

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) เป็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจที่สำคัญ (Van Tulder, Malmivaara, Esmail, & Koes, 2000; Bigos & Battie, 1996) และยังเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและข้อ (อำนวย, 2543) มีรายงานว่าเกือบร้อยละ 90 ของประชากรโลกที่ต้องประสบกับอาการปวดหลังอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต (Beurskens, de Vet, Koke, van der Heijden, & Knipschild, 1995; Hickey, 2003) อาการปวดหลังส่วนล่างมักเป็นการปวดแบบเรื้อรัง (Vingard, Mortimer, Wiktorin, Pernold, Fredriksson, Nemeth, et al., 2002) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออยู่ในวัยแรงงาน (รุ่งทิพย์, 2539) พบบ่อยในช่วงอายุระหว่าง 25-50 ปี (ช่อราตรี, 2539; อำนวย, 2542) จึงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีการหยุดงาน สูญเสียรายได้ (Hansson & Hansson, 2000; Waddell, 1998) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี เกิดภาวะจำกัดความสามารถมากที่สุด (disability) (Carragee & Hannibal, 2004; LeMone & Burke, 2000)

จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเฉียบพลันจะมีปัญหาปวดเรื้อรังตามมา (Verbunt, Seelen, Vlaeyen, van de Heijden, Heuts, Pons, et al., 2003; Maher, 2004) และมีอาการปวดหลังกลับซ้ำมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการทุเลาแล้ว (Biering-Sorensen, 1984 as cited in Turk, 2000) ผู้ป่วยที่มีอาการคงอยู่ไม่หายขาด หรืออาการรุนแรงจะได้รับการพิจารณาให้รักษาโดยการผ่าตัด (Andersson et al., 1996) โดยมีรายงานการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวเพื่อเอาหมอนรองกระดูกสันหลังที่เคลื่อนไปกดทับรากประสาทออกในสหรัฐอเมริกามากกว่า 250,000 รายทุกปี (Taylor, Deyo, Cherkin, & Kreuter, 1994) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ด้วยปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างจำนวน 1,963 ราย หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนจำนวน 636 ราย และได้รับการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกสันหลังที่เคลื่อนไปกดทับเส้นประสาทออก (disectomy) จำนวน 57 ราย (โรงพยาบาลขนาดใหญ่: ฝ่ายเวชระเบียน, 2545)

สาเหตุของอาการปวดหลังอาจแบ่งเป็น สาเหตุภายนอกร่างกาย เช่น อุบัติเหตุ โรคภัยไข้เจ็บ ทำางการทำงาน อารมณ์เครียด และน้ำหนักตัวเกิน เป็นต้น และสาเหตุภายในร่างกาย ซึ่งเกิดจากการมีพยาธิสภาพของ กระดูก ข้อต่อ (facet joint) หมอนรองกระดูกสันหลัง เอ็น เส้นประสาท และกล้ามเนื้อ เป็นต้น (กันยา, 2543; Boissonnault & Di Fabio, 1996) นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลมีส่วนร่วม

เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการปวดหลัง เช่น อายุ เพศ ความแข็งแรงของร่างกาย ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของหลัง ความผิดปกติแต่กำเนิด และการสูบบุหรี่ เป็นต้น (Waddell, 1998) สาเหตุที่สำคัญของอาการปวดหลังอย่างรุนแรงในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง คือหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (herniated disc) (Hickey, 2003) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากการตั้งตัวบริเวณบั้นเอว และกระดูกกระเบนเหน็บ

อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากการที่ผู้ป่วยต้องลดการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดการเสื่อมสภาพทางกาย ผลที่ตามมาคือร่างกายเกิดภาวะจำกัดความสามารถ (Waddell, 1998) กล้ามเนื้ออ่อนแอ ทุกข์ทรมาน ซึมเศร้า ภาวะลักษณะและสถานะทางสังคมเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง (Verbunt et al., 2003; Pai & Sundaram, 2004) ดั้งการศึกษาของโบว์แมน (Bowman, 1991) ที่ศึกษาเชิงปรากฏการณ์ในเรื่องความหมายของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ทำให้ความสามารถการปฏิบัติประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน บทบาท การเดินทาง กิจกรรมเพื่อความบันเทิง การเดินทาง การนอน สามารถทำงานได้ในระยะเวลาสั้น ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของแวคซ์แมน เทนนิส และเฮลลิเวล (Waxman, Tennant, & Helliwell, 2000) ซึ่งศึกษาโดยการติดตามอาการของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างในชุมชน พบว่าในระยะยาวมีผลทำให้มีการจำกัดความสามารถเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ อาการปวดหลังยังส่งผลทำให้หลังตึง ก้มและเงยได้ไม่เต็มที่ การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อผิดปกติ เป็นสาเหตุของการหยุดงาน ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้ เสียค่ารักษาพยาบาล หรือทำให้พิการ (สลิธ, 2542) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป็นภาระของครอบครัวและสังคม (Bigos & Battie, 1996) ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่สามารถควบคุมชีวิต ค่อย ๆ แยกตัวจากสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Polatin, Kinney, Gatchel, Lillo, & Mayer, 1993)

การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างพบปัญหาหลายประการ เช่น ปัญหาจากผลข้างเคียงของการใช้ยาคือ แผลในระบบทางเดินอาหาร การใช้ยามากเกินไป การติดยาในกลุ่มยากล่อมประสาท (Schreiber, Stein, & Flomam, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงทิพย์ (2540) ศึกษาเรื่องความสูญเปล่าในการใช้ยาแก้ปวดหลัง: กรณีศึกษาร้านขายยาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังมีการดูแลรักษาตนเอง โดยการไปซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง และผู้ป่วยมักได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ผสมสเตียรอยด์ซ้ำซ้อนกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เกี่ยวกับอาการปวดหลัง เช่น ยาปฏิชีวนะ วิตามิน ยาช่วยย่อย เป็นต้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเงินเพิ่มขึ้นโดยเปล่าประโยชน์ หรืออาจเกิดอันตรายจากปฏิกิริยาต่อกันของยา นอกจากนี้ แดมรอส (Damroach, 1991) ยังกล่าวว่าไม่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ละเลยและขาดความสนใจที่จะปฏิบัติ

ตามคำแนะนำ และไม่เห็นความสำคัญ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกัน และบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างจากเจ้าหน้าที่มีสุขภาพ และผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติ กิจกรรมนั้น ๆ ได้ หรือผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่ไม่เพียงพอและสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีอาการกลับเป็นซ้ำสูงมาก โดยไม่พบพยาธิสภาพที่แท้จริง (Waddell, 1992)

อาการปวดหลังส่วนล่างจัดเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง เนื่องจากถูกมองว่าเป็นปัญหาที่ไม่คุกคามต่อชีวิต จึงไม่จำเป็นต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน แต่หากมีการจัดการกับความปวดที่ไม่เหมาะสม อาการปวดหลังจะยังคงอยู่หรือกลับเป็นซ้ำมากกว่าการกลับคืนสู่ภาวะปกติ (Turk, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน และเปลี่ยนที่รักษาหลายแห่งแต่อาการปวดไม่หายขาด ต้องทนอยู่กับความปวดนี้ไปตลอด การเลือกวิธีการจัดการกับความปวดขึ้นกับความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในกลุ่มที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังบริเวณหลังส่วนล่างของโบว์แมน (Bowman, 1994) ยังพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับความปวดแตกต่างกัน เช่น การแสวงหาการบรรเทาที่ไม่ใช่ยา (seeking non medical relief) ประกอบด้วย การพักผ่อน การนอน การใช้แผ่นความร้อนและการนวด เพื่อลดปวด บางคนใช้การบรรเทาปวดหลายวิธีร่วมกันและบางวิธีก็ได้ผลมากกว่าวิธีอื่น เช่น การรับประทานยาระงับปวด เป็นต้น ในกลุ่มที่มีความปวดระยะเรื้อรังมักมาพบแพทย์เพราะต้องการยา โดยมีความหวังว่าการรับประทานยาจะทำให้บรรเทาความปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี (2538) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังพบว่า เมื่อผู้ป่วยปวดหลังมีอาการปวดจะใช้วิธีการรับประทานยามากที่สุด แต่ผลการรักษาทางยาโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง พบว่าการใช้ยาแทบจะไม่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ (Hansson & Hansson, 2000)

มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างหลากหลาย ส่วนใหญ่เป็นการจัดการกับความปวดภายใต้สถานการณ์ที่ผู้วิจัยควบคุม ดังเช่น ผลของการนวดไทยต่อความอดทนต่อการล่าของกล้ามเนื้อหลังในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของนฤมล วิชัย และอภิวัฒน์ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดไทย กล้ามเนื้อหลังมีระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแบบความยาวคงที่เพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงที่นอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างของโรจน์ี (2536) พบว่าระดับความปวดลดลง การใช้อุปกรณ์พยุงเอวในผู้ที่มีอาการปวดหลังจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนเอวของพิมพ์อำไพ (2542) พบว่าการใช้อุปกรณ์พยุงเอวได้ผลในกรณีของการจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง และเพิ่มความดันภายในช่องท้อง รวมทั้งทำให้กระดูกเชิงกรานหมุนไปข้างหลังจะลดการ

แอ่นหลัง ยังมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างของดรูณี (2543) รังสิยา (2542) และจินตนา วรณีย์ ดวงรัตน์ และ สาริฉน์ (2545) พบว่ามีคะแนนความปวดและภาวะจำกัดความสามารถลดลง ส่วนทิพวรรณ (2541) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยให้กิจกรรมการสอนสุขศึกษา ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การดูตัวแบบ การสาธิต ลองปฏิบัติ ร่วมกับการกระตุ้นเตือน มีผลทำให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของแวนทูลเดอร์และคณะ (Van Tulder, Ostelo, Vlaeyen, Linton, Morley, & Assendelft, 2000) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดูเหมือนจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ซึ่งจะมาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาต่าง ๆ ล้วนมีผลให้ความปวดลดลง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแยกส่วน เช่น การนวด การใช้อุปกรณ์พยุงเอว เป็นต้น โดยไม่ได้มององค์รวมของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม ในสถานการณ์จริงผู้ป่วยต้องจัดการกับความปวดด้วยตนเอง และมีวิธีการจัดการกับความปวดหลายวิธีร่วมกัน ทำให้ต้องนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต การจัดการที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังขึ้นกับประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ริเริ่ม ค้นหา พัฒนา เปลี่ยนแปลงและลงมือกระทำด้วยตนเอง จนได้วิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของแต่ละคน จึงควรมีการศึกษาที่เน้นความเป็นองค์รวมที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

จากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน แผนกกายภาพบำบัด และ การศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง (มธุรส, 2544) และการศึกษาปรากฏการณ์การจัดการกับความปวดขณะอยู่ที่บ้านของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังเกิดขึ้นขณะทำงาน ปวดก็ต้องผันทนทำงาน การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้กระทั่งวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันยังก่อให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน พยายามที่จะจัดการกับความปวดให้หายโดยเร็ว เพื่อกลับไปทำงานได้ โดยข้อมูลความรู้ที่ได้รับมาจากการบอกต่อของบุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่มักใช้วิธีการจัดการกับความปวดโดยการรับประทานยา และการบีบนวด เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยยังไม่ได้ข้อมูลที่เพียงพอจากทีมสุขภาพ การดูแลรักษาไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับความปวด และเมื่ออาการปวดบรรเทาลง ผู้ป่วยมักกลับไปมีวิถีการดำเนินชีวิตเช่นเดิม โดยไม่ได้ปรับแก้ที่สาเหตุของอาการปวดหลังโดยตรง เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการที่ไม่เหมาะสม เช่น

เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา คือ มีแผลในกระเพาะอาหาร ง่วง ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง กล้ามเนื้อหลังอ่อนแรง เกิดความพิการของร่างกาย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการปวดเป็น ๆ หาย ๆ และไม่สามารถควบคุมความปวดได้ และยังพบว่าไม่มีแนวทาง และวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่บ้านที่เป็นรูปธรรมตามบริบทของแต่ละบุคคล และขาดคู่มือในการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

