

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขตดังนี้

2.1 อาการปวดหลังส่วนล่าง

2.1.1 ความหมาย สาเหตุ และผลกระทบ ของอาการปวดหลังส่วนล่าง

2.1.2 อาชีพเกษตรกรรมกับอาการปวดหลังส่วนล่าง

2.1.3 การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง

2.2 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่าง

- การปรับท่าทางที่ถูกต้อง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 อาการปวดหลังส่วนล่าง

2.1.1 ความหมาย สาเหตุ และผลกระทบ ของอาการปวดหลังส่วนล่าง

1) ความหมายของอาการปวดหลังส่วนล่าง

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2544) ได้ให้ความหมายของอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain: LBP) ว่าเป็นอาการปวดที่จำกัดเฉพาะที่หลังและบั้นเอวส่วนล่าง และรวมถึงการปวดหลังร่วมกับอาการปวดขา ซึ่งอาจปวดเป็นพักๆ หรือตลอดเวลา

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2551) อาการปวดตรงกลางหลังส่วนล่าง(ตรงบริเวณกระเบนเหน็บ)ซึ่งอาจเกิดขึ้นฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย ลักษณะที่ปวดอาจเป็นอยู่ตลอดเวลาหรือปวดเฉพาะในท่าบางท่า การไอ จาม หรือบิดตัวเอี้ยวตัวอาจทำให้รู้สึกปวดมากขึ้น

อาการปวดหลังส่วนล่าง จะเกิดขึ้นเมื่อมีพยาธิสภาพที่โครงสร้างทั้งหมดของกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวและบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ (lumbosacral) ที่มีปลายประสาทอยู่ โดยโครงสร้างเหล่านี้ ได้แก่ กระดูก ขั้วฟาเซต หมอนรองกระดูกสันหลัง เอ็น เส้นประสาท ฟังซีด เนื้อเยื่ออ่อน และกล้ามเนื้อ เป็นต้น (กันยา ปาละวิวัฒน์, 2543; Boissonnault W. & Di F.R.P., 1996)

จากการศึกษาครั้งนี้ อาการปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง อาการปวดที่จำกัดเฉพาะที่หลังและบั้นเอวส่วนล่าง รวมถึงการปวดหลังร่วมกับอาการปวดขา ซึ่งอาจปวดเป็นพักๆ หรือตลอดเวลา

(ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2544) อาจเกิดขึ้นฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) จะเกิดขึ้นเมื่อมีพยาธิสภาพที่โครงสร้างทั้งหมดของกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวและบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ (lumbosacral) ที่มีปลายประสาทอยู่ (กันยา ปาละวิวัฒน์, 2543; Boissonnault W. & Di F.R.P., 1996)

อาการปวดหลังแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามระยะเวลาที่มีอาการปวด คือ อาการปวดหลังเฉียบพลัน และเรื้อรัง ดังนี้

1. อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน มักพบมีอาการปวดหลังน้อยกว่า 7 สัปดาห์ จะมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อตัวกระดูกสันส่วนปลาย ตัวรับความรู้สึกปวด และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ มักเกิดร่วมกับกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความเครียดของเนื้อเยื่อบริเวณหลังส่วนล่างเสมอ ไม่ปรากฏอาการในทันทีแต่จะเกิดอาการในภายหลัง จากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Ruda, 1992) ขณะปวดมีอาการรุนแรง มักทราบสาเหตุที่ทำให้ปวด ความรุนแรงของความปวดอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงและมีลักษณะอาการและอาการแสดงชัดเจน ความปวดเฉียบพลันเป็นเสมือนสัญญาณเตือนภัย เพราะสามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลให้เกิดการตอบสนองทางชีววิทยา (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) ความปวดจะบรรเทาหลังการรักษา มักจะรักษาให้หายขาดได้

2. อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป็นอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีอาการนานกว่า 2 เดือน หรือมีอาการปวดซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง (วรฉัตร คงเทียม, 2555) อาการปวดจะเกิดขึ้นที่ต่อเนื่องอย่างต่อเนื่อง มีสาเหตุจากกระดูกสันหลังเสื่อม ขาดการออกกำลังกาย อ้วนมากเกินไป โครงสร้างและท่าทางผิดปกติ การเกิดโรคภายในระบบของร่างกาย (systemic disease) ลักษณะอาการไม่ชัดเจน เช่น ไม่ทราบเวลาที่ปวดแน่นอน ไม่มีอาการทางระบบอัตโนมัติ แต่มีปัจจัยทางจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง การรักษาทั่วไปลดปวดได้ชั่วคราว แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเกิดอาการปวดบางครั้งเกิดขึ้นทันทีทันใดได้ และพัฒนาเป็นความทุกข์ทรมานในระยะยาว ความปวดเรื้อรังมักมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่งในการรักษา

2) สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง

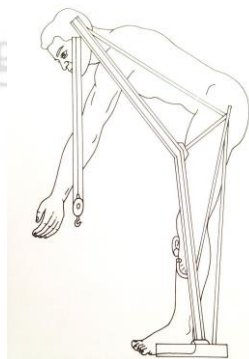
แบ่งเป็นสาเหตุภายนอกร่างกาย สาเหตุภายในร่างกายและปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

สาเหตุภายนอกร่างกาย มักเกิดจากอิริยาบถหรือท่าที่ไม่ถูกต้อง เช่น การอยู่ในท่าที่ก้ม เหย หรือหมุนตัวมากเกินไป รวมทั้งท่างาน เช่น การนั่งหลังค่อม เอียงตัว นั่งคุกเข่า หรือบิดเบี้ยว ทำให้กล้ามเนื้อหลังอยู่ในภาวะไม่สมดุล ซึ่งพบได้กับคนทุกวัย งานที่ต้องก้ม เหยบ่อยๆ ทำให้โครงสร้างของกระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้น รวมทั้งการเอี้ยวตัวก็ทำให้ปวดหลังได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหรือเอ็นที่ยึดบริเวณกระดูกสันหลังต้องทำงานมากเกินไป และมีการฉีกขาดของ

กล้ามเนื้อบางส่วน (Saunders, 1992) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลัง อาชีพที่ต้องทำงานหนักเกินกำลัง เช่น กรรมกร แม่ค้า เกษตรกร เป็นต้น หรือกลุ่มอาชีพที่ต้องก้มๆ เงยๆ อยู่เสมอ เช่น ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น อาชีพที่เกี่ยวข้องกับแรงสั่นสะเทือน เช่น ช่างเจาะถนน ขับรถยนต์ ขับขี่รถจักรยานยนต์ ขับรถแทรกเตอร์เพื่อการเกษตรกรรม (วิช ประสาทวิทยา, 2548 Bovenzi M & Betta A., 1994)

การใช้งานหลังด้วยท่าทางที่ผิดหรือออกแรงมากเกินไป เป็นสาเหตุของอาการปวดหลังที่พบได้บ่อยที่สุด เช่น การยกของหนักมากๆ ขึ้นจากพื้นในท่าก้มหลัง การดันของหนัก เช่น โต๊ะ ตู้ เตียง การนั่งก้มหลังทำงานนานๆ ติดต่อกันหลายๆ ชั่วโมง (มานพ ประภาษานนท์, 2546) ซึ่งลักษณะท่าทางการทำงานที่กล่าวมาข้างต้นนี้ล้วนอยู่ในท่าทางการทำงานของกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมทั้งสิ้น การทำงานในท่าที่ทำให้โครงสร้างผิดปกตินั้นจะไม่เกิดผลที่เห็นได้ชัดทันที แต่จะค่อยๆ สะสมและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร่างกายไปทีละน้อยกว่าจะแสดงอาการปวดหลังให้รู้สึกก็ผ่านไป 10 -20 ปี อาการปวดหลังที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์นั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากตัวหมอนรองกระดูกสันหลังที่มีการเสื่อมหรือชำรุดจากการใช้งานในชีวิตประจำวัน คนนั้นเปรียบเสมือนบันจันยกของ (ดังรูปที่ 1) ช่วงขาและช่วงลำตัวเปรียบเสมือนตัวบันจัน ช่วงแขนเหมือนกับสายโซ่ที่ห้อยลงไปเกี่ยวยกของ ถ้าก้มตัวไปข้างหน้าเพื่อยกของก็จะเกิดแรงกระทำที่หลังช่วงบันจันเอนเป็นลักษณะของแรงบิดหมุน (moment) คือ หลังทำหน้าที่เป็นแขน โมเมนต์ (moment arm) ดังนั้น แรงที่เกิดขึ้น = น้ำหนักที่ยก X ระยะทางจากจุดที่ยกถึงจุดหมุนที่หลังตรงช่วงบันจันเอน

จะเห็นว่ายกของเพียง 1 ก.ก. แต่จะเกิดแรงกระทำที่หลังตรงช่วงบันจันเอนได้มากมาย แล้วแต่ระยะทางจากจุดยกถึงบันจันเอน หมอนรองกระดูกสันหลังเป็นจุดที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวเสมือนจุดหมุน (fulcrum) ดังนั้นแรงที่เกิดจากการยกจึงกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังโดยตรง ซึ่งถ้ามากเกินไปที่มันจะรับได้จะทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อหมอนรองกระดูกสันหลังได้ (อานวย อุณนະนันท์, 2542)



ภาพที่ 2-1 โครงสร้างกระดูกสันหลังเปรียบเสมือนบันจันยกของ
(อานวย อุณนະนันท์, 2542)

สาเหตุจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ ทำให้หลังเคล็ดหรือแพลง กล้ามเนื้อหลังหรือเอ็นข้อต่อยึดหรือฉีกขาด แต่ส่วนมากมักเกิดจากการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น ก้มตัวลงยกของหนัก บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา อุบัติเหตุต่างๆ การตกจากที่สูง หกล้มก้นกระแทก รถชน หรือของหล่นทับ เป็นต้น โดยอาการที่มักพบจากการบาดเจ็บ และส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง คือ อาการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อ กระดูกหัก และข้อเคลื่อน (มานพ ประภาษานนท์, 2546; สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2537) แรงกระแทกอาจเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อ เอ็น หมอนรองกระดูก หรือกระดูกสันหลังได้ การที่กระดูกสันหลังส่วนนั้นขาดความมั่นคง อาจมีเนื้อเยื่อเคลื่อนจากที่ปกติเดิมมากดทับเส้นประสาทหรือประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดอาการปวดหรืออาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุมักจะพบบ่อย โดยเฉพาะการลื่นหกล้ม (มธุรส ญัณฐารมณ, 2547)

ส่วนสาเหตุภายในร่างกายเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย เช่น การติดเชื้อภาวะการติดเชื้อที่กระดูกสันหลังส่วนเอว (มานพ ประภาษานนท์, 2546) ความเสื่อมสภาพของกระดูกเมื่ออายุมากขึ้น ความแข็งแรงของข้อต่อกระดูกสันหลังก็จะลดลง ทำให้ข้อต่อที่มีการเคลื่อนไหวตัวมากนั้นมีช่องว่างมากขึ้น หรืออาจเรียกให้เข้าใจง่ายๆ ว่า ข้อต่อหลวม ซึ่งจะทำให้เกิดอาการอักเสบและปวดหลัง (มานพ ประภาษานนท์, 2546; สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2537) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของกระดูกสันหลังตั้งแต่กำเนิด อาจทำให้เกิดอาการปวดหลังตั้งแต่วัยเด็ก หรืออาจจะมาแสดงอาการในช่วงที่โตแล้วก็ได้ (มานพ ประภาษานนท์, 2546; สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2537) ความผิดปกติของอวัยวะภายใน เช่น อาการของนิ่วในทางเดินปัสสาวะ หรืออาการปวดท้องจากระบบทางเดินอาหาร โรคไต มดลูกอักเสบ ต่อมลูกหมากโต (มานพ ประภาษานนท์, 2546; สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2537) ส่วนสาเหตุด้านจิตใจก็มีผลต่อการปวดหลังได้ เมื่อมีความเครียดมากเกินไป โดยเฉพาะถ้าเกิดในหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือนซึ่งมีการผันแปรทางอารมณ์จากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน จะทำให้มีอาการปวดหลังโดยที่ไม่ได้มีความผิดปกติ ร้ายแรงโดยตรงต่อโครงสร้างนั้นเลย สังเกตได้จากถ้าได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอหรือคลายเครียดแล้ว อาการปวดหลังจะหายไป (มานพ ประภาษานนท์, 2546; สุรศักดิ์ ศรีสุข และคณะ, 2537) ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ทำให้เกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Dubuisson & Eason, 1994) โดยเฉพาะบริเวณหลังและเอว

โดยสรุปอาการปวดหลังส่วนล่างมีสาเหตุมาจากหลายอย่าง ซึ่งอาจมาจากองค์ประกอบของกระดูกสันหลังเอง หรือมาจากอวัยวะอื่น หรือมาจากสภาวะด้านจิตใจ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการใช้ท่าทางและอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง และที่ต้องมารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากหมอนรองกระดูกสันหลัง

3) ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง

3.1) ผลกระทบด้านร่างกาย

ความปวดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างใกล้ชิด (Ferrell, 1995) โดยอาการปวดหลังทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งตัวเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง เกิดการเผาผลาญของเสียเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อโดยรอบ เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้หลังส่วนบนนั้นเอาได้อย่างเต็มที่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากการทำกิจกรรมยิ่งกระตุ้นให้ปวดมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิม และใช้เวลาส่วนใหญ่นอนพักอยู่บนเตียง กล้ามเนื้อขาดความตึงตัวและขาดความแข็งแรงเพิ่มขึ้น (Annells, M.1996) และก่อให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น เมื่อความปวดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับการบำบัด จะส่งผลให้มีอาการทางร่างกายเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง มีความเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ท้องผูก คลื่นไส้และอาเจียน ความปวดยังรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและทนต่อความปวดได้ลดลง ดังการศึกษาของแมคคอร์รี่ และคณะ (McGorry, Webster, Snook, & Hsiang, 2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดภาวะการจำกัดความสามารถ ธรรมชาติของความเจ็บปวดเรื้อรังและการกลับซ้ำของอาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นการศึกษาโดยการสังเกตถึงสาเหตุของความปวดเรื้อรังและการกลับเป็นซ้ำของอาการปวดหลังส่วนล่าง และความสัมพันธ์ของทั้งสองอย่างนี้ ไปยังภาวะการจำกัดความสามารถในการใช้ยานพื้นฐานของการบันทึกประจำวัน พบว่าความรุนแรงของความปวดมีผลต่อภาวะจำกัดความสามารถ และอาการปวดหลังส่วนล่างก็มีผลต่อความสามารถทั้งการทำงาน และการมีชีวิตของบุคคลด้วย ความปวดที่เพิ่มขึ้นเป็นครั้งคราวยังส่งผลต่อภาวะจำกัดความสามารถ

3.2) ผลกระทบด้านจิตสังคม

อาการปวดหลังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ ถูกจำกัดกิจกรรม นำไปสู่การลดความสามารถในการทำงาน และความตึงตัวของร่างกาย ผู้ป่วยจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง เมื่อความปวดไม่ได้รับการบรรเทา ผู้ป่วยจะแยกตัวและไม่ยอมออกจากบ้าน (Ferrell, 1995) ความปวดทำให้สูญเสียความสามารถในการดำรงบทบาทด้านเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ลดลงและความต้องการทางเพศสัมพันธ์ลดลง รู้สึกโกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า (depression mood) (Matassarini-Jacobs, 1997) ดังการศึกษาของแอมเบลล์ และคณะ (Ambler, de C Williams, Hill, Gunary, & Cratchley, 2001) เกี่ยวกับอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีความเรื้อรัง พบว่าอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้สัมพันธ์กับอารมณ์หรือภาวะจำกัดความสามารถ โดย

ร้อยละ 73 ของผู้ป่วยที่ศึกษามีปัญหาในเรื่องการปลุกหรือกระตุ้นทางเพศ ทำให้ใช้ ความปวดที่เพิ่ม มากกว่าปกติ ขาดความมั่นใจ ความวิตกกังวลในการทำกิจกรรมทางเพศและปัญหาในเรื่อง ความสัมพันธ์

การที่ผู้ป่วยมีความปวดเป็นเวลาระยะนาน ร่วมกับปัจจัยระยะเวลาที่ปวดรุนแรง ความถี่ของความปวด บุคลิกภาพ ความรุนแรงของความปวด จะรบกวนกระบวนการทางความคิด ทำให้ไม่มีสมาธิ บางรายอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หรืออาจมีภาวะซึมเศร้า ร่วมด้วย (Bonica, 1990) ดังการศึกษาของอาร์นสไตน์และคณะ (Arnsteinm, Caudill, Mandle, Norris, & Beasley, 1999) ซึ่งศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวบ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความ ปวด ภาวะจำกัดความสามารถ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังผลการศึกษาพบว่า การ ขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถจัดการกับความปวดได้ ร่วมกับภาวะที่ความปวดยังมีอยู่คือตัว ทำนายที่มีนัยสำคัญว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจะมีภาวะจำกัดความสามารถและภาวะซึมเศร้าเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน และคณะ (Wilson, Eriksson, D Eon, Mikail, & Emery, 2002) เรื่องภาวะซึมเศร้าและการนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง โดยใช้เครื่องมือวัดความทุกข์ ทรมาณทางด้านอารมณ์ การควบคุมชีวิต การรบกวนและระดับความรุนแรงของความปวด พบว่า ระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความบกพร่อง (impairment) อาการนอนไม่หลับที่ปรากฏ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดร่วมกับทั้งความปวดที่เพิ่มขึ้น และความทุกข์ทรมาณ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของลินและวอร์ด (Lin & Ward, 1996) เกี่ยวกับการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่า อาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และจากการศึกษาการ ทำนายการกลับมาทำงานของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มีอาการป่วย 3 - 4 เดือน พบว่า ลักษณะทาง จิตสังคมของภาวะของสุขภาพร่วมกับด้านเศรษฐกิจและจิตสังคม มีผลกระทบสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ ความพร้อมของร่างกายต่อการทำงาน และความต้องการที่จะกลับไปทำงาน (van der Giezen, Bouter, & Nijhuis, 2000)

3.3) ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ

ภาวะจำกัดความสามารถของร่างกายเป็นสาเหตุของการหยุดงาน ทำให้ผู้ป่วยต้อง สูญเสียรายได้ ดังการศึกษาของพรานสกาย และคณะ (Pransky, Benjamin, Hill-Fotouhi, Fletcher, Himmelstein, & Katz, 2002) เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการทำงานที่สัมพันธ์กับการประกอบอาชีพของ อาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่าเกือบร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดหลังมีการขาดงาน 1 สัปดาห์หรือมากกว่า หลังการบาดเจ็บ 1 ปี ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างกลับมาทำงานเดิมและเป็นลูกจ้าง และร้อยละ 20 ไม่เป็นลูกจ้าง ครึ่งหนึ่งของผู้ที่ไม่เป็นลูกจ้างมาจากการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับ

ส่วนใหญ่รายงานว่าทำงานได้เหมือนเดิม ไม่ได้ลดความสามารถในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 68 มีอาการปวดเพิ่มขึ้นจากการทำงาน ร้อยละ 47 กังวลเกี่ยวกับอาการที่แย่ลงถ้ามีการทำงานต่อไป และร้อยละ 42 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับมีอาการบาดเจ็บซ้ำ ซึ่งผู้ที่กลับเข้ามาทำงานให้ความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานเดิม หลังจากที่ได้รับการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง นอกจากนี้อาการปวดเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพ เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้นในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องเปลี่ยนบทบาท มีเวลาเป็นอิสระน้อยลง ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ลง และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ดังการศึกษาของแมนเนียดาคิส และเกรย์ (Maniadakis & Gray, 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยปวดหลังในประเทศอังกฤษพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของอาการปวดหลังในปี ค.ศ. 1998 ประมาณ 1,632 ล้านบาท ซึ่งประมาณร้อยละ 35 เป็นการใช้จ่ายโดยตรงของผู้ป่วย และครอบครัวในจำนวนนี้ร้อยละ 37 เป็นการใช้จ่ายเกี่ยวกับการทำกายภาพ ร้อยละ 31 เป็นค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ร้อยละ 14 สัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 7 เกี่ยวกับการใช้ยา ร้อยละ 6 เป็นการดูแลในชุมชน และร้อยละ 5 เพื่อเอ็กซเรย์ซึ่งใช้ในการวินิจฉัยเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งปัญหาปวดหลังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในประเทศอังกฤษและประเทศอื่น ๆ

โดยสรุปอาการปวดหลังส่วนล่างมีผลกระทบทั้งทางตรงและ/หรือทางอ้อมต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำงานของตนเอง และยังส่งผลถึงรายจ่ายที่ใช้ในการรักษา การฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่สูญเสียแอบแฝง เช่น การลาหยุดงาน เวลาที่สูญเสียไปกับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การลดลงของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน ซึ่งมีผลต่อครอบครัวและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

2.1.2 อาชีพเกษตรกรรมกับอาการปวดหลังส่วนล่าง

อาชีพเกษตรกรรมเป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าเกษตรกรชาวนามิอาการปวดหลังส่วนล่าง ถึงร้อยละ 37.5 (Gina R & Linda M, 2006) และสถิติในประเทศเกาหลีพบว่า อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาอันดับ 1 ของการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในเกษตรกรชาวนามิ (Kwan L & Hyun Sul L, 2008) จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพบำบัดจากอาการปวดหลังของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (ร้อยละ 42.70)

ชาวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมานุกุล (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคุณภาพ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและพฤติกรรมการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดพบว่าส่วนใหญ่มีการบิดเอี้ยวก้มตัว ร้อยละ 99.20

ต้องนั่งหรือยืนนานๆ ร้อยละ 97.70 นอกจากนี้จากการศึกษาของ เกษร เสียงเพราะ (2552) พบว่า สาเหตุของการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าวของชาวนา คือ 1) การอยู่ในอิริยาบถไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน 2) การทำงานหนักเป็นเวลานาน 3) การเกี่ยวข้าวด้วยความรีบเร่ง 4) การเกิดอุบัติเหตุระหว่างการเกี่ยวข้าว และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าว ได้แก่ 1) อายุ 2) ความอ้วน น้ำหนักเกิน 3) เพศ 4) ความเครียดทางจิตใจ

2.1.3 การประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง

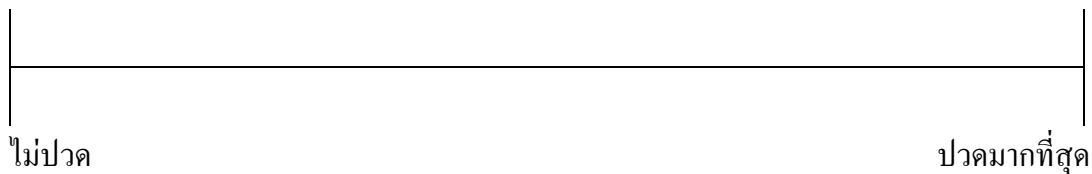
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบวัดอาการปวดหลัง ที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน มีอยู่ด้วยกันหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากความปวดเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยปวดหลัง และระดับความรุนแรงของความปวดสามารถเป็นเครื่องมือวัดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังแสดงถึงระดับความทนทานต่อความปวด (pain tolerance) ของผู้ป่วย การบรรยายถึงความปวดของผู้ป่วยยังสามารถใช้ประเมินถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งได้รับผลกระทบจากความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความปวด ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด ซึ่งมีหลายแบบที่นิยมนำมาใช้ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (Davis & Horrigan, 1994; Giuffre, 2000) ได้แก่

- มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptor scale: VDS) ให้ผู้ป่วยรายงานความปวดตามระดับความรู้สึกปวด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด (5 ระดับ) วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ (Herr KA, et al., 2004)



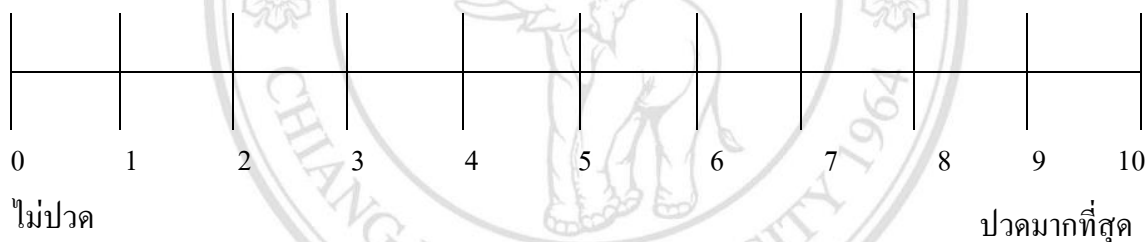
ภาพที่ 2-2 แสดงตัวอย่าง verbal descriptor scale

- มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) มาตรวัดชนิดนี้เป็นมาตรวัดที่มีความยาวเป็นเส้นตรงประมาณ 1 - 10 หรือ 1 - 100 สเกล แต่ไม่กำหนดตัวเลขลงไปบนมาตรวัด จะให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดของตน แล้วระบุตำแหน่งที่บอกถึงระดับความปวดของตนบนมาตรวัดที่เป็นเส้นตรง ที่ไม่ได้แสดงตัวเลขให้เห็น จากนั้นผู้วัดก็นำไปปรับให้เป็นตัวเลข โดยการเทียบกับมาตรวัดที่แสดงตัวเลข (Huskisson EC, 1974)



ภาพที่ 2-3 แสดงตัวอย่าง visual analog scale

- มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) การวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแบ่งเป็น 10 ช่องๆละ 1 เซนติเมตร แบ่งระดับความรุนแรง โดยใช้มาตรวัดที่กำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวดโดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนความปวด (Childs JD et al, 2005 ;Downie WW et al, 1978)



ภาพที่ 2-4 แสดงตัวอย่าง Numeric Rating Scale

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้ แบบประเมินมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ numeric rating scale: NRS เนื่องจากเป็นวิธีที่มีตัวเลขกำกับจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถแบ่งและบอกได้ว่าตนเองกำลังปวดอยู่ในระดับใด ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้นนำไปสู่การประเมินความรู้สึกปวดได้ง่าย

2.2 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้การปรับท่าทางที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่าง

การปรับท่าทางที่ถูกต้อง

เป็นการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง การมีท่าทางไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดการใช้งานที่มากเกินไปของกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อและเอ็น ก่อให้เกิดอาการปวดหลัง การเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ช่วยบรรเทาความปวดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ หลักเลี่ยงการยืนหรือนั่งนาน ๆ ดังการศึกษาโครงร่างความปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ไปทำกายภาพบำบัด ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้นคือ กิจกรรมการลงน้ำหนัก (weight-bearing) เช่น การนั่ง การยก การก้มตัว ในท่ากลับกันท่าทางที่ไม่ลงน้ำหนัก เช่น การนอนหงาย นอนตะแคง จะบรรเทาความปวด เนื่องจากมีแรงกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังที่ต่างกัน (Boissonnault & Di Fabio, 1996) ดังนั้นจึงควรมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ในการศึกษาต่อมาได้แสดงให้เห็นว่าการนั่งพิงพนักจะลดแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังลงได้ (สุรพงษ์ อนุรักษเลขา, 2544) ท่าทางที่ไม่เหมาะสม หลังจะค่อมทำให้เอวแอ่นมากขึ้น การที่เอวแอ่นมากขึ้น ทำให้ช่องทางออกของเส้นประสาทแคบลง เส้นประสาทถูกกดเบียดมากขึ้นเป็นสาเหตุให้ปวดหลัง และการที่เอวแอ่นอยู่เป็นเวลานาน ๆ ทำให้หมอนรองกระดูกรับน้ำหนักไม่สมดุลกัน จึงเกิดการเสื่อมของหมอนรองกระดูก ซึ่งมีผลทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมตามมา (วิรพล อุณหศิริ และคณะ, 2545)

เกษร เสียงเพราะ (2552) ได้ศึกษาการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อของชาวนาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อคือการออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงทนทานต่อการทำงานหนักและช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้อได้

นอกจากนี้ กาญจนา นิมตรง และคณะ (2555) ได้ศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังซึ่งมีเนื้อหาส่วนหนึ่งเกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดหลังพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

นอกจากนี้ วรฉัตร คงเทียม (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างพบว่าอาการปวดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ

และพรพรรณ สันติเสวี (2546) ได้ศึกษาโปรแกรมของท่าทางการทำงานต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง พบว่าความรู้สึกล้าของพนักงานที่ได้รับโปรแกรมลดลงต่างจากพนักงานอีกกลุ่มซึ่งไม่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปโดยรวมจะเห็นได้ชัดเจนว่า การปรับท่าทางที่ถูกต้อง สามารถนำมาใช้จัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับบริบทในพื้นที่รวมถึงประเภทในการประกอบอาชีพรวมถึงการควบคุมกลุ่มตัวอย่าง ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต้องทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุริรัตน์ ไชยชนะ (2555) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ในแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 53 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 49.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง อาศัยอยู่กับคู่ครอง และไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มปวดหลังอยู่ในช่วง 1 เดือน-1 ปี สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ปวดหลังเกิดจากการยกของหนัก ลักษณะของอาการจะปวดแบบเป็นๆหายๆ การรักษาส่วนใหญ่คือการรับประทานยา และเมื่อมีอาการปวดหลังการทำกิจวัตรประจำวันเป็นในรูปแบบทำไปพักไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณหลังมาก่อน

