

ห้องอ่านหนังสือ
คณะสาธารณสุขศาสตร์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ขวัญฤดี ธีราช
นภาพร สุภาอิน
ลำพอง อีนนาคกุล
วราพร กันจะสิน
วิลาวัลย์ ไชยบาล

ห้องอ่านหนังสือ คณะสาธารณสุขศาสตร์
รับทะเบียน..... 12 พ.ย. 2552
เลขทะเบียน..... b-2616166, i-4758237
เลขเรียกหนังสือ..... WA20.5

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การวิจัยทางสุขภาพ (551461)

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2552

21521

2552

- ชื่อเรื่อง** : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
- ผู้เขียน** : ขวัญฤดี ธีราช, นภาพร สุภาอิน, ลำพอง อินนาคกุล, วราพร กันจะสิน, วิลาวัลย์ ไชยบาล
- อาจารย์ที่ปรึกษา** : อาจารย์ วชิรี ศรีทอง
- ประเภทสารนิพนธ์** : การศึกษาด้วยตนเอง วิทยาศาสตร์บัณฑิต (แพทย์แผนไทยประยุกต์) มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 133 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยได้แก่แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi square

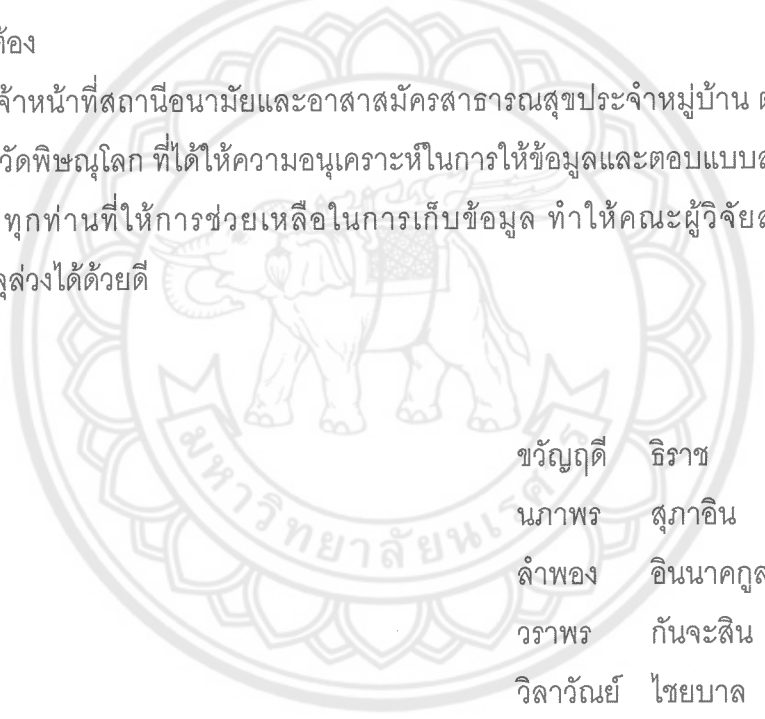
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.0 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 44.4 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.7 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.9 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 76.7 มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6-10 ปี ร้อยละ 34.6 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.4 และในด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่ในระดับดี ในส่วนผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ อาชีพและสถานภาพ ส่วนปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก อาจารย์วัชรวิศรี ศิริทอง อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างดี จนการศึกษาค้นคว้าสำเร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณอาจารย์อรพรรณ แซ่ตัน และอาจารย์วุฒิชัย จริยา ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนตรวจแก้ไข และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สมบูรณ์และถูกต้อง

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ทำให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี



ขวัญฤดี	ธิดาช
นภาพร	สุภาอิน
ลำพอง	อินนาคุณ
วราพร	กันจะสิน
วิลาวัณย์	ไชยบาล

สารบัญ

บทที่

หน้า

บทคัดย่อ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญตาราง

1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
สมมุติฐานการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย.....	9
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	16
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	39
1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	39
2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย.....	43
3 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	48
4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	49
5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย.....	50
6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านความรู้การแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	57
7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประสบการณ์การแพทย์แผนไทยกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	64
5 บทสรุป.....	71
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะ.....	76
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	81
ภาคผนวก ข แบบประเมินผู้เชี่ยวชาญ.....	87
ประวัติผู้วิจัย.....	92

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล.....	39
2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง สมุนไพร.....	43
3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง การนวด.....	43
4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง อาหารพื้นบ้าน.....	44
5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง ธาตุเจ้าเรือน.....	45
6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง การอบ-ประคบสมุนไพร.....	46
7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง การแพทย์พื้นบ้าน.....	47
8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย.....	48
9 แสดงรายละเอียดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	49
10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	50
11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	51
12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	52
13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	52
14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	53
15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	54
16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	55
17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	55

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.....	56
19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสมุนไพรกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	57
20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการนวดกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	58
21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	59
22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	60
23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการอบ - ประคบสมุนไพร กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	61
24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	62
25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	63
26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านสมุนไพรกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	64
27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการนวดกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	65
28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาหารพื้นบ้านกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	66
29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	67
30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการอบ - ประคบสมุนไพร กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	68

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	69
32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.....	70



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยเริ่มมีการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครองภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทชัดเจนขึ้น เมื่อก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) มีแนวทางการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างสุขภาพคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ โดยมุ่งสร้างความมั่นคงด้านอาหารและการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับกรแพทย์แผนไทยคือ พลิกฟื้นแหล่งอาหารตามธรรมชาติให้เพียงพอกับการดำรงชีวิตโดยเฉพาะคนยากจนและด้อยโอกาส ส่งเสริมการบริโภคที่ปลอดภัย ใช้สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และวัฒนธรรมในการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี โดยส่งเสริมการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น องค์ความรู้ที่มีอยู่และองค์ความรู้ใหม่มาพัฒนาให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ สร้างและใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพแทนการใช้สารเคมี รวมทั้งผสมผสานเทคโนโลยีสะอาดในการทำเกษตรกรรม อีกข้อหนึ่งก็คือ การพัฒนาการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย ที่มุ่งการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสรรคมูลค่าทางเศรษฐกิจ จัดการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา และพัฒนาบุคคลากรที่สามารถผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์สมัยใหม่ (หน้า 57-58)

การส่งเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีการตื่นตัวเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น และก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพมากขึ้น "แพทย์แผนไทยเป็นสมบัติอันมีค่าของชาติแม้ในปัจจุบันนี้ยังมีประชากรจำนวนมากนิยมและยังต้องการการแพทย์แผนโบราณ" (ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ พ.ศ. 2523) การแพทย์แผนไทยจึงถูกประยุกต์ใช้ให้กับสถานการณในปัจจุบัน คือนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาผสมผสานกับการแพทย์แผนไทย เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและในระดับสากล สมเด็จพระญาณสังวรสมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก ได้ประทานโอวาทเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2538 ว่า "ความรู้ทางการแพทย์แผนโบราณของไทยนั้นได้ทำคุณประโยชน์ชีวิตคนไทยเป็นเวลาช้านาน และดูเหมือนว่าในปัจจุบันการแพทย์แผนโบราณของไทยเริ่มได้รับการสนใจศึกษาค้นคว้ากันอย่างมีระบบ เช่น อายุรเวทวิทยาลัย เป็นต้น"

การสร้างเสริมสุขภาพ แม้จะเน้นอยู่ตลอดเวลาว่าเป็นบทบาทและหน้าที่ของประชาชนทุกคน แต่ในกระบวนการปรับความคิดของประชาชนให้มีทัศนคติที่ถูกต้องและยอมรับนั้น มีผู้เกี่ยวข้อง กับกระบวนการดังกล่าวมากมาย ซึ่งเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน โดยวิธีการและ เทคโนโลยีที่ง่าย และเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกัน เน้นร่วมในการพัฒนา ดังกล่าวที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นแกนนำของประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชนด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์ แผนไทย มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีกระบวนการการเรียนรู้ เรื่องการแพทย์แผนไทย ตลอดจนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ มีระบบบริการทางสุขภาพ ที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และบูรณาการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟู สภาพอย่างเหมาะสม มีทักษะในการดูแลสุขภาพและให้บริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มี คุณภาพ รองรับนโยบายระดับสุขภาพเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการ ผลผสมผสานศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญยิ่งต่อการ พัฒนาสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน สาธารณสุข ภายใต้เป้าประสงค์ที่จะให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Change Agent) เป็นแกนกลาง ในการประสานงานสาธารณสุขของหมู่บ้านด้านการแพทย์แผนไทยโดยการกระตุ้น ให้มีการประชุม การมีส่วนร่วมดำเนินงานสาธารณสุขเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยของกลุ่ม อาสาสมัคร กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำอื่นๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนด้านสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้ ผู้ทำการวิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาใช้ในการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยให้มี คุณภาพได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคประจำตัว ที่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ได้แก่ สมุนไพร การนวด อาหารพื้นบ้าน ธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

3. ปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค การนวดเพื่อการรักษาและเพื่อผ่อนคลาย การรับประทานอาหารพื้นบ้าน การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การรักษากับหมอพื้นบ้าน และการรักษาด้วยตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ตัวแปร

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคประจำตัว มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ได้แก่ สมุนไพร การนวด อาหารพื้นบ้าน ธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค การนวดเพื่อการรักษาและเพื่อผ่อนคลาย การรับประทานอาหารพื้นบ้าน การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การรักษากับหมอพื้นบ้าน และการรักษาด้วยตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยด้วยหลัก 6 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา อบายมุข

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- สถานภาพสมรส
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว
- ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์แผนไทย

- สมุนไพร
- การนวด
- อาหารพื้นบ้าน
- ธาตุเจ้าเรือน
- การอบ-ประคบสมุนไพร
- การแพทย์พื้นบ้าน

ปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

- การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค
- การนวดเพื่อการรักษาและเพื่อผ่อนคลาย
- การรับประทานอาหารพื้นบ้าน
- การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน
- การอบ-ประคบสมุนไพร
- การรักษากับหมอพื้นบ้าน และการรักษาด้วยตนเอง

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

- อาหาร
- ออกกำลังกาย
- อารมณ์
- อนามัยสิ่งแวดล้อม
- โรคภัย
- อบายมุข

คำจำกัดความ/นิยามศัพท์

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยไม่รู้ตัวหรือรู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการณ์กระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรง เจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และหมายความรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย ประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและสืบทอดกันมา ในที่นี้ วัตถุประสงค์ และประสบการณ์จากด้านต่อไปนี้อย่างน้อย ๑ ประการ การนวด อาหารพื้นบ้าน ธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. คือ บุคคลที่อาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านหรือชุมชน อานอก เขียนได้ ไม่ใช่ข้าราชการ สมัครใจเป็นอาสาสมัคร โดยได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย หมายถึง การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. **อาหาร** การรับประทานอาหารโดยยึดหลักการรับประทานอาหารที่หลากหลายชนิดมากที่สุดและควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันและแป้งในปริมาณมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้ ควรเน้นอาหารประเภทผักผลไม้พื้นบ้าน บริโภคข้าวกล้อง อาหารพื้นบ้าน และอาหารตามธาตุเจ้าเรือน

2. ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายครั้งละ 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายแบบไทยๆ คือ กายบริหารแบบไทยๆ ใช้ท่าฤๅษีดัดตน โยคะ ซึ่งเป็นท่าที่ไม่ฝืนร่างกายจนเกินไป

3. อารมณ์ อารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ เมื่อมีความสุขร่างกายจะหลั่งสารเอ็นโดฟิน ส่งผลให้ร่างกายต้องตื่นตัวกระตุ้นกระชวย ผ่อนคลายการทำงานของสมองจะดี หายป่วยเร็วขึ้น อายุยืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลทำลายสุขภาพทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง กินอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ดังนั้น การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม การทำสมาธิ การทำจิตใจให้ร่าเริงอยู่เสมอ การคิดในเชิงบวก มีผลต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข

4. อนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่ดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว ขณะเดียวกันก็ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนด้วย โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีงาม เช่น การปลูกต้นไม้ ไม้ดอก ไม้ผล หรือพืชผักที่รับประทานได้ เป็นต้น

5. อโรคยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันสูง ลดการกินอาหารรสจัด ไม่กินอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่มีสารปนเปื้อน การจัดการกับความเครียด โดยทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ และการหลีกเลี่ยงมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค 8 ประการ คือ ความประพฤติกของมนุษย์ที่จะทำให้โรคบังเกิด จัดไว้ 8 ประการ คือ 1.รับประทานอาหารมากหรือน้อยกว่าที่เคย รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหารบูดเสีย อาหารรสแปลก 2. อิริยาบถ อยู่ในอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ลักษณะท่าทางที่ไม่เหมาะสม 3. ความร้อน-เย็น ถูกความร้อน-เย็นมากเกินไป ทำให้ธาตุวิปริตแปรปรวน 4. การอดนอน อดข้าว อดน้ำ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ 5. กลั่นอุจจาระปัสสาวะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบการขับถ่าย 6. ทำงานเกินกำลัง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเมื่อยล้า 7. ความโศกเศร้าเสียใจ และ 8. การมีโทสะมาก ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

6. อบายมุข การงดเว้นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด การเล่นการพนัน และการสำส่อนทางเพศ ซึ่งเป็นภัยร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย และศึกษาปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 133 คน ในระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2552

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม จึงไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทุกพฤติกรรม เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ของอาสาสมัครสาธารณสุขและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ตลอดจนทราบปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการสร้างเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำข้อสนเทศที่ได้ไปใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยในภูมิภาคและประเทศต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้ศึกษาวิจัยได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีหัวข้อดังนี้

1. **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย**
 - 1.1 ความหมายของการแพทย์แผนไทย
 - 1.2 ความเป็นมาของสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.3 การแพทย์พื้นบ้าน
 - 1.4 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม
2. **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ**
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.3 พฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
3. **บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**
4. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มูลเหตุของการเจ็บไข้ได้ป่วยก็มีหลายสาเหตุด้วยกัน ในทางการแพทย์แผนไทยเชื่อว่าเหตุแห่งการเจ็บป่วยของมนุษย์เกิดจาก 3 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

1. เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ได้แก่ ผีบรรพบุรุษ ผีป่า ผีบ้าน
2. เกิดจากการกระทำของธรรมชาติ ได้แก่ การเสียดุลของร่างกาย
3. เกิดจากพลังของจักรวาล ได้แก่ อิทธิพลของดวงดาวต่างๆ

ด้วยเหตุที่มีความเชื่อเกี่ยวกับที่มาของความเจ็บป่วยมาจากสิ่งต่างๆ เหล่านี้ การบำบัดรักษาตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยจึงเป็นการประมวลเอาปรัชญาความรู้ที่เกี่ยวกับวิถีปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพและการบำบัดโรคให้สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวิถีชีวิตแบบไทย อันประกอบด้วย การใช้ยาสมุนไพร หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม นำมาผนวกรวมกับ การประกอบพิธีกรรมและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา เพื่อเป็นการบำบัดทางจิตร่วมด้วย เพื่อให้สำเร็จผลสูงสุดในการรักษาจึงมักจะใช้วิธีบำบัดหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่คนไข้ เช่น จิตบำบัด ธรรมชาติบำบัด กายภาพบำบัดและเภสัชบำบัด เป็นต้น การรักษาแบบนี้จัดว่าเป็นการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic Medicine) ดังนั้นผู้ที่ปฏิบัติการรักษาโรคตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ครอบคลุมการบำบัดรักษาโรคต่างๆ อย่างครบถ้วนในทางการแพทย์แผนไทยนอกจากเชื่อว่าสิ่งเหนือธรรมชาติจะมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บของมนุษย์แล้วยังพบว่าสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงสมุฏฐานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. มูลเหตุทั้ง 4 (ธาตุสมุฏฐาน) สิ่งมีชีวิตที่เกิดมาประกอบด้วยธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ เรียกว่าสมุฏฐานธาตุซึ่งอยู่ในภาวะที่เกี่ยวข้องกัน
2. อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมุฏฐาน) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลต่างๆ ในช่วงรอยต่อของฤดูกาลจะมีผลทำให้ร่างกายเสียดุลในการปรับตัวจึงเกิดความเจ็บป่วยได้
3. อิทธิพลของอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย (อายุสมุฏฐาน) เกิดจากมูลเหตุของอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย
4. ถิ่นที่อยู่อาศัย (ประเทศสมุฏฐาน) ที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อมมีผลต่อ ชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ
5. อิทธิพลของกาลเวลา(กาลสมุฏฐาน) คือ สาเหตุของการเกิดโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมง ในรอบ 1 วัน ทำให้ธาตุต่างๆเปลี่ยนแปลง

เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีแพทย์แผนไทยจะเห็นว่ามีความเหมือนกัน คือ ธรรมชาติเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะมนุษย์คือส่วนหนึ่งของธรรมชาติหากละเมิดกฎธรรมชาติก็จะ เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ นานา

1.1 ความหมายของการแพทย์แผนไทย

อรุณพร อธิฐรัตน์และ วีรพัฒน์ เงามธรรมทรรศน์ (2538) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทย หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดโรคความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิมสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตแบบไทย วิธีการปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยการใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นลูกกลอน เป็นต้น) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้พุทธศาสนา หรือพิธีกรรมเพื่อดูแล รักษาสุขภาพจิต การคลอด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิมและธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสมและถ่ายทอดประสบการณ์อย่างเป็นระบบโดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึก และการศึกษาผ่านสถาบัน (อรุณพร)

สถาบันการแพทย์แผนไทย (2539) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทยเป็นวิถีชีวิตการดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมอันดีของไทย มีการใช้สมุนไพร การอบ การประคบ และการนวดไทย มีเอกลักษณ์เป็นแบบแผนไทย มีความรู้ที่สรุปเป็นทฤษฎี มีการเรียนการสอน และมีการถ่ายทอดความรู้กันอย่างกว้างขวาง (สถาบันการแพทย์แผนไทย)

1.2 ความเป็นมาของสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

การคัดเลือกยาสมุนไพรเพื่อใช้ในการรักษากลุ่มโรคและอาการต่างๆ ตามหลักงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 61 ชนิด นี้ ได้มีการประชุมคัดเลือกครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. 2537 และใช้มาถึงปัจจุบัน ซึ่งขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมหน่วยงานทั้งจากภาครัฐและเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมาร่วมประชุมพิจารณา โดยอาศัยหลักเกณฑ์ 3 ด้าน คือ

1. ด้านปรัชญาและแนวคิด
2. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
3. ด้านสังคมและวัฒนธรรม

จากการประชุมพิจารณาครั้งนี้สามารถคัดเลือกสมุนไพรรักษากลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยต่างๆ โดยจำแนกตามกลุ่มโรคและอาการ คือ

1. กลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยในระบบทางเดินอาหาร
 - 1.1 โรคกระเพาะอาหาร ใช้ ขมิ้นชัน กลัวย่น้ำว่า

- 1.2 อาการท้องอืด ใช้ ขมิ้น ชิง กานพลู กระเทียม กะเพรา ตะไคร้ พริกไทย ดีปลี ข่า
กระชาย แห้วหมู กระวาน เว่า มะนาว กะทือ
- 1.3 อาการท้องผูก ใช้ ชุมเห็ดเทศ มะขาม มะขามแขก แมงลัก ขี้เหล็ก คุณ
- 1.4 อาการท้องเสีย ใช้ ฝรั่ง ฟ้าทะลายโจร กัวย่น้ำว่า ทับทิม มังคุด สีเสียดเหนือ
- 1.5 อาการคลื่นไส้ ใช้ ชิง ยอ
- 1.6 โรคพยาธิลำไส้ ใช้มะเกลือ เล็บมือนาง มะหาด พักทอง
- 1.7 อาการปวดฟัน ใช้ แก้ว ข่อย ผักคราดหัวแหวน
- 1.8 อาการเบื่ออาหาร ใช้ บอระเพ็ด ขี้เหล็ก มะระ สะเดาบ้าน
2. กลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ
 - 2.1 อาการไอและระคายคอกจากเสมหะ ใช้ ชิง ดีปลี เพกา มะขามป้อม มะขาม
มะแว้งเครือ มะแว้งต้น
3. กลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 3.1 อาการขัดเบา ใช้ กระเจี๊ยบแดง ขลุ่ ตะไคร้ สับปะรด หลู่ฮากา อ้อยแดง
4. กลุ่มโรคผิวหนัง
 - 4.1 กลากเกลื้อน ใช้ กระเทียม ข่า ชุมเห็ดเทศ ทองพันชั่ง พลู
 - 4.2 ชันนะตุ ใช้ มะคำดีควาย
 - 4.3 แผลไฟไหม้/น้ำร้อนลวก ใช้ บัวบก น้ำมันมะพร้าว ว่านหางจระเข้ น้ำแข็ง
 - 4.4 ฝี แผลพุพอง ใช้ ขมิ้น ชุมเห็ดเทศ เทียนบ้าน ว่านหางจระเข้ ว่านมหากาฬ
 - 4.5 อาการแพ้ อักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย ใช้ ขมิ้นชัน ตำลึง ผักนึ่งทะเล พญาขอ
เสลดพังพอน
 - 4.6 อาการลมพิษ ใช้ พลู
 - 4.7 อาการเริม งูสวัด ใช้ พญาขอ
5. กลุ่มโรคและอาการเจ็บป่วยอื่นๆ
 - 5.1 อาการเคล็ด ขัด ยอก ใช้ ไพล
 - 5.2 อาการนอนไม่หลับ ใช้ ขี้เหล็ก
 - 5.3 อาการไข้ ใช้ ฟ้าทะลาย บอระเพ็ด
 - 5.4 โรคเหา ใช้ น้อยหน่า

1.3 การแพทย์พื้นบ้าน

7ม'๑๒๘ ๘

การแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นภูมิปัญญาของชาวบ้านที่มีคุณค่าคู่กับคนไทยมาแต่ดั้งเดิม เป็นประสบการณ์การต่อสู้ดิ้นรน เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด และดูแลรักษาตนเองจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลัง อย่างต่อเนื่อง กลายเป็นรากฐานภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

ความหมายของการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนแบบดั้งเดิมจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเกี่ยวกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น (———— ภูมิบ้าน)

ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 4 ประการ ได้แก่

1. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การแพทย์พื้นบ้านมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอยู่ 2 ประการ (————)

ประการแรก (Personalistic Medical System) เชื่อว่าโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ได้แก่ การเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของผีที่เกิดจากกรรมหรือกฎแห่งกรรม เกิดจากไสยศาสตร์ พลังอำนาจเวทมนต์ คาถา ความเจ็บป่วยที่เกิดจากวิถีการโคจรและตำแหน่งของดวงดาว และความเจ็บป่วยเกิดจากการละเมิดขนบธรรมเนียมประเพณี

ประการที่สอง (Naturalistic Medical System) คือ โรคและความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติเป็นความเจ็บป่วย เกิดจากการเสียดุลของร่างกายตามอายุ และเงื่อนไขของแต่ละบุคคลตามสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสังคมของบุคคลนั้น

2. วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน จะมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางนิเวศวิทยา ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และประเภทของหมอ อย่างไรก็ตามหมอพื้นบ้านทุกประเภทมีกระบวนการรักษา เป็นขั้นตอนหลักที่มักไม่แตกต่างกันมีอยู่ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการตั้งเครื่องบูชาครู อีสานเรียกว่า ตั้งค้าย อันประกอบด้วยขันท์ 5 ได้แก่ ดอกไม้สีขาว 5 คู่ เทียน 5 เล่ม และเงินตั้งค้าย 6-24 บาท แล้วแต่ประเภทของหมอ ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค เมื่อผู้ป่วยนำค้ายมาบูชาครูแล้ว หมอจะทำการวินิจฉัยโรคตามวิธีการของแต่ละประเภท ซึ่งมีรายละเอียดแตกต่างกันไป เมื่อวินิจฉัยโรคแล้วก็เป็นขั้นตอนของการรักษาที่หมอจะทำการรักษาตามกรรมวิธีของตน โดยอาจใช้สมุนไพร การเป่าเสก ทาน้ำมัน ทำพิธีการขับไล่ผีหรือพิธีสู่ขวัญ เป็นต้น กรณีที่ไม่หายจะแนะนำให้ผู้ป่วยไปรักษาแบบอื่นต่อไป ขั้นตอนสุดท้าย เป็นขั้นตอนของการปลงค้าย เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้วจะยกเครื่องบูชาครูให้หมอ ในท้องถิ่นอีสานบางแห่ง เครื่องบูชาครูประกอบด้วย ดอกไม้สีขาว 5 คู่ เทียน 5 เล่ม ผ้าชิ้น 1 ผืน และเงินคู่สมนาคุณ หรือสมนาคุณตามฐานะของผู้ป่วย

