

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อ หลังของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับบริการนวดแผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
2. ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)
3. ความรู้เรื่องโรคปวดหลังและการบริหารกล้ามเนื้อหลัง
4. การจัดบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำไปสู่บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

1.2 ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อนำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยที่เอื้ออำนวย หรือชักนำไปสู่บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี องค์ประกอบดังนี้ (Rosenstock, 1974; Becker, 1974)

1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจได้ว่าเกิด ความพร้อม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

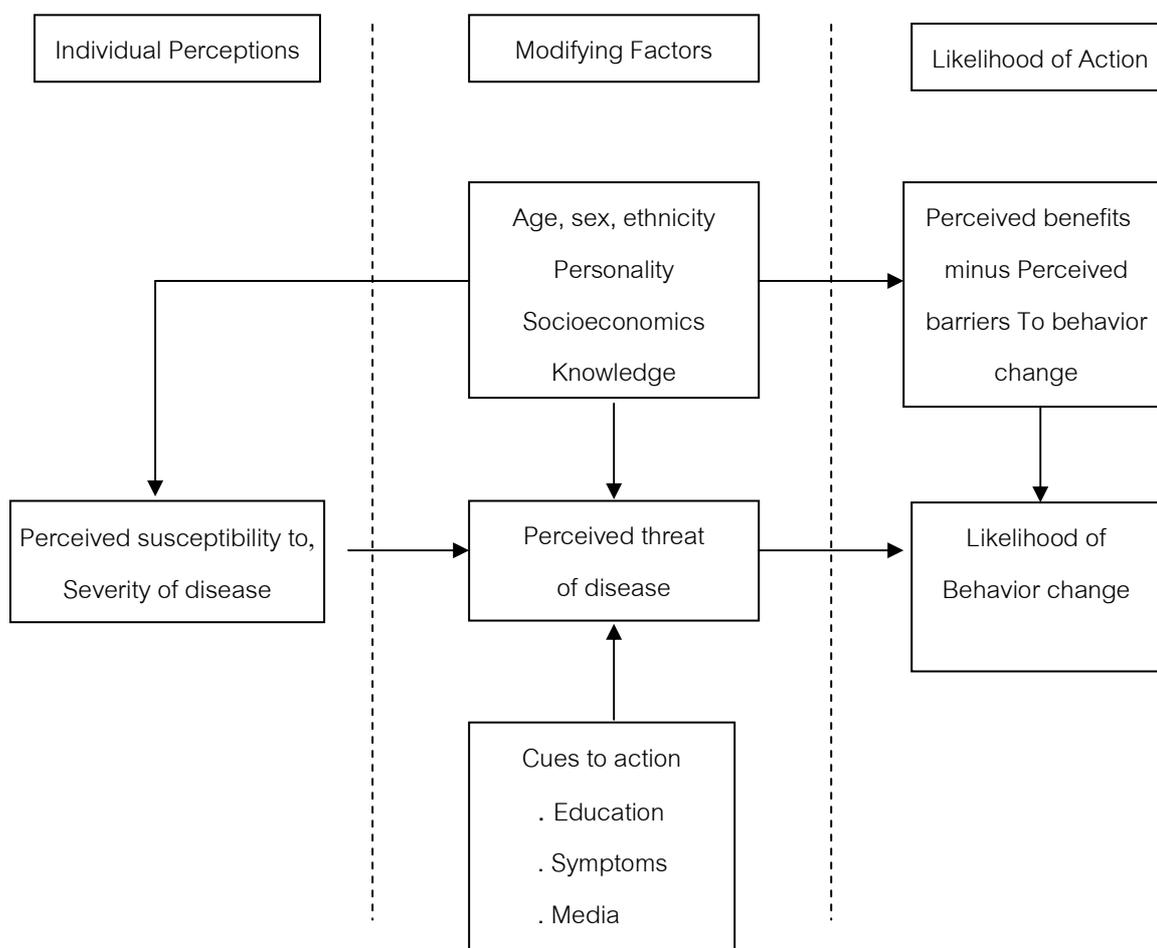
2) การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับมีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น

3) ปัจจัยที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อมวลชนต่าง ๆ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

1.3 องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ดังภาพที่ 1 ดังนี้

ภาพที่ 1
องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



ที่มา: Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M. (2002). *Health Behavior and Education: Theory, Research, & Practice* (3rd ed.) San Francisco: Jossey-Bass. (p. 52)

1.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อ หรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สัมผัสโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะที่เจ็บป่วย และมีการรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับการศึกษา สังคม ศาสนา เป็นต้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสิ่งที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตน เพื่อรักษาภาวะ

สุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านอื่น มีงานวิจัยจำนวนมากได้พิสูจน์ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างความรู้สึกของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรค การพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 2 วิธี ด้วยกัน คือ วิธีการสอน (Teaching techniques) และวิธีปรับพฤติกรรม (Behavior modification techniques) (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล, 2550)

1.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity or seriousness)

หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่าในด้านความรุนแรงของโรคที่มี ต่อร่างกายนั้นก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต มีความยากลำบาก ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เพียงใด ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนและจำมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัว สังคม เป็นต้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักดีว่า ตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมได้ บุคคลต้องมีการรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรคว่าเป็นอย่างไรต่อตนเองแล้ว เขาจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอย่างไร ได้มี ผู้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคและการรักษาของผู้ป่วย เช่น การพาบุตรไปฉีดวัคซีน การมาพบแพทย์ตามนัด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ต่อ ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อย เพียงใด ภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงไป

อาจกล่าวได้ว่า หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อ ความรุนแรงของโรคหรือมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้

1.3.3 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits)

หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิด โรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำ ให้หายจากโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึง ข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียจาก การศึกษาของ Becker (1974) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และมารดาที่มีบุตรเป็นโรค หอบหืดจะรับรู้โรคนี้นี้ไม่สามารถหายได้เอง ถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้จากการรับประทานยา และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

1.3.4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)

หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาของ Becker (1974) พบว่า บุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอจะไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดวัคซีนนั้นยังไม่มีความปลอดภัย และบุคคลนั้นมีความกลัว ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา 2 ตัวแปร ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ ซึ่งบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์ หรือผลของการปฏิบัตินั้น มีหลายรายงานการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ วรรณิภา อิศวชัยสุวิกรม (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้

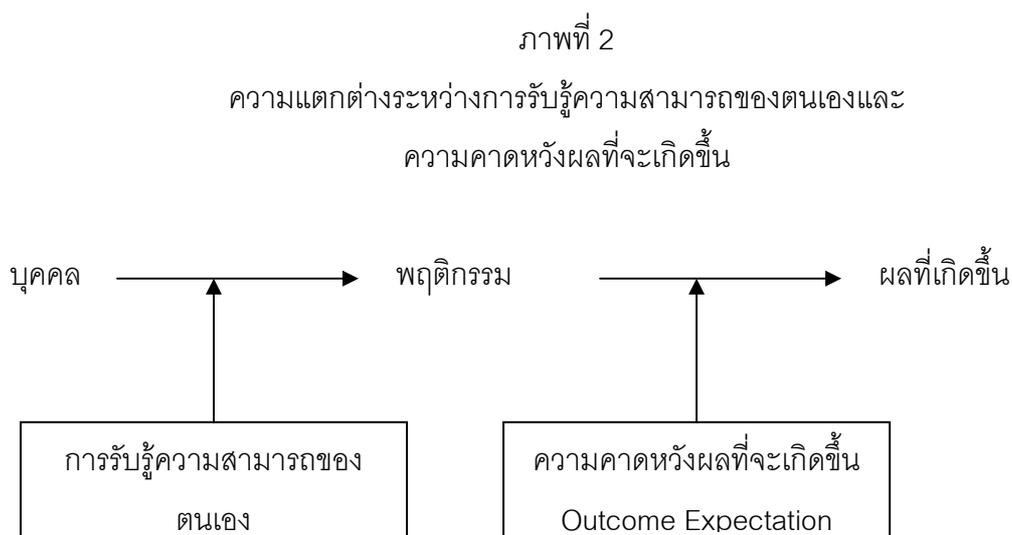
การรับรู้อุปสรรค อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติพฤติกรรม เมื่ออุปสรรคมีมากการกระทำพฤติกรรมก็จะไม่เกิด มีหลายรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายจะมีการเข้าร่วมการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ที่ไม่รับรู้อุปสรรค และการรับรู้อุปสรรคยังสามารถทำนายการเข้าร่วมการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้ (ฉวีวรรณ จิตต์สาคร, 2543)

2. ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ในระยะแรก Bandura ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความใหม่ว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง

นั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพที่แตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกันหากรับรู้ความหมายของตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถของตนเองในภาวการณ์นั้น ๆ ก็จะได้แสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จ (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2539, อ้างถึงใน ภริมย์ ทับทิมเทศ, 2546)

ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) Bandura ได้เสนอเป็นภาพเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) Bandura ให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมโดยพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ในผลที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากันดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความพอเหมาะเพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นได้อีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง จะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ภาพที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ
ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง		สูง	ต่ำ
	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน	

ที่มา: Bandura, 1977 (ภิรมย์ ทับทิมเทศ, 2546)

จากภาพที่ 4 Bandura กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยที่บุคคลกล้าเผชิญปัญหาต่าง ๆ แม้กระทั่งความล้มเหลวหรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จโดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเอง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหา หรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก มีความคาดหวังเกี่ยวกับ

ผลที่จะเกิดขึ้นต่ำ/ปานกลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง จากรายงานการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถของตนเองมากจะเข้าร่วมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถของตนเองน้อย (ยุวเรศ ไสสีสูบล, 2543)

3. ความรู้เรื่องโรคปวดหลังและการบริหารกล้ามเนื้อหลัง

3.1 กลไกการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง

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

การเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างแต่ที่สำคัญคือ ท่าทางของร่างกายซึ่งส่งผลอย่างมากต่ออาการปวดหลัง ท่าทางคือ การจัดการของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องทุกส่วน อาจเป็นสภาวะที่ร่างกายอยู่นิ่ง หรือเป็นสภาวะที่ร่างกายกำลังเคลื่อนไหว (วนิดา สมจิตรานุกิจ, 2539, อ้างถึงใน พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541) ท่าทางที่ดีจะทำให้เกิดสมดุลโดยปราศจากแรงกดที่มากเกินไปต่อข้อ กล้ามเนื้อ เอ็น ร่างกายจะอยู่ในภาวะสมดุลก็ต่อเมื่อมีขนาดฐานรองรับ (ระยะห่างระหว่างเท้าทั้ง 2 ข้าง) ที่กว้าง จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายซึ่งเป็นจุดสมมุติที่น้ำหนักของร่างกายสะสมอยู่ในท่ายืนตรงจะอยู่บริเวณกลางเชิงกรานอยู่ใกล้ฐานรองรับเส้นผ่านจุดศูนย์ถ่วง (เส้นตรงที่ลากผ่านจุดศูนย์ถ่วงในแนวตั้ง) อยู่ในฐานรองรับ (Taylor et al., 1993, อ้างถึงใน พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541) ท่าทางที่ไม่เหมาะสม หลังจะค่อมทำให้เอวแอ่นมากขึ้น การที่เอวแอ่นมากขึ้นทำให้ช่องทางออกของเส้นประสาทแคบลง เส้นประสาทถูกเบียดมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ปวดหลัง เอวแอ่นอยู่เป็นเวลานาน ๆ ทำให้หมอนรองกระดูกรับน้ำหนักไม่สมดุลกัน จึงเกิดการเสื่อของหมอนรองกระดูกและกระดูกสันหลังตามมา

กระดูกสันหลังส่วนล่างช่วงบั้นเอวเป็นช่วงที่รับน้ำหนักตัวมากที่สุด เนื่องจากอยู่ช่วงล่างและเคลื่อนไหวได้มากกว่าช่วงอื่น การเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นระหว่างกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอว บดบังสุดท้ายกับกระดูกกระเบนเหน็บ (L5-S1) ถึงร้อยละ 75 กระดูกสันหลังช่วงบั้นเอว ที่ L4-5 ร้อยละ 20 เหลืออีกร้อยละ 5 เกิดขึ้นที่ปล้องบน ๆ ทั้งหมดของกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอว ในอิริยาบถต่าง ๆ กันจะมีแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังไม่เท่ากัน จะเห็นว่าน้ำหนักตัวที่ตกลงมาตามแนวตั้ง ถ้ายิ่งตกลงห่างจากกระดูกสันหลังช่วงบั้นเอวออกไปมาก จะทำให้จุดศูนย์กลางของน้ำหนักตัวอยู่ห่างออกจากกระดูกสันหลังทำให้แกนของแรงที่กระทำที่กระดูกสันหลังยาวขึ้นจะมีผลทำให้เกิดแรงบิดที่ตรงข้อต่อช่วงนั้นเพิ่มขึ้น ดังนั้นอิริยาบถใด ๆ ก็ตามที่ทำให้แนวตั้งของน้ำหนักตัวห่างจากกระดูกสันหลังออกไปก็จะทำให้กระดูกสันหลังช่วงนั้นรับน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ธวัชประสาทรุทธา, 2543) นอกจากท่าทางของร่างกายแล้วการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างยังเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น โพรงกระดูกสันหลังแคบ (spinal stenosis) เป็นภาวะที่มีการแคบลงของ spinal canal แสดงออกในทางคลินิกเป็นอาการปวดหลังและขาชาทั้งสองข้างเวลาเดิน โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (spondylolisthesis) เป็นภาวะที่กระดูกสันหลังเลื่อนไปข้างหน้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทำให้กระดูกเลื่อนไปจากตำแหน่งเดิม หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (herniated disc) เป็นภาวะที่หมอนรองกระดูกสันหลังมีการเสื่อมหรือชำรุดจากการใช้งานในชีวิตประจำวัน เกิดจากการที่ยกของหนักหรือล้มก้มกระดูกแตกหัก และเนื้องอก (Tumor) เกิดจากเนื้องอกบริเวณกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว หรือแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่นไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลังบริเวณนั้น ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ (ดำรง กิจกุลศล, 2528)

อาการปวดจะเกิดขึ้นทันทีที่มีการบาดเจ็บบริเวณบั้นเอว หรือสะโพกหลังจากนั้น 24-48 ชั่วโมง จะปวดมากที่สุด และค่อย ๆ หายไปในระยะเวลาประมาณ 10-14 วัน อาการปวดส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบรอบ ๆ บริเวณบาดเจ็บ จะมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเสื่อมโทรมที่ละเอียด ทำให้เกิดอาการปวดหลังที่ละเอียดจนกลายเป็นอาการที่เรื้อรังได้ การเกิดอาการปวดหลังของบุคคลต้องมีการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้าจนถึงระดับสูงสุดที่สามารถทนได้ สิ่งเร้าที่กระตุ้นนั้นมักเป็นพลังงานกลหรือสารเคมี หรือทั้งสองอย่าง แต่ไม่จำเป็นเสมอไปที่มีสิ่งเร้าที่รุนแรงแล้วทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงตามสัดส่วน เนื่องจากการรับรู้หรือแสดงออกซึ่งอาการปวดต่อบาดแผล หรือพยาธิสภาพที่ใกล้เคียงกันของบุคคลต่างกัน หรือบุคคลเดียวกันในสถานการณ์ต่างกันย่อมมีความแตกต่างกันอย่างมาก

3.2 ชนิดของอาการปวดหลังส่วนล่าง

อาการปวดหลังส่วนล่างแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามระยะเวลาที่มีอาการปวด อาการปวดหลังเฉียบพลัน และเรื้อรัง (พรภิรมย์ พรหมเทศ, 2541)

3.2.1 อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน (acute low back pain) มีอาการปวดหลังน้อยกว่า 7 สัปดาห์ มักเกิดร่วมกับกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความตึงเครียดของเนื้อเยื่อบริเวณหลังส่วนล่างเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บตรงและการทำงานที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความตึงเครียดของเนื้อเยื่ออ่อน เช่น กล้ามเนื้อฟาวเซีย (fascia) และเอ็นยึดข้อกระดูก มักทราบสาเหตุที่ทำให้ปวด ระดับความรุนแรงของความปวดอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงมากและมีลักษณะอาการและอาการแสดงชัดเจน ความปวดจะบรรเทาหลังการรักษา และมักจะรักษาให้หายขาดได้

3.2.2 อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (chronic low pain) เป็นอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นมากกว่า 7-12 สัปดาห์ หรือมากกว่า 3 เดือน หรือมีการกลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความอ้วน ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำงานที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของกล้ามเนื้อจะเกิดอาการปวดบริเวณสะโพก หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ (degenerative disc disease) การตีบแคบบริเวณโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal stenosis) โครงสร้างของกระดูกผิดปกติ และการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ ความตึงเครียดของร่างกาย ความเครียดทางด้านจิตใจ ก็ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างเรื้อรังได้ ลักษณะอาการไม่ชัดเจน เช่น ไม่ทราบเวลาที่ปวดแน่นอน ไม่มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ แต่มีปัจจัยทางจิต สังคมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยการรักษาทั่วไปลดปวดได้ชั่วคราว แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเกิดอาการปวดบางครั้งเกิดขึ้นทันทีทันใดได้ และพัฒนาเป็นความปวดที่ทุกข์ทรมานในระยะยาว ความปวดเรื้อรังมักมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่งในการรักษา

3.3 อาการและอาการแสดง

อาการที่เด่นชัดก็คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดตรงกลางหลังส่วนล่างหรือใกล้เคียง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือค่อยเป็นที่ละน้อย อาการปวดอาจจะเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดอยู่ตลอดเวลา หรือปวดเฉพาะในท่าบางท่า โดยเฉพาะท่านั่ง ยืน เดิน การไต่ จาม หรือบิดตัว เอี้ยวตัวอาจทำให้

รู้สึกประสาทถูกกดทับหรือกลุ่มกล้ามเนื้อสะโพกอักเสบ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะแข็งแรงและไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย

3.4 การรักษาอาการปวดหลัง

มีจุดประสงค์คือ ลดอาการปวดและเกร็งของกล้ามเนื้อ จัดท่าให้ถูกต้องรวมทั้งการรักษาภาวะอื่นที่พบร่วมกับอาการปวดหลัง คงหน้าที่ไว้ให้ปกติ เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม (นลินทิพย์ ตำนานทอง, 2539) ซึ่งมีวิธีการรักษาหลายลักษณะ

3.4.1 วิธีการดูแลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างตามลักษณะอาการ (Lewis, & Collier, 1992, อ้างถึงใน ดรุณี เสมอรัตนชาติ, 2543) คือ

3.4.1.1 อาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยให้พัก 2 วันในท่าที่สบาย ให้รับประทานยาบรรเทาอาการปวด ยาคลายกล้ามเนื้อหรือใช้ผ้าพยุงหลัง (corset) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (early education) ในระยะเริ่มต้นของอาการปวดหลังและการติดตามผลในช่วง 4-6 สัปดาห์จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดเรื้อรัง การกระตุ้นให้ออกกำลังกายทันทีหลังจากหายปวดหลัง โดยให้เริ่มออกกำลังกายโดยการยืดและการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องจะช่วยให้อาการดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ เมื่ออาการดีขึ้นให้เริ่มออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การว่ายน้ำ การเดิน การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการก้มหรือบิดตัว ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่มักมีอาการเข้าสู่ระยะปกติได้ ในกรณีที่อาการปวดไม่ดีขึ้นภายใน 2 วัน สัปดาห์มักจะมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้อาการปวดนั้นคงอยู่ได้แก่ ภาวะเครียด สภาพเศรษฐกิจ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับอาการปวดที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลข่าวสารความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับผู้ป่วย

3.4.1.2 อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เป้าหมายในการรักษา คือ การให้ออกกำลังกาย การใช้ผ้ารัดบริเวณเอวเพื่อลดการเคลื่อนไหว การแนะนำให้ลดน้ำหนักเพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณนั้นเอว การใช้ลักษณะท่าทางที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นผลให้อาการปวดหลังกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในการใช้ท่าทางและอิริยาบถในปัจจุบันประจำวันที่ถูกต้อง การรู้จักปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านหรือในที่ทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การสนับสนุนในด้านการดูแลตนเองในการขจัดภาวะเครียดทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยจะช่วยบรรเทาอาการปวดหลังได้

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

3.4.2.1 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, 2003)

3.4.2.2 การรักษาโดยยา (Medication) ช่วยควบคุมอาการโดยใช้หลักการว่า เมื่อมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อก็จะก่อให้เกิดอาการปวด และเมื่อเกิดอาการปวดเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การรักษาทางยามักใช้ ยา 3 ประเภท คือ ยาแก้ปวด (Analgesics) ที่ใช้บ่อยคือ พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Antiinflammatory Drugs : NSAIDs) ใช้เพื่อระงับปวดและระงับการอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxant) ใช้เมื่อมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อมาจากอาการปวดหรืออักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณนั้น และยาต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) ช่วยลดอาการนอนไม่หลับและลดความวิตกกังวล

3.4.2.3 การวิธีทางกายภาพบำบัด (physical therapy) เพื่อลดความเจ็บปวด ลดการอักเสบ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว แก้ไขท่าทางที่ผิดปกติ และเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการเจ็บป่วย การใช้วิธีทางกายภาพมีดังนี้ การรักษาด้วยความเย็นเพื่อลดการอักเสบ ลดอาการปวดและอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ, การรักษาด้วยความร้อน, การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผิวหนัง (TENS: Transcutaneous electrical nerve stimulation) การนวด (Massage) ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการบวมจะใช้เมื่อปวดหลังจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ถ้าเกิดจากการบาดเจ็บจะไม่ใช้การนวด เนื่องจากจะทำให้กล้ามเนื้อที่บวมซ้ำอยู่ยิ่งบวมซ้ำมากขึ้น การฝังเข็ม (Acupuncture) และการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องไขสันหลัง (lumbar epidural steroid injection)

3.4.2.4 การใช้เครื่องพยุงหลัง (Lumbar support) เป็นการใช้อุปกรณ์ภายนอกมารัดรอบท้องและเอว เมื่อมีการเคลื่อนไหวแล้วทำให้ปวดมาก

3.4.2.5 การบริหารร่างกายมีความสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยปวดหลังส่วนใหญ่จะมีกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำการบริหารร่างกายในผู้ป่วยปวดหลัง จึงประกอบด้วย ทำบริหารที่ช่วยยืดกล้ามเนื้อหลังและสะโพกเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility) จึงทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนอิริยาบถได้คล่องแคล่ว ทำบริหารเพิ่มความแข็งแรง (Strength) และความทนทาน (Endurance) ของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังเพราะการที่กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงขึ้นจะช่วยเพิ่มแรงดันภายในช่องท้องช่วยรับน้ำหนักตัวไปบางส่วน จึงลดแรงกดต่อหมอนรองกระดูกสันหลังได้ และการที่กล้ามเนื้อแข็งแรงคงทน ช่วยให้สามารถอยู่ในอิริยาบถต่าง ๆ และทำงานได้นานขึ้นโดยไม่ปวดหลัง และทำบริหารทั่วไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและปอด ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ การปั่นจักรยาน การวิ่งในน้ำ จะช่วยให้มีกำลังกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกายดีขึ้นนอกจากนั้นยังมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation) เนื่องจากความปวดทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อนาน ๆ ก็ทำให้ปวดมากขึ้น จึงต้องหัดผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังจากที่ลดอาการปวดโดยวิธีต่าง ๆ มาแล้ว

3.4.2.6 การสอนและแนะนำตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพหลัง (back school) จะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลง ลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ ควรอธิบายให้เข้าใจถึงโครงสร้างกายวิภาคหน้าที่หลัง สาเหตุของการเกิดแนวทางแก้ไข การรักษา การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อ กลศาสตร์ของร่างกายโดยเฉพาะเรื่องท่าทาง เนื่องจากความปวดมีสาเหตุ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการใช้หลังหรือการมีท่าทางในการทำงานและกิจวัตรประจำวันที่ไม่ถูกต้องรวมถึงการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อหลีกเลี่ยงความปวดหรือป้องกันความปวดที่อาจเกิดขึ้นใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้หลังให้ถูกวิธี การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังมากยิ่งขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่ทำให้อ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเล่นกีฬาที่ทำให้เกิดการบิดตัว การจัดการกับภาวะเครียด และการปรับปรุงสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม

3.5 การป้องกันอาการปวดหลังด้วยการออกกำลังกาย

โดยต้องสร้างให้ทั้งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังแข็งแรงไว้เสมอ ข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันหรือแก้ไขอาการปวดหลัง (สุรศักดิ์ ศรีสุข, 2537) มีดังนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้หลังแข็งแรงและทนทานอยู่เสมอหากเพียงหายจาก

อาการปวดหลัง ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดเพราะอาจมีบางท่าที่ทำให้เกิดอันตรายต่อหลังได้ การออกกำลังกายควรทำทุกวัน ประมาณวันละ 20-30 นาที หากเกิดอาการปวดหลังมากขณะทำ ควรหยุดทำและพักสัก 2-3 วัน แล้วเริ่มลองฝึกใหม่ก่อนที่จะออกกำลังกายจริง ๆ ควรให้ร่างกายได้อุ่นเครื่องสัก 2-3 นาที โดยการเคลื่อนไหวแขนและขา การรักษาอาการปวดหลังที่ดีที่สุดคือหมั่นออกกำลังกายอย่างถูกวิธีเพื่อให้กล้ามเนื้อลำตัวแข็งแรง และการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่นอ่อนตัวดี ทำให้ทนทานต่อการใช้งานหนักและเบาในชีวิตประจำวันได้

การบริหารกล้ามเนื้อ

การบริหารกล้ามเนื้อ (exercise) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อหน้าท้อง ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลายเป็นผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

แจ๊คสัน และ บราวน์ (Jackson and brown, 1983, อ้างถึงใน อนุสา ธาณีตระกูล, 2549) ได้สรุปเป้าหมายการรักษาอาการปวดหลังด้วยการออกกำลังกายว่า

ช่วยในการลดอาการปวด

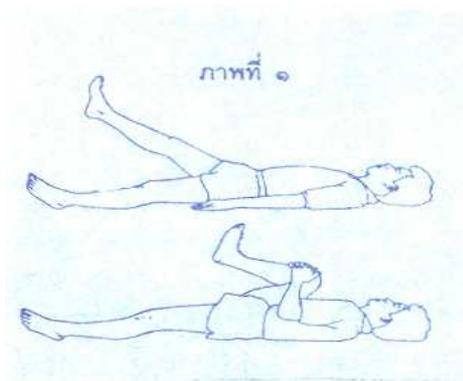
เพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การทำงานทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

เพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมการเคลื่อนไหวและการเรียนรู้การเคลื่อนไหว

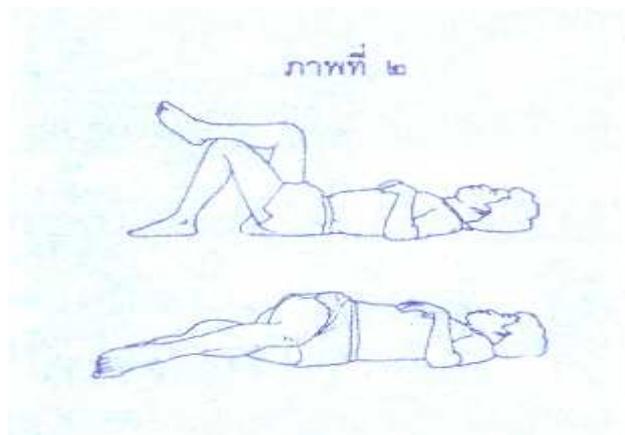
ทำบริหารตัดต้นแก๊ปวดหลัง (พิศิษฐ์ เบญจมงคลวารี, 2552)

การแนะนำให้ผู้ที่มีอาการปวดหลัง (ซึ่งไม่ใช่เนื่องจากหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือมีหินปูนไปกดทับถูกเส้นประสาท) ใช้วิธีการตัดต้นแบบง่าย ๆ ก็ช่วยให้อาการปวดหายไปได้โดยไม่ต้องนวด ท่าที่จะขอแนะนำมี 4 ท่า คือ

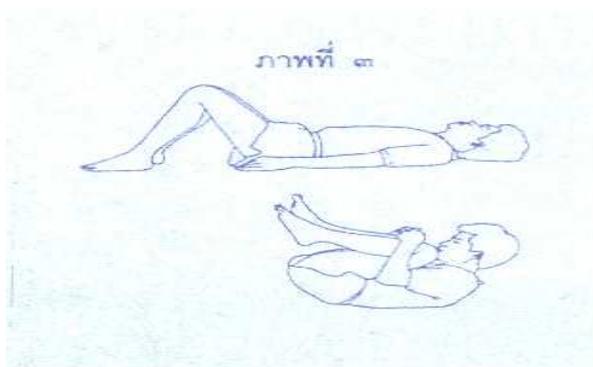
1. **ท่าดึงเข้าชิดอก** นอนหงายยกขา (ข้างเดียวกับที่ปวดหลัง) ขึ้นประมาณ 45 องศา แล้วงอเข้าเข้าหาอก เขามือทั้งสองดึงเข้าให้ชิดอก โดยขาอีกข้างวางราบกับพื้น เสร็จแล้วให้เหยียดขาออกไป ทำ 10 ครั้ง (ภาพที่ 1)



2. **ท่าไขว่ห้างบิดเอว** นอนหงาย ชันเข่า ยกขา (ข้างเดียวกับที่ปวดหลัง) ขึ้นไขว่ห้าง เอามือช่วยโน้มให้เข่าไปติดพื้นด้านตรงข้าม หายใจเข้าออก 3 ครั้ง แล้วกลับอยู่ในท่าเดิม (ภาพที่ 2)



3. **ท่ากอดเข่านอนหงาย** ชันเข่าทั้ง 2 ข้าง ยกเข่าทั้งสองเข้าหาอก ใช้มือทั้งสองดึงเข่าและยกศีรษะขึ้นให้คางชิดกับเข่า ทำ 10 ครั้ง (ภาพที่ 3)



4. **ท่าเหยียดขา** ถ้าทำท่าที่ 1, 2, 3 แล้ว อาการยังไม่ดีขึ้น ให้นั่งเหยียดขา เอาหลังพิงฝาหรือเสาไว้ เอาขาข้างเดียวกับที่ไม่ปวดหลังไว้ทับต้นขาอีกข้าง โน้มตัวไปข้างหน้าใช้มือทั้งสองจับปลายเท้าข้างที่เหยียดอยู่ ถ้าจับไม่ถึงให้ชันเข่าเอาแขนกอดเข่าข้างเดียวกับที่ไม่ปวดหลังไว้ มืออีกข้างจับปลายเท้าข้างเดียวกับที่ปวดหลัง ค่อยๆ เหยียดขาให้ตรงโดยที่มือยังจับปลายเท้าอยู่ เมื่อเหยียดสุดแล้วให้งอขากลับ ทำสลับกันประมาณ 10 ครั้ง (ภาพที่ 4)



ท่าบริหารกล้ามเนื้อหลัง (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2549)

ท่าบริหารกล้ามเนื้อหลังที่ใช้แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังนำไปปฏิบัติหลังจากที่มาใช้บริการนวดแผนไทย

1. ท่านอนก้มหน้ามองปลายเท้า

วิธีปฏิบัติ ท่าเตรียม ให้ผู้ป่วยนอนหงายไม่หนุนหมอน เอามือประสานที่ท้ายทอย เก็บข้อศอกชิดหูทั้งสองข้าง จากนั้นยกเฉพาะศีรษะก้มมองปลายเท้าโดยที่แผ่นหลังยังนอนราบกับพื้น ขณะที่ยกศีรษะขึ้นมองปลายเท้าให้เกร็งหน้าท้องและหลังพร้อมกัน แล้วนั่งนับ 1-10 จากนั้นกลับมาอยู่ในท่าเตรียมอีกครั้ง ปฏิบัติซ้ำ 10 ครั้ง



2. ท่านอนบิดตัว

วิธีปฏิบัติ ท่าเตรียม นอนหนุนหมอน ตะแคงตัวงอข้อเข่า 90 องศา เอามือข้างที่ถูกต้องจับเข่าข้างที่งอ เพื่อกดเข่าให้ติดพื้น อีกแขนหนึ่งวางโน้มตัวไปข้างหน้าเพื่ออยู่ในท่าเตรียม จากนั้นค่อย ๆ บิดตัวพร้อมกับเหยียดแขนที่อยู่ข้างบนไปทางด้านหลังจนรู้สึกตึงบริเวณหลัง นับ 1-10 จากนั้นกลับมาสู่ท่าเตรียมอีกครั้ง ปฏิบัติซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับทำอีกข้างหนึ่ง



3. ทำยืนเขย่งปลายเท้า

วิธีปฏิบัติ ทำเตรียม ยืนเกาะฝาผนังแยกเท้าเสมอไหล่ทั้งสอง งอเข่าข้างหนึ่งขึ้น (ยืนกระต่ายขาเดียว) ขาอีกข้างเหยียดตรง จากนั้นเขย่งปลายเท้าข้างที่เหยียดตรงขึ้นพร้อมกับเกร็งบริเวณหลัง เข่า ขาและขมิบก้น นิ่งนับ 1-10 แล้วกลับไปสู่ท่าเตรียม ปฏิบัติซ้ำ 10 ครั้ง จากนั้นสลับทำอีกข้างหนึ่ง



4. ทำนั่งยองๆ 90 องศา

วิธีปฏิบัติ ทำเตรียม ยืนเกาะฝาผนังแยกเท้าเสมอไหล่ทั้งสอง จากนั้นนั่งยองๆ ลงกับพื้น แล้วค่อยๆ ยืนขึ้น จนเข่าตั้งฉากกับพื้น 90 องศา โดยที่หลังตรงและไม่ต้องเขย่งปลายเท้าทั้งสองข้าง นิ่งนับ 1-10 กลับไปท่าเตรียมอีกครั้ง ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง



4. การจัดการบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้กำหนดแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทย 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้

4.1 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

4.1.1 การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ใช้กับผู้รับบริการที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกล้ามเนื้อ เป็นการนวดเพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดลมดีขึ้น ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย รู้สึกแจ่มใสกระฉับกระเฉง

4.1.2 การอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดลมดีขึ้น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4.1.3 การจัดกิจกรรมการบริหารร่างกายท่าฤๅษีดัดตน เป็นการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ร่างกายได้เป็นอย่างดี ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวของแขนขาหรือข้อต่อต่าง ๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เป็นการต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บ

4.1.4 การให้ความรู้ คำแนะนำ ปรีกษา สาธิต ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟู สมรรถภาพให้กับตนเองและครอบครัว

4.2 การบำบัดรักษาพยาบาล มีดังนี้

4.2.1 การบำบัดรักษาด้วยยาสมุนไพร หรือยาแผนไทย ได้แก่

1) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ภาวะอาหารอึดเสบ ริดสีดวงทวาร

2) ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะขัดแสบ นิ่วขนาดเล็ก

3) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด ไอ เจ็บคอ

4) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเอว เข้าเสื่อม

5) ระบบผิวหนัง ได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เริม งูสวัด แผลร้อนในปาก แผลง สัตว์กัดต่อย กลาก เกาฬอน แผลพุพอง ลมพิษ

6) ระบบจิตประสาท ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ใจสั่น
อ่อนเพลีย

7) ระบบโลหิตระดูของสตรี ได้แก่ ปวดประจำเดือน ตกขาว

4.2.2 การนวดเพื่อการบำบัดอาการโรคทางระบบประสาท ระบบกระดูกและ
กล้ามเนื้อ

4.2.3 การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา ได้แก่ โรคภูมิแพ้ หอบหืด โรคผิวหนัง
ผื่นคัน อัมพาต ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

4.3 การฟื้นฟูสภาพ

ได้แก่ การนวดไทย โรคหรืออาการที่สามารถฟื้นฟูสภาพด้วยการนวดไทย ได้แก่
อัมพาต 5 ชนิด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีกซ้าย-ขวา อัมพาตครึ่งท่อนบน-ล่าง อัมพาตใบหน้า

การให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

อาการปวดเมื่อยหลังบริเวณบั้นเอวที่สามารถใช้การนวดบรรเทาได้ คือ

1. ปวดหลังจากทำอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เช่น นั่งพับเพียบนาน ๆ นอนในที่นอนนุ่ม
หรือแข็งเกินไป

2. ปวดหลังจากการทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม เช่น ก้ม ๆ เงย ๆ

3. ปวดหลังจากการยกของหนักเกินไป

4. ปวดหลังจากความอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวมากเกินไป

5. ปวดหลังจากความเครียด

ขั้นตอนการรับบริการนวดแผนไทยของผู้ป่วยปวดหลัง

1. ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ วินิจฉัย
อาการของโรคโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

2. ให้บริการนวดรักษาโดยหมอนวดแผนไทย ตามขั้นตอนการนวดรักษาอาการ
ปวดหลัง

3. ประคบสมุนไพรทุกรายที่ได้รับการนวดรักษา

4. ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องของการรักษาและป้องกันอาการ
ปวดหลัง ได้แก่ การประคบน้ำร้อน การงดอาหารแสลง ทำบริหาร

5. สาธิตทำบริหารกล้ามเนื้อหลังให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน

6. ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทำทำบริหารที่ถูกต้อง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิยะพันธุ์ นันตา (2541) ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มัทนา อินทร์แพง (2543) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายมากกว่าในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อุปสรรคต่อการออกกำลังกายด้านความรู้เป็นอุปสรรคอันดับแรกของผู้สูงอายุ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท

ปริญา ดาสา (2544) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของอาจารย์สตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายรายด้าน ได้แก่ การใช้เวลาในการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมของการออกกำลังกาย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมและความพร้อมของร่างกายอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

ภิรมย์ ทับทิมเทศ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ คือ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ชลธิชา ขระเขื่อน (2546) ศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบไท้ชี่กึ่ง ในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบไท้ชี่กึ่งในผู้สูงอายุ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

ชীন ศิริรัตน์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปานจิต นามพลกรัง (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายในอดีต การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลด้านสถานการณ์ ความสามารถในการทำกิจกรรม และอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพ็ญประภา ถวิลลาภ (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

วรรณิภา อัครชัยสุวิกรม (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (รายได้ การศึกษา) และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สิ่งแวดล้อม) มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้

นงลักษณ์ ศรีสุจริต (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิศาชล ศรีหริ่ง (2548) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดราชบุรี พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ในกลุ่มอายุ อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการ

ออกกำลังกาย ทั้งความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคการออกกำลังกายและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เจตคติ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทั้ง 3 มิติ พบว่า ปัจจัยด้านเจตคติ เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายทั้ง 3 มิติ

พรทิพย์ จันทรทิพย์ (2549) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีวัยทำงานในชนบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายโดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นันทริกา เลิศเชวงกุล (2549) ศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุชาย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 38.70 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

ชิตชนก ไชยกุล และคณะ (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ณันทนี ลิปภานนท์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนอนุราชประสิทธิ์ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติต่อการออกกำลังกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ

ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานออกกำลังกาย นโยบายของโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เกียรติศักดิ์ เจริญสุข (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของครูในจังหวัดนครพนม พบว่า ครูในจังหวัดนครพนมที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของครูในจังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัฉวี อ่อนแก้ว (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ความเชื่อในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รสรินทร์ แก้วตา (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปร การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารร่างกายหรือการออกกำลังกายส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการ

ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อหลังของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ ปัจจัยที่คัดเลือกจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และทฤษฎีความสามารถตนเอง ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริหารกล้ามเนื้อหลัง เป็นปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้