2. ระดับความรู้เรื่องโรคปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อปวดหลังของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4. การติดตามประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมแล้ว 2 สัปดาห์โดยการเยี่ยมบ้าน และการสัมภาษณ์ญาติ พบว่าผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้ความสามารถตนเอง

สุพัตรา ปวนไผ่ (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 285 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังด้านความรับผิดชอบต่อตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.4 ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูงร้อยละ 42.8 ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.2 ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีโดยเวลาโกรธใช้การจัดการด้วยการเล่าระบายให้ผู้อื่นฟังร้อยละ 41.7 เวลาไม่สบายใจเล่าให้คนไว้ใจฟังร้อยละ 49.7 และมีกลุ่มตัวอย่างใช้ยานอนหลับทุกคืนร้อยละ 2.1 ส่วนการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังจะรักษาด้วยตนเอง

มีวิธีการดูแลตนเอง 3 ขั้นตอน คือ 1) การนอนพัก การรับประทานยา ทายาแก้ปวด ถ้าอาการไม่ดีขึ้น 2) ขอความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก และใช้วิธีทดลองรับประทานยาจากคนที่เคยปวดหลังรับประทานแล้วดีขึ้น 3) ถ้าอาการดีขึ้นและยาหมดจะไปตรวจรักษาที่คลินิกตามที่เจ้าของยานะยามาหรือถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนแพทย์ที่ทำการรักษา และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) ปัจจัยหลักคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลัง ความเชื่อเกี่ยวกับอาการปวดหลัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการปวดหลัง การรับรู้ความรุนแรงของการปวดหลัง การรับรู้ประโยชน์จากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง 2) ปัจจัยเอื้ออำนวยคือ การเข้าถึงบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ และการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล 3) ปัจจัยสนับสนุนคือ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากญาติ การสนับสนุนจากนายจ้าง

อดุลย์ โอสุวรรณกุล ภาณุเดช แสงสีคำ และ ยุทธชัย บันเทิงจิตร (2551) ทำการศึกษาเบื้องต้นเพื่อลดอาการปวดหลังของเกษตรกร : กรณีศึกษาชาวนาใน 3 ตำบลของอำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราส่วนสัญญาณของกล้ามเนื้อที่วัดโดยวิธีมาตรฐานคือ Erector Spinae (L), Erector Spinae (R), Multifidus (L), และ Multifidus (R) มีค่าเฉลี่ยเป็น 1.84, 1.86, 1.67 และ 1.81 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ท่าทางการทำงานมีค่า RULA เฉลี่ย 7 ในขณะที่ยกกระสอบข้าวหนัก 100 กิโลกรัม ได้ค่าแรงกดที่หมอนรองกระดูก L5/S1 เฉลี่ยสูงสุด 7,243.7 N สาเหตุของการปวดหลังพบว่ามาจากท่าทางการยกที่ไม่ถูกต้องมีการก้มหลังในการยกจึงได้กำหนดให้มีการฝึกอบรมวิธีการยกที่ถูกวิธีโดยการย่อเข่าซึ่งมีผลทำให้สัดส่วนของสัญญาณ EMG ที่กล้ามเนื้อดังกล่าวมีค่า 0.91, 1.07, 1.33 และ 1.47 ตามลำดับ โดยสัดส่วนของ 3 ค่าแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สำหรับค่า RULA เฉลี่ยไม่เปลี่ยนแปลง และสำหรับค่าเฉลี่ยของแรงกดที่หมอนรองกระดูก L5/S1 มีค่าลดลงเป็น 5,920.8 N หรือลดลงร้อยละ 18.3 และจากการใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ถูกทดลอง 10 คน ได้ค่า AI สูงสุดเป็น 3.3 และค่าเฉลี่ยเป็น 2.5 ลดลงร้อยละ 15.2

รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, วัฒนา ศิริธราชิวัตร และคณะ (2554) ได้ศึกษาความชุกของภาวะความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในชาวนา: กรณีศึกษาดำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 4 อันดับแรกในรอบ 7 วัน คือ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 56.91 บริเวณเข่า ร้อยละ 28.62 บริเวณ สะโพก/ต้นขา ร้อยละ 25.40 และบริเวณไหล่ ร้อยละ 25.08 ตามลำดับ ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 4 อันดับแรกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบความผิดปกติบริเวณหลัง ส่วนล่าง ร้อยละ

73.31 บริเวณสะพาน/คันขาร้อยละ 41.16 บริเวณไหล่ร้อยละ 36.01 และบริเวณเข้าร้อยละ 35 ผลการศึกษาแสดงว่า อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นความผิดปกติที่พบได้มากที่สุดในชานา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจใช้เสริมในการศึกษาใน อนาคตเพื่อวางแผนป้องกันความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อต่อไป

เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, วัฒนา สิริธราธิวัตร และคณะ (2555) ได้ศึกษาถึงความชุกและปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับความชุกของอาการปวดหลังในช่วง 7 วันที่ผ่านมา คือ การทำงานในท่าบิดหมุนลำตัวบ่อยๆ การทำงานในท่าก้ม-เงยบ่อยๆ การทำงานในท่าเอื้อมมือเป็นเวลานาน การทำงานในท่าเดินและขึ้นเป็นเวลานาน การทำงานในท่าที่ต้องจ่อหรือใช้สมาธิสูงเป็นเวลานาน การทำงานในท่าผลักและการดึง และการทำงานที่ต้องยกสิ่งของ นอกจากนี้ ยังพบว่าท่าทางในการทำงานที่ยังไม่ได้รับการยืนยันว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างที่พบว่าสัมพันธ์กับอาการปวดหลัง คือ การทำงานในท่าเอื้อมมือเป็นเวลานาน การผลักและ และการทำงานในท่าที่ต้องจ่อหรือใช้สมาธิสูงเป็นเวลานาน ซึ่งท่าทางในการทำงานเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังได้เนื่องจาก การทำงานในท่าผลักหรือดัน หรือการเอื้อมมือเป็นการทำงานที่ต้องใช้มือรับน้ำหนักมาก ซึ่งจะทำให้เกิดแรงเฉือนต่อลำต้นหลัง สามารถทำให้เกิดการอักเสบหรือกระตุ้นปัญหาในโครงสร้างสันหลังได้ ส่วนการทำงานในท่าท่าทางที่ต้องใช้สมาธิสูง แม้ว่าจะไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างโดยตรง แต่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดคอ

บังอร บุญศิริจันทร์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ใช้แรงงานกรีดยางพารา ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ใช้แรงงานกรีดยางพาราอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการดูแลตนเองและจำนวนพื้นที่ที่กรีดยางสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ใช้แรงงานกรีดยางพารา ร้อยละ 52 โดยความสามารถในการดูแลตนเองความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ทั้งด้านการใช้ความรู้ การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ การวางแผน และการลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างได้

มธุรส ัญญารมณ (2547)รูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการปวดหลังจากการทำงานในลักษณะ ก้มๆ เงยๆ และอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานกับอาการปวดหลัง พยายามจัดการกับความปวดได้ แต่

ขัดกับงานประจำที่ต้องทำอยู่ และการจัดการไม่ได้แก้ปัญหาหรือไม่สามารถจัดการกับความปวดได้ เมื่อมารับการรักษาไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากทีมสุขภาพ จึงมีผลไม่สามารถจัดการความปวดได้ สำหรับรูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังขณะอยู่บ้านแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ ได้แก่ 1. เมื่อเริ่มรู้ว่าปวด ให้พักคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ประคบความร้อนบริเวณหลัง รับประทานยาบรรเทาปวด หากอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการปวดร้าวลงขา ให้รีบไปพบแพทย์ 2. ปวด ทานไม่ไหว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนพัก หลีกเลี่ยงที่จำเป็น ประคบร้อนร่วมกับรับประทานยา บรรเทาปวดตามการอักเสบที่ไม่ผสมสารสเตียรอยด์และ/หรือยา คลายกล้ามเนื้อ มีผู้ดูแลช่วยเหลือใน การทำกิจวัตรประจำวัน 3. ปวดพอทน พอทำทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำกิจกรรมเล็กน้อยๆ ได้ ให้ บริหารท่ายืดและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่วมกับประคบร้อน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้อาการ ปวดรุนแรงขึ้น มีผู้ดูแลช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น ยกของหนัก และ 4. ดำรงชีวิตอยู่กับอาการปวด หลังอย่างลงตัว สามารถทำงานด้วนปกติ มีท่าทางการทำงานที่เหมาะสม สังเกตและทดสอบอาการ ของตนเอง สร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ โดยการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-6 วัน ครั้งละ 30 นาที เช่น การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการกับ ความปวดได้ด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลัง ได้ รูปแบบที่ทำให้เห็นแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของผู้ป่วย และเป็น การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

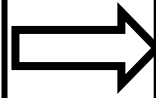
ลัดดาวัลย์ จุลิรัชนิกร (2555) ได้ศึกษาแนวทางการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มคนที่ มีอาชีพทำสวนยางพารา ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างก่อน การใช้แนวทางในการจัดการมีค่าเฉลี่ย 6.80 ระดับความปวดหลังการใช้แนวทางในการจัดการ ใน สัปดาห์ที่ 2,8 และ 12 มีค่าเฉลี่ย 2.20 0.86 และ 0.33 ตามลำดับ และพบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > 0.01$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางในการบำบัด ในการ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

ในการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ใน กลุ่มเกษตรกร บ้านทุ่งกล้วย ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบ แนวคิดในการศึกษา ดังนี้

การดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง

- 1) ภาวะวิภาคและพยาธิวิทยาของอาการปวดหลังส่วนล่าง
- 2) สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง
- 3) ท่าทางต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง
- 4) ท่าการบริหารเพื่อป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง



- ระดับอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง
- ระดับความรู้เรื่องการดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้น

- คะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved