม่ดีขั้นนี้มีการเปลี่ยนแพทย์ที่ทำการรักษาไปเรื่อยตามคำบอกเล่าของผู้อื่น การวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและการดูแลขณะปวดหลังที่จำเป็นอยู่

ทศวดี คำนนท์คอม (2548, หน้า 30-49) ได้ศึกษาผลการสอนต่ออาการปวดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ที่ปวดหลังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรม เกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการปวดหลังส่วนล่าง การบริหารกล้ามเนื้อหลัง และการใช้ท่าทางที่ถูกต้อง ประเมินโดยแบบประเมินอาการปวดหลังของเมนซานาคลินิก และแบบวัดภาวะจำกัดความสามารถของโลแลนด์และมอริส-18 ซึ่งแปลโดยดรุณี เสมอรัตนชาติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนอาการปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่การวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

มนนัท จิตรบุญ นงนุช โอบะ และนิพัทธ์ กิตติมานนท์ (2551, หน้า 66) ได้ศึกษาถึงการจัดการอาการปวดหลังของประชาชนวัยทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาชีพเกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน แม่บ้าน และผู้ทำงานในสำนักงานส่วนใหญ่มีระดับอาการปวดหลังอยู่ในระดับเจ็บปวดเล็กน้อย และเจ็บปวดปานกลาง อาการปวดหลังมีผลกระทบต่อการทำงาน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การพักผ่อน การเข้าสังคม การมีเพศสัมพันธ์ การเดินทางท่องเที่ยว อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย โดยมีผลกระทบมากที่สุดต่อการนั่ง การยกของและการเข้าสังคมตามลำดับ การจัดการอาการปวดหลังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความปวด คือ การรับประทานยาแก้ปวด การพัก และการนวดตามลำดับ

รายเดียร์ ลีเกอร์ และสมิธ (2549) ศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายเพื่อการรักษาแบบฟิลาห์ดีส ต่อการลดภาวะจำกัดความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการออกกำลังกายเพื่อการรักษาแบบฟิลาห์ดีส มีคะแนนภาวะจำกัดความสามารถแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} = .023$ และคะแนนความเจ็บปวดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} = .002$

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง

จันทนา ทองชื่น (2545, หน้า 37-51) ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 รายโดยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุ 15 รายแรกถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้สูงอายุอีก 15 รายถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ของ แววดาว ทวีชัย (2553) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ แผนระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับ

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จตุมา ชูเผือก (2548, หน้า 49-69) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทย แผนการสอนและแผนการชี้แนะภายใต้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และคู่มือการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกาย คือความทนทานของปอด หัวใจ ความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อส่วนล่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บูรณาการภูมิปัญญาไทยในท้องถิ่นเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพด้วยการเดินออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมีประสิทธิภาพ

ปิยมาลัย อาชาสันติสุข, นงนุช โอบะ และนุศรา วิจิตรแก้ว (2551, หน้า 66-77) ได้ศึกษาถึงผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ทั้งในสถานบริการและที่บ้านของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเที่ยงคำนวณจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .87 และแบบรวบรวมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี 2) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

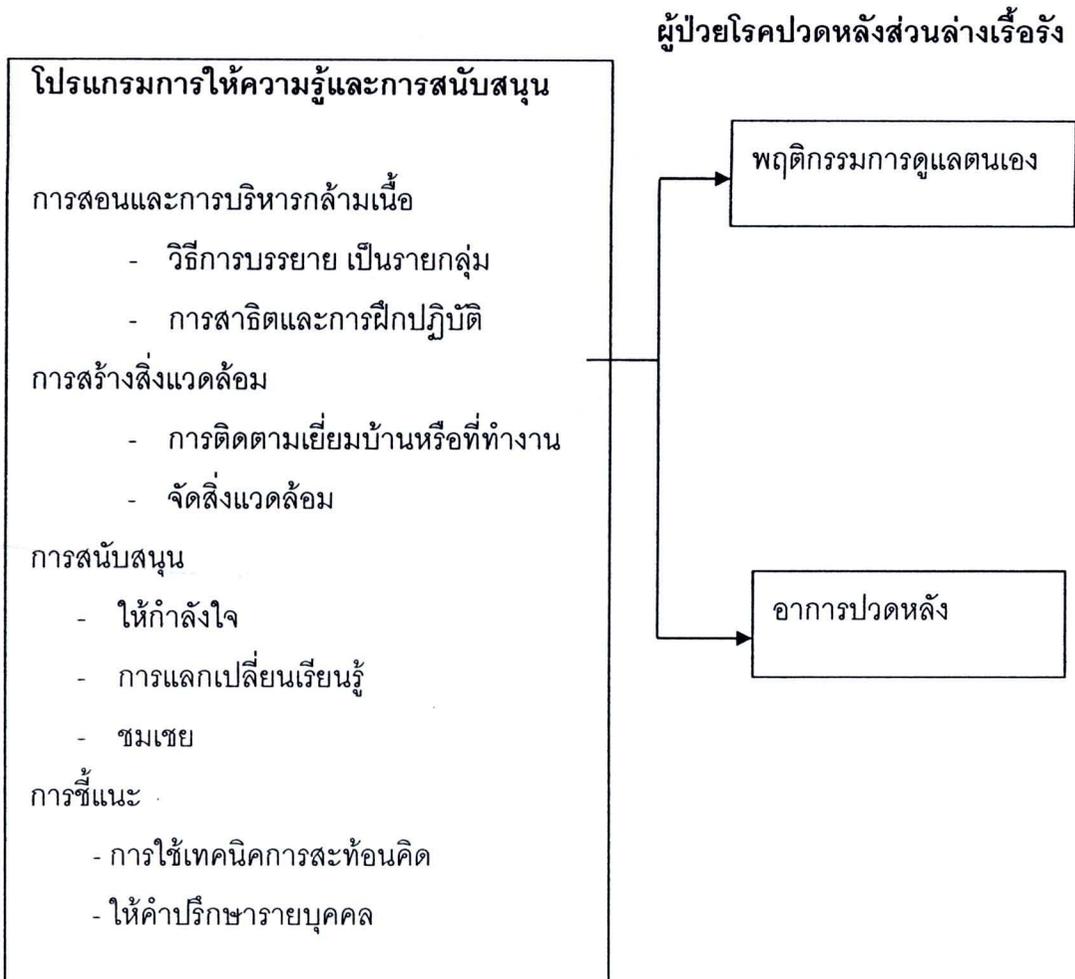
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่และทีอิสระผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ต่ำกว่าระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อารมย์ อร่ามเมือง (2551, หน้า 59-93) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน แบ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 44 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โปรแกรมเป็นการประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการสนับสนุนว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และเพิ่มทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานของผู้ดูแล

โฟลเดน (Folden, 1993, pp.162-167) ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็มไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน ให้ความรู้ ต่อการรับรู้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังมีภาวะการณ้เริ่มต้นของเส้นโลหิตที่สมอง ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 68 ราย โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 34 รายได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มทดลองได้รับแบบฝึกหัดวัดระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และการแก้ปัญหา ใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุน ให้ความรู้ มีความสามารถในการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลายประการ การให้ความรู้และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี คาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย