

การเปรียบเทียบผลการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤชิตัดตนต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่า  
ในผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลตราด  
Comparison of the Effect of Manevej Exercises with Rishi Datto Exercises on  
Shoulder Muscle Pain in Thai Traditional Medicine Clinic at Trat Hospital

เกศริน กิจนุเคราะห์

อีเมล: iaunattm@gmail.com

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ

สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ดร.กานต์ วงศ์ศุภสวัสดิ์

อีเมล: karnt.won@mfu.ac.th

สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

### บทคัดย่อ

อาการปวดบ่า เป็นอาการที่พบได้บ่อยในปัจจุบันส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อบ่ามีหลากหลายวิธี ในการศึกษาทดลองเปรียบเทียบผลการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤชิตัดตนต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่าเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤชิตัดตนต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ในผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลตราด จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่บริหารร่างกายแบบมณีเวชและแบบฤชิตัดตน กลุ่มละ 29 คน ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการสอนสาธิตและคู่มือการบริหารร่างกายกลับไปบริหารด้วยตนเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วย Paired Sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า แบบสัมพัทธ์ความรู้สึไม่สบายของร่างกาย (CMDQ) และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่า เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับแบบฤชิตัดตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับแบบฤชิตัดตน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปผลการวิจัยนี้ได้ว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤชิตัดตนสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่าได้ทั้ง 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงสามารถเลือกการบริหารร่างกายแบบมณีเวชหรือฤชิตัดตนในการให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีการปวดกล้ามเนื้อบ่า เพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่าได้

**คำสำคัญ:** ปวดบ่า การบริหารร่างกายแบบมณีเวช การบริหารร่างกายแบบฤชิตัดตน

**Abstract:**

Shoulder pain is a common symptom nowadays, affecting both the mind and the body. There are a variety of methods for relieving shoulder pain. This quasi-experimental study compared the effects of Maneevej exercises with Rishi Datton exercises on shoulder muscle pain in Thai traditional medicine clinic at Trat Hospital, with 58 total participants assigned, Both groups were provided with exercise demonstration before given a manual for home-exercise, 3 days per week for 6 weeks. Data were analyzed and presented using descriptive statistics (mean and standard deviation). Paired Sample t-test was used for hypothesis testing. The mean levels of pain obtained from Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ) and Shoulder Flexibility Interview Form pre- and post-exercise in both Maneevej and Rishi Datton exercises, There was a statistically significant difference (at  $p = 0.05$ ) in both groups, but There was no statistically significant difference (at  $p = 0.05$ ) between the two exercises. In conclusion, the results of this research show that the Maneevej exercises and Rishi Datton exercises can reduce shoulder muscle pain and increase the flexibility of both groups of shoulder muscles. Therefore, both exercises can be advised to individuals as options to reduce pain and increase flexibility in shoulder muscles.

**Keywords:** Shoulder Muscle Pain, Maneevej Exercise, Rishi Datton Exercise

**บทนำ (Introduction)**

อาการปวดบ่าเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน มักพบมากตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความเครียด การทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ท่าทางอิริยาบถต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน ๆ การก้มลงหยิบของที่ไม่ถูกวิธี หรืออาจเกิดจากความเสื่อมของกระดูกและเกิดจากอุบัติเหตุส่งผลต่อการเกิดอาการปวดบ่า นอกจากส่งผลต่อสุขภาพของ ผู้ที่มีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อบ่าแล้วยังมีส่งผลต่อชีวิตประจำวันและสภาพจิตใจอีกด้วย อาการของโรคที่มักพบกับอาการปวดบ่านั้นคือ อาการปวดต้นคอ และหัวไหล่ ร่วมด้วย อาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่เกิดจากกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น พบได้มากที่สุดแต่มีอาการรุนแรงน้อยที่สุดมักทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าบริเวณกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ กลุ่มที่เกิดจากการกดทับของเส้นประสาทพบได้น้อยและมักมีอาการชาร่วมด้วยกลุ่มที่มีการกดทับของไขสันหลังพบได้น้อยที่สุดแต่มี

ความรุนแรงมากที่สุด แบ่งเป็นกลุ่มอาการเป็นแบบเฉียบพลัน กลุ่มกึ่งเฉียบพลัน และกลุ่มเรื้อรัง แนวทางในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อบ่ามีหลากหลายวิธี โดยผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าสามารถบรรเทาอาการปวดด้วยตนเองเช่นการทำท่าบริหารกล้ามเนื้ออย่างง่ายด้วยตนเองไปจนถึงการรักษาโดยการใช้ยาหรือการเข้ารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด การทำกายภาพบำบัด การฝังเข็ม เป็นต้น (พิชญ์ สุทธิพิยะพันธ์, 2563)

ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลตราด 5 ลำดับแรกจากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2563 พบว่าผู้รับบริการมาด้วยอาการปวดบ่า ปวดหลัง ปวดเข่า หัวไหล่ติด และปวดสันเท้าตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด, 2564) ซึ่งปัญหาลำดับแรกๆ ที่ผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลตราดมารับการรักษาคืออาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาที่หลากหลายแต่การรักษาอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อบ่าควรแก้ที่สาเหตุ เช่น อยู่ในอิริยาบถไม่เหมาะสม ยกของหนัก ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเกร็ง ขาดความยืดหยุ่นและมีอาการปวดตามมาวิธีแก้ที่ง่ายที่สุดคือการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การทำท่าบริหารด้วยตนเองเพื่อลดอาการเกร็ง เพิ่มความยืดหยุ่นให้กล้ามเนื้อ ซึ่งการทำท่าบริหารด้วยตนเองมีความสะดวก สามารถทำได้ทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ดังนั้นการบริหารร่างกายจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ และยังมีงานวิจัยจำนวนมากที่รองรับเกี่ยวกับผลของการบริหารร่างกายเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบผลความแตกต่างของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดต้นต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่าเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลความแตกต่างของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดต้นต่อการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่า
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำการบริหารร่างกายเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าเพิ่มความยืดหยุ่นบริเวณกล้ามเนื้อบ่าได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดการใช้ยาต่อไป

### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤๅษีตัดต้นต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่าในผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลตราด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลความแตกต่างของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤๅษีตัดต้นเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าได้อย่างเหมาะสม การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

(Quasi experimental research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานคือ แบ่งอาสาสมัครตามความสมัครใจและความยินยอมเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่บริหารร่างกายแบบมณีเวชและกลุ่มที่บริหารร่างกายแบบฤๅษี ดัดตน ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย และคัดเลือกออกจากการวิจัย ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการสอนสาธิตจากแพทย์แผนไทยพร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารร่างกายในแต่ละกลุ่มและให้อาสาสมัครกลับไปบริหารด้วยตนเองที่บ้าน โดยให้ทำท่าบริหารท่าละ 10 ครั้ง ครั้งละ 20 -30 นาที วันละ 1 รอบตอนเย็น สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มที่บริหารร่างกายแบบมณีเวชจะได้รับการฝึกท่าการบริหารแบบมณีเวช ทั้งหมด 4 ท่า ได้แก่ ท่าไหว้สวัสดีหรือท่ารำละคร ท่าโมแบ่ง ท่าถอดเสื้อ ท่าหมุนแขนกรรเชียง ซึ่งท่าบริหารร่างกายแบบมณีเวชนี้ได้อ้างอิงจากหนังสือตลาดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2560) และเอกสารที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มที่บริหารร่างกายแบบฤๅษีดัดตนจะได้รับการฝึกท่าการบริหารแบบฤๅษีดัดตนทั้งหมด 4 ท่า ได้แก่ ท่าเทพพนม ท่าชูหัตถ์วาดหลัง ท่าแก้เกี้ยว ท่าดึงศอกไล่คาง ซึ่งได้อ้างอิงจากหนังสือขยับกายสบายชีวิด้วยกายบริหารแบบไทยฤๅษีดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) ก่อนที่อาสาสมัครจะเข้าร่วมการวิจัยนี้ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดให้กับอาสาสมัครในส่วนของจุดประสงค์งานวิจัยและให้อาสาสมัคร เสนอใบบินยอมการเข้าร่วมวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปข้อมูลอาการปวดด้วยแบบประเมินมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่สบายของร่างกาย Cornell musculoskeletal discomfort questionnaire (CMDQ) และวัดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อด้วยวิธีวัดองศาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อข้อต่อและคอจากเครื่องมือที่ใช้วัดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ Goniometer ด้วยการก้มหน้าคางชิดอกและเงยหน้ามองเพดานวัดองศา Flexion-Extension การเอียงคอชิดไหล่ซ้ายและเอียงคอชิดไหล่ขวาวัดองศา Lateral Flexion ติดตามผลทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อติดตามความสม่ำเสมอของการทำท่าบริหาร และประเมินมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) นัดติดตามผลสัปดาห์ที่ 3 เพื่อติดตามความสม่ำเสมอของการทำท่าบริหารจากแบบบันทึกการทำท่าบริหารร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัยที่บ้าน และประเมินมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) สัปดาห์ที่ 6 ติดตามผลหลังจากการบริหารร่างกายด้วยแบบประเมินมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่สบายของร่างกาย Cornell musculoskeletal discomfort questionnaire (CMDQ) และวัดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อ วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และหาร้อยละของข้อมูล แบบประเมินมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่สบายของร่างกาย Cornell musculoskeletal discomfort questionnaire (CMDQ) และแบบบันทึก

การประเมินองศาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ใช้สถิติ Paired Sample t-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$ ) และ Independent t- test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทำท่าบริหารร่างกายมณีเวชและฤๅษีดัดตน (โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$ )

### ผลวิจัย (Results)

จากการเปรียบเทียบผลการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีดัดตนต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่าในผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลตราด ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	มณีเวช		ฤๅษีดัดตน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด	29	100	29	100
ครบเวลาที่กำหนด	27	93.1	27	93.1
ออกจากการเข้าร่วมวิจัย	2	6.9	2	6.9

ผลการศึกษาจากตาราง พบว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีดัดตน มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 29 คน หลังจากครบเวลาที่กำหนดในการวิจัยมีผู้ที่สามารถปฏิบัติได้แนวทางที่กำหนดทั้งกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีดัดตน ทั้งหมดกลุ่มละ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 93.1 อาสาสมัครกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชออกจากการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 2 คน เนื่องจากประสบอุบัติเหตุรถชนระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 1 คน ขอลออกจากการทำงานวิจัย เนื่องจากบริหารร่างกายและรู้สึกเมื่อยล้ากว่าเดิม จำนวน 1 คน และอาสาสมัครกลุ่มการบริหารร่างกายแบบฤๅษีดัดตนออกจากการเข้าร่วมวิจัยเนื่องจากไปผ่าตัดบริเวณขาระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย (ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย) จำนวน 1 คน และขอลออกจากการทำงานวิจัยเนื่องจาก บริหารร่างกายและรู้สึกเมื่อยล้ากว่าเดิม จำนวน 1 คน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	มณีเวช (n = 29)		ฤชิตัตตน (n = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
40-49	3	10.3	8	27.6
50-59	14	48.3	10	34.5
60-65	12	41.4	11	37.9
Mean = 56.28 S.D. = 7.27 Minimum = 40 Maximum = 65				
อาชีพปัจจุบัน				
ข้าราชการ	7	24.1	5	17.2
ข้าราชการบำนาญ	6	20.7	4	13.8
รับจ้างทั่วไป	6	20.7	8	27.6
เกษตรกร	4	13.8	7	13.5
แม่บ้าน	4	13.8	3	10.3
อื่น ๆ	2	6.9	2	6.9
ลักษณะงานที่ทำเป็นประจำ				
นั่งนาน	18	62.1	14	48.3
ยืนนาน	1	3.4	0	0
เดินมาก	4	13.8	1	3.4
ทำงานบ้าน	2	6.9	4	13.8
ยกของหนัก	1	3.4	2	6.9
อื่น ๆ	3	10.3	5	17.2
ไม่มี	0	0	3	10.3
พฤติกรรมการดื่มเหล้า/เบียร์				
ไม่ดื่ม	24	82.8	26	89.7
เคยดื่มปัจจุบันเลิกแล้ว	2	6.9	0	0
ดื่ม	3	10.3	3	10.3
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ในรอบ 6 เดือน				
ไม่เคยออกกำลังกาย	11	37.9	14	48.3
ออกกำลังกายเป็นประจำ	18	62.1	15	51.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	มณีเวช (n = 29)		ฤชิตัดตน (n = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของการออกกำลังกาย				
วิ่ง	4	13.8	0	0
เดิน	3	10.3	3	10.3
โยคะ	1	1.7	1	3.4
ยืดกล้ามเนื้อด้วยตนเอง	7	24.1	6	20.7
อื่น ๆ	3	10.3	5	17.2
ไม่ได้ออกกำลังกาย	11	37.9	14	48.3
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	8	27.6	3	10.3
ไขมันสูง	0	0	3	10.3
เบาหวาน	1	3.4	1	3.4
ภูมิแพ้	1	3.4	2	6.9
ไม่มีโรคประจำตัว	18	62.1	19	65.5
อื่น ๆ	1	3.4	1	3.4
การวินิจฉัยโรคทางแพทย์แผนไทย/แผนปัจจุบัน				
ลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง	23	79.3	25	86.2
ลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง	6	20.7	4	13.8

ผลการศึกษาจากตาราง พบว่าผู้บริกร่างกายแบบมณีเวชส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.3 ซึ่งอายุน้อยสุดเท่ากับ 40 ปี และอายุมากที่สุดคือ 65 ปีอาชีพปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่รับราชการ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ลักษณะงานที่ทำเป็นประจำพบว่าส่วนใหญ่จะต้องนั่งนาน ๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 พฤติกรรมการดื่มเหล้า/เบียร์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่มเหล้า/เบียร์ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 82.8 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในรอบ 6 เดือนพบว่าส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 ประเภทของการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ยืดกล้ามเนื้อด้วยตนเองจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 โรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 การวินิจฉัยโรคทางแพทย์แผนไทย/แผนปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง จำนวน 23 คน คิดเป็น

ร้อยละ 79.3 และผู้บริหารร่างกายแบบฤๅษีตัดตนพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-65ปี ซึ่งอายุน้อยสุดเท่ากับ 40 ปี และอายุมากที่สุดคือ 65 ปีอาชีพปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ลักษณะงานที่ทำเป็นประจำพบว่าส่วนใหญ่จะต้องนั่งนาน ๆ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 พฤติกรรมการดื่มเหล้า/เบียร์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่มเหล้า/เบียร์จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 89.7 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในรอบ 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 ประเภทของการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ยืดกล้ามเนื้อด้วยตนเองจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 โรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 การวินิจฉัยโรคทางแพทย์แผนไทย/แผนปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลั่ง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ส่วนสูง และ BMI ระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตน

รายการ	มณีเวช (n=27)		ฤๅษีตัดตน (n=27)		S.D.	t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	60.93	8.97	62.31	10.53	9.72	-0.54	52	.593
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	158.69	6.20	156.83	5.89	6.06	1.17	52	.246
BMI	24.17	2.72	25.22	3.62	3.22	-1.25	52	.217

ผลการศึกษาจากตาราง พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตน เท่ากับ 60.93 กิโลกรัม และ 62.31 กิโลกรัม ตามลำดับซึ่งน้ำหนักน้อยที่สุดคือ 45 กิโลกรัม และน้ำหนักมากที่สุดคือ 85 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตน เท่ากับ 158.69 เซนติเมตร และ 156.83 เซนติเมตร ตามลำดับ ซึ่งส่วนสูงน้อยที่สุดคือ 148 เซนติเมตร และน้ำหนักมากที่สุดคือ 175 เซนติเมตร เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนสูงระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยของ BMI ระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตน เท่ากับ 24.17 และ 25.22ตามลำดับ ซึ่ง BMI น้อยที่สุดคือ 18.75 และ BMI มากที่สุดคือ 33.59 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ BMI ระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



**ตารางที่ 4** ผลการทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤชิตัดตน ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ประเภท ท่าบริหาร	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	S.D.	t	df	p-value
		mean	S.D.	mean	S.D.					
ระดับความปวด	มณีเวช (n=27)	6.00	1.36	3.26	1.63	2.74	1.48	9.60	26	<0.001
กล้ามเนื้อบ่า	ฤชิตัดตน (n=27)	5.93	1.17	3.30	1.63	2.63	1.04	13.09	26	<0.001
t; df: p-value 0.21; 52: 0.83 -0.09; 52: 0.92 1.07; 52: .91										
ตำแหน่ง คอ										
ระดับความถี่ของอาการปวด	มณีเวช (n=27)	3.26	1.13	1.93	.87	1.33	1.11	6.25	26	<0.001
	ฤชิตัดตน (n=27)	3.07	1.04	2.00	.92	1.07	.73	7.64	26	<0.001
t; df: p-value 0.63; 52: 0.53 -0.30; 52: 0.76 .53; 52: .59										
ความรุนแรงของอาการปวด	มณีเวช (n=27)	2.15	.60	1.30	.61	0.85	.60	7.36	26	<0.001
	ฤชิตัดตน (n=27)	2.04	.52	1.15	.36	0.89	.32	14.42	26	<0.001
t; df: p-value 0.73; 52: 0.47 1.09; 52: 0.28 .23; 52: .82										
ความเป็นอุปสรรคในการทำงาน	มณีเวช (n=27)	2.26	.76	1.15	.36	1.11	.69	8.27	26	<0.001
	ฤชิตัดตน (n=27)	1.93	.62	1.07	.27	0.86	.53	8.29	26	<0.001
t; df: p-value 1.77; 52: 0.08 0.87; 52: 0.39 1.72; 52: .09										
ตำแหน่งไหล่ข้างซ้าย										
ระดับความถี่ของอาการปวด	มณีเวช (n=27)	3.33	1.17	1.81	.83	1.52	1.01	7.78	26	<0.001
	ฤชิตัดตน (n=27)	2.96	1.02	1.78	.80	1.18	.48	12.74	26	<0.001
t; df: p-value 1.24; 52: .22 1.66; 52: 0.87 1.21; 52: .23										
ความรุนแรงของอาการปวด	มณีเวช (n=27)	2.22	.64	1.3	.61	0.92	.68	7.13	26	<0.001
	ฤชิตัดตน (n=27)	2.11	.51	1.19	.39	0.92	.39	12.50	26	<0.001
t; df: p-value .71; 52: .48 .79; 52: 0.43 .68; 52: .49										
ความเป็นอุปสรรคในการทำงาน	มณีเวช (n=27)	2.15	.60	1.19	.39	0.96	.52	9.67	26	<0.001
	ฤชิตัดตน (n=27)	2.22	.58	1.07	.27	1.15	.60	9.92	26	<0.001
t; df: p-value 1.21; 52: .23 6.43; 52: .23 .79; 52: .43										

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ประเภท ทำบริหาร	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	S.D.	t	df	p-value
		mean	S.D.	mean	S.D.					
ตำแหน่งไหลข้างขวา										
ระดับความถี่	มณีเวช	3.52	1.25	1.89	.85	1.63	1.28	6.64	26	<0.001
ของอาการ	(n=27)									
ปวด	ฤชิตัดตน	3.41	.89	2.15	.72	1.26	.75	8.56	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value 3.16; 52: .71 .08; 52: .23 1.01; 52: .32										
ความรุนแรง	มณีเวช	2.33	.68	1.33	.62	1	.68	7.65	26	<0.001
ของอาการ	(n=27)									
ปวด	ฤชิตัดตน	2.48	.70	1.37	.49	1.11	.58	10.00	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value .05; 52: .43 .14; 52: .81 -2.37; 52: .02										
ความเป็น	มณีเวช	2.26	.66	1.19	.56	1.07	.73	7.65	26	<0.001
อุปสรรคใน	(n=27)									
การทำงาน	ฤชิตัดตน	2.22	.58	1.11	.32	1.11	.58	10.00	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value .90; 52: .83 1.80; 52: .55 .22; 52: .83										
ตำแหน่งหลังส่วนบน (ป่า)										
ระดับความถี่	มณีเวช	3.41	.97	1.89	.80	1.52	.94	8.44	26	<0.001
ของอาการ	(n=27)									
ปวด	ฤชิตัดตน	3.44	.75	1.96	.59	1.48	.70	10.99	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value 2.36; 52: .88 .46; 52: .70 .17; 52: .87										
ตำแหน่งหลังส่วนบน (ป่า) ต่อ										
ความรุนแรง	มณีเวช	2.33	.48	1.33	.62	1	.56	9.37	26	<0.001
ของอาการ	(n=27)									
ปวด	ฤชิตัดตน	2.33	.48	1.22	.42	1.11	.42	13.63	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value .00; 52: 1.00 3.17; 52: .45 -.83; 52: .41										
ความเป็น	มณีเวช	2.26	.59	1.15	.46	1.11	.64	9.01	26	<0.001
อุปสรรคใน	(n=27)									
การทำงาน	ฤชิตัดตน	2.11	.42	1.11	.32	1	.39	13.25	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value 6.91; 52: .29 .59; 52: .04 .53; 52: .59										
กัมหนาคาง	มณีเวช	30.96	7.69	41.56	4.95	-10.6	7.19	-7648	26	<0.001
ชิดอก	(n=27)									
(องศา)	ฤชิตัดตน	32.81	8.95	40.96	8.00	-8.15	4.49	-9418	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value -.82; 52: .42 .33; 52: .75 -1.27; 52: .21										

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ประเภท ท่าบริหาร	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	S.D.	t	df	p-value
		mean	S.D.	mean	S.D.					
เจยหน้ามอง	มณีเวช	42.67	11.70	62.74	8.66	-20.07	12.24	-8.52	26	<0.001
เพดาน	(n=27)									
(องศา)	ฤชิตัดตน	43.56	10.78	63.07	9.50	-19.51	9.88	-8.69	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value -.29; 52: .77 -.14; 52: .89 -.17; 52: .87										
เอียงหูชิด	มณีเวช	31.63	7.31	42.07	4.92	-10.44	5.82	-9.33	26	<0.001
ไหล่ซ้าย	(n=27)									
(องศา)	ฤชิตัดตน	29.52	6.75	40.81	5.53	-11.29	6.67	-8.79	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value 1.10; 52: .28 .74; 52: .46 .74; 52: .46										
เอียงหูชิด	มณีเวช	28.93	6.76	40.85	5.43	-11.92	5.62	-11.02	26	<0.001
ไหล่ขวา	(n=27)									
(องศา)	ฤชิตัดตน	31.74	8.89	41.37	6.69	-9.63	6.59	-7.58	26	<0.001
	(n=27)									
t; df: p-value -1.31; 52: .19 -31; 52: .76 -.92; 52: .36										

จากตารางแสดงผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความปวดกล้ามเนื้อบ่า ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 6 และ 3.26 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับความปวดกล้ามเนื้อบ่าของกลุ่มการบริหารร่างกายแบบฤชิตัดตนก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความปวดกล้ามเนื้อบ่า ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 5.93 และ 3.30 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดกล้ามเนื้อบ่าระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤชิตัดตนก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความปวดกล้ามเนื้อบ่า ก่อนเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤชิตัดตนเท่ากับ 6 และ 5.93 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 3.26 และ 3.30 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสรุปได้ว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤชิตัดตนสามารถลดระดับความปวดกล้ามเนื้อบ่าได้ทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาจากตาราง พบว่าค่าเฉลี่ยของแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่สบายของร่างกายของกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชก่อนและหลังการทดลอง ตำแหน่งคอ ระดับความถี่ของอาการปวดเท่ากับ 3.26 และ 1.93 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวชพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรุนแรงของอาการปวดเท่ากับ 2.15 และ 1.30 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณี







ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อของร่างกายแบบมณีเวช ก่อนและหลังการทดลอง ท่าก้มหน้าคางชิดอกเท่ากับ 30.96 องศา และ 41.56 องศาตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวชพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเงยหน้ามองเพดานพบว่าค่าเฉลี่ยของความ ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 42.67 องศา และ 62.74 องศาตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวชพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเอียงหูชิดไหล่ซ้ายพบว่าค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 31.63 องศา และ 42.07 องศาตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบมณีเวชพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ท่าเอียงหูชิดไหล่ขวาพบว่าค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการ ทดลองเท่ากับ 28.93 องศา และ 40.85 องศาตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการ บริหารร่างกายแบบมณีเวชพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผล การศึกษาดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อของร่างกาย แบบกึ่งยืดหยุ่น ก่อนและหลังการทดลองท่าก้มหน้าคางชิดอกเท่ากับ 32.81 องศา และ 40.96 องศา ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบกึ่งยืดหยุ่นพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเงยหน้ามองเพดานพบว่าค่าเฉลี่ยของความ ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 43.56 องศา และ 63.07 องศาตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบกึ่งยืดหยุ่นพบว่ามี ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเอียงหูชิดไหล่ซ้ายพบว่าค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของ กล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 29.52 องศา และ 40.81 องศาตามลำดับ เมื่อ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบกึ่งยืดหยุ่น พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเอียงหูชิดไหล่ขวาพบว่าค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 31.74 องศา และ 41.37 องศาตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการบริหารร่างกายแบบกึ่งยืดหยุ่นพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าความยืดหยุ่นของร่างกายระหว่างกลุ่มการ บริหารร่างกายแบบมณีเวชกับกึ่งยืดหยุ่น ท่าก้มหน้าคางชิดอกก่อนเข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 30.96 องศา และ 32.81 ตามลำดับ หลังการทดลองลดลงเท่ากับ 41.56 และ 40.96 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทำท่าบริหารร่างกายระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับกึ่งยืด หุ่นพบว่าจะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเงยหน้ามองเพดานก่อนเข้า ร่วมวิจัยเท่ากับ 42.67 องศา และ 43.56 ตามลำดับ หลังการทดลองเท่ากับ 62.74 และ 63.07

ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทำท่าบริหารร่างกายระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเอียงหูชิดไหล่ซ้ายก่อนเข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 31.63 องศา และ 29.52 ตามลำดับ หลังการทดลองเท่ากับ 41.82 และ 40.79 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทำท่าบริหารร่างกายระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ท่าเอียงหูชิดไหล่ขวา ก่อนเข้าร่วมวิจัยเท่ากับ 28.93 องศา และ 31.74 ตามลำดับ หลังการทดลองเท่ากับ 40.85 และ 41.37 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทำท่าบริหารร่างกายระหว่างกลุ่มการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสรุปได้ว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤๅษีตัดตนสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อได้ทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

### อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ (Discussion and Suggestion)

งานวิจัยนี้อภิปรายได้ว่าการศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดตนต่ออาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อ และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อได้ทั้ง 2 แบบ โดยสามารถเลือกใช้การบริหารร่างกายแบบมณีเวชหรือฤๅษีตัดตนในการให้คำแนะนำในการบริหารเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อ และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อได้ตามความเหมาะสมแต่ละบุคคลซึ่งประเมินจากอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อ บริเวณที่ปวด อาการร่วม เช่น อาการปวดอาการร้าวชาลงแขน ความยากง่ายของท่าบริหาร โดยการบริหารร่างกายแบบมณีเวช เกี่ยวข้องกับการจัดสมดุลโครงสร้างของร่างกายคิดค้นโดย อาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระประการ ใช้การผสมผสานผสานวิชาการแพทย์แผนไทย จีน และอินเดียมาพัฒนาต่อยอดและพัฒนาใช้ในการรักษาที่เป็นของไทยเป็นท่าบริหารง่าย ๆ ยึดหลักความสมดุลโครงสร้างของกระดูกในร่างกาย (นภดล นิงสานนท์, 2554) ส่วนการบริหารร่างกายแบบไทยฤๅษีตัดตนเกิดขึ้นจากฤๅษีหรือนักพรตที่มีการขยับเขยื้อนร่างกายในแต่ละอิริยาบถเกิดเป็นท่าขึ้นมา เป็นการยืดและเกร็งตัวตัดตน เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ช่วยเพิ่มการหมุนเวียนของเลือดในร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559)

งานวิจัยนี้สรุปผลได้ว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤๅษีตัดตนสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อ และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อได้ทั้ง 2 แบบซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า โดย สุวภัทร บุญเรือนได้ศึกษาประสิทธิผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารมณีเวชของผู้ป่วยโรค Office Syndrome จำนวน 60 คน กลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลระดับอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อ และระดับของอาการเคลื่อนไหวของคอ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อข้อต่อ และระดับของอาการเคลื่อนไหวของคอ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่าง



มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และระดับของอาการเคลื่อนไหวของคอระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่ได้รับการนวดแบบราชสำนักร่วมกับทำท่าบริหารแบบมณีเวช จะลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และเพิ่มการเคลื่อนไหวของคอมากได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียว (สุวิภัทร บุญเรือน, 2564) และ อลิษา แสงพุ่มและคณะ ได้ศึกษาประสิทธิภาพการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้นต่อการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อคอ จำนวน 60 คน กลุ่มละ 30 คน คือกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายท่าฤๅษีตัดต้น และกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้น มีการวัดค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อก่อนและหลัง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีองศาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อคอเพิ่มขึ้น แต่กลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้นมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงองศาออกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้น (อลิษา แสงพุ่มและคณะ, 2562)

ผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชและฤๅษีตัดต้นต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบ่าสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่าได้เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทำท่าบริหารร่างกายแบบมณีเวชและแบบฤๅษีตัดต้นพบว่าอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่าดีขึ้นกว่าก่อนการฝึก

#### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดต้นสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่าได้ทั้ง 2 กลุ่ม จึงเหมาะที่จะเป็นทางเลือกในการให้คำแนะนำเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่าได้ตามความเหมาะสมซึ่งสามารถประเมินจากอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า บริเวณที่ปวด อาการร่วม เช่น อาการปวดอาการร้าวลงแขน ความยากง่ายของท่าบริหาร

2. เสนอให้ศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับฤๅษีตัดต้นเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าและการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบ่า

3. เสนอให้ศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบรรเทาอาการปวดในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น อาการปวดหลัง เป็นต้น

4. เสนอให้ศึกษาการบริหารร่างกายแบบมณีเวชกับฤๅษีตัดต้น ในกลุ่มอาชีพ อายุและกลุ่มอาสาสมัครที่มีความหลากหลายเพิ่มมากขึ้น เพื่อวิเคราะห์ผลการทดลองว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่

### รายการอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). *ขยับกายสบายชีวิด้วยการบริหารแบบไทย ฤๅษีตัดตนพื้นฐาน 15 ท่า*. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2560). *ตลาดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2560). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย.
- ชนนิษฐ์ ลิ้มสกุล. (ม.ป.ป.). *Myofascial pain syndrome*.  
[https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388\\_571\\_2/Myofascial\\_pain\\_syndrome/index.html](https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388_571_2/Myofascial_pain_syndrome/index.html)
- ชนิกานต์ ชำนิศาสตร์. (2562). *ประสิทธิผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชต่ออาการปวดประจำเดือนระดับปฐมภูมิในวัยรุ่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต๗. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- นภดล นิงสานนท์. (2561). *ตำรา มณีเวช เปลี่ยนกระบวนทัศน์+ปรับกระบวนความคิด สร้างสมดุลชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา.
- นภดล นิงสานนท์. (2554). *มณีเวชเพื่อชีวิตง่าย ๆ สบาย ๆ*. วารสารมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 3, 1-12.
- ปราณี ใจกาศ. (2560). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายฤๅษีตัดตนต่อความอ่อนตัว คุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชญ์ สุนทรปิยะพันธ์. (2553, มีนาคม). *ปวดคอ บ่า ไหล่ ปัญหายอดฮิตของมนุษย์ออฟฟิศ* (ซินโดรม). [https://www.phyathai.com/article\\_detail/3054/th/](https://www.phyathai.com/article_detail/3054/th/)
- วรรณมา ศรีโรจนกุล. (2557). *Pain*. <https://www.si.mahidol.ac.th/anesth/undergrad/>
- วรศิลป์ ดีสุรกุล. (2563, มิถุนายน). *รู้ทันอาการปวด รู้แนวทางการรักษา*.  
<https://www.synphaet.co.th/>
- วิทวัส สิทธิวัชรพงศ์ และวิจิตร บุญยะโทตระ. (2558). *ประสิทธิผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวชเพื่อลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานในกลุ่มพนักงานออฟฟิศ Effectiveness of Maneevej Exercise for Reducing Work Related Musculoskeletal Syndrome in Office Workers*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

- วิไลลักษณ์ สุกใส, โสภิตา สุขสวัสดิ์ และสถาพร สัตย์เชื้อ. (2562). ผลของการออกกำลังกายท่าฤๅษีตัด  
ต้นต่ออาการปวดต้นคอและองศา การเคลื่อนไหวคอของผู้ป่วยโรคคอมปลายประสาทสัญญาณ  
4 หลัง. *Thammasat Medical Journal*, 19, 106-115.
- วิโรจน์ มิตรานนท์, ประเสริฐ มีรัตน์, ดวงฤทัย เขื่อดวงค์เจริญสุข, อาตุลย์ มีพูล., . . . สมใจ อภิเศกต  
กานต์. (2553). *กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์ Human anatomy*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์. (2563). การบริหารแขนท่าประสิทธิ์ไทยประยุกต์ (มณีเวช) 4 ท่า ร่วมกับการ  
ปรับกายศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลหนองคายที่มีอาการปวดคอและบ่า. *วารสาร  
การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(2), 232-243.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2557, กันยายน). *ออกกำลังกายเวลาไหนดีที่สุด*.  
<https://www.hsri.or.th/people/media/exercise/detail/5793>
- สถาบันปรับโครงสร้างร่างกาย อริยะ. (ม.ป.ป.). *ปวดบ่า ปวดสะบัก ปวดไหล่*.  
<https://www.ariyawellness.com/knowledge/voice-from-your-body/warn-from-body-3-55/>
- สรายุช มงคล, ผกาวลี พุ่มสุทัศน์ และรัตนภรณ์ ช้อนเปี้ยยุ่ง. (2560). ความน่าเชื่อถือและความ  
เที่ยงตรงของ โคนิโอมิเตอร์อาศัยแรงโน้มถ่วงแบบดัดแปลง และ hand-held inclinometer  
ในการวัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่. *Journal of Associated Medical Sciences*, 50(3),  
566-575.
- สุวภัทร บุญเรือน. (2564). ผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการออกกำลังกาย ด้วยท่ากาย  
บริหารมณีเวชของผู้ป่วยโรค Office Syndrome โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม.  
*Journal of Nursing and Education*, 14(1), 91-105.
- ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสุกุมิวิท. (ม.ป.ป.). *ปวดคอ ปวดไหล่*.  
<https://www.sukumvithospital.com/healthcontent.php?id=44>
- อารยา องค์เอี่ยม และพงษ์ธรรมา วิจิตเวชไพศาล. (2561). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.  
*วิสัยทัศน์สาร*, 44(1), 36-42.
- อลิษา แสงพุ่ม, ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ, ปาริฉัตร พรหมโสดา, อนันต์ชัย ทิศกระโทก., . . .  
ภูวดินทร์ นาคินทร์ชาติ. (2562). *การศึกษาประสิทธิผลการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้น  
ต่อการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อคอ Education effects of Ruesi Danton exercise on  
movement of neck muscles*. การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3  
“GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2019. (หน้า 921-927).

อภิชาติ อัครวมงคลกุล. (2553, ตุลาคม). *การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี*.

<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=398>

อำนาจ ถิฐาพันธ์. (2554, พฤศจิกายน). *ความปวด Pain : Concept & mechanism*.

<https://ascannotdo.wordpress.com/tag/ชนิดของความปวด/>

Netinbag.com. (ม.ป.ป.). *Goniometer คืออะไร*.

<https://www.netinbag.com/th/technology/what-is-a-goniometer.html>

