

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน
อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Knowledge Attitude and Herbal Usage Behaviors among Older
People with Chronic Diseases in Tha Ruea District,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

กฤติเดช มิ่งไม้*

Krittidech Mingmai*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าเรือ จำนวน 160 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบไคสแคว์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.5 , 58.2 และ 54.7 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ($p<0.05$) ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนใช้สมุนไพรรักษาโรคเพิ่มขึ้น โดยสนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรรักษาโรคเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ และควรจัดกิจกรรมหรือการอบรมเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรค เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคสนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การใช้ยาสมุนไพร, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

* อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

* Corresponding author: e-mail address; atthaponmingmai11@gmail.com

Abstract

The study was a cross-sectional analytical study aimed to determine the knowledge attitude herbal usage behaviors and associated factor with herbal usage behaviors among older people with chronic diseases in Tha Ruea district, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The samples consisted of 160 older people with chronic diseases who were lived in Tha Ruea district. The subjects were collected by systematic sampling between Augusts to October 2016. The data were collected using a structural interview. The instruments consisted of 5 Parts. Data were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square test. The results revealed that the majority of the samples had moderate level of herbal knowledge, attitude, and usage behaviors (57.5, 58.2 and 54. 7%). Factors significantly associated to herbal usage behaviors in older people with chronic diseases including age, education level, sufficient of income, cultivate herb for their own usage and attitude of herbal usage behaviors was significantly associated to herbal usage behaviors of older people ($p < 0.05$). The results were made that a policy should be given in order to promote and encourage more people to use medical herbs for illness treatments. The activity or training should be provided for disseminating or spreading medical herbs information for building positive attitude towards using them for illness treatments in daily life.

Key word : Behavioral, Herbal usage, Older people, Chronic diseases

1. บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นั่นคือ ประชากรส่วนใหญ่จะเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนมาถึงปัจจุบัน จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4, 10.7 และ 12.2 ในปี พ.ศ. 2545, 2550 และ 2554 ตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ในอีก 7 ปีข้างหน้า คาดว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) สาเหตุที่ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง และการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น นั่นคือเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 71.8 ปี และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 78.6 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเสื่อมสภาพตามวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น โดยแนวคิดของ Eliopoulos (2015) ชี้ให้เห็นว่า ส่วนใหญ่เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งโรค

เรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญและจัดการตัวเองกับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และโรคเรื้อรังมักมีการดำเนินต่อไปซ้ำ ๆ แบบไม่หยุดนิ่ง (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2557) ซึ่งจากรายงาน สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2557 อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดทางสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่ามี อัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) และด้วย โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษา และ ได้รับยาจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นประจำตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความ เบื่อหน่าย หรือได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ในปัจจุบันนี้เริ่มมีการยอมรับ ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะได้ทั้งหมด เนื่องจากค่าใช้จ่าย ที่สูงขึ้น นอกจากนี้สมุนไพรจัดเป็นยารักษาโรคที่คู่กับวิถีชีวิตของคนไทยมาช้านาน สอดคล้องกับ รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 จนในปัจจุบันมีนโยบายด้านสมุนไพร คือ ส่งเสริม สนับสนุน เร่งรัดและประสานงานการ วิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำผลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและอนามัยของประชาชน ดังนั้น การใช้สมุนไพรจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เป็นทางเลือกให้ประชาชนสามารถเลือกใช้ในการดูแลสุขภาพ นอกจากวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องกับประเทศไทยที่มีสมุนไพรเป็นจำนวนมาก อีกทั้งเป็น ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการใช้สมุนไพรเหล่านี้ด้วย โดยสมุนไพรจะถูกนำมาเตรียมเป็นยาในการรักษา แล้ว ยังสามารถนำมาบำรุงร่างกายได้อีกด้วย เพราะสมุนไพรส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์อ่อนๆ จึงไม่เป็น พิษหรือมีผลข้างเคียงมากนัก ต่างกับยาแผนปัจจุบันที่เป็นเคมีสังเคราะห์ที่มักจะออกฤทธิ์ฉับพลัน บางชนิดหากกินเกินขนาดเพียงเล็กน้อย อาจมีอันตรายถึงกับเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ในปี 2556-2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย ให้มีการบรรจุยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติอย่างน้อยร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด การเพิ่มรายการยาสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลัก แห่งชาติ จะเป็นทางเลือกของแพทย์ที่สั่งยาในการรักษา หรือส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน แก่ประชาชน และกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มมูลค่าจากการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น เป็นการเพิ่มความ เข้มแข็งทางเศรษฐกิจของชาติ ลดการพึ่งพายาจากต่างประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ, 2558)

ดังนั้นแล้วผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังบางกลุ่มเริ่มพยายามแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ รักษาอาการเบื้องต้นต่าง ๆ หรือบำรุง ร่างกายของตนเอง ซึ่งยาสมุนไพรสามารถหาซื้อได้ง่าย หรือได้รับการบอกต่อจากบุคคลใกล้ชิด ว่าใช้ ดี ใช้แล้วหาย จึงส่งผลให้เกิดการใช้ตามหรือบอกต่อ อีกทั้งหน่วยงานทางสาธารณสุขในอำเภอท่าเรือ มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคต่าง ๆ อีกด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้ ประชาชนสามารถเลือกใช้ในการดูแลสุขภาพ นอกจากวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรค เรื้อรังใน อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากมีประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อยู่จำนวนมาก เมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดของชุมชน ผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับการส่งเสริม/วางแผนกำหนดแนวทาง ให้ประชาชนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใช้ ยาสมุนไพร

ร่วมกับยาแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อลดการใช้ยาการนำเข้าจากต่างประเทศ และส่งเสริมให้เป็นทางเลือกในการรักษาที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายในชีวิตประจำวัน

2. วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการวิจัย

รูปการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytical Study) ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 244 ราย กลุ่มตัวอย่างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ฯลฯ โดยการใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95%, สัดส่วนของการใช้ยาสมุนไพรในประชากรเท่ากับ 0.292 (พิณทุสร เหมพิสุทธิ, 2553) และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 139 ราย แต่เพื่อเป็นการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง 15% ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งหมด 160 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ รายได้แต่ละเดือน ผู้ดูแล สิทธิการรักษา โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 9 ข้อ สามารถเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนน ในการแปลความหมายของคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ได้แก่ ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง, 5-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และน้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีมาตรวัด 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ในการแปลความหมายของคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ได้แก่ 40 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง, 30-39 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ น้อยกว่า 30 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร การนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การปลูกสมุนไพรไว้ใช้เอง

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร เป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ในการจำแนกตามโรค หรือชนิดที่ใช้ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีมาตรวัด 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ในการแปลความหมายของคะแนน

แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ได้แก่ ตั้งแต่ 80-100 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง, 60-79 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ น้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เกิน 0.80 ทุกส่วนและสำหรับความตรงเชิงโครงสร้างโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่อำเภอเมืองพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.76, 0.72, และ 0.92 ตามลำดับ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัยและอธิบายรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ต้องลงนามหรือกล่าวยินยอมด้วยวาจา สำหรับการสัมภาษณ์ตัวอย่าง 1 คน จะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

3. ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 160 ราย ที่มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษา เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) อายุระหว่าง 60-69 (ร้อยละ 50.5) มีสถานภาพสมรส สมรส (ร้อยละ 43.8) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 63.8) นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 31.2) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 40.6) ไม่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 53.8) แหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินสงเคราะห์ (ร้อยละ 48.0) มีสิทธิการรักษา 30 บาท (ร้อยละ 77.5) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 45.6) อาศัยอยู่บ้านของตนเอง (ร้อยละ 78.1) และในส่วนของโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.2) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 41.2, 33.8 และ 19.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 98.8) ซึ่งเป็นยาสมุนไพรชนิดต้ม (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ ชนิดแคปซูล (ร้อยละ 27.5) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร (ร้อยละ 98.1) สำหรับแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับส่วนใหญ่มากจากญาติหรือคนรู้จัก (ร้อยละ 55.0) โดยได้รับข้อมูลข่าวสารนาน ๆ ครั้ง (1ครั้ง/สัปดาห์) (ร้อยละ 43.8) และเคยนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาปฏิบัติใช้ใน

ชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 73.1) นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง (ร้อยละ 78.8) แต่มีการปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้ในบริเวณบ้านและละแวกชุมชน (ร้อยละ 66.9) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มของตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=160)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			ความเพียงพอของรายได้		
60-69 ปี	80	50.0	ไม่เพียงพอ/ไม่พอใช้	86	53.8
70-79 ปี	60	37.5	เพียงพอ/พอใช้	28	17.5
มากกว่า 80 ปี	2	12.5	มีเหลือเก็บ	46	28.7
Mean=69.86 ปี, SD.=6.83, Min-Max=60-84 ปี			แหล่งที่มาของรายได้		
เพศ			เงินสงเคราะห์	76	48.0
หญิง	100	62.5	บุตร/หลาน	54	33.8
ชาย	60	37.5	เงินเก็บสะสม	14	8.8
สถานภาพสมรส			ญาติ/พี่น้อง	7	4.4
สมรส	70	43.8	ค่าเช่า/ดอกเบี้ยย	8	5.0
หม้าย/หย่า/แยก	50	31.2	เงินบำนาญ	6	3.7
โสด	40	17.5	ผู้ดูแล		
ระดับการศึกษาสูงสุด			อยู่กับบุตร/หลาน	73	45.6
ไม่ได้รับการศึกษา	28	17.5	อยู่กับคู่สมรสและบุตร	43	26.8
ประถมศึกษา	102	63.8	อยู่กับคู่สมรส	26	16.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	11.9	อยู่คนเดียว	18	11.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	6.2	สิทธิการรักษา		
ปวช./ปวส.	1	0.6	สิทธิ 30 บาท	124	77.5
อาชีพ			จ่ายค่ารักษาเอง	30	18.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	31.2	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3.7
ลูกจ้าง/พนักงานทั่วไป	36	22.5	โรค/ปัญหาสุขภาพ		
เกษตรกรกรรม	36	22.5	โรคความดันโลหิตสูง	122	76.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	30	18.8	โรคไขมันในเลือดสูง	66	41.2
อื่น ๆ	7	4.3	โรคเบาหวาน	54	33.8
รายได้ต่อเดือน			โรคข้อเข่าเสื่อม	31	19.4
ไม่เกิน 5,000 บาท	52	32.5	ลักษณะที่อยู่อาศัย		
5,001 – 15,000 บาท	65	40.6	บ้านตนเอง/บุตรหลาน	125	78.1
15,001 – 25,000 บาท	37	23.1	ห้องเช่า/บ้านเช่า	18	11.2
25,000 บาทขึ้นไป	6	3.8	บ้านพักญาติ/พี่น้อง	17	10.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มของตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (n=160)

ข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
การปลูกพืชสมุนไพรในสวนชุมชน			ความถี่การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
มี	107	66.9	นานๆครั้ง (1ครั้ง/สัปดาห์)	69	43.1
ไม่มี	53	33.1	นานๆครั้ง (1ครั้ง/สัปดาห์)	69	43.1
ประเภทการใช้อยาสมุนไพร			บางครั้ง (3-5ครั้ง/สัปดาห์)	67	41.9
ชนิดยาต้ม	68	42.5	เป็นประจำ (7ครั้ง/สัปดาห์)	21	13.1
ชนิดแคปซูล/เม็ด	44	27.5	ไม่ตอบ	3	1.9
ชนิดยาขงต้ม	42	26.2	การนำข้อมูลข่าวสารมาปฏิบัติ		
ชนิดตำคั้นเอาน้ำ	4	2.5	ปฏิบัติ	117	73.1
อื่นๆ	2	1.2	ไม่เคยปฏิบัติ	40	25.0
ประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร			ไม่ตอบ	3	1.9
เคย	157	98.1	การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง		
ไม่เคย	3	1.9	ไม่ปลูก	126	78.8
แหล่งข้อมูลของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร			ปลูก	34	21.2
คนรู้จัก/ญาติ	88	55.0			
โทรทัศน์/วิทยุ/สื่อ	38	23.8			
โฆษณา					
บรรพบุรุษ	21	13.1			
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	9	5.6			
อินเทอร์เน็ต/ social network	4	2.5			

จากการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามถูกต้องมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ การใช้ยาสมุนไพรที่ดี ควรใช้ตามโรค หรืออาการที่ตนเป็น (ร้อยละ 97.5) รองลงมาคือ ยาสมุนไพรที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 91.2) หากใช้ยาสมุนไพร แล้วมีอาการแพ้ ควรหยุดกินยาตัวนั้น แล้วหาหาตัวใหม่มาทานแทน (ร้อยละ 81.2) ผู้สูงอายุไม่ควรได้รับยาสมุนไพรในปริมาณมาก เพราะจะทำให้อ่อนเพลียที่สุด (ร้อยละ 64.4) และการรับประทานยาสมุนไพร ควรรับประทานตอนท้องว่าง เนื่องจากยาจะดูดซึมเข้าไปได้ดีที่สุด (ร้อยละ 60.0) เมื่อจำแนกความรู้ตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 4.9 คะแนน (SD.=1.2) ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคือ ความรู้ระดับต่ำ และความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 40.0 และ 2.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาควรใช้ทุกส่วนของต้นพืช

สมุนไพรอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.6) ยาสมุนไพรใช้แล้วมีประสิทธิภาพดีกว่ายาแผนปัจจุบันอยู่ในระดับมากและปานกลางเท่ากัน (ร้อยละ 41.9) ยาสมุนไพรรับประทานง่ายกว่ายาแผนปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.5) เห็นด้วยกับการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ายาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 38.8) การใช้ยาสมุนไพรทำให้ไม่ต้องเสียเวลาไปพบแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) ยาสมุนไพรเหมาะกับทุกเพศทุกวัยอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) การใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำอย่างถูกต้อง จะทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 41.2) ยาสมุนไพรที่ใช้ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์เสมออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.0) ยาสมุนไพรมีราคาถูกกว่ายาแผนปัจจุบัน เพราะสามารถปลูกเองได้ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 46.2) และยาสมุนไพร นอกจากจะช่วยรักษาโรคแล้ว ยังช่วยบำรุงร่างกายด้วย อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 43.1) เมื่อจำแนกทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตามระดับทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอยู่ระหว่าง 30-50 คะแนน ซึ่งมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 39.4 คะแนน (SD.=4.0) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมาเป็นระดับสูง (ร้อยละ 33.0) ดังตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของการใช้ว่านหางจระเข้ ในการรักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 58.1) ใช้เมล็ดฟักทองต้มยี้รักษาอาการที่เกิดจากแมลงกัดต่อย อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 35.0) ใช้น้ำมันโพลทาณ นวด บรรเทาอาการเคล็ด ขัดยอกตามร่างกายอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 53.1) รับประทานลูกมะแว้งเครือ บรรเทาอาการไออยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.2) รับประทานขมิ้นชันบรรเทาอาการท้องอืดท้องเฟ้ออยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 37.5) รับประทานขมิ้นชัน รักษาโรคกระเพาะอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 41.1) ใช้ขมิ้นชัน รักษาแผลพุพองอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 32.5) รับประทานขี้เหล็ก เพื่อให้หลับง่ายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.1) รับประทานฟ้าทะลายโจรเมื่อมีอาการตัวร้อน เป็นไข้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 39.4) ดื่มน้ำขิงมะขามแขก เพื่อบรรเทาอาการท้องผูกอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 43.1) ใช้ใบพลูรักษาอาการลมพิษอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.9) ดื่มน้ำขิง แก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) รับประทานน้ำต้มหญ้าหนวดแมว รักษาอาการปัสสาวะขัดอยู่ในระดับน้อยที่สุด (ร้อยละ 52.5) นำเมล็ดน้อยหน่ามาตำผสมน้ำมันมะพร้าวขไลมศิริชะ เพื่อรักษาเหาอยู่ในระดับน้อยที่สุด (ร้อยละ 30.0) ใช้ฟ้าทะลายโจร รักษาอาการท้องเสียอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.9) รับประทานบอระเพ็ด เพื่อให้เจริญอาหารอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 35.0) รับประทานลูกมะเกลือตำผสมน้ำกะทิ เพื่อขับพยาธิที่ลำไส้อยู่ในระดับน้อยที่สุด (ร้อยละ 51.2) รักษาอาการเริ่มและงูสวัด ด้วยเมล็ดฟักทองต้มยี้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.6) ใช้ทองพันชั่ง รักษากลากเกลื้อนอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 36.2) และรักษาอาการปวดฟัน ด้วยการนำเปลือกข่อยมาต้มใส่เกลืออม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.4) เมื่อจำแนกพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตามระดับพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอยู่ระหว่าง 28-93 คะแนน ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 62.6 คะแนน (SD.= 12.0) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.7) รองลงมาเป็นระดับต่ำ และสูง (ร้อยละ 40.0 และ 5.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
การใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอท่าเรือ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=160)

ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา สมุนไพร	ระดับ: จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความรู้ (Mean =4.9 คะแนน, SD. =1.2)	51 (32.0)	92 (57.5)	4 (2.5)
ทักษะ (Mean =39.4 คะแนน, SD. =4.0)	14 (8.8)	93 (58.2)	53 (33.0)
พฤติกรรม (Mean =62.6 คะแนน, SD. =12.0)	64 (40.0)	88 (54.7)	8 (5.3)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคลพบว่า (อายุ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง ประวัติการใช้ยาสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร) ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านทักษะ กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้สถิติทดสอบไคสแคว์ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง และทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ
ที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=160)

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
-อายุ	9.57	0.036*
-ระดับการศึกษาสูงสุด	19.57	0.024*
-ความเพียงพอของรายได้	16.95	0.001**
-เพศ	0.69	0.750
-สถานภาพสมรส	5.99	0.255
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม		
-การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง	7.78	0.010**
-ประวัติการใช้ยาสมุนไพร	0.92	0.644
-ประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร	4.96	0.090
ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร	1.82	0.733
ระดับทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร	15.29	<0.001***

* p-value < 0.05 **p-value < 0.01 ***p-value < 0.001

4. การอภิปรายผลและสรุป

จากการศึกษาการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอนาทม จังหวัด นครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ชัยณรงค์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ในเขตอำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.0) และสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัด พัทลุง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.8) เช่นเดียวกันเมื่อพิจารณา ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.2) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ศรีสร้อยและคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผล ต่อการบริโภคยาต้มสมุนไพรของประชาชนบ้านโคกลาย จังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของสง่า อยู่คง (2556) ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดยโสธรพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.7) เช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.7) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เพื่อการรักษาเบื้องต้นของ ประชาชนในเขตอำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 33.40) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู่ และคณะ (2555) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวง สาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 36.2) เช่นเดียวกัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สามารถอภิปรายผลจำแนกตามตัวแปร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ อายุมีความความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เบื้องต้น ในตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง และทับทิม ทองสาย (2554) ศึกษา พฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ ในการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนบ้านดอนสัน จังหวัด ศรีสะเกษ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สามารถอภิปรายได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 47.5) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังเป็นช่วงเริ่มของการเข้าสู่ผู้สูงอายุ และด้วยวัยที่มียามากขึ้น ร่างกาย มีความเสื่อมถอยลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย อารมณ์ จึงทำให้ บุคคลวัยนี้ มีความสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง จึงทำให้เกิดการแสวงหาการรักษาในวิธีการ ต่าง ๆ และสำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายการเลือกใช้ยาสมุนไพรเพื่อการบำบัด และรักษาโรคอาจมาจากประสบการณ์ในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาในอดีตที่ได้สั่งสมมา หรือ

ได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมาจากบรรพบุรุษ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลใกล้ชิด จึงทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.024$) สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ชัยณรงค์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชนในเขตอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และจารุวรรณ ศรีสร้อยและคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาสมุนไพรของประชาชนบ้านโคกลาย จังหวัดสกลนครพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีความรู้ และทางเลือกเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรทั้งในแง่ของประเภทประโยชน์ และสรรพคุณมากขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การเลือกใช้สมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เพราะด้วยราคาที่ถูกลง และความรู้ที่ได้รับเกิดจากการบอกกันต่อๆ มา นอกจากนี้การใช้ยาสมุนไพร อาจทำให้ไม่เสียเวลาที่จะต้องไปพบแพทย์ ดังนั้นเมื่อมีระดับการศึกษาสูงขึ้น จึงมีโอกาสและทางเลือกในการเลือกรักษา เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ แป้นทะเล (2551) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเครือข่ายป่าตะวันออก จังหวัดฉะเชิงเทรา และ สุกิจ ไชยชมพู และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากการมีรายได้เพียงพอจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทางเลือกในการเลือกใช้ยาสมุนไพรที่หลากหลาย เพราะรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล เมื่อมีความเจ็บป่วย การเลือกใช้ยาสมุนไพรที่หลากหลายย่อมมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพร

การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในตำบลแหลมไทร อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง และ สุกิจ ไชยชมพู และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้ในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เช่นกัน สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากการปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง สามารถทำให้ส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรได้มากขึ้น และเกิดการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ถึงประโยชน์ของสมุนไพร รวมทั้งมีทักษะในการใช้ และด้วยการที่เป็นผู้สูงอายุจึงสะดวกต่อการใช้เมื่อยามเจ็บป่วย ทำให้ไม่เสียเวลาในการไปพบแพทย์ พร้อมทั้งยังเป็นการส่งเสริมของภาครัฐที่ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศอีกด้วย จึงทำให้การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง ส่งผลให้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร

ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ($p=0.733$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ ไชยชมพู และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคของ

ประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพรเช่นกัน ($p>0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า จากการตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.1) ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่อาจนำมาปฏิบัติใช้ได้ เพราะด้วยการปลูกสมุนไพรไว้ใช้เองมีน้อยมาก (ร้อยละ 21.2) พร้อมกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรที่ไม่หลากหลาย และสมุนไพรบางตัวที่หายากเกินไปหรือหาไม่ได้ในบริเวณชุมชน จึงทำให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมียังปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของจาวรรณ ศรีสร้อย และคณะ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาสมุนไพรของประชาชนบ้านโคกลาย จังหวัดสกลนคร และ สุกิจ ไชยชมภู และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เช่นกัน สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเป็นส่วนใหญ่ โดยเชื่อว่าใช้สมุนไพรแล้วจะหายจากโรคที่เป็น เชื่อจากการได้เห็นบุคคลรอบข้างใช้แล้วหายจากโรคที่ตนเป็นอยู่ และการเชื่อว่ามีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน พร้อมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารจากคนใกล้ชิดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.0) จึงทำให้ส่งผลเกี่ยวกับพฤติกรรม และเกิดการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรแล้ว ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งจะเห็นได้ว่าทัศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากสมุนไพรเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านาน ผ่านประสบการณ์ในแต่ละบุคคล บางครัวเรือนมีการปลูกสมุนไพรไว้ใช้เอง รวมทั้งมีการแจกจ่ายให้เพื่อนบ้าน ทำให้มีความเชื่อว่าสมุนไพรทุกชนิดมีคุณประโยชน์ต่อร่างกายและไม่มีอันตราย ทำให้รู้สึกสบายใจและผ่อนคลายเมื่อเลือกรักษาด้วยยาสมุนไพร

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.1.1 จากผลการศึกษา จึงทำให้เห็นได้ว่าทัศนคติมีผลต่อการพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากผู้ใช้ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลมาจากการบอกต่อของบุคคลใกล้ชิด จึงควรมีการปรับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรให้มีความถูกต้องเพิ่มขึ้น และมีการส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ และโทษของการใช้สมุนไพรควบคู่ไปด้วยการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ดังนั้นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมหรือการอบรมเผยแพร่ข้อมูล ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ

5.1.2 ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ อาที่โรงพยาบาลชุมชน/ รพ.สต.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมผู้ป่วยและชุมชนในการปลูกพืชสมุนไพรที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง และควรจัดหาพันธุ์สมุนไพรให้ปลูกเพื่อให้เกิดความสะดวกในการนำสมุนไพรมาใช้ และ มีการสนับสนุนทางสังคมด้านการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้กับประชาชนในชุมชน

5.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.2.1 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ ในการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน และควรมีการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ใช้สมุนไพรรักษาโรคกับ ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค และความตั้งใจที่จะใช้สมุนไพรจากสถานบริการ

5.2.2 ควรศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่แท้จริง อันจะนำไปสู่การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้องต่อไป

5.2.3 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

6. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าเรือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทุกแห่ง ที่ให้ความช่วยเหลือและอนุเคราะห์ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

7. เอกสารอ้างอิง

จารุวรรณ ศรีสร้อย, พิไลวรรณ ลิ้มพล และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาสมุนไพรของประชาชนบ้านโคกลาย ตำบลม่วงลาย อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร.

วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

ทับทิม ทองสาย. (2554). พฤติกรรม ความรู้ ความเชื่อ ในการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน บ้านดอนสั้น ตำบลโพธิ์แขว อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ตั้ม บุญรอด และวิชาดา สิมลา. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7 (2), 25-37.

พินทุสร เหมพิสุทธิ. (2553). ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก. ใน วิชัย โชควิวัฒน์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ประพจน์ ภาตธากาศ. (บรรณาธิการ) รายงานการสาธารณสุขไทย. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2557. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

วรรณนา ชื่นวัฒนา. (2557). การเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(1), 197-201.

วิไลวรรณ ชัยณรงค์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาเบื้องต้นของประชาชน ในเขตอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- สง่า อยู่คง. (2556). ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทรายมูล, 15(1), 70-79.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 25(1), 1-2.
- สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ และยุวดี กองมี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2558). ยุทธศาสตร์การวิจัยด้านการพัฒนาสมุนไพรของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริรี วสีวีรสิว และสุนันท์ ศลโกสม. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์, 19 (2), 60-74.
- สุนีย์ แป้นทะเล. (2551). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเครือข่ายป่าตะวันออก กรณีศึกษา บ้านอีสาน หมู่ที่ 16 ตำบลท่ากระดาน อำเภอสยามชัยเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- Bloom, B.S. (1968). *Mastery learning*. UCLA – CSEIP evaluation Comment. Los Angeles: University of California at Los Angeles.
- Charlotte Eliopoulos.(2015). *Executive Director American Association for Long Term Care Nursing*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- Eliopoulos, C. (2015). *Executive Director American Association for Long Term Care Nursing*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.