

การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ
ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ณิพนธ์ ชัยชนะชูเชิด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2559

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

.....ณิชนัน ไซชนะชูเชิด.....

นางสาวณิชนัน ไซชนะชูเชิด

ผู้วิจัย

..........

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรินทร์ กิตติพิชัย,

วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

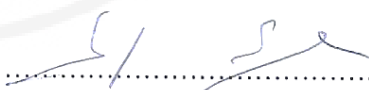
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..........

รองศาสตราจารย์อาภาพร เผ่าวัฒนา,

Ph.D. (Nursing)

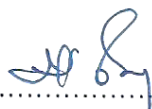
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..........

รองศาสตราจารย์รุ่งระวี เต็มศิริกัญกุล,

วท.ม. (เภสัชศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..........

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มธุรส ทิพยมงคลกุล,

Ph.D. (Epidemiology)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

..........

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร นัชฌิมวงศ์,

Ph.D. (Air Quality Assessment)

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ
ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

.....ฉันทนา ไชยชนะชูใจ.....

นางสาวฉันทนา ไชยชนะชูใจ

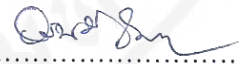
ผู้วิจัย

..........

รองศาสตราจารย์อุทัย โสธนะพันธุ์,

Ph.D. (Pharmaceutical Chemistry
and Natural Products)

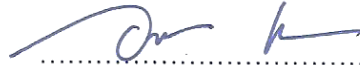
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัตน์ กิตติพิชัย,

วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

รองศาสตราจารย์อภาพร เผ่าวัฒนา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

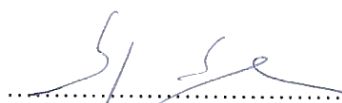
..........

รองศาสตราจารย์ประยูร ฟองสถิตย์กุล,

Ph.D. (Environmental Engineering)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

..........

รองศาสตราจารย์รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล,

วท.ม. (เภสัชศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D. (Air Quality Assessment)

รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัช กิตติพิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์อาภาพร เผ่าวัฒนา และรองศาสตราจารย์รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งท่านได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย รวมทั้งช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งให้กำลังใจเสมอมา

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์อุทัย โสธนะพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เจริญ ตรีศักดิ์ เกษักรพินิต ชินสร้อย และ ดร.ตภาพร ไม้สน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานอย่างดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ยุทธพงษ์ ศรีมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น และนางสาววาสนา ชำนาญอักษร หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอวังน้ำเย็น เจ้าหน้าที่ทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความช่วยเหลือในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลในชุมชน และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามด้วยความตั้งใจ

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัว ที่เปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ จนสามารถจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ณิพนธ์ ชัยชนะชูเชิด

การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอบางน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
USE OF MEDICINAL PLANTS IN PRIMARY HEALTH CARE AMONG THE ELDERLY
IN WANG NAM YEN DISTRICT, SA KAEU PROVINCE

นิชมน ชัยชนะชูเชิด 5836458 PHMP/M

ศ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิรัช กิตติพิชัย, วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
อาภาพร เผ่าวัฒนา, Ph.D. (NURSING), รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, วท.ม. (เภสัชศาสตร์)

บทคัดย่อ

นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมุ่งหวังให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอบางน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 261 คน การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจากแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ อัตราส่วนโอกาส และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเท่ากับร้อยละ 49.8 โดยใช้ในอาการกลากเกลื่อนมากที่สุด พืชสมุนไพรส่วนใหญ่ถูกใช้ได้อย่างถูกต้อง แต่มีเพียงร้อยละ 26.0 ที่ถูกใช้ด้วยวิธีการที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐานและเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (Adj. OR = 7.00, 95%CI = 3.33-14.62) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก (Adj. OR = 3.25, 95%CI = 1.65-6.40) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท (Adj. OR = 2.21, 95%CI = 1.20-4.09) และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (Adj. OR = 2.15, 95%CI = 1.11-4.16) โดยสมการทำนายสามารถจำแนกการใช้พืชสมุนไพรฯ ได้ถูกต้องร้อยละ 77.8

จากผลการศึกษาจึงควรส่งเสริมให้มีการปลูกสมุนไพรในชุมชนอย่างแพร่หลาย เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงพืชสมุนไพร สร้างเครือข่ายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเพื่อเพิ่มการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรให้มากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : สมุนไพร / สาธารณสุขมูลฐาน / ผู้สูงอายุ / การแพทย์แผนไทย / การรักษาดตนเอง

USE OF MEDICINAL PLANTS IN PRIMARY HEALTH CARE AMONG THE ELDERLY IN WANG NAM YEN DISTRICT, SA KAEO PROVINCE

NICHAMON CHAICHANACHUCHIRD 5836458 PHMP/M

M.P.H.

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D. (APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), ARPAPORN POWWATTANA, Ph.D. (NURSING), RUNGRAVI TEMSIRIRIRKKUL, M.Sc. (PHARMACEUTICAL SCIENCES)

ABSTRACT

The policy and strategic direction of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine expects people to have knowledge and understanding in using medicinal plants for self-care. The purpose of this cross-sectional study was to examine the use of medicinal plants in primary health care and the related factors among the elderly. The sample was 261 people aged 60 years and over living in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province. Data collection was done through interviewing and a questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Odds Ratio and multiple logistic regression.

The research findings revealed that the proportion of the elderly using medicinal plants in primary health care was 49.8%. 69.6% of the participants used them on skin fungal infection. Each part of the medicinal plants was mostly used in an appropriate way; however, only 26.0% were used corresponding with the suggested methods for primary health care. After controlling for the effects of all other variables, the predictors of the use of medicinal plants in primary health care were the access to medicinal plants in primary health care (Adj. OR = 7.00, 95%CI = 3.33-14.62), acquaintances' use of medicinal plants in primary health care (Adj. OR = 3.25, 95%CI = 1.65-6.40), family members' and relatives' use of medicinal plants in primary health care (Adj. OR = 2.21, 95%CI = 1.20-4.09) and knowledge about medicinal plants in primary health care (Adj. OR = 2.15, 95%CI = 1.11-4.16). The predicting model correctly classified 77.8%.

The findings led to the recommendations that promoting the growing of plants to increase the access, setting up family and community network to share the experience in herbal usage, and also giving knowledge about medicinal plants in primary health care should be done to promote the use of medicinal plants.

KEY WORDS: MEDICINAL PLANT / PRIMARY HEALTH CARE / ELDERLY / THAI TRADITIONAL MEDICINE / SELF-MEDICATION

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	7
1.6 ตัวแปรการวิจัย	7
1.7 นิยามปฏิบัติการ	7
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
2.1 ผู้สูงอายุ	12
2.2 พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	18
2.3 แนวคิดในการศึกษาการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก	27
2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
3.1 รูปแบบการวิจัย	45
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	49
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	50
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ	52
4.2 การใช้และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	56
4.3 ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสพการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ	89
4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	94
4.5 ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	97
4.6 ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม	102
4.7 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	102
บทที่ 5 การอภิปรายผล	105
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	118
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	127
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	141
รายการอ้างอิง	155
ภาคผนวก	162
ภาคผนวก ก พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการ พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน	163
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	181
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	182
ภาคผนวก ง การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	194
ประวัติผู้วิจัย	195

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ และตัวอย่างจำแนกตามรายตำบล	47
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคล	53
4.2	พฤติกรรมสุขภาพ	55
4.3	การใช้พืชสมุนไพร	56
4.4	วัตถุประสงค์หลักของการใช้พืชสมุนไพรในกลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐาน	57
4.5	เหตุผลการใช้พืชสมุนไพรในกลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	57
4.6	เหตุผลของการไม่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	58
4.7	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยใน 5 กลุ่มอาการ ในงานสาธารณสุขมูลฐาน	59
4.8	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไอ ระคายคอ	61
4.9	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคกระเพาะอาหาร	63
4.10	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด	65
4.11	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องผูก	67
4.12	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องเดิน	69
4.13	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน	71
4.14	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการปวดฟัน	72
4.15	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเบื่ออาหาร	73
4.16	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการขัดเบา	74
4.17	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการกลากเกลื่อน	75
4.18	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการชันนะตุ	77
4.19	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	78
4.20	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาฝี แผลพุพอง	79
4.21	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาแมลงสัตว์กัดต่อย	80
4.22	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาลมพิษ	81

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.23	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเริ่ม งูสวัด	83
4.24	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก	84
4.25	พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาไข้	86
4.26	ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	89
4.27	ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจำแนกตามรายข้อ	90
4.28	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	91
4.29	ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ในกลุ่มผู้ตอบถูก	91
4.30	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ	92
4.31	การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐรายข้อ	92
4.32	การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	93
4.33	แหล่งเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	93
4.34	การรับรู้ระดับสุขภาพและประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร สำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และคนรู้จัก	94
4.35	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็นและ ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพร สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	96
4.36	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman Rank ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	98
4.37	ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	100
4.38	โอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	101
4.39	สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	103

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัยการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ของผู้สูงอายุในอำเภอน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว	11
2.1	กรอบแนวคิดในการศึกษาการใช้บริการการแพทย์ผสมผสาน และการแพทย์ทางเลือกของ Lorenc A. และคณะ	30

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกมีแนวโน้มว่าจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จากปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 524 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8 ของประชากรโลก จะเพิ่มเป็น 1,500 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2593⁽¹⁾ มีความชัดเจนว่าโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดนิยามของสังคมผู้สูงอายุคือ สังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 14 และหากสัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากร จะเรียกว่าสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่⁽²⁾ การที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นเป็นการบ่งชี้ได้อย่างหนึ่งว่าเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข แต่หากมองในมุมผลกระทบด้านสุขภาพจะพบว่า ประชากรสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽³⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุโดยการสำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติพบว่า สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 14.9⁽³⁾ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583⁽⁴⁾ ดังนั้นหากไม่มีการเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยอาจต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคมและความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ข้อมูลบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 – 2553 พบว่ารายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยต่อคนต่อปี เท่ากับ 6,142 บาท คิดเป็นประมาณร้อยละ 2 ของ GDP โดยกลุ่มวัยที่มีการใช้บริการทางสุขภาพมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุ และมีการคาดประมาณว่า ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.2 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 3.25 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2574 เนื่องจากปัจจัยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์

ค่ายา และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต แต่หากมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และสามารถทำให้ประชาชน มีสุขภาพดีได้จริง การใช้บริการทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังลดลง จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.03 ของ GDP⁽⁵⁾

ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยได้บ่อยๆ ทั้งการเจ็บป่วยเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อาการท้องอืดท้องเฟ้อ ท้องผูก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ค้นตามผิวหนัง ปวดข้อและกล้ามเนื้อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ⁽⁶⁾ มีการศึกษาพบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการซื้อยารับประทานเองมากที่สุด กล่าวคือมากกว่าร้อยละ 50 ของการซื้อยาทั้งหมด ก่อปรกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อยที่สุด ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้⁽⁷⁾ ทั้งนี้อาการเจ็บป่วยหลายอาการ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ สามารถรักษาและป้องกันได้โดยการใช้พืชสมุนไพรในครัวเรือนที่มีความปลอดภัย มีการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า การใช้สมุนไพรสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ⁽⁸⁾ การศึกษาในไต้หวันพบว่า การใช้ยาสมุนไพรสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้⁽⁹⁾ ที่ผ่านมามีบทความการใช้สมุนไพรค่อนข้างสูงในหลายประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศจาเมกา พบว่าร้อยละ 80.6 ของผู้ใหญ่มีการใช้สมุนไพร⁽¹⁰⁾ ประเทศอียิปต์ พบคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.9 มีการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยการใช้สมุนไพรเป็นวิธีการใช้ที่พบสูงสุดประมาณร้อยละ 52 และกลุ่มที่มีการใช้มากที่สุดคือกลุ่มอายุ 45 – 70 ปี⁽¹¹⁾ การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้พบว่า ร้อยละ 71.3 ของผู้ใหญ่มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งกลุ่มที่มีการใช้มีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ โดยผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติรวมทั้งสมุนไพรเป็นรูปแบบที่มีการใช้สูงสุดถึงร้อยละ 58.8 และร้อยละ 82.6 เป็นการใช้ด้วยตนเอง⁽¹²⁾ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2556 มีการสำรวจการใช้สมุนไพรในประชาชนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปพบว่า มีประชาชนเพียงร้อยละ 21.9 รู้จักและเคยใช้สมุนไพร⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้กลุ่มที่พบการใช้สูงสุดคือผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 47.8 รายงานว่าเคยใช้สมุนไพรในการรักษาและดูแลสุขภาพตนเอง⁽¹⁴⁾

ประเทศไทยมีภูมิปัญญาการรักษาโรคหรือที่เรียกว่า “การแพทย์แผนไทย” โดยการใช้สมุนไพรนั้นเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคที่ได้รับความนิยมมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ด้วยความหลากหลายทางชีวภาพทำให้ไทยมีพืชสมุนไพรที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาโรคหลากหลายชนิด ก่อปรการส่งเสริมจากภาครัฐที่มีนโยบายให้มีการใช้สมุนไพรอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม โดยกำหนดเป็น

หนึ่งในนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ. 2558 – 2559 คือมุ่งหวังให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีการคัดเลือกรักษาสมุนไพรและยาจากสมุนไพรที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการรักษา และป้องกันโรค เพื่อนำมาใช้ในการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรทั้งในสถานพยาบาลและการสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁵⁾

การสาธารณสุขมูลฐานคือ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับทุกคนและสามารถเข้าถึงบุคคลและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง เป็นระบบบริการที่เสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่จัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน⁽¹⁶⁾ โดยสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นพืชที่ส่งเสริมให้ปลูกเพื่อใช้เป็นประจำในครัวเรือน เพื่อการรักษาตามกลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น เนื่องจากมีความปลอดภัยในการใช้ค่อนข้างสูง⁽¹⁷⁾ จากการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล⁽¹⁸⁾ พบว่าการใช้สมุนไพรในครัวเรือนสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากถึง 4 เท่า ทั้งยังช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ปัจจุบันมีพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งสิ้น 61 ชนิด แบ่งตามการรักษาของระบบร่างกายได้ 5 ระบบ คือ ระบบทางเดินอาหาร มี 8 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร ท้องผูก ท้องอืดท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ท้องเสีย พยาธิลำไส้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอและระคายเคืองจากเสมหะ ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ขับเบา ระบบผิวหนัง ได้แก่ กลากเกลื้อน ชันนะตุ แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ผิแพ้พุพอง แมลงสัตว์กัดต่อย ลมพิษ ริมฝีปาก และระบบอื่นๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ เกล็ดขี้ดออก ไข้ และเหา การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ “สมุนไพร” นั้น มีการให้นิยามที่ค่อนข้างกว้างและไม่มีการจำแนกระหว่างยาจากสมุนไพรที่ส่งเสริมให้มีการใช้ในสถานพยาบาล และสมุนไพรที่ส่งเสริมให้มีการใช้ในชุมชน หรือที่เรียกว่า “สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งสมุนไพรทั้งสองประเภทมีวิธีการและข้อควรระวังในการใช้ที่แตกต่างกัน รวมถึงความสามารถในการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐที่แตกต่างกันด้วย ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาที่ผ่านมา และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Lorenc A. และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้เสนอกรอบแนวคิดในการศึกษาการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิด Andersen's sociobehavioral model ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่วนผลักดันให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการใช้บริการสุขภาพของบุคคล และปัจจัยด้านความจำเป็น (Need factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

รับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถรับรู้ได้ทั้งจากตนเองและการประเมินจากบุคคลอื่น และเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพเป็นปัจจัยกลุ่มที่ 4 เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านนี้มีผลต่อการใช้บริการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกค่อนข้างมาก จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร และการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลและมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรและการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดตามแนวคิดของ Lorenc A. และคณะ ดังนี้ ปัจจัยนำ เช่น อายุ^(10, 12, 20, 21) เพศ^(10, 12, 22) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ^(23, 24) ความรู้^(12, 25, 26) และทัศนคติ^(24, 26) ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้⁽²⁷⁻²⁹⁾ การเข้าถึงบริการ^(28, 30, 31) การมีบุคลากร/แหล่งวัตถุดิบในพื้นที่^(25, 32) ปัจจัยด้านความจำเป็น เช่น การรับรู้ระดับสุขภาพ^(12, 21, 31, 33) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน^(28, 34-36) และประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ เช่น การใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกของคนในครอบครัว^(25, 37)

จังหวัดสระแก้วมีวิสัยทัศน์ในการเป็นศูนย์กลางการแพทย์แผนไทยระดับชาติภายใน พ.ศ. 2559 และมีการดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบการแพทย์แผนไทย โดยมีโรงพยาบาลวังน้ำเย็นเป็นโรงพยาบาลนำร่อง⁽³⁸⁾ การส่งเสริมการใช้สมุนไพรได้ถูกกำหนดเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง อำเภอวังน้ำเย็นเป็นอำเภอที่มีโรงพยาบาลต้นแบบการแพทย์แผนไทย และผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 7,918 ราย⁽³⁹⁾ คิดเป็นร้อยละ 18.78 ของประชากร ซึ่งจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในการศึกษาการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ โดยการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Lorenc A. และคณะ ซึ่งศึกษาปัจจัยกำหนด 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ ผลการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนนโยบายเพื่อการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีสถานะทางสุขภาพที่ดี และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศต่อไปในอนาคต

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 สัดส่วนการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว เป็นเท่าใด และมีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรอย่างไร

1.2.2 ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

1.2.3 ปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อหาสัดส่วนการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

2) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

4) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

5) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความจำเป็น ได้แก่ การรับรู้ระดับสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

6) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครัวเรือนกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

7) เพื่อหาปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

1.4 สมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้กำหนดสมมติฐานการวิจัยจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

3) ปัจจัยด้านความจำเป็น ได้แก่ การรับรู้ระดับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

4) ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

5) ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพ สามารถทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

1.5 ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

1.6 ตัวแปรการวิจัย

1.6.1 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระที่จะนำมาใช้ในการศึกษามี 4 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

- 1) ปัจจัยนำ มี 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
- 2) ปัจจัยสนับสนุน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
- 3) ปัจจัยด้านความจำเป็น มี 1 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ระดับสุขภาพ
- 4) ปัจจัยด้านประสพการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ประสพการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสพการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก

1.6.2 ตัวแปรตาม

การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

1.7 นิยามปฏิบัติการ

การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การนำผลผลิตหรือยาที่ได้จากพืชทั้งสดและแห้ง โดยที่ยังไม่ได้ผ่านการผสมปรุงหรือแปรรูป มาผ่านหรือไม่ผ่านกระบวนการต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการบรรเทาอาการเจ็บป่วย และบำบัดรักษาโรคใน 5 ระบบตามกลุ่มอาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบผิวหนัง และระบบอื่นๆ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามชนิดให้เลือกรับตอบจาก 3 ตัวเลือก คือ ใช้เคยใช้ และไม่ใช้ โดย

- ใช้ หมายถึง มีการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในช่วงระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่เก็บข้อมูล หรือ ไม่มีการใช้ในช่วงระยะเวลา 1 ปี แต่มีแนวโน้มว่าจะใช้อยู่

- เคยใช้ หมายถึง ไม่มีการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในช่วงระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่เก็บข้อมูล และไม่มีแนวโน้มว่าจะใช้อีก

- ไม่ใช้ หมายถึง ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การนำพืชสมุนไพรมาใช้เพื่อบรรเทาอาการหรือบำบัดโรค เมื่อตนเองเกิดความเจ็บป่วยตามอาการในงานสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างสอดคล้องตามที่ระบุในหนังสือหนังสือสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁷⁾ และหนังสือสารานุกรมสมุนไพรไทย เล่ม 1 สมุนไพรสวนสิริรุกชาติ⁽⁴⁰⁾ โดยพิจารณาในด้านชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ วิธีการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพและแหล่งที่มาของสมุนไพร การศึกษาที่ใช้แบบตรวจสอบรายการที่ประกอบด้วยข้อมูลชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ วิธีการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพและแหล่งที่มาของพืชสมุนไพร ผู้ตอบคือผู้ที่ใช้และเคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยผู้ที่ตอบแตกต่างไปจากข้อมูลอ้างอิงในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

อายุ หมายถึง อายุจำนวนปีเต็มของผู้สูงอายุนับถึงวันเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเติมข้อความสั้นๆ

เพศ หมายถึง ความเป็นชายหรือหญิงที่ถูกกำหนดโดยสรีระร่างกายของบุคคลนั้นๆ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีว่าเป็นผลมาจากพฤติกรรมของตนเอง การประเมินใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) และเห็นด้วยน้อย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ โดยนำคะแนนรวมมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีว่าเป็นผลมาจากโชคชะตา หรือความบังเอิญ การประเมินใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) และเห็นด้วยน้อย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ โดยนำคะแนนรวมมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือระดับสูง (ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การจำได้นึกได้ในเรื่องราวเกี่ยวกับพืชสมุนไพร ประกอบด้วยชนิดและส่วนที่ใช้เป็นยาของพืชสมุนไพรสรรพคุณของพืชสมุนไพร วิธีการใช้พืชสมุนไพร และข้อควรระวังในการใช้พืชสมุนไพร การประเมินใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ หากตอบตรงกับคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน โดยนำคะแนนรวมมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ความพอเพียงของรายได้ หมายถึง การประเมินเปรียบเทียบระหว่างรายได้และค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น พอเพียงมีเงินเก็บ พอเพียงไม่มีเงินเก็บ และไม่พอเพียง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนด

การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ หมายถึง ความสามารถในการใช้บริการสุขภาพของบุคคลในหน่วยบริการของรัฐระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลชุมชน โดยพิจารณาใน 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ การประเมินใช้ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) และเห็นด้วยน้อย (1) โดยนำคะแนนรวมมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือระดับง่าย (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับยาก (น้อยกว่าร้อยละ 60)

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากแหล่งที่รวมของพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานทั้งจากสถานที่ และบุคคล ได้แก่ สมุนไพรในครัวเรือน เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน แหล่งธรรมชาติ/พื้นที่สาธารณะ และตลาด การประเมินใช้ข้อคำถามชนิดมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ สะดวกที่สุด (3) สะดวกเล็กน้อย (2) และไม่สะดวก (1)

การรับรู้ระดับสุขภาพ หมายถึง การประเมินระดับสุขภาพโดยรวมของตนเอง โดยใช้ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก (5) ดี (4) ปานกลาง (3) ไม่ดี (2) และไม่ดีมาก (1)

ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท หมายถึง การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยไม่นับรวมการใช้เป็นอาหารของบุคคลในครอบครัวที่อยู่รวมในบ้านเดียวกัน หรือมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด

โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบจาก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก หมายถึง การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยไม่นับรวมการใช้เป็นอาหารของคนรู้จัก โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบจาก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน และโรคเรื้อรังมากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งหลายอาการสามารถป้องกัน และรักษาด้วยการใช้พืชสมุนไพรซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยและมีความปลอดภัย ดังนั้นหากสามารถส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้ประชาชนมีสถานะทางสุขภาพที่ดีและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศต่อไปในอนาคต ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเป็นตัวแปรตามในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Lorenc A. และคณะ⁽¹⁹⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และจำแนกตัวแปรอิสระออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยด้านความจำเป็น ประกอบด้วย การรับรู้ระดับสุขภาพ และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัว และญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก โดยตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รายละเอียดแสดงในรูปภาพที่ 1.1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



รูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ
ในอำเภอน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุ

2.2 พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

2.3 แนวคิดในการศึกษาการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ⁽⁴¹⁾ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป แต่ในขณะเดียวกันประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศนั้น ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าคือผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงอายุที่บุคคลมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับสวัสดิการต่างๆ ทางสังคม ดังนั้นความหมายของผู้สูงอายุในปัจจุบัน จึงยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นกับบริบททาง สังคมที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจากรายงานเรื่องสูงวัยในศตวรรษที่ 21 ของกองทุน ประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงลักษณะ ของโครงสร้างประชากรในปัจจุบันที่มีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อการให้คำนิยามของ ผู้สูงอายุเช่นกัน โดยพบว่าในช่วงประมาณ ค.ศ. 1900 อายุคาดเฉลี่ยของประชากรคือ 45 – 50 ปี แต่ในปัจจุบัน อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้วเพิ่มสูงถึง 80 ปี และหากมองใน บริบททางสังคมนั้น การให้คำนิยามของผู้สูงอายุก็มีความเกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของ บทบาทและกิจกรรมทางสังคมต่างๆ การมีความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ลดลง รวมทั้งการมี แนวโน้มที่จะเจ็บป่วยหรือพิการสูงขึ้นร่วมด้วย

Weber P.⁽⁴²⁾ กล่าวว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย พฤติกรรม และความสามารถในกระบวนการรับรู้ต่างๆ โดยจะมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หรือหากมองในบริบททางสังคม อาจหมายถึงช่วงวัยหลังเกษียณ ทั้งนี้ผู้สูงอายุยังแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 65 – 74 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 75 – 84 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป)

สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล⁽⁴³⁾ ให้นิยามผู้สูงอายุโดยอ้างอิงตามอายุทางชีววิทยา อายุทางสังคม และอายุตามวัยหรืออายุตามปฏิทิน ซึ่งนิยามของผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการในแต่ละประเทศมักเกิดขึ้นเมื่อมีการกำหนดระบบสวัสดิการให้แก่คนกลุ่มนี้ โดยพิจารณาจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการมีความสามารถในการทำงานที่ลดลง ดังนั้นนิยามของผู้สูงอายุจึงมักหมายถึงช่วงอายุหลังวัยเกษียณ สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับนิยามของ สุจิตรา ผลประไพ⁽⁶⁾ และพัชร วรศุข⁽⁴⁴⁾ ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ด้วยเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในด้านร่างกายจะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง กล่าวคือประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ จะเสื่อมถอยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ

จากนิยามข้างต้นนิยามของผู้สูงอายุ ยังไม่มีเกณฑ์การแบ่งที่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นกับอายุทางชีววิทยา อายุทางสังคม อายุตามปฏิทินและบริบทของสังคมนั้นๆ โดยการศึกษาที่กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป)

2.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การสูงอายุ เป็นศาสตร์สาขาหนึ่งที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชราของมนุษย์ โดยนักทฤษฎีสาขาต่างๆ ได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการชรา แต่ก็ยังไม่มีศาสตร์แขนงใดที่สามารถอธิบายกระบวนการชราได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ในปัจจุบันทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายกระบวนการสูงอายุ เรียกว่า ทฤษฎีการสูงอายุ (Theories of aging) โดยผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ พันธุกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจัดเป็นปัจจัยภายนอก และได้เสนอแนวคิดเพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการของความชรา โดยแบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 กลุ่มคือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา⁽⁴⁵⁾ ดังนี้

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับโมเลกุลและเซลล์ โดยทฤษฎีกลุ่มนี้ ยังแบ่งย่อยออกเป็น 3 ทฤษฎี ได้แก่⁽⁴⁶⁾

1) ทฤษฎีความชราระดับเซลล์ (Cellular aging theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อยดังนี้

1.1) Programme aging theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงยีนว่าเป็นกลไกสำคัญของความชรา โดยเชื่อว่าโครโมโซมและเซลล์ในร่างกายทั่วไปสามารถแบ่งเซลล์ได้ในจำนวนครั้งที่จำกัด กล่าวคือยีน Telomere ซึ่งเป็นกลุ่มสารพันธุกรรมที่อยู่บนตำแหน่งปลายสุดของโครโมโซมลดลงมากเท่าใด ความสามารถในการแบ่งเซลล์ก็จะยิ่งลดลงเท่านั้น ซึ่งความยาวของ Telomere นั้นจะลดลงเรื่อยๆ ตามอายุที่มากขึ้น

1.2) Somatic mutation theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงโอกาสในการเกิดการผ่าเหล่า (Mutation) ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นการเกิดการผ่าเหล่า จึงอาจเป็นสาเหตุของความชราได้ โดยพบว่ายิ่งอายุมากขึ้น ความสามารถในการซ่อมแซมของ DNA จะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไมโทคอนเดรียซึ่งเป็นแหล่งสร้างพลังงานที่สำคัญของเซลล์

1.3) Protein error catastrophe theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความผิดพลาดในการสร้าง DNA, RNA และเอนไซม์ที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยจะมีโอกาสขยายตัวในวงกว้าง และเป็นต้นเหตุของความชราได้

1.4) Cross-linkage theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความผิดปกติของการเชื่อมโยงว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA โดยมีการศึกษาพบว่าการเข้าจับที่เกิดขึ้นกับ DNA จะส่งผลให้อายุของสัตว์ทดลองสั้นลง ซึ่งความผิดปกตินี้สามารถเกิดได้ทั้งกับ DNA ในโครโมโซม โปรตีนต่างๆ ในนิวเคลียสและไซโตพลาสซึมของเซลล์

1.5) Glycation theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการที่น้ำตาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำตาลกลูโคสในรูปอัลดีไฮด์เข้าจับกับโปรตีนที่อยู่บนนอกเซลล์โดยไม่อาศัยการทำงานของเอนไซม์ จะทำให้ได้สาร Advanced Glycation End product (AGE) ซึ่งส่งผลให้เกิดการเสื่อมของโปรตีน และมีผลต่อภายในเซลล์ นอกจากนี้บริเวณที่เกิด Glycation จะเกิดการเชื่อมโยงของโปรตีนและกรดนิวคลีอิกได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้เกิดโอกาสในการผ่าเหล่าของ DNA สูงขึ้นตามไปด้วย และนำไปสู่ความชราในที่สุด

2) ทฤษฎีความชราระดับสิ่งมีชีวิต (Organism aging theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อยดังนี้

2.1) Wear and tear theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นระบบเปิด และจะปรากฏความเสื่อมหรือความบกพร่องอย่างต่อเนื่อง สิ่งมีชีวิตที่มีความสามารถในการซ่อมแซมตนเองได้ จะมีชีวิตที่ยืนยาว แต่เมื่อสิ่งมีชีวิตไม่สามารถซ่อมแซมตนเองได้ก็จะนำไปสู่การเกิดกระบวนการชรา

2.2) Accumulation or waste product theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความชราว่าเกิดจากการสะสมของสารที่เป็นของเสียหรือเป็นพิษเนื่องจากร่างกายไม่สามารถกำจัดออกได้ โดยในปัจจุบันเชื่อว่าสารเหล่านี้เกิดจากการทำลายของคัพประกอบภายในเซลล์โดยเซลล์เอง ซึ่งปัจจุบันสารนี้ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดความเสื่อมของเซลล์เนื่องจากวัย

2.3) Rate of living theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอายุขัยของสิ่งมีชีวิตว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราของเมแทบอลิซึม โดยพบว่าระดับเมแทบอลิซึมจะแปรผกผันกับอายุขัยของสิ่งมีชีวิต

2.4) Pacemaker theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงระบบในร่างกายว่า เมื่ออายุมากขึ้นระบบบางอย่างในร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงและเป็นตัวเร่งให้เกิดความชรา โดยระบบร่างกายที่ได้รับความสนใจในการศึกษานั้นคือระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันและตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบภูมิคุ้มกันและระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ แยกเป็นทฤษฎีเฉพาะ ได้แก่ (1) Immune theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายว่า เมื่ออายุมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งภูมิคุ้มกันระดับเซลล์จะลดลง และมีพฤติกรรมของ Autoimmunity เพิ่มขึ้น (2) Neuroendocrine theory เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมอง ว่าเป็นสาเหตุให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย

3) ทฤษฎีอื่นๆ (Other theories) เป็นทฤษฎีที่มีความเกี่ยวเนื่องในทฤษฎีความชราระดับเซลล์ และระดับสิ่งมีชีวิต แต่ถูกจำแนกออกมาต่างหาก เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่น่าสนใจและมีความซับซ้อน นั่นคือ ทฤษฎีวิวัฒนาการ และทฤษฎีร่างกายชั่วคราว

3.1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความชราว่า เป็นลักษณะของวิวัฒนาการในสองลักษณะคือ ความชราเป็นลักษณะเด่นของการมีชีวิตยืนยาว ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อความพร้อมและวิวัฒนาการ ส่วนลักษณะที่สองนั้นมองว่าความชราเป็นลักษณะเด่นของการกำจัดเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุยืนยาวจนก่อให้เกิดประโยชน์ได้น้อยและไม่พร้อมในการวิวัฒนาการต่อไป

3.2) ทฤษฎีร่างกายชั่วคราว (Disposable soma theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความชราว่าเกิดจากการสะสมความผิดพลาดในการสร้างสารต่างๆ โดยเชื่อว่าถ้าสิ่งมีชีวิตสามารถที่จะแก้ไขความผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเพียงพอ จะไม่เกิดความชราหรือเกิดน้อย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จำเป็นต้องใช้พลังงานปริมาณมาก ในขณะที่เดียวกันสิ่งมีชีวิตก็ต้องมีการเจริญเติบโตและสืบพันธุ์ พลังงานบางส่วนจึงถูกใช้ไปในกระบวนการเหล่านี้ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ตลอดไป ร่างกายจึงเกิดความเสื่อม ความชราและเสียชีวิตในที่สุด

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory)

เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุเกิดจากการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสต่างๆ ร่วมด้วย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าทฤษฎีการสูงอายุที่ใช้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการชราของมนุษย์ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายมนุษย์ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคม โดยพบว่าไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยหลากหลายทฤษฎีในการอธิบายประกอบกัน

2.1.3 การใช้ยาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ โดยจากรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาในโรงพยาบาลศิริราชพบว่า ผลไม่พึงประสงค์จากยาเกิดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33 ของรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องมาจาก⁽⁷⁾

1) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ส่งผลให้ระดับยาและการตอบสนองต่อยาของผู้สูงอายุแตกต่างจากกลุ่มวัยที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1) การดูดซึมยา ผู้สูงอายุมีความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง พื้นที่ในการดูดซึมยาลดลงและการไหลเวียนของเลือดไปที่ลำไส้ลดลง ส่งผลให้การดูดซึมยาต่างๆ ลดลงตามไปด้วย

1.2) การกระจายยา ผู้สูงอายุจะมีเนื้อเยื่อไขมันและปริมาตรการกระจายตัวของยาที่ละลายในไขมันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระยะครึ่งชีวิตของยาที่ละลายในไขมันเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่ปริมาตรน้ำในร่างกายและปริมาตรการกระจายตัวของยาที่ละลายในน้ำลดลง ส่งผลให้ความเข้มข้นของระดับยาที่ละลายในน้ำเพิ่มขึ้น

1.3) เมแทบอลิซึม ผู้สูงอายุจะมี First pass metabolism ลดลง ซึ่งมีผลทำให้ Bioavailability ของยาบางตัวเพิ่มขึ้น ประกอบกับ Oxidative metabolism ที่ต่ำลง ส่งผลให้ระยะครึ่งชีวิตของยาที่ผ่านกระบวนการนี้เพิ่มขึ้น

1.4) การกำจัดยา ผู้สูงอายุ มีเลือดที่ไปเลี้ยงไตและอัตราการกรองที่ไตลดลง ส่งผลให้ระยะครึ่งชีวิตของยาที่ขับทางไตยาวนานขึ้น

2) สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเพิ่มขึ้น

3) ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิด ส่งผลให้มีโอกาสได้รับยาหลายขนานพร้อมกัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับโรค หรือปฏิกิริยาระหว่างยาได้ง่าย

4) โอกาสการแปลผลลักษณะทางคลินิกของแพทย์เกิดความผิดพลาดได้ง่าย เนื่องจากในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงบางชนิดเกิดขึ้นได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายเนื่องจากความชรา และจากพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำมาสู่การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่ไม่จำเป็น

5) ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการมองเห็นและการได้ยิน หรือมีภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้สูงอายุได้ง่าย

6) ผู้สูงอายุมักมีอาการเจ็บป่วยหลายอาการในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้แพทย์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ยาก นำมาสู่การวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้

7) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการใช้ยาสมุนไพรหรือยาที่จัดหามาด้วยตนเอง มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยากับยาแผนปัจจุบันได้⁽⁴⁷⁾ เช่น

7.1) ไบอะแก๊ว และ Aspirin สามารถก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก โรคความดันเลือดสูงได้

7.2) กระเทียม และ NSAIDS เมื่อใช้ร่วมกันจะเพิ่มฤทธิ์การต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด

7.3) มะขามแขก และ Thiazides/Digitalis/Corticosteroids การใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานอาจทำให้สูญเสียโพแทสเซียม จึงมีผลต่อการใช้ยา Digitalis และ Antiarrhythmic agents

7.4) อะเซมเตส และ Thiazides/Digitalis/Corticosteroids ก่อให้เกิดการสูญเสียโพแทสเซียม เพิ่มความไวต่อยา Digitalis และเพิ่มฤทธิ์ของ Corticosteroids

7.5) ขมิ้น และ Antiplatelet drugs ทำให้มีโอกาสดูดออกง่ายและแข็งตัวช้า

7.6) จิง และ Antiplatelet drugs ทำให้มีโอกาสดูดออกง่ายและแข็งตัวช้า

7.7) ว่านหางจระเข้ และ Digoxin เพิ่มโอกาสในการเกิดผลข้างเคียงของ Digoxin เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ การมองเห็นผิดปกติ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงซึม และหากใช้ร่วมกับ Thiazides/Corticosteroids/Theophylline อาจทำให้เพิ่มการขับออกของโพแทสเซียม สามารถทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว และใจเต้นระริก

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระและการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยและได้รับยามากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อยาที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อย และมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ

2.2 พิษสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

2.2.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

คำประกาศอัลมาอะตา^(อ้างใน 16) ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับทุกคนและสามารถเข้าถึงบุคคลและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง โดยการสาธารณสุขมูลฐานจัดเป็นแกนกลางสำคัญของระบบสุขภาพ และถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ ถือเป็นระบบบริการที่เสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ทั้งนี้งานสาธารณสุขมูลฐานจำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุข

ของรัฐในการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้การศึกษา ต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบ หลักของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 ประการ ได้แก่

- 1) การให้การศึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อย
- 2) การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น
- 3) การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- 4) การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- 5) การจัดหายาที่จำเป็น
- 6) การส่งเสริมให้มีอาหารที่เพียงพอและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
- 7) การรักษาพยาบาลขั้นต้นอย่างง่าย
- 8) การจัดหา น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล

2.2.2 ความหมายของสมุนไพรและยาสมุนไพร

สมุนไพร

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁽⁴⁸⁾ ให้นิยามของสมุนไพร ว่าเป็น ผลิตภัณฑ์จากพืช สัตว์ และแร่ธาตุ ที่นำมาใช้เป็นยา หรือนำไปผสมกับสารอื่นตามตำรับยา เพื่อใช้รักษาโรค บำรุงร่างกาย หรือใช้เป็นยาพิษ

วิทยา ป่องอมรกุล⁽⁴⁹⁾ กล่าวว่า สมุนไพรคือยาที่ได้จากพืชชนิดใด สัตว์ หรือแร่ธาตุที่ไม่ได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ ส่วนพืชสมุนไพรหมายถึง ส่วนต่างๆ ของพืช เช่น ราก ใบ ดอก ผล ที่นำมาตากแห้งหรือใช้สดเพื่อใช้เป็นยา และพืชสมุนไพรบางชนิดถูกนำมาใช้เป็นอาหารและเครื่องเทศ สอดคล้องกับนิยามของ ธนาพล พุททวงศ์ และบุญศรี นุเกตุ⁽⁵⁰⁾ ส่วนอัจฉรา แผลมทอง⁽⁵¹⁾ ได้ให้นิยามของสมุนไพรในมุมมองที่กว้างออกไป คือหากมองในมุมด้านพฤกษศาสตร์ สมุนไพร หมายถึงพืชมีเมล็ดที่ไม่มีแก่นไม้ ช่วงชีวิตสั้นโดยจะตายเมื่อสิ้นสุดฤดูกาล เพาะปลูก แต่หากมองในด้านอาหาร สมุนไพร หมายถึงเครื่องเทศหรือพืชผักที่ใช้ปรุงแต่งกลิ่นและรสของอาหาร และหากมองในด้านยา สมุนไพร หมายถึงยาที่มาจากพืชและมีสรรพคุณในการรักษาโรคหรือบำรุงร่างกาย

ยาสมุนไพร

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁽⁴⁸⁾ ให้คำจำกัดความ ยาสมุนไพร คือ ยาที่ได้จากพืชวัตถุ สัตว์วัตถุ หรือธาตุวัตถุ ซึ่งไม่ได้มีการผสม ปรุง หรือแปรสภาพ

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2522⁽⁵²⁾ ให้คำจำกัดความของคำว่า ยาสมุนไพร คือ ยาที่ได้จากพืช สัตว์ และแร่ธาตุที่ยังไม่ได้ผ่านการผสม ประจุ หรือแปรรูป

อัครกร อ่วมสวัสดิ์⁽⁵³⁾ กล่าวว่า ยาสมุนไพรตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 คือ ยาที่ได้จากพืช สัตว์ หรือแร่ธาตุที่ยังไม่ได้ผสม ประจุ หรือแปรรูป เช่น การนำไปสกัดของพืชมาเคี้ยวหรือคั้นน้ำเพื่อรับประทาน หรือการนำกัมมะถันมาบดผง

ยาจากสมุนไพร

ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2549⁽⁵⁴⁾ กล่าวว่า คณะกรรมการยา มีมติเห็นชอบให้แบ่งยาจากสมุนไพรออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

1) ยาแผนโบราณ (Traditional drug) หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณ ขนาด และวิธีใช้ที่เป็นองค์ความรู้สืบทอดต่อกันมา โดยผ่านการผสม ประจุ แปรรูปแล้ว เป็นยาที่มุ่งมาใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคศาสตร์ซึ่งอยู่ในตำรายา หรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนโบราณ

2) ยาจากสมุนไพรแผนโบราณ (Modified traditional drug) หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณ ขนาด และวิธีใช้ที่เป็นองค์ความรู้สืบทอดต่อกันมา และมีการพัฒนารูปแบบยา (Dosage form)

3) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน (Herbal medicine) ยาจากสมุนไพรที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาจากยาแผนโบราณด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และมีตัวยาสำคัญอยู่ในลักษณะสารสกัดกึ่งบริสุทธิ์ (Semi-purified compounds)

4) ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ (New drugs) หมายถึงยาจากสมุนไพรที่ผ่านการวิจัยพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จนได้ตัวยาสำคัญอยู่ในลักษณะสารสกัดบริสุทธิ์ (Purified substance) ทราบสูตร โครงสร้างชัดเจน

ยาพัฒนาจากสมุนไพร

ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2549⁽⁵⁴⁾ คณะอนุกรรมการพิจารณาการขึ้นทะเบียนตำรับยาพัฒนาจากสมุนไพร ได้แบ่งยาพัฒนาจากสมุนไพรเป็น 4 ประเภทได้แก่

1) ยาแผนไทยประยุกต์ หมายถึง ยาแผนไทยที่มีการพัฒนารูปแบบสูตรตำรับ วิธีการผลิต ที่นอกเหนือจากหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของยาแผนโบราณ

2) ยาแผนเดิมประยุกต์ หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่เป็นไปตามองค์ความรู้ดั้งเดิม ที่อยู่นอกเหนือจากยาแผนไทย เช่น มีการพัฒนารูปแบบ สูตรตำรับ วิธีการผลิต หรือมีวิธีการใช้ที่นอกเหนือจากยาตามหลักเกณฑ์ที่เป็นตำรับยาแผนโบราณทั่วไป

3) ตำรับยาสมุนไพรเดี่ยว หมายถึง ยาที่มีการประยุกต์สมุนไพรเดี่ยวมาพัฒนาเป็นตำรับยา ที่ไม่ได้รวมอยู่ในยาแผนโบราณทั่วไป

4) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน หมายถึง ยาสำเร็จรูปที่ประกอบด้วยสารสำคัญจากสมุนไพร ที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน

จากนิยามดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าสมุนไพร และยาที่มีความเกี่ยวข้องกับสมุนไพร นั้นแบ่งย่อยได้หลายประเภทและมีคำจำกัดความที่แตกต่างกัน ทั้งนี้การศึกษานี้ได้กำหนดคำจำกัดความของสมุนไพรว่าคือ ผลผลิตหรือยาที่ได้จากพืชทั้งสดและแห้ง โดยที่ยังไม่ได้ผ่านการผสมปรุง หรือแปรรูป มีวัตถุประสงค์การใช้เพื่อบำรุงร่างกาย บรรเทาอาการเจ็บป่วยและบำบัดรักษาโรคในมนุษย์ ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาหรือผลผลิตที่ได้จากสัตว์และแร่ธาตุ ยาจากสมุนไพร และยาพัฒนาจากสมุนไพร

2.2.3 พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

หนึ่งในองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การรักษาพยาบาลขั้นต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกพืชสมุนไพรจำนวน 61 ชนิด ที่มีการรับรองว่าใช้แล้วไม่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนใช้ในการบรรเทาอาการเจ็บป่วย และรักษาโรคในเบื้องต้น จำแนกตามกลุ่มโรคและอาการได้ 5 กลุ่ม ดังนี้⁽⁵⁵⁾

ระบบทางเดินหายใจ

สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการไอและระคายคอจากเสมหะ ได้แก่ จิง คีปี้ลี เพกา มะขาม มะขามป้อม มะนาว มะแว้งเครือ มะแว้งต้น

ระบบทางเดินอาหาร

1) สมุนไพรที่ใช้รักษาโรคกระเพาะอาหาร ได้แก่ กล้วยน้ำว่า ขมิ้นชัน
2) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ได้แก่ กระจาย กระจยม กระจวาน กระจทือ กระเพรา กานพลู ขมิ้นชัน ข่า จิง คีปี้ลี ตะไคร้ พริกไทย มะนาว เหว่ หัวหมู

3) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการท้องผูก ได้แก่ ขี้เหล็ก คุน ขุมเห็ดเทศ ขุมเห็ดไทย มะขาม มะขามแขก แมงลัก

4) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการท้องเดิน ได้แก่ กล้วยน้ำว่า ทับทิม ฝรั่ง ฟ้ายะลาโยร มังคุด สิวัดเหนื่อ

5) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ จิง ขอบ้าน

6) สมุนไพรที่ใช้รักษาโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ พักทอง มะเกลือ มะหาด
เล็บมีอนาง

7) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการปวดฟัน ได้แก่ แก้ว ข่อย ผักคราด

8) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการเบื่ออาหาร ได้แก่ จี่เหล็ก บอระเพ็ด
มะระจีนก สะเดาไทย

ระบบทางเดินปัสสาวะ

สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการขัดเบา ได้แก่ กระเจียนแดง ขลุ่ ตะไคร้
สับปะรด หญ้าคา อ้อยแดง

ระบบผิวหนัง

1) สมุนไพรที่ใช้รักษากลากเกลื้อน ได้แก่ กระเทียม ข่า ชุมเห็ดเทศ
ทองพันชั่ง พลู

2) สมุนไพรที่ใช้รักษาชันนะตุ ได้แก่ มะคำดีควาย

3) สมุนไพรที่ใช้รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้แก่ บัวบก มะพร้าว
ว่านหางจระเข้

4) สมุนไพรที่ใช้รักษาฝี แผลพุพอง ได้แก่ ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ เทียนบ้าน
ฟ้าทะลายโจร ว่านมหากาฬ ว่านหางจระเข้

5) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการแพ้ อักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย ได้แก่
ขมิ้นชัน ตำลึง ผักบุ้งทะเล พญาขอ เสดดพังพอน

6) สมุนไพรที่ใช้รักษาลมพิษ ได้แก่ พลู

7) สมุนไพรที่ใช้รักษาจูสวัด เริม ได้แก่ พญาขอ

ระบบอื่นๆ

1) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการเคล็ดขัดยอก ได้แก่ ไพล

2) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ จี่เหล็ก

3) สมุนไพรที่ใช้รักษาอาการไข้ ได้แก่ บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร

4) สมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเหา ได้แก่ น้อยหน่า

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่าพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
คือพืชสมุนไพรที่ใช้สำหรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นใน 5 ระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร
ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบผิวหนัง และระบบอื่นๆ ประกอบด้วย
พืชสมุนไพรจำนวน 61 ชนิด การสาธารณสุขมูลฐานจัดเป็นระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่
จัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนได้ในเบื้องต้น

2.2.4 การใช้พืชสมุนไพร

วิทยา ปองอมรกุล⁽⁴⁹⁾ กล่าวว่า การใช้สมุนไพรเป็นภูมิปัญญาเฉพาะของท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษา บรรเทาอาการ เสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันโรคหรือเป็นอาหาร ซึ่งการใช้พืชสมุนไพรเป็นยารักษาโรคนั้นควรใช้อย่างถูกต้อง มิเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ โดยการใช้สมุนไพรมีหลักการดังนี้

1) ใช้ให้ถูกต้อง ควรมีการตรวจสอบชื่อและลักษณะเด่นของสมุนไพร ก่อนนำมาใช้ประโยชน์ เนื่องจากพืชแต่ละชนิดมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นและพืชหลายชนิดมีชื่อพ้อง ทั้งนี้บางชนิดมีฤทธิ์เป็นยา บางชนิดมีฤทธิ์เป็นพิษ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดได้

2) ใช้ให้ถูกส่วน ต้องรู้ว่าพืชชนิดนั้นๆ ใช้ส่วนใดเป็นยา เช่น ราก ต้น ใบ ดอก ผล หรือทั้งต้น (ทั้งห้า) เนื่องจากแต่ละส่วนของพืชมีฤทธิ์ และสรรพคุณทางยาที่แตกต่างกัน

3) ใช้ให้ถูกขนาด ควรใช้ในปริมาณที่เหมาะสม การใช้ในปริมาณที่น้อยเกินไป อาจทำให้ไม่ได้ประสิทธิภาพการรักษา ในขณะที่การใช้ในปริมาณที่มากเกินไปอาจก่อให้เกิดอันตรายได้

4) ใช้ให้ถูกวิธี ต้องรู้ว่าสมุนไพรชนิดใดใช้สด หรือแห้ง หรือต้องผ่านกรรมวิธีใดก่อนใช้เพื่อลดฤทธิ์หรือฆ่าฤทธิ์หรือไม่ หากใช้ไม่ถูกวิธีอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือเกิดพิษได้

5) ใช้ให้ถูกกับโรค ต้องรู้ว่าสมุนไพรใดควรใช้กับโรคใด โดยพิจารณาตามรสชาติ 9 รส ได้แก่ รสฝาด รสหวาน รสมัน รสเค็ม รสเปรี้ยว รสขม รสเมาเบื่อ รสเผ็ดร้อน รสหอมเย็น เช่น ผู้ที่มีอาการท้องร่วง ควรให้ยารสฝาด

พร้อมจิต สรลัมพ์⁽⁴⁰⁾ กล่าวว่า การใช้สมุนไพร คือกระบวนการปรุงยาที่จะช่วยให้สามารถใช้ประโยชน์จากสมุนไพรได้สะดวกขึ้น โดยวิธีการปรุงยาตามตำราเวชศึกษาได้ระบุไว้ 25 วิธี ดังนี้

- 1) ตำเป็นผงแล้วปั้นเป็นลูกกลอน
- 2) ตำเป็นผง บดละเอียดแล้วละลายน้ำกระสายดื่ม
- 3) ต้มรินน้ำดื่ม
- 4) ดองด้วยน้ำหรือสุรา แล้วรินดื่ม
- 5) แห่หรือกัด้วยเหล้า แล้วเจือจางด้วยน้ำดื่ม
- 6) เผาเป็นค่าง แห่น้ำ แล้วรินน้ำดื่ม
- 7) เผา ทำเป็นผง ละลายน้ำดื่ม

- 8) กลั่นเอาน้ำเหงื่อคั้น
- 9) ประสมห่อผ้า เอาไว้ใช้ดม
- 10) ตำผงกวนให้ละเอียด ใส่กลี้งเป่าทางจมูกและลำคอ
- 11) หุงเป็นน้ำมัน ใส่กลี้งเป่าที่ปากแผล
- 12) ประสมแล้วโรยในไฟ เอาควันเป่าที่ปากแผล
- 13) ประสมแล้วมวนสูบ
- 14) ต้มเอาน้ำอม
- 15) ต้มเอาน้ำอาบ
- 16) ต้มเอาน้ำแช่
- 17) ต้มเอาน้ำชะ
- 18) ต้มเอาไอน้ำรม
- 19) สุม
- 20) พอก
- 21) ทา
- 22) ประคบ
- 23) เหน็บทวาร
- 24) สวนทวาร
- 25) จี้ฝัง ปิดแผล

ทั้งนี้สำหรับประชาชนทั่วไป วิธีการปรุงยาที่สะดวกและมีการใช้บ่อยคือ

- 1) ยาต้ม เป็นวิธีที่ง่ายที่สุด โดยใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและสมุนไพรแห้ง เหมาะสำหรับสมุนไพรที่สารสำคัญละลายในน้ำได้ ซึ่งระยะเวลาที่ต้มขึ้นกับชนิดของสมุนไพร แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือต้มพอเดือด ต้มเคี่ยว และต้มเคี่ยว
- 2) ยาขง เป็นวิธีที่สะดวก เหมาะสำหรับสารสำคัญที่ละลายในน้ำได้ เช่นเดียวกับยาต้ม แต่สารสำคัญจะถูกสกัดออกมาได้น้อยกว่า ใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและแห้ง
- 3) ยาดองเหล้า เหมาะสำหรับสมุนไพรที่สารสำคัญละลายน้ำได้น้อย มักใช้กับสมุนไพรแห้ง ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ที่แพ้แอลกอฮอล์ ควรหลีกเลี่ยงเนื่องจากอาจเกิดอันตรายได้
- 4) ยาลูกกลอน เป็นวิธีที่ยุ่งยาก เหมาะสำหรับยาที่มีกลิ่นและรสที่ไม่พึงประสงค์ หรือสมุนไพรที่มีสารสำคัญที่ละลายน้ำได้ยาก หรือเมื่อต้องการเก็บไว้รับประทานเป็นระยะเวลานาน

การใช้สมุนไพรจัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ Gochman⁽⁵⁶⁾ ได้ให้นิยามของพฤติกรรมสุขภาพ คือการกระทำที่แสดงออกเป็นแบบแผน และมีการกระทำเป็นนิสัยเพื่อขจัดไว้ซึ่งสุขภาพ ช่อมแซมสุขภาพ หรือส่งเสริมสุขภาพ โดยพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นลักษณะประจำของบุคคลที่เป็นผลมาจากความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ ความรู้ ความรู้สึก และบุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้นๆ พฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ด้าน คือ

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยมุ่งเน้นไปที่บุคคลที่ยังไม่เจ็บป่วย โดยหมายรวมถึงการกระทำตามคำแนะนำของแพทย์และกิจกรรมอื่นๆ เช่น การนอน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเคารพกฎจราจรและกฎหมาย

2) พฤติกรรมเมื่อเกิดความไม่สบาย เป็นการแสวงหาการดูแล หรือการช่วยเหลือเนื่องจากความไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง

3) พฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อป่วย เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการวินิจฉัยโดยตนเองหรือจากบุคคลอื่นก็ได้ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพในด้านการฟื้นฟูสภาพ และการแสวงหาผู้บำบัดหรือการบำบัดที่เป็นทางเลือกอื่นๆ ด้วย

4) พฤติกรรมสุขภาพของสังคม เป็นการออกกฎหมายหรือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคนหมู่มาก

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานคือ การนำผลิตภัณฑ์หรือยาที่ได้จากพืชทั้งสดและแห้ง โดยที่ยังไม่ได้ผ่านการผสมปรุง หรือแปรรูป มาผ่านหรือไม่ผ่านกระบวนการต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการบรรเทาอาการเจ็บป่วย และบำบัดรักษาโรคใน 5 ระบบ ตามกลุ่มอาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบผิวหนัง และระบบอื่นๆ

ด้วยการใช้สมุนไพรพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีวิธีการใช้ที่หลากหลาย การศึกษานี้จึงให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการใช้ด้วย โดยกำหนดนิยาม พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานหมายถึง การนำพืชสมุนไพรมาใช้เพื่อบรรเทาอาการหรือบำบัดโรคเมื่อตนเองเกิดความเจ็บป่วยตามอาการในงานสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างสอดคล้องตามที่ระบุในหนังสือหนังสือสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁷⁾ และหนังสือสารานุกรมสมุนไพรไทย เล่ม 1 สมุนไพรสวนสิริรุกษชาติ⁽⁴⁰⁾ โดยพิจารณาในด้านชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ วิธีการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพและแหล่งที่มาของสมุนไพร การศึกษานี้ใช้แบบตรวจสอบรายการที่ประกอบด้วยข้อมูลชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ วิธีการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพและแหล่งที่มาของพืชสมุนไพร

วิธีการวัดการใช้สมุนไพร และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร พบว่ามีการวัด 2 รูปแบบ คือ การวัดการใช้สมุนไพรในรูปแบบสัดส่วนการใช้ โดยวัดจากแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวัดในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา แล้วจึงถามพฤติกรรม การใช้เกี่ยวกับชนิดสมุนไพร วิธีการใช้ ที่มาของสมุนไพร แหล่งข้อมูล การใช้ได้ถูกต้องตามส่วน และสรรพคุณของพืช เป็นต้น เช่นการศึกษาของ Sumngern C. และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่า ร้อยละ 97.4 ของผู้สูงอายุมีการใช้สมุนไพร พฤติกรรมการใช้ส่วนใหญ่เป็นการใช้สมุนไพรในท้องถิ่น และมีการใช้ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน โดยเชื่อว่าการใช้สมุนไพรสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย รักษาโรค บรรเทาอาการเจ็บป่วย และช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยในกลุ่มนี้พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เลือกใช้สมุนไพรทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันประมาณร้อยละ 17

การศึกษาของ Delgoda R. และคณะ⁽²⁹⁾ พบว่าร้อยละ 80.6 ของผู้ใหญ่ และร้อยละ 75.6 ของเด็กมีการใช้สมุนไพร โดยพฤติกรรมการใช้เป็นการใช้ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เนื่องจากเชื่อว่าการใช้สมุนไพรและยาแผนปัจจุบันนั้นไม่ก่อให้เกิดอันตราย และเชื่อว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันเพียงลำพังนั้นไม่เพียงพอต่อการรักษา

Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในผู้ใหญ่ พบว่าร้อยละ 71.3 มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งกลุ่มที่มีการใช้มีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ โดยผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติรวมทั้งสมุนไพรเป็นรูปแบบที่มีการใช้สูงสุดถึงร้อยละ 58.8 โดยร้อยละ 82.6 เป็นการใช้ด้วยตนเอง

Seedhom AE. และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกในกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าร้อยละ 32.9 มีการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยการใช้สมุนไพรเป็นวิธีการใช้ที่พบสูงสุดประมาณร้อยละ 52 และกลุ่มที่มีการใช้มากที่สุด คือกลุ่มอายุ 45 – 70 ปี ทั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลมาจากครอบครัวและเพื่อน

การศึกษาของอรุณพร อธิรัตน์ และเพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย⁽⁵⁷⁾ เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานในชนบทของภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 รู้จักและเคยใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน และศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้องตามคู่มือการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องของชนิดสมุนไพร ส่วนของสมุนไพรที่ใช้ และวิธีการใช้สมุนไพร พบว่ามีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ที่มีความรู้และสามารถใช้สมุนไพรได้อย่างถูกต้อง

ส่วนการวัดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอีกรูปแบบหนึ่งเป็นการวัดโดยใช้มาตรประมาณค่า การศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นโดยมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 28 ข้อ

ใช้มาตรวัด 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 – 112 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นชนิดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.95 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเท่ากับ 58.78 เมื่อแบ่งระดับพฤติกรรม การปฏิบัติพบว่า ร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽³⁰⁾ ที่พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ นำมาจัดกลุ่มโดยการกำหนดค่าพิสัยหารด้วยจำนวนระดับเป็นสามระดับคือ สูง ปานกลาง ต่ำ และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.95 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 67.3 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองในระดับสูง

สำหรับการศึกษานี้ กำหนดวิธีการวัด การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้แบบสอบถามชนิดให้เลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก คือ ใช้ เคยใช้ และไม่ใช่ และถามเพิ่มเติมถึง เหตุผลการใช้และวัตถุประสงค์การใช้อีก 5 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน 1 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ สะดวกที่สุด (3) สะดวกเล็กน้อย (2) และไม่สะดวก (1)

สำหรับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ใช้แบบตรวจสอบรายการที่ประกอบด้วยข้อมูลชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ วิธีการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพและแหล่งที่มาของสมุนไพร โดยอ้างอิงตามข้อมูลในหนังสือสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁷⁾ และหนังสือสารานุกรมสมุนไพรไทย เล่ม 1 สมุนไพรสวนสิริรุกษชาติ⁽⁴⁰⁾ โดยผู้ตอบคือผู้ที่ใช้และเคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน การตีความคือผู้ที่มีคำตอบแตกต่างไปจากข้อมูลอ้างอิงในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.3 แนวคิดในการศึกษาการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก

ในการศึกษาเรื่องการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วนั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่มีการนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก พบว่าไม่มีทฤษฎีที่กล่าวถึงการใช้สมุนไพร และการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกโดยตรง แต่เป็นลักษณะการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ซึ่ง Lorenc A. และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่มีการใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การแพทย์

ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก พบว่าทฤษฎีส่วนใหญ่ที่มีการนำมาใช้นั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1) แบบจำลองของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Health utilization model) ประกอบด้วย

1.1) Andersen's sociobehavioural model

1.2) Consumer decision-making model

2) แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior model) ประกอบด้วย

2.1) Health locus of control

2.2) Transtheoretical model

2.3) Theory of planned behaviour

2.4) The self-regulatory model

2.5) Braden's self-help model

จากการศึกษาพบว่าแนวคิดและทฤษฎีที่มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาจำนวนมาก และมีข้อเสนอแนะว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดคือ Andersen's sociobehavioural model ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยกล่าวว่าการใช้บริการทางสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนด 3 ปัจจัยคือ

1) ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่วนผลักดันให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส รวมทั้งความเชื่อ และค่านิยมด้านสุขภาพ

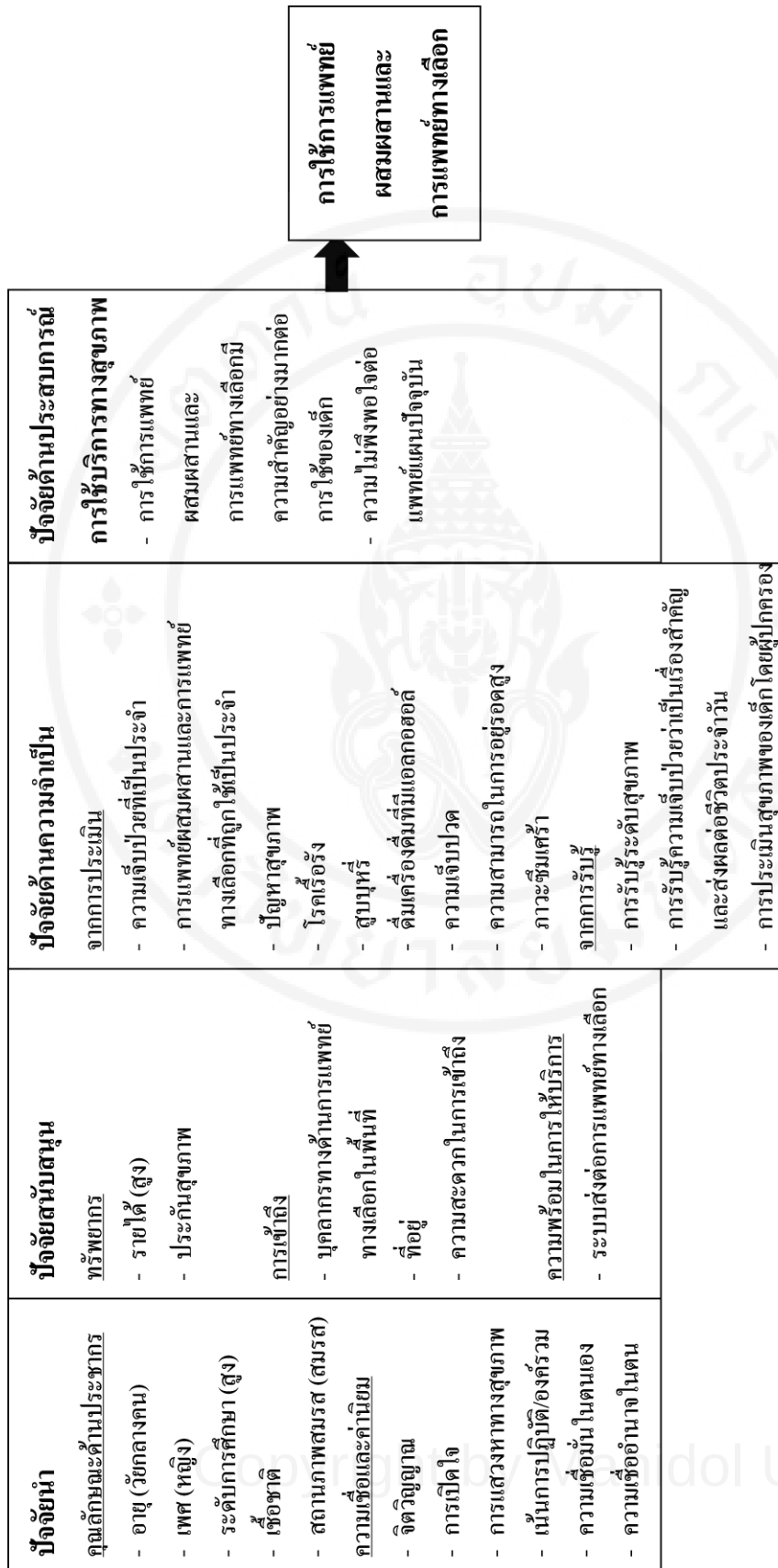
2) ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อต่อการใช้บริการสุขภาพของบุคคล เช่น รายได้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ ที่อยู่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และระบบการส่งต่อ

3) ปัจจัยด้านความจำเป็น หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่งสามารถรับรู้ได้ทั้งจากตนเองและการประเมินจากบุคคลอื่น เช่น โรคประจำตัว ความเจ็บป่วย อาการซึมเศร้า การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับรู้ระดับสุขภาพ

ทั้งนี้ Lorenc A. และคณะ ได้มีการดัดแปลงแนวคิด Andersen's sociobehavioural model เพื่อให้เหมาะสมต่อการศึกษาการแพทย์ผสมผสานและการทางเลือกมากขึ้น โดยเพิ่มเติมปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การการใช้บริการทางสุขภาพ เช่น การใช้บริการด้านการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และความพึงพอใจในการรับบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นปัจจัยกลุ่มที่ 4 เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านนี้มีผลต่อ

การใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกค่อนข้างมาก แนวคิดของ Lorenc A. และคณะสามารถสรุปได้ดังรูปภาพที่ 2.1

จากการทบทวนการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดของ Lorenc A. และคณะ ซึ่งประยุกต์มาจากพื้นฐานแนวคิดของ Andersen's sociobehavioural model มาใช้ในการศึกษารั้งนี้ เนื่องจากการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน เป็นวิธีการรักษารูปแบบหนึ่งในการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก โดยเป็นการรักษาพยาบาลขั้นต้นอย่างง่ายรูปแบบหนึ่งในการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นระบบบริการเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่จัดบริการในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน โดยเลือกใช้ปัจจัย 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสพการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ



รูปภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกของ Lorenc A. และ คณะ
 ได้รับมาจาก: Lorenc A, Ilan-Clarke Y, Robinson N, Blair M. How parents choose to use CAM: a systematic review of theoretical models. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2009.

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยดังกล่าวออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพ ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยนำกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยนำในการศึกษาประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รายละเอียดดังนี้

อายุ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁽⁴⁸⁾ ให้นิยามของคำว่าอายุ คือ เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ หรือช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงระยะเวลาที่กำหนดไว้ สำหรับการศึกษานี้ กำหนดอายุ หมายถึงจำนวนปีเต็มของบุคคล โดยนับตั้งแต่เกิดถึงวันเก็บข้อมูล ซึ่งใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเติมข้อความสั้นๆ

จากการศึกษาของ Picking D. และคณะ⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับความชุกของการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกด้วยตนเองหรือหมอพื้นบ้าน ซึ่งการใช้สมุนไพรเป็นหนึ่งในรูปแบบการรักษาดังกล่าว พบว่ากลุ่มที่มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้บริการ ($p < 0.001$) ในขณะการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี และการศึกษาของ Tait EM. และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า กลุ่มที่มีอายุมาก จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า อายุมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

เพศ

เพศ ในที่นี้คือเพศสรีระ หมายถึง ความเป็นชายหรือหญิงที่บ่งบอกโดยสรีระของร่างกาย โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

จากการศึกษาของ Picking D. และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า การใช้สมุนไพรเพียงตำพังพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่การใช้สมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันนั้นพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ($p = 0.02$) การศึกษาของ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าเพศหญิงมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่าเพศชาย ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Altizer KP. และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพร โดยพบการใช้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า เพศมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมตน⁽⁵⁸⁾ เป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยาซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ทำให้มนุษย์แต่ละคนมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป โดยแนวคิดนี้เป็นการบ่งบอกถึงระดับความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเองได้มากน้อยเพียงใด ถูกคิดค้นขึ้นโดย Rotter JB. นักจิตวิทยาในปี ค.ศ. 1966⁽⁵⁹⁾ กล่าวคืออำนาจควบคุมตนนั้น หมายถึงระดับความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับพลังอำนาจของตนเองในการควบคุมชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน โดยบุคคลใดมีการรับรู้ว่าการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นผลมาจากความพยายาม พฤติกรรมหรือคุณลักษณะนิสัยของตนเอง บุคคลกลุ่มนั้นจะได้อิทธิพลเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตน แต่หากบุคคลใดเชื่อว่าสิ่งตอบแทนที่ตนได้รับนั้น เป็นผลมาจากโชคชะตา ความบังเอิญ หรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอื่น จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งคนกลุ่มนี้มักจะปฏิเสธที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากเชื่อว่าตนเองไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งแนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการอธิบายได้ว่าเหตุใดคนบางกลุ่มจึงมีความกระตือรือร้นในวิถีชีวิตของตนเองมากกว่าคนกลุ่มอื่น แนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมตนมีพื้นฐานความคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) กล่าวคือเมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนเช่นเดิมหากเผชิญสถานการณ์ใหม่ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งหากผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความคาดหวัง จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่หากผลที่เกิดขึ้นเป็นไปในทาง

ตรงกันข้ามก็จะส่งผลให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้คนบางกลุ่มจะเชื่อว่าเป็นผลมาจากทักษะความสามารถของตนเอง ในขณะที่คนบางกลุ่มจะเชื่อว่าเป็นผลมาจากโชคชะตา

ต่อมา Strickland B.⁽⁵⁸⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนกับตัวแปรทางสุขภาพต่างๆ โดยพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนมักจะมีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน เนื่องจากคนกลุ่มนี้เชื่อว่าตนสามารถควบคุมภาวะสุขภาพของตนเองได้ และความเชื่อนี้นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้ เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

Rotter JB. ได้พัฒนาแบบวัดอำนาจควบคุมตนของบุคคลเรียกว่า Rotter's I-E Scales ลักษณะเป็นข้อคำถามคู่จำนวน 60 คู่ แต่ละคู่ประกอบด้วยข้อความที่บ่งบอกถึงความเชื่ออำนาจในตน และข้อความที่บ่งบอกถึงความเชื่ออำนาจนอกตน ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของตนเองมากที่สุด ซึ่งต่อมาข้อคำถามนั้นถูกตัดทอนให้เหลือ 23 ข้อและเพิ่มคำถามชนิดปลายเปิด 6 ข้อ เพื่อป้องกันการเกิดอคติจากผู้ตอบแบบสอบถาม แต่แบบวัดของ Rotter นั้นมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าในมิติเดียว ซึ่งยากที่จะนำมาใช้ในการทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพ Wallston KA. และ Wallston BS.⁽⁶⁰⁾ จึงได้พัฒนาเป็นแนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพขึ้นซึ่งหมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีว่าเป็นผลมาจากพฤติกรรมของตนเอง หรือเป็นผลมาจากโชคชะตา ความบังเอิญและบุคคลอื่น โดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ต่อมา Levenson H. ได้พัฒนาแบบวัดโดยแยกความเชื่ออำนาจภายนอกตนออกเป็น 2 กลุ่มคือความเชื่ออำนาจภายนอกตนจากโชคชะตา และความเชื่ออำนาจภายนอกตนจากความบังเอิญ ในท้ายที่สุด Wallston KA. และ Wallston BS. จึงได้รวม 2 แนวคิดนี้เข้าด้วยกันจนกลายเป็นแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพแบบหลายมิติ (MHLC scale) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ โดยมีข้อคำถามกลุ่มละ 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อโดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale ซึ่งในปัจจุบันมีทั้งหมด 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบ A สำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี และรูปแบบ B และ C สำหรับผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพดังนี้ การศึกษาของวาริ สันยาหะ⁽⁶¹⁾ พัฒนาแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพโดยปรับจากแบบวัดของประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็นความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 การศึกษาของสโรชา อยู่ยงสินธุ์⁽⁶²⁾ ได้แปลแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของ Wallston KA. และ Wallston BS. โดยตรง ประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน 6 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรการประเมิน 6 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.97 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.79

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ โดยแปลและปรับโดยตรงจากแบบสอบถาม The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC scale) ของ Wallston KA. และ Wallston BS. ซึ่งเลือกใช้ข้อคำถามในรูปแบบ A เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยเลือกมาเฉพาะ 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน จำนวน 4 ข้อ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ จำนวน 4 ข้อ รวม 8 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดมาตรประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) และเห็นด้วยน้อย (1) ในการตีความคะแนนจากการวัด ใช้การรวมคะแนนและนำคะแนนรวมมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง มีคะแนนรวมตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนรวม ร้อยละ 60 – 79 และระดับต่ำ มีคะแนนรวม น้อยกว่าร้อยละ 60

จากการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽²³⁾ พบว่าผู้ที่เห็นด้วยกับแนวความคิดที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของตนจะเป็นตัวกำหนดระยะเวลาการหายจากการเจ็บป่วย จะมีความตั้งใจในการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า ($p < 0.001$) การศึกษาของ McFadden KL. และคณะ⁽²⁴⁾ เกี่ยวกับอิทธิพลของทัศนคติที่มีผลต่อการใช้แพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อในพลังความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ จะมีแนวโน้มการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่าบุคคลที่เชื่อพลังภายนอก ($p = 0.007$)

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ซึ่งจะจำแนกเป็นความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความเชื่อควบคุมอำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

Bloom BS. และคณะ⁽⁶³⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ และได้แบ่งระดับของการเรียนรู้ออกเป็น 6 ระดับ เรียงลำดับจากขั้นพื้นฐานไปยังขั้นที่มีความซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ โดยความรู้ จัดเป็นการเรียนรู้ขั้นแรกของมนุษย์ ซึ่งหมายถึง การจำได้ถึงสิ่งต่างๆ หรือประสบการณ์ที่เคยเรียนรู้ผ่านมาในอดีต นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากสถานการณ์เดิมได้ สอดคล้องกับนิยามความรู้ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁽⁴⁸⁾ ที่ให้ความหมายของความรู้คือ สิ่งที่ได้มาจากการศึกษาเล่าเรียนหรือประสบการณ์ ผ่านทางการได้ยิน ได้ฟัง การคิด รวมทั้งการปฏิบัติ และแนวคิดของน้ำทิพย์ วิภาวิน⁽⁶⁴⁾ ที่กล่าวว่าความรู้คือสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ เป็นความสามารถในการระลึกได้ในสิ่งที่เรียนรู้มาแล้ว และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการตัดสินใจ และการปฏิบัติ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน คือ การรวบรวมความคิด หรือการจำได้ในสิ่งที่ได้เรียนรู้ หรือประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานซึ่งประกอบด้วยชนิด และส่วนที่ใช้เป็นยาของพืชสมุนไพร สรรพคุณของพืชสมุนไพร วิธีการใช้พืชสมุนไพร และข้อควรระวังในการใช้พืชสมุนไพร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ดังนี้ วิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ได้พัฒนาแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น โดยใช้ข้อคำถามปลายปิดจำนวน 36 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยหากตอบถูกจะให้ 1 คะแนน หากตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ซึ่งมีลักษณะเดียวกันกับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽³⁰⁾ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามชนิดเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽³²⁾ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรค ลักษณะเป็นข้อคำถามปรนัยจำนวน 20 ข้อ และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-21) มีค่าเท่ากับ 0.86

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวเกณฑ์การให้คะแนน หากตอบตรงกับคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ

ให้ 0 คะแนน ในการตีความคะแนนจากการวัดใช้การรวมคะแนนและนำคะแนนรวมมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง มีคะแนนรวมตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนรวม ร้อยละ 60 – 79 และระดับต่ำ มีคะแนนรวมน้อยกว่า ร้อยละ 60

จากการศึกษาของ วิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ($p = 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมเกียรติยศและคณะ⁽³⁰⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\%CI = 1.56 - 3.27$) การศึกษาของ Baek SM. และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ที่อ่านบทความเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำจะมีการใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ผสมผสานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่าน ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Araz A. และคณะ⁽²⁶⁾ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในประเทศตุรกีพบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก จะมีแนวโน้มในการใช้มากกว่า ($p < 0.001$) ในขณะที่การศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽³²⁾ พบว่าความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรรักษาโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

2.4.2 ปัจจัยสนับสนุนกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยสนับสนุนในการศึกษาประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รายละเอียดดังนี้

ความพอเพียงของรายได้

รายได้ คือ เงินจากการประกอบอาชีพ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของเงินเดือน ดอกเบี้ย เงินกู้ยืม หรือเงินฝากธนาคาร และเงินกำไรจากการค้าขาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ความพอเพียงของรายได้ หมายถึง การประเมินระหว่างรายได้เฉลี่ยและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นพอเพียงมีเงินเก็บ พอเพียงไม่มีเงินเก็บ และไม่พอเพียง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ

จากการศึกษาของ Sumngern C. และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริโภคยาสมุนไพรสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่พอเพียง ($p = 0.006$) และการศึกษาของ Barner JC. และคณะ⁽²⁸⁾ เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มแอฟริกัน อเมริกันพบว่าผู้ที่มีรายได้สูง มีแนวโน้มในการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า ($p = 0.016$) ส่วนการศึกษาของ Delgoda R. และคณะ⁽²⁹⁾ พบว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยรายสัปดาห์ของครอบครัวน้อย จะมีความชุกในการใช้ยาสมุนไพรสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้มาก ($p < 0.1$)

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ⁽⁶⁵⁾ หมายถึง การที่ประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพได้ตามความเหมาะสม โดยไม่มีอุปสรรคใดๆ ขัดขวาง คือเป็นการพิจารณาการใช้ประโยชน์จากสถานบริการ บุคลากร เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ประกอบด้วยการเข้าถึงด้านเศรษฐกิจ คือ ราคาไม่สูงจนเกินไป มีระยะทางใกล้ สามารถเดินทางไปรับบริการได้สะดวกทั้งในเรื่องเส้นทางการคมนาคมและยานพาหนะ การเข้าถึงด้านภาษา คือการที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สามารถสื่อสารภาษาเดียวกับผู้รับบริการ และการเข้าถึงด้านจิตใจ คือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความเข้าใจในวัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น

Penchansky R. และ Thomas JW.⁽⁶⁶⁾ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพว่า มีปัจจัยหลายกลุ่มที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพของบุคคล แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ คือ การเปรียบเทียบระหว่างชนิดและปริมาณการบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ใช้บริการ

2) การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ ความสามารถที่จะใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยพิจารณาในด้านสถานที่ตั้งและการเดินทาง เช่น ระยะทาง สภาพการเดินทาง ความเสี่ยงอันตรายในการเดินทาง

3) การอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ คือ การจัดระบบการอำนวยความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานบริการ เช่น การนัดหมาย การติดต่อสื่อสาร การให้บริการอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

4) ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ คือ ความสามารถของผู้รับบริการในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ หรือ การมีประกันสุขภาพต่างๆ

5) การยอมรับคุณภาพบริการ คือการยอมรับ ความเข้าใจ และการมีความรู้สึกที่ดีของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ

หน่วยบริการสุขภาพของรัฐ แบ่งตามระดับของการบริการได้ 3 กลุ่มคือ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คือหน่วยบริการที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้แก่ หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยในร่วมด้วย และหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ หน่วยบริการที่เป็นโรงเรียนแพทย์ หรือ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

สำหรับการศึกษานี้กำหนดการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ หมายถึง ความสามารถในการใช้บริการสุขภาพของบุคคลในหน่วยบริการของรัฐระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งพิจารณาใน 5 ปัจจัย ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ดังนี้ สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽³⁰⁾ ได้พัฒนาแบบวัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95 การศึกษาของดวงดาว ศรีวุฒิ⁽⁶⁷⁾ เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ได้ใช้แบบสอบถามของฟิลลิป เชียวแก้วในการเก็บข้อมูลการเข้าถึงบริการ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยข้อคำถามใน 5 ด้านคือ ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ จำนวน 7 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ จำนวน 8 ข้อ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ จำนวน 3 ข้อ และ ด้านการยอมรับในการใช้บริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความพอเพียงของบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ การอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือเห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) และเห็นด้วยน้อย (1) ในการตีความคะแนนจากการวัดใช้การรวมคะแนนและนำคะแนนรวมมาจำแนก

เป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับง่าย มีคะแนนรวมตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนรวมร้อยละ 60 – 79 และระดับยาก มีคะแนนรวมน้อยกว่า ร้อยละ 60

จากการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽³⁰⁾พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับต่ำ ($p < 0.001$) การศึกษาของ Barner JC. และคณะ⁽²⁸⁾พบว่าผู้ที่มีการไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขมากจะมีการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่ากลุ่มที่มีจำนวนครั้งของการไปพบแพทย์น้อย ($p < 0.016$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 57 – 85 ปีพบว่าผู้ที่มีการไปพบแพทย์สูงจะมีการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่า ($p < 0.001$)

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากแหล่งที่รวมของพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานทั้งจากสถานที่ และบุคคล ได้แก่ สมุนไพรในครัวเรือน เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน แหล่งธรรมชาติ/พื้นที่สาธารณะ และตลาด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการวัดเกี่ยวกับการเข้าถึงสมุนไพรดังนี้ สุกิจ ไชยชมพู่ และคณะ⁽³²⁾ ได้พัฒนาแบบวัดแหล่งสมุนไพรที่นำมาใช้ได้สะดวก โดยสอบถามแยกตามแหล่งสมุนไพรจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ร้านขายยาสมุนไพร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมอพื้นบ้าน ปลูกลงเอง ตลาดนัดใกล้บ้าน และหัวไร่ปลายนา ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง เข้าถึงสมุนไพรได้สะดวกที่สุด และ 1 หมายถึงเข้าถึงสมุนไพรได้น้อยที่สุด ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77 วิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ได้พัฒนาแบบวัดความสะดวกในการได้มาซึ่งสมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นเป็นข้อคำถามชุดหนึ่งในแบบวัดปัจจัยเอื้อต่อการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น มีจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรการประเมิน 4 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 – 56 คะแนน ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยวัดการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ข้อคำถามชนิดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยสมุนไพรในรั้วบ้าน เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน แหล่งธรรมชาติ/พื้นที่สาธารณะ และตลาด เกณฑ์การให้คะแนนคือ สะดวกที่สุด (3) สะดวกเล็กน้อย (2) และไม่สะดวก (1)

จากการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽³²⁾ พบว่าแหล่งสมุนไพรที่นำมาใช้ได้สะดวก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าความสะดวกในการได้มาซึ่งสมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ($p = 0.05$)

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

2.4.3 ปัจจัยด้านความจำเป็นกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยด้านความจำเป็นในการศึกษาประกอบด้วย 1 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ระดับสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

การรับรู้ระดับสุขภาพ

การรับรู้ระดับสุขภาพ⁽⁶⁸⁾ นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การรับรู้ระดับสุขภาพของคนบางกลุ่มอาจเกิดจากการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุอยู่ในวัยเดียวกับตน ในขณะที่คนบางกลุ่มอาจเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพของตนเองก่อนการเจ็บป่วย ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนหลักเกณฑ์ในการประเมินสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการอย่างรุนแรงจะมีการเรียนรู้ในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง หรือมีความคาดหวังทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เมื่อมีการประเมินการรับรู้ระดับสุขภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ที่มิสุขภาพแข็งแรง อาจพบความแตกต่างน้อยกว่าการประเมินระดับสุขภาพบนพื้นฐานหลักการทางการแพทย์

การวัดการรับรู้ระดับสุขภาพ มีรูปแบบของคำถามและคำตอบที่หลากหลาย แต่โดยส่วนใหญ่มักจะใช้รูปแบบการประเมินโดยใช้เพียงคำถามเดียว ซึ่งไม่มีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการถามที่แน่นอน อาจเป็นการถามในปัจจุบัน ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หรือเทียบกับช่วงระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วย และส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการถามโดยไม่มียุทธศาสตร์เปรียบเทียบ

แต่อย่างไรก็ตามผู้ตอบอาจถูกถามโดยให้เทียบระดับสุขภาพของตนเองกับกลุ่มเพื่อน เช่น ผู้ที่มีอายุเท่ากันหรือเจ็บป่วยด้วยโรคชนิดเดียวกัน ซึ่งมักจะวัดเป็นมาตรฐานค่า 4–5 ระดับ หรือบางครั้งนี้อาจใช้เป็น Visual analog scale ตั้งแต่ดีที่สุด ถึงแย่ที่สุด

มีการศึกษาเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ระดับสุขภาพโดยใช้รูปแบบคำถามต่างๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างในการใช้รูปแบบคำถามแต่ละชนิด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ระดับสุขภาพ และอัตราตายเฉพาะสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ระดับสุขภาพสามารถใช้ทำนายอัตราตายได้ในหลายกลุ่มโรค อีกทั้งการศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็ง พบว่าการรับรู้ระดับสุขภาพสามารถใช้ทำนายการเสียชีวิตได้ดีกว่าการใช้ระยะของโรค หรือสภาพร่างกายของผู้ป่วย และใช้ทำนายการเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกาย การถูกให้ออกจากงาน รวมทั้งการใช้บริการทางการแพทย์ได้อีกด้วย ดังนั้นการวัดการรับรู้ระดับสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือวัดทางสุขภาพที่มีความเที่ยงอย่างหนึ่ง และถูกนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในหลายแบบสอบถาม เช่น SF-36 ในการวัดสมรรถนะทางร่างกาย และ QIQ-C30 ในการวัดคุณภาพชีวิต

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมายของการรับรู้ระดับสุขภาพคือการประเมินระดับสุขภาพโดยรวมของตนเอง โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีมาก

จากการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽³³⁾ พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพในระดับดีมากและดีเยี่ยม จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพอยู่ในระดับดี ปานกลาง และต่ำ ($p < 0.05$) และจากการศึกษาของ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพในระดับดีจะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ส่วนการศึกษาของ Tait EM. และคณะ⁽²¹⁾ พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพตั้งแต่ระดับปานกลางลงไป จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกเนื่องจากคิดว่าการรักษาแผนปัจจุบันไม่ได้ผลมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ($p < 0.001$)

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้ระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

2.4.4 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพในการศึกษาประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก รายละเอียดดังนี้

ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลใน ครอบครัวและญาติสนิท

สมาคมเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย⁽⁶⁹⁾ ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ในหลายนัย ได้แก่

- 1) ครอบครัวในทางชีววิทยา หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด
- 2) ครอบครัวในทางกฎหมาย หมายถึง ชายหญิงที่จดทะเบียนสมรสกัน รวมถึงบุตรที่เกิดจากบุคคล 2 บุคคลนี้
- 3) ครอบครัวในทางเศรษฐกิจ หมายถึง คนที่ใช้จ่ายร่วมกันจากงบก้อนเดียวกัน
- 4) ครอบครัวทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน และมีปฏิสัมพันธ์กัน

สำหรับการศึกษานี้จึงให้ความหมายของประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท คือ การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุข โดยไม่นับรวมการใช้เป็นอาหารของบุคคลในครอบครัวที่อยู่ร่วมในบ้านเดียวกัน หรือมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด

ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมายของประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก คือ การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุข โดยไม่นับรวมการใช้เป็นอาหารของคนรู้จัก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการวัดที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท หรือคนรู้จักดังนี้ การศึกษาของ Loren A. และคณะ⁽³⁷⁾ วัดการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิมของกลุ่ม

ผู้ดูแลในการศึกษาการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิมในกลุ่มเด็กอายุ 0 – 16 ปี โดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ ส่วนวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ พัฒนาแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น เช่น การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน ญาติ บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นข้อคำถามจำนวน 11 ข้อลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย และได้รับน้อยที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11 – 44 คะแนน ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยวัดประสิทธิผลการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสิทธิผลการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก โดยใช้ข้อคำถามชนิดเลือกตอบจำนวน 2 ข้อ แบ่งเป็นใช่ และไม่ใช่

การศึกษาของ Lorence A. และคณะ⁽³⁷⁾ เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิมในกลุ่มเด็กพบว่า เด็กที่มีผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิมจะมีแนวโน้มการใช้สูงกว่าเด็กที่มีผู้ดูแลที่ไม่มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิม 10 เท่า แตกต่างจากการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรต้นโดยจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มตามแนวคิดของ Lorenc A. และคณะ⁽¹⁹⁾ ดังนี้ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยด้านความจำเป็น ประกอบด้วย การรับรู้ระดับสุขภาพ และปัจจัยด้านประสิทธิผลการใช้บริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของ

บุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
ของคนรู้จัก ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา โดยใช้สูตรในตำราของ Daniel WW.⁽⁷⁰⁾ จากข้อมูลประชากรของระบบสถิติทางการทะเบียน พ.ศ. 2558 พบว่าในอำเภอวังน้ำเย็น มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 7,918 ราย⁽³⁹⁾ และจากการศึกษาของ Silva AB. และคณะ⁽⁷¹⁾ เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรของผู้สูงอายุในการสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ค่าสัดส่วนของการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาตนเองของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.51

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times N \times \pi \times (1-\pi)}{[Z_{\alpha/2}^2 \times \pi \times (1-\pi)] + [(N-1) \times d^2]}$$

- เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ
- $Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานได้โค้งปกติมาตรฐาน สำหรับการทดสอบแบบสองทางมีค่าเท่ากับ 1.96
- N = ขนาดของประชากรผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น เท่ากับ 7,918
- π = ค่าสัดส่วนของการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาตนเองของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.51
- d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด เท่ากับ 0.06

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 7918 \times 0.51 \times (1-0.51)}{[(1.96)^2 \times 0.51 \times (1-0.51)] + [(7918-1) \times (0.06)^2]}$$

$$= 258.01$$

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างในการศึกษาต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 260 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

- 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี
- 3) สัญชาติไทย สามารถพูดสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้จำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มตามตำบล จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังน้ำเย็น ตำบลทุ่งมหาเจริญ ตำบลตาหลังใน และตำบลคลองหินปูน แล้วจึงทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ (Simple random sampling) โดยการจับสลากบ้านเลขที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ให้ได้จำนวนผู้สูงอายุตามการประมาณค่าจากสัดส่วนประชากรในแต่ละตำบล รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ และตัวอย่างจำแนกตามรายตำบล

ตำบล	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
วังน้ำเย็น	2,740	90
ทุ่งมหาเจริญ	2,334	77
ตาหลังใน	1,523	50
คลองหินปูน	1,321	43
รวม	7,918	260

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ความสามารถในการอ่านเขียน ระดับการศึกษาสูงสุด ความพอเพียงของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคประจำตัว การรับรู้ระดับสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ จำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมข้อความสั้นๆ สำหรับการรับรู้ระดับสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีมาก และการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) และเห็นด้วยน้อย (1) การแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมนำมาจัดระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom⁽⁶³⁾ ดังนี้

คะแนน 5 - 9 (ร้อยละ < 60) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ในระดับยาก

คะแนน 10 - 11 (ร้อยละ 60-79) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ในระดับปานกลาง

คะแนน 12 - 15 (ร้อยละ ≥ 80) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ในระดับง่าย

ส่วนที่ 2 การใช้และการเข้าถึงพืชสมุนไพร ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ เคยใช้ และไม่ใช้ และถามเพิ่มเติมถึงเหตุผลการใช้และวัตถุประสงค์การใช้ ลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน 1 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ สะดวกที่สุด สะดวกเล็กน้อย และไม่สะดวก และประสบการณ์การใช้

พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครัวเรือน จำนวน 2 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้แปลและปรับโดยตรงจากแบบสอบถาม The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC scale) ของ Wallston KA. และ Wallston BS.⁽⁶⁰⁾ โดยประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากรูปแบบ A จำนวน 8 ข้อแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ ด้านละ 4 ข้อ คือ ข้อคำถามชนิดมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย การแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมของแต่ละด้านนำมาจัดระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom⁽⁶³⁾ ดังนี้

คะแนน 4 - 7 (ร้อยละ < 60)	ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน / ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ ในระดับต่ำ
คะแนน 8 - 9 (ร้อยละ 60-79)	ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน / ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ ในระดับปานกลาง
คะแนน 10 - 12 (ร้อยละ ≥ 80)	ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน / ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมนำมาจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom⁽⁶³⁾ ดังนี้

คะแนน 0 - 5 (ร้อยละ < 60)	มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับต่ำ
คะแนน 6 - 7 (ร้อยละ 60-79)	มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับปานกลาง

คะแนน 8 - 10 (ร้อยละ ≥ 80) มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับ
สาธารณสุขมูลฐาน ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
เป็นแบบตรวจสอบรายการที่ประกอบด้วยข้อมูลชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้
วิธีการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพและแหล่งที่มาของสมุนไพร จำแนกตามกลุ่มอาการ 5 ระบบ
19 อาการ ผู้ตอบคือผู้ใช้และเคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน การตีความอ้างอิงข้อมูล
จากหนังสือสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁷⁾ และหนังสือสารานุกรมสมุนไพรไทย เล่ม 1
สมุนไพรสวนสิริรุกษชาติ⁽⁴⁰⁾ โดยผู้ที่ตอบแตกต่างกันไปจากข้อมูลอ้างอิงในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง
ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน
การใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำ
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในด้านความตรงและ
ความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2) การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่
ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าอำนาจจำแนก และ
ค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และ
Kuder-Richardson (KR 21) ดังนี้

- ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน Cronbach's alpha 0.87
- ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ Cronbach's alpha 0.97
- ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
KR21 0.70
- การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ Cronbach's alpha 0.72

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ติดต่อขอหนังสือลงนามบันทึกวิทยาลัยถึงนายกเทศบาล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทั้งหมดที่อยู่ในพื้นที่อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามพื้นที่ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก และมีการชี้แจงรายละเอียดให้ทราบก่อนการเก็บข้อมูล
- 3) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ และแปลผลต่อไป

3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2016-077 ซึ่งก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดโครงการและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะมีการเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถยกเลิกหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อ ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS Statistics version 18.0 ประกอบด้วย

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และอัตราส่วนออด (Odds Ratio) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้

พีชสมุนไพรรักษาโรคสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก
(Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 261 คน ผลการศึกษานำเสนอเป็น 7 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ
- 4.2 การใช้และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
- 4.3 ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสพการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ
- 4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
- 4.5 ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน
- 4.6 ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม
- 4.7 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการเก็บข้อมูลกับตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 261 ตัวอย่าง พบว่าประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.8) มีอายุระหว่าง 60 - 94 ปี เฉลี่ย 71.11 ± 7.06 ปี เกือบร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.1) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.5) โดยมีร้อยละ 59 สามารถอ่านออกและเขียนได้ สำหรับรายได้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 53.3) และผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.8) โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.0) รายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	169	64.8
ชาย	92	35.2
อายุ (ปี)		
60-69	123	47.1
70-79	104	39.9
≥ 80	34	13.0
Min = 60, Max = 94, Mean ± SD = 71.11 ± 7.06		
สถานภาพสมรส		
คู่	136	52.1
หม้าย/หย่าร้าง	110	42.2
โสด	10	3.8
แยกกันอยู่	5	1.9
ความสามารถในการอ่านเขียน		
อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้	66	25.3
อ่านไม่ออกแต่เขียนได้	3	1.1
อ่านออกแต่เขียนไม่ได้	38	14.6
อ่านออกและเขียนได้	154	59.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	35	13.4
ประถมศึกษา	218	83.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	1.5
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	3	1.2
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	60	23.0
เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	139	53.3
เพียงพอมีเงินเก็บ	62	23.7

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	118	45.2
มี	143	54.8
- ความดันโลหิตสูง	106	74.1
- ไขมันในเลือดสูง	45	31.5
- เบาหวาน	40	28.0
- โรคไตเรื้อรัง	9	6.3
- โรคข้ออักเสบ (เก๊าต์และรูมาตอยด์)	8	5.6
- โรคหัวใจ	7	4.9
- โรคหอบหืด	5	3.5
- โรคไทรอยด์	5	3.5
- โรคถุงลมโป่งพอง	5	3.5
- โรคต่อมลูกหมากโต	2	1.4
- โรคตับแข็ง	2	1.4
- โรคภูมิแพ้	1	0.7
- มะเร็งลำไส้	1	0.7

4.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 64.2) และส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 81.6) ในด้านการออกกำลังกายพบว่าผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งออกกำลังกาย (ร้อยละ 49.0) โดยประมาณ 1 ใน 3 มีความถี่ในการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 36.7) สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งรับประทานอาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีกะทิ สัปดาห์ละ 1-4 วัน (ร้อยละ 55.9) และมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุรับประทานผักผลไม้สด 5-7 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 69.4) โดยรสชาติอาหารที่รับประทานประจำพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งชอบรับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 46.2) รองลงมาคือ รสจืด (ร้อยละ 32.3) รสหวาน (ร้อยละ 30.4) และรสเปรี้ยว (ร้อยละ 16.9) รายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ (n = 260)		
ไม่สูบ	167	64.2
เคยสูบ	43	16.6
สูบ	50	19.2
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (n = 260)		
ไม่ดื่ม	213	81.9
ดื่ม	47	18.1
การออกกำลังกาย (n = 259)		
ออกกำลังกาย	127	49.0
1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	11	4.2
3 ครั้ง/สัปดาห์	21	8.1
> 3 ครั้ง/สัปดาห์	95	36.7
ไม่ออกกำลังกาย	132	51.0
การรับประทานอาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีกะทิ (n = 261)		
< 1 วัน / สัปดาห์	90	34.5
1 - 4 วัน / สัปดาห์	146	55.9
5 - 7 วัน / สัปดาห์	25	9.6
การรับประทานผักและผลไม้สด 5 กำมือ/วันหรือมากกว่า (n = 261)		
< 1 วัน / สัปดาห์	11	4.2
1 - 4 วัน / สัปดาห์	69	26.4
5 - 7 วัน / สัปดาห์	181	69.4
รสชาติอาหารที่รับประทานประจำ (n=260)		
เค็ม	120	46.2
จืด	84	32.3
หวาน	79	30.4
เปรี้ยว	44	16.9

4.2 การใช้และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

4.2.1 การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

จากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 261 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53.3 มีการใช้พืชสมุนไพร ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 49.8 โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีการใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.1 และไม่ได้ใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเนื่องจากไม่ได้เจ็บป่วยในอาการที่ใช้สมุนไพรรักษา ร้อยละ 10.7 (2) กลุ่มใช้พืชสมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 3.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 18.0 เป็นผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรแต่ปัจจุบันไม่ใช้แล้ว ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 15.7 และ (2) กลุ่มผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 2.3 ทั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ไม่ใช้พืชสมุนไพรเลย ร้อยละ 28.7 รายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การใช้พืชสมุนไพร

การใช้พืชสมุนไพร	จำนวน	ร้อยละ
ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	130	49.8
- ใช้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	102	39.1
- ไม่ได้ใช้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	28	10.7
ใช้พืชสมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน	9	3.5
เคยใช้พืชสมุนไพร	47	18.0
- ใช้สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	41	15.7
- ใช้นอกงานสาธารณสุขมูลฐาน	6	2.3
ไม่ใช้พืชสมุนไพร	75	28.7

ในกลุ่มของผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจำนวน 130 ตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีวัตถุประสงค์การใช้พืชสมุนไพรเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 52.3) รองลงมาเพื่อส่งเสริมหรือบำรุงสุขภาพ (ร้อยละ 42.3) และเพื่อป้องกันโรคภัยที่สุุด (ร้อยละ 5.4) รายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 วัตถุประสงค์หลักของการใช้พืชสมุนไพรในกลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

วัตถุประสงค์หลักของการใช้พืชสมุนไพร	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
รักษา/บรรเทาอาการเจ็บป่วย	68	52.3
ส่งเสริมสุขภาพ/บำรุงสุขภาพ	55	42.3
ป้องกันโรค	7	5.4

สำหรับเหตุผลในการใช้พืชสมุนไพรของกลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนหรือพระสงฆ์ (ร้อยละ 66.2) รองลงมาคือ พืชสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการรักษาโรค (ร้อยละ 36.2) และมีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพร (ร้อยละ 26.2) ในขณะที่ส่วนน้อยให้เหตุผลว่าการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันไม่หายขาด (ร้อยละ 4.6) แพทย์แนะนำให้ใช้ (ร้อยละ 3.6) และการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับผลข้างเคียงมาก (ร้อยละ 2.3) ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เหตุผลการใช้พืชสมุนไพรในกลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

เหตุผล	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
ได้รับคำแนะนำจากครอบครัว/เพื่อน/พระ	86	66.2
มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค	47	36.2
มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้	34	26.2
สะดวกและประหยัดค่าใช้จ่าย	24	18.5
การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันไม่หายขาด	6	4.6
แพทย์แนะนำ	5	3.6
การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับผลข้างเคียงมาก	3	2.3

ในกลุ่มของผู้ที่ไม่ใช้พืชสมุนไพรและผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานพบว่า มีเหตุผลที่คล้ายคลึงกัน โดยในกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้พืชสมุนไพรให้เหตุผลเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรมากที่สุด (ร้อยละ 60.6) รองลงมาคือไม่ค่อยเจ็บป่วย (ร้อยละ 15.5) สมุนไพรหายากและยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้วในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 8.5) ส่วนในกลุ่มผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าสาเหตุที่เลิกใช้เนื่องจากมีวิธีการใช้ที่ยุ่งยากมากที่สุด ร้อยละ 29.8 รองลงมาคือ สมุนไพรหายาก (ร้อยละ 27.0) ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้ว และรับประทานแล้วไม่ดีขึ้นในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 18.9) รายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 เหตุผลของการไม่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ประเด็น	ไม่เคยใช้ (n = 75)		เคยใช้ (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพร	43	60.6	0	0.0
ไม่ค่อยเจ็บป่วย	11	15.5	0	0.0
สมุนไพรหายาก	6	8.5	10	27.0
ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพคืออยู่แล้ว	6	8.5	7	18.9
มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก	5	7.0	11	29.8
ไม่มั่นใจประสิทธิภาพของพืชสมุนไพร	5	7.0	0	0.0
แพทย์ห้ามใช้	2	2.8	2	5.4
รับประทานแล้วไม่ดีขึ้น	0	0.0	7	18.9

4.2.2 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

เมื่อพิจารณาการใช้พืชสมุนไพรจำแนกตามกลุ่มอาการเจ็บป่วยในงานสาธารณสุขมูลฐาน ใน 5 ระบบ จำนวน 19 อาการ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย จะเลือกใช้พืชสมุนไพรในการ บรรเทา/รักษาในกลุ่มอาการทางระบบผิวหนังมากที่สุดคือ กลากเกลื้อน (ร้อยละ 69.6) ลมพิษ (ร้อยละ 66.0) และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 61.6) ส่วนกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุ เลือกใช้พืชสมุนไพรในการรักษา/บรรเทาอาการค่อนข้างน้อยคือ อาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 9.1) อาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 6.2) และอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 0.9) รายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยใน 5 กลุ่มอาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน

อาการ	ใช้สมุนไพร ¹	ไปสถานพยาบาล	อื่นๆ ²
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลากเกลื่อน (n = 79)	55 (69.6)	11 (13.9)	13 (16.5)
ลมพิษ (n = 97)	64 (66.0)	18 (18.6)	15 (15.5)
แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (n = 112)	69 (61.6)	10 (8.9)	33 (29.5)
ไอ ระคายคอ (n = 167)	78 (46.7)	30 (18.0)	59 (35.3)
งูสวัด เริ่ม (n = 73)	29 (39.7)	10 (13.7)	34 (46.6)
ชันนะตุ (n = 22)	8 (36.4)	5 (22.7)	9 (40.9)
ท้องอืด ท้องเฟ้อ (n = 156)	51 (32.7)	42 (26.9)	63 (40.4)
ฝี แผลพุพอง (n = 100)	30 (30.0)	39 (39.0)	31 (31.0)
ท้องผูก (n = 139)	43 (30.9)	33 (23.7)	63 (45.3)
แพ้/อักเสบจากแมลงกัดต่อย (n = 150)	46 (30.7)	19 (12.7)	85 (56.7)
ขัดเบา (n = 77)	22 (28.6)	40 (51.9)	15 (19.5)
เคล็ด ขัดขอก (n = 163)	34 (20.9)	49 (30.1)	80 (49.1)
จุกเสียด ปวดท้อง (n = 151)	25 (16.6)	64 (42.4)	62 (41.1)
ไข้ (n = 165)	25 (15.2)	100 (60.6)	40 (24.2)
ท้องเดิน (n = 152)	19 (12.5)	69 (45.4)	64 (42.1)
ปวดฟัน (n = 135)	13 (9.6)	79 (58.5)	43 (31.9)
คลื่นไส้ อาเจียน (n = 99)	9 (9.1)	51 (51.5)	39 (39.4)
เบื่ออาหาร (n = 113)	7 (6.2)	58 (51.3)	48 (42.5)
นอนไม่หลับ (n = 108)	1 (0.9)	50 (46.3)	57 (52.8)

n จำนวนผู้ที่เคยเจ็บป่วย / มีอาการ

¹ หมายถึง ผลผลิตหรือยาที่ได้จากพืชทั้งสดและแห้ง โดยที่ยังไม่ได้ผ่านการผสม ประุงหรือแปรรูป ใช้เพื่อบำรุงร่างกาย บรรเทาอาการเจ็บป่วยและบำบัดรักษาโรค ไม่รวม ยาจากพืชสมุนไพร และยาที่พัฒนาจากพืชสมุนไพร เช่น แคปซูล ลูกกลอน ขาขง เจล ครีม โลชั่น

² หมายถึง วิธีการรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากการไปสถานพยาบาล และการใช้พืชสมุนไพร เช่น การรักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน การซื้อยารับประทานเอง (ยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร) และการไม่รักษา

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการไอและ
ระคายคอกจากเสมหะ มีทั้งสิ้น 8 รายการ ได้แก่ จิง คีปลี เพกา มะขาม มะขามป้อม มะนาว มะแว้งเครือ
มะแว้งต้น ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริงจำนวน 4 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 78 ราย รายละเอียดดังนี้

1) มะนาว พบการใช้จำนวน 30 ราย โดยร้อยละ 100 สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ผล
และร้อยละ 53.3 มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ใช้ผลสดคั้นน้ำ
(และใส่เกลือเล็กน้อย) จิบหรือดื่มน้อยๆ นอกจากนี้ยังพบวิธีการใช้ที่แตกต่างออกไปจากที่แนะนำ
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การใช้คั่วคอก กวาดคอก และการใช้ร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ เช่น
กระเทียมและหัวหอม ซึ่งทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นประมาณ
ครั้งหนึ่งปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง (ร้อยละ 51.7)

2) มะขามป้อม พบการใช้จำนวน 18 ราย โดยร้อยละ 100 สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ
ใช้ผล และร้อยละ 88.8 มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ อมหรือ
เคี้ยวรับประทาน และพบวิธีการใช้ที่แตกต่างออกไปจากที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2 ราย
คือ หมักกับผิวมะกรูดและลูกสมอ และคองกับน้ำปัสสาวะ ซึ่งทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น
โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นส่วนใหญ่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง (ร้อยละ 82.4)

3) มะแว้ง พบการใช้จำนวน 8 ราย โดยร้อยละ 100 สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ผล
และถูวิธี คือ เคี้ยวสด ซึ่งทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นส่วนใหญ่ปลูก
หรือหาเก็บด้วยตนเอง (ร้อยละ 87.5)

4) จิง พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยสามารถใช้ได้ถูกส่วนและถูวิธี คือ ร้อยละ 100
สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้เหง้าฝนกับน้ำมะนาวแทรกเกลือรับประทาน และพบว่า หลังใช้มีอาการ
ดีขึ้น โดยแหล่งที่มาของสมุนไพรนั้นได้จากการซื้อ

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงาน
สาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือฟ้าทะลายโจร คิดเป็นร้อยละ 16.7 โดย
มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้ใบ และพบวิธีการใช้ใน 2 รูปแบบคือ รับประทานสดและดื่มน้ำคั้น กระเทียม
พบการใช้ร้อยละ 5.1 โดยตำสมเกลือ (และว่านหอมแดง) รับประทาน ชะเอมเครือ ร้อยละ 2.6 โดย
ใช้เปลือกเคี้ยวสด และสมุนไพรอื่นๆ แะ ตะไคร้ ตะไคร้หอม ผักแว่นบก มะกรูด มะรุม ไมยราบ รัก
ว่านอมรา และอ้อยดำ (ตารางที่ 4.8, ตารางที่ ผ1 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.8 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไอ ระคายคอ

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		จำนวน (ร้อยละ)	ปลูก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ		
มะนาว	ผล ²	คั้นน้ำ ดื่ม		15 (50.0)
30 (38.5)	30 (100)	- ผสมเกลือ/น้ำผึ้ง ²	16 (53.3)	
		- ผสมกระเทียมตำ	1 (3.3)	
		กวาดคอ		
		- ผสมเกลือ	2 (6.7)	
		- ตำผสมกระเทียมและเกลือ	1 (3.3)	
		- ฝนกับหัวหอมและเกลือ	1 (3.3)	
		คั้นน้ำผสมเกลือ กลั้วคอ	1 (3.3)	
		ผลสดจิ้มเกลือ กิน	8 (26.7)	
มะขามป้อม	ผล ²	อม/เคี้ยว/รับประทาน ผลสด ²	16 (88.8)	14 (77.8)
18 (23.1)	18 (100)	หมักกับผิวมะกรูดและลูกสมอ(วุ้น)	1 (5.6)	
		คองกับน้ำปัสสาวะ	1 (5.6)	
มะแว้ง	ผล ²	เคี้ยวสด ²	8 (100)	7 (87.5)
8 (10.3)	8 (100)			
จิง	เหง้า ²	ฝนกับน้ำมะนาวแทรกเกลือ ²	1 (100)	0 (0.0)
1 (1.2)	1 (100)			
ฟ้าทะลายโจร ¹				13 (100)
13 (16.7)	ใบ	รับประทานสด	5 (62.5)	
	8 (61.5)	ต้มดื่ม	3 (37.5)	
	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	5 (100)	
	5 (38.5)			
กระเทียม ¹	หัว	ผสมเกลือรับประทาน	3 (75.0)	2 (50)
4 (5.1)	4 (100)	ตำผสมหัวหอมและเกลือ รับประทาน	1 (25.0)	
ชะเอมเครือ ¹	เปลือกต้น	เคี้ยวสด	2 (100)	2 (100)
2 (2.6)	2 (100)			

ตารางที่ 4.8 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไอ ระคายคอ (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อื่นๆ ¹				
10 (12.8)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการไอ ระคายคอ

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคกระเพาะอาหาร มีทั้งสิ้น 2 รายการ ได้แก่ กลัวย่น้ำว่า ขมิ้นชัน ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริงทั้ง 2 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 25 ราย รายละเอียดดังนี้

1) ขมิ้นชัน พบการใช้จำนวน 3 ราย โดยทั้ง 3 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้เหง้า แต่มีวิธีการใช้ที่แตกต่างจากการแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐานว่า หั่นเป็นชิ้นบางๆ บดให้ละเอียด ผสมน้ำผึ้งปั้นลูกกลอนหรือบรรจุแคปซูล โดยมี 2 รายใช้วิธีการรับประทานสด และ 1 รายใช้วิธีการต้มดื่มร่วมกับสมุนไพรอื่น ซึ่งทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่ามี 1 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) กลัวย่น้ำว่า พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยมี 1 ราย สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ผลดิบ หรือห่าม และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ รับประทานสด หรือฝานเป็นแว่นตากแดดให้แห้ง บดเป็นผงชงน้ำดื่มหรือปั้นลูกกลอน ส่วนอีก 1 รายใช้ผลสุก รับประทาน โดยทั้ง 2 ราย พบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่ามี 1 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือไพล พบ 4 ราย ใช้หน่อต้มรับประทาน 2 ราย และใช้เหง้า 3 ราย โดยทั้ง 3 รายมีวิธีการใช้ที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ต้มดื่ม ตำผสมเกลือรับประทาน และตำทาท้อง ย่านาง พบการใช้ 3 ราย โดยใช้วิธีการปั่นหรือคั้นน้ำดื่ม และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ กระเพรา ข่า ทองพันชั่ง เจตพังคี ฝรั่ง ฟ้ายะลวยโจร ว่านหางจระเข้ เหงือกปลาหมอ และยาตำรับ (ตารางที่ 4.9, ตารางที่ ผ2 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.9 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคกระเพาะอาหาร

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		จำนวน (ร้อยละ)	ปลูก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ		
ขมิ้นชัน	เหง้า ²	รับประทานสด	2 (66.7)	3 (100)
3 (12.0)	3 (100)	ต้มดื่มร่วมกับบอระเพ็ด กระเทียม ขิงบ้าน ไพล ฝอยลม	1 (33.3)	
กล้วยน้ำว้า				1 (50)
2 (8.0)	ผลดิบ ²	รับประทานสด/บดผงชงน้ำดื่ม ²	1 (100)	4 (100)
	1 (50.0)		1 (100)	
	ผลสุก	รับประทานสด		
	1 (50.0)			
ไพล ¹				4 (100)
4 (16.0)	หน่อ	ต้ม รับประทาน	2 (100)	
	2 (50.0)			
	เหง้า	ต้มดื่ม	1 (33.3)	
	3 (75.0)	ตำผสมเกลือ รับประทาน	1 (33.3)	3 (100)
		ตำ ทาท้อง	1 (33.3)	
ย่านาง ¹	ใบ	ปั่นร่วมกับสมุนไพรสดอื่น ต้ม	2 (66.7)	
3 (12.0)	3 (100)	คั้นน้ำดื่ม	1 (33.3)	
อื่นๆ ¹				
14 (56.0)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้ในการรักษาโรคกระเพาะอาหาร

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด มีทั้งสิ้น 15 รายการ ได้แก่ กระชายเหลือง กระเทียม กระวานไทย กะทือ กะเพรา กานพลู ขมิ้นชัน ข่า ขิง คีปรี ตะไคร้ พริกไทย มะนาว เร่ว หูฉลาม เหงือกปลาหมอ ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริงทั้ง 5 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 51 ราย รายละเอียดดังนี้

1) กระเพรา พบการใช้จำนวน 6 ราย โดยทุกรายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ใบหรือลำต้น 5 รายมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม โดย 3 รายมีการผสมสมุนไพรอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ตะไคร้ และแมงลัก และ 1 รายมีวิธีใช้ที่แตกต่างออกไป คือ ใช้ตำผสมน้ำปูนใส ทาท้อง โดยทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่าเป็นทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) ตะไคร้ พบการใช้จำนวน 4 ราย โดยทั้ง 4 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ต้นและเหง้า และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม แต่มีการเพิ่มสมุนไพรชนิดอื่นๆ เข้าไปร่วมด้วย เช่น ใพล ส้มลม ซึ่งทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่าเป็นทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) จิง พบการใช้จำนวน 3 ราย โดยทั้ง 3 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้เหง้า และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม โดยพบ 1 รายที่มีการเพิ่มสมุนไพรชนิดอื่นๆ เข้าไปร่วมด้วย ได้แก่ ฝรั่ง ตะไคร้ ใบเตย ซึ่งทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่ามี 2 รายที่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

4) ขมิ้นชัน พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้เหง้า โดย 1 รายมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ หั่นเป็นชิ้นบางๆ บดให้ละเอียด ผสมน้ำผึ้งปั้นลูกกลอนหรือบรรจุแคปซูล ซึ่งทั้ง 2 รายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่าเป็นทั้ง 2 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

5) ข่า พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้เหง้า และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม ซึ่งพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่าเป็นปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือ ใพล พบมากที่สุด 27 ราย ส่วนใหญ่ใช้เหง้า โดยพบวิธีการใช้ในรูปแบบการตำทาท้องประมาณครึ่งหนึ่ง ชุมเห็ดเทศ พบ 3 ราย โดยใช้ใบต้มน้ำดื่ม ฟ้าทะลายโจร พบการใช้ 2 ราย โดยทั้ง 2 รายใช้ใบแต่มีวิธีการใช้ที่ต่างกัน คือ ต้มดื่ม และตำทาท้อง ในรายที่ต้มดื่มพบว่าอาการไม่ดีขึ้น และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ เจตพังคี ญี่ฮูคา โหระพา และยาดำรับ (ตารางที่ 4.10, ตารางที่ ผ3 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.10 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กะเพรา				6 (100)
6 (11.8)	ทั้งต้น ²	ต้ม/ชงน้ำร้อนดื่ม ²	2 (40.0)	
	5 (83.3)	ต้มดื่ม ร่วมกับสมุนไพรสร้อน ²	2 (40.0)	
		ตำผสมน้ำปูนใส ทาท้อง	1 (20.0)	
	ใบ ²	ต้มดื่ม ร่วมกับสมุนไพรสร้อน ²	1 (100)	
	1 (16.7)			
ตะไคร้	ต้น/เหง้า ²	ต้มดื่มร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ	4 (100)	4 (100)
4 (7.8)	4 (100)			
ขิง	เหง้า ²	ต้มดื่ม ²	2 (66.7)	2 (66.7)
3 (5.9)	3 (100)	ต้มดื่มร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ	1 (33.3)	
ขมิ้นชัน	เหง้า ²	ตากแห้งบด(ผสมน้ำผึ้ง)รับประทาน ²	1 (50.0)	2 (100)
2 (3.9)	2 (100)	รับประทานสด	1 (50.0)	
ข่า	เหง้า ²	ต้มดื่ม ²	1 (100)	1 (100)
1 (2.0)	1 (100)			
ไพล ¹				27 (100)
27 (52.9)	เหง้า	ตำ ทาท้อง	11 (50.0)	
	22 (81.5)	ต้มดื่ม	7 (31.8)	
		รับประทานสด	6 (27.3)	
		ฝน/คั้นน้ำดื่ม	3 (13.6)	
	หน่ออ่อน	ต้มดื่ม	4 (66.7)	
	6 (22.2)	ต้ม รับประทาน	3 (50.0)	
		ตำผสมเกลือ รับประทาน	1 (16.7)	
		ตำ ทาท้อง	1 (16.7)	
	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	3 (100)	
	3 (11.1)			

ตารางที่ 4.10 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชุมเห็ดเทศ ¹	ใบ	ต้มดื่ม	3 (100)	3 (100)
3 (5.9)	3 (100)			
ฟ้าทะลายโจร ¹	ใบ	ต้มดื่ม	1 (50.0)	2 (100)
2 (3.9)	2 (100)	ตำ ทาท้อง	1 (50.0)	
อื่นๆ ¹				
7 (13.7)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการท้องผูก มีทั้งสิ้น 7 รายการ ได้แก่ จี่เหล็ก กุน ชุมเห็ดเทศ ชุมเห็ดไทย มะขาม มะขามแขก แมงลัก ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริงทั้ง 4 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 43 ราย รายละเอียดดังนี้

1) ชุมเห็ดเทศ พบการใช้จำนวน 17 ราย โดยทุกราย สามารถใช้ได้ถูกต้อง คือ ใช้ดอกและใบ 12 ราย มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ใช้ดอกสดต้มรับประทาน หรือใช้ใบ ตากแห้ง ต้มหรือชงดื่ม พบ 4 ราย มีการนำไปไปย่างไฟให้เหลืองก่อนการต้ม ซึ่งทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มานั้นพบว่าทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) มะขาม พบการใช้จำนวน 11 ราย โดย 10 รายสามารถใช้ได้ถูกต้อง คือ ใช้เนื้อฝักแก่ และ 8 ราย มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ รับประทานสดหรือทำเป็นน้ำดื่ม พบ 2 ราย มีวิธีการใช้ที่แตกต่างออกไป คือ ตากแห้ง บดผง ผสมบอระเพ็ดและเกลือปั้นลูกกลอนรับประทาน และต้มดื่มร่วมกับย่านาง ทั้งนี้ทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มานั้นพบว่าทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) มะขามแขก พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายสามารถใช้ได้ถูกต้อง คือ ใช้ใบหรือฝัก และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม ซึ่งทั้ง 2 รายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มานั้นพบว่าทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

4) คุณ พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้เนื้อในฝักแก่ และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม ซึ่งพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่าเป็นลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือมะละกอ พบ 4 ราย โดย 2 รายใช้ลูกดิบต้มดื่มร่วมกับตะไคร้และใบเตย ส่วนอีก 2 รายใช้ลูกสุกรับประทาน ไพล พบการใช้ 3 ราย โดยใช้ทั้งต้นต้มดื่ม 2 ราย และใช้เหง้าตำทาท้อง 1 ราย และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ กล้าย ขมิ้นชัน เจตพังคี เลือดไต้ใบ (กระป๋องเจ็ดตัว) เพชรน้ำค้าง มะม่วง มะรุม วานเศรษฐี และยาตำรับ (ตารางที่ 4.11, ตารางที่ ผ4 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.11 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการผูก

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชุมเห็ดเทศ				17 (100)
17 (39.5)	ใบ ²	(ตากแห้ง) ต้มดื่ม ²	8 (61.5)	
	13 (76.5)	ย่างไฟให้เหลือง ต้มดื่ม	4 (30.8)	
		ตำ คั้นน้ำดื่ม	1 (7.7)	
	ดอก ²	ต้ม รับประทาน ²	4 (100)	
	4 (23.5)			
	ทั้งห้า	ต้มผสมเกลือต้ม	1 (100)	
	1 (5.9)			
มะขาม				11 (100)
11 (25.6)	เนื้อฝัก ²	รับประทานสด ²	7 (70.0)	
	10 (90.9)	ขย่ำใส่น้ำอุ่นผสมเกลือ ต้ม ²	1 (10.0)	
		ตากแห้ง บดผง ผสมบอระเพ็ด	2 (20.0)	
		และเกลือ ปั่นลูกกลอน		
	ใบ	ต้มดื่ม ร่วมกับย่านาง	1 (100)	
	1 (9.1)			

ตารางที่ 4.11 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการผูก (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		จำนวน (ร้อยละ)	ปลูก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ		
มะขามแขก	ฝัก ²	ต้มดื่ม ²	2 (100)	2 (100)
2 (4.7)	2 (100)			
กุน	เนื้อในฝัก ²	ต้มดื่ม ²	1 (100)	1 (100)
1 (2.3)	1 (100)			
มะละกอ ¹				3 (75.0)
4 (9.3)	ผลดิบ	ต้มดื่ม ร่วมกับตะไคร้และใบเตย	2 (100)	
	2 (50.0)			
	ผลสุก	รับประทานสด	2 (100)	
	2 (50.0)			
ไพล ¹				3 (100)
3 (7.0)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	2 (100)	
	2 (66.7)			
	เหง้า	ตำ ทาท้อง	1 (100)	
	1 (33.3)			
อื่นๆ				
11 (25.6)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการท้องผูก

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการท้องเดิน มีทั้งสิ้น 6 รายการ ได้แก่ กล้วยน้ำว่า ทับทิม ฝรั่ง ฟ้ายะลวย มังคุด สีเสียดเหนือ ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 4 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 19 ราย รายละเอียดดังนี้

1) กล้วยน้ำว่า พบการใช้จำนวน 4 ราย โดยทุกราย สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ผลดิบ 3 รายมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ รับประทานสด หรือตากแห้งบดเป็นผง ชงน้ำดื่มซึ่งทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบ 3 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) ฝรั่ง พบการใช้จำนวน 3 ราย โดย 1 ราย สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ใบแก่หรือผลอ่อน ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานแนะนำให้ใช้ ใบแก่ปิ้งไฟ ชงน้ำดื่มหรือนำผลอ่อนไปฝนกับน้ำปูนใสรับประทาน แต่รายนี้มีวิธีการใช้ที่แตกต่างออกไป คือ นำไปตากแห้ง บดผงและชงน้ำดื่ม ส่วนอีก 1 รายสามารถใช้ได้ถูกวิธี คือ นำมาปิ้งไฟ ชงน้ำดื่ม แต่ส่วนที่ใช้ไม่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ใช้เปลือกต้นแทนการใช้ใบแก่ ทั้งนี้ทุกรายพบว่า หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่ามีผู้ป่วยปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) ฟ้ายะลวยโจร พบการใช้จำนวน 2 ราย โดย 1 รายใช้ได้ถูกส่วน คือ ใบหรือทั้งต้น โดยใช้วิธีการต้มดื่มเช่นเดียวกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่เพิ่มลูกใต้ใบเข้าไปต้มร่วมด้วย ทั้ง 2 รายให้ข้อมูลว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น แหล่งที่มาพบว่ามีผู้ป่วยปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

4) มังคุด พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้เปลือกผลซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานแนะนำให้ นำเปลือกผลแห้งมา่างไฟให้เกรียม แล้วฝนกับน้ำปูนใส หรือบดเป็นผงละลายน้ำขาวหรือน้ำสุก แต่รายนี้มีวิธีการใช้ที่แตกต่างออกไป คือ นำมาต้มดื่ม โดยแหล่งที่มาพบว่ามีผู้ป่วยได้มาจากการหาซื้อ

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย เช่น มะขามป้อม พบ 2 ราย โดยใช้เปลือกต้นย่างไฟต้มดื่ม 1 ราย และใช้ผลหมักกับมะขามป้อมและสมอไทย 1 ราย มะนาว พบการใช้ 2 รายเช่นกัน โดยทั้ง 2 รายใช้ผลคั้นน้ำผสมน้ำปลา ดื่ม และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ กลัวยติบ กะทือ ขมิ้นชัน เจตพังคี นนทรี ฝันวานหอมแดง สมอไทย (ตารางที่ 4.12, ตารางที่ พ5 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.12 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องเดิน

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลัวยน้ำว้า 4 (21.1)	ผลดิบ ² 4 (100)	รับประทานสด ²	3 (75.0)	3 (75.0)
		ตากแห้ง บดผง ชงน้ำดื่ม ²	3 (75.0)	
		แช่น้ำ ดื่ม	1 (25.0)	

ตารางที่ 4.12 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องเดิน (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		จำนวน (ร้อยละ)	ปลูก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ		
ฝรั่ง				3 (100)
3 (15.8)	เปลือกต้น	ย่างไฟ ชงน้ำดื่ม ²	1 (100)	
	1 (33.3)			
	ใบอ่อน	ต้มดื่ม	1 (100)	
	1 (33.3)			
	ผลอ่อน ²	ตากแห้ง บดผง ชงน้ำดื่ม	1 (100)	
	1 (33.3)			
ฟ้าทะลายโจร				2 (100)
2 (10.5)	ทั้งต้น ²	ต้มดื่ม ² ร่วมกับลูกใต้ใบ	1 (100)	
	1 (50.0)			
	ลำต้น	ตำผสมเกลือ รับประทาน	1 (100)	
	1 (50.0)			
มังคุด	เปลือกผล ²	ตากแห้ง ต้มดื่ม	1 (100)	0 (0.0)
1 (5.3)	1(100)			
มะขามป้อม ¹				2 (100)
2 (10.5)	เปลือกต้น	ย่างไฟ ต้มดื่ม	1 (100)	
	1 (50.0)			
	ผล	หมักกับมะขามป้อมและสมอ	1 (100)	
	1 (50.0)			
มะนาว ¹	ผล	คั้นน้ำ ผสมน้ำปลา ดื่ม	2 (100)	2 (100)
2 (10.5)	2 (100)			
อื่นๆ ¹				
8 (42.1)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการท้องเดิน² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีทั้งสิ้น 2 รายการ ได้แก่ จิง ขอบ้าน ซึ่งจากจำนวนผู้ตอบ 9 ราย ไม่พบการใช้ในพื้นที่ทั้ง 2 ชนิด แต่พบสมุนไพรอื่นๆ ใช้ทดแทน ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นพืชสมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว ได้แก่

1) มะขาม พบการใช้จำนวน 3 ราย โดยทุกรายใช้เนื้อในฝักรับประทาน ซึ่งทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่าการปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) มะนาว พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายใช้ผลคั้นน้ำดื่ม ซึ่งพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่ามี 1 รายที่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) มะม่วงเปรี้ยว พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายใช้ผลรับประทานสด ซึ่งพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่ามีทั้ง 2 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

นอกจากนี้ยังมีสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ ใพลและยาดำรับ (ตารางที่ 4.13, ตารางที่ ผ6 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.13 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
มะขาม ¹ 3 (33.3)	เนื้อในฝัก 3 (100)	รับประทานสด	3 (100)	3 (100)
มะนาว ¹ 2 (22.2)	ผล 2 (100)	คั้นน้ำ ดื่ม	2 (100)	1 (50.0)
มะม่วงเปรี้ยว ¹ 2 (22.2)	ผล 2 (100)	รับประทานสด	2 (100)	2 (100)
อื่นๆ ¹ 2 (22.2)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการปวดฟัน มีทั้งสิ้น 3 รายการ ได้แก่ แก้ว ข่อย ผักคราด ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 1 รายการ คือ ข่อย พบการใช้จำนวน 5 ราย จากจำนวนผู้ตอบ 13 ราย แต่มีรูปแบบการใช้ที่แตกต่างจากที่แนะนำในงาน

สาธารณสุขมูลฐานที่ให้ใช้เปลือกต้น คัมพสมเกลือ ใช้น้ำมาอมบ่อยๆ โดยที่พบการใช้จริง คือ การใช้ใบและเถาไม้มาแปะบริเวณที่ปวด การต้มเอาน้ำอมก็พบเช่นกัน แต่เป็นการต้ม โดยใช้สมุนไพรอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งแหล่งที่มานั้นพบว่าทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ กานพลู พบการใช้ 2 ราย โดยใช้ดอกตูมทั้งกุ่ม แต่มีวิธีการใช้ที่แตกต่างกัน คือ ตำผสมเกลือแปะบริเวณที่ปวด และ คองใส่เหล้า ชุบน้ำแปะบริเวณที่ปวด มะขามเทศ พบการใช้ 2 ราย โดยใช้เปลือก รายหนึ่งใช้การตำแปะบริเวณที่ปวด อีกรายใช้วิธีการต้มร่วมกับ มะขามป้อม มะขามเปรี้ยว และเกลือตัวผู้อมน้ำ และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ น้อยหน่า ฝิ่นต้น และหนุมานนั่งแท่น (ตารางที่ 4.14, ตารางที่ ผ7 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.14 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการปวดฟัน

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ข่อย				5 (100)
5 (38.5)	ใบ	ตำผสมเกลือ(และกระเทียม) แปะบริเวณที่ปวด	3 (75.0)	
	4 (80.0)	ต้ม ร่วมกับแคและมะขามเทศ อมน้ำ	1 (25.0)	
	เถาไม้	แปะบริเวณที่ปวด	1 (100)	
	1 (100)			
กานพลู ¹	ดอกตูม	ตำ ผสมเกลือ แปะบริเวณที่ปวด	1 (50.0)	1 (50.0)
2 (15.4)	2 (100)	คองใส่เหล้า ชุบน้ำแปะบริเวณที่ปวด	1 (50.0)	
มะขามเทศ ¹	เปลือก	ตำ แปะบริเวณที่ปวด	1 (50.0)	2 (100)
2 (15.4)	2 (100)	ต้ม ร่วมกับมะขามป้อม มะขามเปรี้ยวและเกลือตัวผู้อมน้ำ	1 (50.0)	
อื่นๆ ¹				
3 (23.1)				

หมายเหตุ มี 1 ราย จำชื่อสมุนไพรไม่ได้

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการปวดฟัน

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการเบื่ออาหาร มีทั้งสิ้น 4 รายการ ได้แก่ จี๋เหล็ก บอระเพ็ด มะระจีนก สะเดาไทย ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 1 รายการ คือ บอระเพ็ด พบการใช้จำนวน 2 ราย จากจำนวนผู้ตอบ 7 ราย สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ เถา ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานแนะนำให้ตำคั้นเอาน้ำดื่ม หรือต้มเคี้ยว 3 เถา 1 แต่ 2 รายนี้มีวิธีการใช้ที่แตกต่างออกไป คือ รับประทานสด และชงน้ำร้อนดื่ม โดยให้ข้อมูลว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น ในด้านแหล่งที่มาพบทั้ง 2 ราย ปลุกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ ฝรั่ง พบการใช้ 2 ราย โดยใช้แก่นต้มน้ำดื่มร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ ตะไคร้ มะขามป้อม มะม่วง และยาตำรับ (ตารางที่ 4.15, ตารางที่ ๗8 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.15 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเบื่ออาหาร

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
บอระเพ็ด	เถา ²	รับประทานสด	1 (50.0)	2 (100)
2 (28.6)	2 (100)	ชงน้ำร้อนดื่ม	1 (50.0)	
ฝรั่ง ¹	แก่น	ต้มน้ำดื่ม ร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ	2 (100)	2 (100)
2 (28.6)	2 (100)			
อื่นๆ ¹				
4 (57.1)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการเบื่ออาหาร

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการขาดน้ำ มีทั้งสิ้น 7 รายการ ได้แก่ กระเจี๊ยบแดง ขลุ่ ตะไคร้ สับปะรด หูฉลาม อ้อยแดง ชุมเห็ดไทย ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 3 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 22 ราย รายละเอียดดังนี้

1) สับปะรด พบการใช้จำนวน 6 ราย โดยทุกรายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้เหง้า และทุกรายสามารถใช้ได้สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม เพียงแต่อาจมีการเพิ่มสมุนไพรบางชนิดลงไปด้วย เช่น บานไม่รู้โรย ใบตองแห้ง สารส้ม มะละกอ ตาล ลำเจียก ทั้งนี้พบว่าทุกราย หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบทั้ง 5 รายปลุกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) หญ้าคา พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ราก และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม โดย 1 รายมีการต้มใบมะขามเข้าไปร่วมด้วย หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบทั้ง 2 ราย ปลุกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) ตะไคร้ พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ต้น และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้มดื่ม เพียงแต่มีการต้มใบเตยเข้าไปร่วมด้วย หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาพบว่าปลุกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ ข่อย ชุมเห็ดเทศ ต้นนิ้ว ถั่วแฮ ใบตองแห้ง ใพล ฟ้าทะลายโจร มะละกอ สาบเสือ หญ้าแฝก และยาดำรับ (ตารางที่ 4.16, ตารางที่ ผ9 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.16 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไข้

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ตับปะรด				5 (83.3)
6 (27.3)	เหง้า ²	ต้มดื่ม ²	4 (66.6)	
	6 (100)	ต้มดื่ม ร่วมกับบานไม่รู้โรย ใบตอง	1 (16.7)	
		แห้ง สารส้ม	1 (16.7)	
		ต้มดื่ม ร่วมกับรากมะละกอ		
		งวงตาลตัวผู้และรากอากาศลำเจียก		
		(ดอกหอม)		
หญ้าคา	ราก ²	ต้มดื่ม ²	1 (50.0)	2 (100)
2 (9.1)	2 (100)	ต้มดื่ม ร่วมกับใบมะขาม	1 (50.0)	
ตะไคร้	ต้น ²	ต้มดื่ม ร่วมกับใบเตย	1 (100)	1 (100)
1 (4.6)	1 (100)			
อื่นๆ ¹				
16 (72.7)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการไข้

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการกลากเกลื้อน มีทั้งสิ้น 5 รายการ ได้แก่ กระเทียม ข่า ชุมเห็ดเทศ ทองพันชั่ง พลู ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 4 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 55 ราย รายละเอียดดังนี้

1) ข่า พบการใช้จำนวน 37 ราย โดยทุกรายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้เหง้า โดย 20 รายสามารถใช้ได้สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ แช่เหล้าขาวทา หรือ ตำผสมเหล้าขาว ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นการตำทาโดยอาจผสมเกลือ น้ำปูนใส ปูน หรือสมุนไพรอื่นๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ หลังใช้มีอาการดีขึ้น (3 ราย อาการไม่ดีขึ้น) โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นที่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) ชุมเห็ดเทศ พบการใช้จำนวน 15 ราย โดยทุกรายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ใบ และ 9 ราย มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ตำทาโดยอาจผสมกับ กระเทียมหรือปูนแดง แต่ในพื้นที่พบการใช้ร่วมกับส่วนผสมอื่นๆ ได้แก่ เหล้า เกลือ และน้ำมัน มะพร้าว ทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น แหล่งที่มาที่พบว่าเป็นที่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) กระเทียม พบการใช้จำนวน 3 ราย โดยสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้หัว และ 2 ราย มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ คั้นเอาน้ำทาบริเวณที่เป็น และ 1 รายมีการผสมเหล้าร่วมด้วย ทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่ามี 1 ราย ที่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

4) ทองพันชั่ง พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือใช้ใบ หรือราก และมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน 1 ราย คือ ดองเหล้า เอาน้ำทา อีก 2 รายใช้วิธีการตำทาโดยผสมเหล้าร่วมด้วย หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นที่ปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ คาวตอง และแมงลัก (ตารางที่ 4.17, ตารางที่ ผ10 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.17 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการกลากเกลื้อน

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ข่า 37 (67.3)	เหง้า ² 37 (100)	ดองเหล้า เอาน้ำทา ² ตำทา	4 (10.8)	37(100)
		- ผสมเหล้า ²	16 (43.2)	

ตารางที่ 4.17 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการกลากเกลื้อน (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		จำนวน (ร้อยละ)	ปลูก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ		
ชุมเห็ดเทศ 15 (27.3)	ใบ ² 15 (100)	- ผสมเกลือ	4 (10.8)	15 (100)
		- ใช้ห่ออย่างเดียวน	3 (8.1)	
		- ผสมน้ำปูนใส	1 (2.7)	
		- ผสมปูน	1 (2.7)	
		ตำร่วมกับสมุนไพรอื่นๆทา	8 (21.6)	
		ขี้/ตำพอก		
		- ใช้ชุมเห็ดเทศอย่างเดียว ²	9 (60.0)	
		- ผสมเกลือ	3 (20.0)	
		- ผสมเหล้า	2 (13.3)	
		- ผสมน้ำมันมะพร้าว	1 (6.7)	
กระเทียม 3 (5.5)	หัว ² 3 (100)	ตำทา		1 (33.3)
		- ใช้กระเทียมอย่างเดียว ²	2 (66.7)	
		- ผสมเหล้า	1 (33.3)	
ทองพันชั่ง 2 (3.6)	ราก ² 2 (100)	คองเหล้า เอน้ำทา ²	1 (50.0)	2 (100)
		ตำผสมเหล้า ทา	1 (50.0)	
	ใบ ² 1 (50.0)			
		ตำผสมเหล้า ทา	1 (100)	
อื่นๆ ¹ 2 (3.6)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการกลากเกลื้อน

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการคันนาคู (ตารางที่ 4.18) คือ มะคำดีควาย แต่การสำรวจผู้ตอบจำนวน 8 ราย พบว่าไม่มีการใช้ในพื้นที่ แต่พบการใช้สมุนไพรอื่นทดแทน ได้แก่

1) มะกรูด พบการใช้จำนวน 4 ราย โดยใช้ผล จำนวน 3 ราย จำแนกเป็นการใช้ผลคั้นน้ำสระผม 2 ราย ใช้ผิวทาหนังสือ 1 ราย และใช้ใบ จำนวน 1 ราย โดยนำไปต้มกับน้ำชาข้าวสระผม หลังใช้มีอาการดีขึ้นทุกราย โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นการปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) จา พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยใช้ใบโกลกเอาน้ำทา ซึ่งแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นการปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

3) มะขามส้ม พบการใช้จำนวน 1 ราย โดยใช้ฝักคั้นน้ำชโลมหนังสือ หลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นการปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ตารางที่ 4.18 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการชันนะตุ

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
มะกรูด ¹ 5 (62.5)	ผล	คั้นน้ำ สระผม	3 (75.0)	5 (100)
	4 (80.0)	ใช้ผิว ทาหนังสือ	1 (25.0)	
	ใบ	ต้มกับน้ำชาข้าวสระผม	1 (100)	
	1 (20.0)			
จา ¹ 1 (12.5)	ใบ	โกลกเอาน้ำทา	1 (100)	1 (100)
มะขามส้ม ¹ 1 (12.5)	ฝัก	คั้นน้ำชโลมหนังสือ	1 (100)	1 (100)
	1 (100)			

หมายเหตุ มี 1 รายจำไม่ได้ว่าสมุนไพรที่ใช้คือชนิดใด

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการชันนะตุ

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการไฟไหม้น้ำร้อนลวก คือ บัวบก มะพร้าว ว่านหางจระเข้ แต่จากการสำรวจในพื้นที่จากจำนวนผู้ตอบ 69 ราย พบการใช้เพียงชนิดเดียวคือ ว่านหางจระเข้ โดยทุกรายสามารถใช้ได้ถูกส่วนและสอดคล้องกับการแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ใช้วันจากใบทาบบริเวณแผล ทุกรายพบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น สำหรับแหล่งที่มาที่พบว่าเป็นการปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง ทั้งนี้ยังพบการใช้

สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ กระถิน แปะดำปิ้ง รางจืด และเสลดพังพอน (ตารางที่ 4.19, ตารางที่ ผ11 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.19 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไฟไหม้น้ำร้อนลวก

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ว่านหางจระเข้	ใบ ²	ใช้วันทา ²	67 (100)	67 (100)
67 (97.1)	67 (100)			
อื่นๆ ¹				
4 (5.8)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการไฟไหม้น้ำร้อนลวก

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการไฟไหม้น้ำร้อนลวก มีทั้งสิ้น 6 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ เทียนบ้าน ฟ้ายะลวย โจรว่านมหาภาพ ว่านหางจระเข้ ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 2 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 31 ราย รายละเอียดดังนี้

1) เทียนบ้าน พบการใช้จำนวน 1 ราย ซึ่งสามารถใช้ได้ถูกส่วน และสอดคล้องกับการแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ใช้ใบหรือดอกสด ตำพอกฝี พบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มานั้นพบว่าปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) ว่านหางจระเข้ พบการใช้จำนวน 1 ราย ซึ่งสามารถใช้ได้ถูกส่วน และสอดคล้องกับการแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ใช้วันจากใบทา พบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น โดยแหล่งที่มานั้นพบว่าปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือ น้อยหน่า พบการใช้ 16 ราย โดยเกือบทั้งหมดใช้ถูกแห่งในการฝนทารอบฝี ซึ่งส่วนใหญ่ใช้น้ำสะอาดในการฝน และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ ต้นมิ ผักโหม พลู โพล ไมยราบ ลูกใต้ใบ ว่านสารพิษ สาบเสือ เสลดพังพอน หนุมานนั่งแท่น (ตารางที่ 4.20, ตารางที่ ผ12 ภาคผนวก ก)

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือ ว่านตะขาบ พบการใช้ 15 ราย โดยประมาณครึ่งหนึ่งใช้ใบตำทาโดยอาจผสมน้ำมันมะนาวร่วมด้วย ส่วนอีกครึ่งหนึ่งใช้ยางจากต้นทา มะนาวพบการใช้ 4 รายโดยทั้งหมดใช้ผลซึ่งมีรูปแบบการใช้ที่คล้ายกันคือ นำมาฝานแล้วปิดบริเวณแผลหรือคั้นน้ำทา ว่านหางจระเข้ พบการใช้ 3 ราย โดยทั้งหมดใช้วุ้นจากใบทา และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ น้ำเต้า พลู ใพลำ ฟ้ายะลวยโจร ขาสูบ/ขาสั่น รวงจืด ว่านงู ว่านสารพิษ สะเดา หน่อไม้เปรี้ยว สาบเสือ และยาตำรับ (ตารางที่ 4.21, ตารางที่ ผ13 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.21 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาแมลงสัตว์กัดต่อย

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เสลดพังพอน	ใบ ²	ตำพอก		8 (100)
8 (17.4)	8 (100)	- ใช้ใบเสลดพังพอนอย่างเดียว ²	4 (50.0)	
		- ตำผสมเหล้า ²	2 (25.0)	
		- ตำผสมน้ำมันมะนาว	2 (25.0)	
คำลิง	ใบ ²	ตำผสมแป้งเย็น ทา	1 (100)	1 (100)
1 (2.2)	1 (100)			
ว่านตะขาบ ¹				15 (100)
15 (32.6)	ใบ	ตำทา		
	8 (53.3)	- ใช้ว่านตะขาบเพียงอย่างเดียว	2 (25.0)	
		- ตำผสมน้ำมันมะนาว	6 (75.0)	
	ยาง	ทา	7 (100)	
	7 (46.7)			
มะนาว ¹	ผล	ฝาน ปิดแผล	2 (50.0)	1 (25.0)
4 (8.7)	4 (100)	คั้นน้ำ ทาแผล	1 (25.0)	
		คั้นน้ำ ผสมปูนขาว ทาแผล	1 (25.0)	
ว่านหางจระเข้ ¹	ใบ	ใช้วุ้นทา	3 (100)	3 (100)
3 (6.5)	3 (100)			

ตารางที่ 4.21 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาแมลงสัตว์กัดต่อย (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลุก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	
อื่นๆ ¹ 18 (39.1)			

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาแมลงสัตว์กัดต่อย

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการพิษ มี 1 รายการ คือ พลุ โดยจากจำนวนผู้ตอบ 64 ราย พบการใช้ในพื้นที่จำนวน 30 ราย โดย 29 ราย (ร้อยละ 96.7) สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ใบ และ 17 ราย (ร้อยละ 58.6) มีการใช้สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ตำผสมกับเหล้าทา โดยแหล่งที่มาที่พบว่าเกือบทั้งหมด ปลุกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือ ข่า พบการใช้ 10 ราย โดยทุกรายใช้เหง้า และเกือบทั้งหมดใช้ในรูปแบบการตำทา มะขาม พบการใช้ 6 ราย โดยใช้ใบในการต้มอาบ ขมิ้นชัน พบการใช้ 4 ราย โดยใช้เหง้าตำทา ตำลึง พบการใช้ 3 ราย โดยใช้ใบตำทาซึ่งอาจผสมข้าวคั่วบดด้วย และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ กะเพรา ข่าพลู ชุมเห็ดเทศ ตะไคร้ น้ำ ทองพันชั่ง บัวบก ผักแป้น เพชรน้ำค้าง เสดดพังพอน รางจืด มะนาว มะรุม มะลิซ้อน หม่อน และยาตำรับ (ตารางที่ 4.22, ตารางที่ ผ14 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.22 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษามพิษ

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลุก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	
พลู	ใบ ²	ตำทา	29 (96.7)
30 (46.9)	29 (96.7)	- ตำผสมเหล้า ²	17 (58.6)
		- ใช้ใบพลูอย่างเดียว	4 (13.8)
		- ตำผสมปูนขาว/ปูนแดง	3 (10.3)

ตารางที่ 4.22 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาลมพิษ (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		จำนวน (ร้อยละ)	ปลูก/เก็บ จำนวน (ร้อยละ)
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ		
ชำ ¹ 10 (15.6)	ลำต้น 1 (3.3)	- ตำผสมสมุนไพรอื่นๆ	3 (10.3)	10 (100)
		- ตำผสมเกลือ	1 (3.5)	
		ต้มดื่ม	1 (3.5)	
		ตำผสมเกลือ รับประทาน	1 (100)	
มะขาม ¹ 6 (9.4)	ใบ 6 (100)	ตำทา		6 (100)
		- ตำผสมเหล้า	8 (80.0)	
		- ตำสมน้ำปูนใสและเกลือ	1 (10.0)	
		คองเหล้า ทา	1 (10.0)	
ขมิ้นชัน ¹ 4 (6.3)	เหง้า 4 (100)	ต้มอาบ (ร่วมกับสมุนไพรอื่นๆ)	6 (100)	4 (100)
		ตำทา		
		- ใช้ร่วมกับสมุนไพรอื่น	3 (75.0)	
ตำลึง ¹ 3 (4.7)	ใบ 3 (100)	- ใช้ขมิ้นอย่างเดียว	1 (25.0)	3 (100)
		ตำทา		
		- ผสมข้าวคืบ	2 (66.7)	
อื่นๆ ¹ 17 (26.6)		- ใช้ตำลึงอย่างเดียว	1 (33.3)	

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาลมพิษ² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการเริ่ม
งูสวัด คือ เสดดพังพอน ซึ่งจากจำนวนผู้ตอบ 29 ราย พบการใช้ในพื้นที่จำนวน 15 ราย โดย
14 ราย สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ใบ แต่มีเพียง 1 ราย ที่มีการใช้สอดคล้องกับที่แนะนำในงาน

สาธารณสุขมูลฐาน คือ ดองกับแอลกอฮอล์ ใช้น้ำทา โดยผู้ส่วนใหญ่ใช้ได้ผลดี แต่พบ 1 ราย ที่ใช้ไม่ได้ผล สำหรับแหล่งที่มาพบว่าทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ ถิ่นฟ้า พบการใช้ 3 ราย โดยใช้เปลือกตำผสมเหล้าหรือฝนกับน้ำสะอาดทา โป้ พบการใช้ 2 ราย โดยใช้เปลือกฝนทา มะเดื่อ พบการใช้ 2 ราย โดยใช้ลูกฝนทา หรือใช้ยางทา และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ กระเทียม พญามะลิ รวงจืด ว่านสารพิษ ว่านหางจระเข้ สะเดาหิน และยาตำรับ (ตารางที่ 4.23, ตารางที่ ผ15 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.23 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาเริ่ม งูสวัด

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เสลดพังพอน				15 (100)
15 (51.7)	ใบ ²	ตำทา		
	14 (93.3)	- ใช้ใบเสลดพังพอนอย่างเดียว	5 (35.7)	
		- ผสมเหล้า	5 (35.7)	
		- ผสมน้ำปูนใส	1 (7.1)	
		- ผสมน้ำข้าวข้าว	1 (7.1)	
		ดองเหล้า ทา ²	1 (7.1)	
		ต้มผสมเกลือ ต้ม	1 (7.1)	
	ทั้งต้น	ตำผสมน้ำมะนาว ทา	1 (100)	
	1(6.7)			
ถิ่นฟ้า ¹	เปลือก	ตำผสมเหล้าทา	2 (66.7)	3 (100)
3 (10.3)	3 (100)	ฝนกับน้ำทา	1 (33.3)	
โป้ ¹	เปลือก	ฝนทา		2 (100)
2 (6.9)	2 (100)	- ฝนกับน้ำปูนใส	1 (50.0)	
		- ฝนร่วมกับสมุนไพรชนิดอื่น	1 (50.0)	
มะเดื่อ ¹	ลูก	ฝนกับน้ำบ่อน้อยทา	1 (100)	2 (100)
2 (6.9)	1 (50.0)			

ตารางที่ 4.23 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาเริ่ม งูสวัด (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อื่นๆ ¹ 8 (27.6)	ยาง	ทา	1 (100)	
	1 (50.0)			

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาเริ่ม งูสวัด

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการเคล็ดขัดยอก มี 1 รายการ คือ ไพล ซึ่งจากจำนวนผู้ตอบ 34 ราย พบการใช้ในพื้นที่จำนวน 25 ราย โดยทุกรายสามารถใช้ได้ถูกส่วนและสอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐานคือ ใช้เหง้า โดยตำแล้วคั้นเอาน้ำทา คำห่อผ้าทำลูกประคบ หรือทำเป็นน้ำมัน ซึ่งทุกรายพบว่าหลังใช้อาการดีขึ้น สำหรับแหล่งที่มานั้นพบว่าทุกรายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ที่พบการใช้ค่อนข้างมากคือ พลับพลึง พบการใช้ 4 รายโดยนำไปมาอย่างไฟประคบ และสมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ ดันพรม ตะไคร้หอม ปลาไหลเผือก ฝรั่ง และยาตำรับ (ตารางที่ 4.24, ตารางที่ ผ16 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.24 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไพล 25 (73.5)	เหง้า ²	ตำทา ²	12 (48.0)	25 (100)
	25 (100)	คำ ห่อผ้าประคบ ²	11 (44.0)	
พลับพลึง ¹ 4 (11.8)	ใบ	ทำเป็นน้ำมัน ²	2 (8.0)	
	4 (100)	ย่างไฟ ประคบ	3 (75.0)	4 (100)
		ตำทา	1 (25.0)	

ตารางที่ 4.24 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก (ต่อ)

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อื่นๆ ¹				
6 (17.7)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการเคล็ด ขัดยอก

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับมี 1 รายการ คือ จีเหือก ซึ่งไม่พบการใช้ในพื้นที่ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้พืชสมุนไพรเพื่อรักษา/บรรเทาอาการนอนไม่หลับ เพียง 2 รายการเท่านั้น ซึ่งเป็นสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ชุมเห็ดเทศ ใช้ใบตำคั้น และ ยาตำรับดองน้ำผึ้ง (ม้ากระต๊อบโรง เห็ดหนูหนู พญาช้างคำ) ซึ่งทั้ง 2 รายการ ให้ข้อมูลว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น

พืชสมุนไพรสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการใช้มีทั้งสิ้น 4 รายการ ได้แก่ บอระเพ็ด ฟ้าทะลาย ปลาไหลเผือก และย่านาง ซึ่งในพื้นที่พบการใช้จริง 2 รายการ จากจำนวนผู้ตอบ 25 ราย รายละเอียดดังนี้

1) ฟ้าทะลายโจร พบการใช้จำนวน 20 ราย โดยทุกราย สามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้ใบหรือลำต้น และ 12 รายมีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ตำคั้น โดยส่วนใหญ่พบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น (มี 1 ราย ให้ข้อมูลว่าไม่ดีขึ้น) สำหรับแหล่งที่มาพบว่ามี 18 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

2) บอระเพ็ด พบการใช้จำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายสามารถใช้ได้ถูกส่วน คือ ใช้เถา และ 1 ราย มีวิธีการใช้ที่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ปั่นเป็นลูกกลอนรับประทาน โดยทั้ง 2 ราย พบว่าหลังใช้มีอาการดีขึ้น สำหรับแหล่งที่มาพบว่ามีทั้ง 2 รายปลูกหรือหาเก็บด้วยตนเอง

ทั้งนี้ยังพบการใช้สมุนไพรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากรายการพืชสมุนไพรที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ได้แก่ ข่อย ตะไคร้ รวงจืด เสดดพังพอน และยาตำรับ (ตารางที่ 4.25, ตารางที่ ๗17 ภาคผนวก ก)

ตารางที่ 4.25 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไข้

สมุนไพร จำนวน (ร้อยละ)	รูปแบบการใช้		ปลูก/เก็บ	
	ส่วนที่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ฟ้าทะลายโจร				18 (90.0)
20 (80.0)	ใบ ²	รับประทานสด	8 (61.5)	
	14 (70.0)	ต้มดื่ม ²	6 (46.2)	
	ทั้งต้น ²	ต้มดื่ม ²	6 (100)	
	6 (30.0)			
บอระเพ็ด	เถา ²	บดผง ผสมน้ำผึ้ง ปั่นลูกกลอน ²	1 (50.0)	2 (100)
2 (8.0)	2 (100)	เคี้ยวสด	1 (50.0)	
อื่นๆ ¹				
5 (20.0)				

¹ พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้รักษาอาการไข้

² รูปแบบการใช้ที่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากข้อมูลพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรจำแนกตามกลุ่มอาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน ข้างต้นจำนวน 19 กลุ่มอาการ ได้นำมาพิจารณาถึงความสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยจำแนกออกเป็น 3 ประเด็นคือ ชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ และ วิธีการใช้ พืชสมุนไพร ดังนี้

1) ชนิดของพืชสมุนไพร ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจัดระดับเพื่อพิจารณาการใช้ได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน 3 ระดับ ได้แก่ มีความสอดคล้องระดับสูง สอดคล้องระดับปานกลาง และสอดคล้องระดับต่ำ พบว่า มี 3 กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ชนิดของพืชสมุนไพรได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับสูง ได้แก่ อาการไข้ไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 97.1) อาการกลากเกลื้อน (ร้อยละ 96.4) อาการไข้ (ร้อยละ 92.0) และ 3 อาการที่มีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ได้แก่ อาการเคล็ดขัดยอก (ร้อยละ 73.5) อาการไอ ระคายคอ (ร้อยละ 73.1) อาการท้องผูก (ร้อยละ 72.1) นอกนั้นมีความสอดคล้องในระดับต่ำ โดยกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุใช้พืชสมุนไพรไม่สอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานเลย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และ อาการชันนะตุ

กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุมีการใช้พืชสมุนไพรอย่างไม่สอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานจำนวนมาก ได้แก่ ฝัและแผลพุพอง พบว่าผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.6) ใช้ลูกน้อยหน้าแห้งในการฝนทาเพื่อรักษา และอาการแมลงสัตว์กัดต่อย พบว่าผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 32.6) ใช้ว่านตะขาบในการรักษาหรือบรรเทาอาการ ซึ่งผู้สูงอายุทั้งหมดให้ข้อมูลว่าหลังใช้แล้วได้ผลการรักษาที่ดี

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการใช้พืชสมุนไพรในอาการที่แตกต่างออกไปจากที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วยเช่น การใช้ฟ้าทะลายโจร ในงานสาธารณสุขมูลฐานแนะนำให้ใช้ในอาการท้องเดิน ฝัแผลพุพอง และไข้ แต่จากการสำรวจ พบการใช้ฟ้าทะลายโจรในอาการอื่นๆ ด้วย ได้แก่ อาการไอ ระคายคอ อาการท้องอืดท้อง ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด อาการขัดเบา และอาการแมลงสัตว์กัดต่อย ส่วนไพลนั้นถูกระบุให้ใช้ในอาการเคล็ดขัดยอก แต่ก็พบการนำไปใช้ในการรักษาหรือบรรเทาอาการท้องอืดท้องเฟ้อร่วมด้วย โดยพบการใช้ถึงร้อยละ 52.9

2) ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ พบว่าจากจำนวนพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน 61 ชนิด พบการใช้จริงในพื้นที่จำนวน 38 ชนิด โดยพืชสมุนไพรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.2) ถูกเลือกใช้ได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งนี้พืชสมุนไพรที่พบส่วนที่ใช้ไม่สอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานได้แก่

- กล้วยน้ำว่า พบการใช้ผลสุก (ในการรักษาอาการกระเพาะ แนะนำให้ใช้ผลดิบ)
- มะขาม พบการใช้ใบ (ในการรักษาอาการท้องผูก แนะนำให้ใช้เนื้อฝัก)
- ฝรั่ง พบการใช้เปลือกและใบอ่อน (ในการรักษาอาการท้องเสีย แนะนำให้ใช้ใบแก่หรือผลอ่อน)
- ฟ้าทะลายโจร พบการใช้ลำต้น (ในการรักษาอาการท้องเสีย แนะนำให้ใช้ใบหรือทั้งต้น)
- พลู่ พบการใช้ลำต้น (ในการรักษาอาการลมพิษ แนะนำให้ใช้ใบ)
- เสดดพังพอน พบการใช้ลำต้น (ในการรักษาอาการเริม งูสวัด แนะนำให้ใช้ใบ)

3) วิธีการใช้พืชสมุนไพร พบว่ามีพืชสมุนไพรเพียงร้อยละ 26 ที่ผู้ใช้ทุกรายสามารถใช้ได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งได้แก่ ขิง ข่า คุณ ตะไคร้ เทียนบ้าน ไพล มะขามแขก มะแว้ง และ ว่านหางจระเข้

ดังนั้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าในแต่ละกลุ่มอาการมีส่วนของผู้สูงอายุที่สามารถใช้พืชสมุนไพรได้อย่างสอดคล้องกับมาตรฐานการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งใน 3 ประเด็นคือ ชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ และวิธีการใช้พืชสมุนไพร เรียงตามลำดับดังนี้

1) อาการแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก	ร้อยละ 97.1
2) อาการเคล็ดขัดยอก	ร้อยละ 73.5
3) อาการกลากเกลื้อน	ร้อยละ 58.2
4) อาการท้องผูก	ร้อยละ 53.5
5) อาการไอ ระคายคอ	ร้อยละ 52.6
6) อาการไข้	ร้อยละ 52
7) อาการท้องเดิน	ร้อยละ 36.8
8) อาการลมพิษ	ร้อยละ 26.6
9) อาการขัดเบา	ร้อยละ 22.7
10) อาการท้องอืดท้องเฟ้อ	ร้อยละ 17.6
11) อาการแพ้ อักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย	ร้อยละ 13
12) อาการฝี แผลพุพอง	ร้อยละ 6.7
13) อาการจุกเสียด ปวดท้อง	ร้อยละ 4
14) อาการงูสวัด เริ่ม	ร้อยละ 3.4

ส่วนอาการชั้นนะตุ อาการปวดฟัน อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเบื่ออาหาร และอาการนอนไม่หลับนั้น ไม่มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรได้อย่างสอดคล้องกับมาตรฐานการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

และเมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพร ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นเพศหญิง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย และส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ในระดับปานกลางและสูง ทั้งนี้การพิจารณาถึงความสอดคล้องของพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานนั้น เป็นเพียงการเปรียบเทียบกับคำแนะนำมาตรฐานการใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ไม่ได้เป็นการตีความว่าเป็นพฤติกรรมที่ถูกหรือผิด เนื่องจากการใช้พืชสมุนไพรนั้นเป็นหนึ่งในภูมิปัญญา

ที่มีการสืบทอดมาตั้งแต่อดีต ซึ่งมีความหลากหลาย และอาจมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ได้ ซึ่งจะมีการกล่าวในส่วนของการอภิปรายผลต่อไป

4.3 ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสิทธิภาพการใช้บริการทางสุขภาพ

4.3.1 ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.8) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 29.1) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.1) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนจำแนกตามรายข้ออยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยมีความเชื่อว่าการกระทำของตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 70.1) ในขณะที่เชื่อว่าการที่ท่านเจ็บป่วย เป็นเพราะการกระทำของตัวเองน้อยที่สุด (ร้อยละ 57.5) ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีความเชื่อฯ ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 41.3) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.0) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเชื่อฯ ไม่ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ก็เจ็บป่วยอยู่ดีมากที่สุด (ร้อยละ 57.3) ในขณะที่เชื่อว่าโชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่า ท่านจะหายป่วยเร็วหรือช้ามากที่สุด (ร้อยละ 45.4) รายละเอียดในตารางที่ 4.26-4.27

ตารางที่ 4.26 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	ระดับ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความเชื่ออำนาจฯ ภายในตน (n = 261)	143 (54.8)	42 (16.1)	76 (29.1)
ความเชื่ออำนาจฯ แบบบังเอิญ (n = 259)	107 (41.3)	44 (17.0)	108 (41.7)

ตารางที่ 4.27 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจำแนกตามรายข้อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน (n = 261)			
1. การกระทำของตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของท่าน	183 (70.1)	24 (9.2)	54 (20.7)
2. เมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมของท่าน จะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายป่วยเร็วหรือช้า	168 (64.4)	34 (13.0)	59 (22.6)
3. ถ้าท่านดูแลตัวเองดี ก็จะไม่เสี่ยงที่จะเจ็บป่วยได้	160 (61.3)	40 (15.3)	61 (23.4)
4. การที่ท่านเจ็บป่วย เป็นเพราะการกระทำของตัวเอง	150 (57.5)	45 (17.2)	66 (25.3)
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ (n = 259)			
1. ไม่ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ท่านก็เจ็บป่วยอยู่ดี	149 (57.3)	41 (15.8)	70 (26.9)
2. สิ่งต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของท่าน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ	137 (52.5)	52 (19.9)	72 (27.6)
3. ท่านมีสุขภาพดี เนื่องจากมันได้ถูกกำหนดไว้แล้ว	135 (51.9)	42 (16.2)	83 (31.9)
4. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่า ท่านจะหายป่วยเร็วหรือช้า	118 (45.4)	49 (18.8)	93 (35.8)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.8) รองลงมาก็คือระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.2) และระดับสูง (ร้อยละ 12.0) และเมื่อพิจารณาตามข้อ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ที่เข้าใจว่าสมุนไพรนำมาตำแล้วพอกลดอาการปวดบวมมากที่สุด (ร้อยละ 66.4) รองลงมาก็คือ เหย้าขานำมาตำผสมกับเหล้า ทาแก้กลากเกลื้อน (ร้อยละ 62.5) และตะไคร้บ้านและตะไคร้หอมไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ (ร้อยละ 56.9) ส่วนความรู้ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือใบขี้เหล็ก ใช้บรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ (ช่วยให้หลับ) ร้อยละ 24.5 รายละเอียดในตารางที่ 4.28-4.29

ตารางที่ 4.28 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร	จำนวน (n = 259)	ร้อยละ
สูง	31	12.0
ปานกลาง	55	21.2
ต่ำ	173	66.8

ตารางที่ 4.29 ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานรายข้อ ในกลุ่มผู้ตอบถูก

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. เหยื่อไฟลนนำมดมาตำแล้วพอก ลดอาการปวดบวม (n = 259)	172	66.4
2. เหยื่อข่านำมาตำผสมกับเหล้า ทาแก้กลากเกลื้อน (n = 261)	163	62.5
3. ตะไคร้บ้านและตะไคร้หอมไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ (n = 260)	148	56.9
4. ใบพลู ใช้บรรเทาอาการลมพิษตามผิวหนัง (n = 261)	129	49.9
5. ถ้ากินรังจืดอยู่กับยาแผนปัจจุบัน ทำให้ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพลดลง (n = 261)	129	49.9
6. พญาขอ (เสลดพังพอน) รักษาเริ่ม งูสวัด (n = 260)	117	45.0
7. ฟ้ายะลวยโจร ไม่สามารถใช้ติดต่อกันได้นาน เพราะมีโทษ (n = 261)	91	34.9
8. ใบมะขามป้อมไม่สามารถใช้แทนลูกมะขามป้อมเพื่อบรรเทาอาการไอได้ (n = 260)	89	34.2
9. ใบชุมเห็ดเทศนำมาต้มดื่ม แก้อาการท้องผูกได้ (n = 260)	67	25.8
10. ใบขี้เหล็ก ใช้บรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ (ช่วยให้หลับ) (n = 261)	64	24.5

4.3.2 ปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ

ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐในระดับง่าย (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.9) และระดับยาก (ร้อยละ 16.4) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และเมื่อพิจารณารายข้อ จำแนกตามปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของบุคคล 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การอำนวยความสะดวก

ในการใช้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ พบว่าปัจจัยที่มีสัดส่วนอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและการรักษาโรคอย่างเพียงพอ) ร้อยละ 77.6 ส่วนปัจจัยที่มีสัดส่วนอยู่ในระดับมากน้อยที่สุดคือปัจจัยด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (มีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการ) ร้อยละ 60.4 รายละเอียดในตารางที่ 4.30-4.31

ตารางที่ 4.30 ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ	จำนวน (n = 255)	ร้อยละ
ง่าย	170	66.7
ปานกลาง	43	16.9
ยาก	42	16.4

ตารางที่ 4.31 การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐรายชื่อ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
1. ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเอง และการรักษาโรค อย่างเพียงพอ	198 (77.6)	37 (14.5)	20 (7.8)
2. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เช่น ค่าเดินทาง อาหาร อื่นๆ ท่านสามารถจ่ายได้	188 (73.7)	33 (12.9)	34 (13.3)
3. มีขั้นตอนการให้บริการที่ไม่ยุ่งยาก สะดวกต่อการ ใช้บริการ	182 (71.4)	52 (20.4)	21 (8.2)
4. เดินทางไปรับบริการได้ง่ายและสะดวก	181 (71.0)	42 (16.5)	32 (12.5)
5. มีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการ	154 (60.4)	53 (20.8)	48 (18.8)

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในระดับง่าย (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคือ ระดับยาก (ร้อยละ 33.3) และค่อนข้างง่าย (ร้อยละ 18.0) และเมื่อพิจารณาตามแหล่งที่เข้าถึง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจากบริเวณที่พักอาศัยหรือบ้าน (ร้อยละ 84.5) รองลงมาคือเข้าถึงจากเพื่อนบ้าน ละคร่วมเดียวกัน (ร้อยละ 36.8) และป่าชุมชนหรือพื้นที่รกร้าง (ร้อยละ 12.1) ตามลำดับ ส่วนแหล่งที่มี

การเข้าถึงค่อนข้างน้อย ได้แก่ วัด (ร้อยละ 4.6) โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงเรียน (ร้อยละ 2.9) และหอพักบ้าน (ร้อยละ 0.6) รายละเอียดในตารางที่ 4.32 - 4.33

ตารางที่ 4.32 การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ง่าย	127	48.7
ค่อนข้างง่าย	47	18.0
ยาก	87	33.3

ตารางที่ 4.33 แหล่งเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

แหล่งเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ¹	จำนวน (n = 174)	ร้อยละ
บริเวณที่พักอาศัย/บ้าน	147	84.5
เพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน	64	36.8
ป่าชุมชน / พื้นที่รกร้าง	21	12.1
คนรู้จัก / ญาติ	20	11.5
ตลาด / รถเร่	19	10.9
วัด	8	4.6
โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงเรียน	5	2.9
หอพักบ้าน	1	0.6

¹ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

4.3.3 ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ

การรับรู้ระดับสุขภาพ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองในระดับดี (ร้อยละ 34.1) และดีมาก (ร้อยละ 20.7) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ร้อยละ 43.7) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีคนรู้จักที่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ร้อยละ 64.6) รายละเอียดในตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 การรับรู้ระดับสุขภาพและประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และคนรู้จัก

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ระดับสุขภาพ		
ไม่ดีมาก	2	45.2
ไม่ดี	52	54.8
ปานกลาง	64	64.2
ดี	89	16.6
ดีมาก	54	19.2
ผู้มีประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน¹		
บุคคลในครอบครัวและญาติสนิท	114	43.7
คนรู้จัก	168	64.6

¹ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ โดยแต่ละตัวแปรจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ รวมระดับปานกลางและสูงเป็นกลุ่มเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ รายละเอียดในตารางที่ 4.35

4.4.1 ปัจจัยนำกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนระดับปานกลางถึงสูง จะมีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.80 เท่า ของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับต่ำ (OR = 1.80, 95%CI = 1.05-3.11) และผู้สูงอายุ

ที่มีความรู้ฯ ระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.22 เท่า ของผู้ที่มีความรู้ฯ ในระดับต่ำ (OR = 3.22, 95%CI = 1.86-5.56) ขณะที่อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ($p > 0.05$)

4.4.2 ปัจจัยสนับสนุนกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ผลการศึกษาพบว่าทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.83 เท่า ของผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง (OR = 1.83, 95%CI = 1.02-3.30) ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ในระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 2.22 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ยาก (OR = 2.22, 95%CI = 1.11-4.45) และผู้สูงอายุที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 11.68 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก (OR = 11.68, 95%CI = 5.99-22.81)

4.4.3 ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มี 3 ปัจจัย คือการรับรู้ระดับสุขภาพ ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัว และญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของความรู้จัก ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของความรู้จักมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.69 เท่า ของผู้ที่ไม่มียุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ (OR = 3.69, 95%CI = 2.20-6.19) และผู้สูงอายุที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 6.25 เท่า ของผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ (OR = 6.25,

95%CI = 3.49-11.17) ในขณะที่การรับรู้ระดับสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ($p > 0.05$)

ตารางที่ 4.35 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้าน
ประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

	การใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐาน		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	ใช้	ไม่ใช้				
ปัจจัยนำ						
อายุ (ปี)						
ตั้งแต่ 70 ขึ้นไป	64 (46.4)	74 (53.6)	0.75	0.46-1.22	1.38	0.240
60-69	66 (53.7)	57 (46.3)				
เพศ						
หญิง	86 (50.9)	83 (49.1)	1.13	0.68-1.88	0.22	0.637
ชาย	54 (47.8)	48 (52.2)				
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน						
ระดับปานกลางถึงสูง	100 (54.1)	85 (45.9)	1.80	1.05-3.11	4.58	0.032
ระดับต่ำ	30 (39.5)	46 (60.5)				
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ						
ระดับต่ำ	60 (55.6)	48 (44.4)	1.49	0.90-2.44	2.45	0.118
ระดับปานกลางถึงสูง	69 (45.7)	82 (54.3)				
ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน						
ระดับปานกลางถึงสูง	59 (68.6)	27 (31.4)	3.22	1.86-5.56	18.20	< 0.001
ระดับต่ำ	70 (40.5)	103 (59.5)				
ปัจจัยสนับสนุน						
ความพอเพียงของรายได้						
พอเพียง	107 (53.2)	94 (46.8)	1.83	1.02-3.30	4.10	0.043
ไม่พอเพียง	23 (38.3)	37 (61.7)				

ตารางที่ 4.35 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสพการณ์การใช้บริการทางสุขภาพกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

	การใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐาน		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	ใช้	ไม่ใช้				
การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ						
ปานกลางถึงง่าย	112 (52.6)	101 (47.4)	2.22	1.11-4.45	5.20	0.023
ยาก	14 (33.3)	28 (66.7)				
การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน						
ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	117 (67.2)	57 (32.8)	11.68	5.99-22.81	63.46	< 0.001
ยาก	13 (14.9)	74 (85.1)				
ปัจจัยด้านความจำเป็น						
การรับรู้ระดับสุขภาพ						
ปานกลางถึงดีมาก	109 (52.7)	98 (47.3)	1.75	0.95-3.22	3.25	0.072
ไม่ดีและไม่ดีมาก	21 (38.9)	33 (61.1)				
ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ						
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท						
ใช้	77 (67.5)	37 (32.5)	3.69	2.20-6.19	25.47	< 0.001
ไม่ใช้	53 (36.1)	94 (63.9)				
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก						
ใช้	109 (64.9)	59 (35.1)	6.25	3.49-11.17	42.06	< 0.001
ไม่ใช้	21 (22.8)	71 (77.2)				

4.5 ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

เป็นการหาปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ จากปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสพการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้พืชสมุนไพรฯ มี 7 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร

สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก

โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานทั้งสิ้น 7 ตัวแปร พบว่าการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ดังนี้ การเข้าถึงพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร ของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรของคนรู้จัก ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์กับความพอเพียงของรายได้ ($p < 0.05$) ส่วนประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรของคนรู้จัก มีความสัมพันธ์กับทุกปัจจัย ($p < 0.01$) ยกเว้นการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ รายละเอียดในตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.36 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman Rank ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ตัวแปร	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(2)	.161**					
(3)	.031	-.086				
(4)	.061	-.005	.032			
(5)	.173**	.196**	.135*	.045		
(6)	.071	.140*	.242**	.010	.311**	
(7)	.196**	.224**	.187**	.122	.379**	.227**

- (1) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน (2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร
 (3) ความพอเพียงของรายได้ (4) การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ (5) การเข้าถึงพืชสมุนไพร
 (6) ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท
 (7) ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรของคนรู้จัก

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

โดยทั้ง 7 ตัวแปร นำสู่การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรฯ โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Forward likelihood ratio ผลการวิเคราะห์ดังนี้

Step 1 ตัวแปรตัวแรกที่น่าเข้าสู่สมการทำนายฯ ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าผู้ที่มีการเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก 11.94 เท่า (Adj. OR = 11.94, 95%CI = 5.99-23.82) สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 73.0

Step 2 ตัวแปรลำดับที่ 2 ที่น่าเข้าสู่สมการทำนายฯ ภายหลังจากตัวแปร การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน เข้าสู่สมการทำนายแล้ว ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรฯ ของคนรู้จัก เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าผู้ที่มีการเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก 8.55 เท่า (Adj. OR = 8.55, 95%CI = 4.18-17.51) และผู้ที่มิคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่มิคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ 3.92 เท่า (Adj. OR = 3.92, 95%CI = 2.04-7.52) โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 76.2

Step 3 ตัวแปรลำดับที่ 3 ที่น่าเข้าสู่สมการทำนายฯ ภายหลังจากตัวแปร การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรฯ ของคนรู้จัก เข้าสู่สมการทำนายแล้ว ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรฯ ของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าผู้ที่มีการเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก 7.23 เท่า (Adj. OR = 7.23, 95%CI = 3.48-15.03) ผู้ที่มิคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่มิคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ 3.66 เท่า (Adj. OR = 3.66, 95%CI = 1.88-7.11) และผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่มิบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ 2.29 เท่า (Adj. OR = 2.29, 95%CI = 1.25-4.20) โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 77.0

Step 4 ตัวแปรลำดับที่ 4 ที่น่าเข้าสู่สมการทำนายฯ ภายหลังจากตัวแปร การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรฯ ของคนรู้จัก และประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรฯ ของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท เข้าสู่สมการทำนายแล้ว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรฯ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าผู้ที่มีการเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก 7.00 เท่า (Adj. OR = 7.00, 95%CI = 3.33-14.62) ผู้ที่มิคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ

จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ 3.25 เท่า (Adj. OR = 3.25, 95%CI = 1.65-6.40) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ 2.21 เท่า (Adj. OR = 2.21, 95%CI = 1.20-4.09) และผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรฯ ในระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรฯ มากกว่าผู้ที่มีความรู้ฯ ในระดับต่ำ 2.15 เท่า (Adj. OR = 2.15, 95%CI = 1.11-4.16) โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 77.8 รายละเอียดในตารางที่ 4.37-4.38

ตารางที่ 4.37 ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยทำนาย	B	p-value	Adj. OR	95% CI		
				Lower	Upper	
Step 1						
การเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	2.48	< 0.001	11.94	5.99	23.82	
Constant	-1.78					
Step 2						
การเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	2.15	< 0.001	8.55	4.18	17.51	
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรฯ ของคนรู้จัก	1.37	< 0.001	3.92	2.04	7.52	
Constant	-2.01					
Step 3						
การเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	1.98	< 0.001	7.23	3.47	15.03	
ประสบการณ์การใช้ฯ ของคนรู้จัก	1.30	< 0.001	3.66	1.88	7.11	
ประสบการณ์การใช้ฯ ของบุคคลในครอบครัวฯ	0.83	0.007	2.29	1.25	4.20	
Constant	-2.67					
Step 4						
การเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	1.94	< 0.001	7.00	3.33	14.62	
ประสบการณ์การใช้ฯ ของคนรู้จัก	1.18	0.001	3.25	1.65	6.40	
ประสบการณ์การใช้ฯ ของบุคคลในครอบครัวฯ	0.79	0.011	2.21	1.20	4.09	
ความรู้ฯ ระดับปานกลางขึ้นไป	0.77	0.023	2.15	1.11	4.16	
Constant	-2.80					

ตารางที่ 4.38 โอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ค่าจริง	ค่าทำนายการใช้		ร้อยละการทำนาย ได้ถูกต้อง	Nagelkerke R Square
	ไม่ใช้	ใช้		
Step 1			73.0	0.307
ไม่ใช้	71	56	55.9	
ใช้	12	113	90.4	
Step 2			76.2	0.376
ไม่ใช้	94	33	74.0	
ใช้	27	98	78.4	
Step 3			77.0	0.403
ไม่ใช้	86	41	67.7	
ใช้	17	108	86.4	
Step 4			77.8	0.422
ไม่ใช้	93	34	61.7	
ใช้	22	103	84.8	

ดังนั้นสมการที่ดีที่สุดในการทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ สมการที่ 4 โดยมีปัจจัยที่ร่วมทำนายทั้งสิ้น 4 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครัวเรือน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีสมการดังนี้

$$P(X_i) = 1/[1 + \exp - (-2.80) + 1.94 (X_1) + 1.18 (X_2) + 0.79 (X_3) + 0.77 (X_4)]$$

โดย $P(X_i)$ = โอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ
 X_1 = การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย
 X_2 = ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครัวเรือน
 X_3 = ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท
 X_4 = ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลางขึ้นไป

4.6 การวิเคราะห์เพิ่มเติม

จากผลการวิเคราะห์พบว่า การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุสูงมาก โดยมีค่า Crude OR เท่ากับ 11.68 และเมื่อใช้ตัวแปรนี้ในการทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า เป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายฯ เป็นลำดับที่ 1 และเป็นตัวแปรที่มีค่า Adj. OR ที่สูงเด่นชัดมากกว่าตัวแปรทำนายอีก 3 ตัวแปร ดังนั้นจึงเป็นที่สนใจว่าหากทราบข้อมูล การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเพียงตัวแปรเดียว ก็อาจสามารถบอกแนวโน้มการ ใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุได้ แต่ทั้งนี้ก็มีข้อมูลจากการสำรวจพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 32.8) ที่สามารถเข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ง่าย แต่กลับไม่ใช้พืชสมุนไพรฯ โดยเมื่อพิจารณาต่อไปในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนนี้มีคนรู้จักที่ใช้พืชสมุนไพรฯ ก่อนข้างน้อย (ร้อยละ 58.9) และมีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทที่ใช้พืชสมุนไพรฯ เพียงร้อยละ 42.1 เท่านั้น และยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้ฯ ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.2) ดังนั้นถึงแม้การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจะมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าตัวแปรอื่นๆ ถึงหลายเท่า แต่หากอาศัยเพียงตัวแปรเดียว ก็ไม่สามารถทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรฯ ได้อย่างถูกต้องเสมอไป จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรฯ ของคนรู้จัก บุคคลในครอบครัว และญาติสนิท รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple logistic regression

4.7 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 11 ปัจจัย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุมี 7 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก โดยปัจจัยที่ร่วมทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่า OR เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพร

สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครูผู้จัก ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รายละเอียดในตารางที่ 4.39

ตารางที่ 4.39 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย	p-value	ผลการทดสอบ
สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ		
- อายุ	> 0.05	ปฏิเสธ
- เพศ	> 0.05	ปฏิเสธ
- ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	< 0.05	ยอมรับ
- ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ	> 0.05	ปฏิเสธ
- ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร	< 0.001	ยอมรับ
สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ		
- ความพอเพียงของรายได้	< 0.05	ยอมรับ
- การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ	< 0.05	ยอมรับ
- การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	< 0.001	ยอมรับ
สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านความจำเป็นมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ		
- การรับรู้ระดับสุขภาพ	> 0.05	ปฏิเสธ
สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการใช้บริการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ		
- ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร ของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท	< 0.001	ยอมรับ
- ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร ของครูผู้จัก	< 0.001	ยอมรับ

ตารางที่ 4.39 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย (ต่อ)

สมมติฐานการวิจัย	p-value	ผลการทดสอบ
สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้าน ความจำเป็น ปัจจัยด้านการให้บริการทางสุขภาพ สามารถทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ		
<u>ปัจจัยนำ</u>		
- ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร	< 0.05	ยอมรับ
- อายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบ บังเอิญ	> 0.05	ปฏิเสธ
<u>ปัจจัยสนับสนุน</u>		
- การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน	< 0.001	ยอมรับ
- การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และความพอเพียง ของรายได้	> 0.05	ปฏิเสธ
<u>ปัจจัยด้านความจำเป็น</u>		
- การรับรู้ระดับสุขภาพ	> 0.05	ปฏิเสธ
<u>ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพ</u>		
- ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร ของบุคคลใน ครอบครัวและญาติสนิท	0.01	ยอมรับ
- ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพร ของคนรู้จัก	0.001	ยอมรับ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 261 คน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 11 ปัจจัย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่า Crude OR พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ($P < 0.05$) มีทั้งสิ้น 7 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก และเมื่อนำตัวแปรเหล่านี้เข้าสู่การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรฯ โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Forward likelihood ratio พบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่า OR เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะอภิปรายผลการศึกษาต่อไป

5.1 การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 49.8 มีการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสัดส่วนการใช้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศบราซิล ของ Silva AB. และคณะ⁽⁷¹⁾ ที่พบสัดส่วนการใช้พืชสมุนไพรในผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ

ขึ้นพื้นฐานร้อยละ 51.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพืชสมุนไพรยังเป็นทางเลือกหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการบรรเทาหรือรักษาอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางที่ผู้สูงอายุนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐ หรืออาจเป็นการใช้ควบคู่กับบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ อย่างไรก็ตามการใช้พืชสมุนไพรของผู้สูงอายุ มีทั้งการใช้ทั้งในงานสาธารณสุขมูลฐานและนอกระบบสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ใช้เพื่อรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และใช้เพื่อบำรุงร่างกาย โดยสามารถจัดกลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรจากผู้ใช้และเคยใช้พืชสมุนไพรทั้งหมด (ร้อยละ 71.3) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นการใช้เพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยแบบฉับพลันที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก มีร้อยละ 24.1 (2) กลุ่มที่ใช้พืชสมุนไพรทั้งในงานและนอกระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 41.4 และ (3) กลุ่มที่ใช้สมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 5.8 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 27.3 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีการใช้พืชสมุนไพรหรือยาสมุนไพรร่วมด้วย โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการใช้ยาสมุนไพรสำเร็จรูป สอดคล้องกับการศึกษาของ Altizer K. และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าพืชสมุนไพรส่วนใหญ่จะถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยแบบฉับพลัน ที่มักเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง สามารถรักษาให้หายได้ง่าย ส่วนยาสมุนไพรสำเร็จรูป มักถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับเหตุผลในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานนั้น จากการศึกษานี้พบว่าประมาณ 2 ใน 3 เนื่องมาจากการแนะนำจากคนรู้จัก (ครอบครัว เพื่อน และพระ) คิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมา คือ มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ร้อยละ 36.2 มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้ร้อยละ 26.2 และสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่าย ร้อยละ 18.5 ในขณะที่การศึกษาของ Seedhom AE. และคณะ⁽¹¹⁾ ในประเทศอียิปต์ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ในการใช้พืชสมุนไพรจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ถึงร้อยละ 41.0 รองลงมาคือ ได้รับคำแนะนำจากครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 34.9 มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ร้อยละ 33.9 และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ร้อยละ 31.0 จะเห็นว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ส่งผลให้คนใช้พืชสมุนไพรนั้นค่อนข้างคล้ายกัน ยกเว้นปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายซึ่งพบเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยในการศึกษานี้ แต่กลับพบเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงในประเทศอียิปต์ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านระบบประกันสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาในสถานบริการสุขภาพของรัฐ สำหรับประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้อย่างเท่าเทียม โดยจากการศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีรายได้พอเพียง และไม่พอเพียงมีสัดส่วนของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของรัฐที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 84.2 และ 81.4 ตามลำดับ รายได้จึงไม่ใช่สาเหตุหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้พืชสมุนไพร นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เลือกใช้สมุนไพรเนื่องจากคิดว่าการรักษา

ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันไม่หายขาด โดยพบร้อยละ 4.6 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Picking D. และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบร้อยละ 5.5

ส่วนเหตุผลในการไม่ใช้พืชสมุนไพรนั้น จากการศึกษาพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมาจากการไม่มีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพร ถึงร้อยละ 60.0 และร้อยละ 15.5 คิดว่ายาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้วหรือไม่ค่อยมั่นใจในประสิทธิภาพของสมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษาของ Picking D. และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าสาเหตุของการไม่ใช้พืชสมุนไพรนั้นเนื่องมาจากการขาดความรู้มากที่สุด ร้อยละ 26.5 และคิดว่ายาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้วหรือไม่ค่อยมั่นใจในประสิทธิภาพของสมุนไพรร้อยละ 19.6

5.2 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

เมื่อพิจารณาการใช้พืชสมุนไพรจำแนกตามกลุ่มอาการเจ็บป่วย พบว่าแต่ละกลุ่มอาการมีการนำพืชสมุนไพรมาใช้รักษาในสัดส่วนที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านภูมิประเทศและภูมิอากาศที่ส่งผลให้โอกาสการเจ็บป่วยและชนิดพรรณพืชในท้องถิ่นนั้นๆมีความแตกต่างกันไปด้วย โดยการศึกษาพบว่าพืชสมุนไพรถูกนำมาใช้ในกลุ่มอาการทางผิวหนังมากที่สุด เช่นเดียวการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู่⁽³²⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรในการรักษาอาการทางผิวหนังในระดับมาก ทั้งเนื่องจากประเทศไทยอยู่ในเขตร้อนชื้น โอกาสการเจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนังจึงมากกว่ากลุ่มอาการอื่น และส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง สามารถรักษาด้วยพืชสมุนไพรได้ ในขณะที่การศึกษาของ Silva AB. และคณะ⁽⁷¹⁾ ในประเทศบราซิล พบการใช้สมุนไพรในกลุ่มอาการระบบทางเดินอาหารมากที่สุด และการศึกษาของ Picking D. และคณะ⁽¹⁰⁾ ในประเทศจาเมกาพบการใช้พืชสมุนไพรในกลุ่มระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 39.6 ในขณะที่การใช้ในระบบผิวหนังมีเพียงร้อยละ 7.8 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องของการใช้พืชสมุนไพรกับการใช้ที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งด้านชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ และวิธีการใช้พืชสมุนไพร พบว่ากลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้พืชสมุนไพรได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับสูงคือ อาการไฟไหม้น้ำร้อนลวก อาการกลากเกลื้อน และอาการไข้ โดยพืชสมุนไพรที่พบการใช้มากที่สุด และผู้สูงอายุสามารถใช้ได้สอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในด้านชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ และวิธีการใช้พืชสมุนไพร คือว่านหางจระเข้ โดยใช้วุ้นจากใบในการรักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และฝี

แผลพุพอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่านหางจระเข้เป็นพืชที่ถูกปลูกไว้ประจำเกือบทุกครัวเรือน มีวิธีการใช้ที่ไม่ยุ่งยาก สามารถนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการเตรียมมากนัก ส่วนชนิดของพืชสมุนไพรที่พบการใช้ในหลากหลายอาการ และบางอาการนั้น ไม่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือฟ้าทะลายโจร ซึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐาน แนะนำให้ใช้ในอาการท้องเดิน ไข้ แผลพุพอง และไข้ แต่จากการสำรวจ พบการใช้ฟ้าทะลายโจร ในอาการอื่นๆด้วย ได้แก่ อาการไอ ระคายคอ อาการท้องอืดท้อง ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด อาการขัดเบา และอาการแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งหนึ่งในหลักการใช้สมุนไพรนั้นคือการใช้ให้ถูกกับโรค หมายถึง รู้ว่าสมุนไพรใดควรใช้กับโรคใด โดยพิจารณาตามรศยา 9 รส โดยฟ้าทะลายโจรนั้นมีรสขมเย็น ใช้แก้ในทางโลหิตและดี คืออาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อน จึงแนะนำให้ใช้ในอาการ ท้องเดิน ไข้แผลพุพอง และอาการไข้ การนำมาใช้ในการรักษาอาการไอ ระคายคอ และแมลงสัตว์ กัดต่อยก็อาจใช้ได้เช่นกัน เนื่องจากเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความร้อน แต่สำหรับอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด และ ขัดเบา นั้น เป็นอาการทางลม ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วสมุนไพรรสขมเย็น จะแสดงกับอาการทางลม โรคลมจุกเสียด แน่นเฟ้อ⁽⁷²⁾ ดังนั้นเมื่อนำฟ้าทะลายโจรมาใช้ในการรักษา อาการเหล่านี้ จึงอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรืออาการแย่ลงได้

ทั้งนี้การประเมินความสอดคล้องของพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐานนั้น เป็นการพิจารณาว่าพฤติกรรมการใช้ดังกล่าวนี้เป็นไปตามคำแนะนำตาม มาตรฐานการใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขหรือไม่เท่านั้น ไม่สามารถตีความว่าเป็นพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรที่ถูกหรือผิด ได้อย่างชัดเจน ด้วยการใช้พืชสมุนไพรเป็นหนึ่งในภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสืบทอดมาตั้งแต่อดีต มีความหลากหลาย และอาจมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งข้อมูลที่น่าสนใจจากการ เก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ผู้สูงอายุใช้ลูกน้อยหน้าแห้ง ในการรักษาอาการไข้ แผลพุพอง โดยนำมาฝน แล้วทารอบไฟ จะทำให้ไข้แห้งและแตกออกในที่สุดโดยไม่ต้องผ่า สอดคล้องกับข้อมูลในตำรา ประมวลสรรพคุณยาไทย⁽⁷³⁾ ที่กล่าวไว้ว่า เปลือกลูกอ่อนแห้งคั้นของน้อยหน้านั้นเอามาฝนกับสุรา พอกแก้พิษงู และรักษาแผลได้ แม้ว่าการใช้ดังกล่าวจะไม่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุข มูลฐาน แต่ผู้สูงอายุทั้งหมดที่เคยใช้ให้ข้อมูลว่าใช้แล้วได้ผลการรักษาที่ดี ซึ่งก็เป็นภูมิปัญญาการ รักษาที่น่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป แม้ว่าการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานบางอย่าง จะไม่สอดคล้องกับคำแนะนำตามมาตรฐานการใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่มี ลักษณะการใช้สอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาการรักษาโรคของไทย มาตั้งแต่อดีตและสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน เช่น การใช้มะขามเพื่อรักษาอาการท้องผูก มาตรฐาน การใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานแนะนำให้ใช้เนื้อฝัก แต่จากการเก็บข้อมูลพบว่า มีการ

ใช้ใบมะขาม ซึ่งใบมะขามนั้นเมื่อพิจารณาตามรศยา 9 รส ตามหลักของเภสัชกรรมไทยแล้วพบว่า มีรสเปรี้ยว มีสรรพคุณแก้ทางเสมหะ แก้ท้องผูก ระบายอุจจาระ⁽⁷²⁾ ใบมะขามจึงสามารถนำมาใช้ในการบรรเทาหรือรักษาอาการท้องผูกได้เช่นกัน

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลลงในรายละเอียดคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรไม่สอดคล้องกับคำแนะนำในงานสาธารณสุขมูลพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง เป็นวัยกลางและวัยปลายคือมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายนั้น มีโอกาสได้เรียนรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคด้วยภูมิปัญญาดั้งเดิมมาเป็นระยะเวลามากกว่า ซึ่งภูมิปัญญาการรักษาบางประการอาจจะพบค่อนข้างน้อยแล้วในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีวิธีการใช้พืชสมุนไพรที่แตกต่างออกไปจากคำแนะนำในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับปานกลางและสูงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ร่วมส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เลือกใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของตนเองตามภูมิปัญญาการรักษาที่ตนเองเคยเรียนรู้หรือมีประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมาก่อน

5.3 ปัจจัยนำกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60 - 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.11+ 7.06 ปี เกือบร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แม้ผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุตั้งแต่วัยกลางขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยต้น แต่ก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานส่วนใหญ่มาจากบริเวณที่พักอาศัย ซึ่งต้องเก็บและเตรียมการใช้ด้วยตนเอง สถานะทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่ออายุมากขึ้นจึงอาจส่งผลต่อการเก็บและการเตรียมการใช้พืชสมุนไพรด้วยตนเองได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงสถานะทางสุขภาพต่างๆ ระหว่างผู้สูงอายุทั้ง 3 ช่วงวัยแล้ว พบว่าสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลางและวัยปลายนั้นไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽³²⁾ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกด้วยตนเอง หรือหมอพื้นบ้าน และการศึกษาของ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในช่วงบั้นปลายชีวิต ซึ่งการใช้สมุนไพรเป็นหนึ่งในรูปแบบการรักษาดังกล่าว ซึ่งทั้งสองการศึกษานี้พบว่า กลุ่มที่มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมี

อายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ในขณะที่การศึกษาของ Tait EM. และคณะ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มที่มีอายุมาก จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 64.8 เป็นเพศหญิง โดยพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของ Altizer KP. และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีการใช้พืชสมุนไพรมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าเพศหญิงมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่าเพศชาย ($p < 0.001$) ทั้งนี้โดยปกติเพศหญิงจะมีพฤติกรรม ความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพและมีการแสวงหาความรู้ รวมทั้งการได้รับข้อมูลทางสุขภาพต่างๆจากคนรอบข้างมากกว่าเพศชาย⁽⁷⁴⁾ แต่สำหรับการศึกษาพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน รวมทั้งระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานและการมี知識ที่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้การพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.8 มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับมาก คือเชื่อว่าการที่ตนเองจะมีสุขภาพดีได้นั้นเป็นผลมาจากพฤติกรรมของตนเอง โดยพบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.80 เท่า ของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับต่ำ ($OR = 1.80$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าผู้ที่เห็นด้วยกับแนวความคิดที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจะเป็นตัวกำหนดระยะเวลาการหายจากการเจ็บป่วย จะมีความตั้งใจในการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า ($p < 0.001$) และการศึกษาของ McFadden KL. และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อในพลังความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพจะมีแนวโน้มการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่าบุคคลที่เชื่อพลังภายนอก ($p = 0.007$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคนกลุ่มนี้เชื่อว่าตนสามารถควบคุมภาวะสุขภาพของตนเองได้ และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ รวมทั้งการใช้พืชสมุนไพร

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 41.7 มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญอยู่ในระดับน้อย คือเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้น

เป็นผลมาจากโชคชะตา หรือความบังเอิญ โดยพบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ เนื่องจากในการศึกษานี้พบว่าสัดส่วนการใช้และไม่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญในระดับสูงมีความใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของวาริ สายันหะ⁽⁶¹⁾ ที่พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกคนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีความรู้^๑ ระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.22 เท่า ของผู้ที่มีความรู้^๑ ในระดับต่ำ (OR = 3.22) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ($p = 0.05$) การศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽³⁰⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.56–3.27) และการศึกษาของ Araz A. และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก จะมีแนวโน้มในการใช้มากกว่า ($p < 0.001$) เนื่องจากการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะประจำของบุคคลที่เป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อ แรงจูงใจ ค่านิยม รวมทั้งความรู้ ความรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม

5.4 ปัจจัยสนับสนุนกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

ความพอเพียงของรายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 53.3 มีรายได้ พอเพียง แต่ไม่มีเงินเก็บ โดยพบว่าความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.83 เท่า ของผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง (OR = 1.83) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sumngern C. และคณะ⁽²⁷⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริโภคยาสมุนไพรสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่พอเพียง ($p = 0.006$) และ การศึกษาของ Bamer JC. และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูง มีแนวโน้มในการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก

มากกว่า ($p = 0.016$) ทั้งนี้อาจไม่ได้เนื่องมาจากปัจจัยด้านรายได้โดยตรง แต่เป็นการส่งผลทางอ้อม กล่าวคือผู้ที่มียาได้พอเพียงมักมีบทบาททางสังคมหรือมีโอกาสในการเข้าร่วมสังคมมากกว่าและนำไปสู่การใช้สมุนไพร โดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ที่มียาได้พอเพียง จะมีรู้จักคนที่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่มียาได้ไม่พอเพียง 2.44 เท่า ($OR = 2.44$) ซึ่งพฤติกรรมและการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ จะถูกกำหนดโดยแนวคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด จากการศึกษานี้ของ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าผู้ที่มีการซื้อขายทางสังคมมาก จะมีโอกาสในการเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพมากขึ้น และนำไปสู่การใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า และการศึกษาของ Sumngern C. และคณะ⁽²⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบเข้าสังคม และมักจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งเรื่องราวทางด้านสุขภาพและการใช้ยาสมุนไพร แต่การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Delgoda R. และคณะ⁽²⁹⁾ ที่พบว่าผู้ที่มียาได้เฉลี่ยรายสัปดาห์ของครอบครัวน้อย จะมีความชุกในการใช้ยาสมุนไพรสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้มาก ($p < 0.1$) เนื่องมาจากพืชสมุนไพรส่วนใหญ่นั้นมีปลูกบริเวณบ้าน สามารถหาได้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน

การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ จากการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐในระดับง่าย โดยพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่สามารถการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 2.22 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ยาก ($OR = 2.22$) สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช⁽³⁰⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับต่ำ ($p < 0.001$) การศึกษาของ Barner JC. และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งของการไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขมากจะมีการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่ากลุ่มที่มีจำนวนครั้งของการไปพบแพทย์น้อย ($p < 0.016$) และ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งของการไปพบแพทย์สูงจะมีการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่า ($p < 0.001$) ทั้งนี้หากพิจารณาถึงบริบทของชุมชนพบว่า สถานบริการสุขภาพของรัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งก็คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากจะเป็นสถานที่ให้การรักษาพยาบาลแล้ว ยังเป็นพื้นที่กลางที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ของชุมชนด้วย จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่เข้าถึงสถานบริการสุขภาพของรัฐได้ง่าย ก็จะมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพต่างๆ

รวมทั้งได้พบปะผู้คนเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานได้ และเมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐใน 5 ประเด็น ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การอำนวยความสะดวกในการใช้บริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงทางด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเอง และการรักษาโรคอย่างเพียงพอ) อยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 77.6 ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ง่ายจึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพรวมถึงการใช้สมุนไพรจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่การใช้สมุนไพรต่อไปอีกด้วย

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในระดับง่าย โดยส่วนใหญ่เข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจากบริเวณที่พักอาศัยหรือบ้าน รองลงมาคือเข้าถึงจากเพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน และป่าชุมชนหรือพื้นที่รกร้าง ทั้งนี้เนื่องมาจากพื้นที่ที่เก็บข้อมูล เป็นชุมชนชนบท ซึ่งส่วนใหญ่จะมีพื้นที่รอบบ้านไว้ปลูกพืชผักสวนครัวรวมทั้งสมุนไพรไว้ใช้ในครัวเรือน และมีลักษณะการอยู่เป็นคุ้ม มีเพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียง เพื่อนบ้านจึงเป็นอีกแหล่งหนึ่งที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Altizer K. และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าพืชสมุนไพรที่ถูกเลือกใช้มักจะเป็นพืชสมุนไพรที่ปลูกในสวน หรือเก็บจากพื้นที่ส่วนบุคคลและป่า โดยพบว่า การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 11.68 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ยาก (OR = 11.68) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าความสะดวกในการได้มาซึ่งสมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ($p = 0.05$) และการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู⁽³²⁾ ที่พบว่าแหล่งสมุนไพรที่นำมาใช้ได้สะดวก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค ($p < 0.01$) ซึ่งแหล่งที่พบว่าเข้าถึงได้ง่ายที่สุดคือ ร้านขายยาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าแหล่งที่เข้าถึงได้สะดวกที่สุดคือ บริเวณที่พักอาศัยและเพื่อนบ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกำหนดนิยามของสมุนไพรที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้กำหนดนิยามสมุนไพรหมายถึงพืชสมุนไพรที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปเท่านั้น ในขณะที่การศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู⁽³²⁾ หมายรวมถึงยาสมุนไพรสำเร็จรูปด้วย จึงสามารถเข้าถึงได้ง่ายจากร้านขายยา

5.5 ปัจจัยด้านความจำเป็นกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

การรับรู้ระดับสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ระดับสุขภาพในระดับดีและดีมาก โดยพบว่าการรับรู้ระดับสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽³³⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพในระดับดีมากและดีเยี่ยม จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพอยู่ในระดับดี ปานกลาง และต่ำ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพในระดับดีจะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ในขณะที่การศึกษาของ Tait EM. และคณะ⁽²¹⁾ พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพตั้งแต่ระดับปานกลางลงไป จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกเนื่องจากคิดว่าการรักษาแผนปัจจุบันไม่ได้ผลมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป และการศึกษาของ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ดี จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าวัตถุประสงค์ของการใช้พืชสมุนไพรไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังพบการใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้วย ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 52.3 และ 42.3 ตามลำดับ

5.6 ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการใช้บริการทางด้านสุขภาพกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท จากการศึกษาพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยพบว่าการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.69 เท่า ของผู้ที่ไม่มียุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร ($OR = 3.69$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorence A. และคณะ⁽³⁷⁾ ที่พบว่าเด็กที่มีผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิมจะมีแนวโน้มการใช้สูงกว่าเด็กที่มีผู้ดูแลที่ไม่มีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิม 10 เท่า เนื่องจาก

บริบทความเป็นอยู่ทางสังคมของชุมชนในชนบทซึ่งเป็นครอบครัวขยาย มีคนหลายช่วงวัยอยู่อาศัยร่วมกัน เมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวใช้พืชสมุนไพรโดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรส หรือบุตร ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรตามไปด้วย

ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก จากการศึกษาพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีคนรู้จักที่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยพบว่าการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีคนรู้จักใช้สมุนไพร มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 6.25 เท่า ของผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร (OR = 6.25) เนื่องจากบริบททางสังคมของพื้นที่ที่เก็บข้อมูลนั้น เป็นสังคมชนบท มักอาศัยอยู่กันเป็นกลุ่มมีเพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียงซึ่งมีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันอยู่เสมอ ดังนั้นเมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งใช้พืชสมุนไพร บุคคลอื่นๆในละแวกใกล้เคียงจึงมักถูกชักชวนให้ใช้ตามกันได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ ที่พบว่าเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมมาก จะมีโอกาสในการเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพมากขึ้น และนำไปสู่การใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า แตกต่างจากการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน

ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ามี 4 ปัจจัย โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพร มากที่สุด โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ยาก 7.00 เท่า (Adj. OR = 7.00) ทั้งนี้การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจัดเป็นระบบบริการอย่างหนึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานที่จัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลจะสามารถใช้ประโยชน์ได้ ก็คือการจัดบริการให้มีอยู่อย่างพอเพียงและเข้าถึงได้ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน จึงมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพร มากที่สุด ส่วนการใช้พืชสมุนไพรของคนรู้จักนั้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร 3.25 เท่า (Adj. OR = 3.25) เนื่องด้วยวังน้ำเย็นมีลักษณะเป็นชุมชนชนบท เพื่อนบ้านที่อยู่ละแวกเดียวกันมักมีการไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันได้มาก ซึ่งรวมถึงข้อมูลทางสุขภาพด้วย ดังนั้นเมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ

ก็มักมีการบอกเล่าและชักชวนให้บุคคลที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงใช้ตามกันได้มาก ปัจจัยต่อมาที่ร่วมทำนายการใช้พืชสมุนไพร คือ การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร 2.21 เท่า (Adj. OR = 2.21) ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของบริบททางสังคมชนบทที่มักเป็นรูปแบบครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวมีสูง พฤติกรรมจากบุคคลหนึ่งจึงสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวได้มาก ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลนั้นเป็นผู้ที่ดูแลความเป็นอยู่ภายในบ้านของครอบครัวนั้นๆ เช่น ภรรยา หรือบุตร และปัจจัยทำนายสุดท้ายคือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุข โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรในระดับปานกลางขึ้นไป จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพร มากกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ 2.15 เท่า (Adj. OR = 2.15) เนื่องจากการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุข มีความแตกต่างจากการใช้ยาสมุนไพรซึ่งเป็นยาสำเร็จรูปตรงที่ต้องเก็บและเตรียมการใช้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้ตั้งแต่ชนิดของพืชสมุนไพร ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ ไปจนถึงรูปแบบและวิธีการใช้ ดังนั้นหากผู้สูงอายุขาดความรู้ แม้จะสามารถเข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่าย แต่ก็ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

5.7 ข้อจำกัดของงานวิจัย

- 1) การเก็บข้อมูลในส่วนพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการถามย้อนความกลับไปถึงพฤติกรรมการใช้ในอดีต จึงอาจเกิดความผิดพลาดในการนึกย้อนความได้ (Recall error) ซึ่งอาจมีผลให้ข้อมูลในส่วนพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น รายชื่อสมุนไพรที่ใช้ หรือวิธีการใช้มีความคลาดเคลื่อน หรือไม่ครบถ้วนได้
- 2) การศึกษานี้ประเมินการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ใช้ และไม่ใช้ ดังนั้นการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้จึงอธิบายได้ภายในขอบเขตของการวัดตัวแปรตามการศึกษานี้ ผลการศึกษานี้จึงไม่สามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการใช้หรือนำผลการศึกษาไปใช้ในกลุ่มเฉพาะที่เป็นกลุ่มที่มีการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเป็นประจำ ใช้เป็นครั้งคราว หรือใช้ในกรณีเฉพาะได้
- 3) การศึกษานี้เก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ไม่มีการเก็บตัวอย่างพืชสมุนไพรพร้อมด้วย ทำให้บางครั้งอาจไม่สามารถระบุ

ชนิดพืชสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลเป็นภาษาถิ่น หรือไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ หากผู้สูงอายุจำชื่อสมุนไพรชนิดนั้นๆ ไม่ได้

4) การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุโดยตรง และส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสอบถามความถูกต้องกับข้อมูลทางเอกสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งประวัติโรคประจำตัว และการรักษาพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดจากการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทำให้ข้อมูลมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 261 คน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ ส่วนที่ 2 การใช้และการเข้าถึงพืชสมุนไพร ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-square) อัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

6.1 สรุปผลการศึกษา

6.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.8) มีอายุระหว่าง 60-94 ปี เฉลี่ย 71.11 ± 7.06 ปี เกือบร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.1) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.5) โดยมีร้อยละ 59 สามารถอ่านออกและเขียนได้ สำหรับรายได้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้พอเพียง แต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 53.3) และผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.8) โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.1) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.0)

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 64.2) และส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 81.6) **พฤติกรรมการออกกำลังกาย** พบว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งออกกำลังกาย (ร้อยละ 49.0) โดยประมาณ 1 ใน 3 มีความถี่ในการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 36.7) **พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งรับประทานอาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีกะทิ สัปดาห์ละ 1-4 วัน (ร้อยละ 55.9) และมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุรับประทานผักผลไม้สด 5-7 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 69.4) โดยรสชาติอาหารที่รับประทานประจำพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งชอบรับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 46.2) รongลงมาคือ รสจืด (ร้อยละ 32.3) รสหวาน (ร้อยละ 30.4) และรสเปรี้ยว (ร้อยละ 16.9)

6.1.2 การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

สัดส่วนการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 53.3 มีการใช้พืชสมุนไพร โดย (1) เป็นการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานร้อยละ 49.8 จำแนกเป็นการใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.1 และไม่ได้ใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเนื่องจากไม่ได้เจ็บป่วยในอาการที่ใช้สมุนไพรรักษา ร้อยละ 10.7 และ (2) เป็นการใช้พืชสมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 3.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 18.0 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรแต่ปัจจุบันไม่มีแนวโน้มที่จะใช้แล้ว และร้อยละ 28.7 ไม่ใช้พืชสมุนไพรเลย

วัตถุประสงค์ในการใช้พืชสมุนไพร พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีวัตถุประสงค์การใช้พืชสมุนไพรเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 52.3) รองลงมาเพื่อส่งเสริมหรือบำรุงสุขภาพ (ร้อยละ 42.3) และเพื่อป้องกันโรค (ร้อยละ 5.4)

เหตุผลในการใช้พืชสมุนไพรของกลุ่มผู้ใช้สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนหรือพระสงฆ์ (ร้อยละ 66.2) รองลงมาคือพืชสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการรักษาโรค (ร้อยละ 36.2) และมีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพร (ร้อยละ 26.2) ในขณะที่ส่วนน้อยให้เหตุผลว่าการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันไม่หายขาด (ร้อยละ 4.6) แพทย์แนะนำให้ใช้ (ร้อยละ 3.6) และการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับผลข้างเคียงมาก (ร้อยละ 2.3)

เหตุผลในการไม่ใช้พืชสมุนไพรของกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้พืชสมุนไพรและผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ามีเหตุผลที่คล้ายคลึงกัน โดยในกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้พืชสมุนไพรให้เหตุผลเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรมากที่สุด (ร้อยละ 60.6) รองลงมาคือไม่ค่อยเจ็บป่วย (ร้อยละ 15.5) สมุนไพรหายากและยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้วในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 8.5) ส่วนในกลุ่มผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าสาเหตุที่เลิกใช้เนื่องจากมีวิธีการใช้ที่ยุ่งยากมากที่สุด (ร้อยละ 29.8) รองลงมาคือสมุนไพรหายาก (ร้อยละ 27.0) ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้วและรับประทานแล้วไม่ดีขึ้นในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 18.9)

6.1.3 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าผู้สูงอายุเลือกใช้พืชสมุนไพรในการบรรเทา/รักษาในกลุ่มอาการทางระบบผิวหนังมากที่สุดคือ กลากเกลื้อน (ร้อยละ 69.6) ลมพิษ (ร้อยละ 66.0) และแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 61.6) ส่วนกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเลือกใช้พืชสมุนไพรในการรักษา/บรรเทาอาการค่อนข้างน้อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 9.1) อาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 6.2) และอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 0.9)

ความสอดคล้องกับการใช้ที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าในด้านชนิดของพืชสมุนไพร มี 3 กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ชนิดของพืชสมุนไพรได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับสูง ได้แก่ อาการไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 97.1) อาการกลากเกลื้อน (ร้อยละ 96.4) อาการไข้ (ร้อยละ 92.0) และ 3 อาการที่มีความสอดคล้องในระดับปานกลาง ได้แก่ อาการเคล็ดขัดยอก (ร้อยละ 73.5) อาการไอ ระคายคอ (ร้อยละ 73.1) อาการท้องผูก (ร้อยละ 72.1) นอกนั้นมีความสอดคล้องในระดับต่ำ โดยกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุใช้พืชสมุนไพรไม่สอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานเลยได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และ อาการชันนะตุ ส่วนของพืชสมุนไพรที่ใช้ พบว่าจากจำนวนพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน 61 ชนิด พบการใช้จริงในพื้นที่จำนวน 38 ชนิด โดยพืชสมุนไพรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.2) ถูกเลือกใช้ได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน และวิธีการใช้พืชสมุนไพร พบว่ามีพืชสมุนไพรเพียงร้อยละ 26 ที่ผู้ใช้ทุกรายสามารถใช้ได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ จิง ข่า ขุน ตะไคร้ เทียนบ้าน ไพล มะขามแขก มะแว้ง และ ว่านหางจระเข้

6.1.4 ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสิทธิภาพ การใช้บริการทางสุขภาพ

ปัจจัยนำ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.8) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 29.1) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.1) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำของตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 70.1 **ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกแบบบังเอิญ** พบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.7) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 41.3) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.0) โดยเชื่อว่าไม่ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ท่านก็เจ็บป่วยอยู่ดีมากที่สุด ร้อยละ 57.3

ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.8) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.2) และระดับสูง (ร้อยละ 12.0) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ว่าเหง้าไพลนำมาตำแล้วพอก ลดอาการปวดบวมมากที่สุด ร้อยละ 66.4 ส่วนความรู้ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือใบขี้เหล็ก ใช้บรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ (ช่วยให้หลับ) ร้อยละ 24.5

ปัจจัยสนับสนุน

การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ พบว่าผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐในระดับง่าย (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.9) และระดับยาก (ร้อยละ 16.4) และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ปัจจัยที่มีสัดส่วนอยู่ในระดับมากที่สุดที่สุดคือ ปัจจัยด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและการรักษาโรคอย่างเพียงพอ) ร้อยละ 77.6 ส่วนปัจจัยที่มีสัดส่วนอยู่ในระดับมากน้อยที่สุดคือปัจจัยด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (มีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการ) ร้อยละ 60.4

การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในระดับง่าย (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคือระดับยาก (ร้อยละ 33.3) และค่อนข้างง่าย (ร้อยละ 18.0) และเมื่อพิจารณาตามแหล่งที่เข้าถึง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจากบริเวณที่พักอาศัยหรือบ้าน (ร้อยละ 84.5) รองลงมาคือเข้าถึงจากเพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน (ร้อยละ 36.8) และป่าชุมชนหรือ

พื้นที่รกร้าง (ร้อยละ 12.1) ส่วนแหล่งที่มีการเข้าถึงค่อนข้างน้อย ได้แก่ วัด (ร้อยละ 4.6) โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงเรียน (ร้อยละ 2.9) และหอพักบ้าน (ร้อยละ 0.6)

ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ
การรับรู้ระดับสุขภาพ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองในระดับดี (ร้อยละ 34.1) และดีมาก (ร้อยละ 20.7) **ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร** สำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ร้อยละ 43.7) **ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก** พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีคนรู้จักที่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ร้อยละ 64.6)

6.1.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 7 ปัจจัย ได้แก่

1) **การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน** พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้สะดวกง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 11.68 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก (OR = 11.68, 95%CI = 5.99-22.81)

2) **ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่า 6.25 เท่า ของผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ (OR = 6.25, 95%CI = 3.49-11.17)

3) **ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนในครอบครัวและญาติสนิท** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.69 เท่า ของผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ (OR = 3.69, 95%CI = 2.20-6.19)

4) **ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ฯ ระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.22 เท่า ของผู้ที่มีความรู้ฯ ในระดับต่ำ (OR = 3.22, 95%CI = 1.86-5.56)

5) **การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ** พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 2.22 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ยาก (OR = 2.22, 95%CI = 1.11-4.45)

6) ความพอเพียงของรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.83 เท่า ของผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง ($OR = 1.83$, $95\%CI = 1.02-3.30$)

7) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.80 เท่า ของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับต่ำ ($OR = 1.80$, $95\%CI = 1.05-3.11$)

6.1.6 ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มี 4 ปัจจัย ได้แก่

1) การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าผู้ที่มีการเข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่าย จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ยาก 7.00 เท่า ($Adj. OR = 7.00$, $95\%CI = 3.33-14.62$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ในสมการทำนาย

2) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก พบว่าผู้ที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้สมุนไพร 3.25 เท่า ($Adj. OR = 3.25$, $95\%CI = 1.65-6.40$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ในสมการทำนาย

3) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนในครอบครัวและญาติสนิท พบว่าผู้ที่มีคนในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร 2.21 เท่า ($Adj. OR = 2.21$, $95\%CI = 1.20-4.09$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ในสมการทำนาย

4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรในระดับปานกลางขึ้นไป จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ 2.15 เท่า ($Adj. OR = 2.15$, $95\%CI = 1.11-4.16$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ในสมการทำนาย

โดยสมการทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีดังนี้

$$P(X_i) = 1/[1 + \exp - (-2.80) + 1.94 (X_1) + 1.18 (X_2) + 0.79 (X_3) + 0.77 (X_4)]$$

โดย

$P(X_i)$ = โอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

X_1 = การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย

X_2 = ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก

X_3 = ประสิทธิภาพการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท

X_4 = ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลางขึ้นไป

6.2 ข้อเสนอแนะ

6.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศได้ดังนี้

1) จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจากบริเวณที่พักอาศัยหรือบ้าน รองลงมาคือเข้าถึงจากเพื่อนบ้านละแวก และแม้ว่าปัจจุบันจะมีนโยบายส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วก็ตาม แต่จะเห็นว่าการใช้ประโยชน์จากแหล่งเหล่านี้ยังมีค่อนข้างน้อย โดยจากการศึกษาพบการเข้าถึงจากองค์กรสาธารณะต่างๆ ในชุมชน เช่น วัด โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงเรียน เพียงร้อยละ 4.6 และ 2.9 เท่านั้น จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มการขยายกล้าพันธุ์สมุนไพรและแจกจ่ายเพื่อให้ปลูกประจำครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งสมุนไพรได้สะดวกมากยิ่งขึ้น รวมถึงส่งเสริมการปลูกในองค์กรสาธารณะอื่นๆ โดยควรมีการจัดระเบียบให้สามารถมองเห็นและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเป็นพื้นที่กลางสำหรับการใช้สมุนไพรในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เกิดการใช้ประโยชน์สมุนไพรจากแหล่งดังกล่าว

2) จากผลการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก และประสพการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ใช้สมุนไพรทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน และจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง เช่น เดือนละ 1 ครั้ง โดยควรมีการเผยแพร่ความรู้ให้เป็นสาธารณะ เช่น การเปิดโอกาสให้ตัวแทนจากกลุ่มเครือข่ายสมุนไพรมาพูดแลกเปลี่ยนความรู้ ประสพการณ์ในกิจกรรมต่างๆ ของหมู่บ้าน เช่น การประชุมประชาคม การประชุมประจำเดือน การทำบุญหมู่บ้าน ร่วมด้วย

3) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับต่ำ จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาจเริ่มพืชที่เป็นสมุนไพรพื้นถิ่นของพื้นที่นั้นๆ แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความหลากหลายให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มพืชสมุนไพรที่สามารถใช้รักษา หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการเจ็บป่วยในงานสาธารณสุขมูลฐานที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่มีการใช้พืชสมุนไพรในการรักษา หรือบรรเทาอาการค่อนข้างน้อย ได้แก่

- 1) นอนไม่หลับ พบการใช้พืชสมุนไพร เพียงร้อยละ 0.9
- 2) เบื่ออาหาร พบการใช้พืชสมุนไพร เพียงร้อยละ 6.2
- 3) ท้องเดิน พบการใช้พืชสมุนไพร เพียงร้อยละ 12.5
- 4) ไอ พบการใช้พืชสมุนไพร เพียงร้อยละ 15.2
- 5) จุกเสียด ปวดท้อง พบการใช้พืชสมุนไพร เพียงร้อยละ 16.6

4) จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการใช้พืชสมุนไพรในพื้นที่ได้ จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันต่างๆ ที่อาการไม่รุนแรง รวมทั้งควรมีการนำพืชสมุนไพรมาใช้ทดแทน หรือใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นต้นแบบให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเองต่อไป เช่น การใช้น้ำมันหาวจระเข้รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก การใช้เสลดพังพอนรักษาแผลแมลงสัตว์กัดต่อยที่ไม่มีอาการแพ้รุนแรง การใช้พลหรือใบพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการเคล็ดขัดยอก หรือการอภัยสมของข้อ เป็นต้น

5) จากการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดโปรแกรมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและกระตุ้นให้เกิดความเชื่อในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเองในผู้สูงอายุ ทั้งนี้รูปแบบโปรแกรม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

6.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาต่อไป มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ควรเพิ่มปัจจัยอื่นๆ ในการศึกษาการใช้สมุนไพร หรือยาสมุนไพรในผู้สูงอายุ เช่น ประวัติการใช้ยาแผนปัจจุบัน การเปิดเผยข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงข้อมูลสมุนไพรโดยผ่านสื่อสาธารณะต่างๆ ร่วมด้วย

2) ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในส่วนของพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เนื่องจากพบการใช้พืชสมุนไพรที่ไม่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในด้านชนิดของสมุนไพร ส่วนที่ใช้ และวิธีการใช้พืชสมุนไพร แต่พบว่าใช้แล้วได้ผลหลายชนิด โดยอาจจัดทำเป็นหนังสือรวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษาโรคด้วยพืชสมุนไพรสำหรับพื้นที่ดังกล่าว

3) ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในส่วนของผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวและต้องใช้อยู่ในปัจจุบันในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 27.3 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีการใช้พืชสมุนไพรหรือยาสมุนไพรร่วมด้วย โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นยาสมุนไพรสำเร็จรูป เพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำมาส่งเสริมการใช้สมุนไพร และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์รวมทั้งปฏิกิริยาระหว่างยาสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

การใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอรังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
USE OF MEDICINAL PLANTS IN PRIMARY HEALTH CARE AMONG THE ELDERLY IN
WANG NAM YEN DISTRICT, SA KAEO PROVINCE

ณิชนน ชัยชนะฐเชิด 5836458 PHMP/M

ศ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิริณฐิ กิตติพิชัย, วท.ค. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์),
อาภาพร เฟอร์ฒนา, Ph.D. (NURSING), รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, วท.ม. (เภสัชศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกมีแนวโน้มว่าจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยโดยการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 14.9 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2583⁽⁴⁾ ดังนั้นหากไม่มีการเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยอาจต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคมและความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ข้อมูลบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 – 2553 พบว่ารายจ่ายสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 2 ของ GDP และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.25 ของ GDP ใน พ.ศ. 2574 เนื่องจากปัจจัยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่ายา และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน แต่หากมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้จริง การใช้บริการทางด้านสุขภาพลดลง จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.03 ของ GDP⁽⁵⁾

กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุมีทั้งอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ซึ่งอาการเจ็บป่วยหลายอาการ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ⁽⁶⁾ สามารถรักษาและป้องกันได้โดยการใช้สมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นพืชสมุนไพรในครัวเรือนที่มีความปลอดภัย จากการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล⁽¹⁸⁾

พบว่าการใช้สมุนไพรในครัวเรือนสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากถึง 4 เท่า ทั้งยังช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ “สมุนไพร” นั้น มีการให้นิยามที่ค่อนข้างกว้างและไม่มีการจำแนกระหว่างยาจากสมุนไพรที่ส่งเสริมให้มีการใช้ในสถานพยาบาล และสมุนไพรที่ส่งเสริมให้มีการใช้ในชุมชน หรือที่เรียกว่า “สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งสมุนไพรทั้งสองประเภทมีวิธีการและข้อควรระวังในการใช้ที่แตกต่างกัน รวมถึงความสามารถในการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐที่แตกต่างกันด้วย ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานโดยเฉพาะยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาที่ผ่านมา และ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Lorenc A. และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้เสนอกรอบแนวคิดในการศึกษาการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิด Andersen's sociobehavioral model ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่วนผลักดันให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการใช้บริการสุขภาพของบุคคล และปัจจัยด้านความจำเป็น (Need factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถรับรู้ได้ทั้งจากตนเองและการประเมินจากบุคคลอื่น และเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพเป็นปัจจัยกลุ่มที่ 4 เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านนี้มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกค่อนข้างมาก ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร และการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลและมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรและการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดตามแนวคิดของ Lorenc A. และคณะ ดังนี้ ปัจจัยนำ เช่น อายุ^(10,12,20,21) เพศ^(10,12,22) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ^(23,24) ความรู้^(12,25,26) และทัศนคติ^(24,26) ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้⁽²⁷⁻²⁹⁾ การเข้าถึงบริการ^(28,30,31) การมีบุคลากร/แหล่งวัตถุดิบในพื้นที่^(25,32) ปัจจัยด้านความจำเป็น เช่น การรับรู้ระดับสุขภาพ^(12,21,31,33) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน^(28,34-36) และประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ เช่น การใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกของคนในครอบครัว^(25,37)

อำเภอวังน้ำเย็นเป็นอำเภอที่มีโรงพยาบาลต้นแบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 7,918 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.78 ของประชากร⁽³⁹⁾ จึงเป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในการศึกษาการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Lorenc A. และคณะ ซึ่งศึกษา

ปัจจัยกำหนด 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ประกอบด้วยอายุ เพศ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย ความพอเพียงของรายได้ การเข้าถึง บริการสุขภาพของรัฐ และการเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจัยด้านความจำเป็น ประกอบด้วย การรับรู้ระดับสุขภาพ และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ ประกอบด้วยประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัว และญาติสนิท และการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก ผลการศึกษาจะทำให้ ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน และรูปแบบของพฤติกรรมการใช้ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนนโยบายเพื่อการส่งเสริมการใช้ พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้ ประชาชนมีสถานะทางสุขภาพที่ดีและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อหาสัดส่วนการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสระแก้ว
- 2) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสระแก้ว
- 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และ ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุข มูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสระแก้ว
- 4) เพื่อหาปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของ ผู้สูงอายุ ในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสระแก้ว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 7,918 คน⁽³⁹⁾ ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรในหนังสือของ Daniel WW.⁽⁶⁹⁾ ได้จำนวน 261 ตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ (1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย

และเพศหญิง (2) พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี (3) สัญชาติไทย สามารถพูดสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย โดยจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มตามตำบล จำนวน 4 ตำบล แล้วจึงทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยตรงตามแบบสอบถาม การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ MUPH 2016-077

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางสุขภาพ มีข้อคำถาม 19 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมข้อความสั้นๆ สำหรับการรับรู้ระดับสุขภาพ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก (5) ถึง ไม่ดีมาก (1) และการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ เป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3) ถึง เห็นด้วยน้อย (1) ส่วนที่ 2 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3) ถึง เห็นด้วยน้อย (1) จำแนกเป็นความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน มีข้อคำถาม 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.87 และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ มีข้อคำถาม 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.97 ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ค่าความเชื่อมั่น 0.70 ส่วนที่ 4 การใช้ และการเข้าถึงพืชสมุนไพร มีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้นๆ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแบบตรวจสอบรายการ ในการแบ่งระดับคะแนนรวมของแต่ละตัวแปรใช้เกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom⁽⁶²⁾ โดยคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ (Chi-square) อัตราส่วนออก (Odds Ratio) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย การใช้พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอย พหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุจำนวน 261 คน พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 64.8 เป็นเพศหญิง มีอายุ 60–94 ปี อายุเฉลี่ย 71.11 ± 7.06 ปี ร้อยละ 52.1 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 83.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยร้อยละ 59 สามารถอ่านออกและเขียนได้ และร้อยละ 53.3 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้สะดวก

และเกือบครึ่งหนึ่งสามารถเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญส่วนมากอยู่ในระดับน้อย และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานในระดับน้อย จำแนกผลการศึกษาออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

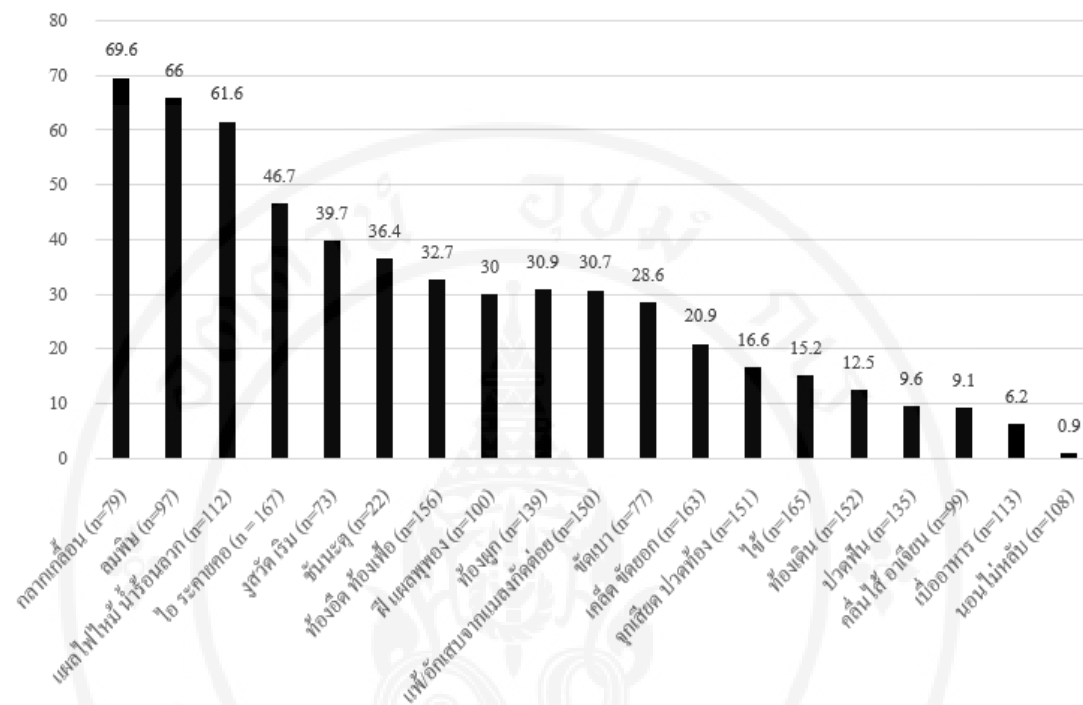
พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53.3 มีการใช้พืชสมุนไพร ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 49.8 โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีการใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.1 และไม่ได้ใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเนื่องจากไม่ได้เจ็บป่วยในอาการที่ใช้สมุนไพรรักษา ร้อยละ 10.7 และ (2) กลุ่มใช้พืชสมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 3.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 18.0 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรแต่ปัจจุบันไม่ใช้แล้ว จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ที่เคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีร้อยละ 15.7 และ (2) กลุ่มที่เคยใช้พืชสมุนไพรนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 2.3 ทั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ไม่ใช้พืชสมุนไพรเลย ร้อยละ 28.7

2. พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

พบว่าการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุ มีทั้งการใช้สำหรับสาธารณสุขมูลฐานและนอกงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ใช้เพื่อรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และใช้เพื่อบำรุงร่างกาย โดยในกลุ่มผู้ใช้และเคยใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานรวม 171 คนนั้น ใช้สมุนไพรเพื่อ (1) รักษา/บรรเทาอาการเจ็บป่วย 90 คน (ร้อยละ 52.6) (2) ส่งเสริมสุขภาพ/บำรุงสุขภาพ 73 คน (ร้อยละ 42.7) และ (3) ป้องกันโรค 8 คน (ร้อยละ 4.7) โดยพืชสมุนไพรที่ถูกนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางผิวหนังมากที่สุด ได้แก่ กลากเกลื่อน ร้อยละ 69.6 ลมพิษ ร้อยละ 66.0 และ ไฟไหม้น้ำร้อนลวก ร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ อาการไอ ระคายคอ ร้อยละ 46.7 (รูปภาพที่ 1)

โดยกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ชนิดของพืชสมุนไพรได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับสูง ได้แก่ อาการไฟไหม้น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 97.1) อาการกลากเกลื่อน (ร้อยละ 96.4) และอาการไข้ (ร้อยละ 92.0) ทั้งนี้ส่วนของพืชสมุนไพรส่วนใหญ่

(ร้อยละ 84.2) ถูกเลือกใช้ได้อย่างสอดคล้องกับที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่มีสมุนไพรเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่ผู้ใช้ทุกรายสามารถใช้ได้อย่างสอดคล้องกับวิธีการใช้ที่ระบุในงานสาธารณสุขมูลฐาน



รูปภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานตามอาการเจ็บป่วย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ

ในการวิเคราะห์ แต่ละตัวแปรจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่อยู่ในระดับปานกลางและสูงจะรวมเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 7 ปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของครัวเรือน ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ความพอเพียงของรายได้ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ตารางที่ 1) อธิบายได้ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 11.68 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรฯ ได้ยาก
- 2) ผู้สูงอายุที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 6.25 เท่า ของผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพรฯ

3) ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.69 เท่า ของผู้ที่ไม่มีความรู้ในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพรฯ

4) ผู้สูงอายุที่มีความรู้ฯ ระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 3.22 เท่า ของผู้ที่มีความรู้ฯ ในระดับต่ำ

5) ผู้สูงอายุที่สามารถการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 2.22 เท่า ของผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ยาก

6) ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.83 เท่า ของผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง

7) ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มากกว่า 1.80 เท่า ของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนในระดับต่ำ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

	การใช้พืชสมุนไพรสำหรับ		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	สาธารณสุขมูลฐาน					
	ใช้	ไม่ใช้				
ปัจจัยนำ						
อายุ (ปี)						
ตั้งแต่ 70 ขึ้นไป	64 (46.4)	74 (53.6)	0.75	0.46-1.22	1.38	0.240
60-69	66 (53.7)	57 (46.3)				
เพศ						
หญิง	86 (50.9)	83 (49.1)	1.13	0.68-1.88	0.22	0.637
ชาย	54 (47.8)	48 (52.2)				
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน						
ระดับปานกลางถึงสูง	100 (54.1)	85 (45.9)	1.80	1.05-3.11	4.58	0.032
ระดับต่ำ	30 (39.5)	46 (60.5)				

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้าน
ประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

	การใช้พืชสมุนไพรสำหรับ สาธารณสุขมูลฐาน		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	ใช้	ไม่ใช้				
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ						
ระดับต่ำ	60 (55.6)	48 (44.4)	1.49	0.90-2.44	2.45	0.118
ระดับปานกลางถึงสูง	69 (45.7)	82 (54.3)				
ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน						
ระดับปานกลางถึงสูง	59 (68.6)	27 (31.4)	3.22	1.86-5.56	18.20	< 0.001
ระดับต่ำ	70 (40.5)	103 (59.5)				
ปัจจัยสนับสนุน						
ความพอเพียงของรายได้						
พอเพียง	107 (53.2)	94 (46.8)	1.83	1.02-3.30	4.10	0.043
ไม่พอเพียง	23 (38.3)	37 (61.7)				
การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ						
ปานกลางถึงง่าย	112 (52.6)	101 (47.4)	2.22	1.11-4.45	5.20	0.023
ยาก	14 (33.3)	28 (66.7)				
การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน						
ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	117 (67.2)	57 (32.8)	11.68	5.99-22.81	63.46	< 0.001
ยาก	13 (14.9)	74 (85.1)				
ปัจจัยด้านความจำเป็น						
การรับรู้ระดับสุขภาพ						
ปานกลางถึงดีมาก	109 (52.7)	98 (47.3)	1.75	0.95-3.22	3.25	0.072
ไม่ดีและไม่ดีมาก	21 (38.9)	33 (61.1)				
ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ						
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท						
ใช้	77 (67.5)	37 (32.5)	3.69	2.20-6.19	25.47	< 0.001
ไม่ใช้	53 (36.1)	94 (63.9)				

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยด้านความจำเป็น และปัจจัยด้าน
ประสบการณ์การใช้บริการทางสุขภาพ กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

	การใช้พืชสมุนไพรสำหรับ		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	สาธารณสุขมูลฐาน					
	ใช้	ไม่ใช้				
ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก						
ใช้	109 (64.9)	59 (35.1)	6.25	3.49-11.17	42.06	< 0.001
ไม่ใช้	21 (22.8)	71 (77.2)				

4. ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ปัจจัยที่ร่วมทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย เรียงลำดับตามค่า OR เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเข้าถึงพืชสมุนไพร สำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยผู้ที่มีการเข้าถึงพืชสมุนไพร ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพร มากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพร ได้ยาก 7.00 เท่า ประสบการณ์การใช้ พืชสมุนไพร ของคนรู้จัก โดยผู้ที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพร มากกว่าผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้สมุนไพร 3.25 เท่า ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพร ของบุคคล ในครอบครัวและญาติสนิท โดยผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาส ในการใช้พืชสมุนไพร มากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้สมุนไพร 2.21 เท่า และความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพร ในระดับ ปานกลางขึ้นไป มีโอกาสใช้พืชสมุนไพร มากกว่าผู้ที่มีความรู้ ในระดับต่ำ 2.15 เท่า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยทำนาย	B	p-value	Adj.	95% CI	
			OR	Lower	Upper
การเข้าถึงพืชสมุนไพร ได้ค่อนข้างง่ายถึงง่าย	1.94	< 0.001	7.00	3.33	14.62
ประสบการณ์การใช้ ของคนรู้จัก	1.18	0.001	3.25	1.65	6.40
ประสบการณ์การใช้ ของบุคคลในครอบครัว	0.79	0.011	2.21	1.20	4.09
ความรู้ ระดับปานกลางขึ้นไป	0.77	0.023	2.15	1.11	4.16
Constant	-2.80				

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 49.8 มีการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสัดส่วนการใช้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศบราซิล ของ Silva AB และคณะ⁽⁷⁰⁾ ที่พบสัดส่วนการใช้พืชสมุนไพรในผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานร้อยละ 51.1 โดยใช้ในกลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด ในขณะที่การศึกษานี้พบว่าพืชสมุนไพรถูกนำมาใช้ในกลุ่มอาการทางผิวหนังมากที่สุด เช่นเดียวการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู่ และคณะ⁽³²⁾ ที่กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรในการรักษากลุ่มอาการทางผิวหนังในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านภูมิประเทศและภูมิอากาศที่มีผลให้อุณหภูมิอากาศเอื้อต่อการเจ็บป่วยและชนิดพรรณพืชในท้องถิ่นแตกต่างกัน ประเทศไทยซึ่งอยู่ในเขตร้อนชื้น โอกาสการเจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนังจึงมากกว่ากลุ่มอาการอื่น และส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง สามารถรักษาด้วยพืชสมุนไพรได้

สำหรับเหตุผลในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานนั้น พบว่าประมาณ 2 ใน 3 เนื่องมาจากการแนะนำของครอบครัว เพื่อนและพระ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอียิปต์⁽¹¹⁾ ที่พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้พืชสมุนไพรจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้อย่างเท่าเทียม รายได้จึงไม่ใช่สาเหตุหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้พืชสมุนไพร

ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ (1) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน (OR = 1.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽²³⁾ และ McFadden KL. และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนจะมีแนวโน้มในการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า เนื่องจากคนกลุ่มนี้เชื่อว่าตนสามารถควบคุมภาวะสุขภาพของตนเองได้ และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ รวมทั้งการใช้พืชสมุนไพร และ (2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (OR = 3.22) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ สมเกียรติยศ วรเดช และคณะ⁽³⁰⁾ และ Araz A. และคณะ⁽²⁶⁾ พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกจะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกรวมทั้งสมุนไพรมากกว่า เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม

ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ (1) รายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้พอเพียงจะมีการใช้พืชสมุนไพร มากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง (OR = 1.83) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sumngern C. และคณะ⁽²⁷⁾ และ Barner JC. และคณะ⁽²⁸⁾

ด้วยผู้ที่มิรายได้พอเพียงมีโอกาสในการเข้าร่วมสังคมมากกว่าและนำไปสู่การใช้สมุนไพร (2) การเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ($OR = 2.22$) สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ สวรรค์ และคณะ⁽³⁰⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองมากกว่า เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้ง่ายนั้น ทำให้มีโอกาสได้พบเจอและแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพกับคนรอบข้างมากขึ้น รวมทั้งยังทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอีกด้วย ซึ่งนำไปสู่การใช้สมุนไพรต่อไป และ (3) การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ($OR = 11.68$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์⁽²⁵⁾ และสุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽³²⁾ ที่พบว่าผู้ที่สามารถเข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่ายและสะดวกจะมีการใช้พืชสมุนไพรมากกว่า ซึ่งแหล่งที่พบว่าเข้าถึงได้ง่ายที่สุดคือร้านขายยาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าแหล่งที่เข้าถึงได้สะดวกที่สุดคือบริเวณที่พักอาศัยและเพื่อนบ้านเนื่องจากการศึกษาก่อนนี้กำหนดนิยามสมุนไพรหมายถึงพืชสมุนไพรที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปเท่านั้น

ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ (1) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของบุคคลในครอบครัวและญาติสนิท ($OR = 3.69$) และ (2) ประสบการณ์การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของคนรู้จัก ($OR = 6.25$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lorence A. และคณะ⁽³⁷⁾ ซึ่งพบว่าเด็กที่มีผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกผสมผสานและการแพทย์ดั้งเดิมจะมีแนวโน้มการใช้สูงกว่าเนื่องจากบริบทความเป็นอยู่ทางสังคมของชุมชนในชนบทซึ่งเป็นครอบครัวขยาย มักอาศัยเป็นกลุ่มในละแวกเดียวกัน เมื่อมีการใช้สมุนไพร ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกันหรืออยู่ในละแวกใกล้เคียง จึงมักถูกแนะนำและชักชวนให้ใช้ตามกันได้มาก

ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ (1) อายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ⁽³²⁾ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Picking D. และคณะ⁽¹⁰⁾ และ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่มีอายุสูงกว่าจะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่า และการศึกษาของ Tait EM. และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่มีอายุมาก จะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย ซึ่งอาจเนื่องมาจากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงพืชสมุนไพรจากบริเวณที่พักอาศัย ซึ่งต้องเก็บและเตรียมการใช้ด้วยตนเอง สถานะทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่ออายุมากขึ้นจึงอาจส่งผลต่อการเก็บและการเตรียมการใช้พืชสมุนไพรด้วยตนเองได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงสถานะทางสุขภาพต่างๆระหว่างผู้สูงอายุทั้ง 3 ช่วงวัยแล้ว พบว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (2) เพศ เนื่องจากการศึกษา

นี้พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรม ความรู้และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพต่างๆ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานที่ไม่แตกต่างกัน (3) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ เนื่องจากข้อมูลพบว่าสัดส่วนการใช้และไม่ใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน ในกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญในระดับสูงมีความใกล้เคียงกันมาก จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของวารี สายันหะ⁽⁶⁰⁾ ที่พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกคนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (4) การรับรู้ระดับสุขภาพพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าวัตถุประสงค์ของการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย และเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน การใช้สมุนไพรจึงไม่ได้จำกัดอยู่ในเฉพาะกลุ่มที่มีสุขภาพดีหรือไม่ดีเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Thomson P. และคณะ⁽³³⁾ และ Goldman AW. และคณะ⁽³¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสุขภาพดีจะมีการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า และการศึกษาของ Tait EM. และคณะ⁽²¹⁾ และ Baek S-M. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่มีระดับสุขภาพไม่ดีจะมีการใช้มากกว่า

ปัจจัยทำนายโอกาสการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน พบว่ามี 4 ปัจจัย โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า (1) ผู้สูงอายุที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ง่ายถึงปานกลาง มีโอกาสใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่เข้าถึงพืชสมุนไพรได้ยาก 7.00 เท่า (Adj. OR = 7.00) ทั้งนี้การใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานจัดเป็นระบบบริการอย่างหนึ่งในการสาธารณสุขมูลฐานที่จัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้าน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลจะสามารถใช้ประโยชน์ได้ ก็คือการจัดบริการให้มีอยู่อย่างพอเพียงและเข้าถึงได้ การเข้าถึงพืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน จึงมีความสัมพันธ์กับการใช้พืชสมุนไพร มากที่สุด (2) ผู้สูงอายุที่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่ไม่มีคนรู้จักใช้พืชสมุนไพร 3.25 เท่า (Adj. OR = 3.25) เนื่องจากวัยนี้ยังมีลักษณะเป็นชุมชนชนบท เพื่อนบ้านที่อยู่ละแวกเดียวกันมักมีการไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันได้มาก ซึ่งรวมถึงข้อมูลทางสุขภาพด้วย (3) ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวและญาติสนิทใช้พืชสมุนไพร 2.21 เท่า (Adj. OR = 2.21) เนื่องจากลักษณะของครอบครัวในชนบทเป็นครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวมีสูง พฤติกรรมจากบุคคลหนึ่งจึงสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวได้มาก ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมทางสุขภาพด้วย (4) ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้

พืชสมุนไพรในระดับปานกลางขึ้นไป จะมีโอกาสในการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ 2.15 เท่า (Adj. OR = 2.15) เนื่องจากการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน มีความแตกต่างจากการใช้ยาสมุนไพรซึ่งเป็นยาสำเร็จรูปตรงที่ต้องเก็บและเตรียมการใช้ด้วยตนเอง ดังนั้นหากไม่มีความรู้ก็ไม่สามารถนำพืชสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศได้ดังนี้

- 1) เพิ่มการขายกล้าพันธุ์สมุนไพรและแจกจ่ายเพื่อให้ปลูกประจำครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งสมุนไพรได้สะดวกมากยิ่งขึ้น รวมถึงการส่งเสริมการปลูกในองค์กร สาธารณะอื่นๆ เพื่อเป็นพื้นที่กลางสำหรับการใช้สมุนไพรในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เกิดการใช้ประโยชน์สมุนไพรจากแหล่งดังกล่าว
- 2) สร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ใช้สมุนไพรทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง เช่น เดือนละ 1 ครั้ง
- 3) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาจเริ่มพืชที่เป็นสมุนไพรพื้นถิ่นของพื้นที่นั้นๆ แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความหลากหลายให้มากยิ่งขึ้น
- 4) จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันต่างๆ ที่อาการไม่รุนแรง รวมทั้งควรมีการนำพืชสมุนไพรมาใช้ทดแทน หรือใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นต้นแบบให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเองต่อไป
- 5) ควรมีการจัดโปรแกรมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและกระตุ้นให้เกิดความเชื่อในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเองในผู้สูงอายุ ทั้งนี้รูปแบบโปรแกรม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรเพิ่มปัจจัยอื่นๆ ในการศึกษาการใช้สมุนไพร หรือยาสมุนไพรในผู้สูงอายุ เช่น ประวัติการใช้ยาแผนปัจจุบัน การเปิดเผยข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงข้อมูลสมุนไพรโดยผ่านสื่อสาธารณะต่างๆ ร่วมด้วย

2) ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในส่วนของพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เนื่องจากพบการใช้พืชสมุนไพรที่ไม่สอดคล้องกับที่แนะนำในงานสาธารณสุขมูลฐานแต่พบว่ามีแล้วได้ผลหลายชนิด โดยอาจจัดทำเป็นหนังสือรวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษาโรคด้วยพืชสมุนไพรสำหรับพื้นที่ดังกล่าว

3) ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในส่วนของผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวและต้องใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำมาส่งเสริมการใช้สมุนไพร และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์รวมทั้งปฏิกิริยาระหว่างยาสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

USE OF MEDICINAL PLANTS IN PRIMARY HEALTH CARE AMONG THE
ELDERLY IN WANG NAM YEN DISTRICT, SA KAE0 PROVINCE

NICHAMON CHAICHANACHUCHIRD 5836458 PHMP/M

M.P.H.

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D. (APPLIED
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), ARPAPORN POWWATTANA, Ph.D.
(NURSING), RUNGRAVI TEMSIRIRIRKKUL, M.Sc. (PHARMACEUTICAL
SCIENCES)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

The proportion of the elderly increases throughout the world. According to the National Statistical Office's survey in 2014, the number of older person was 14.9% and was estimated to reach 32.1% in 2040⁽⁴⁾. Without any preparation, it is certain that Thailand will face the problems of a long-term care for the elderly which will greatly affect the social system and the economics. The report of National Health Accounts of Thailand B.E.2552-2553 found that health expenditure will increase from 2% to 3.25% of GDP in 2031 because of aging society, the progression of medical technology, the cost of medicine and the lifestyle. If the revolution of the health system can make people healthy, the expenditure for the utilization of health services will reduce to 3.03% of GDP⁽⁵⁾.

The groups of symptoms commonly found in the elderly are both acute illness and chronic diseases. Most of which and their complications⁽⁶⁾ can be treated and prevented by using the harmless medicinal plants in primary health care. The study of Patarapol Juengsomjadepaisarn⁽¹⁸⁾ found that the use of medicinal plants in family could

save the expenditure up to 4 times and could reduce the number of patients who came to hospitals. The previous studies on medicinal plants had a broad definition and did not classify the difference between herb drugs which was promoted to use in the healthcare units and medicinal plants which were promoted to use in the communities called ‘medicinal plants in primary healthcare’. Both kinds of herbs were different in methods of using, cautions and cost of government health expense. Nowadays, the study of medicinal plants for primary healthcare are rather limited, especially among older persons.

From previous studies and literature reviews, Lorence A, et al. recommended a conceptual framework of utilizing complementary and alternative medicines (CAM) which were applied from Anderssen’s sociobehavioral model. It was composed of 3 factors; (1) predisposing factors, the individual factors pushing people up to use health services, (2) enabling factors, the factors supporting people to utilize health services, (3) need factors, the factors relating to health’s perception of people by both themselves and others. Moreover, health care experience was added to be the fourth factor. It was found that this factor had a large effect on utilizing complementary and alternative medicine CAM. The researchers had reviewed the previous studies on herb and CAM and found that there were a lot of factors affecting CAM, which were related to Lorenc A’s conceptual framework about predisposing factors such as age^(10,12,20,21), sex^(10,12,22), health locus of control^(23,24), knowledge^(12,25,26), attitude^(24,26), enabling factors such as income⁽²⁷⁻²⁹⁾, accessibility to services^(28,30,31) and resources in area^(25,32), need factors such as self-rated health^(11,12,31,33) activities of daily living^(28,34-36) and health care experience factors such as family’s uses of CAM^(25,37).

Wang Nam Yen district has a Thai traditional medicine hospital the policy of which is to promote the use of medicine plants continuously because there are a large number of the elderly. In 2015, the total of 7,918 older people made up⁽³⁹⁾ 18.78% of all the population in Wang Nam Yen. This is the reason why Wang Nam Yen is suitable for studying the use of traditional medicine and related factors. Based on Lorenc A’s conceptual framework, the factors were divided into 4 groups. (1) predisposing factors such as age, sex, internal health locus of control, chance locus of control and knowledge about medicinal plants in primary health care, (2) enabling factors such as sufficiency of income, access to health service, access to medicinal

plants, (3) need factors such as self-rated health and (4) health care experience factors such as family members' and relatives' use of medicinal plants and acquaintances' use of medicinal plants. The data result can detail the use of medicinal plants in primary health care, the behavior pattern of use. It can be used as a database to launch a policy for the elderly to use medicinal plants in primary health care effectively, to help people have a better health status and reduce the governmental health expense in the future.

Research Objectives

- 1) To explore the proportion of the use of medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province
- 2) To describe the behaviors of using medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province
- 3) To determine the association between predisposing factors, enabling factors, need factors, health care experience factors and the use of medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province
- 4) To identify predictive factors of the use of medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province

Research Methodology

This was a cross-sectional study based on 7,918 persons⁽³⁹⁾ at the age of 60 and over who lives in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province. The number of 261 elderly was a sample calculated by using Daniel WW⁽⁶⁹⁾'s known population formula. The inclusion criteria were (1) being 60 years old and over both male and female (2) living in a study area for at least 1 year (3) having Thai nationality and communicating with others in Thai. The population was divided by district into 4 groups. A simple random sampling was used to draw a sample. To complete the questionnaire, the researcher make a direct interview to the elderly. This study was approved by Forum for Ethical Review Committee of Faculty of Public Health, Mahidol University No. MUPH 2016-077

The research instrument was a five-part questionnaire developed by the researcher. Nineteen questions of the first part were all about general information and health behaviors which were specific choices and short open-end questions. Self-rated health listed in 5 rating scale from excellent (5) to very bad (1). Access to health service listed in 3 rating scale from strongly agree (3) to slightly agree (1). The second part was about health locus of control listed in 3 rating scale from strongly agree (3) to slightly agree (1). Four out of eight questions were about internal health locus of control with reliability at 0.87 and the other four questions were about chance health locus of control with reliability at 0.97. The third part was about the knowledge about medicinal plants in primary health care. There were 10 questions for the elderly to choose from 3 specific choices - yes, no, not sure - with reliability at 0.70. The forth part was about the use and access to medicinal plants. Seven questions of the third part were both specific choices and short open-end questions. The fifth part was about the behavior of using medicinal plants in primary health care. The elderly could answer in check-list questions. Benjamin S. Bloom⁽⁶²⁾ criteria was used to classify the level of percentage score in each variable. Less than 60% was classified to a low level, 60% - 79% was classified to a moderate level and 80% and above was classified to a high level.

The data were analyzed by using descriptive statistics; frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square and Odds Ratio. Factors predicting the use of medicinal plants in primary health care among the elderly was analyzed by multiple logistic regression with statistical significance at less than 0.05

Results

The data collection from 261 elderly was found that 64.8% was female aged 60 – 94 years old with the average of 71.11 ± 7.06 years old, 52.1% was married and 83.5% finished a primary school, 59% can read and write, 53.3% had sufficient income without saving. Most of the elderly can access the health care service easily. Almost half of them could access medicinal plants in primary health care easily. More than half of them had internal health locus of control at a high level whereas chance health locus of control was at a low level. About two-thirds of the elderly had knowledge about

the use of medicinal plants in primary health care at a low level. The result of the study was divided into 4 parts as the followings.

1. The use of medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province

It was found that 53.3% of the elderly using medicinal plants were classified into 2 groups (1) 49.8 % used medicinal plants in primary health care throughout the past year and 10.7% did not use plants during this same period because they were not sick. (2) 3.5% used herbs which were not included in the list of herbs used in primary health care. Moreover, 18.0% of the elderly ever used medicinal plants were classified into 2 groups (1) 15.7% had ever used medicinal plants in the list of primary health care (2) 2.3% had ever used medicinal plants outside the list of herbs in primary health care and 28.7% had never used medicinal plants.

2. The behavior of using medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province

It was found that the elderly used medicinal plants both in primary health care and beside primary health care to treat, for example, chronic diseases especially diabetes mellitus, hypertension and to promote health. Among 171 elderly who used and no longer used medicinal plants in primary health care were grouped by the objectives of using plants as follows: (1) 90 people used them as a treatment (52.6%) (2) 73 people used them as a health promotion (42.7%) and 8 people used them as a health prevention (4.7%). Most of medicinal plants were used to treat dermatologic diseases, e.g. skin fungal infection 69.6%, urticarial 66.0%, burn 61.6% and cough 46.7% (Figure 1)

The symptoms which the elderly used medicinal plants as specified in primary health care at high level were burn (97.1%), skin fungal infection (96.4%) and sprain (73.5%). Most parts of medicinal plants (84.2%) were used accordingly as specified in primary health care. Only 26% of medicinal plants were applied correctly as stated in primary health care.

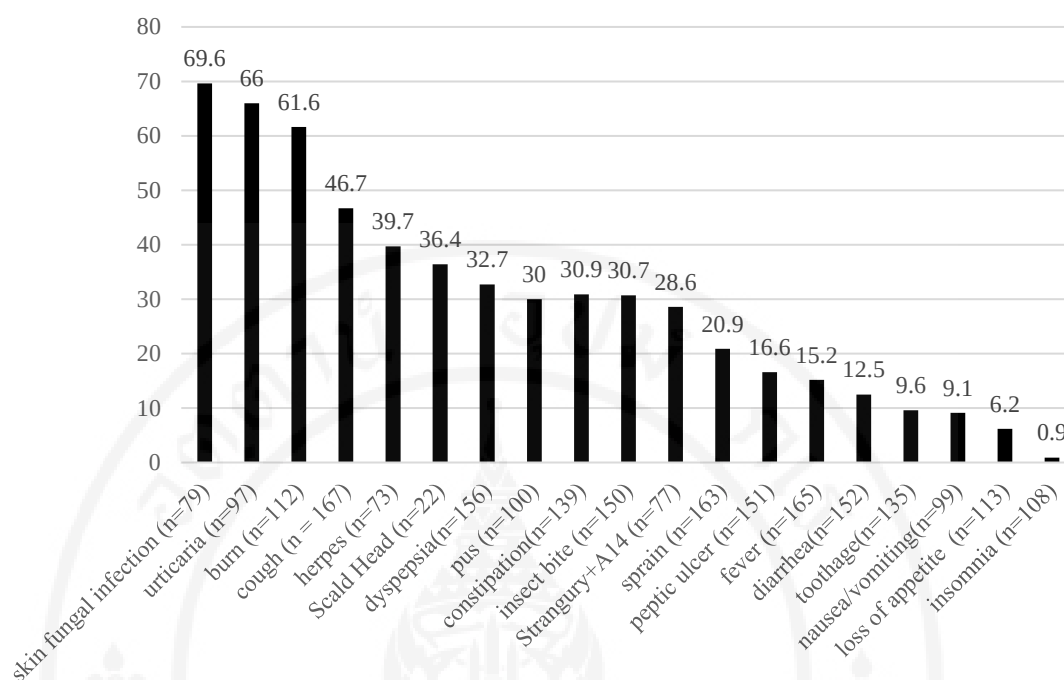


Figure 1 The number and percentage of the use of medicinal plants in primary health care classified by symptoms

3. Factors associated with medicinal plants in primary health care among the elderly

In the analysis, the factors were divided in to 2 groups. The factors in high and moderate level were merged together to compare with the low level group. There were 7 significant factors ($p < 0.05$) associated with the use of medicinal plants. These factors were access to medicinal plants, acquaintances' use of medicinal plants, family members' and relatives' use of medicinal plants, knowledge about medicinal plants, access to health care service, sufficiency of income and internal health locus of control (Table 1) as followings

1) The elderly who accessed medicinal plants easily had a better chance to use medicinal plants in primary health care 11.68 times when compared to those who had difficult access to medicinal plants.

2) The elderly who had acquaintances using medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 6.25 times when compared to those who had no acquaintance using medicinal plants.

3) The elderly who had family members and relatives using medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 3.69 times when compared to those who had no family members and relatives using medicinal plants.

4) The elderly who had moderate or high knowledge about medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 3.22 times when compared to those who had low knowledge about medicinal plants.

5) The elderly who accessed health care service easily had a better chance to use medicinal plants in primary health care 2.22 times when compared to those who had difficult access to health care service.

6) The elderly who had sufficient income had a better chance to use medicinal plants in primary health care 1.83 times when compared to those who had insufficient money.

7) The elderly who had moderate or high internal health locus of control had a better chance to use medicinal plants in primary health care 1.80 times when compared to those who had low internal health locus of control.

Table 1 The association among predisposing factor, enabling factors, need factors, health care experience factors and the use of medicinal plants in primary health care

	Use of medicinal plants in primary health care		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	Use	Don't use				
Predisposing factors						
Age (year)						
> 70	64 (46.4)	74 (53.6)	0.75	0.46-1.22	1.38	0.240
60-69	66 (53.7)	57 (46.3)				
Sex						
Female	86 (50.9)	83 (49.1)	1.13	0.68-1.88	0.22	0.637
Male	54 (47.8)	48 (52.2)				
Internal health locus of control						
Moderate to high	100 (54.1)	85 (45.9)	1.80	1.05-3.11	4.58	0.032
Low	30 (39.5)	46 (60.5)				

Table 1 The association among predisposing factor, enabling factors, need factors, health care experience factors and the use of medicinal plants in primary health care (cont.)

	Use of medicinal plants in primary health care		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	Use	Don't use				
Chance health locus of control						
Low	60 (55.6)	48 (44.4)	1.49	0.90-2.44	2.45	0.118
Moderate to high	69 (45.7)	82 (54.3)				
Knowledge about medicinal plants						
Moderate to high	59 (68.6)	27 (31.4)	3.22	1.86-5.56	18.20	< 0.001
Low	70 (40.5)	103 (59.5)				
Enabling factors						
Income						
Sufficient	107 (53.2)	94 (46.8)	1.83	1.02-3.30	4.10	0.043
Insufficient	23 (38.3)	37 (61.7)				
Access to health care service						
Easy	112 (52.6)	101 (47.4)	2.22	1.10-4.45	5.20	0.023
Difficult	14 (33.3)	28 (66.7)				
Access to medicinal plants						
Easy	117 (67.2)	57 (32.8)	11.68	5.99-22.81	63.46	< 0.001
Difficult	13 (14.9)	74 (85.1)				
Need factors						
Self-rated health						
Moderate to Excellent	109 (52.7)	98 (47.3)	1.75	0.95-3.22	3.25	0.072
Bad and very bad	21 (38.9)	33 (61.1)				

Table 1 The association among predisposing factor, enabling factors, need factors, health care experience factors and the use of medicinal plants in primary health care (cont.)

	Use of medicinal plants in primary health care		Crude OR	95% CI	χ^2	Sig.
	Use	Don't use				
Health care experience factors						
Family members' and relatives' use of medicinal plants						
Use	77 (67.5)	37 (32.5)	3.69	2.20-6.19	25.47	< 0.001
Don't use	53 (36.1)	94 (63.9)				
Acquaintances' use of medicinal plants						
Use	109 (64.9)	59 (35.1)	6.25	3.50-11.17	42.06	< 0.001
Don't use	21 (22.8)	71 (77.2)				

4. Factors predicting the use of medicinal plants in primary health care among the elderly in Wang Nam Yen district, Sa Kaeo province

There were 4 factors predicting the use of medicinal plants in primary health care in order by odd ratio after controlling other factors. (1) access to medical plants - the elderly who accessed medicinal plants easily had a better chance to use medicinal plants in primary health care 7.00 times of those who had difficult access to medicinal plants difficulty. (2) acquaintances' use of medicinal plants - the elderly who had acquaintances using medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 3.25 times of those who had no acquaintance using medicinal plants. (3) family members' and relatives' use of medicinal plants - the elderly who had family members and relatives using medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 2.21 times of those who had no family members and relatives using medicinal plants. (4) knowledge about medicinal plants - the elderly who had moderate or high knowledge about medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 2.15 times of those who had low knowledge about medicinal plants (Table 2).

Table 2 Factors predicting the use of medicinal plants in primary health care

Predicting factors	B	p-value	Adj.	95% CI	
			OR	Lower	Upper
Access to medicinal plants easily	1.94	< 0.001	7.00	3.33	14.62
acquaintances' use of medicinal plant	1.18	0.001	3.25	1.65	6.40
Family members' and relatives' use of medicinal plants	0.79	0.011	2.21	1.20	4.09
moderate or high knowledge about medicinal plants	0.77	0.023	2.15	1.11	4.16
Constant	-2.80				

Discussions

49.8% of the elderly living in Wang Nam Yen district used medicinal plants in primary health care. This proportion was rather similar to that of the study from Silva AB, et.al⁽⁷⁰⁾ in Brazil. It was found that 51.1% of the elderly used medicinal plants in a basic family health unit. Gastrointestinal disease was the symptom that they mostly used medicinal plants to treat. However, in this study, dermatologic disease was the symptom that the elderly mostly used medicinal plants. The study of Sukit Chaichompoo, et al⁽³²⁾ showed the same result that medicinal plants were used in dermatologic disease at a high level. The different geographic and climate might cause some difference in illnesses and types of plants in each area. As Thailand is located in the tropical zone, the percentage of getting dermatologic diseases was higher than that of other diseases. Most symptoms were simple illness which could be treated by medicinal plants.

For the reason of using medicinal plants in primary health care, two-thirds of the elderly were recommend by family members, friends and monks. It was different from the study in Eyept⁽¹¹⁾ which indicated that the use of medicinal plants was from an economically reason. It was likely that Thailand had a universal health care coverage policy. Everyone can access health care service easily; therefore, income was not a main cause in making a decision to use medicinal plants.

Predisposing factors associated with the use of medicinal in primary health care were (1) internal health locus of control (OR = 1.80) which was corresponded with the study of Thomson P, et al⁽²³⁾ and McFadden KL, et al⁽²⁴⁾ that people who had internal health locus of control trended to utilize CAM more than those who did not have internal health locus of control. This group of people trusted that they could control their health by themselves and this concept led to health behaviors, including medicinal plants' use and (2) knowledge about medicinal plants (OR = 3.22) which corresponded with the study of Wilaiwan Chainarong⁽²⁵⁾ and Somkiattiyos Woradet, et al⁽³⁰⁾ that persons who had knowledge about CAM trended to use CAM and medicinal plants more than who didn't have because knowledge was an important factor affecting a behavior.

Enabling factors associating with the use of medicinal in primary health care were (1) income that people who had sufficient income tended to use medicinal plants in primary health care more than those who had insufficient income (OR = 1.83), which corresponded with the study of Sumngern C, et al⁽²⁷⁾ and Barner JC, et al⁽²⁸⁾. People who had sufficient income had more chance to socialize and led themselves to the use of medicinal plants. (2) access to health care service (OR = 2.22) which corresponded with the study of Somkiattiyos Woradet, et al⁽³⁰⁾ that health volunteers who access health care services at a high level used more medicinal plants in self-care because easy access to health care service made people have more chance to meet others and exchange their health information. Some could get some advice on the use of medicinal plants from medical and public health officer and have more chance to use them in the future. (3) access to medicinal plants (OR = 11.68) which corresponded with the study of Wilaiwan Chainarong⁽²⁵⁾ and Sukit Chaichompoo, et al⁽³²⁾ that people who easily accessed medicinal plants tended to use medicinal plants more than those who had difficult access. The easiest sources of access were drug stores and sub-district health promoting hospitals whereas the easiest sources of access in this study were their own houses and neighbors because a definition of medicinal plants in this study was limited to untransformed medicinal plants only.

Health care experience factors associating with the use of medicinal in primary health care were (1) family members' and relatives' use of medicinal plants (OR = 3.69) and acquaintances' use of medicinal plants (OR = 6.25) which corresponded with the study of Lorenc A, et al⁽³⁷⁾ that children who had caregivers or parents using

CAM had more chance to use CAM more than those who had none. The reason was that the community context was an extended family and they lived in a cluster. Therefore, when one used medicinal plants, the others had more chance to be persuaded to do also.

The factors not associated with the use of medicinal plants in primary health care were (1) age which corresponded with the study of Sukit Chaichompoo, et al⁽³²⁾ but was different from the study of Picking D, et al⁽¹⁰⁾ and Baek S-M, et al⁽¹²⁾ that the older people more used CAM. The study of Tait EM, et al⁽²¹⁾ said that older people had lower use of CAM. This might be possible because this study found that most of the elderly accessed medicinal plants from their own house. They had to collect and prepare medicinal plants by themselves. The change of health status might affect the collection and preparation of medicinal plants. However, no difference in health status was found among the 3 aged groups of the elderly. The age was not significantly associated with the use of medicinal in primary health care. (2) sex - it was found that both male and female had almost the same behavior, knowledge and access to health knowledge. Hence, their behaviors of using medicinal plants in primary health care did not differ at all. (3) chance health locus of control - the proportion of using and no longer using medicinal plants in primary health care among those who had a high level of chance health locus of control was very close. This corresponded with the study of Waree Sayanha⁽⁶⁰⁾ who found that external health locus of control was not associated with exercise behavior. (4) Self-rated health - it was not associated with the use of medicinal plants in primary health care. The study showed that the elderly had an objective to use medicinal plants for treatment and health promotion in the similar proportion, so the use of medicinal plants was limited in neither healthy group nor unhealthy group. This result was different from the study of Thomson P, et al⁽³³⁾ and Goldman AW, et al⁽³¹⁾ that people rating their health at a good level had more use of CAM whereas the study of Tait EM, et al⁽²¹⁾ and Baek S-M, et al⁽¹²⁾ found that people rating their health at a bad level had more use of CAM.

There were 4 factors predicting the use of medicinal plants in primary health care. After controlling other factors, it was found that (1) the elderly who accessed medicinal plants easily had a better chance to use medicinal plants in primary health care 7.00 times of those who had a difficult access of medicinal plants (Adj. OR = 7.00). The use of medicinal plants in primary health care was one of the services in primary

health care in sub-district and village level. An important factor leading people to utilize medicinal plants was to provide them with its availability and easy access. This factor was mostly associated with the use of medicinal plants in primary health care. (2) The elderly who had acquaintances using medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 3.25 times of those who had no acquaintance using medicinal plants (Adj. OR = 3.25). Wang Nam Yen is a rural community. Neighbors always communicate with each other and have many chances to exchange information, including health information. (3) The elderly who had family members and relatives using medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 2.21 times of those who had none using medicinal plants (Adj. OR = 2.21). Due to an extended family, the relationship among family members was very high. One's behaviors can also affect others' behaviors, including health behaviors. (4) The elderly who had moderate or high knowledge about medicinal plants had a better chance to use medicinal plants in primary health care 2.15 times of those who had low knowledge about medicinal plants (Adj. OR = 2.15). The use of medicinal plants in primary health care was different from herb drugs. People using medicinal plants had to collect and prepared plants themselves. Without knowledge, they couldn't utilize them.

Recommendations

The data from this study could be used as a guideline to determine a policy promoting the use of medicinal plants to help reduce health expenses of the country as follows:

- 1) Increase medicinal plants reproducing and distributed them to those who can plant in a household so that they can access medicinal plants easily. Grow medicinal plants in public organizations such as temples, schools, hospitals and sub-district health promoting hospitals and make it publicized so that people can easily access and utilize medicinal plants from these places.
- 2) Build family and community medicinal plants networks and conduct activities to exchange knowledge continuously, e.g. once a month.
- 3) Give knowledge about medicinal plants in primary health care from local medicinal plants in each area and gradually diversify medicinal plants.

4) Conduct a training course for medical and public health officers about how to use medicinal plants in primary health care to treat simple illnesses. Promote the use of medicinal plants instead of conventional medicine or co-use in primary health care service as a model for patients to apply at home.

5) Conduct some programs for the elderly to realize and urge them to have internal locus of control. By the way, the pattern of programs have to be studied further.

Recommendations for Further Researches

1) Some other factors should be added to study the use of medicinal plants or herb drugs for the elderly such as conventional medicine's use histories, disclosures of medicinal plants usage information to medical and public health officers, access to medicinal plants information from public media.

2) Qualitative study should be done in terms of behaviors of using medicinal plants in primary health care. In this study, a lot of medicinal plants used by the elderly do not matched what are advised in the list of herb used in primary health care but they are effective for treatment. All of the data may compile to a book containing the wisdom of treatments in this area.

3) Qualitative study should be done in side effects from medicinal plants' use especially among people having underlying diseases and taking conventional medicines continuously so that more data will be collected for promoting the use of medicinal plants effectively and safely.

รายการอ้างอิง

1. National Institute on Aging. Global health and aging. NIH Publication 2011; 11(7737):9.
2. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.พ. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2557
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: hisro.or.th/main/download/book025.pdf.
6. สุจิตรา ผลประไพ, ประกายรัตน์ เจริญเจริญ, กุลพร สุขุมมาตรตระกูล. การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2544.
7. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น; 2554.
8. Rezaei A, Farzadfard A, Amirahmadi A, Alemi M, Khademi M. Diabetes mellitus and its management with medicinal plants: a perspective based on Iranian research. J Ethnopharmacol 2015;175:567-616.
9. Chang C-C, Lee Y-C, Lin C-C, Chang C-H, Chiu C-D, Chou L-W, et al. Characteristics of traditional Chinese medicine usage in patients with stroke in Taiwan: a nationwide population-based study. J Ethnopharmacol 2016;186:311-21.
10. Picking D, Younger N, Mitchell S, Delgoda R. The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicines in Jamaica. J Ethnopharmacology 2011;137:305-11.

11. Seedhom AE, Kamel EG, Awadalla HI. Original article: attitudes and patterns of use of alternative medicine in a rural area, El-Minia, Egypt. *Eur J Integr Med* 2011;3:e71-e5.
12. Baek S-M, Choi SM, Seo H-J, Kim SG, Jung J-H, Lee M, et al. Original Article: Use of complementary and alternative medicine by self- or non-institutional therapists in South Korea: a community-based survey. *Integr Med Res* 2013;2:25-31.
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือน พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/11617/15921.pdf.
14. ปรีชา มิตรานนท์. สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthRep56.pdf>.
15. สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2558 – 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก : http://www.dtam.moph.go.th/images/Policy/policy_2558.pdf.
16. อัมพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, สุรณีพิพัฒน์โรจนกมล. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2550.
17. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542.
18. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. การพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนในประเทศไทย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2556;9(1):31-43.
19. Lorenc A, Ilan-Clarke Y, Robinson N, Blair M. How parents choose to use CAM: a systematic review of theoretical models. *BMC Complement Altern Med* 2009;9:1-12.
20. Thomson P, Jones J, Evans JM, Leslie SL. Factors influencing the use of complementary and alternative medicine and whether patients inform their primary care physician. *Complement Ther Med* 2012;20:45-53.
21. Tait EM, Laditka JN, Laditka SB, Nies MA, Racine EF, Tsulukidze MM. Reasons why older Americans use complementary and alternative medicine: costly or ineffective conventional medicine and recommendations from health care providers, family, and friends. *Educ Gerontol* 2013;39(9):684-700.

22. Altizer KP, Quandt SA, Grzywacz JG, Bell RA, Sandberg JC, Arcury TA. Traditional and commercial herb use in health self- management among rural multiethnic older adults. *J Appl Gerontol: The Official Journal Of The Southern Gerontological Society* 2013;32(4):387-407.
23. Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie SJ. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: a population based study. *Complement Ther Clin Pract* 2014;20:339-46.
24. McFadden KL, Hernández TD, Ito TA. Clinical article: attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore (NY)* 2010;6:380-8.
25. วิไลวรรณ ชัยณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ในอำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.
26. Araz A, Harlak H, Meşe G. Factors related to regular use of complementary/alternative medicine in Turkey. *Complement Ther Med* 2009;17:309-15.
27. Sumngern C, Azeredo Z, Subgranon R, Matos E, Kijjoa A. The perception of the benefits of herbal medicine consumption among the Thai elderly. *J Nutr Health Aging* 2011;15(1):59-63.
28. Barner JC, Bohman TM, Brown CM, Richards KM. Original research: use of complementary and alternative medicine for treatment among African-Americans: a multivariate analysis. *Res Social Adm Pharm* 2010;6:196-208.
29. Delgoda R, Younger N, Barrett C, Braithwaite J, Davis D. The prevalence of herbs use in conjunction with conventional medicines in Jamaica. *Complement Ther Med* 2010;18:13-20.
30. Somkiattiyos Woradet BC, Renu Salaea, Yuvadee Kongme. Factors associated with herbal used behavior towards self care among village health volunteers in Krung La district, Phatthalung province. *J Health Sci* 2015;24:50-9.
31. Goldman AW, Cornwell B. Social network bridging potential and the use of complementary and alternative medicine in later life. *Soc Sci Med* 2015;140:69-80.

32. Sukit Chaichompoo PS, Wirasiri Waseeweerasi, Sunan Sonkosum. Factors related with people's behavior towards using medical herbs for illness treatments among people in region 11, Ministry of Public Health. Kuakarun Journal of Nursing 2012;19:60-74.
33. Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie SJ. Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: a population based study. Complement Ther Clin Pract 2014;20:302-10.
34. Ye-Seul L, In-Seon L, Song-Yi K, Hyangsook L, Hi-Joon P, Hyejung L, et al. Identification of determinants of the utilisation of acupuncture treatment using Andersen's behavioural model. Acupunct Med 2015;33:129-135.
35. Ndao-Brumblay SK, Green CR. Predictors of complementary and alternative medicine use in chronic pain patients. Pain Med 2010;11(1):16-24.
36. Li IC, Kuo H-T, Sin M-K, Liu C-T. Medication use in community-residing older adults in Taiwan: a comparison between conventional and complementary and alternative medications. J Community Health 2015;40:301-307.
37. Lorenc A, Crichton N, Robinson N. Traditional and complementary approaches to health for children: modelling the parental decision-making process using andersen's sociobehavioural model. Complement Ther Med 2013;21(4):277-85.
38. งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. สข.สระแก้ว ระดมสมองทุกภาคส่วนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ หวังเป็นศูนย์กลางการแพทย์แผนไทยระดับชาติระดับชาติ ภายในปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2558].
39. สำนักบริหารการทะเบียน. จำนวนประชากรแยกอายุ อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php.
40. พร้อมจิต ศรีลัมพ์, วงศ์สถิต ฉั่วกุล, สมภพ ประธานธรรมาภิบาล, บรรณาธิการ. สารานุกรมสมุนไพรไทย เล่ม 1 สมุนไพรสวนสิริรุกขชาติ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2548.
41. UNFPA and HelpAge International. Ageing in the twenty-first century : a celebration and a challenge [internet]. 2012 [cited 2015 Dec 25]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Exec-Summary.pdf>

42. Weber P. Elderly patients with multi-morbidity, frailty, and geriatric syndromes: therapeutic problem of contemporary and incoming medicine at intensive care unit (ICU) from the geriatrician's viewpoint. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2011.
43. สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. มโนทัศน์ใหม่่นิยามผู้สูงอายุ และการขยายอายุเกษียณ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2556.
44. พัทรี วงศ์ษา, บรรณาธิการ. แนวทางการบริโภคอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ (สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ). นครราชสีมา: อินดี้ อาร์ต; มปป.
45. ภาณุ อุดกกลิ่น. ทฤษฎีการสูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: 223.25.197.99/bcnuold/.../550_ทฤษฎีการสูงอายุ.pdf.
46. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
47. ยูวดี วงษ์กระจ่าง, วสุ ศุภรัตนสิทธิ. สมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน..กินด้วยกันดีมัย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0209.pdf>.
48. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.royin.go.th/dictionary>.
49. วิทยา ปออมมรกุล, สันติ วัฒนานะ. หนังสือชุดพรรณไม้เมืองไทย : พืชสมุนไพร 1. เชียงใหม่: องค์การสวนพฤกษศาสตร์; 2553.
50. บุญศรี นุเกตุ, นิรันดร์ ขงไสว, ธนาพล พุทธรังษ์, เกษราภรณ์ วรรณจักร์. โรคและสมุนไพร. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2551.
51. อัจฉรา แหลมทอง. สมุนไพรใกล้ตัว. ม.ป.ท.: ม.ป.ป.
52. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: www.fisheries.go.th/.../พระราชบัญญัติยา%20.
53. อัศพร อ่อมสวัสดิ์, ชุตติกาญจน์ ตรีนวภัทร, กัญญารัตน์ ศักดิ์พิสุทธิพงศ์, เฉชาซัช สายามธากร, กุลธิดา เหลืองอ่อน, สุรกิจ ถาวรศักดิ์ และคณะ. รู้ทันผลิตภัณฑ์สุขภาพกับเภสัชกร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2556.
54. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา ฉบับที่ 5 [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/archive

55. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิด ทฤษฎี การ สร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
56. อรุณพร อัฐรัตน์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ตำรวจการใช้สมุนไพรภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานในชนบทของภาคใต้. วารสารสงขลานครินทร์ 2533;12:91-102.
57. Keenan M. Locus of control: United States of America. Salem Press; 2015.
58. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied 1966;80(1):1-28.
59. Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Education & Behavior 1978;6(1):160-70.
60. วารี สันยาหะ. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง กิ่งอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2546.
61. สโรชา อยู่ยงสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
62. Bloom B. Taxonomy of educational objectives. 20th. New York: David McKay company; 1975.
63. น้ำทิพย์ วิภาวิน. การจัดการความรู้กับคลังความรู้. นนทบุรี: เอสอาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์; 2547.
64. อุทัยวรรณ สุกิมานิล. การบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2550.
65. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-140.
66. ดวงดาว ศรีวุฒิ. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ ในเขตอำเภोजุน จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556.
67. Fayers P, Hays R. Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. 2nd. Oxford: Oxford University Press, 2005.
68. สมาคมทศวรรษศาสตร์แห่งประเทศไทย. ครอบครัวสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: สมาคมทศวรรษศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2524

69. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics : basic concepts and methodology for the health science. 10th. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, 2014.
70. Allan Batista Silva, Cristina Ruan Ferreira de Araujo, Saulo Rios Mariz, Arthur Bento de Meneses, Mayrla de Sousa Coutinho, Alves RBdS. The use of medicinal plants for elderly users of a basic family health unit. J Nurs UFPE on line 2015;9(Suppl.3):7636-43.
71. มุลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมๆ โรงเรียนอยุธยาเวท (ชีวโกมารภักจ้). ตำราเภสัชกรรมไทย. กรุงเทพฯ: พิมณศ พรินต์ดีง์ เซ็นเตอร์; 2548.
72. โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ. ประมวลสรรพคุณยาไทย. ม.ป.ท.; 2507.
73. Ek S. Gender differences in health information behaviour: a finnish population-based survey. Health Promot Int 2015;30(3):736-45.



ภาคผนวก ก

พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ตารางที่ ผ1 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไอ ระคายคอ ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
แค (1)	เปลือกต้น	อม	1	1
ตะไคร้ (1)	ต้น	เผาไฟ ผนกับน้ำมะนาว กวาดคอ	1	1
ตะไคร้หอม (1)	ต้น	ต้มน้ำดื่ม	1	1
ผักแว่นบก (1)	ยอด	รับประทานสด	1	1
มะกรูด (1)	ผล	รมควัน คั้นน้ำดื่ม	1	1
มะรุ้ม (1)	เมล็ด	รับประทานสด	1	1
ไมยราบ (1)	ราก	ฝนเอาน้ำดื่ม	1	1
รัก (1)	ใบ	ต้มน้ำดื่ม	1	1
ว่านอมรา (1)	ใบ	ผนกับน้ำมะนาว กวาดคอ	1	1
อ้อยดำ (1)	ลำต้น	เผาไฟ คั้นน้ำดื่ม	1	1

ตารางที่ ผ2 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคกระเพาะอาหาร ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
กะเพรา (2)	ราก	ต้มน้ำดื่ม	1	1
	ทั้งต้น	ชงน้ำร้อนดื่ม	1	1
ข่า (2)	เหง้า	ต้มน้ำดื่ม	1	1
		โขลก แห่น้ำปูนใส กรองเอาน้ำดื่ม	1	1

ตารางที่ ผ2 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคกระเพาะอาหาร ที่อยู่นอกเหนือรายการ
พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ฟ้าทะลายโจร (2)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ทองพันชั่ง (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
เจตพังคี (1)	ราก	ต้มดื่ม	1	1
ฝรั่ง (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ว่านหางจระเข้ (1)	ใบ	ใช้วุ้น รับประทานสด	1	1
เหงือกปลาหมอ (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (3)	-น้ำกระเทียมโโรง (เถา) เถาวัลย์เปรียง (เถา) พญาเสือ โคร่ง (เถา) ฝาง (แก่น) โคลกลาน (เถา) ว่านชักมดลูก (เหง้า) ต้นหางหนูเหลื่อม/หญ้าพันงู (ต้น) ขมิ้นเครือ (เหง้า) ต้มดื่ม		1	1
	-มะขาม (เนื้อในฝัก) 7 ส่วน บอระเพ็ด (เถา) 5 ส่วน เกลือ 3 ส่วน ดากแห้ง บดผล ปั่นลูกกลอน รับประทาน		1	1
	ไมยราบ (ทั้งต้น) ลูกใต้ใบ (ทั้งต้น) ต้มดื่ม		1	1

ตารางที่ ผ3 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ที่อยู่นอกเหนือ
รายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
เจตพังคี (1)	ราก	ต้มดื่ม	1	1
หญ้าคา (1)	ราก	ต้มดื่ม ¹	1	1
โหระพา (1)	ใบ	ตำผสมปูนทาท้อง	1	1

ตารางที่ ผ3 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ชาคำรับ (4)	มะขาม (เนื้อในฝัก) 7 ส่วน บอระเพ็ด (เถา) 5 ส่วน เกลือ 3 ส่วน ตากแห้ง บดผล บั่นลูกกลอน รับประทาน		1	1
	มะขามป้อม (ผล) สมอไทย (ผล) มะกรูด (เปลือกผล) หมัก เอน้ำรับประทาน		1	1
	น้ำกระเทียมโรง (เถา) พญาช้างดำ (เถา) เห็ดหูหนู คองน้ำผึ้งรับประทาน		1	1
	ขอ (ใบ) มะตูม (ผลแห้ง) ต้มดื่ม		1	1 (ขอ)

¹ หลังใช้พบว่าอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ ผ4 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการผูก ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
เจตพังคี (2)	ราก	ต้มดื่ม	2	2
กล้วย (1)	ผลสุก	รับประทานสด	1	1
ขมิ้นชัน (1)	เหง้า	รับประทานสด	1	1
เลื่อยไต่ใบ (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
(กระป๋องเจ็ดตัว)				
เพชรน้ำค้าง (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
มะม่วง (1)	ผลสุก	รับประทาน	1	1
มะรุ้ม (1)	ยอด	ต้มดื่ม	1	1
ว่านเศรษฐี (1)	ลำต้น	ต้มดื่ม	1	0
ชาคำรับ (2)	มะขามป้อม (ผล) สมอไทย (ผล) มะกรูด (เปลือกผล) หมัก เอน้ำรับประทาน		1	1
	ขอ (ใบ) มะตูม (ผลแห้ง) ต้มดื่ม		1	1 (ขอ)

ตารางที่ ๗5 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการท้องเดิน ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
กล้วยดิบ (1)	ราก	แช่น้ำดื่ม	1	1
กะทือ (1)	เหง้า	ต้มกับน้ำปูนใสดื่ม	1	1
ขมิ้นชัน (1)	เหง้า	ฝน น้บประทาน	1	1
เจตพังคี (1)	ราก	ต้มดื่ม	1	1
นนทรี (1)	เปลือกต้น	ต้มดื่ม	1	1
ฝิ่น (1)	ใบและก้าน	ต้มดื่ม	1	1
ว่านหอมแดง (1)	ทั้งหัว	ต้มดื่ม	1	1
สมอไทย (1)	ผล	จิ้มเกลือรับประทาน	1	0

ตารางที่ ๗6 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ไพล (1)	เหง้า	คองเหล้า ดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	ม้ากระที่บโรง (เถา) พญาช้างดำ (เถา) เห็ดหูหนู คองน้ำผึ้งรับประทาน		1	1

ตารางที่ ๗7 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการปวดฟัน ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
น้อยหน่า (1)	เมล็ด	ทุบ ต้มใส่เกลือ อม	1	1
ฝิ่นต้น (1)	ยาง	หยอดบริเวณที่ปวด	1	1
หนุมานนั่งแท่น (1)	ยาง	หยอดบริเวณที่ปวด	1	1

ตารางที่ ผ8 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเบื่ออาหาร ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ตะไคร้ (1)	ต้น	ต้มดื่ม	1	1
มะขามป้อม (1)	ผล	รับประทานสด	1	1
มะม่วง (1)	ผล	ผสมน้ำปลา รับประทาน	1	1
ยาดำรับ (1)	ย่านาง (ราก) กระชาย (ราก)	ต้มดื่ม	1	1

ตารางที่ ผ9 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการขัดเบา ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ถั่วแระ (2)	ทั้งห้า	ต้มดื่ม	1	1
ข่อย (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ชุมเห็ดเทศ (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ต้นนิ้ว (1)	เหง้า	ต้มดื่ม	1	1
ใบทองแห้ง (1)	ใบ	ต้มดื่ม ร่วมกับสารส้ม	1	1
ไพล (1)	ลำต้น	ต้มดื่ม	1	1
ฟ้าทะลายโจร (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
มะละกอ (1)	ผลสุก	รับประทานสด	1	1
สาบเสือ (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
หญ้าแฝก (1)	ราก	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (5)	ม้ากระทืบโรง (เถา) เถาวัลย์เปรียง (เถา) พญาเสือโคร่ง (เถา) ฝรั่ง (แก่น) โคลนลาน (เถา) ว่านชักมดลูก (เหง้า) ต้นหางหนูเลื่อม/หญ้าพันงู (ทั้งต้น) ขมิ้นเครือ (เหง้า) ต้มดื่ม		1	1
	ม้ากระทืบโรง (เถา) พญาช้างดำ (เถา) เห็ดหูหนูคองน้ำฝิ่งรับประทาน		1	1
	ขอ (ใบ) มะตูม (ผลแห้ง) ต้มดื่ม		1	1 (ขอ)

ตารางที่ ๘9 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการขัดเบา ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพร
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
	หญ้าหนวดแมว (ทั้งต้น) แห้ว (ราก) คัมคัม		1	2
	ต้นเบนน้ำ ช่างข้าวโพด สารส้ม คัมคัม		1	1 (ต้นเบนน้ำ)

ตารางที่ ๘10 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการกลากเกลื้อน ที่อยู่นอกเหนือรายการ
พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
กวาดอง (1)	ใบ	รับประทานสด	1	1
แมงลัก (1)	ใบ	ขยี้ทา	1	1

ตารางที่ ๘11 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ที่อยู่นอกเหนือรายการ
พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
กระถิน (1)	ยอด	เคี้ยวทาบริเวณแผล	1	1
แปะตำปึง (1)	ใบ	ขยี้ พอก	1	1
รางจืด (1)	ใบ	ตำพอก	1	1
เสลดพังพอน (1)	ใบ	ตำผสมดินสอพองทา	1	1

ตารางที่ ๘12 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาฝี แผลพุพอง ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพร
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ผักโหม (2)	ราก	ฝนทา	1	1
ไพล (2)	เหง้า	ตำผสมเกลือตัวผู้ทา	1	1

ตารางที่ ผ12 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาฝี แผลพุพอง ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ต้นมี (1)	ราก	ฝนทา	1	1
พลู (1)	ใบ	ผสมปูนแดง ทา	1	1
ไมยราบ (1)	ใบ	ตำผสมข้าวคิบ พอก	1	1
ลูกใต้ใบ (1)	ทั้งต้น	ตำทา	1	1
ว่านสารพิษ (1)	เหง้า	ฝนทา	1	1
สาบเสือ (1)	ราก	ฝนทา	1	1
เสลดพังพอน (1)	ใบ	ตำผสมพิมเสน การบูรทา	1	1
หนุมานนั่งแท่น (1)	ลำต้น (ส่วนที่โป่งออก)	ตำผสมเหล้า พอก	1	1

ตารางที่ ผ13 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาแมลงสัตว์กัดต่อย ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ว่านสารพิษ (4)	เหง้า	ตำผสมน้ำมันาวหรือเหล้าทา	3	3
	ใบ	ขี้ทา	1	1
พลู (2)	ใบ	ตำทา	2	2
ยาสูบ/ยาเส้น (2)	ยาสูบ	เผาไฟ เอาควันรม	2	0
หน่อไม้เปรี้ยว (2)	หัว	ต้ม เอาไอรรม	2	1
น้ำเต้า (1)	ก้านผล	ฝนกับน้ำข้าวข้าวและเคียวไก่ป่า คั้น	1	1
ไพลดำ (1)	เหง้า	ตำผสมเหล้าขาว ทา	1	1
ฟ้าทะลายโจร (1)	ใบ	ขี้ทา	1	1
รางจืด (1)	ใบ	ขี้ทา	1	1
ว่านงู (1)	เหง้า	ตำทา	1	1
สะเดา (1)	ใบ	เผาไฟ เอาควันรม	1	1
สาบเสือ (1)	ใบ	ตำทา	1	1

ตารางที่ ผ13 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาแมลงสัตว์กัดต่อย ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ชาคำรับ (1)	มะขามป้อม (ลูก) สมอไทย (ลูก) มะกรูด (ผิว) หมัก เอาวันแปะ		1	1

ตารางที่ ผ14 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษามพิษ ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ทองพันชั่ง (2)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	2
	ยอด	ต้มดื่ม	1	
มะลิซ้อน (2)	ใบ	นำมาขยำกับข้าวเจ้าดิบ ทา	2	2
กะเพรา (1)	ใบ	ตำผสมเหล้าทา	1	1
ข้าพทู (1)	ใบ	ตำผสมเหล้าทา	1	1
ชุมเห็ดเทศ (1)	ใบ	ขยี้ทา	1	1
ตะไคร้ (1)	ตะไคร้	ทา	1	1
บัวบก (1)	ใบ	ตำผสมน้ำข้าวขาวทา	1	1
ผักเป็ด (1)	ทั้งต้น	ตำผสมเหล้าขาวทา	1	1
เพชรา (1)	ทั้งต้น	ต้มอาบ	1	1
เสลดพังพอน (1)	ใบ	ตำผสมพิมเสน การบูรทา	1	1
รางจืด (1)	ใบ	ตำผสมข้าวดิบ ทา	1	1
มะนาว (1)	ผล	คั้นน้ำดื่ม	1	1
มะรุม (1)	เปลือก	ฝนกับเหล้า ทา	1	1
หม่อน (1)	ใบ	ต้มอาบ ¹	1	1
ชาคำรับ (1)	มะขามป้อม (ลูก) สมอไทย (ลูก) มะกรูด (ผิว) หมัก เอาวันแปะ		1	1

¹ หลังใช้การไม่ได้ขึ้น

ตารางที่ ผ15 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคมะเร็ง ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
กระเทียม (1)	เถา	ตำ ผสมน้ำจากหอยโข่งที่ย่างไฟ ทา	1	1
พลู (1)	ใบ	ตำผสมเหล้าและปูนแดง พอก	1	1
มะลิ (1)	ใบ	ตำผสมข้าวสารทา	1	1
รางจืด (1)	ใบ	ตำผสมข้าวสารดิบทา	1	1
ว่านสารพิษ (1)	เหง้า/ใบ	ตำผสมน้ำมะนาวทา	1	1
ว่านหางจระเข้ (1)	วุ้น	ทา	1	1
สะเดาหิน (1)	ทั้งต้น	ตำพอก	1	1
ชาคำรับ (1)	ย่านาง (ใบ) เบนจอร์จ (ใบ) ใบเตย (ใบ) ว่านกาบหอย (ใบ) ตำพอก		1	1

ตารางที่ ผ16 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ต้นพรม (1)	ทั้งต้น	คั้นคั้น	1	1
ตะไคร้หอม (1)	ทั้งต้น	คั้นคั้น	1	1
ปลาไหลเผือก (1)	ราก	คั้นคั้น	1	0
ฝรั่ง (1)	แก่น	คั้นคั้น	1	1
ชาคำรับ (2)	ตะไคร้ (เหง้า) ข่า (เหง้า) ขิง (เหง้า) มะกรูด (ใบ/ผิว) ข่าพลู (ทั้งต้น) ขมิ้นชัน (เหง้า) การบูร ห่อผ้าหนึ่งประคบ หญ้าดอกขาว (ทั้งต้น) ครอบจักรวาล (ทั้งต้น) คั้นคั้น		1	1

ตารางที่ ผ17 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการไข้ ที่อยู่นอกเหนือรายการพืชสมุนไพร
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้		จำนวน	ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ		
ข่อย (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ตะไคร้ (1)	เหง้า	ต้มดื่ม	1	1
รางจืด (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
เสลดพังพอน (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	ต้นห่าน (ทั้งต้น) หัวข้าวเย็น มะยมตัวผู้ (ใบ)	ต้มดื่ม	1	1

นอกจากนี้ยังพบการนำพืชสมุนไพรไปใช้ในการบรรเทา/รักษาอาการเจ็บป่วยอื่นๆ
ที่นอกเหนือจากงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย ดังนี้

- 1) บำรุงร่างกาย 54 ราย
- 2) แก้พิษ/ล้างสารพิษ 44 ราย
- 3) รักษา/ป้องกันเบาหวาน ลดน้ำตาล 16 ราย
- 4) ลดความดันโลหิต 14 ราย
- 5) แก้ปวดเมื่อย 14 ราย
- 6) รักษาแผล 5 ราย
- 7) แก้มีเนมา 5 ราย
- 8) ปวดศีรษะ 4 ราย
- 9) แผลสด 4 ราย
- 10) เจ็บตา/เคืองตา 3 ราย
- 11) ไข้ทับทิม 3 ราย
- 12) อยู่ไฟหลังคลอด 3 ราย
- 13) ป้องกันมะเร็ง 3 ราย
- 14) โรคลำไส้ 3 ราย
- 15) อื่นๆ 18 ราย

ตารางที่ ผ18 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการบำรุงร่างกาย

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ฝรั่ง (15)	แก่น	ต้มดื่ม	15	10
ฟ้าทะลายโจร (14)				14
	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	9	
		คองเหล้า	1	
	ใบ	ต้มดื่ม	4	
ย่านาง (8)	ใบ	คั้นน้ำดื่ม	6	8
		ต้มดื่ม	1	
		รับประทานสด	1	
โกฐหัวบัว (1)	หัว	ตากแห้งบดผง แขน้ำดื่ม	1	0
ขี้เหล็ก (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
บอระเพ็ด (1)	เถา	คองใส่น้ำโถก ¹	1	1
ปลาไหลเผือก (1)	ราก	ต้มดื่ม	1	1
ไพล (1)	เหง้า	บดผง บั่นลูกกลอน	1	1
มะขามป้อม (1)	ผล	หมักกับน้ำตาลทรายแดง คั้น	1	1
ขมิ้น (1)	ลูก	หมักกับน้ำตาล คั้น	1	1
หยาดน้ำค้าง (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
แห้วหมู (1)	เหง้า	ตำผสมมะขามเปียก รับประทาน	1	1
ยาดำรับ (8)	ฝรั่ง (แก่น) กำลั้งเสื่อโคร่ง (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
	ฝรั่ง (แก่น) เถาวัลย์เปรียง (เถา) ต้มดื่ม		1	1
	ฝรั่ง (แก่น) ย่านางแดง (เครือ) จิง (เหง้า) เถย (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
	มะตูม (ผลแห้ง) อ้อยแดง (ราก) ขมิ้น (ใบ) เถย (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
	ย่านาง (ใบ) รากจืด (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
	เลือดไก่ใบ /กระบือเจ็ดตัว (ใบ) ฝรั่ง (แก่น) เถย (ใบ) ต้มดื่ม		1	1

ตารางที่ ผ18 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการบำรุงร่างกาย (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
	เหงือกปลาหมอ (ใบ) พริกไทย (เมล็ด) บดผงผสม น้ำผึ้งปั้นลูกกลอน รับประทาน		1	0
	ยาตำรับโรงพยาบาล (ไม่ทราบส่วนประกอบ)		1	0

ตารางที่ ผ19 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการแก้พิษ/ล้างสารพิษ

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
รางจืด (38)				37
	ใบ	ต้มดื่ม	26	
		คั้นดื่ม	4	
		รับประทานสด	4	
	ทั้งเครือ	ต้มดื่ม	4	
		ฝนกับน้ำข้าวข้าว คั้นดื่ม	1	
ย่านาง (2)				2
	ใบ	คั้นน้ำดื่ม	1	
	ทั้งเครือ	ต้มดื่ม	1	
ข้าวเย็นเหนือ (1)	หัว	ต้มดื่ม	1	1
ไผ่น้อย (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ยาตำรับ (2)	รางจืด (ทั้งต้น) ย่านางแดง (หัว) ฝนกับน้ำข้าวข้าว คั้นดื่ม (ผสมงาช้าง ขนเม่น)		1	1
	เตย (ใบ) บัวบก (ใบ) ต้มดื่ม		1	1

ตารางที่ ผ20 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการรักษา/ป้องกันเบาหวาน ลดน้ำตาล

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ครอบจักรวาล (3)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	3	3
ฟ้าทะลายโจร (2)				2
	ใบ	ต้มดื่ม	1	
	ทั้งต้น	คองกับน้ำผึ้ง รับประทาน	1	
กระทกรก (1)	ทั้งเครือ	ต้มดื่ม	1	1
ไพล (1)	เหง้า	ต้มดื่ม	1	1
ลูกใต้ใบ (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
หญ้าดอกขาว (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
หญ้าวิฬาร์ (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
แห้ว (1)	ทั้งเครือ	ต้มดื่ม	1	1
อินคา (1)	เมล็ด	ต้มดื่ม	1	1
ชาคำรับ (3)	มะตูม (ผลแห้ง) อ้อยดำ (ราก) ขอ (ใบ) เเตย (ใบ)		1	1
	ต้มดื่ม			
	มะตูม (ผลแห้ง) ลูกขอม (ใบ) รากจืด (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
	มะรุ้ม (แก่น) กระดุมทอง (ทั้งต้น) ต้มดื่ม		1	1

ตารางที่ ผ21 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการลดความโลหิต

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
เตย (2)	ใบ	ต้มดื่ม	2	2
ฝาง (2)	แก่น	ต้มดื่ม	2	1
ครอบจักรวาล (1)	ทั้งต้น	ตากแห้ง ต้มดื่ม	1	1
กระทกรก (1)	ทั้งเครือ	ต้มดื่ม	1	1
ฟ้าทะลายโจร (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
มะดัน (1)	เปลือก	ต้มดื่ม	1	1
รากจืด (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1

ตารางที่ ผ21 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการลดความโลหิต (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ว่านเลือด/ หญ้าไผ่น้ำ (2)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (3)	ฝาง (แก่น) รากจืด (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
	มะตูม (ผลแห้ง) อ้อยดำ (ราก) ขอ (ใบ) เติย (ใบ)		1	1
	ต้มดื่ม			
	มะละกอ (ผลดิบ) เติย (ใบ) ต้มดื่ม		1	1

ตารางที่ ผ22 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดเมื่อย

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
ฟ้าทะลายโจร (4)				4
	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	3	
	ใบ	รับประทานสด	1	
ฝาง (2)	แก่น	ต้มดื่ม	2	1
ครอบจักรวาล (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
โทองเทง (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
บอระเพ็ด (1)	เถา	คอง M150	1	1
เพชรสังฆาต (1)	ลำต้น	ต้มดื่ม	1	1
รากจืดต้น (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ว่านชักมดลูก (1)	เหง้า/ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ว่านเลือด/หญ้าไผ่น้ำ (1)	ใบ	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	ข้าวกล้อง ลูกเดือย ต้มดื่ม		1	0

ตารางที่ ผ23 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาอาการอื่นๆ

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	จำนวน
อาการเกี่ยวกับมดลูก				
ว่านชักมดลูก (5)				5
	เหง้า	ต้มดื่ม	3	
		คองเหล่า	1	
	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	
แก้มีเนมา				
รางจืด (5)				4
	ใบ	ต้มดื่ม	2	
		รับประทานสด	2	
	ราก	ฝนกับน้ำข้าวขาวรับประทาน	1	
บรรเทาอาการปวดศีรษะ				
ฟ้าทะลายโจร (2)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ขิง (1)	เหง้า	ตำผสมเปลือกมะรุ้มและ มะนาว	1	1
ชาดำรับ (1)	ตะไคร้ (ต้น) อดุชัน (ดอก) มะยม (ใบ) ต้มดื่ม		1	1
แผลสด				
สาบเสือ (2)	ใบ	ขี้ทา	1	2
		ตำผสมปูนและเกลือทา	1	
เนียมหูเสือ (1)	ใบ	ขี้กับปูนทา	1	1
หนุมานนั่งแท่น (1)	ยาง	แปะ	1	1
เจ็บตา/เคืองตา				
ขมิ้นเครือ (1)	ราก	ฝนเอาน้ำล้างตา	1	1
พลู (1)	ใบ	คั้นน้ำ ล้างตา	1	1
ย่านาง (1)	ใบ	ต้ม อดุชัน	1	1

ตารางที่ ผ23 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาอาการอื่นๆ (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ใช้ทั้งระดู				
ผักโขมหนาม (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ลูกใต้ใบ (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	พุทธรักษาดอกแดง (ทั้งต้น) เครือหนู ท้องขาว (ทั้งต้น) สาบแร้งสาบกา (ทั้งต้น) กะลามะพร้าว (3ตา) ไม้ไผ่ (ปล้อง) ต้มดื่ม		1	1
อยู่ไฟหลังคลอด				
ไพล (2)	เหง้า	ตำ โรยบนถ่านที่มอด เอาผ้า คลุมเพื่ออบ ตำผสมเกลือ นึ่งถ่าน	1	1
ยาดำรับ (1)	ไม้ส้มฮอก (แก่น) ไม้แก่นแพว (แก่น) ฝาง (แก่น) ต้มดื่ม		1	1
ป้องกันมะเร็ง				
พลูคาว (1)	ใบ	เคี้ยวสด	1	1
ไม้พยูง (1)	แก่น	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	หญ้าดอกขาว (ทั้งต้น) กรอบจักรวาล (ทั้งต้น) ต้มดื่ม		1	1
โรคไต				
หญ้าดอกขาว (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ฟ้าทะลายโจร (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	กาฝากมะม่วงกะล่อน (ก้าน) ลัก (แก่น) ต้มดื่ม		1	1
วิงเวียน				
ชุมเห็ดไทย (1)	ใบ	ต้ม รุมควัน	1	1
ตะไคร้ (1)	ต้น	ต้มดื่ม	1	1

ตารางที่ ผ23 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาอาการอื่นๆ (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ริดสีดวง				
เพชรสังฆาต (1)	ลำต้น	ต้มดื่ม	1	1
ยาดำรับ (1)	เพชรสังฆาต (ลำต้น) หน่อดอกขาว (ทั้งต้น) ต้มดื่ม		1	1
ไข้หวัด				
ตะไคร้ (1)	ต้น	ต้มดื่ม	1	1
นิ่วในถุงน้ำดี				
ตะไคร้ (1)	ต้น	ต้มดื่ม	1	1
นิ่วในทางเดินปัสสาวะ				
ว่านนํ้า (1)	เหง้า	ต้มดื่ม	1	1
บิด				
สะแกนา (1)	ยอดอ่อน	รับประทานสด	1	1
ปวดประจำเดือน				
ไพล (1)	เหง้า	ต้มดื่ม	1	1
เป็นลม				
พลู (1)	ใบ	ขยี้ดม	1	1
ไฟลามทุ่ง				
โพธิ์ (1)	เปลือกแห้ง	ฝนเอาผงโรย	1	1
ไมเกรน				
ครอบจักรวาล (1)	ทั้งต้น	ต้มดื่ม	1	1
ลดไขมันในเลือด				
ไมยราบ (1)	ทั้งต้น	ตากแห้ง ต้มดื่ม	1	1
เลือดออกตามไรฟัน				
ตะไคร้ (1)	เหง้า	เคี้ยวสด	1	1
บำรุงสมอง				
ไมยราบ (1)	ทั้งต้น	ตากแห้ง คั่วให้เหลือง ต้มดื่ม	1	1

ตารางที่ ผ23 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาอาการอื่นๆ (ต่อ)

สมุนไพร (จำนวน)	รูปแบบการใช้			ปลูก/เก็บ จำนวน
	ส่วนที่ใช้	วิธีการ	จำนวน	
ไล่เลื้อน				
ว่านชักมดลูก (1)	เหง้า	ต้มดื่ม	1	1
สุนัขกัด				
ชุมเห็ดเทศ (1)	ใบ	ตำพอก	1	1
หูด				
มะละกอ (1)	ยาง	ทา	1	1

ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.ดร.ภก.เจริญ ตริศักดิ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ภก.พินิต ชินสร้อย
งานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
3. ดร.ศุภพร ไม้สน
สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

แบบสอบถามการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุ ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐานของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การใช้และการเข้าถึงพืชสมุนไพร

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

นางสาวนิชมน์ ชัยชนะชูเชิด

นักศึกษาปริญญาโท

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง
2. อายุ _____ ปี (อายุเต็มปีถึงวันเกิดครั้งสุดท้าย)
3. สถานภาพการสมรส
☐ 1 โสด ☐ 2 คู่ ☐ 3 แยกกันอยู่ ☐ 4 หม้าย/หย่าร้าง
4. ความสามารถในการอ่านเขียน
☐ 1 อ่านออกและเขียนได้ ☐ 2 อ่านออกแต่เขียนไม่ได้
☐ 3 อ่านไม่ออกแต่เขียนได้ ☐ 4 อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2 ประถมศึกษา ☐ 3 มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 5 สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย
6. ความเพียงพอของรายได้เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว
☐ 1 เพียงพอมีเงินเก็บ ☐ 2 เพียงพอไม่มีเงินเก็บ ☐ 3 ไม่เพียงพอ
7. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
☐ 1 ไม่สูบ ☐ 2 เคยสูบ เลิกสูบลานาน _____ ปี ☐ 3 ปัจจุบันสูบ _____ มวน/วัน
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ยาโดง สาโท และอื่นๆ _____ ครั้ง/สัปดาห์
9. มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย จนรู้สึกเหนื่อย หายใจเร็ว และแรง _____ ครั้ง/สัปดาห์
10. ในการบริโภคอาหาร ท่านชอบรสชาติใด
☐ 1 รสจืด ☐ 2 รสหวาน ☐ 3 รสเค็ม ☐ 4 รสเปรี้ยว
11. ในอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมเครื่องปรุงใดเพิ่มบ้างจากอาหารปรุงเสร็จแล้ว
☐ 1 ไม่เติม
☐ 2 น้ำตาล / ถ้ารู้สึกไม่หวานก็เติม
☐ 3 น้ำปลา/เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ / ถ้ารู้สึกไม่เค็มก็เติม
12. ท่านกินอาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่ปรุงด้วยกะทิ _____ วัน/สัปดาห์
13. ท่านกินผักและผลไม้สด 5 กำมือต่อวัน หรือมากกว่า _____ วัน/สัปดาห์
14. ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน
☐ 1 ไม่ดีมาก ☐ 2 ไม่ดี ☐ 3 ปานกลาง ☐ 4 ดี ☐ 5 ดีมาก

15. คารมึโรคประจําคัว

() 1 มึ

() 2 มึมึ (ข้ามไปคอบข้อ 19)

16. โรคประจําคัวของทํน

() 1 โรคเบหาวน ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

ระบุระดับนํ้าตาลในเลือด 2 คร้งสุดท่าย

วันที่/คึอน/ปี ที่ตรวจ _____ ระดับนํ้าตาล _____ มก./คล.

วันที่/คึอน/ปี ที่ตรวจ _____ ระดับนํ้าตาล _____ มก./คล.

() 2 โรคความคึนโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

ระบุระดับความคึนโลหิต 2 คร้งสุดท่าย

วันที่/คึอน/ปี ที่ตรวจ _____ ระดับความคึนโลหิต _____ มม.ปรอท

วันที่/คึอน/ปี ที่ตรวจ _____ ระดับความคึนโลหิต _____ มม.ปรอท

() 3 โรคไขมึนในเลือดสูง ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

() 4 โรคไต ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

() 5 โรคหัวใจ ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

() 6 โรคหอบหืด ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

() 7 อึนๆ ระบุ _____ ระยะเวลาที่เป็น _____ คึอน _____ ปี

17. ระยะเวลา 6 คึอนที่ผ่านมา แพทย์ได้ปรับเพิ่มจํนวนยา ความถึในกินยา หรือนัดพบถึขึ้นหรือมึ

() 1 ใช่

() 2 มึใช่

18. ใน 1 ปี ที่ผ่านมา ทํนคูลเร็กยาโรคประจําคัวอย่างไรบ้าง (คอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1 กินยาตามแพทย์สั่ง () 2 ใช้สมุนไพร ระบุ _____

() 3 อึนๆ ระบุ _____

19. การใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ)

ที่ใช้ประจำ ทํนมีความคึนเห็นค่อประคึนเหล่านี้ในระดับใด

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. มึบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอค่อการให้บริการ			
2. คึนทางไปรับบริการได้ง่าย และสะดวก			
3. มึคึนค่อนการให้บริการที่มึยุ่งยาก สะดวกค่อการใช้บริการ			
4. ค่าใช้จ่ายที่คึนขึ้น เช่น ค่าคึนทาง อาหาร อึนๆ ทํนสามารถจ่ายได้			
5. ได้รับข้อมูลในการคูลคึนเอง และการรักษาโรค อย่างเพียงพอ			

ส่วนที่ 2 การใช้และการเข้าถึงพืชสมุนไพร

พืชสมุนไพร หมายถึง ผลผลิตหรือยาที่ได้จากพืชทั้งสดและแห้ง โดยที่ยังไม่ได้ผ่านการผสม ประุงหรือแปรรูป ใช้เพื่อบำรุงร่างกาย บรรเทาอาการเจ็บป่วยและบำบัดรักษาโรค **ไม่รวม** ยาจากพืชสมุนไพร และยาที่พัฒนาจากพืชสมุนไพร เช่น แคลซูล ลูกกลอน ยาขง เจล ครีม โลชั่น

1. ท่านเคยใช้พืชสมุนไพรหรือไม่

- () 1 **ไม่ใช้** เหตุผลที่ไม่ใช้ เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ข้ามไปตอบข้อ 4)
- () มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก
 - () สมุนไพรหายาก
 - () ไม่มั่นใจประสิทธิภาพของพืชสมุนไพร
 - () ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพร (ไม่รู้ว่าพืชสมุนไพรตัวไหนรักษาโรคอะไร)
 - () อื่นๆ _____
- () 2 **ใช้** เหตุผลที่ใช้พืชสมุนไพร เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (และให้ตอบส่วนที่ 5)
- () ได้รับคำแนะนำจากครอบครัว/เพื่อน
 - () ประหยัดค่าใช้จ่าย
 - () มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค
 - () การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมีผลข้างเคียงมาก
 - () การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ผลเท่าที่ควร / ไม่หายขาด
 - () มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้
 - () อื่นๆ _____

2. ส่วนใหญ่ท่านใช้พืชสมุนไพรเพื่ออะไร (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- () 1 **รักษา/บรรเทาอาการเจ็บป่วย** (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ระบบทางเดินอาหาร () ระบบทางเดินหายใจ
 - () ระบบทางเดินปัสสาวะ () ระบบผิวหนัง
 - () ระบบอื่นๆ ระบุ _____
- () 2 **ส่งเสริมสุขภาพ / บำรุงสุขภาพ**
- () 3 **ป้องกันโรค** ระบุ _____

3. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้ใช้พืชสมุนไพรหรือไม่

- () 1 **ใช่**
- () 2 **ไม่ใช่** เพราะ _____
- () 3 **เลิกใช้** เพราะ _____

4. สมาชิกในครอบครัวใช้พืชสมุนไพรหรือไม่ () 1 ใช่ () 2 ไม่ใช่
5. คนรู้จักของท่านใช้พืชสมุนไพรหรือไม่ () 1 ใช่ () 2 ไม่ใช่
6. ท่านสามารถเข้าถึงพืชสมุนไพรได้สะดวกหรือไม่
 () 1 ไม่สะดวก () 2 สะดวกเล็กน้อย () 3 สะดวกที่สุด
7. แหล่งสมุนไพร ที่ท่านสามารถเข้าถึงได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () บริเวณบ้านตนเอง () เพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน () คนรู้จัก /ญาติ
 () หมอพื้นบ้าน () ตลาด () วัด
 () ป่าชุมชน () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 () อื่นๆ _____

ส่วนที่ 3 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

คำชี้แจง ท่านมีความรู้สึกหรือความเชื่อต่อข้อความต่อไปนี้ในระดับใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ระดับความเห็นด้วยตามความรู้สึกหรือความเชื่อของท่าน

ข้อความ	ระดับความเห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. การที่ท่านเจ็บป่วย เป็นเพราะการกระทำของตัวเอง			
2. เมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมของท่าน จะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายป่วยเร็วหรือช้า			
3. ถ้าท่านดูแลตัวเองดี ก็จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้			
4. การกระทำของตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของท่าน			
5. สิ่งต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของท่าน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ			
6. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่า ท่านจะหายป่วยเร็วหรือช้า			
7. ไม่ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร ท่านก็เจ็บป่วยอยู่ดี			
8. ท่านมีสุขภาพดี เนื่องจากมันได้ถูกกำหนดไว้แล้ว			

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

คำชี้แจง ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้ ใช่ (ถูก) หรือ ไม่ใช่ (ผิด) หรือ ไม่แน่ใจ (ไม่รู้ ตอบไม่ได้)

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ฟ้ายะลาโยธ ไม่สามารถใช้ติดต่อกันได้นาน เพราะมีโทษ			
2. ใบพลู ใช้บรรเทาอาการลมพิษตามผิวหนัง			
3. ถ้ากินรางจืดคู่กับยาแผนปัจจุบัน ทำให้ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพลดลง			
4. ใบขี้เหล็ก ใช้บรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ (ช่วยให้หลับ)			
5. เหง้าข่านำมาตำผสมกับเหล้า ทาแก้กลากเกลื้อน			
6. เหง้าไพลนำมาตำแล้วพอก ลดอาการปวดบวม			
7. ตะไคร้บ้านและตะไคร้หอมไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้			
8. พญายอ (เสลดพังพอน) รักษาเริ่ม งูสวัด			
9. ใบมะขามป้อมไม่สามารถใช้แทนลูกมะขามป้อมเพื่อบรรเทาอาการไอได้			
10. ใบชุมเห็ดเทศนำมาต้มดื่ม แก้อาการท้องผูกได้			

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้พิษสมุนไพรสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (สำหรับผู้ใช้ และเคยใช้สมุนไพร)

เมื่อท่านเจ็บป่วยด้วยการเหล่านี้ ท่านมีวิธีการดูแลรักษาตนเองอย่างไร

อาการ	วิธีการรักษา	ชนิดพิษสมุนไพร (ระบุ)	ส่วนที่ใช้ (ระบุ)	วิธีใช้ (ระบุ)	ประสิทธิภาพ	แหล่งที่มาของสมุนไพร
ไอ ระคายคอ	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชู่อ
จุกเสียด ปวดท้อง	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชู่อ
ท้องอืด ท้องเฟ้อ	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชู่อ

อาการ	วิธีการรักษา	ชนิดพืชสมุนไพร (ระบุ)	ส่วนที่ใช้ (ระบุ)	วิธีใช้ (ระบุ)	ประสิทธิผล	แหล่งที่มาของสมุนไพร
ท้องผูก	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว
ท้องเดิน	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว
คลื่นไส้ อาเจียน	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว
ปวดฟัน	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว

อาการ	วิธีการรักษา	ชนิดพืชสมุนไพร (ระบุ)	ส่วนที่ใช้ (ระบุ)	วิธีใช้ (ระบุ)	ประสิทธิผล	แหล่งที่มาของสมุนไพร
เบื่ออาหาร	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว
ขัดเบา	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว
กลากเกลื่อน	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว
ชันนะตุ	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปฏิก ☐ ชั่ว

อาการ	วิธีการรักษา	ชนิดพืชสมุนไพร (ระบุ)	ส่วนที่ใช้ (ระบุ)	วิธีใช้ (ระบุ)	ประสิทธิผล	แหล่งที่มาของสมุนไพร
แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว
ฝีแผลพุพอง	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว
แพ้ฉีกเสบ จากแมลงกัด ต่อย	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว
ลมพิษ	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว

อาการ	วิธีการรักษา	ชนิดพืชสมุนไพร (ระบุ)	ส่วนที่ใช้ (ระบุ)	วิธีใช้ (ระบุ)	ประสิทธิผล	แหล่งที่มาของสมุนไพร
งูสวัด เริ่ม	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว
เกล็ด ขัดออก	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว
นอนไม่หลับ	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว
ไข้	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปกติ ☐ ชั่ว

อาการ	วิธีการรักษา	ชนิดพืชสมุนไพร (ระบุ)	ส่วนที่ใช้ (ระบุ)	วิธีใช้ (ระบุ)	ประสิทธิผล	แหล่งที่มาของสมุนไพร
อาการอื่นๆที่ เคยใช้ สมุนไพร รักษา.....	☐ ไปสถานพยาบาล ☐ รักษาด้วยตนเอง ☐ สมุนไพร ☐ อื่นๆ				☐ ดีขึ้น ☐ ไม่ดีขึ้น	☐ ปลูก ☐ ซื่อ



Approval of Amendment
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

Protocol Title : USE OF TRADITIONAL MEDICINAL PLANTS IN PRIMARY HEALTH CARE
AMONG ELDERLY IN WANG NAM YEN DISTRICT, SA KAO PROVINCE

Protocol No. : 58/2559

Principal Investigator : Miss Nichamon Chaichanachuchird

Type of Document : Protocol Amendment

Protocol Title Change to USE OF MEDICINAL PLANTS IN PRIMARY
HEALTH CARE AMONG THE ELDERLY IN WANG NAM YEN DISTRICT,
SA KAO PROVINCE

Date of Approval : 29 November 2016

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Nantham'.

(Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวนิชมน ชัยชนะชูเชิด
วัน เดือน ปีเกิด	15 มกราคม พ.ศ. 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552 – 2556 การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558 – 2559 สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้	ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน สำหรับนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่ปัจจุบัน	780/586 คอนโดสุภาลัยคาชาริวา ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอแหลม เขตบางคอแหลม กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 9250 62515 E-mail: nichamon.ch@hotmail.com