บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะปวดหลังส่วนล่าง
2. ภาวะจำกัดความสามารถ
3. แนวคิดการดูแลตนเอง
4. การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
5. การส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

ภาวะปวดหลังส่วนล่าง

คำจำกัดความของความเจ็บปวด (pain) โดยทั่วไปหมายถึงประสบการณ์ที่บุคคลกำลังประสบอยู่ จะบอกได้และยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังคงมีอยู่ (McCaffery, 1979) ความเจ็บปวดเป็นการรับรู้เฉพาะบุคคลที่รู้สึกถึงความไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต บุคคลที่ประสบความเจ็บปวดอยู่เท่านั้นจึงจะบอกได้ (Sternbach, 1979 cited in Ignatavicious, & Bayne, 1991)

อาการปวดหลังส่วนล่าง เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณหลังเนื่องจากมีพยาธิสภาพในส่วนต่าง ๆ ของเนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นส่วนบั้นเอว ได้แก่ กระดูก เอ็น ข้อต่อ รากประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อ หรือแม้แต่ผิวหนัง และเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลังเป็นบริเวณที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว และเป็นบริเวณที่มีความอ่อนแอมีข้อจำกัดในการยืดหยุ่น ซึ่งทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายถ้าหากได้รับแรงเครียดที่มากเกินปกติ นอกจากนี้โครงสร้างบริเวณหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าอกเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการพยุงโครงสร้างของหลัง ดังนั้นการมีท่าทางที่ดีนั้นเป็นผลทำให้ส่วนโค้งบริเวณคอ อก และเอวมีแรงลงมาสู่จุดศูนย์กลางพอดีทำให้เกิดความสมดุลน้ำหนักจึงช่วยป้องกันภยันตรายต่อหลัง (Calliat, 1996) และพยาธิสภาพที่ยิ่งอยู่ลึกไปจากบริเวณ

ผิวหนังเป็นผลทำให้อาการและอาการแสดงของภาวะปวดหลังส่วนล่างบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ยาก และมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามตำแหน่งของโครงสร้างกระดูกสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดการเสื่อมสภาพ ภาวะปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเนื่องจากบริเวณนี้จะรับน้ำหนักส่วนใหญ่ของร่างกายเป็นบริเวณที่อยู่ของรากประสาทที่ไวต่อการได้รับบาดเจ็บและเป็นส่วนของกระดูกสันหลังที่มีความโค้งงอได้มากที่สุด (Lewis, Collier, & Heitkemper, 1996) อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นการปวดหลังส่วนเอว (lumbar vertebral) และบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ (lumbosacral) ที่มีปลายประสาทอยู่ อาการจะเกิดขึ้นระหว่างซี่โครงล่างสุด (lower rib cage) ถึงกล้ามเนื้อกระดูกสันหลังส่วนเอวและกระดูกกระเบนเหน็บ ซึ่งโครงสร้างเหล่านี้ ได้แก่ กล้ามเนื้อ เอ็นยึดกระดูกต่าง ๆ (ligament) ข้อต่อที่สำคัญคือข้อฟาเส็ต (facet) หมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral disc) เส้นเลือด และเส้นประสาทที่มาหล่อเลี้ยงบริเวณหลัง หรือแม้แต่ผิวหนัง (Polaski, tatro, 1996)

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่พบได้บ่อยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ แต่มีเพียงร้อยละ 15 ถึง 20 เท่านั้นที่ทราบสาเหตุ อีกประมาณร้อยละ 80 นั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงเพียงแต่มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่ทำให้เกิดอาการ (Borenstien, Wiesel, & Boden, 1995) ยิ่งถ้าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยิ่งอยู่ลึกลงไปจากบริเวณผิวหนังจะยิ่งให้อาการปวดบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ยาก การกำหนดให้ได้เนื้อเยื่อแน่นอนที่เป็นสาเหตุของอาการปวดจึงค่อนข้างยาก (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2539)

ชนิดของอาการปวดหลังส่วนล่าง

อาการปวดหลังส่วนล่างสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ (Lewis, & Collier, 1993)

1. อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันนี้มักจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความตึงเครียดต่อเนื้อเยื่อของหลังส่วนล่าง อาการแสดงที่เกิดขึ้นมักจะไม่ปรากฏในทันทีทันใดภายหลังบาดเจ็บแต่จะเกิดขึ้นภายหลัง เนื่องจากการเริ่มมีการเพิ่มและพัฒนาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลัง (paravertebral muscle spasm) การวินิจฉัยมักจะเป็นไปในรูปของการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ การทดสอบโดยการยกขาเหยียดตรง (straight leg raising test) จะทำให้เกิดอาการปวดบริเวณบั้นเอวโดยไม่มีการปวดร้าวลงขาตามวิถีเส้นประสาทไซอาติก (sciatic nerve)

2. อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเป็นอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดขึ้นมานานมากกว่า 3 เดือน หรือมีอาการกลับซ้ำเป็น ๆ หาย ๆ อาการปวดมักจะ

สัมพันธ์กับการมีพยาธิสภาพบริเวณหมอนรองกระดูก การตีบแคบบริเวณโพรงกระดูกสันหลัง เกิดการเลื่อนของหมอนรองกระดูก (herniated nucleus pulposus) หรือมักพบว่าผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน การใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของกล้ามเนื้อจะเกิดอาการปวดบริเวณตะโพก และมีอาการปวดร้าวลงขาตามวิถีเส้นประสาทไซอาติก เมื่อทดสอบโดยการยกขาเหยียดตรงจะทำให้เกิดอาการปวดได้ อาการปวดหลังและขามักจะเกิดขึ้นเมื่อยกและงอขาในระดับ 90 องศา จะพบว่ารีเฟลกซ์ (reflex) ต่าง ๆ จะหายไป ซึ่งสัมพันธ์กับการที่รากประสาทไขสันหลังถูกกดทับ จะเกิดอาการชา หรือมีอาการบริเวณปลายเท้า ซึ่งอาการและอาการแสดงจะสัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างของกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง

1. การใช้ท่าทางและอิริยาบถไม่ถูกต้องซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด (Lewis, & Collier, 1993) เช่นการนั่งหลังค่อม เอียงตัว หรือบิดเบี้ยวทำให้กล้ามเนื้อหลังอยู่ในภาวะไม่สมดุล ซึ่งพบได้กับคนทุกวัย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 20-50 ปี (Chase, 1992) ภาวะปวดหลังมักเกี่ยวข้องกับการทำงานเสมอ (Gundewall, Liljqvist, & Hansson, 1993; Blue, 1996) และยังพบในบุคคลทุกอาชีพที่ต้องยืนหรือนั่งนาน ๆ ยกของหนัก หรือที่ต้องก้ม เงยบ่อย ๆ เพราะโดยปกติหลังส่วนล่างคือตั้งแต่เอวลงไปถูกสร้างมาให้รับน้ำหนักมากอยู่แล้วถ้าบวกกับแรงดันที่มากเกินควร ก็ถูกกดด้วยแรงมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวเพื่อรับกับแรงนั้นกล้ามเนื้อก็จะเสื่อมโทรมและอ่อนแรงทีละน้อย อาการปวดหลังก็จะเริ่มทีละน้อยเช่นกัน ซึ่งเป็นภยันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง หรือเกิดขึ้นทีละน้อย ลักษณะท่าทางที่ไม่ถูกต้องจะมีแรงกดสูงมากระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังแล้วยังมีผลให้เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังตึงต้องออกแรงมากทำให้เกิดอันตรายต่อหมอนรองกระดูกเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและเอ็นได้ การมีท่าทางที่ดีจะช่วยลดความเครียดหรือแรงกดต่าง ๆ ที่กระทำต่อโครงสร้างของหลังช่วยให้การเรียงตัวของแนวกระดูกสันหลังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานร่วมกันได้อย่างสมดุล สามารถป้องกันและพยุงโครงสร้างของหลังต่อการบาดเจ็บได้ (Blue, 1996)

2. กล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ เกิดจากกล้ามเนื้อหลังถูกใช้งานมาก หรือกระดูกสันหลังแอ่นมาก (hyperextend) สาเหตุมักมาจากการทรงตัวของร่างกายไม่ดี หรือจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความร้อนหรือความเย็นทำให้มีการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส (multifidus muscle) การอ่อนแอของกล้ามเนื้อและเอ็นรอบ ๆ กระดูกสันหลังทำให้มีการเคลื่อนที่ไปมาได้มากเกินปกติ และทำให้มีการแยกตัวของเยื่อหุ้มกระดูกมากยิ่งขึ้น (Calliat, 1996)

3. การกระทบกระแทก (trauma) อย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุที่เกิดกับหลัง เช่น การตกจากที่สูง เป็นต้น แรงกระแทกอาจเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อ เอ็น หมอนรองกระดูก หรือกระดูกสันหลังได้ (Calliat, 1996)

4. ความเสียหายของหมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral disc damage) เกิดจากภยันตรายที่เกิดกับหลัง นอกจากนี้แนวโค้งของกระดูกสันหลังที่ผิดปกติจะทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังผิดรูปได้ ซึ่งถ้าหากมีแรงกดมาก ๆ อาจจะทำให้ส่วนของหมอนรองกระดูกโป่งยื่นออกทางด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งอาจจะทำให้รากประสาทถูกกดเบียดได้ ซึ่งมักพบมาในวัยกลางคน คืออยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องทำงานหนักและมีการเคลื่อนไหวของหลังมาก (Waddell, 1996)

5. อาการปวดร้าวจากอวัยวะภายในที่อยู่ใกล้เคียง (viscerogenic pain หรือ refered pain) ได้แก่ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ อวัยวะในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งตับอ่อน ลำไส้ โดยการดันเยื่อบุช่องท้องด้านหลังทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง อาการปวดที่เกิดจากอวัยวะภายในที่เกิดภาวะผิดปกตินั้นมีส่วนของเส้นประสาทรับความเจ็บปวดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวและก้นกบ (lumbosacral spine) (Wood, 1998)

6. สาเหตุจากพยาธิสภาพ (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2539) ได้แก่

6.1 การติดเชื้อ (infection) เช่น วัณโรคกระดูก

6.2 การอักเสบที่ปราศจากเชื้อ (inflammation) เช่น การอักเสบในพวกรูมาตอยด์ หรือการอักเสบจากความเสื่อมของกระดูกในพวก osteoarthritis เป็นต้น

6.3 ภาวะกระดูกจาง (osteoporosis) เกิดจากการที่มีแคลเซียมในกระดูกน้อยลง ทำให้เนื้อกระดูกไม่แข็งแรงมักพบในบุคคลที่มีอายุมากและขาดการออกกำลังกาย หญิงในวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น ซึ่งภาวะกระดูกจางนี้มักจะทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรังได้

6.4 เนื้องอก (tumor) อาจเกิดจากตัวกระดูกสันหลังเอง หรือแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

6.5 หมอนรองกระดูกเคลื่อน (herniated disc) เกิดจากการค่อย ๆ ฉีกขาดภายในของแอนนูลัสไฟโบรซัส (annulus fibrosus) จนถึงรอบนอก ทำให้นิวเคลียสพัลโพซัส (nucleus pulposus) หลุดรอดออกมานอกแอนนูลัส ไฟโบรซัส ซึ่งมักหลุดออกมาบริเวณข้างเอ็นกระดูกโพสทีเรียลองจิตูดินอล (posterior longitudinal) ซึ่งจะกดทับรากประสาทพอดี ทำให้เกิดอาการชาและกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปวดเกิดจากการที่เอ็นกระดูกโพสทีเรียลองจิตูดินอลถูกดันให้ตึงตัว

6.6 ข้อสันหลังเสื่อม (degenerative disc) เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ผิวกระดูกอ่อนบางลงเยื่อหุ้มข้อหลวม และความสูงของหมอนรองกระดูกยุบลงทำให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังหลวม และมีการเคลื่อนไหวในทิศทางที่ผิดปกติ

6.7 โพรงกระดูกสันหลังแคบ (spinal stenosis) เมื่อเกิดการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลังจนเกิดการหลวมตัวของข้อต่อของกระดูกสันหลังแล้ว ร่างกายพยายามจะซ่อมแซมให้เกิดความ มั่นคงของข้อกระดูกขึ้นจึงเกิดการขยายตัวใหญ่ขึ้นของกระดูกและเอ็นต่าง ๆ ทำให้โพรงกระดูก สันหลังแคบลงทำให้หลอดเลือดรอบ ๆ ควอดา ไควนา (cuada quina) และรากประสาทถูกบีบรัดโดยเฉพาะอิริยาบถที่มีการแอ่นของเอวมากว่าปกติ (lordosis)

6.8 การอักเสบของเบอร์ซา (bursitis) เกิดการอักเสบของเบอร์ซาระหว่างปล้องสันหลังทำให้เกิดอาการปวดได้

7. ความเครียดทางจิตใจ (psychological distress) ภาวะเครียดเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial risk factors) ที่ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง (Chase, 1992; Lampe et al, 1998) เหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันได้แก่ ความไม่พึงพอใจในงาน การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะปวดหลังส่วนล่างชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุได้ (Lampe et al, 1998) บุคคลที่มีบุคลิกภาพชนิดเอ (type A) ซึ่งพบในบุคคลที่มักมีความจริงจังในการทำงาน (Hazard, Bendix, & Fenwick, 1991) ภาวะเครียดเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มักมีผลต่อการฟื้นคืนสู่สภาพปกติของภาวะปวดหลังส่วนล่างคือทำให้อาการปวดหายช้า (Hazard, Haugh, Green, & Jones, 1994) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังโดยไม่ปรากฏพยาธิสภาพซึ่งเรียกอาการปวดหลังนี้ว่าปวดหลังจากจิตสรีระแปรปรวน (psychosomatic backache) (Calliat, 1996; McCulloch, & Transfeldt, 1997) นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายถึงผลสำเร็จในการรักษาภาวะปวดหลังส่วนล่างได้มากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ (Waddell, 1987; Hazard, Haugh, Green, & Jones, 1994) ความเครียดทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการปวดโดยเฉพาะบริเวณต้นคอและหลัง (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2539; Calliat, 1996; Lampe et al., 1998)

8. สาเหตุส่งเสริมอื่น ๆ ได้แก่

8.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย (physical risk factor) ในบุคคลที่มีรูปร่างสูง มีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากขณะทรงตัวในอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การก้ม การยืน กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงมากกว่าคนทั่วไป เพราะแขนของแรงต้าน คือระยะทางจากกระดูกสันหลังส่วนเอวเป็นจุดหมุนไปยังลำตัว และแขนของแรงต้านของบุคคลนั้นจะยาวมาก ทำให้ค่าแรงต้านทานสูงมาก แรงพยายามที่จะกระทำโดยกล้ามเนื้อหลังจึงต้องออกแรงมากขึ้นตามไปด้วย บุคคลที่มี

รูปร่างอ้วน คนอ้วนจะมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอ หน้าท้องที่ยื่นทำให้จุดศูนย์ถ่วงเลื่อนมาทางด้านหน้า กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงต้านเพื่อให้เกิดสมดุลกล้ามเนื้อหลังจึงต้องทำงานหนักอยู่ตลอดเวลาเกิดอาการปวดเมื่อยได้ง่าย น้ำหนักที่มากทำให้กล้ามเนื้อ และกระดูกหลังต้องรับน้ำหนักตัวมากขึ้น (Vawter, & Patzel, 1992; Burke, & LeMone, 1996) หรือในหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีน้ำหนักมากทำให้หลังบริเวณบั้นเอวต้องรับน้ำหนักครรภ์ที่ใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแนวโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอว และจุดศูนย์ถ่วงที่ห่างกระดูกสันหลังออกมามากเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ หรือผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมักจะพบว่ามีกล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ ขาดความยืดหยุ่น (Hazard, Bendix, & Fenwick, 1991)

8.2 การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีอัลกอฮอล์ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะปวดหลังเรื้อรัง โดยทำให้ออกซิเจนในเลือดลดลงส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณหมอนรองกระดูกสันหลังลดน้อยลงจึงขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมของหมอนรองกระดูกสันหลังทำให้เกิดการเสื่อมก่อนเวลาอันควร (Deyo, & Bass, 1990) และในผู้ที่สูบบุหรี่มักจะมีอาการไอบ่อย ซึ่งเป็นเหตุทำให้เพิ่มความเครียด และแรงดันต่อหมอนรองกระดูกสันหลังมากขึ้น (Burke, & LeMone, 1996)

8.3 การขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีกล้ามเนื้อที่อ่อนแอ จึงทำให้ร่างกายขาดความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่สามารถยึดประคองกระดูกสันหลังไว้ได้ ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมักจะมีกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องอ่อนแอมีผลทำให้ความทนในการออกแรงรับน้ำหนักและการต้านแรงกระทบกระเทือนภายนอกมีน้อยและมีโอกาสที่จะมีอาการกลับเป็นซ้ำมากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Blue, 1996)

8.4 การเล่นกีฬาบางชนิดที่มีอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกหลัง ได้แก่ กอล์ฟ เทนนิส ยิมนาสติก ฟุตบอล เนื่องจากกีฬาดังกล่าวต้องใช้กล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวในการหมุน หรือบิดตัวที่เร็วและแรง (Frymoyer, 1989)

8.5 ลักษณะในการทำงาน ลักษณะงานที่มีความเครียด กิจกรรมของงานที่ถูกจำกัด เช่น นั่ง ยืน หรือเดินนาน ๆ ยกของหนัก ก้ม ๆ เงย ๆ บ่อย ๆ งานที่ต้องยก หรือเคลื่อนย้ายของหนักบ่อย ๆ การต้องขับรถนาน ๆ การใช้ท่าทางไม่ถูกวิธี ซึ่งลักษณะของงานดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำอันตรายต่อหลัง (Bigos, & Battie, 1991) และพบว่าในโรงงานอุตสาหกรรมเครื่องจักรมักจะมีอัตราการเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกหลังสูง (Gundewall, 1996) และพบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะมีอาการปวดที่มีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ (บุญรักษ์ ณ ลำพูน, 2542) ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการทำให้เกิดอาการหลังซ้ำ ๆ และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้พบภาวะปวดหลังส่วนล่างในผู้ที่มีอายุน้อยเพิ่มขึ้น (Blue, 1996) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการมีอาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

จากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างดังกล่าวนั้นพบว่า สาเหตุจากการใช้ท่าทาง และอิริยาบถไม่ถูกต้องในชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด (Blue, 1996; Borenstien, Wiesel, & Boden, 1995; Polaski, & Tatro, 1996)

วิธีการดูแลรักษาภาวะปวดหลังส่วนล่าง (Lewis, & Collier, 1992)

1. ภาวะปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่รุนแรง ควรให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้รับประทานยาบรรเทาปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ หรือให้ผ้าพยุงหลัง (corset) ซึ่งจะช่วยป้องกันการหมุน งอ และเหยียดของบั้นเอวที่มากผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้าหากอาการปวดมากขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าตรง ควรให้ผู้ป่วยได้นอนพักแต่อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำด้วยตนเองได้ การให้ผู้ป่วยนอนพักจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอิริยาบถได้โดยไม่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น ระยะนี้ควรเริ่มให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลัง ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันส่วนใหญ่มักจะมีอาการเข้าสู่ภาวะปกติได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดไม่ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์มักจะมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้อาการปวดนั้นยังคงอยู่ ได้แก่ ภาวะเครียด สภาพเศรษฐกิจ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับอาการปวดที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับผู้ป่วย

2. ภาวะปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง สิ่งสำคัญก็คือการแยกออกจากภาวะปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน ถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะปวดหลังที่ไม่คงที่ มีการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะอ้วน การใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง การมีกล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ มีอายุมาก หรือการได้รับการกระทบการะเทือนบริเวณหลังเป้าหมายในการรักษาก็คือ การให้ออกกำลังกาย การใช้ผ้ารัดบริเวณเอว เพื่อลดการเคลื่อนไหว การแนะนำให้ลดน้ำหนักเพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณบั้นเอว การใช้ลักษณะท่าทางที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นผลทำให้อาการปวดหลังกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในการใช้ท่าทางที่ถูกต้องทั้งที่บ้านหรือในที่ทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยจะช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง และภาวะจำกัดความสามารถได้

แนวการเลือกวิธีการรักษานั้นขึ้นกับอาการผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป้าหมายของการรักษาที่สำคัญคือ การลดอาการปวด ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานโดยเร็ว และป้องกันความเสื่อมของโครงสร้างที่อาจเกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมาก่อน ควรเริ่มการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ (conservative treatment) ได้แก่

1. การพัก โดยที่ผู้ป่วยสามารถนั่งรับประทานอาหาร และเข้าห้องน้ำได้ ที่นอนควรแข็งพอควร ถ้านอนหงายแล้วยังมีอาการปวดควรปรับให้นอนตะแคงหรือนอนหงายโดยมีหมอนรองใต้เข่าเพื่อให้ความแอ่นของเอวลดลง การให้นอนพักมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มปวดค่อนข้างเฉียบพลันและปวดมาก ข้อเสียของการนอนพักก็คือ ผู้ป่วยเสียเวลาทำงาน การนอนพักนานทำให้โครงสร้างต่าง ๆ โดยเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแอลง และมีการสูญเสียแคลเซียมออกมากับปัสสาวะ ควรให้ผู้ป่วยนอนพักไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ (Deyo, 1997)

2. การให้ยา มีประโยชน์ค่อนข้างมากในระยะปวดเฉียบพลัน ซึ่งมักมีการอักเสบของข้อและรากประสาท ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด และยาต้านการอักเสบ (Non-Steroidal Antiinflammatory Drugs: NSAIDs) อาจให้ยาอื่นประกอบด้วยเช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ และยากล่อมประสาท เพื่อให้พักได้ดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามจากการรักษาด้วยการให้ยาคือ แผลในระบบทางเดินอาหาร การติดยาในกลุ่มยากล่อมประสาท (Deyo, 1997)

3. การใช้วิธีทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อลดอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจทดแทนหรือลดยาประเภทต่าง ๆ การนวดการดึงหรือถ่วงที่เชิงกราน การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้า (transcutaneous nerve stimulation: TENS) ตลอดจนการฝังเข็ม วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ถ้าทำการรักษาในโรงพยาบาลก็ควรเป็นกรณีที่อาการปวดค่อนข้างเฉียบพลันหรือมาก เพราะเสียเวลา และค่าใช้จ่าย

4. การสอนแนะนำการดูแลสุขภาพของหลัง (back school) เนื่องจากสาเหตุส่วนหนึ่งของอาการปวดเกี่ยวเนื่องกับการใช้หลัง หรืออิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การสอนควรให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโครงสร้าง สาเหตุและพยาธิสภาพของหลัง ตลอดจนการปรับอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดหรือป้องกันอาการปวดกลับเป็นซ้ำ (ยงยุทธ วัชระดุลย์, 2535)

5. การบริหารร่างกาย ควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยเริ่มทำงานได้ ควรเพิ่มสมรรถภาพของหลังโดยการบริหารร่างกาย จุดประสงค์สำคัญคือเพื่อป้องกันอาการปวดที่อาจเกิดขึ้นอีก โดยการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และการบริหารทั่วไปแบบแอโรบิก (Waddall, 1996)

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างให้ประสบผลสำเร็จนั้นควรตระหนักทั้งความสุขสบาย การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย (Waddell, 1992) รวมทั้งการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้มีส่วนในการดูแลรักษาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นคืนสภาพของภาวะปวดหลังส่วนล่าง และเป็นวิธีการดูแลที่ดีที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการทำให้ภาวะปวดหลังส่วนล่างกลายเป็นภาวะที่เรื้อรังได้ (Gillette, 1996)

การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง

ในการบรรเทาความเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องประเมินความเจ็บปวดให้มีประสิทธิภาพและถูกต้อง แต่ในการประเมินความเจ็บปวดให้ได้ค่าที่มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก เนื่องจากความเจ็บปวดนั้นเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล การสร้างเครื่องมือแต่ละชนิดนั้นมีความเหมาะสมเฉพาะบุคคลแต่ละกลุ่ม (McGire, 1984) โดยทั่วไปการประเมินความเจ็บปวดนั้นอาศัยหลักการ 3 วิธี คือ 1) ให้ผู้ป่วยบอกความเจ็บปวดเองโดยการพูดหรือการเขียน 2) สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น กระวนกระวาย สับสน หน้านิ่ว ร้องไห้ เป็นต้น 3) ประเมินจากอาการแสดงทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจเหงื่อออก เป็นต้น ซึ่ง 2 วิธีหลังดังกล่าวนี้ไม่เป็นที่นิยมใช้วัดในทางคลีนิก เพราะการตอบสนองเหล่านี้อาจเป็นผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ ได้มากมาย นอกเหนือจากความเจ็บปวด จึงนิยมวัดหรือประเมินทางห้องทดลองเท่านั้น (Stewart, 1970 cited in Jacox, 1977) ดังนั้นวิธีการประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยการพูดและการเขียนบางครั้งเป็นตัวชี้วัดที่ดี เนื่องจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเกิดจากกการรับรู้เฉพาะบุคคลว่าตนมีความเจ็บปวดอยู่ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ใช้ปริมาณความต้องการใช้และชนิดของยาบรรเทาปวดมาประกอบการประเมินความเจ็บปวด และนำมาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการวัดวิธีอื่น ๆ ได้ (Hill, 1982; McGire, 1984)

สำหรับการประเมินอาการปวดหลังนั้นมักอาศัยการประเมินที่ครอบคลุมไปถึงผลกระทบของอาการปวดต่อการทำหน้าที่ของหลังด้วยอาการปวดที่เกิดขึ้นสามารถประเมินได้จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อมูลอัตนัยที่บอกถึงความรุนแรงของอาการปวดในแต่ละบุคคล ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการปวดหลังได้ แต่การประเมินอาการปวดสามารถประเมินได้จากการใช้เครื่องมือวัดระดับอาการปวดหลังที่มีผู้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินระดับและปริมาณอาการปวดที่เกิดขึ้น ได้แก่ แบบทดสอบอาการปวดหลังเมนซานาคลีนิก (Mensana Clinic Back Pain Test หรือ MPT) ดัชนีชี้วัดอาการปวด (pain rating index: PRI) แบบสอบถามอาการปวดของแมคกิลส์ (McGill Pain Questionaire) แบบวัด visual analoque scale แต่ที่นิยมใช้ได้แก่ แบบทดสอบอาการปวดหลังเมนซานาคลีนิก (Mensana Clinic Back Pain Test หรือ MPT) ของเฮนเดอร์และคณะ (Hendler, Molett, Talo, & Levin, 1988) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากแบบทดสอบบุคคลิภาพมินนิโซตา (Minnesota Multiphasic Personality หรือ MPPI) ซึ่งแต่เดิมเรียกว่า Hendler 10-Minute Screening Test for Chronic Back Pain Patients ซึ่งเป็นข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ชนิดให้เลือกตอบ 4-5 ตัวเลือก และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที ข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับสาเหตุทางพยาธิสภาพ และทางด้านจิตใจที่สัมพันธ์กันกับอาการ

ปวดที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางกาย แบบประเมินนี้พบว่ามีคุณสมบัติที่มีความเหมาะสมในการประเมินอาการปวดหลังที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย (organic pain) และอาการปวดที่มีสาเหตุจากภาวะทางด้านจิตใจ (psychogenic pain) เนื่องจากผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างบางรายต้องเผชิญกับอาการปวดที่เรื้อรังส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลได้ (Hendler, et al. , 1988) ถึงแม้ว่าการใช้วิธีการประเมินโดยตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ช่วยประเมินอาการปวดสามารถประเมินอาการปวดที่มีสาเหตุทางด้านกายภายภาพเท่านั้น และอาจจะเกิดปัญหาขึ้นได้ถ้าการตรวจนั้นไม่มีความละเอียดพอ หรือผู้ตรวจไม่มีความชำนาญ (Hendler et al., 1988) ดังนั้นแบบทดสอบอาการปวดหลังทางคลีนิกของเมนซานาจึงเป็นที่นิยมนำมาใช้เพื่อประเมินอาการปวดหลัง และแบบทดสอบนี้ยังมีความตรงต่อการประเมินอาการปวดหลังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างและสามารถใช้ทำนายหรือช่วยในการประเมินผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างก่อนการผ่าตัด หรือภายหลังได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยวิธีอื่น ๆ ได้ดี (Borenstien, Wiesel, & Boden, 1995; Hendler et al. , 1988)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบอาการปวดหลังเมนซานาคลีนิกมาใช้โดยปรับข้อคำถามจาก 15 ข้อคำถามให้เหลือ 10 ข้อคำถาม คำถามที่ตัดออกเป็นคำถามที่ผู้ป่วยไทยส่วนมากไม่สามารถบอกได้ และเลี่ยงที่จะไม่ตอบข้อคำถามซึ่งได้แก่ คำถามเกี่ยวกับชนิดและชื่อของยาที่ใช้รักษาอาการปวดหลังเนื่องจากไม่ได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ผู้รักษา เพศสัมพันธ์และการบรรลุจุดสุดยอดภายหลังมีอาการปวดหลัง การเปรียบเทียบรายได้ก่อนและหลังการมีอาการปวดหลังโดยคิดเป็นร้อยละ ค่าตอบแทนที่รัฐบาลจ่ายเพื่อเป็นค่าทดแทนภายหลังมีภาวะปวดหลัง และคำถามเกี่ยวกับงานอดิเรกภายหลังมีอาการปวดหลังส่วนล่าง

ภาวะจำกัดความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

ภาวะจำกัดความสามารถ (disability) โดยทั่วไปหมายถึง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หรือจิตใจที่มีสาเหตุมาจากการได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย หรือเกิดจากความพิการ ตั้งแต่กำเนิด ซึ่งมีผลทำให้สูญเสียพลังในการเรียนรู้ หรือมีความจำกัดความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกาย (Backwell's Dictionary of nursing, 1994) ในภาวะปวดหลังส่วนล่าง ภาวะจำกัดความสามารถหมายถึง การที่บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่เป็นปกติได้ลดลง หรือปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปวดหลังส่วนล่าง ภาวะจำกัดความสามารถส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการปฏิบัติ

กิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปกติในชีวิตประจำวันลดลง (Frank, Kerr, Brooker, DeMaio, Maetzel, Shannon et al, 1996b)

ภาวะจำกัดความสามารถ เป็นผลที่เกิดขึ้นจากอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง หรือเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้หลังส่วนบั้นเอวได้อย่างเต็มที่ เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังถูกจำกัดในการเคลื่อนไหว จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง การทำงานของร่างกาย ระดับอาการปวด และภาวะจำกัดความสามารถของกรอนแบลด เฮอรี่ และโคว์รี (Gronblad, Hurri, & Kowri, 1997) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทั้งชายและหญิง จำนวน 52 ราย พบว่าภาวะจำกัดความสามารถมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเคลื่อนไหวในลักษณะหมุนของกระดูกสันหลัง แต่ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างการศึกษาในหญิงและชาย และพบว่า อาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะจำกัดความสามารถพบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (Frank, Kerr, Brooker, DeMaio, Maetzel, Shannon, et al, 1996b) การเกิดการระคายเคืองหรือเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่ออย่างยาวนานส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายทำให้อาการปวดรุนแรงเพิ่มขึ้นกล้ามเนื้ออ่อนแอลง และส่งผลกระทบทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดภาวะวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Bolton, 1994) จากการศึกษาของวาห์เกร็นและคณะ (Wahlgren, Atkinson, Eppeng, William, Previll, Klaplow, et al, 1997) ได้ศึกษาย้อนหลังถึงผลที่เกิดขึ้นจากภาวะปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มผู้ป่วยชายจำนวน 76 รายที่เริ่มมีอาการปวด จนถึงระยะที่ 2, 6 และ 12 เดือน ตามลำดับ และประเมินระดับอาการปวดโดยใช้การแบบประเมินอาการปวด Descriptor differential Scale: DDS และประเมินภาวะจำกัดความสามารถโดยใช้ Sickness Impact Profile: SIP และประเมินภาวะความทุกข์ทรมานโดยใช้แบบประเมินBack Depression Inventory: BDI พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกได้เป็น 5 กลุ่ม คือ มีอาการดีขึ้น มีอาการปวดอย่างเดียว มีภาวะจำกัดความสามารถ มีภาวะความทุกข์ทรมาน และมีอาการปวดร่วมกับมีภาวะจำกัดความสามารถ ในระยะ 6-12 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการปวดพบว่าร้อยละ 78 มีอาการปวดอยู่ใน 6 เดือน แต่ ร้อยละ 72 มีอาการปวดอยู่ใน 12 เดือน ร้อยละ 26 มีภาวะจำกัดความสามารถและภาวะทุกข์ทรมานใน 6 เดือน ร้อยละ 14 มีภาวะจำกัดความสามารถและภาวะทุกข์ทรมานอยู่ใน 12 เดือน

นอกจากนี้อาการปวดที่ส่งผลทำให้เกิดปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อโดยการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายโดยกล้ามเนื้อมีการหดเกร็งตัวเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง เกิดการเผาผลาญของเสียเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อโดยรอบทำให้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อถูกจำกัดในการยืดขยาย (Calliat, 1996) ภาวะจำกัดความสามารถจะรุนแรงตามอาการ

ปวดที่เกิดขึ้น โครงสร้างของการดำเนินโรคจากสาเหตุและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลทำให้เกิดความเสื่อมสภาพทางกาย ทำให้มีสมรรถนะที่ด้อยลง เกิดผลกระทบต่อความปกติทางด้านร่างกายและจิตใจได้ (Hazard, Haugh, Green, & Jones, 1994; Smeltzer, & Bare, 1996)

ภาวะจำกัดความสามารถจากอาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงบทบาทที่พึงจะมีเป็นปกติได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวพันกับการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Waddell, 1991) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะจำกัดความสามารถมีเพิ่มมากขึ้นในการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยในวัยทำงานต้องสูญเสียรายได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ในทางปฏิบัติพบว่าปัญหานี้ยังถูกละเลยและไม่ได้รับการแก้ไข (สสิธร เทพตระการพร, 2542; Burton, & Erg, 1997) ผู้ป่วยมักจะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลถึงบทบาทในสังคมที่สูญเสียไป (Hazard, Bendix, & Fenweck, 1991) และภาวะจำกัดความสามารถยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงานบ่อยขึ้น และลางานเป็นระยะเวลานาน เกิดผลกระทบต่อปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี (Burton, & Erg, 1997; Waddell, 1991)

ภาวะจำกัดความสามารถจะพิจารณาได้จากระดับความสามารถในการทำกิจกรรมหรือจากพฤติกรรมต่อไปนี้ (Waddell, 1991)

การก้มตัวและยกของ : การต้องมีผู้คอยช่วยเหลือ หรือหลีกเลี่ยงการยกของหนัก เช่น ของที่มีน้ำหนัก 30-40 ปอนด์, กระเป๋าเดินทางขนาดใหญ่, หรือเด็กที่มีอายุ 3-4 ขวบ เป็นต้น

การนั่ง : การนั่งเก้าอี้ตามปกติโดยใช้เวลาได้น้อยกว่า 30 นาทีแล้วต้องลุกยืน หรือเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง หรือต้องลุกเดินไปรอบ ๆ

การยืน : การยืนในท่าปกติโดยใช้เวลาได้น้อยกว่า 30 นาที แล้วต้องมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่า หรือต้องเดินไปรอบ ๆ

การเดิน : การเดินตามปกติโดยใช้เวลาได้น้อยกว่า 30 นาที หรือเดินในระยะทางเดิน 1-2 ไมล์ แล้วต้องพัก

การเดินทางท่องเที่ยว : การเดินทางโดยทางรถยนต์ หรือรถโดยสารโดยใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาทีแล้วต้องหยุด หรือหยุดพัก

การปฏิบัติกิจกรรมในสังคม : ขาดการเข้าร่วมในกิจกรรมปกติในสังคม (ยกเว้นกิจกรรมในการเล่นกีฬา ซึ่งจะแตกต่างกันตามระดับของการเกิดข้อจำกัดของร่างกาย)

การนอนหลับ : การนอนหลับที่ถูกรบกวนจากอาการปวดหลัง (2-3 ครั้งต่อสัปดาห์)

การมีเพศสัมพันธ์ : ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านเพศสัมพันธ์ลดลงอันมีสาเหตุมาจากอาการปวดหลัง

การแต่งตัว : ต้องการผู้ช่วยเหลือในการสวมใส่ถุงเท้า รองเท้า หรือถุงน่อง

การประเมินภาวะจำกัดความสามารถในภาวะปวดหลังส่วนล่าง

การประเมินภาวะจำกัดความสามารถในภาวะปวดหลังส่วนล่าง มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เนื่องจากสามารถที่จะใช้ทำนายและประเมินผลที่เกิดจากการรักษาภาวะปวดหลังส่วนล่างได้ และเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยความรุนแรงของภาวะปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกทางหนึ่ง การประเมินทางด้านการแพทย์มักจะประเมินจากความบกพร่อง หรือการสูญเสียหน้าที่การทำงานที่แสดงออกทางโครงสร้างทางด้านร่างกายเมื่อเนื้อเยื่อได้รับการกระทบกระเทือน ได้แก่ การประเมินโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ (electronic monitor) การสังเกตลักษณะท่าทาง ความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวโดยแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เช่น การยืน เดิน หรือการเปลี่ยนท่าทาง การตรวจทางร่างกายในการทำงาน และการเคลื่อนไหวของข้อต่อของกระดูกสันหลัง เช่น การทดสอบโดยการยกขาขึ้นตรง (Straight Leg Raising Test หรือ SLR) การงอเข่า (Prone Knee Bend หรือ PKB) เป็นต้น การใช้เครื่องมือ เช่น เทปวัดระดับการก้ม เงยคอ หรือลำตัว เครื่องวัด spirometer เพื่อวัดการงอและเหยียดบริเวณหลัง (Gass, 1995) การประเมินภาวะจำกัดความสามารถจากความบกพร่องหรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก และเพื่อให้การประเมินมีความถูกต้องยิ่งขึ้นควรให้ผู้ป่วยมีการประเมินภาวะจำกัดความสามารถด้วยตนเอง (self-assesment of disability)

วิธีการต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินภาวะจำกัดความสามารถโดยประเมินได้จากผลของการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional outcome) มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ functional questionnaires, global rating time activities and obstacle course, employment status disability day และ patient diaries อย่างไรก็ตามแบบประเมินต่าง ๆ ดังกล่าวยังไม่ได้พัฒนาเพื่อให้ใช้ได้อย่างแพร่หลายและยังมีความตรงต่อการประเมินที่ไม่เหมาะสมต่อการนำมาใช้ (Jacek, Kopec, & Johnson, 1995) ปัจจุบันแบบประเมินที่ได้รับความนิยมและได้รับการยอมรับจากนักวิจัยว่ามีความเหมาะสม มีความเชื่อมั่น และความตรงเป็นที่ยอมรับได้แก่ Sickness Impact Profile (SIP) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของร่างกาย การทำงาน ระดับการเคลื่อนไหวของข้อต่อหลัง และอาการปวดร้าวไปตำแหน่งอื่น ๆ ของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง, Roland Morris Disability Scale เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Sickness Impact Profile เพื่อให้ข้อคำถามสั้นและได้ใจความ, Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เช่นการคุกเข่า การเอื้อมหยิบของ การก้มหยิบของที่พื้น กับการเสื่อม

สภาพทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตสังคม, Million Visual Analog Scale เป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถาม 16 ข้อเพื่อวัดอาการปวดหลังต่อพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การทำงาน การอยู่ร่วมในสังคม ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า, Waddell Disability Index เป็นแบบประเมินการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ถามเกี่ยวกับการเดิน ยืน นั่ง การหมุนและบิดลำตัว การผลัก ดัน และยกสิ่งของ และแบบประเมินที่ได้รับความนิยมมาก และในหลายการศึกษาและการวิจัยทางคลีนิกมักนำมาใช้การประเมินผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ แบบประเมิน Roland Morris Disability Scale เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถามสั้นได้ใจความ เป็นคำถามที่ถามเกี่ยวกับการเกิดข้อจำกัดความสามารถอันมีสาเหตุมาจากด้านร่างกายโดยไม่เกี่ยวกับสาเหตุทางจิตสังคมใช้เวลาในการตอบสั้น และมีความตรงทางโครงสร้างสูง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถอื่น ๆ ดังกล่าว (Jacek, Kopec, & Johnson, 1995)

แบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริส (Roland-Morris Disability Scale) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมินเอง และแบบประเมินเป็นข้อคำถามที่ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งการให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเองถือว่ามีความตรงมากกว่าการประเมินจากการสังเกต หรือวิธีอื่น ๆ (Roland, & Morris, 1983) แบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริสได้พัฒนาขึ้นจากแบบทดสอบ Sickness Impact Profile ของเบอร์กเนอร์และคณะ (Burgner, 1978 cited in Roland, & Morris, 1983) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีบางข้อคำถามยาวเกินไป มีหลายข้อ และบางข้อคำถามไม่เกี่ยวกับภาวะปวดหลังส่วนล่าง แบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริส ได้ปรับข้อคำถามและเลือกข้อคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับลักษณะของการดำเนินชีวิตประจำวัน และเพิ่มประโยค “เนื่องมาจากหลังของข้าพเจ้า” โดยมีจุดประสงค์เพื่อแยกภาวะจำกัดความสามารถที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะปวดหลังส่วนล่าง ข้อดีของแบบประเมินนี้คือผู้ป่วยสามารถตอบแบบประเมินได้ด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที และผู้ป่วยสามารถตอบโดยไม่ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือ ซึ่งแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งค่าคะแนนมีตั้งแต่ 0 คะแนน (หมายถึง ไม่มีภาวะจำกัดความสามารถ) ถึง 24 คะแนน (หมายถึงมีภาวะจำกัดความสามารถมาก)

แบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถนี้จึงเป็นที่นิยมเนื่องจากผู้ป่วยสามารถตอบข้อคำถามได้ง่าย และใช้เวลาในการตอบไม่มากนัก และแบบประเมินนี้ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยการให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างทำแบบประเมินขณะมาตรวจที่โรงพยาบาล และให้ประเมินซ้ำอีกเมื่อกลับไปถึงบ้านในเวลาเย็นของวันเดียวกัน และนำมาทดสอบโดยวิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

= 0.91 และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (agreement percent coefficient) = 0.83 ส่วนการทดสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์โดยการนำไปเปรียบเทียบกับการทดสอบระดับอาการปวดชนิด Pain Rating Scale 6 ระดับ คือ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ค่อนข้างปวดมาก ปวดมาก และปวดมากจนทนไม่ได้ ซึ่งทำโดยการให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างตอบและนำไปเปรียบเทียบกับการแสดงอาการปวดหลังส่วนล่างที่แพทย์เป็นผู้ตรวจพบว่ามีความตรงกันอยู่ในระดับสูง เช่นในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์พบว่ามีการเดินผิดปกติจำนวน 91 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 ที่ตอบแบบประเมินดังกล่าวว่า "ข้าพเจ้าเดินได้ช้ากว่าปกติเนื่องจากหลังข้าพเจ้า" ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์พบว่ามีการก้มและงอหลังได้จำกัด จำนวน 124 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวนถึง 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 87 ที่ตอบแบบประเมินว่า "ข้าพเจ้าไม่พยายามก้ม หรือคุกเข่าเนื่องจากหลังของข้าพเจ้า" และยังพบว่าแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริสยังมีความไวมากกว่าการประเมินโดยวิธีการตรวจร่างกาย (Roland, & Morris, 1983) นอกจากนี้แบบประเมินยังสามารถวัดได้กับประชากรทุกระดับ ปัจจัยด้านอายุ เพศ หรือระดับสังคมไม่มีผลต่อการตอบแบบประเมิน และยังง่ายต่อการตอบ เนื่องจากประโยคคำถามแต่ละข้อสั้นได้ใจความเป็นคำถามที่แสดงถึงการเกิดภาวะจำกัดความสามารถที่มีสาเหตุมาจากภาวะปวดหลังส่วนล่างเท่านั้น

ต่อมาสเตรทฟอร์ด และลิงค์เลย์ (Stratford, & Binkley, 1997) ได้นำแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริสมาพัฒนาโดยให้มีข้อคำถามเหลือ 18 ข้อโดยตัดข้อคำถามที่พบว่ามีความซ้ำซ้อนกันออกจึงเรียกแบบทดสอบนี้ว่า Roland-Morris-18 หรือ R-M 18โดยมีจุดประสงค์เพื่อต้องการพัฒนาแบบประเมินให้มีความเหมาะสม และลดเวลาในการทำแบบประเมินลง และยังเป็นการประยุกต์แบบประเมิน และพิสูจน์ข้อคำถาม 18 ข้อที่ได้พัฒนาขึ้นกับข้อคำถามเดิมว่ามีคุณสมบัติของความตรงและความเที่ยงเท่าเทียมกันหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน R-M 18 โดยใช้การคำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) มีค่า = 0.7. และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีคำนวนค่าของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่า = 0.91

และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถของโรแลนด์และมอริส 18 (R-M 18) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นแล้ว

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

แนวคิดการดูแลตนเองได้กำหนดขอบเขตความหมายของการดูแลตนเองกว้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ความหมายของการดูแลตนเองมีจุดเน้นและให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน (Orem, 1995)

แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (deliberate and goal-oriented action) เป้าหมายของการดูแลตนเองก็เพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก การดูแลตนเองเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ 2 ระยะ (Orem, 1995) คือ

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

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำการดูแลตนเอง และการประเมินผลการกระทำ ในระยะนี้จะมีการตั้งเป้าหมายของการกระทำ ออกแบบการกระทำ และกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้ออกแบบไว้ ตลอดจนมีการควบคุม และประเมินผลของการกระทำด้วยตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุดสำหรับการดำรงและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพของบุคคลเมื่อบุคคลประสบกับความเจ็บป่วย (Bohny, 1997) สิ่งแรกที่บุคคลในวัยผู้ใหญ่แทบทุกคนจะปฏิบัติก็คือการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำรงชีวิต และในสภาวะปัจจุบันพบว่าโรคหรือความเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเรื้อรังมากขึ้น (Lachman, 1996) บุคคลจะดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและสุขภาพของแต่ละคนในการเลือปฏิบัติตาม

สภาวะแวดล้อมของของแต่ละคน ในเรื่องของสุขภาพและความเป็นอยู่ดี (well-being) (Minoque, 1983)

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์และก่อให้เกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) เมื่อบุคคลได้กระทำแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลคือ 1) สนับสนุนกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่เป็นไปตามปกติ 2) รักษาไว้ซึ่งการเจริญเติบโต การพัฒนาการและการบรรลุวุฒิภาวะที่ปกติของบุคคล 3) ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรค และการบาดเจ็บ 4) ป้องกันหรือปรับชดเชยต่อภาวะไร้สมรรถภาพ และ 5) ส่งเสริมความผาสุกของบุคคล โอเร็ม (Orem, 1995) เรียกกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีประโยชน์เหล่านี้ว่าเป็นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) โดยจะประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ซึ่งเป็นเป้าหมายของการดูแลตนเอง 3 ด้าน ดังนี้ (Orem, 1995)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิตโดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล รวมทั้งความผาสุกโดยทั่วไป ได้แก่การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตลอดจนการป้องกันอันตรายต่อชีวิต สวัสดิภาพ และพัฒนาการของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisite) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต ตลอดจนการป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การขาดการศึกษา ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ตลอดจนการเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของบุคคล

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (health-deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ การให้ความสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของตนเองการปรับอัตมโนทัศน์ และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและสภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติสุข

เป้าหมายของการดูแลตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการพิจารณาและกำหนดทางเลือกหรือกิจกรรมการดูแลตนเองต่อไป ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นใน

แต่ละอย่างก็ต้องการกิจกรรมเฉพาะที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น ๆ และในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง บุคคลอาจจะมีความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในขณะเดียวกันหลายด้านจึงต้องอาศัยกิจกรรมหลายอย่างเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเหล่านั้นซึ่งโอเร็มเรียกว่า therapeutic self-care demand (TSCD) หรือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของบุคคลภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ และจะถูกกำหนดโดยปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล และบริบททางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ส่วนตัว สังคมและวัฒนธรรม ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งโอเร็มเรียกปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้รวมกันว่า ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) (Orem, 1995)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวไว้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสมรรถภาพที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อที่จะควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงไว้หรือส่งเสริมความคงทนของโครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลรวมถึงการส่งเสริมความผาสุก โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

1. **ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition)** ได้แก่

1.1 ความสามารถและคุณสมบัติในการรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส รวมทั้งการควบคุมการเคลื่อนไหวและท่าทางของร่างกาย

1.2 ความตั้งใจ ทักษะการรับรู้ การจำ การใช้เหตุผลเพื่อควบคุมภาวะอารมณ์ ตลอดจนการมีแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง

1.3 ความสามารถที่จะรู้และกระทำการดูแลตนเอง ได้แก่ ความสามารถด้านการเรียนรู้ การอ่าน การคิดและการใช้เหตุผลซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

1.4 ความเข้าใจตนเอง ความตระหนักตนเอง การรู้คุณค่า และภาพพจน์ของตนเอง การยอมรับ สนใจ รู้เป้าหมายและความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นคุณสมบัติส่วนบุคคลที่มีผลต่อการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง

1.5 ความสามารถและคุณสมบัติต่าง ๆ เช่น การรับรู้เวลา สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ลำดับความสำคัญของคุณธรรม จริยธรรม เศรษฐกิจ วัตถุและสังคม ตลอดจนความสามารถในการจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ต่าง ๆ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นคุณสมบัติของบุคคลที่เฉพาะเจาะสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ระมัดระวังและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถควบคุมการใช้พลังงานของร่างกายให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่มและการกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถควบคุมการทำงานของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นสำหรับการริเริ่มและการกระทำการดูแลตนเอง

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 ความสามารถในการตัดสินใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองตามที่ตัดสินใจ

2.7 ความสามารถแสวงหาข้อมูล และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองจากแหล่งที่เชื่อถือได้และมีความเหมาะสม รวมทั้งจดจำและใช้ความรู้นั้นเพื่อการดูแลตนเอง

2.8 มีทักษะในการกระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.9 ความสามารถในการจัดระบบในการดูแลตนเอง

2.10 ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นในการกระทำการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ได้แก่

3.1 การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบและประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการดูแลตนเองตลอดจนผลที่จะได้รับในการกระทำการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรหรือไม่ควรกระทำเพื่อการดูแลตนเอง

3.3 การปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ถ้าหากความสามารถนี้ไม่สามารถตอบสนองการปฏิบัติการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้เกิดความพร่องได้ เมื่อบุคคลมีความสามารถบุคคลจึงมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในลักษณะที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทำให้บุคคลไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป โอเร็ม (Orem, 1995) ได้อธิบายเกี่ยวกับความพร่องในการดูแลตนเองไว้ว่า "ความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือเติบโตอย่างเต็มที่สามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย ปริมาณและคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการการพยาบาล" การพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็มจึงเน้นที่การช่วยเหลือผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง และเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้เพียงพอและต่อเนื่อง

ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวจะต้องอาศัยความรู้และการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้เมื่อทำไปสักระยะหนึ่ง การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพยายาม หรือไม่ควรจะมีความรู้สึกว่าเป็นภาระอีกต่อไป พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลจึงจะทำให้บุคคลปฏิบัติการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (goal oriented) โดยที่พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการได้ข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นต้องประกอบด้วยคุณสมบัติ การใช้ความรู้ร่วมกับแรงจูงใจและทักษะต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องมาจากปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ในด้าน อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองนั้นไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผลกัน (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและแรงจูงใจนั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวเพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายในที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ (Orem, 1995)

1. อายุ โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ยอมรับ และรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก เนื่องจากในวัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถเทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะลดลงต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากในวัยนี้มีการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม รวมทั้งเป็นวัยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง

2. เพศ เพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างด้านร่างกาย และความแตกต่างทางด้านค่านิยมซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม ชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนหญิงจะมีลักษณะเป็นผู้ตามจึงเป็นเงื่อนไขที่มีส่วนกำหนดให้หญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่า และเพศชายจะอดทนมากกว่าจึงเพิกเฉยต่อการเจ็บป่วยหรืออาจรักษาเยียวยาด้วยตนเองเพื่อให้หายหรือเพียงพอที่จะประทังอาการไว้เท่านั้น

3. สถานภาพสมรส โอเร็ม (Orem, 1995) ได้กล่าวไว้ในประเด็นของระบบครอบครัวในหัวข้อแหล่งประโยชน์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูลในการแก้ปัญหาและได้รับแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุและบริการต่าง ๆ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก

ความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน คุณสมบัติดังกล่าวจะเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ทั้งสองฝ่ายได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลสามารถรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีเหตุมีผล สามารถตัดสินใจ หรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยที่ดีได้ (Orem, 1995) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นคว้าแสวงหาความรู้ การศึกษายังช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัยได้ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ต่างจากผู้มีระดับการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแผนการรักษา มูเลนแชมป์และเซลส (Muhlenchemp, & Sayles, 1986) ได้ศึกษาพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและกล่าวว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ซักถามปัญหา และมีความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ของตนเอง หรือมีรายได้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี สำรับผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองมากนัก มักสนใจต่อการหาเงินมาเลี้ยงชีพ และถนัดในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าจะวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพที่ต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ๆ และรายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem, 1995)

6. การแสดงอาการของโรค เมื่อบุคคลเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพทำให้บุคคลเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งความสามารถในการตัดสินใจ การใช้เหตุผล และการกระทำการดูแลตนเอง บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความต้องการการดูแลตนเองสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ และร่วมกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Orem, 1995) จากการศึกษาของลินและวอร์ด (Lin, & Ward, 1996) ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจำนวน 85 ราย พบว่าการรับรู้สมรรถภาพในตนเองและการจัดการในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับอาการปวด

7. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาล ความสำคัญของระบบบริการสุขภาพอย่างหนึ่งที่สำคัญก็คือ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วย หรือสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับพยาบาลที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การเพิ่มพลังความสามารถของผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญเพิ่มขึ้น ความสนใจเพิ่มขึ้น การรู้จักตัดสินใจตลอดจนการจัดระบบการดูแลนเอง เพื่อสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องติดต่อกับระบบบริการสุขภาพซึ่งมีวิธีการรักษา ซับซ้อนมีหลายมิติ แตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งใช้เวลาสั้นและมีวิธีการรักษาเฉพาะในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษา และควบคุมอาการ เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การ ติดตามและเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และปรับพฤติกรรมใหม่ เพื่อให้เกิดความผาสุก มีผู้ดูแลหลายฝ่ายทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคคลากรอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด ที่ต้อง ดูแลต่อเนื่อง (continuing care) การที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่สลับซับซ้อนมากขึ้นจึงส่งผลให้ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติมากขึ้น

8. สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี การดูแลสุขภาพตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของบุคคล และสลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาอยู่ภายใต้สังคม กระบวนการการหล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ทางสังคมและอิทธิพลของสถาบันสังคม การดูแลตนเองจะเป็นปรากฏการณ์ตามบริบทโครงสร้างทางสังคม เป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับขนบประเพณี และวิถีการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง และการรักษาตนเองจากการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของ พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530) ถึงรูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนในเขตชนบทภาคอีสาน พบว่ามีรูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ 5 ลักษณะคือ 1) การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย แต่อดทน เพิกเฉยหรือปล่อยให้หายเอง 2) ปฏิบัติด้วยวิธีต่าง ๆ โดยไม่ใช้ยา เช่น นอนพัก อดอาหารบางชนิด ดื่มน้ำมาก ๆ เช็ดตัว เป็นต้น 3) การใช้ยารักษาตนเองซึ่งใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร 4) การปฐมพยาบาล 5) การรักษาแบบพื้นบ้าน และการทำพิธีกรรมและไสยศาสตร์

ความสามารถของพยาบาลในการกระตุ้นส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญของการให้การพยาบาล ถ้าหากพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเข้าใจ และประยุกต์ใช้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่ดีได้ (Uzt, 1990)

การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

ผลจากอาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพ อาการปวดเรื้อรังที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง ซึ่งระดับทักษะในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ การรับรู้ และการตัดสินใจ (Uzt, 1990) แต่ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลง และจากการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวด (onset of pain) โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าโอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลออกเป็น 3 ด้าน แต่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลต้องใช้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองประกอบกันทั้ง 3 ด้าน ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองเพื่อบริโภคอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่การทำงานของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้พอดี ต้องพยายามไม่ให้น้ำหนักตัวมากเกินไป เพราะการมีน้ำหนักตัวมากเกินจะทำให้หมอนรองกระดูกต้องทำหน้าที่รับน้ำหนักมากเกินไปด้วย (Vawter, & Patzel, 1992) และเพื่อลดอันตรายต่อโครงสร้างของหลัง โดยการรับประทานอาหารแต่เพียงพอดี และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดการสะสมไขมันในร่างกาย

2. การดูแลตนเองในการปฏิบัติท่าทางและอิริยาบถในกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้องเป็นการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างหมายถึง ท่าทางที่เริ่มปฏิบัติตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งกลับเข้านอนอีก จึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำตลอด 24 ชั่วโมง การมีท่าทางที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดการใช้งานที่มากเกินไปของกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเอ็น เมื่อปฏิบัติจนเป็นนิสัยจึงก่อให้เกิดอาการปวดหลังในที่สุด (วนิดา สมจิตรานุกิจ, 2539) การปฏิบัติท่าทางที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดหรือป้องกันอาการปวดหลังได้ (Bruke, & LeMone, 1996) หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งนาน ๆ จึงควรมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ในหญิงควรงดการสวมรองเท้าส้นสูงในขณะทำงาน

3. การรู้จักปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้าน หรือในสถานที่ทำงานให้ถูกสุขลักษณะกับภาวะปวดหลังส่วนล่าง เช่น การปรับโต๊ะและเก้าอี้ทำงานให้มีความสูงที่เหมาะสมกัน หรือถ้าต้องยืนทำงานควรหาวัตถุที่มีแรงดันน้อยมารองบริเวณเท้าเพื่อลดแรงดันของพื้นที่จะกระทำต่อหลัง ควรมีการวางแผนก่อนที่จะทำการยกของ หรือเอื้อมหยิบสิ่งของ เช่น ของที่จะยกควรอยู่ใกล้ตัว

ไม่ควรเอี้ยวลำตัวขณะยกของ หาที่รองเท้าก่อนที่จะเอื้อมเอาสิ่งของในที่สูงกว่าลำตัว เป็นต้น (Beare, & Myers, 1994; Blue, 1996)

4. การดูแลตนเองในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยปวดหลังจะมีกล้ามเนื้อหลังไม่แข็งแรง (Blue, 1996) และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อพังผืดที่ยึดข้อกระดูกสันหลัง การให้ร่างกายได้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือผลกระทบต่ออาการปวด แต่การออกกำลังจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และกระดูกทำให้ช่วยป้องกันภยันตรายที่กระทำต่อหลังได้ดีขึ้น การออกกำลังกายควรใช้วิธีที่ถูกต้องและสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มระดับเอ็นดอฟิน (endorphine) ในร่างกาย สามารถลดอาการปวด และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว หรือมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังช่วยลดอัตราเสี่ยงของการปวดหลัง (Chase, 1992) การศึกษาของฮิวปลีและคณะ (Hupli, Heinonen, & Vanharenta, 1997) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวด และภาวะจำกัดความสามารถลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหลังเกิดความสมดุลและเกิดความแข็งแรง ซึ่งกล้ามเนื้อดังกล่าวจะช่วยพยุงและประคองกระดูกสันหลัง และหมอนรองกระดูกสันหลังให้มั่นคงยิ่งขึ้น (Lewis, & Collier, & Heitkemper, 1996) รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและปอด เช่นการบริหารแบบแอโรบิค (aerobic exercise) จะช่วยเพิ่มความทนของร่างกายในการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพระบบการหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตช่วยนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อขณะที่กล้ามเนื้อทำงานและช่วยทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การเดินเร็ว ขับจักรยาน ว่ายน้ำ การบริหารความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และหลังช่วยป้องกันอันตรายของกระดูกสันหลังจากการมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การบิดลำตัว การยกของ นอกจากนี้กล้ามเนื้อ หน้าท้องที่แข็งแรงยังช่วยทำให้แรงที่ผ่านส่วนของหมอนรองกระดูกสันหลังมีน้อยลง แล้วยังช่วยลดการทำให้หลังแอ่นไปข้างหน้ามากขึ้นอีกด้วย (Blue, 1996)

5. การดูแลตนเองในการขจัดภาวะเครียดทางจิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ทำให้เกิดภาวะเครียด (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยควรหาเวลาว่างในการได้พูดคุย พบปะเพื่อน รวมทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อลดภาวะเครียด นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่องใสอยู่เสมอ

6. การดูแลตนเองในการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติอื่นร่วมกับอาการปวดหลัง เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด หรือสีน้ำล้างเนื้อ มีอุจจาระเป็นมูกเลือด มีอาการเบื่ออาหารมาก หรือมีอาการปวดหลังพร้อมกับอาการซูบผอมลงอย่างรวดเร็ว หากพบ

อาการเหล่านี้ต้องรีบแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบ ซึ่งภาวะของมะเร็งหลายชนิดที่เป็นกับอวัยวะอื่นแล้วลุกลามมาที่กระดูกสันหลัง ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ ถ้าหากอาการปวดเกิดขึ้นหลังปฏิบัติงานประจำวันแล้วมีอาการปวดเมื่อย ได้นอนพักแล้วอาการปวดทุเลาน่าจะมีสาเหตุจากการใช้ท่าทางในชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2539)

7. การดูแลตนเองในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการปวดหลังส่วนล่างมาจากการใช้หลังหรืออิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม และการทำความเข้าใจถึงโครงสร้าง สาเหตุ และพยาธิสภาพของหลังตลอดจนการปรับอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดหรือป้องกันอาการปวด ที่อาจเกิดขึ้นใหม่ จึงมีความสำคัญในการป้องกันอาการปวดเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ (Lewis, & Collier, 1992; Neal, 1997)

8. การดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่ออาการปวดหลัง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของอัลกอฮอล์ เป็นต้น

9. การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการปวดหลัง

9.1 เมื่อมีอาการปวดเฉียบพลันและปวดมาก ควรนอนพัก เพื่อเป็นการลดการหดเกร็งของกล้ามหลัง เนื่องจากการนอนพักจะช่วยลดความดันที่กดลงบนหมอนรองกระดูกสันหลัง (intradiscal pressure) การนอนพักโดยอนุญาตให้นั่งรับประทานอาหารและเข้าห้องน้ำได้ อาการปวดจะทุเลาโดยการนอนพักเสมอ (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2539; Deyo, 1997) ที่นอนไม่ควรแข็งหรือนิ่มเกินไป ถ้านอนหงายยังมีอาการปวดอาจปรับนอนตะแคงหรือนอนหงายหัวสูง 20 องศา โดยมีหมอนรองใต้หัวเข่าเพื่อให้ความแอ่นของหลังลดลง (Lewis, & Collier, 1998) ข้อจำกัดของการรักษาด้วยการนอนพัก คือการนอนพักนาน ๆ ทำให้โครงสร้างต่าง ๆ โดยเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแอลงร้อยละ 3 (Frymoyer, 1988; Chase, 1992; Deyo, 1997) นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดการสูญเสียแคลเซี่ยมออกมากับปัสสาวะทำให้มวลกระดูกลดลง และยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการทำงาน ดังนั้นจึงควรนอนพักไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ หรือให้พักเพียง 2-3 วัน (Chase, 1992; Deyo, 1997) มีการศึกษาที่พบว่าการรักษาโดยวิธีกานอนพัก 2 หรือ 7 วันได้ผลไม่แตกต่างกัน (Frymoyer, 1988)

9.2 การบริหารยา มีประโยชน์ค่อนข้างมากในระยะปวดเฉียบพลัน ซึ่งมักมีการอักเสบของข้อและรากประสาท ยาที่มีประโยชน์ ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด และยาลดการอักเสบของกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มเอ็นเซด (Non-Steroidal Anti-Inflamatory Drugs หรือ NSAIDs) ยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) และยากล่อมประสาทซึ่งมีผลให้การพักของผู้ป่วยดีขึ้นอาจมีการให้ยากล่อมประสาทพวก amitryptyline จะช่วยลดภาวะนอนไม่หลับและลดความวิตกกังวลได้ (Pheasant, 1988) ซึ่งยาที่รับประทานควรจะรับประทานตามคำสั่งแพทย์ ข้อควรระวังในการใช้ยา

กลุ่มเอ็นเซดเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาโดยเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารได้ (Gray, 1995) นอกจากนี้อาจมีการใช้ยากลุ่มอื่นประกอบ เช่น ยากลายกล้ามเนื้อ ผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการมึนงงได้บ่อย ไม่ควรใช้ยาระงับปวดชนิดง่วงซึมที่มีฤทธิ์รุนแรง หรือยาที่ส่วนประกอบของสารเสพติดอื่น ซึ่งจะทำให้เกิดอาการติดยา และซึมเศร้ามากขึ้น (Polaski, & Tatro, 1996; Wood, 1998)

9.3 การดูแลตนเองโดยการใช้วิธีทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อลดอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจทดแทนหรือมีผลให้ลดยาประเภทต่าง ๆ ลงได้ ซึ่งใช้วิธีกายภาพบำบัดมีดังนี้

(1) การใช้ความร้อน (local heat) จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว และช่วยการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ รวมทั้งช่วยลดความเจ็บปวด ซึ่งความร้อนที่ใช้ในการรักษาอาการปวดหลัง เช่น กระเป๋าน้ำร้อน ผ้าร้อน แผ่นเจลความร้อน (hot pack) การประคบด้วยความร้อนควรประคบนาน 20-30 นาที (Burk, & LeMone, 1998)

(2) การใช้ความเย็น (local ice) ซึ่งจะช่วยทำให้หลอดเลือดบริเวณที่ได้รับความเย็นหดเกร็งตัวเป็นการบรรเทาอาการปวดได้การประคบด้วยความเย็นควรประคบนานประมาณ 15 นาที เนื่องจาก มีผลทำให้เกิดการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณที่ได้รับการประคบเป็นสาเหตุทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้นได้ (Burk, & LeMone, 1996)

(3) การนวด วิธีนี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทั้งยังช่วยให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณที่นวดดีขึ้น ลดอาการบวมและการอักเสบ การนวดจึงมีประโยชน์มากในรายที่มีอาการปวดหลังจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ถ้าอาการปวดหลังมาจากการบาดเจ็บไม่ควรใช้การนวด เพราะจะยิ่งทำให้กล้ามเนื้อบวมช้ำมากขึ้น (McCulloch, & Transfeldt, 1997)

วิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองต่าง ๆ ดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริม ป้องกัน บรรเทาอาการปวด และภาวะจำกัดความสามารถจากภาวะปวดหลังส่วนล่าง เมื่อบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองแล้วจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539)

การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

ผู้ที่เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิต

อยู่รอด มีภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดี ในการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนหลังก็เพื่อควบคุมอาการปวด และลดภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อันเนื่องมาจากอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ ระยะคิดพิจารณาและตัดสินใจ และระยะกระทำการดูแลตนเองและประเมินผลการกระทำ โดยมีแนวทางส่งเสริมในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การส่งเสริมความสามารถในการคิดพิจารณา และตัดสินใจไปสู่การกระทำ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อพยาบาลจะได้มีโอกาสให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้ประสบ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยจะลดลง โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งถือว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้พยาบาลเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.2 การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง การให้ข้อมูลเป็นวิธีการทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในสาเหตุของปัญหาสุขภาพ และผลที่จะตามมา ช่วยทำให้บุคคลเห็นความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาทักษะบางประการเพื่อผู้รับจะได้ใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539; Moore, 1990) การให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจและแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพิ่มเติมจากความรู้เดิม หรือเสริมสร้างความรู้สึกนึกคิด และการกระทำ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรม ช่วยเพิ่มความสามารถและทักษะที่จำเป็น การให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของบุคคลจะช่วยให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคาดการณ์ถึงความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของตนเอง (Pender, 1996)

1.3 ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่า และความสามารถในตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตนเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผน เป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาแหล่งประโยชน์จากภายในตนเอง เช่น ข้อดีของตนเอง ความสำเร็จในชีวิต การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสมรรถนะของตนในการที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่

เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง(สมจิต หนุเจริญกุล, 2539) บานดูรา (Bandura, 1986) ได้เน้นให้เห็นถึง ความเชื่อในความสามารถของตนว่าจะปฏิบัติในกิจกรรมที่ต้องกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรม ในผู้ที่มีความรู้สึกถึงความสามารถในตนเองต่อการควบคุมสุขภาพของตนมักจะเป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นคืนสภาพภายหลังเจ็บป่วยได้ดี (Councill, 1988 cited in Pfingsten, Hildebrandt, Leibing, Franz, & Saur 1997) ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) นั้น พยาบาลจะต้องสนใจในการคาดการณ์ของบุคคลซึ่งเป็นกระบวนการคิด และตรวจสอบปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของตน

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวด รวมทั้งอธิบายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดและประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้เห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนจะปฏิบัติ และเกิดการประเมินเหตุการณ์อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง บุคคลจะเกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิภาพของตน เกิดความต้องการหรือจำเป็นที่จะต้องใช้ความพยายามในการกระทำเพื่อให้การดูแลตนเองนั้นให้ผลไปในทางที่ดี (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539) เป็นการให้ผู้ป่วยได้ประเมินด้วยตนเองถึงกิจกรรมในการป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง อันได้แก่ การควบคุมและจัดการกับอาการปวดหลัง การใช้ท่าทางและอิริยาบถที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและในการทำงาน การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

1.5 การช่วยให้ผู้ป่วยได้วินิจฉัยความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังในกิจกรรมที่เขาสามารถจะกระทำได้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539) ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลก็ต่อเมื่อความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น (Orem, 1995) พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือโดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแทนบุคคลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตน

1.6 วางเป้าหมายที่เป็นจริงและมองเห็นเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นช่วยให้เกิดการตัดสินใจ

ที่จะลงมือกระทำการดูแลตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความจำเป็น และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการกระทำกิจกรรมนั้น จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ และเลือกที่จะกระทำการดูแลตนเองและการร่วมกันขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือสนับสนุนปัจจัยเกื้อหนุนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองตามวิธีการที่ได้เลือก ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1995) ได้ชี้ให้เห็นว่าการที่จะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้นั้นต้องอาศัยทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตนเอง การร่วมกันกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายรวมทั้งต้องติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันถึงความก้าวหน้า การปรับเปลี่ยนการกระทำ ตลอดจนผลที่ได้จากการกระทำ

2. ระยะที่ 2 การส่งเสริมให้ลงมือกระทำ และประเมินผลการดูแลตนเอง

2.1 ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมในการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลจะต้องใช้ทักษะความชำนาญในการช่วยให้บุคคลเลือกปฏิบัติในพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จะเกิดความสำเร็จก่อน เพื่อช่วยให้บุคคลมีกำลังใจที่จะกระทำพฤติกรรมอื่น ๆ ที่คาดว่าจะได้รับผลสำเร็จต่อไป โดยการสาธิตวิธีปฏิบัติและให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติเพื่อปรับปรุงวิธีปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความสนใจในความรู้ที่ได้รับ การให้คุณค่า และส่งเสริมประสบการณ์ถึงกิจกรรมที่ตนจะต้องปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตน เป็นการให้คุณค่าและช่วยให้เกิดการตัดสินใจและเกิดการกระทำของบุคคล และส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนการกระทำ และประเมินการกระทำเพื่อเป็นการสนับสนุนด้านเวลาและเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ในครอบครัวมีผลต่อความต้องการการดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ได้แก่ ความคาดหวัง สมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในครอบครัว (Orem, 1995) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (มณฑนา เจริญกุศล, 2534; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2535; Hubbard, Mulenchamp, & Brown, 1984)

2.2 ประเมินความการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการตรวจสอบเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองในการป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง จากการสอบถามและการสังเกตการปฏิบัติ เพื่อเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมและจัดการกับอาการปวดหลัง เช่น การใช้ยา การนวด การประคบ การใช้แหล่งประโยชน์ เป็นต้น การระมัดระวังท่าทางและการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะส่วนหลัง การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้กล้ามเนื้อหลัง การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับหลัง แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะ

หนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539)

2.3 ส่งเสริมการติดตามและประเมินผลของการดูแลตนเอง ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะต้องได้ทำการดำเนินการเพื่อประเมินผลการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกว่ากระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และการกระทำการดูแลตนเองนั้นจะไม่ขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตของตน ซึ่งวิธีการเหล่านี้ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้บันทึกกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น และได้กระทำจริง พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรค หรือปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และนำผลการบันทึกมาพิจารณาร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยกันพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยวาจาถึงผลของการดูแลตนเอง โดยเฉพาะต่ออาการปวดหลัง และภาวะจำกัดความสามารถในชีวิตประจำวัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้การสนับสนุนด้วยการชมเชย และให้กำลังใจในการปฏิบัติและผลที่ได้รับซึ่งจะเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยได้มองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติว่าผลดีที่เกิดขึ้นจะช่วยส่งเสริมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Faulkner, 1998) เมื่อบุคคลได้รับผลดีที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ แล้วนำมาซึ่งความพึงพอใจ และมีความสุขจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ (Damroach, 1991) รวมทั้งการส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องของการปฏิบัติโดยการติดตามเยี่ยมตามความเหมาะสม

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

อาการปวดหลังส่วนล่าง และภาวะจำกัดความสามารถที่เป็นผลเนื่องมาจากอาการปวดที่เรื้อรังที่มีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งภาวะดังกล่าวสามารถป้องกันและบรรเทาด้วยการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันอาการปวดหลังทำให้มีภาวะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพร่องในการดูแลตนเองมากขึ้น อันจะทำให้การควบคุมโรคดำเนินไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถในการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและความปรารถนาในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลังและภาวะจำกัดความสามารถให้มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการดูแลตนเองต้องคำนึงถึงการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง 2 ระยะด้วยกันคือ ระยะคิดพิจารณาและตัดสินใจ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจ การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ในปัจจุบัน การช่วยให้วินิจฉัยความพร่องในการดูแลตนเอง และการช่วยให้เกิดการตัดสินใจที่จะลงมือกระทำการดูแลตนเอง และระยะกระทำการดูแลตนเองและประเมินผลการกระทำ ได้แก่ การให้บุคคลได้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น และการส่งเสริมความสามารถในการติดตามและประเมินผลของการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาวะปวดหลังส่วนล่างส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความเจ็บปวดเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพด้านร่างกายระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่กล้ามเนื้อหลังถูกใช้งานมาก และผิดวิธี ส่งผลทำให้เกิดความอ่อนแอของกล้ามเนื้อ อาการปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณที่เกิดอาการปวด ก่อให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถ ภาวะปวดหลังส่วนล่างมักจะมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ เป็นภาวะที่เรื้อรัง การรักษาที่ได้ผลดีจะต้องใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจึงจะส่งผลทำให้ภาวะปวดหลังส่วนล่างหายเป็นปกติหรือบรรเทาลงได้ โดยวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องประกอบไปด้วย 2 ระยะคือ 1) ระยะคิดพิจารณาและตัดสินใจไปสู่การกระทำ และ2) ระยะลงมือกระทำและประเมินผลของการกระทำ บุคคลจึงจะเกิดพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างให้มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะช่วยบรรเทาอาการปวด และลดภาวะจำกัดความสามารถจากภาวะปวดหลังส่วนล่างนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองเพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกหลัง การดูแลตนเองเพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกหลัง การดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยวิธีการออกกำลังกาย และการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการปวด ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากพยาบาล ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ผู้วิจัยเชื่อว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจึงน่าจะมีผลในการบรรเทาอาการปวดและลดภาวะจำกัดความสามารถได้