

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาดังต่อไปนี้ โรคปวดหลัง การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคปวดหลัง

1. กระดูกสันหลัง

หลังเป็นส่วนสำคัญของร่างกายที่ทำหน้าที่รับน้ำหนักตัวส่วนบน ประกอบด้วยกระดูกเรียงต่อกัน มีทั้งหมด 33 ปล้อง แบ่งเป็นช่วง คือ กระดูกต้นคอ (cervical spine) มี 7 ปล้อง กระดูกหน้าอก (thoracic spine) มี 12 ปล้อง กระดูกเอว (lumbar spine) มี 5 ปล้อง กระดูกกระเบนเหน็บ (sacrum) มี 5 ปล้อง กระดูกก้นกบ (coccyx) มี 4 ปล้อง กระดูกสันหลังแต่ละปล้องเชื่อมต่อกันด้วยหมอนรองกระดูก และข้อต่อของตัวกระดูกสันหลัง ทำให้สามารถขยับเคลื่อนไหวได้ ปล้องกระดูกสันหลังจะเรียงตัวต่อเนื่องกัน ลักษณะการเรียงตัวจะทำให้เกิดส่วนโค้งเว้าในระนาบหน้าหลัง (sagittal plane) ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลมีการเคลื่อนไหวได้สะดวกไม่ลำบาก

โครงสร้างกระดูกสันหลังประกอบด้วย กระดูกสันหลัง เอ็นยึดข้อ กล้ามเนื้อหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง ไขสันหลังและเส้นประสาท ดังนี้

1.1 กระดูกสันหลังบริเวณเอว (lumbar vertebra) มีขนาดใหญ่ที่สุดเพราะเป็นส่วนที่ต้องรับน้ำหนักมากที่สุด วางอยู่บนหมอนรองกระดูกซึ่งมีขนาดใหญ่และหนากว่าส่วนอื่นๆ เรียงตัวซ้อนกัน โดยมีแนวโค้งนูนมาทางด้านหน้า กระดูกบริเวณนี้จะรองรับน้ำหนักตัวครึ่งหนึ่ง ส่วนน้ำหนักอีกครึ่งหนึ่งรองรับด้วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกบริเวณนี้มีการเชื่อมต่อกันด้วย 3 ข้อต่อ ทำให้กระดูกบริเวณนี้สามารถเคลื่อนไหวได้รอบตัว ข้อที่เคลื่อนไหวมากที่สุดคือ ข้อกระดูกเอวข้อที่ 3-5 ซึ่งเป็นข้อที่กระดูกมีการเสื่อมมากที่สุด (ธวัช ประสาทฤทธา, 2539)

1.1.1 ในทางกลศาสตร์ชีวภาพ สามารถแบ่งกระดูกสันหลังออกได้เป็น

4 ส่วน คือ

(1) ส่วนที่เป็นกระดูกสันหลังแท้หรือบอดี้ (vertebral body) มีขนาดใหญ่ที่สุด เป็นท่อนสั้น มีหน้าตัดกลมรี เป็นส่วนที่สัมพันธ์กับหมอนรองกระดูกสันหลัง น้ำหนักตัวที่กดลงมานั้นจะลงมาที่ส่วนนี้ถึงร้อยละ 70

(2) ส่วนที่ต่อออกไปจากบอดี้ทั้งสองข้างแล้ว โอบเข้าหากันทางหลังเป็นเหมือนหลังคา คือ pedicle และ lamina ส่วนหลังคานี้ร่วมกับส่วนหนึ่งของบอดี้แล้วจะเกิดเป็นช่องตรงกลาง เรียกว่า รูกระดูกสันหลัง (vertebral foramen) เมื่อกระดูกสันหลังมาเรียงซ้อนกันช่องเหล่านี้จะตรงกัน และยาวติดต่อกันไปตลอดหลังเรียกว่าช่องสันหลัง (spinal canal) เป็นที่อยู่ของไขสันหลังที่ต่อออกมาจากสมอง

(3) ส่วนของกระดูกที่ยื่นออกมามีทั้งหมด 3 อัน คือ ยื่นออกมาทางข้างๆ 2 อัน เรียกว่า transverse process อีกอันหนึ่งยื่นออกมาตรงกลางทางด้านหลังเรียกว่า spinous process ซึ่งมีความสำคัญเพราะเป็นที่เกาะของเอ็นยึดกระดูกและกล้ามเนื้อ ช่วยให้กระดูกสันหลังทั้งหมดมีความมั่นคง แข็งแรงและเคลื่อนไหวได้ดีด้วย

(4) ส่วนของกระดูกที่ยื่นขึ้นไปทางด้านบนและยื่นมาทางด้านล่างซึ่งมีอย่างละคู่ มีฐานอยู่ระหว่าง pedicle และ lamina และไปประกบยึดกันระหว่างปล้องบนและล่างเป็นข้อต่อเรียกว่า facet joint ซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากที่ช่วยให้กระดูกสันหลังเกิดความแข็งแรง เคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ facet joint ร่วมกับเอ็นและกล้ามเนื้อรอบๆ จะช่วยรับน้ำหนักที่กดลงมาจากข้างบนอีกร้อยละ 30 ที่เหลือ

1.1.2 หน้าที่ของกระดูกสันหลังที่สำคัญ ได้แก่ รับและกระจายน้ำหนัก

เป็นเกราะป้องกัน ประสาทไขสันหลัง (spinal cord) และรากประสาท (nerve root) เกิดพิสัยการเคลื่อนไหวระหว่างกระดูกสันหลังซึ่งได้แก่ การก้ม การเงยหรือแอ่นหลังเอียงหลังหรือบิดหมุน กล้ามเนื้อและเอ็นที่อยู่รอบกระดูกมีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และเสริมความมั่นคงของกระดูกสันหลัง

1.2 เอ็นยึดข้อ (ligaments) เป็นโครงสร้างที่ยึดเกาะกระดูกสันหลัง มีคุณสมบัติพิเศษ คือมีความแข็งแรงมาก สามารถยึดกระดูกให้อยู่ด้วยกันอย่างมั่นคง แต่ในเวลาเดียวกันก็ยังให้กระดูกเหล่านี้เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เพื่อมิให้เกิดอันตรายต่อไขสันหลังและรากประสาทที่ผ่านออกมา

1.3 กล้ามเนื้อหลัง (back muscle) (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, 2539) เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กระดูกสันหลังตั้งตรงอยู่ได้ ในระหว่างที่มีการรับน้ำหนักตัวและทำงาน กล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวบริเวณเอว มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสำหรับก้ม (flexor) ได้แก่ กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscle) ซึ่งช่วยดึงกระดูกเชิงกรานทางด้านหน้า ทำให้กระดูกเชิงกรานทั้งอันหงายขึ้นมา ซึ่งจะมีผลให้โค้งลอร์ดोटิก (lordotic curve) ของกระดูกสันหลังส่วนเอวลดน้อยลงได้ ยิ่งถ้าได้ทำงานร่วมกับกล้ามเนื้ออกกลุ่มเหยียดข้อสะโพกที่อยู่ทางด้านหลังด้วยแล้ว ก็จะช่วยทำให้เชิงกรานหงายขึ้นได้มากซึ่งเป็นวิธีป้องกันอาการปวดหลังได้ ดังนั้นในการออกกำลังกายหรือบริหารกล้ามเนื้อจึงต้องเน้นให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีคนี้แข็งแรงไว้เสมอ อีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มสำหรับแอ่นหลัง (Extensor) ช่วยในการแอ่นหลัง ดังนั้นจึงทำหน้าที่ตรงข้ามกับกลุ่มกล้ามเนื้อหน้าท้อง หากกล้ามเนื้อกลุ่มนี้แข็งแรงหรือทำงานมาก ก็จะทำให้หลังแอ่นมากขึ้น โค้งลอร์ดोटิกก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วยอันเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ในชีวิตประจำวันมักใช้กล้ามเนื้อกลุ่มที่แอ่นหลังอยู่เสมอ ในการออกกำลังกายจึงมุ่งให้เป็นการยืดกล้ามเนื้อ (stretching) มากกว่าเพื่อให้เกิดความสมดุลกัน (พรหมเทศ, 2541)

1.4 หมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral disc) เป็น fibrocartilage ที่อยู่ระหว่างตัวกระดูกสันหลังทุกปล้อง ยกเว้นส่วนคอที่ 1, 2 รูปร่างคล้ายโดนัทประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1.4.1 ส่วนที่อยู่ตรงกลาง เรียกว่า nucleus pulposus เป็นเจลคล้ายขุ่นมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ น้ำ พบได้ร้อยละ 80 ตั้งแต่แรกเกิดปริมาณมากขึ้นอยู่กับอายุคือ เมื่ออายุน้อย nucleus pulposus จะมีความยืดหยุ่นดี และมีน้ำอยู่มาก แต่เมื่ออายุมากขึ้นปริมาณน้ำจะลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นน้อยลง

1.4.2 ส่วนที่อยู่รอบ nucleus pulposus เรียกว่า annulus fibrosus เป็นเส้นใยเหนียวทนทาน เรียงตัวเฉียงไปมา มีการยืดหยุ่นได้มากจึงแข็งแรงรับแรงกดและแรงบิดได้ดี

1.4.3 แผ่นกระดูกอ่อน (cartilage plate) เป็นทางผ่านของน้ำและอาหาร จากตัวกระดูกสันหลังไปยัง nucleus pulposus หมอนรองกระดูกสันหลังมีหน้าที่เป็นข้อต่อที่ยึดกระดูกสันหลัง ให้ความแข็งแรงเป็นจุดหลักสำหรับการเคลื่อนไหว และต่อต้านแรงที่มากระทำต่อกระดูกสันหลังที่เกิดจากการประกอบกิจวัตรประจำวัน เมื่อมีแรงกดมากๆ โดยจะกระจายแรงนี้ไปรอบๆเท่าๆ กันตลอด มิให้ส่วนใดส่วนหนึ่งต้องรับน้ำหนักมากเกินไป รวมทั้งช่วยรับแรงกดและลดแรงสั่นสะเทือน

การวัดแรงดันภายในหมอนรองกระดูกสันหลัง มีการศึกษาโดยนายแพทย์ A.Nachemson ในปี ค.ศ. 1964 โดยได้ศึกษาผลของท่าทางต่างๆ ที่มีต่อแรงดันในหมอนรองกระดูก

สันหลัง พบว่าในท่านอนจะมีแรงดันภายในหมอนรองกระดูกสันหลังต่ำที่สุด ทำยืนตัวตรงจะมีแรงดันภายในหมอนรองกระดูกสันหลังน้อยกว่าการยืนก้มหลังหรือการนั่งก้มหลังและการก้มยกของในท่าต่างๆ และการมีท่าทางที่ทำให้แรงดันภายในหมอนรองกระดูกสันหลังสูงอยู่ตลอดเวลา นั้นจะทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมเร็วกว่าปกติเกิดการเคลื่อนตัวได้ง่าย (ธวัช ประสาทฤทธา, 2539)

1.5 ไขสันหลัง (spinal cord) และเส้นประสาท (nerve roots) เป็นเนื้อเยื่อของระบบประสาทซึ่งวิ่งออกจากสมองแล้ววิ่งในช่องกระดูกสันหลัง เป็นส่วนต่อของระบบสมองส่วนกลางทอดลงมาเพื่อเลี้ยงกล้ามเนื้อแขนและขา เส้นประสาทไขสันหลัง (spinal nerve) มีอยู่ 31 คู่ แต่ละเส้นเกิดจากการรวมตัวของรากประสาท 2 เส้น โดยรากประสาททางด้านหน้า (ventral root) เป็นรากประสาทสั่งการที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ส่วนรากประสาททางด้านหลัง (dorsal root) เป็นรากประสาทสำหรับรับความรู้สึกซึ่งแต่ละเส้นจะทำหน้าที่เลี้ยงกล้ามเนื้อแตกต่างกันไป โดยส่วนคอจะเลี้ยงบริเวณแขน ส่วนอกจะเลี้ยงบริเวณลำตัวตั้งแต่ส่วนเอวลงไปจะเลี้ยงบริเวณสะโพกและขา (ดำรง กิจกุลศล, 2528)

2. กลไกการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง

โรคปวดหลังส่วนล่างเกิดขึ้นเมื่อมีพยาธิสภาพที่โครงสร้างของกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวและบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ ซึ่งมีปลายประสาทอยู่ โครงสร้างเหล่านี้ ได้แก่ กระดูก เอ็นยึดกระดูก facet joint รากประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อ และหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งเมื่อเกิดพยาธิสภาพขึ้นมีผลทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณหลังได้ (พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541)

การเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างแต่ที่สำคัญคือ ท่าทางของร่างกายซึ่งส่งผลอย่างมากต่ออาการปวดหลัง ท่าทางคือ การจัดการของส่วนต่างๆของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องทุกส่วน อาจเป็นสภาวะที่ร่างกายอยู่นิ่ง หรือเป็นสภาวะที่ร่างกายกำลังเคลื่อนไหว (วนิดา สมจิตรานุกิจ, 2539 อ้างในพรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541) ท่าทางที่ดีจะทำให้เกิดสมดุลโดยปราศจากแรงกดที่มากเกินไปต่อข้อ กล้ามเนื้อ เอ็น ร่างกายจะอยู่ในภาวะสมดุลก็ต่อเมื่อมีขนาดฐานรองรับ (ระยะห่างระหว่างเท้าทั้ง 2 ข้าง) ที่กว้าง จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายซึ่งเป็นจุดสมมุติที่น้ำหนักของร่างกายสะสมอยู่ ในทำยืนตรงจะอยู่บริเวณกลางเชิงกรานอยู่ใกล้ฐานรองรับและเส้นผ่านจุดศูนย์ถ่วง (เส้นตรงที่ลากผ่านจุดศูนย์ถ่วงในแนวตั้ง) อยู่ภายในฐานรองรับ (Taylor et al., 1993 อ้างในพรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541) ท่าทางที่ไม่เหมาะสม หลังจะค่อมทำให้เอวแอ่นมากขึ้น การที่เอวแอ่นมากขึ้นทำให้ช่องทางออกของเส้นประสาทแคบลง

เส้นประสาทถูกเบียดมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ปวดหลัง เอวแอ่นอยู่เป็นเวลานานๆทำให้หมอนรองกระดูกรับน้ำหนักไม่สมดุลย์กัน จึงเกิดการเสื่อมของหมอนรองกระดูกและกระดูกสันหลังตามมา

กระดูกสันหลังส่วนล่างช่วงบั้นเอวเป็นช่วงที่รับน้ำหนักตัวมากที่สุด เนื่องจากอยู่ช่วงล่างและเคลื่อนไหวได้มากกว่าช่วงอื่น การเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นระหว่างกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวปล้องสุดท้ายกับกระดูกกระเบนเหน็บ (L5-S1) ถึงร้อยละ 75 กระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวที่ L4-5 ร้อยละ 20 เหลืออีกร้อยละ 5 เกิดขึ้นที่ปล้องบนๆทั้งหมดของกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอว ในอิริยาบถต่างๆกันจะมีแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังไม่เท่ากัน จะเห็นว่าน้ำหนักตัวที่ตกลงมาตามแนวตั้ง ถ้ายังตกลงห่างจากกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวออกไปมาก จะทำให้จุดศูนย์ถ่วงของน้ำหนักตัวอยู่ห่างออกจากกระดูกสันหลังทำให้แขนของแรงที่กระทำที่กระดูกสันหลังยาวขึ้นจะมีผลทำให้เกิดแรงบิดที่ตรงข้อต่อช่วงนั้นเพิ่มขึ้น ดังนั้นอิริยาบถใดก็ตามที่ทำให้แนวตั้งของน้ำหนักตัวห่างจากกระดูกสันหลังออกไปก็จะทำให้กระดูกสันหลังช่วงนั้นรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ตามหลักของโมเมนต์) (ธวัช ประสาทฤทธา, 2543) นอกจากนี้ท่าทางของร่างกายแล้วการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างยังเกิดจากปัจจัยหลายอย่างเช่น โพรงกระดูกสันหลังแคบ (spinal stenosis) เป็นภาวะที่มีการแคบลงของ spinal canal แสดงออกในทางคลินิกเป็นอาการปวดหลังและขาขาทั้งสองข้างเวลาเดิน โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (spondylolisthesis) เป็นภาวะที่กระดูกสันหลังเลื่อนไปข้างหน้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทำให้กระดูกเลื่อนไปจากตำแหน่งเดิม หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (herniated disc) เป็นภาวะที่หมอนรองกระดูกสันหลังมีการเสื่อมหรือชำรุดจากการใช้งานในชีวิตประจำวัน เกิดจากการที่ยกของหนักหรือล้มก้นกระแทกพื้น และเนื้องอก (Tumor) เกิดจากเนื้องอกบริเวณกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว หรือแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น ไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลังบริเวณนั้น ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ (ดำรง กิจกุลศล, 2528)

อาการปวดจะเกิดขึ้นทันทีที่มีการบาดเจ็บบริเวณบั้นเอว หรือสะโพกหลังจากนั้น 24-48 ชม.จะปวดมากที่สุด และค่อย ๆ หายไปในระยะเวลาประมาณ 10-14 วัน อาการปวดส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบรอบ ๆ บริเวณบาดเจ็บ จะมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเสื่อมโทรมทีละน้อย ทำให้เกิดอาการปวดหลังทีละน้อยจนกลายเป็นอาการที่เรื้อรังได้ การเกิดอาการปวดหลังของบุคคลต้องมีการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้าจนถึงระดับสูงสุดที่สามารถทนได้ สิ่งเร้าที่กระตุ้นนั้นมักเป็นพลังงานกลหรือสารเคมี หรือทั้งสองอย่าง แต่ไม่จำเป็นเสมอไปที่มีสิ่งเร้าที่รุนแรงแล้วทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงตามสัดส่วน เนื่องจากการรับรู้หรือแสดงออกซึ่งอาการปวดต่อบาดแผล หรือพยาธิสภาพที่ใกล้เคียงกันของบุคคลต่างกัน หรือบุคคลเดียวกันในสถานการณ์ต่างกันย่อมมีความแตกต่างกันอย่างมาก

3. ชนิดของอาการปวดหลังส่วนล่าง อาการปวดหลังส่วนล่างแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามระยะเวลาที่มีอาการปวด คือ อาการปวดหลังเฉียบพลัน และเรื้อรัง (พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541)

3.1 อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน (acute low back pain) มีอาการปวดหลังน้อยกว่า 7 สัปดาห์ มักเกิดร่วมกับกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความตึงเครียดของเนื้อเยื่อบริเวณหลังส่วนล่างเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (Ruda, 1992) ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและการใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความตึงเครียดของเนื้อเยื่ออ่อน เช่น กล้ามเนื้อฟาเซีย (fascia) และเอ็นยึดข้อกระดูก มักทราบสาเหตุที่ทำให้ปวด ระดับความรุนแรงของความปวดอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงมากและมีลักษณะอาการและอาการแสดงชัดเจน ความปวดจะบรรเทาหลังการรักษา และมักจะรักษาให้หายขาดได้

3.2 อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (chronic low back pain) เป็นอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นมากกว่า 7 - 12 สัปดาห์ หรือมากกว่า 3 เดือน หรือมีการกลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ มักเกิดจากความอ้วน ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของกล้ามเนื้อจะเกิดอาการปวดบริเวณสะโพก หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ (degenerative disc disease) การตีบแคบบริเวณโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal stenosis) โครงสร้างของกระดูกผิดปกติ และการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ ความตึงเครียดของร่างกาย ความเครียดทางด้านจิตใจ ก็ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างเรื้อรังได้ ลักษณะอาการไม่ชัดเจน เช่น ไม่ทราบเวลาที่ปวดแน่นอน ไม่มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ แต่มีปัจจัยทางจิต สังคมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การรักษาทั่วไปลดปวดได้ชั่วคราว แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเกิดอาการปวดบางครั้งเกิดขึ้นทันทีทันใดได้ และพัฒนาเป็นความปวดที่ทุกข์ทรมานในระยะยาว ความปวดเรื้อรังมักมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่งในการรักษา

4. สาเหตุของการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง

4.1 ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เป็นสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างที่พบบ่อย (Ruda, 1992) สาเหตุนี้เกิดได้ในคนทุกวัย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 20 - 50 ปี และมักเกี่ยวข้องกับการทำงาน พบในคนทุกอาชีพที่ต้องยืนหรือนั่งนานๆ มีการยกของหนัก หรือต้องก้มๆ เงยๆ บ่อยๆ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่อ้วนลงพุง และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การหมุนหรือบิดของลำตัว หลัง และเอว เป็นท่าทางที่ไม่ปกติ ท่าทางในการปฏิบัติงาน หรือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นท่าทางที่เป็นอยู่นานและไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งทำงานในท่าก้มหลังนาน หลังถูกกระแทก การนอนในที่นุ่ม หรือการเดินแอ่นหลังมากเกินไป การทำงานที่ใช้หลังอย่างผิดวิธี เช่น การยกของหนักมาก ๆ ขึ้นจากพื้นในท่าก้มหลัง การดันของหนัก ๆ การ

นั่งขับรถเป็นระยะเวลานาน การออกกำลังกายไม่เพียงพอร่างกายไม่แข็งแรงกล้ามเนื้อไม่มีความยืดหยุ่น ท่าทางที่ไม่ถูกต้องทำให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวโค้งที่ผิดปกติ กล้ามเนื้อและเอ็นไม่มีความมั่นคง ทำให้กล้ามเนื้อรับน้ำหนักมาก เกิดอาการเมื่อยล้า และมีแรงกดสูงมากกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังเพิ่มมากขึ้น เกิดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพื่อรับกับแรงนั้น จึงเกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลัน เกิดอาการเจ็บปวด (Blue, 1996 อ้างใน ครุณี เสมอรัตนชาติ, 2543)

4.2 สาเหตุอื่นๆของการเกิดอาการปวดหลัง คือ

4.2.1 กล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหลังถูกใช้งานมาก หรือกระดูกสันหลังแอ่นมาก จากการทรงตัวของร่างกายไม่ดีทำให้เกิดการยืด (strain) ของกล้ามเนื้อและเอ็นยึดกระดูก มีการเคลื่อนที่ไปมาได้มากเกินไป จึงทำให้ความสามารถในการทนต่อแรงจากภายนอกและแรงที่ซ้ำ ๆ กันของกระดูกสันหลังลดลง หากกล้ามเนื้อที่อ่อนแอไม่สามารถควบคุมการทำงานของหลังได้อย่างปกติ จะมีผลรบกวนเนื้อเยื่อ จึงทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

4.2.2 สาเหตุจากพยาธิสภาพ (วิเชียร เลหาสมบัติเจริญ, 2541) ได้แก่ ภาวะเสื่อมของกระดูกสันหลัง ที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย เนื่องจากการใช้งานมาเป็นเวลานาน พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเนื่องจากภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มีการสลายของกระดูกและเป็นเหตุให้กระดูกในผู้หญิงบางเร็วกว่าผู้ชายเมื่ออยู่ในวัยเดียวกัน สาเหตุได้แก่ ท่าทางที่ไม่เหมาะสม, โพรงกระดูกสันหลังแคบ (spinal stenosis), โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (spondylolisthesis), หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (herniated disc), เนื้องอก (tumor), การติดเชื้อ (infection) เช่น วัณโรคกระดูก, การอักเสบที่ปราศจากเชื้อ เช่น ในโรค Rheumatoid arthritis หรือโรค Osteoarthritis, โรคของอวัยวะบางอย่างที่ทำให้เกิดอาการปวดร้าวมาบริเวณหลัง ได้แก่ โรคไต โรคเกี่ยวกับรังไข่และมดลูก หรือโรคที่เกี่ยวกับต่อมลูกหมาก เป็นต้น ซึ่งเกิดการดันเชื่อบุช่องท้องด้านหลังมีผลทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

4.2.3 ความผิดปกติของกระดูกสันหลังบริเวณต้นเอวตั้งแต่กำเนิดหรือระหว่างการเจริญเติบโต (congenital and developmental defect) เช่น กระดูกสันหลังคด หรือชิ้นส่วนของกระดูกสันหลังบางชิ้นบางส่วนขาดหายไป อาจทำให้เกิดอาการปวดหลังตั้งแต่วัยเด็ก หรืออาจจะแสดงอาการในขณะที่ย่างมากแล้ว เป็นเพราะความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นในภายหลัง

4.2.4 การกระทบกระแทก (trauma) ได้รับอุบัติเหตุที่กระดูกสันหลังบริเวณต้นเอว เช่น ตกลงมาจากที่สูง อุบัติเหตุรถชนกัน ภัยอันตรายที่เกิดกับหลัง จะทำให้เกิดความเสียหายต่อกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูกสันหลังได้ (พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541)

4.2.5 ภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจ กล้ามเนื้อมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือช่วยดำรงสภาวะของร่างกายให้อยู่ในท่าหนึ่งต่าง ๆ กล้ามเนื้อทำงานโดยการหดตัวและคลายตัวเป็นไปตามคำสั่งจากเบ้าสมอง แต่การหดตัวของกล้ามเนื้อยังคงอยู่ได้อิทธิพลของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของสมอง ตัวการสำคัญที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ คือความเครียดทั้งเครียดจากร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อมากผิดปกติ ภาวะเครียดเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง (Chase,1992) โดยไม่ปรากฏพยาธิสภาพ เรียกอาการปวดหลังนี้ว่าปวดหลังจากจิตสรีระแปรปรวน (psychosomatic backache) และยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายถึงผลสำเร็จในการรักษาภาวะปวดหลังส่วนล่างได้มากกว่าปัจจัยอื่นๆ

4.2.6 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานทำให้เกิดอาการปวดหลังพบมากในผู้ที่มีอาชีพที่มีลักษณะทำงานซ้ำซาก (monotonous work) ออกแรงมาก (physically heavy work) งานที่ยืนมาก งานที่มีโอกาสนั่งน้อย และงานที่ต้องก้มๆเงยๆ เป็นประจำหรือเป็นงานนั่งโต๊ะ ลักษณะงานที่มีความเครียด กิจกรรมของงานที่ถูกจำกัด การขับรถนานๆ การใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ อาชีพแม่บ้าน พนักงานขับรถ พยาบาล กรรมกรแบกหาม ช่างเย็บผ้า ชาวนา ชาวไร่ เป็นต้น จะทำให้มีโอกาสปวดหลังมากขึ้น (ประ โยชน์ บุญสินสุข, 2526 อ้างใน สันทนา กนกศิลป์, 2533: 6) ลักษณะของงานดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อหลังได้ จากการศึกษาของอุษาพร (2539) เรื่องโรคปวดหลังจากการทำงาน พบว่าอาชีพพยาบาลจัดเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการปวดหลังสูง พยาบาลไทยร้อยละ 89.2 มีปัญหาอาการปวดเมื่อยในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อวัยวะที่ปวดมากที่สุดคือ สันหลังส่วนล่าง ซึ่งพบถึงร้อยละ 64.5 กิจกรรม 3 อันดับแรก ที่ทำให้มีอาการปวดหลังมากที่สุด ได้แก่ การพุงผู้ป่วยลุกจากเตียง การยกผู้ป่วยในเตียง และการยกผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งไปอีกเตียงหนึ่ง

4.2.7 สาเหตุส่งเสริม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงส่วนตัวหรือทั่วไป ได้แก่ อายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการปวดหลังจะมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี (พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541) เพราะช่วงอายุนี้เป็นช่วงอายุที่มีการทำงาน และหากมีอายุมากขึ้นก็จะมีอัตราเสี่ยงในการปวดหลังเพิ่มขึ้น คนที่มีรูปร่างสูงอาจมีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าคนที่รูปร่างเตี้ยกว่า เนื่องจากขณะทรงตัวในอิริยาบถต่างๆ เช่น การก้ม การยืน กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงมากกว่า เพราะแกนของแรงต้านของบุคคลนั้นจะยาวมาก ทำให้ค่าแรงต้านทานสูงมาก แรงพยายามที่จะกระทำโดยกล้ามเนื้อหลังจึงต้องออกแรงมากขึ้นตามไปด้วย คนที่มีรูปร่างอ้วน คือคนที่มึนน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ปกติ คือมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ม² ขึ้นไป โดยประเมินได้จากวิธีที่ง่ายและดีที่สุดคือ การใช้ดัชนีมวลกายเป็น

เกณฑ์ตัดสิน โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2542 อังโน ครุณี เสมอรัตนชาติ, 2543)

$$\text{ดัชนีมวลกาย BMI} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 (\text{เมตร}^2)}$$

น้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าอยู่ระหว่าง

- 1) 18.5 – 24.9 กก./ม²
- 2) ถ้าน้อยกว่า 18.5 กก./ม² แสดงว่าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- 3) ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25 – 29.9 กก./ม² แสดงว่าน้ำหนักเกิน
- 4) ถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 กก./ม² ขึ้นไป แสดงว่าเป็นโรคอ้วน

สำหรับคนอ้วนจะมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอ และมีพุงยื่นทำให้จุดศูนย์กลางของน้ำหนักตัวเลื่อนไปข้างหน้า กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงต้านเพื่อรักษาสสมดุล กล้ามเนื้อหลังจึงต้องทำงานหนักอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นกระดูกสันหลังต้องแบกรับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดอาการปวดเมื่อยหรือปวดหลังได้ง่าย กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสปวดหลังได้มากกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีน้ำหนักมากทำให้หลังบริเวณเอวต้องรับน้ำหนักของครรภ์ที่ใหญ่ขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอว (ชวีช ประสาทฤทธา, 2543) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะปวดหลังเรื้อรัง โดยทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงบริเวณหมอนรองกระดูกสันหลังลดน้อยลง จึงขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการเสื่อมก่อนเวลาอันควร การสูบบุหรี่ก็มีผลต่อการปวดหลัง โดยผู้ที่สูบบุหรี่มากมีแนวโน้มที่จะปวดหลังมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ อาจเป็นผลจากการไอเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ซึ่งจะรบกวนสภาพปกติของกระดูกสันหลัง เนื่องจากการไอแต่ละครั้งจะมีการเพิ่มความดันภายในช่องท้อง ทำให้เกิดแรงดันภายในหมอนรองกระดูกสันหลัง อาจกระทบกระเทือนและกระตุ้นให้อาการปวดหลังเพิ่มความรุนแรงขึ้น (Cole, A.J, 2001) หรืออาจเป็นผลของสารนิโคตินก่อพยาธิสภาพต่อหมอนรองกระดูกสันหลังโดยตรง ทำให้ออกซิเจนในเลือดลดลง จึงขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการเสื่อมก่อนเวลาอันควรและปวดหลังได้ ความแข็งแรงและความพร้อมของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายไม่เพียงพอจะมีผลทำให้เกิดหมอนรองกระดูกเคลื่อนออกจากแนวเดิมได้ง่าย และทำให้ร่างกายขาดความสมบูรณ์แข็งแรงไม่สามารถยึดประคองกระดูกสันหลังไว้ได้ การเล่นเกมกีฬาบางชนิดที่มีอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกหลัง ได้แก่ กอล์ฟ เทนนิส ยิมนาสติก ฟุตบอล เนื่องจากกีฬาดังกล่าวต้องใช้กล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังในส่วนเอวในการหมุน หรือบิดตัวที่เร็วและแรง

โดยสรุปอาการปวดหลังส่วนล่างมีสาเหตุมาจากหลายอย่าง ซึ่งอาจมาจากองค์ประกอบของกระดูกสันหลังเอง หรือมาจากอวัยวะอื่น หรือมาจากสภาวะด้านจิตใจ แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการใช้ท่าทางและอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด (Lewis, & Collier, 1993 อ้างใน ครุณี เสมอรัตนชาติ, ธวัช ประสาทฤทธา, 2543; Cole, A.J, 2001)

5. อาการและอาการแสดง

อาการที่เด่นชัดก็คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดตรงกลางหลังส่วนล่างหรือที่ใกล้เคียง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือค่อยเป็นทีละน้อย อาการปวดอาจเป็นๆหายๆ หรือปวดอยู่ตลอดเวลา หรือปวดเฉพาะในท่าบางท่า โดยเฉพาะทำนั่ง ยืน เดิน การไอ จาม หรือบิดตัว เอี้ยวตัวอาจทำให้รู้สึกปวดมากขึ้น นอกจากนี้อาจจะมีชาหรือปวดตามสะโพก หรือด้านหลังโคนขา เนื่องจากเส้นประสาทถูกกดทับหรือกลุ่มกล้ามเนื้อสะโพกอักเสบ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะแข็งแรงดีและไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆร่วมด้วย

6. การวินิจฉัยอาการปวดหลัง

การวินิจฉัยอาการปวดหลัง ต้องอาศัยทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ดังนี้

6.1 การซักประวัติ เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด โดยซักถามอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มีอาการปวดหลังเพียงอย่างเดียวหรือปวดลงขาาร่วมด้วย ลักษณะอาการปวด การเคยมีอาการปวดหลังมาก่อน การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุบริเวณหลัง บริเวณที่ปวด ความรุนแรงระยะเวลาที่ปวด สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด สาเหตุที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือน้อยลง อาการชาหรืออ่อนแรงของขา อาการปัสสาวะหรืออุจจาระลำบาก การรักษาที่เคยได้รับ อาการอื่นที่พบร่วมกับอาการปวดหลัง ลักษณะอาชีพ ประวัติโรคประจำตัว การเล่นกีฬา เป็นต้น โดยต้องแยกให้ได้ว่าอาการเจ็บปวดนั้นเป็นสาเหตุโดยตรงจากกระดูกสันหลังหรือเป็นอาการปวดร้าวมาจากระบบอื่น

6.2 การตรวจร่างกายเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งของการวินิจฉัยอาการปวดหลังโดยการดู ได้แก่ โครงสร้าง ท่าทาง ลักษณะหลัง ท่ายืน การเดิน การเคลื่อนไหวของกระดูกคอ และกระดูกสันหลังช่วงลำตัว การคลำ ได้แก่ คลำดูการตึงตัวของกล้ามเนื้อว่าปกติหรือไม่ ขณะมีการเคลื่อนไหว การตรวจระบบประสาท เช่นระบบประสาทสัมผัส ระบบประสาทกล้ามเนื้อ และระบบการตอบสนองต่อการกระตุ้น (reflex) เพื่อตรวจสอบดูว่าเส้นประสาทระดับใดถูกกดทับหรือถูกระคาย

6.3 การตรวจวินิจฉัยทางรังสี ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวและกระเบนเหน็บ (plain radiography) ช่วยในการวินิจฉัยโรค เป็นการตรวจโครงสร้างคร่าวๆ ของ

กระดูกสันหลังว่ามีความผิดปกติใดๆ ปรากฏขึ้นหรือไม่ การทำ CT Scan หรือ Computerized Tomography Scan ใช้สำหรับตรวจสอบรอยโรคของกระดูก สามารถมองเห็นความผิดปกติของกระดูก การตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging : MRI) เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยที่ให้ข้อมูลบอกพยาธิสภาพของกระดูก หมอนรองกระดูก และการกดทับเส้นประสาทได้ดีที่สุด

7. การรักษาอาการปวดหลัง

มีจุดประสงค์คือ ลดอาการปวดและเกร็งของกล้ามเนื้อ จัดทำให้อุณหภูมิของกล้ามเนื้อ การรักษาทะลุอื่นที่พบร่วมกับอาการปวดหลัง คงหน้าที่ไว้ให้ปกติ เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม (นลินทิพย์, 2539; วิเชียร, 2541) ซึ่งมีวิธีการรักษาหลายลักษณะ

7. 1 วิธีการดูแลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างตามลักษณะอาการ (Lewis, & Collier, 1992 อ้างในครุณี เสมอรัตน์ชาติ, 2543) คือ

7.1.1 อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้พัก 2 วันในท่าที่สบาย ให้รับประทานยาบรรเทาอาการปวด ยากล้ามเนื้อหรือใช้ผ้าพยุงหลัง (corset) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (early education) ในระยะเริ่มต้นของอาการปวดหลังและการติดตามผลในช่วง 4 - 6 สัปดาห์จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดเรื้อรัง การกระตุ้นให้ออกกำลังกายทันทีหลังจากหายปวดหลังโดยให้เริ่มออกกำลังกายโดยการยืดและการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องจะช่วยให้อาการดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ เมื่ออาการดีขึ้นให้เริ่มออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การว่ายน้ำ การเดิน การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการก้มหรือบิดตัว ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่มักมีอาการเข้าสู่ระยะปกติได้ ในกรณีที่อาการปวดไม่ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์มักจะมีปัจจัยเสริมอื่นๆที่เป็นสาเหตุให้อาการปวดนั้นคงอยู่ได้แก่ ภาวะเครียด สภาพเศรษฐกิจ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับอาการปวดที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับผู้ป่วย

7.1.2 อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป้าหมายในการรักษา คือ การให้ออกกำลังกาย การใช้ผ้ารัดบริเวณเอวเพื่อลดการเคลื่อนไหว การแนะนำให้ลดน้ำหนักเพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณนั้นเอว การใช้ลักษณะท่าทางที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นผลทำให้อาการปวดหลังกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในการใช้ท่าทางและอิริยาบถในกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง การรู้จักปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านหรือในที่ทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การสนับสนุนในด้านการดูแลตนเองในการจัดภาวะเครียดทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยจะช่วยบรรเทาอาการปวดหลังได้

7.2 การรักษาประกอบด้วย 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การรักษาแบบอนุรักษ์และการรักษาแบบผ่าตัด (อำนาจ, 2542) การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์ (conservative treatment) ได้แก่

7.2.1 การนอนพัก (rest) เพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลัง และช่วยลดแรงดันที่กดลงบนหมอนรองกระดูกสันหลัง ถ้ามีอาการปวดรุนแรงให้นอนพักแต่ไม่ควรเกิน 2 วัน เพราะจะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหวสู่ระดับปกติ การหลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ปวดมากขึ้น เมื่ออาการปวดทุเลาแล้วให้เริ่มเคลื่อนไหวด้วยท่าต่าง ๆ เพิ่มขึ้น แต่ทำอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวในขนาดที่ไม่ทำให้ปวดมากขึ้น การนอนพักนานเกินสองสัปดาห์มีผลเสียต่อร่างกายมากกว่าผลดี โดยทำให้กระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแอลง ข้อต่อเอ็นกล้ามเนื้อยึดจากการไม่ได้ใช้งานตามปกติ (Cole, A.J, 2001)

7.2.2 การรักษาโดยยา (medication) ช่วยควบคุมอาการโดยใช้หลักการว่าเมื่อมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อก็จะก่อให้เกิดอาการปวด และเมื่อเกิดอาการปวดเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การรักษาทางยามักใช้ ยา 3 ประเภท คือ ยาแก้ปวด (analgesics) ที่ใช้บ่อยคือ พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non - Steroidal Antiinflammatory Drugs : NSAIDs) ใช้เพื่อระงับปวดและระงับการอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant) ใช้เมื่อมีการเกร็งของกล้ามเนื้อมากจากอาการปวดหรืออักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณนั้น และยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) ช่วยลดอาการนอนไม่หลับและลดความวิตกกังวล

7.2.3 การใช้วิธีทางกายภาพบำบัด (physical therapy) เพื่อลดความเจ็บปวด ลดการอักเสบ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว แก้ไขท่าทางที่ผิดปกติ และเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการเจ็บป่วย การใช้วิธีทางกายภาพมีดังนี้ การรักษาด้วยความเย็นเพื่อลดการอักเสบ ลดอาการปวดและอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ, การรักษาด้วยความร้อน , การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (TENS: Transcutaneous electrical nerve stimulation), การนวด (massage) ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการบวมจะใช้เมื่อปวดหลังจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ถ้าเกิดจากการบาดเจ็บจะไม่ใช้การนวด เนื่องจากจะทำให้กล้ามเนื้อที่บวมช้ำอยู่ยิ่งบวมช้ำมากขึ้น, การฝังเข็ม (acupuncture) และการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องไขสันหลัง (lumbar epidural steroid injection)

7.2.4 การใช้เครื่องพยุงหลัง (lumbar support) เป็นการใช้อุปกรณ์ภายนอกมารัดรอบท้องและเอว เมื่อมีการเคลื่อนไหวแล้วทำให้ปวดมาก

7.2.5 การบริหารร่างกาย มีความสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยปวดหลังส่วนใหญ่มักกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำการบริหารร่างกายในผู้ป่วยปวดหลัง

จึงประกอบด้วย ท่าบริหารที่ช่วยยืดกล้ามเนื้อหลังและสะโพกเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility) จึงทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนอิริยาบถได้คล่องแคล่ว ท่าบริหารที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรง (strength) และความทนทาน (endurance) ของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลัง เพราะการที่กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงขึ้นจะช่วยเพิ่มแรงดันภายในช่องท้องช่วยรับน้ำหนักตัวไปบางส่วน จึงลดแรงกดต่อหมอนรองกระดูกสันหลังได้ และการที่กล้ามเนื้อแข็งแรงคงทน ช่วยให้สามารถอยู่ในอิริยาบถต่างๆและทำงานได้นานขึ้นโดยไม่ปวดหลัง และท่าบริหารทั่วไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและปอด ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ การปั่นจักรยาน การวิ่งในน้ำ จะช่วยให้มีกำลังกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation) เนื่องจากความปวดทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อนาน ๆ ก็ทำให้ปวดมากขึ้น จึงต้องหัดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากทีลดอาการปวดโดยวิธีต่าง ๆ มาแล้ว

7.2.6 การสอนและแนะนำตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพหลัง (back school) จะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลง ลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ ควรอธิบายให้เข้าใจถึง โครงสร้างกายวิภาคหน้าทึหลัง สาเหตุของการเกิด แนวทางแก้ไข การรักษา การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อ กลศาสตร์ของร่างกายโดยเฉพาะเรื่องท่าทาง เนื่องจากความปวดมีสาเหตุ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการใช้หลังหรือการมีท่าทางในการทำงานและกิจวัตรประจำวันที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงความปวดหรือป้องกันความปวดที่อาจเกิดขึ้นใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้หลังให้ถูกวิธี การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังมากยิ่งขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่ทำให้อ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเล่นกีฬาที่ทำให้เกิดการบิดตัว การจัดการกับภาวะเครียด และการปรับปรุงสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม

เมื่อรักษาโดยวิธีอนุรักษ์ไม่ได้ผลและมีข้อบ่งชี้ชัดเจนจึงต้องรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Surgical treatment) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ คือ มีความบกพร่องเกี่ยวกับระบบประสาทเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าทึของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะเกิดความผิดปกติ และไม่สามารถควบคุมความปวดได้ และมีการจัดการกับความปวดแบบอนุรักษ์อย่างเต็มที่ในเวลา 2 - 3 เดือนเป็นอย่างน้อย

8. การป้องกันการเกิดอาการปวดหลัง

การมีท่าทางในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานที่ดีและถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้การเรียงตัวของแนวกระดูกสันหลังส่วนต่างๆของร่างกายทำงานร่วมกันได้อย่างสมดุล จึงช่วยลดแรงกดต่างๆที่กระทำต่อโครงสร้างหลัง และช่วยป้องกันและพยุงโครงสร้างหลังต่อการบาดเจ็บได้ (Blue, 1996 อ้างใน ครุณี เสมอรตันชาติ, 2543 หน้า 12) อาการปวดหลังไม่ว่าจะปวด

แบบเป็นครั้งคราวหรือปวดแบบถาวรนับว่าเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยกันทั้งสิ้น ดังนั้นการมีท่าทางที่ถูกต้องตามสุขลักษณะจะช่วยให้ห่างหายจากอาการปวดหลังได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดหลังที่สามารถทำได้ง่าย (ชวีช ประสาทฤทธา, 2543 ; วนิดา สมจิตรานุกิจ, 2539 ; Taylor et al., 1993) มีดังนี้

8.1 การปฏิบัติท่าทางที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวัน ท่าทางต่างๆของคนที่มีอาการปวดหลังควรได้รับการปรับใหม่เพราะการมีท่าทางที่ถูกต้องขณะทำกิจวัตรประจำวัน จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความสามารถของร่างกายทำให้เกิดความแข็งแรงของหลังตามธรรมชาติและลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของการปวดหลัง ท่าทางที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติมีดังนี้

8.1.1 ท่ายืน ต้องพยายามให้โครงสร้างของร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุลที่สุด คือ ยืนตัวตรง ควรยืนอกผายไหล่ผึ่ง เอวแอ่นน้อยที่สุด ไม่ควรยืนในท่าเดียวนาน ๆ ควรขยับตัวเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ควรยืนพักขา 1 ข้าง คือ เข่าตั้งข้าง-หย่อนข้าง จึงจะไม่ทำให้หลังแอ่น หรือหาเก้าอี้เตี้ยๆ รองที่ขาข้างหนึ่งไว้สลับกันไป หลีกเลี่ยงการสวมรองเท้าส้นสูงเกิน 1 นิ้ว จะทำให้หลังแอ่นเกิดอาการปวดหลัง

8.1.2 ท่านั่ง การนั่งจะเป็นการเพิ่มแรงกดดันต่อกระดูกหลังมากที่สุด ควรนั่งให้ชิดขอบในของเก้าอี้ มีที่พนักของแขน ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้ทำงานอยู่นานๆ ในลักษณะก้มตัว ทำให้ปวดหลังได้ง่าย เก้าอี้ควรจะเป็นเก้าอี้ที่หมุนได้เพื่อป้องกันการบิดของเอว มีที่พนักของแขน ขณะที่นั่งพักหัวเข่าควรอยู่สูงกว่าระดับข้อสะโพกเล็กน้อย ควรมีเบาะรองเท้า และมีหมอนเล็กๆรองบริเวณเอว ผู้ป่วยที่ปวดหลังไม่ควรนั่งนานเกิน 30 นาที ถ้าไม่ปวดหลังสามารถนั่งได้นาน 50 นาที แล้วเปลี่ยนท่าโดยการลุกเดินไปรอบๆ หรือให้ยืนยืดเส้นทุก 20-30 นาที

8.1.3 ท่านั่งขับรถ ที่นั่งควรปรับให้ห่างพอเหมาะ ควรนั่งให้แผ่นหลังแนบชิดเบาะ พนักพิงควรปรับให้เอนเล็กน้อยพอพิงได้สบาย ถ้านั่งขับรถระยะทางไกล ให้หยุดรถอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง จะช่วยให้หายเมื่อยล้า

8.1.4 ท่ายกของหรือการเก็บของจากพื้น การยกของควรยกด้วยเข่าดังนี้ ย่อเข่าลง งอสะโพก หลังตรง ไม่ควรใช้วิธีก้มหลังซึ่งเป็นท่าทางที่ผิด การยกของขณะยกต้องรักษาหลังให้ตรงอยู่เสมอ อย่ายกของที่มึนน้ำหนักรวมเกินไป การเอื้อมหยิบสิ่งของควรจะใช้บันไดหรือเก้าอี้ช่วย หรือเก็บของจากพื้น ไม่ควรก้มลงหยิบในท่าที่เข่าเหยียดตรง การอุ้มของต้องอุ้มชิดตัว การเอื้อมหยิบสิ่งของควรจะใช้บันไดหรือเก้าอี้ช่วย หากต้องหยิบของจากพื้นควรย่อเข่าลง

หยาบโดยยื่นหลังตรง ขากางออกเล็กน้อย งอเข่า ย่อตัวลงจนกระทั่งมาอยู่ในท่านั่งของ ๆ แล้วค่อย ๆ ลุกขึ้นด้วยกำลังขา โดยให้หลังตรงอยู่ตลอดเวลา

8.1.5 การแบกของ ไม้เอาของไว้ข้างๆ ลำตัว ควรเอาของแบกขึ้นหัวไหล่ และหลังต้องตรง การหิ้วของถ้าของหนักมาก ควรแบ่งเป็นสองส่วนเท่าๆ กันแล้วหิ้วทั้งสองมือจะเกิดความสมดุล

8.1.6 ท่านอน การนอนที่ถูกวิธีคือ การนอนตะแคง โดยหาหมอนข้างวางระหว่างขา ถ้าต้องการนอนหงาย ควรมีหมอนหนุนใต้เข่า เพื่อให้เข่างอเล็กน้อย แต่ให้หลีกเลี่ยงการนอนคว่ำซึ่งเป็นท่านอนที่ไม่ถูกต้อง เพราะจะทำให้กระดูกสันหลังส่วนเอวโค้งไปทางด้านหน้ามากขึ้น ทำให้หลังแอ่น และปวดหลังได้

8.2 การควบคุมน้ำหนัก ควบคุมน้ำหนักตนเองให้อยู่ในมาตรฐานไม่ควรให้อ้วนจนเกินไป การลดน้ำหนักตัวไม่ใช่การอดอาหาร แต่เป็นการกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน ไขมันอิ่มตัว เช่น กะทิ, มันสัตว์, ไข่แดง ซึ่งจะทำให้น้ำหนักเกิน เพิ่มภาระแก่โครงสร้างของกระดูกสันหลัง ทำให้โครงสร้างเสื่อมเร็วกว่าปกติ

8.3 การผ่อนคลายความเครียด ความปวดก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสภาวะที่ซับซ้อนของร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากสภาวะแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บีบบังคับให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปที่จะนำไปสู่ความเจ็บป่วย ความเครียดทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลัง โดยที่ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อมีอาการเกร็งได้ง่าย และอาการปวดหลังอย่างเรื้อรังส่งผลให้เกิดอาการเครียดเช่นกัน ดังนั้นในการดำเนินชีวิตจึงต้องมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

8.4 การออกกำลังกาย โดยต้องสร้างให้ทั้งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังแข็งแรงไว้เสมอ ข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันหรือแก้ไขอาการปวดหลัง (สุรศักดิ์ ศรีสุข, 2537) มีดังนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้หลังแข็งแรงและทนทานอยู่เสมอ หากเพิ่งหายจากอาการปวดหลัง ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดเพราะอาจมีบางท่าที่ทำให้เกิดอันตรายต่อหลังได้ การออกกำลังกายควรทำทุกวัน ประมาณวันละ 20-30 นาที หากเกิดอาการปวดหลังมากขณะทำ ควรหยุดทำและพักสัก 2-3 วัน แล้วเริ่มลองฝึกใหม่ก่อนที่จะออกกำลังกายจริงๆ ควรให้ร่างกายได้อุ่นเครื่องสัก 2-3 นาที โดยการเคลื่อนไหวแขนและขา การรักษาอาการปวดหลังที่ดีที่สุดคือหมั่นออกกำลังกายอย่างถูกวิธีเพื่อให้กล้ามเนื้อลำตัวแข็งแรง และการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่นอ่อนตัวดี ทำให้ทนทานต่อการใช้งานหนักและเบาในชีวิตประจำวันได้

การส่งเสริมสุขภาพ

1. ความหมายของสุขภาพ (health)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีผู้ให้คำนิยามไว้หลากหลาย การให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญา และทัศนคติของแต่ละสังคม วัฒนธรรม โดยที่เมื่อนักวิชาการได้ให้ความหมายของ "สุขภาพ" ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 cited in Craven & Hirmler, 2000) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มิใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 22) ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย โดยการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้างและความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) นิยามสุขภาพว่าเป็นสภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพแบ่งเป็น 3 มิติ คือ มิติสุขภาพด้านกาย คือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการปฏิบัติตามบทบาท มิติด้านจิตใจซึ่งเป็นปรากฏการณ์ความผิดปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกในทางบวก ความสามารถในการควบคุมตัวเองและความมีพลังในตนเอง มิติด้านสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และการมีกิจกรรมร่วมในสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน อนาคต ความต้านทาน โรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปความหมายของสุขภาพไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้ สุขภาพ หมายถึง การปราศจากโรคเนิ่นถึงโครงสร้างของร่างกาย การรักษาโดยการใช้ยา และการรักษาทางด้านพยาธิสรีรภาพ มีลักษณะของความต่อเนื่องระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วย เน้นความเป็นพลวัต กล่าวคือสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจากภาวะที่มีสุขภาพสูงสุด คือการที่ไม่เจ็บป่วย และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและมีอาการรุนแรง สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม เชื่อในความเป็นมนุษย์เพราะมนุษย์แต่ละคนเป็นองค์รวมอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

จากนิยามของนักวิชาการและองค์กรทางสุขภาพสามารถสรุปได้ว่า สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ซึ่งบุคคลจะมีสภาพเช่นนี้ได้เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเอง การมีความสุข ความพึงพอใจและสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อมได้

2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

2.1 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้บุคลิกภาพ ตลอดจนองค์ประกอบทางด้านสติปัญญาและด้านอารมณ์รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกของการกระทำต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำรงรักษาสุขภาพ การป้องกันและการพัฒนาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (Gochman, 1982)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคลและการแสดงออกที่เป็น การกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริม รักษา จัดการกับสุขภาพของตน (Taylor, 1991: 54) พฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคล เป็นสาเหตุของการเกิดโรค แต่ละพฤติกรรมมีความสลับซับซ้อน เป็นกลุ่มของพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมย่อยๆ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (Murray & Zentner, 1993 อ้างใน ไพจิตรรา ลือสกุลทอง, 2545)

โดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของบุคคล โดยอาศัยความรู้ สติปัญญา อารมณ์ ที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมและรักษา

2.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ นิยมแบ่งเป็น 2 ประเภท (Pender, 1996) คือ

2.2.1 พฤติกรรมในการป้องกันโรค (health protecting behavior) ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน หรือการค้นหาความผิดปกติในระยะที่ไม่แสดงอาการซึ่งเป็นการมุ่งเน้นที่การป้องกันภาวะความเจ็บป่วย และการได้รับอันตรายต่างๆ เช่น การฉีดวัคซีน

2.2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) เป็นการกระทำที่มุ่งบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุกทั้งบุคคลและชุมชน คือเป็นกิจกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลเพื่อควบคุมและส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆเพื่อลดความเครียด การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีโภชนาการที่เหมาะสม (Pender, 1996)

3. การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญไว้ดังนี้

3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการป้องกันโรค เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการป้องกันโรคนี้เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกที่สามารถหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงภายนอก เช่น มลพิษต่างๆและปัจจัยเสี่ยงภายในซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากจิตสำนึกของบุคคลเองรวมทั้ง ความเชื่อ ทศนคติต่อเรื่องใดๆที่บุคคลยึดถือเป็นแบบอย่าง

กรีนและกรูเตอร์ (1991) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษาและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (environment support) เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำหรือปฏิบัติ (action) และสภาพการณ์ (condition) ของการดำเนินชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งการกระทำหรือปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆและกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของเขา ในหนทางที่จะนำไปสู่สถานะทางสุขภาพที่เหมาะสม (optimal health) โดยเป็นสภาวะที่สมดุลระหว่างสุขภาพทางกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ (spiritual health) และทางปัญญา (intellectual health) มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตสามารถทำให้เกิดขึ้นได้โดยการผสมผสานระหว่างความพยายามในการเพิ่มความตระหนักด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากความพยายามทั้งสามดังกล่าวนี้ว่าการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีจะให้ผลกระทบดีที่สุดในอนาคตอันใกล้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน (O'Donnell, 1989)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 cited in Pender, 1996, p.4) ได้ให้คำนิยามการส่งเสริมสุขภาพในกฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ไว้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มความควบคุมสุขภาพ และทำให้สุขภาพดีขึ้น การจะบรรลุถึงสภาวะสุขสบาย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ปัจเจกชน หรือกลุ่มบุคคลจะต้องพอใจในสิ่งที่ตนปรารถนาและสามารถที่จะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่สุขภาพมีความหมายในทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิตซึ่งเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยลักษณะชีวภาพของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยา และสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยเน้นที่สังคมและความสามารถของบุคคลและสมรรถนะต่างๆของ

ร่างกาย หมายถึงทุกๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดำเนินชีวิต อาทิ เจตคติ อุปนิสัย พฤติกรรมของแต่ละบุคคลในชีวิตประจำวันอันเกิดจากสภาพวิถีการดำรงชีวิต

โดยสรุปการส่งเสริมสุขภาพจึงหมายถึง กระบวนการต่างๆที่ทำให้บุคคลสามารถที่จะควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิถีการดำรงชีวิตและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะทำให้บุคคล ครอบครัว และสังคมมีความปกติสุข

3.2 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรอตตาวาได้เสนอแนะกิจกรรมเพื่อการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion action) ไว้ 5 ประการด้วยกัน คือ

3.2.1 สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public policy) การส่งเสริมสุขภาพจำเป็นจะต้องเป็นนโยบายสาธารณะที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องยอมรับและมีการปฏิบัติอย่างเป็นจริง

3.2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment) ได้แก่ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

3.2.3 การเพิ่มความสามารถของชุมชน (strengthen community action) เป็นการสร้างพลังและอำนาจให้กับชุมชน ให้สามารถกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ โดยชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

3.2.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เกิดความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิต (life skills) ที่ถูกต้อง

3.2.5 การปรับระบบบริการสาธารณสุข (reorient health services) ให้นั้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการโดยเริ่มจากมิติใดมิติหนึ่งในมิติทั้ง 4 ของงานส่งเสริมสุขภาพ (4 dimensions of health promotion) คือ มิติของการพัฒนาสุขภาพ มิติของกลุ่มเป้าหมาย มิติของพื้นที่เป้าหมายและมิติของกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Who, 1986 cited in Pender, 1996)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

1. ความหมายและกิจกรรมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติการณ์มีคุณค่า ช่วยลดอัตราป่วยและมีความผาสุก อย่างไรก็ตามการให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหลากหลาย ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

พาลแลงค์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่เริ่มต้นในทุกคนในทุกกลุ่มอายุที่คงไว้หรือเพิ่มความผาสุกสูงสุด ความตระหนักในตนเอง และความสำเร็จของบุคคล เช่นพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ กิจกรรมเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เหมาะสมหรือโภชนาการที่ดี กิจกรรมลดความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่เพิ่มระดับสุขภาพและความผาสุกและความตระหนักถึงศักยภาพที่สูงสุดในแต่ละบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม

กอชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532: 44-45) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (over behavior) เช่น การรับประทานอาหาร พักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่ได้ (covert behavior) ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

อิททรรสนะกล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการกระทำเพื่อทางบวกของชีวิตซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)

แคปแลน (Kaplan, 1994) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นความพยายามในการที่จะสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนโดยการป้องกันโรค และสร้างเสริมวิถีชีวิตที่เหมาะสมแก่ประชาชน

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมปกติสุข (Wellness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ก็

ตามของแต่ละบุคคล ซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ทำให้สุขภาพของตนเองดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุระดับของสุขภาพสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมของพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่เสนอโดยศาสตราจารย์ นพ. ประเวศ วะสี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และป้องกันโรคได้ การกินอาหารที่ถูกต้อง คือ กินพอประมาณ ได้สัดส่วน ครบถ้วน กินผักผลไม้ มาก ๆ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป สำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย การสร้างทักษะในชีวิต เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม

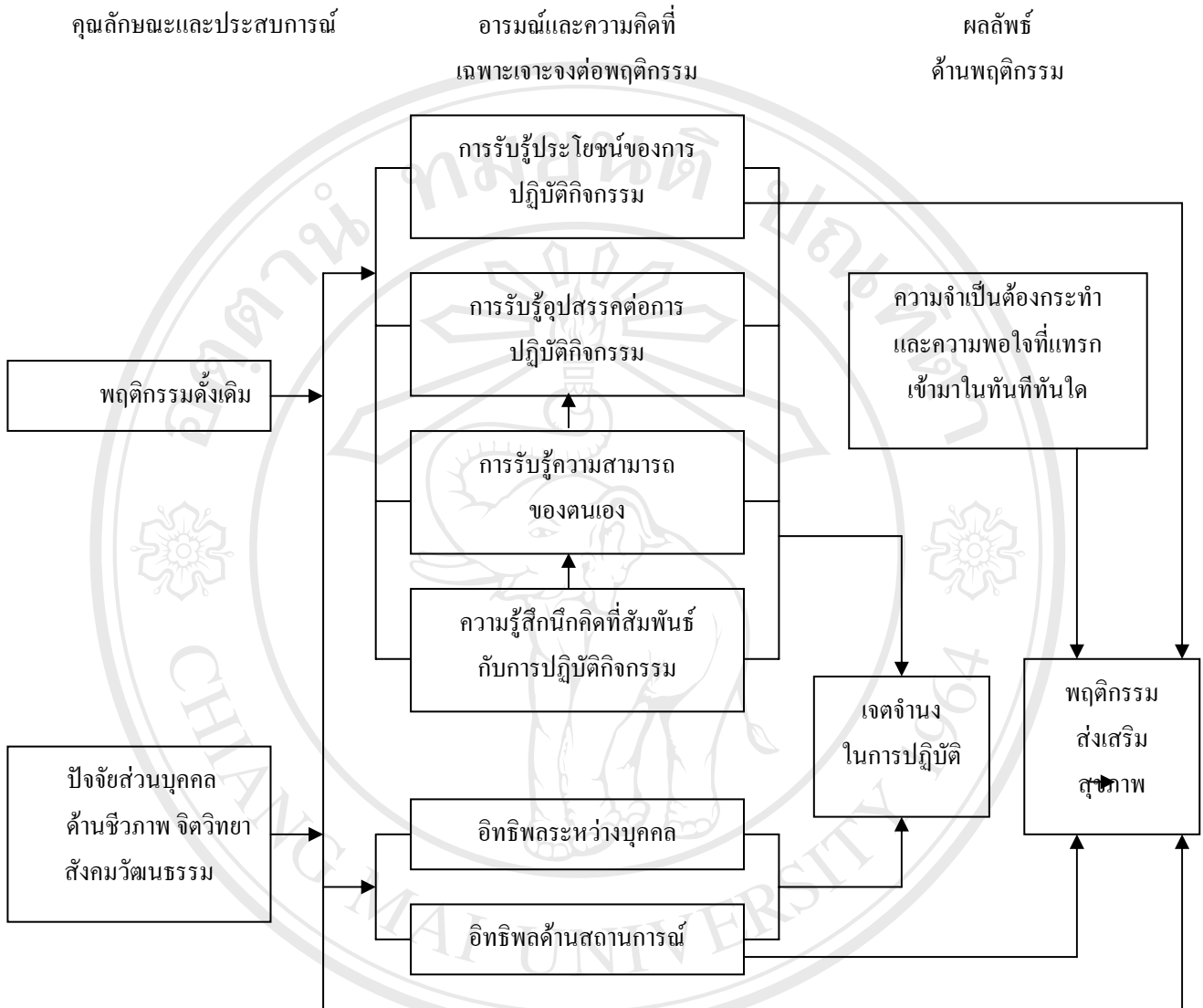
จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าความหมายส่วนใหญ่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเน้นการปฏิบัติที่นำไปสู่การยกระดับความผาสุกของบุคคล โดยบางความหมายระบุถึงกิจกรรมที่จะช่วยให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดี แต่เมื่อกล่าวถึงกิจกรรมพบว่าไม่ได้ระบุกิจกรรมให้เห็นชัดเจน ซึ่งตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ผู้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและเป็นที่รู้จักดี ได้ให้ความหมายคล้ายคลึงกับที่ผู้อื่นกล่าว แต่ได้ระบุกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เห็นชัดเจนขึ้น โดยเพนเดอร์กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล เพื่อการมีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) ด้านโภชนาการ (nutrition) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) และในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยซึ่งแนวคิดของเพนเดอร์ได้กล่าวไว้ครอบคลุมกับความต้องการที่จะศึกษา

ดังนั้น จึงสรุปความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ว่าเป็นพฤติกรรมใดๆก็ตามที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

2. แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender,1996)

ในปีค.ศ.1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาโมเดลการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ และการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยง แต่การยกระดับสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอโมเดลการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และหลังจากนั้นเพนเดอร์ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าบางมโนทัศน์ย่อย เมื่อนำมาทดสอบด้วยการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติแล้วไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้ปรับปรุงหรือให้นิยามมโนทัศน์ย่อยเหล่านั้นใหม่ และได้นำเสนอรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 1987 (Pender, 1987) ซึ่งเป็นพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) โดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 Pender (1996) ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่อีก โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้แตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1987 โดยปรับเปลี่ยนตำแหน่งและรูปแบบของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ปรับปรุงใหม่ ในปี 1996
(Revised Health Promotion Model ที่มา Pender, 1996)

2.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ในปี ค.ศ. 1996 ที่ปรับปรุงใหม่นี้
(Pender, 1996) ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือ

2.1.1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (individual characteristics and experiences) สำหรับองค์ประกอบของปัจจัยด้านนี้ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่

(1) ปัจจัยพฤติกรรมดั้งเดิม (prior related behavior) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันอาจเกิดจากการสร้างนิสัยซึ่งจะไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพโดยอัตโนมัติ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยที่เกิดขึ้น และจะยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติกิจกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมแบบดั้งเดิม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self – efficacy) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (benefits) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (barriers) และความรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (self – related effect)

(2) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ถูกสร้างขึ้น โดยการนำเอาพฤติกรรมเป้าหมายต่างๆ ไปมาพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

- ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลสารของร่างกาย (body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (pubertal status) ภาวะหมดระดู (menopausal status) ความสามารถในการออกกำลังกาย (aerobic capacity) ความแข็งแรง (strength) ความกระฉับกระเฉง (agility) หรือความสมดุลของร่างกาย (balance)

- ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของบุคคล (personal psychological factors) ประกอบด้วยความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเอง (self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (self – motivation) ความสามารถของบุคคล (personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) และการให้คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health)

- ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปร เชื้อชาติ (race) เผ่าพันธุ์ (ethnicity) วัฒนธรรม (accultural Factors) การศึกษา (education) และสถานะเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic Status) ถึงแม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีมากมาย มีอิทธิพลต่อความรู้- ความเข้าใจความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจะพบว่า ไม่ค่อยมีการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในการปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ

2.1.2 ปัจจัยด้านความรู้- ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior – specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการกระตุ้นให้

เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

(1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (perceived benefits of action) การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือจากผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการปฏิบัติจะแสดงออกทางจิตใจ โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของลักษณะ ประสบการณ์และความรู้สึกที่ผ่านมาของบุคคล หรือเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา ความเชื่อในประโยชน์หรือความเชื่อที่ว่าผลจากการกระทำที่เกิดขึ้นจะไปในทางบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่ไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเกิดได้ทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างเช่น ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงปฏิบัติด้วยความเต็มใจและต้องการที่จะกระทำ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อนใดๆ ได้แก่ ความกระตือรือร้นที่เพิ่มมากขึ้น และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า เป็นต้น (Pender, 1996) ส่วนประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะต้องการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ได้แก่ การได้รับคำชมเชยจากคนในครอบครัวและจากบุคลากรในทีมสุขภาพ นับว่าเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญ ซึ่งในช่วงแรกประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากภายนอกภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจมีความสำคัญต่อการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในอาจเป็นพลังในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์เป็นพฤติกรรมจูงใจทั้งโดยตรง และโดยอ้อมของบุคคล ในการตกลงใจหรือตั้งใจที่จะวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์ภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

(2) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม (perceived barriers to action) เป็นการรับรู้ต่อสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนไว้ก็ได้ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมประกอบด้วยปัจจัย 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านโครงสร้างซึ่งอยู่ภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลา การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหรือขาดสิ่งอำนวยความสะดวก และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การขาดแรงจูงใจหรือ

ขาดแรงกระตุ้น ขาดความพร้อมทางด้านร่างกายหรือภาวะสุขภาพไม่อำนวย (Sechrist, Walker, & Pender, 1987) ดังนั้นอุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคลปฏิบัติกิจกรรม หรือจูงใจให้คุณคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมมีมาก มีผลให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ในทางกลับกันหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมมาก ในขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย ก็ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรม ปัจจัยนี้พบว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่(Pender, 1996:67) จึงอธิบายได้ว่า มีอิทธิพลหรือผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีของบุคคล และมีอิทธิพลหรือผลกระทบทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทำให้บุคคลขาดการวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรม

(3) การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self – Efficacy) ตามความหมายของแบนดูรา (Bandura, 1986 cited by Pender, 1996: 69) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งไม่ใช่ทักษะใดทักษะหนึ่งของบุคคลนั้น แต่เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลนั้นด้วยทักษะทั้งหมดที่บุคคลนั้นมีอยู่ ซึ่งจะแตกต่างจากความคาดหวังในผลของการกระทำ (outcome expectation) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลว่าสามารถกระทำได้สำเร็จในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังในผลของการกระทำ เป็นการตัดสินใจพิจารณาที่ผลลัพธ์ (เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย) หรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลผลิต นับว่าการรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง อีกทั้งการเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตน พัฒนามาจากปัจจัย 4 ปัจจัย คือ หนึ่ง การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเอง หรือจากการสะท้อนกลับที่ได้รับจากบุคคลอื่น (ได้รับการประเมินจากผู้อื่น) สอง โดยการสังเกตจากประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง สาม การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้บุคคลสามารถนำเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ สี่ สภาพร่างกาย (เช่น ความวิตกกังวล, ความกลัว, ความเจ็บ) โดยปัจจัยทั้ง 4 นี้บุคคลจะนำมาตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเอง

(4) ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (activity – related affect) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดก่อนที่จะมีพฤติกรรม ระหว่างมีพฤติกรรม และความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังจากมีพฤติกรรมแล้ว อันเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกเหล่านี้อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เก็บไว้ในความทรงจำและนำมาสร้างเป็นพฤติกรรมในครั้งต่อไป การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การกระตุ้นทางอารมณ์ต่อสิ่งที่จะกระทำ (activity – related) การกระทำด้วยตนเอง (self – related) หรือสภาพสิ่งแวดล้อมในบริเวณที่กระทำกิจกรรมนั้น (context – related)

ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคล การเลือกปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นซ้ำให้ยาวนานขึ้น อารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมนั้นเป็นผลสะท้อนด้านอารมณ์โดยตรงจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก ในขณะที่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านลบส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะทำพฤติกรรมนั้น

(5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) หมายถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรืออาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยมีแหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม (norms) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์สิ่งของเครื่องใช้ และการช่วยเหลือประคับประคองทางด้านอารมณ์ การให้กำลังใจ และการเป็นแบบอย่าง ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังมีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันจากสังคม หรือแรงสนับสนุนจากสังคม ต่อความมุ่งมั่นที่จะวางแผนกระทำพฤติกรรม

(6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมได้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม ลักษณะของความตึงเครียด และความสวยงามของสภาพแวดล้อมที่จะทำให้พฤติกรรมนั้นๆเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและโดยอ้อมที่ผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติ

และกระทำอย่างมีความสามารถได้ดี ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ปลอดภัยและมั่นใจมากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม

2.1.3 พฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral outcome) การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม โดยผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม แต่การปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงใจหรือตั้งใจไว้แล้วนั้นอาจจะไม่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการที่บุคคลนั้นต้องเลือกหรือมีความจำเป็นบางอย่างที่เข้ามาซึ่งบุคคลไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ หรือการที่บุคคลต้องต่อสู้กับความรู้สึกชั้นชอบที่มีอยู่ภายในตนเอง ใน การที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ชั้นชอบ แทนการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงใจหรือวางแผนไว้ โดยที่บุคคลไม่สามารถที่จะต่อต้านได้เช่นกัน ดังนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกจึงเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

(1) เจตจำนงที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนด (commitment to a plan of action) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะผลักดันให้บุคคลเข้าสู่การปฏิบัติกิจกรรมและแสดงออกมา นอกจากนี้มีความจำเป็นอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือมีความพอใจในสิ่งที่มาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนี้ไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งใจไว้ นับว่าความตั้งใจเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการ แสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบ ใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ความ เข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ต่อไปในเวลาและสถานที่ที่กำหนด ไม่ว่าจะโดยลำพังหรือกับบุคคลอื่นก็ตาม โดยไม่คำนึงถึงว่าจะ มีสิ่งใด ๆ เข้ามาแทรก และการวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ต่อไป โดยต้องการวิธีที่จะเฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติที่จะใช้กับกิจกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งกระทำร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ ที่ประสบผลสำเร็จ

(2) มีปัจจัยด้านความจำเป็นต้องกระทำและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) ปัจจัยด้านความจำเป็นต้องกระทำและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามา ในความคิดอย่างทันทีทันใดและต้องกระทำก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความจำเป็นต้องกระทำเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่เกิดขึ้น ทั้งที่บุคคลไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าหรือควบคุมได้น้อย เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบ

ในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความจำเป็นนั้นจะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจที่แทรกเข้ามาถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง จึงสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่เข้ามาแทรก ตัวอย่างของการเกิดความพึงพอใจที่จะกระทำ เช่น การเลือกขับรถไปศูนย์การค้าเพราะพอใจที่จะได้จับจ่ายซื้อของ หรือพอใจอ่านหนังสือมากกว่าที่จะไปออกกำลังกาย เป็นต้น การที่บุคคลจะสามารถเอาชนะความพอใจที่แทรกเข้ามาได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะควบคุมตนเอง (self-regulating) และการตัดสินใจที่แน่วแน่ในการที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมตามแผนการที่ได้กำหนดไว้แล้ว ซึ่งอาจจะสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่สมบูรณ์ได้ อย่างไรก็ตามหากบุคคลไม่สามารถที่จะควบคุมความพึงพอใจ หรือความรู้สึกชอบที่เกิดขึ้นภายในตนเองแล้วนั้นจะส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้

3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (attaining positive outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง เป็นผลลัพธ์ที่แสดงออกถึงความสามารถดำรงหรือคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นการกระทำเพื่อเพิ่มคุณภาพการดำเนินชีวิตที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สามารถนำไปใช้ได้ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต ด้วยการผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ จึงเป็นผลให้เกิดประสบการณ์ทางด้านสุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต

2.2 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น Pender (1987) ได้ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (the life-style and health - habits assessment: LHHA) ไว้ 10 ด้าน คือ หนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (general competence in self-care) สอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ (nutritional practices) สาม การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (physical or recreational activity) สี่ รูปแบบการนอนหลับ (sleep patterns) ห้า การจัดการกับความเครียด (stress management) หก การบรรลุอุดมการณ์ของตน (self-actualization) เจ็ด การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (sense of purpose) แปด สัมพันธภาพกับคนอื่น (relationships with others) เก้า การควบคุมสภาวะแวดล้อม (environment control) สิบ การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (use of health care system)

ต่อมาในปี ค.ศ.1996 Pender ได้ปรับปรุงการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอีกครั้ง โดยนำรูปแบบการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker และคนอื่น ๆ (1987 cited by Pender, 1996) มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่ง Pender ได้ให้ชื่อว่า แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ II (Health Promoting Life – Style II: HPLP – II) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน (Pender, 1996) ได้แก่

- 2.2.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility)
- 2.2.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity)
- 2.2.3 โภชนาการ (Nutrition)
- 2.2.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)
- 2.2.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)
- 2.2.6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management)

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

อาการปวดหลังไม่ว่าจะเกิดแบบเฉียบพลันหรือเกิดขึ้นจนเป็นอาการแบบเรื้อรัง ล้วนแต่เป็นอาการที่ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายต่อชีวิตของผู้ป่วย เพื่อการควบคุมโรคที่ได้ผล ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างปฏิบัติให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับภาวะของโรคซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเป็นสุข จากการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างควรมีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง ดังนี้ คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และการจัดการกับความเครียด

3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการกระทำของบุคคลในอันที่จะส่งเสริมความผาสุกของตนเอง โดยบุคคลต้องมีการริเริ่มที่จะดูแลตนเอง กำหนดแผนในการกระทำหรือตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เอาใจใส่และตระหนัก

ถึงความสำคัญของสุขภาพตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยต้องมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดัดและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนการค้นหาความผิดปกติ ของร่างกายตนเอง (Walker, 1997)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นการตระหนักของผู้ป่วยพลหลังส่วนล่างที่มีต่อสุขภาพตนเอง มีความสนใจในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ รวมทั้งมีการพูดคุยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ญาติพี่น้องในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะอาการปวดหลังที่เป็นอยู่ มีการใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมและในผู้ป่วยพลหลังส่วนล่างควรมารับการรักษาจากแพทย์ตามนัด มีการตรวจสุขภาพประจำปี และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการปวดหลังมาจากการใช้หลังหรืออิริยาบถที่ไม่เหมาะสมการได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม และการทำความเข้าใจถึงโครงสร้าง สาเหตุและพยาธิสภาพของหลังตลอดจนการปรับอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดหรือป้องกันอาการปวดที่อาจเกิดขึ้นใหม่ จึงมีความสำคัญในการป้องกันอาการปวดเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ (Neal, 1997 อ้างใน ครุณี เสมอรัตนชาติ, 2543) การเอาใจใส่สุขภาพของตนเองในเรื่องการปฏิบัติท่าทางและอิริยาบถในกิจวัตรประจำวันที่ทำครบ 24 ชั่วโมงอย่างถูกต้อง เป็นการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เพราะการมีท่าทางที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดการใช้งานที่มากเกินไปของกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อและเอ็น เมื่อปฏิบัติจนเป็นนิสัยจึงก่อให้เกิดอาการปวดหลังในที่สุด (วนิดา สมจิตรานุกิจ, 2539 อ้างใน ครุณี เสมอรัตนชาติ, 2543) การปฏิบัติท่าทางที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดหรือป้องกันอาการปวดหลังได้

นอกจากนั้นควรสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นด้วยตนเอง ได้แก่ อาการปวดหลังร้าวไปที่ขา ซึ่งเกิดจากการระคายหรือกดทับเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงขา การสังเกตอาการผิดปกติอื่นร่วมกับอาการปวดหลัง เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด มีอาการเบื่ออาหาร หรือปวดหลังพร้อมกับชubsผอมอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นภาวะของโรคมะเร็งที่ลามมาจากอวัยวะอื่นแล้วทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ (วิเชียร เลหาสมบัติเจริญ, 2539) มีการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและมีผลต่ออาการปวดหลัง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านหรือในที่ทำงานให้ถูกสุขลักษณะกับภาวะปวดหลังส่วนล่าง เช่น การปรับโต๊ะและเก้าอี้ทำงานให้มีความสูงเหมาะสมกัน เป็นต้น

พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นอย่างถูกต้องเหมาะสม และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการเสาะแสวงหาจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และการไปตรวจสุขภาพจะช่วยให้บุคคลรู้จักสภาวะสุขภาพของตน สามารถจะเตรียมการดูแลส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องทิศทางมากขึ้นอีกด้วย

3.2 กิจกรรมด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายกล้ามเนื้อ โดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญหรือใช้พลังงานและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย รวมถึงการออกกำลังกาย การบริหารร่างกายและการใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่มีการปวดหลัง การบริหารร่างกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดตัวของข้อต่อลดลงและทำให้ข้อต่อต่างๆของกระดูกสันหลังเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น กระดูกแข็งแรงและปริมาณเนื้อกระดูกเพิ่มขึ้น ป้องกันโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นการลดอาการปวดหลัง การออกกำลังกายและการบริหารร่างกายทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังเกิดความสมดุลและแข็งแรง ช่วยพยุงและประคองกระดูกสันหลังให้มั่นคงยิ่งขึ้น และการออกกำลังกายยังมีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมและน้ำหนักของร่างกาย ทำให้ลดไขมัน ลดความอ้วนได้ ช่วยให้นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น และมีผลต่อจิตใจทำให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า ลดความวิตกกังวลและความเครียด

การออกกำลังกายเป็นการกระทำเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย แบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยรวมพฤติกรรมพักผ่อนและสันทนาการต่าง ๆ เอาไว้ด้วย (Pender, 1996) โดยธรรมชาติของมนุษย์ สมรรถภาพร่างกายจะลดลงตามอายุ ในช่วงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความยืดหยุ่นของเอ็นและข้อต่อจะเสื่อมลง ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้เสนอการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ ที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องโรคประจำตัวต้องกระทำอย่างเต็มที่ ใช้พลังงานอย่างน้อย 400 แคลอรี และควรมีการออกกำลังกายอย่างเต็มที่สัปดาห์ละ 3-5 วัน นานครั้งละ 20-30 นาที โดยมีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกันระหว่างการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ เช่น ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ วิ่ง ขณะทำกิจกรรมต้องหายใจให้ถูกวิธีเพราะร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ต้องมีการเตรียมร่างกายก่อนออกกำลังกายและก่อนสิ้นสุดการออกกำลังกายมีการผ่อนคลายเสมอ รวมทั้งทำให้เกิดความสนุก สนานด้วย (Walker, et al., 1995) นอกจากการออกกำลังกายอย่างเต็มรูปแบบแล้ว เพนเดอร์

(Pender, 1996) ยังเสนอให้มีการออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินแทนการใช้ลิฟท์ เดินแทนการใช้รถ เดินแทนการใช้โทรศัพท์ บริหารแขนขาแทนการนั่งอยู่เฉย ๆ และการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ขณะอยู่บ้าน เช่น ทำงานบ้าน ปลูก/รดน้ำต้นไม้ (Walker, et al., 1995)

ทำบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง มีประโยชน์ในการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง หลัง สะโพก และต้นขา ในแต่ละท่าควรบริหารวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และในแต่ละท่าการบริหารควรทำประมาณ 10 ครั้ง

ท่าเตรียมบริหาร นอนหงาย ศีรษะหนุนหมอน ขาเหยียดตรง มือวางข้างลำตัว

ท่าที่ 1 ยึดกล้ามเนื้อด้านหลังของขา เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าข้างหนึ่งขึ้นและวางเท้าราบกับพื้น ส่วนขาอีกข้างหนึ่งเหยียดตรง วางราบกับพื้น ยกขาที่เหยียดตรงนี้ขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่ยกได้ โดยแผ่นหลังแนบกับพื้นตลอดเวลาไม่เคลื่อนไหว แล้วจึงค่อย ๆ วางขานี้ลงราบกับพื้นเหมือนเดิม พักสักครู่ ทำประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงสลับบริหารขาอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

ท่าที่ 2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและตะโพกลดความแอ่นของหลัง เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าทั้งสองข้างขึ้น วางเท้าราบกับพื้น หายใจเข้าออกช้า ๆ พร้อมกับแขม่วหน้าท้อง กดหลังให้ติดแนบกับพื้น และเกร็งกล้ามเนื้อก้น (ขณะเกร็งกล้ามเนื้อก้น ก้นจะยกลอยขึ้น) ทำค้างไว้เวลานับ 1-5 หรือ 5 วินาที และจึงคลายพักสักครู่ และทำใหม่ในลักษณะเดียวกัน 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ยึดกล้ามเนื้อหลัง เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าทั้งสองข้างเอามือสอดเข้าเข้ามาให้ชิดอก และยกศีรษะเข้ามาให้คางชิดเข่า ทำค้างไว้เวลานับ 1-10 แล้วจึงคลายพักสักครู่ และเริ่มบริหารใหม่ในลักษณะเดียวกัน ทำประมาณ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 ยึดกล้ามเนื้อสะโพก เริ่มในท่าเตรียมบริหาร เอามือสอดเข้าข้างหนึ่งเข้ามาให้ชิดอก พร้อมกับขาอีกข้างเหยียดตรงเกร็งแนบกับพื้น ทำค้างไว้เวลานับ 1-10 แล้วจึงคลาย พักสักครู่ทำประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงสลับบริหารขาอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

ท่าที่ 5 ยึดกล้ามเนื้อสี่ข้าง เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าข้างหนึ่งขึ้นหันเข้าด้านในของลำตัว พร้อมกับใช้สันเท้าของอีกขาหนึ่งสอดเข้าที่ตั้งให้ติดพื้น โดยที่ไหล่ทั้งสองข้างติดพื้น ทำค้างไว้เวลานับ 1-10 แล้วจึงคลาย พักสักครู่ และเริ่มบริหารใหม่ ทำประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงสลับบริหารขาอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

3.3 โภชนาการ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างปฏิบัติเกี่ยวกับ ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่) (วิช ประสาทฤทธา, 2543)

อาหารที่ควรรับประทานหรือควรหลีกเลี่ยงในผู้ที่มีอาการปวดหลังมีดังนี้ อาหารมีส่วนสำคัญในการแก้การปวดกล้ามเนื้อ มีผลต่อการอักเสบของกระดูก เนื่องจากความเชื่อตามแนวทางธรรมชาติบำบัด อาหารที่เป็นกรดหรือด่างมีผลต่อสภาวะที่เป็นกรดเป็นด่างของร่างกาย และความเป็นกรดเป็นด่างของร่างกายก็มีผลกระทบต่ออาการของข้ออักเสบและกล้ามเนื้ออักเสบโดยตรง ความเป็นกรดจะทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อหรือข้ออักเสบเป็นมากขึ้น ในขณะที่อาหารเป็นด่างจะทำให้อาการอักเสบและอาการปวดลดน้อยลง อาหารที่จะทำให้เกิดกรดในร่างกายได้แก่ โปรตีนซึ่งถ้ารับประทานเข้าไปมากเกินไป เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่ นม ถั่ว จะทำให้ร่างกายเป็นกรด ดังนั้นควรลดอาหารประเภทนี้ในระยะเวลาที่มีอาการปวดมาก โดยอาจหันมารับประทานมังสวิรัตผัก จะทำให้อาการปวดหลังหายเร็วขึ้น อาหารจำพวกด่าง คือ ผักสดและผลไม้สด โดยต้องรับประทานในปริมาณที่มากพอ คือควรจะมีผักสดหรือผลไม้ในทุกมื้ออาหาร ขึ้น และนอกจากจะทำให้ร่างกายเป็นด่างแล้วยังให้วิตามินและเกลือแร่สูงสุดซึ่งจำเป็นต่อการลดการอักเสบของกล้ามเนื้อที่เป็นเรื่องของปฏิกิริยาอนุมูลอิสระอีกด้วย นอกจากนั้นควรลดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ อาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมาก เช่น ขนมหวาน กะทิ ของทอดต่างๆ เพราะพลังงานที่ได้รับมากเกินไป จะสะสมในรูปของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย และไขมันส่วนใหญ่มักจะสะสมอยู่ที่บริเวณหน้าท้อง ทำให้เกิดปัญหาต่อหลังจากการเสียความสมดุลต่อร่างกาย และเกิดอาการปวดหลังมาก หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มชาหรือกาแฟ (ลลิตา ชีระศิริ, 2542)

3.4 การจัดการกับความเครียด ความเครียดเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งเร้าโดยคนมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าว่ามีมากกว่าศักยภาพที่ตนเองจะจัดการได้ ความเครียดมีที่มาจากหลายๆทาง (สมบัติ ตาปัญญา, 2526) จากสภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น มลภาวะ ในรูปต่างๆของสภาพแวดล้อมปัจจุบัน สภาพเศรษฐกิจที่ไม่น่าพอใจ สภาพแวดล้อมทางสังคม จากนิสัยในการกิน ดื่ม ที่ส่งเสริมความเครียด เช่น การดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า สิ่งเหล่านี้มีโทษต่อร่างกายอย่างมากและเป็นเหตุให้เกิดความเครียดได้ มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ที่ไม่ราบรื่น

การจัดการกับความเครียดเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่อนคลายความตึงเครียด หรือสามารถควบคุมความเครียดได้ การนอนหลับ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ความเครียดทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลัง ซึ่งความเครียดอาจไม่ได้เป็นสาเหตุของอาการ

ปวดหลังโดยตรงแต่มักเป็นสาเหตุส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวได้ง่าย เลื่อนไปเลี้ยงบริเวณนั้น ลดลงเกิดการเผาผลาญของเสียเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อ โดยรอบ เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังถูกจำกัดความเคลื่อนไหว (จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์, 2541) บุคคลจำเป็นต้องหาวิธีการควบคุมหรือจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี และหลีกเลี่ยงผลเสียต่อร่างกายจากภาวะเครียดช่วยทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสงบสุข เพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดดังนี้คือ ลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางออกเมื่อต้องเผชิญปัญหา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มากเกินไป การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและทำตารางเวลาหรือจัดเวลาให้เหมาะสม เพิ่มความต้านทานต่อความเครียดโดยการออกกำลังกาย เพิ่มความภูมิใจในตนเอง เพิ่มสมรรถนะของตนเอง ส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (assertiveness) เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ โดยฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ที่จะควบคุมการตอบสนองทางสรีระให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลายแทนความตึงเครียด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ หรือการฝึกหายใจ ร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมาก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านของการจัดการกับความเครียด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการเตรียมตัวที่ดี เพื่อการเผชิญกับความเครียดจากงานและเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้ที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีก็จะมีความสุข และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ อันจะนำไปสู่การมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ซึ่งจะช่วยในการปรับปรุง และส่งเสริมบทบาทความสามารถในการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรินทร์ กลัมพากรและคณะ (2545) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง ในผู้รับงานไปทำที่บ้าน กลุ่มอาชีพตัดเย็บเสื้อผ้า โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.8) โดยพบว่า อายุ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ดัชนีมวลกาย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ สภาพการ

ทำงาน และชั่วโมงการทำงานในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พนารัตน์และคณะ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิพจน์ด้านสัมพันธภาพ อธิพจน์ด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิพจน์ด้านสัมพันธภาพ อธิพจน์ด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์จำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 38.17

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกาย หรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง

ปิยพร ไชยกุล (2538) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 120 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังโดยรวมสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังดี จะมีระดับความเจ็บปวดต่ำ ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังไม่ดี จะมีระดับความเจ็บปวดสูง พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวด ได้แก่ พฤติกรรมในการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงาน การนั่งและการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม

กรอบแนวคิด

อาการปวดหลังส่วนล่างมีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง คือ พฤติกรรม ซึ่งการที่จะป้องกันหรือลดการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ก็จะต้องมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น จากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จะเห็นว่าปัจจัยด้านความรู้- ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง ดังนี้ คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลรับรู้ได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้เป็นพฤติกรรมที่เมื่อได้ปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากแนวคิดทฤษฎี เอกสารที่ได้ศึกษาจึงสรุปออกมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้ – ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลัง

- ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
- กิจกรรมด้านร่างกาย
- โภชนาการ
- การจัดการกับความเครียด

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษาตัดแปลง จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)