การที่จะได้มาซึ่งองค์ความรู้ รูปแบบที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน จำเป็นต้องศึกษาโดยการลงมือปฏิบัติ ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมคือ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action research) ของกรันดี (Grundy, 1982) มาใช้ในการศึกษาวิจัย โดยอาศัยการมีส่วนร่วม และความร่วมมือของผู้วิจัย ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง และครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับความปวดตามสภาพปัญหา และสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงขณะอยู่ที่บ้าน ให้ได้รูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้านที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ คือผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด สามารถดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตอยู่ได้โดยไม่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน

คำถามการวิจัย

รูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีประสบการณ์การจัดการกับความปวดขณะมีอาการปวดหลังที่บ้านก่อนเข้าโครงการเป็นอย่างไร
2. พยาบาลจะส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างในการจัดการกับความปวดอย่างไร
3. รูปแบบการจัดการกับความปวดที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความปวดเป็นแนวคิดเชิงทฤษฎี ร่วมกับกรอบแนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Grundy, 1982) แนวคิดทั้งสองส่วนนี้ใช้ควบคู่กันไป เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา

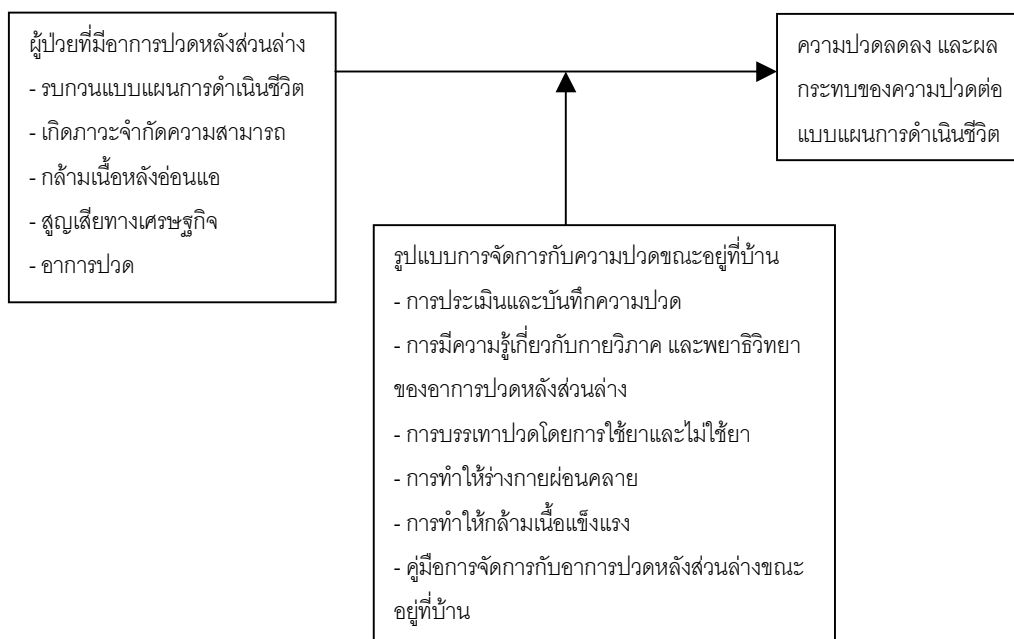
หารูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

อาการปวดหลังส่วนล่าง เกิดจากการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหลัง เนื่องจากการมีพยาธิสภาพในส่วนต่าง ๆ ของโครงสร้างกระดูกสันหลังที่มีปลายประสาทอยู่ ซึ่งโครงสร้างเหล่านี้ ได้แก่ กล้ามเนื้อ เอ็นยึดกระดูกต่าง ๆ ข้อต่อ รากประสาท และหมอนรองกระดูกสันหลัง (กันยา, 2543; Boissonault & Di Fabio, 1996) ประกอบกับกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวดั้งแต่ระดับบั้นเอวท่อนที่ 1 เป็นช่วงที่ต้องแบกรับภาระหนักที่สุดในการทำงานของร่างกาย และมีการเคลื่อนไหวได้มากกว่าช่วงอื่น (อำนาจ, 2542) การเคลื่อนไหวนี้ต้องอาศัยความยืดหยุ่นของหมอนรองกระดูกสันหลังเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นถ้ามีแรงจากภายนอกกระทำให้เกิดการทะลักของนิวเคลียสพัลโพซัสออกไปทางรอยฉีกขาดในเนื้อเส้นใยแอนนูลัสนั้นมากขึ้น และเกิดการโป่งนูนออกไปตรงตำแหน่งที่มีการฉีกขาด ที่เรียกว่าหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน ถ้าหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นออกไปกดทับเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียงที่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง เช่น เอ็นยวทางด้านหลัง หรือเยื่อหุ้มดูรา เป็นต้น ก็จะทำให้เกิดอาการปวดหลัง และถ้ายื่นไปตรงตำแหน่งของรากประสาทก็จะเกิดการกดรากประสาท ทำให้มีอาการปวดร้าวหรืออาการชา และกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ (อำนาจ, 2543) อาการปวดหลังนอกจากจะทำให้เกิดความปวด กล้ามเนื้อหลังมีการเกร็งตัวแล้ว ยังลดความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้หลังตึง ก้ม และเงยได้ไม่เต็มที่ และยังส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังนั้นการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมจะเป็นการบรรเทา และป้องกันอาการปวดกลับซ้ำ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยต้องมีความสามารถ และความรู้ในเรื่องกลไกพยาธิสภาพ วิธีการจัดการกับความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่เหมาะสม การคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและหลัง เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการกับความปวดขณะอยู่ที่บ้าน ดังได้สรุปกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีดังแผนภาพที่ 1

กรอบแนวคิดระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการนำวิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (อาภรณ์, 2541) โดยต้องมีการร่วมมือ (collaborative approach) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติ และเป็นการพัฒนาการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action research) ของกรันดี (Grundy, 1982) โดยผู้วิจัยกำหนดรูปแบบชั่วคราวที่สร้างขึ้นจากการ

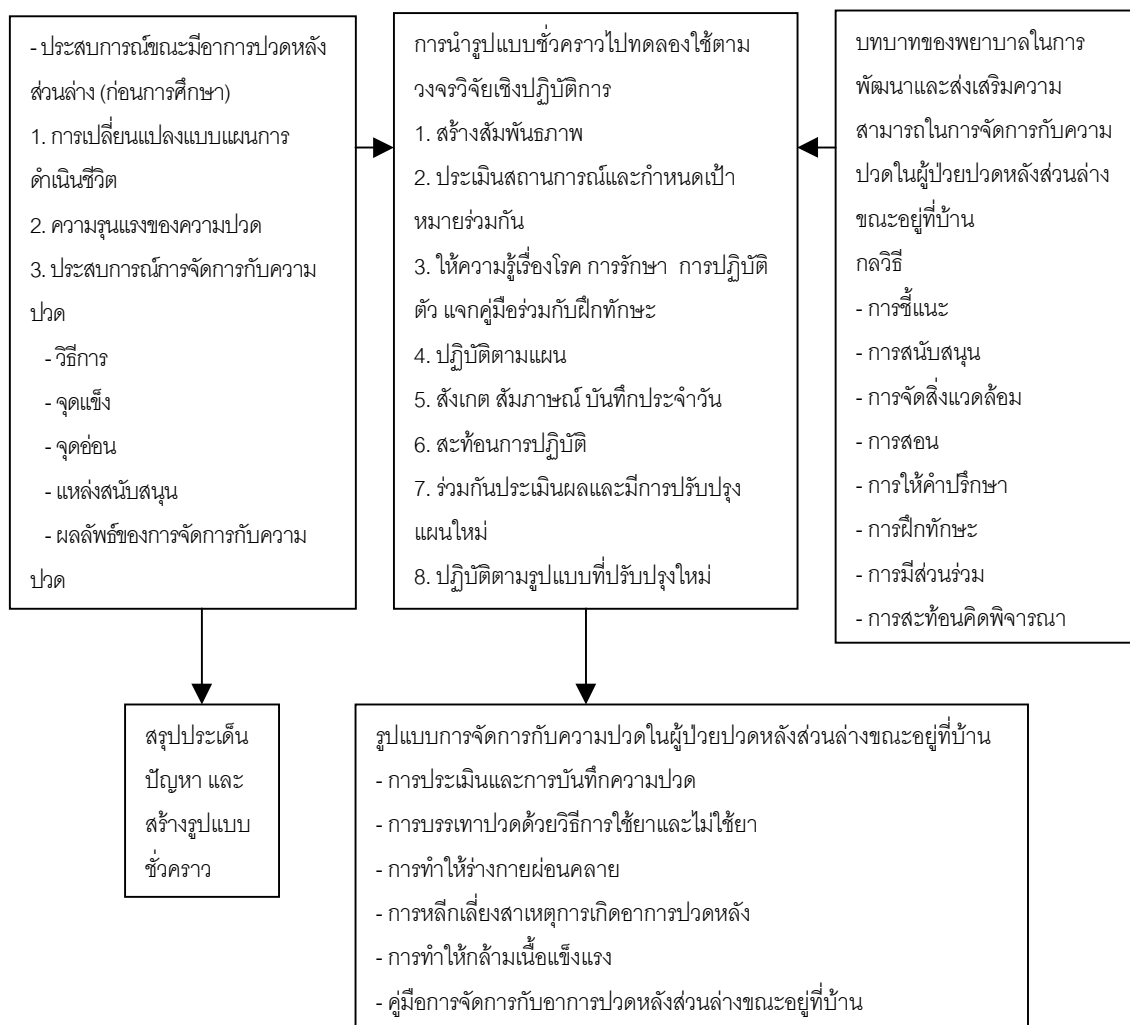


แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีในการจัดการกับความปวดขณะอยู่ที่บ้าน

ทบทวนวรรณคดี และการศึกษาศาสนาการณณ์เบื้องต้นนำไปใช้กับผู้ป่วย ทำการตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการกับความปวด โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยวิธีการศึกษาเป็นวงจรที่มีลักษณะต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ และสังเกต (acting & observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) และการปรับปรุงแผน (re-planning) ทำให้ได้ความรู้ และการปฏิบัติที่ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลง (อาภรณ์, 2541) สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ขณะอยู่ที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่าง หรือหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน ซึ่งแพทย์วินิจฉัยจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย พบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ การกดหรือดึงรั้งเส้นประสาทไซเอติก มีอาการปวดร้าวตามแนวเส้นประสาทไซเอติก อาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแอ ในกลุ่มที่มีการกดทับของรากประสาท และมีอาการดึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle strain) ในกลุ่มที่ไม่มีการกดทับของรากประสาท และเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด บริเวณกระดูกสันหลัง มีอายุระหว่าง 18-55 ปี ไม่จำกัดเพศ มีภูมิลำเนาในอำเภอหาดใหญ่ และมา



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน

รับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมกราคม 2546 ถึงเดือนตุลาคม 2546 ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลให้กลับไปดูแลที่บ้านจำนวน 10 ราย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่าง หรือหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน และแพทย์ผู้ดูแลอนุญาตให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน

รูปแบบการจัดการกับความปวด หมายถึง วิธีการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน โดยการให้ยาและไม่ให้ยา ประกอบด้วยการประเมินความปวดและการบันทึก การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลัง วิธีการบรรเทาปวด การทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การป้องกันอาการปวดหลัง และการทำให้ร่างกายอ่อนคลาย ซึ่งรูปแบบการจัดการนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการรวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และมีการปรับแก้ตามวิธีการของระเบียบวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ดังนี้

1. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างสามารถจัดการกับความปวดที่บ้านได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีแนวทางในการจัดการกับความปวดที่บ้าน
3. พยาบาลได้แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
4. ได้แนวทางในการพัฒนาทักษะของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน
5. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน