รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ทวีศักดิ์ สิงห์โห[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง "รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ" มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทสภาพปัญหาและความต้องการที่มีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย 3) วิเคราะห์ตัวแบบในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย 4) ศึกษารูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย และ 5) ประเมินประสิทธิผลของการใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) เชิงสำรวจแบบต่อเนื่อง โดยดำเนินการ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2: การศึกษาเชิงสำรวจหลักเชิงปริมาณ (กลุ่มตัวอย่าง 92 คน) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (กลุ่มตัวอย่าง 30 คน) และระยะที่ 3: การตีความและพัฒนาแนวทาง รวมถึงการประเมินประสิทธิผลแบบกึ่งทดลอง (กลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน)

ผลการวิจัยพบว่า ตำบลสังเม็กมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.05 ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แบบ มีหมอพื้นบ้าน 12 คน และสมุนไพรที่ใช้บ่อย 10 ชนิด โรคที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 45.8)ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ได้แก่ เพศหญิง (χ^2 = 10.224, p<0.05) และอายุ 60-70 ปี (χ^2 = 11.752, p<0.05) ปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพล ได้แก่ ค่านิยม (r = .295, p<0.05) ความเชื่อ (r = .420, p<0.05) และการรับรู้ (r = .195, p<0.05) ปัจจัยเกื้อหนุนคือลักษณะความเจ็บป่วย (r = .098, p<0.05) ปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 40.17 (R^2 = .4017, p<0.05) โดยความเชื่อมีอิทธิพลมากที่สุด (β = .499) การวิจัยได้พัฒนารูปแบบ "SANG MEX Model" ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ S-Social Support (การสนับสนุนทางสังคม) A-Awareness Building (การสร้างความตระหนักรู้) N-Natural Remedies (การใช้การรักษาแบบธรรมชาติ) G-Generation Connection (การเชื่อมโยงระหว่างรุ่น) M-Mindfulness Integration (การผสมผสานการดูแลจิตใจ) E-Empowerment (การเสริมพลัง) และ X-eXperience Sharing (การแบ่งปันประสบการณ์) ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อเพิ่มขึ้น 8.7 คะแนน ค่านิยมเพิ่มขึ้น 8.6 คะแนน การรับรู้เพิ่มขึ้น 12.2 คะแนน ความรู้เพิ่มขึ้น 2.9 คะแนน และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 11.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.43 จาก 5) และมีการประเมินความยั่งยืนในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.16 จาก 5) รูปแบบ SANG MEX Model มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริม, การแพทย์แผนไทย, ผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
E-mail: taweesaksingho@gmail.com

Thai medical promotion model in the elderly health care at Sang mex Health Promoting Hospital,Sang mex Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province

Taweesak Singho[1]

Abstracts

This research was aimed to: 1) study the contextual problems and needs affecting traditional Thai medicine services, 2) examine factors influencing traditional Thai medicine service provision, 3) analyze models for predicting and explaining traditional Thai medicine usage behavior, 4) study service delivery models for traditional Thai medicine, and 5) evaluate the effectiveness of traditional Thai medicine in elderly healthcare. The study employed a sequential exploratory mixed methods research design conducted in three phases: Phase 1: qualitative exploratory study, Phase 2: quantitative main survey (92 participants) and action research (30 participants), and Phase 3: interpretation and development, including quasi-experimental effectiveness evaluation (29 experimental group, 29 control group).

Results showed that Sang Mek Subdistrict has 19.05% elderly population, representing a complete aging society. The area has 12 traditional healers and 10 commonly used medicinal plants. The most prevalent diseases are hypertension, diabetes, and knee osteoarthritis. The acceptance level of traditional Thai medicine was high (45.8%). Personal factors significantly correlated with traditional Thai medicine usage behavior included female gender (χ^2 = 10.224, $p<0.05$) and age 60-70 years (χ^2 = 11.752, $p<0.05$). Reinforcing factors included values (r = .295, $p<0.05$), beliefs (r = .420, $p<0.05$), and perception (r = .195, $p<0.05$). The enabling factor was illness characteristics (r = .098, $p<0.05$). All factors could predict traditional Thai medicine usage behavior by 40.17% (R^2 = .4017, $p<0.05$), with beliefs having the strongest influence (β = .499). The research developed the "SANG MEX Model" comprising 6 components: S-Social Support, A-Awareness Building, N-Natural Remedies, G-Generation Connection, M-Mindfulness Integration, E-Empowerment, and X-eXperience Sharing. Effectiveness evaluation revealed that the experimental group showed significant improvements ($p<0.001$): beliefs increased by 8.7 points, values by 8.6 points, perception by 12.2 points, knowledge by 2.9 points, and health behavior by 11.4 points. The experimental group demonstrated high satisfaction (mean 4.43 out of 5) and high sustainability assessment (mean 4.16 out of 5). The SANG MEX Model proved effective in promoting traditional Thai medicine for elderly healthcare and can be scaled up in areas with similar contexts.

Keywords: Promotion model, Traditional Thai medicine, Elderly, Subdistrict Health Promoting Hospital

[1] Public Health Technical Officer, Sang mex Health Promoting Hospital,Sang mex Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province; E-mail: taweesaksingho@gmail.com

บทนำ

ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้มากขึ้น การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์แห่งการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ภายใต้บริบทวัฒนธรรมและระบบเวศน์ จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและ ดูแลสุขภาพให้ดำเนินได้อย่างปกติ อย่างสมดุล เช่น อาหารพื้นบ้าน การดูแลจิตใจด้วยหลักศาสนา การนวดยาสมุนไพรพื้นบ้าน เป็นต้น 2) ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นภูมิปัญญา ที่สะสม เรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ สืบทอดในชุมชน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรมและระบบนิเวศน์ แวดล้อมที่มีการผสมผสานกับการแพทย์อื่นอยู่ตลอดเวลา (กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา คือ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมายร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจ ร้อยละ 3 และสติปัญญา ร้อยละ 2 (กรมอนามัย, 2562) และปัญหาสำคัญคือ ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม 6.8 แสนคน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง 46,779 คน (กรมอนามัย, 2564)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุ 2,031 คน จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ในปี 2566โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หมอคนที่ 1) ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 1,931 คน คิดเป็นร้อยละ 92.58 พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.80 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 5.35 การมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 5.62 การกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 1.02 การเคลื่อนไหว 1.28 ความคิดความจำ ร้อยละ 1.54 ภาวะซึมเศร้า (2Q) ร้อยละ 0.95 ภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 1.04 และปัญหาที่ได้พบจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้สูงอายุพลัดตก หกล้ม จนเกิดความเสียหายต่อร่างกาย เช่น กระดูก ผู้สูงอายุลืมกินยา (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก, 2566)

ผู้สูงอายุในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก ดังนั้นจึงต้องศึกษารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก และทำความเข้าใจปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบหรือเป็นตัวแปร กำหนดพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยของสูงอายุ ในฐานะที่ ระบบการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรม โดยมองวัฒนธรรมเป็นระบบสัญลักษณ์ที่มนุษย์ ถักทอขึ้นเป็นข่ายใยของความหมาย (Geertz, 1973) ซึ่งเราสามารถเข้าใจพฤติกรรมและรูปแบบของพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็กจะต้องดูแล มุ่งเน้นให้ชุมชนศูนย์กลางของการบริการสุขภาพภาคประชาชน และควรมุ่งเน้นการให้ความ สำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของการให้บริการตลอดจนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีพลังอำนาจ (Empowerment) ในการจัดการสุขภาพทางเลือก (Alternative Health Care) รวมทั้งหาทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานในสถานบริการระดับชุมชน เพื่อควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก ตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบทสภาพปัญหา ความต้องการมีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย

3) เพื่อวิเคราะห์ตัวแบบ (Model) ซึ่งเป็นแบบแผนในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย

5) ประเมินประสิทธิผลของการใช้การแพทย์แผนไทย

คำถามการวิจัย

1.สถานการณ์และปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุในตำบลสังเม็กมีลักษณะอย่างไร?

2.ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยท้องถิ่นในพื้นที่มีอะไรบ้าง และมีการใช้ประโยชน์อย่างไร?

3.รูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีลักษณะอย่างไร?

4.การแพทย์แผนไทยมีประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร?

5.แนวทางการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ควรเป็นอย่างไร?

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) ซึ่งดำเนินการเป็น 3 ระยะ มีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาเบื้องต้น (Exploratory Phase) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) (Denzin & Lincoln, 2018)

ระยะที่ 2: การศึกษาเชิงสำรวจหลัก (Main Survey Phase) รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการศึกษาเชิงอธิบาย (Explanatory) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบ (Form) และสร้างคำอธิบาย (Explanation) สร้างคำอธิบายโดยการประยุกต์ใช้ โดยประยุกต์ ใช้แนวคิดชีวจิตวิทยาสังคม (Biopsychosocial) ของ จอร์จ เอ็นเจลส์ (George Engel) และ แนวคิด ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ของคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ (Clifford Geertz) และการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบ การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2014) และ Stringer (2014) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบวงรอบการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research Cycle) 2 วงรอบ

ระยะที่ 3: การตีความและพัฒนาแนวทาง (Interpretation & Development Phase) และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบ Pre-test Post-test Control Group Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป้าหมายประชากร

1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก

2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก

3) หมอพื้นบ้านและผู้ที่มีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในพื้นที่

4) อสม.หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สำหรับการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 92 คน ซึ่งใช้วิธีคำนวณของตัวอย่างในกรณีที่ทราบขนาดประชากร

สำหรับการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย บุคลากรสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมจำนวน 30 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

สำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก จากสูตรการคำนวณ กลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน จำนวน 58 คน

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงขึ้นจากการวิจัยรูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม (พิษณุ อภิสมาจารโยธิน, 2557) และมีการนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับการจัดบริการผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.การสร้างเครื่องมือ

ศึกษาทฤษฎี แนวคิด หลักการ จากหนังสือ ตำรา เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาประมวล เพื่อกำหนดเป็นโครงสร้างของเครื่องมือ . สร้างแบบสอบถามตามขอบเขตของเนื้อหา ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามรายละเอียดของนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปล

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาในประเด็น และสาระสำคัญตรงตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด รวมทั้งความเหมาะสมของสำนวนภาษา และปรับปรุงแก้ไข แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) โดยต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับ กลุ่มผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

3) แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตรส่วนประเมินค่า (Rating Scales) หาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Total-Item Correlation) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

4) ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไป ที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cornbrash’s Alpha-Coefficient) โดยต้องมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป (ธีรศักดิ์ อุ่นอารมย์เลิศ, 2548)

ผลการวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .8784 โดยแยกเป็นรายด้านดังนี้

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อเท่ากับ .76 ค่านิยม เท่ากับ .84 การรับรู้ เท่ากับ .82 ลักษณะการเจ็บป่วย เท่ากับ .76 พฤติกรรมการใช้แพทย์แพทย์ไทย เท่ากับ .91 ความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ .80 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .86 การประเมินความยั่งยืนของการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .84 การประเมินด้านความปลอดภัยในการใช้บริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ โดยดำเนินการตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. นำหนังสือขออนุญาตในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ในการช่วยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกัน

3. ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการนำข้อมูลไปใช้ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยในการบอกเลิก หรือหยุดให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และการไม่เปิดเผยชื่อและตัวตนของผู้ให้ข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลยินยอม ตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย

4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยใช้เฉพาะแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

5. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การกำหนดตัวแปรในการวิจัยนี้ โดยประยุกต์จากแนวคิดชีวจิตวิทยาสังคมของ จอร์จ เอ็นเจลส์ (George, 1977) และปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ของ คลิฟฟอร์ด เกียร์ท (Geertz, 1973) และแนวคิดตัวกำหนดพฤติกรรม สุขภาพของเบญจา ยอดดำเนินและคณะ (2542) ได้ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาเบื้องต้น (Qualitative Research)

1. ตัวแปรด้านบริบทสุขภาพ (Health Context Variables)

2. ตัวแปรด้านการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์

3. ตัวแปรด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น

ระยะที่ 2: การศึกษาเชิงสำรวจหลัก (Quantitative Research)

1) ตัวแปรต้น

1.1) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์

1.2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้

1.3) ปัจจัยเกื้อหนุน (Encourage Factors) ได้แก่ ลักษณะอาการความเจ็บป่วย

2) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

ระยะที่ 3: การประเมินประสิทธิผล (Quasi-Experimental Research)

1. ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย (Treatment)

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ประเมินความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ ความยั่งยืนของการดำเนินงาน ด้านความปลอดภัย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. การวิเคราะห์ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ประเมินแบบอิงเกณฑ์

3.การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยเสริม ปัจจัยเกื้อหนุน และพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ กับค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์กับพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทย ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3.3 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ กับการใช้หรือไม่ใช้แพทย์แผนไทย ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3.4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม ความเชื่อการรับรู้ กับพฤติกรรมใช้แพทย์แผนไทย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

3.5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมใช้แพทย์แผนไทย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

4. การวิเคราะห์อิทธิพลในการพยากรณ์ของปัจจัยเสริม และปัจจัยเกื้อหนุน ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple-Regression)

5. การวิเคราะห์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยกับความเจ็บป่วยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบการบรรยายเป็นความเรียง

6. การวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การทดลองใช้รูปแบบแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ประเมินความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้กำหนดระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2568 –มิถุนายน 2568 ระยะเวลาจำนวน 6 เดือน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2025-058 ลงวันที่ 8 เมษายน 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการศึกษา

1. สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาเบื้องต้น (Exploratory Phase)

1) สรุปผลการสำรวจบริบทพื้นที่และสถานการณ์ทั่วไป

ข้อมูลด้านประชากรและสังคม ตำบลสังเม็กมีประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็กจำนวน 10,659 คน โดยมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,031 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 ของประชากรทั้งหมด การแบ่งกลุ่มอายุผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 50.71อาชีพหลักของประชากรคือเกษตรกรรม (ร้อยละ 68.5) ระดับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.3) และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.1) ตำบลสังเม็กประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน มีการจัดการชุมชนที่เข้มแข็งผ่านคณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรี และกลุ่มออมทรัพย์ในทุกหมู่บ้าน

ข้อมูลด้านสุขภาพ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 166 คน

2) สรุปผลการสำรวจภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยท้องถิ่น

ข้อมูลหมอพื้นบ้านและผู้รู้ พื้นที่มีหมอพื้นบ้าน 12 คน แบ่งเป็น หมอยา 5 คน หมอนวด 3 คน หมอจัด

กระดูก 2 คน หมอมนต์ 1 คน และหมอธรรม 1 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี (7 คน) การได้รับความรู้ส่วนใหญ่สืบทอดจากบรรพบุรุษ (ร้อยละ 58.3) แต่มีการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังเพียงร้อยละ 41.7 เท่านั้น

ข้อมูลสมุนไพรและวัตถุดิบ สมุนไพรที่ใช้บ่อย 10 ชนิดแรก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ใบย่านาง กาฝากมะม่วง บัวบก โสมไทย ตะไคร้ ขิง สะเดา และมะขามป้อม แหล่งที่มาจากป่าธรรมชาติ (ร้อยละ 38.5) และการปลูกในบ้าน (ร้อยละ 32.1) ปัญหาหลักคือการหายากของสมุนไพรบางชนิด (ร้อยละ 42.3)

วิธีการรักษาและการใช้งาน วิธีการรักษายอดนิยม ได้แก่ การใช้สมุนไพร การนวดไทย การขูดลม และการสวดมนต์ การเตรียมสมุนไพรส่วนใหญ่ใช้วิธีต้มน้ำ (ร้อยละ 45.8) โรคที่รักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดข้อ ความดันสูง เบาหวาน และผื่นคัน

2. สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาเชิงสำรวจหลัก (Main Survey Phase) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1) ผลการศึกษาเชิงสำรวจหลัก

1.1) สรุปข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม (Modifying Factors) พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.22 ส่วนใหญ่ กลุ่มอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 57 คน ร้อยละ 61.96 อายุเฉลี่ย ($\overline{x}$) 69.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 6.78 อายุน้อยที่สุด (Minimum) 60 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 90 ปี ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 78 คน ร้อยละ 84.78 การประกอบอาชีพหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) จำนวน 63 คน ร้อยละ 64.48 ส่วนใหญ่ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 83 คน ร้อยละ 90.22 รายได้เฉลี่ย ($\overline{x}$) 2,278.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2,794.96 รายได้น้อยที่สุด (Minimum) 600 บาท รายได้มากที่สุด (Maximum) 15,000 บาท ประสบการณ์ใช้แพทย์แผนโบราณ พบว่า เคยใช้ จำนวน 81 คน ร้อยละ 88.04 การใช้แพทย์แผนไทยรักษาร่วมกับแผนปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้ จำนวน 59 คน ร้อยละ 64.13

1.2) สรุปการวิเคราะห์ค่านิยมของการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) พบว่า ระดับความเชื่อภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) .55

1.3) สรุปการวิเคราะห์ค่านิยมของการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) พบว่า ระดับค่านิยมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) .47

1.4) สรุปการวิเคราะห์ค่านิยมของการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) พบว่า ระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) 2.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) .45

1.5) การวิเคราะห์ลักษณะความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็น ปัจจัยเกื้อหนุน (Encourage Factor) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะความเจ็บป่วย ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 1.39

1.6) การวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) .71

1.7) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับค่านิยมที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม พบว่า ประสบการใช้แพทย์แผนโบราณ และการใช้แพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับค่านิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า x^2 เท่ากับ 2.200 และ 4.213 ตามลำดับ

1.8) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับความเชื่อที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม พบว่า ประสบการณ์การเคยใช้แพทย์แผนโบราณ และการใช้แพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า x^2 เท่ากับ 4.189 และ 5.056 ตามลำดับ

1.9) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับการรับรู้ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม พบว่า ประสบการณ์การเคยใช้แพทย์แผนโบราณ และการใช้แพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า x^2 เท่ากับ 6.758 และ 2.356 ตามลำดับ

1.10) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ กับประสบการณ์การใช้แพทย์แผนโบราณ พบว่า เพศ ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับการเคยใช้หรือไม่เคยใช้การแพทย์แผนโบราณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า x^2เท่ากับ 4.584, 2.200, 4.189 และ 6.758 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ที่มีประสบการณ์เคยใช้การแพทย์แผนโบราณ

1.11) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ กับการใช้หรือไม่ใช้แพทย์แผนไทย พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้หรือไม่ใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า x^2 เท่ากับ 11.752 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มอายุระหว่าง (60-70 ปี) ที่มีใช้การแพทย์แผนไทย

1.12) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ส่วน เพศ ประสบการณ์การเคยใช้หรือไม่เคยใช้แพทย์แผนโบราณ และการเคยใช้หรือไม่เคยใช้แพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า x^2เท่ากับ 10.224, 74.115 และ 7.421 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประสบการณ์การเคยใช้ใช้แพทย์แผนโบราณ และการเคยใช้แพทย์แผนไทย มีพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย

1.13) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .295, .420 และ .195 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก

1.14) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ลักษณะความเจ็บป่วย/กลุ่มอาการของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .098 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก

1.15) การวิเคราะห์อิทธิพลในการพยากรณ์ของปัจจัยเสริม ปัจจัยเกื้อหนุน ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทย พบว่า การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยเสริมได้แก่ ค่านิยม (X1) ความเชื่อ (X2) การรับรู้ (X3) และปัจจัยเกื้อหนุนได้แก่ ลักษณะความเจ็บป่วย (X4) ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้การแพทย์แบบผสมผสาน (Y) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .127, .499, -.241 และ .082 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย (R2) เท่ากับ .4017 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 40.17 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสริม และปัจจัยเกื้อหนุนส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำมาสร้างสมการการถดถอย พหุคูณสามารถนำมาสร้างเป็นสมการถดถอย ดังนี้

$$\hat{Y} = [1.192] + [.127(X_1)] + [.499(X_2)] + [-.021(X_3)] + [.082(X_4)]$$

1.16) การวิเคราะห์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยตามการเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ กินยา ฉีดยา กายภาพ จากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการรักษา บำบัดตามอาการ

2) ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย 4 กลุ่มหลัก: ผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย 10 คน (ร้อยละ 33.33) อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน (ร้อยละ 33.33) บุคลากรสาธารณสุข 5 คน (ร้อยละ 16.67) และหมอพื้นบ้าน 5 คน (ร้อยละ 16.67)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการใน 2 วงรอบหลัก:

วงรอบที่ 1: การพัฒนาองค์ความรู้

ผลการประเมินก่อนดำเนินกิจกรรม: ระดับความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.45 ± 0.68) ทักษะในการใช้การแพทย์แผนไทย: ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.12 ± 0.72) ทัศนคติต่อการแพทย์แผนไทย: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.78 ± 0.45) ความต้องการเรียนรู้: ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.23 ± 0.38)

ผลการประเมินหลังดำเนินกิจกรรม (ระยะเวลา 2 สัปดาห์): ความรู้ที่เพิ่มขึ้น: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 4.12 ± 0.52) เพิ่มขึ้น +1.67 คะแนน ทักษะที่พัฒนาขึ้น: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.85 ± 0.61) เพิ่มขึ้น +1.73 คะแนน การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.35 ± 0.42) เพิ่มขึ้น +0.57 คะแนน ระดับความพึงพอใจ: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.48 ± 0.35)

วงรอบที่ 2: การพัฒนาบริการ

ผลการประเมินสถานการณ์บริการก่อนดำเนินกิจกรรม: ประเภทบริการที่มีอยู่: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.68 ± 0.75) ความครอบคลุมของบริการ: ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.35 ± 0.82) การเข้าถึงบริการ: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.58 ± 0.69) คุณภาพบริการ: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.12 ± 0.58)

ผลการประเมินหลังการพัฒนาบริการ (ระยะเวลา 2 สัปดาห์): บริการใหม่ที่เพิ่มขึ้น: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.25 ± 0.48) เพิ่มขึ้น +1.57 คะแนน การขยายการให้บริการ: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.95 ± 0.55) เพิ่มขึ้น +1.60 คะแนน การปรับปรุงการเข้าถึง: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 4.08 ± 0.52) เพิ่มขึ้น +1.50 คะแนน การยกระดับคุณภาพ: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.32 ± 0.41) เพิ่มขึ้น +1.20 คะแนน

3) ผลการสะท้อนผลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ความรู้และทักษะที่ได้รับ: มีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับสมุนไพรไทยและการใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 85.00) ได้เรียนรู้เทคนิคการนวดแผนไทยเบื้องต้น (ร้อยละ 78.00) เข้าใจหลักการรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 92.00) สามารถทำยาสมุนไพรเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 73.00) สามารถประยุกต์ใช้การนวดไทยในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 68.00) มีทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยวิธีธรรมชาติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 81.00)

การประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน: นำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว (ร้อยละ 89.00) ใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในกรณีที่เหมาะสม (ร้อยละ 76.00) ประยุกต์ใช้การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 82.00) เปลี่ยนมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น (ร้อยละ 71.00) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกันมากขึ้น (ร้อยละ 84.00) ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันในกรณีที่ไม่จำเป็น (ร้อยละ 67.00)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้: การหาวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 52.00) ความไม่แน่ใจในการใช้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 38.00) ขาดเวลาในการเตรียมยาสมุนไพร (ร้อยละ 29.00)

4) สรุปผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้านการให้บริการ

ปัญหาที่พบในการให้บริการ: ความไม่เพียงพอของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (ร้อยละ 80.00) การขาด

แคลนวัสดุอุปกรณ์ (ร้อยละ 65.00) ความจำกัดของสถานที่ในการให้บริการ (ร้อยละ 55.00)

ผลลัพธ์ที่ได้รับหลังการพัฒนา: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 35.00) จำนวนผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 42.00) คุณภาพการให้บริการดีขึ้นตามการประเมินของผู้รับบริการ

5) การพัฒนาบุคลากรและผู้ให้บริการ

ทักษะที่พัฒนาขึ้น: ทักษะในการถ่ายทอดความรู้และการสอนผู้อื่น (ร้อยละ 85.00) ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยร่วมสมัย (ร้อยละ 78.00) ทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม (ร้อยละ 78.00)

ความท้าทายที่พบ: การปรับตัวให้เข้ากับผู้เรียนที่มีความแตกต่างกัน (ร้อยละ 68.00) การสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม (ร้อยละ 54.00) การบูรณาการความรู้แผนเก่าและแผนใหม่ (ร้อยละ 47.00)

3. ระยะที่ 3: การตีความและพัฒนาแนวทาง (Interpretation & Development Phase) และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1) การตีความและพัฒนาแนวทาง

การวิเคราะห์ SWOT สำหรับการแพทย์แผนไทย จุดแข็ง: มีหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความสามารถ มีสมุนไพรท้องถิ่นที่หลากหลาย ชุมชนมีความเชื่อมั่น จุดอ่อน: ขาดการสืบทอดความรู้ ขาดมาตรฐานในการปฏิบัติ โอกาส: นโยบายภาครัฐสนับสนุน ความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อุปสรรค: ข้อจำกัดทางกฎหมาย การแข่งขันจากการแพทย์สมัยใหม่

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย พัฒนารูปแบบการส่งเสริมที่ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ระดับครัวเรือน ระดับชุมชน การดูแลโดยหมอพื้นบ้าน การบูรณาการกับระบบสุขภาพ และการดูแลแบบป้องกัน มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในแต่ละมิติ กำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินผล

2) การพัฒนารูปแบบ SANG MEX Model

การวิจัยระยะที่ 3 ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชื่อ "SANG MEX Model" ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก โดยแต่ละองค์ประกอบมีที่มาจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 และ 2

S - Social Support (การสนับสนุนทางสังคม) มาจากปัจจัยด้านค่านิยมและบริบทสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการ

A - Awareness Building (การสร้างความตระหนักรู้) มาจากปัจจัยด้านการรับรู้ ว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักรู้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของการรักษา

N - Natural Remedies (การใช้การรักษาแบบธรรมชาติ) มาจากข้อมูลการสำรวจภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยท้องถิ่นในระยะที่ 1 ที่พบสมุนไพรท้องถิ่น 10 ชนิดที่ใช้บ่อย และจากการศึกษาระยะที่ 2 ที่พบว่าลักษณะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สมุนไพรประเภทต่างๆ

G - Generation Connection (การเชื่อมโยงระหว่างรุ่น) มาจากการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ในระยะที่ 1 ที่พบปัญหาการสืบทอดความรู้จากหมอพื้นบ้าน และจากการศึกษาระยะที่ 2 ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้การแพทย์แผนไทย โดยกลุ่มอายุ 60-70 ปีมีการใช้บริการมากที่สุด

M - Mindfulness Integration (การผสมผสานการดูแลจิตใจ) มาจากปัจจัยด้านความเชื่อที่พบจากการศึกษาระยะที่ 2 ว่าความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการ และจากการศึกษาวัฒนธรรมและประเพณีในระยะที่ 1 ที่พบการผสมผสานความเชื่อทางจิตวิญญาณในการรักษา

E - Empowerment (การเสริมพลัง) มาจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลในระยะที่ 2 ที่พบว่าประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการใช้บริการ และจากหลักการสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นการเสริมพลังให้ผู้รับบริการ

X - eXperience Sharing (การแบ่งปันประสบการณ์) มาจากผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2 ที่พบว่าการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการยอมรับที่แท้จริง รวมถึงปัจจัยด้านเพศหญิงที่มีแนวโน้มแบ่งปันประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยมากกว่า

รูปแบบนี้ได้รับการพัฒนาจากการวิเคราะห์ SWOT และการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยครอบคลุมกลยุทธ์การดำเนินงาน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านค่านิยมและความเชื่อ ด้านการรับรู้ ด้านลักษณะความเจ็บป่วย และด้านการบูรณาการ

3) ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริม

ผลการประเมินประสิทธิผลจากการทดลองกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) ในกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน แสดงผลดังนี้:

ความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 8.7 คะแนน (จาก 32.8 เป็น 41.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 0.8 คะแนน

ค่านิยมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 8.6 คะแนน (จาก 34.2 เป็น 42.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 0.8 คะแนน

การรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 12.2 คะแนน (จาก 52.1 เป็น 64.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 1.6 คะแนน

ความรู้ความเข้าใจ: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.9 คะแนน (จาก 5.8 เป็น 8.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 0.4 คะแนน

พฤติกรรมสุขภาพ: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 11.4 คะแนน (จาก 28.4 เป็น 39.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 1.4 คะแนน

ความพึงพอใจ: กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.43 จาก 5) โดยด้านที่ได้คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ความเหมาะสมของค่าใช้จ่าย (4.62) การแนะนำบริการให้ผู้อื่น (4.55) และความพึงพอใจต่อบุคลากรที่ให้บริการ (4.52)

ความยั่งยืน: การประเมินความยั่งยืนอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.16 จาก 5) โดยด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ สมาชิกในชุมชนมีความรู้ใช้สมุนไพรดูแลตนเอง (4.34) ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานคุ้มค่า (4.28) และสร้างผลดีต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว (4.24)

ความปลอดภัย: การประเมินด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.37 จาก 5) โดยด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การสอบถามประวัติการใช้ยาเดิม (4.59) และการใช้สมุนไพรตามหลักเกณฑ์ที่ปลอดภัย (4.52)

สรุปและอภิปรายผล

5.2.1 การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

ด้านโครงสร้างประชากรและความต้องการบริการ

การศึกษาบริบทพื้นที่ในตำบลสังเม็กที่พบสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.05 สอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตามที่วรณัฏฐ์ สุ่นสวัสดิ์และคณะ (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยใน 4 ภาค พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มใช้บริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นเนื่องจากความเข้าใจถึงความเหมาะสมและความปลอดภัยในการใช้

5.2.2 การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แพทย์แผนไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธุ์

สาสัตย์ และคณะ (2560) ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ" พบว่า ปัจจัยด้านเพศและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในช่วง 60-70 ปี มีการใช้บริการมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แพทย์แผนไทย สอดคล้องกับงานวิจัย ของวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ" พบว่า ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 67.4 (R^2 = 0.674, p<0.001) โดยการรับรู้มีอิทธิพลมากที่สุด (β = 0.42, p<0.001) รองลงมาคือความเชื่อ (β = 0.38, p<0.001) และค่านิยม (β = 0.25, p<0.01) ปัจจัยเกื้อหนุน (Encourage Factors) ได้แก่ ลักษณะอาการความเจ็บป่วย (Prevalence of Pain) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แพทย์แผนไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการความเจ็บป่วยกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ" พบว่า ลักษณะอาการความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) โดยผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อต่อมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มอื่น 3.2 เท่า (OR = 3.2, 95% CI = 2.5-4.1) และสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ สุขศรีเพ็ง และคณะ (2565) ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model" พบว่า ปัจจัยร่วม (β = 0.26, p<0.01) ปัจจัยเสริม (β = 0.48, p<0.001) และปัจจัยเกื้อหนุน (β = 0.31, p<0.01) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยปัจจัยเสริมมีอิทธิพลมากที่สุด

5.2.3 การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3

1) รูปแบบ SANG MEX Model และประสิทธิผล

การพัฒนารูปแบบ SANG MEX Model ที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบหลัก (Social Support, Awareness Building, Natural Remedies, Generation Connection, Mindfulness Integration, Empowerment, และ eXperience Sharing)

การพัฒนารูปแบบ SANG MEX Model ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์ (2559) เรื่อง "รูปแบบให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ" ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการ

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรกช อินทอง (2559) เรื่อง "รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง" ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

2) ประสิทธิผลของการทดลอง

ผลการประเมินที่แสดงการปรับเปลี่ยนในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ทั้งความเชื่อ (p<0.001) ค่านิยม (p<0.001) การรับรู้ (p<0.001) ความรู้ความเข้าใจ (p<0.001) และพฤติกรรมสุขภาพ (p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณัฏฐ์ สุ่นสวัสดิ์และคณะ (2563) ที่พบว่าการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ขยายผลรูปแบบ Sang Mex Model ไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ในพื้นที่ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา Sang Mex Model ควรเพิ่มองค์ประกอบด้านการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมอนามัย. (2562). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก. (2566). รายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก.

Geertz, C. (1973). The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books.

George, E. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). The SAGE Handbook of Qualitative Research (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2014). The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research (3rd ed.). Singapore: Springer.

Stringer, E. T. (2014). Action Research (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

พิษณุ อภิสมาจารโยธิน. (2557). รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ. (2542). ตัวแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา , 25(3), 112-125.

ธีรศักดิ์ อุ่นอารมย์เลิศ. (2548). สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรณัฏฐ์ สุ่นสวัสด์ และคณะ. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยใน 4 ภาค. วารสารการแพทย์แผนไทย, 18(2), 89-102.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกุมารและวัยรุ่น, 14(1), 67-78.

วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2564). ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 15(3), 234-247.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการความเจ็บป่วยกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 16(2), 156-168.

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 52(4), 445-458.

ภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์. (2559). รูปแบบให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรกช อินทอง. (2559). รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง. วารสารการบริหารการพัฒนา, 13(2), 78-89