3. หมอพื้นบ้าน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากของการแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้านมีหลายประเภท ถ้าจำแนกโดยใช้เกณฑ์ตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยสามารถจำแนกออกเป็นดังนี้ ประเภทของหมอที่รักษาความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ได้แก่ หมอธรรม หรือหมอสอง หมอลำผีฟ้า หมอสู่วัณหรือหมอส่งขวัญ ประเภทของหมอที่รักษาความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากธรรมชาติ ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอนวด

4. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีฐานะยากจน จบการศึกษาภาคบังคับและมีอาชีพ เกษตรกรรม สิ่งนี้เป็นเครื่องยืนยันว่าการแพทย์พื้นบ้านยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ลักษณะเด่นของการแพทย์พื้นบ้าน มีดังนี้

1. เป็นระบบการแพทย์แบบองค์รวมที่มีแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าไม่ได้หมายถึง ความผิดปกติของร่างกาย เพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความสัมพันธ์กับสังคม และสภาพแวดล้อมด้วย
2. การรักษาโรคได้ผลดีในกลุ่มที่อาการไม่ชัดเจน ซึ่งหมอและผู้ป่วยเชื่อว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติแยกออกไม่ชัดเจนระหว่าง อาการทางกายและทางจิต
3. มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เนื่องจากชาวบ้านและหมอพื้นบ้านมีพื้นฐานทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน จึงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างชนชั้น
4. เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถกำหนดค่ารักษาได้ตามฐานะเศรษฐกิจ (ค่าสมนาคุณหรือค่าตอบแทนหมอได้)
5. วินิจฉัยและรักษาโรคโดยบริบททางสังคมวัฒนธรรม
6. มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคบางโรคได้แน่นอน เช่น งูสวัด
7. ผู้ป่วยมีความพอใจในรูปแบบการบริการ เพราะไม่ยุ่งยากซับซ้อน

1.4 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวมหรือ **Holistic Health** หมายถึงความสมดุลของทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรคหากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว และมีความสุขของทุกคนด้วย

หลักการพื้นฐานของสุขภาพองค์รวม (ข้อมูลจากกองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข)

1. สุขภาพองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า "สุขภาพ" ว่าหมายถึง การปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแค่การไม่เจ็บป่วย
2. "สุขภาพของเราจะเป็นแบบเดียวกับที่วิถีชีวิตของเราเป็น" การเลือก "บริโภค" สิ่งใดเข้าสู่ทั้งทาง "ร่างกาย" และ "จิตใจ" จะมีส่วนกำหนดสุขภาพกายและใจของบุคคลคนนั้น
3. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด หลักการของสุขภาพองค์รวมจะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อยๆ จนให้ดีเยี่ยมถึงที่สุด โดยให้บทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
4. สุขภาพองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษา และสร้างความรับผิดชอบให้แก่แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี สมดุลและสมบูรณ์
5. เมื่อมีสภาวะความเจ็บป่วย การแพทย์องค์รวม (Holistic Medicine) จะให้หลักการแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับคนไข้ โดยการเยียวยาแบบธรรมชาติ (Natural Healing System) และพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวคนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 5 มิติ ได้แก่

1. มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ
2. มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และลดความเห็นแก่ตัว
3. มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง
4. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุก ที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (self transcending)

5. มิติทางอารมณ์ (Emotional dimension) คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวก และลบผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคล

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 5 มิติซึ่งถือเป็นสภาวะจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และสังคม ของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะยึดกุมสภาวะในมิติอื่นๆให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และชุมชน หากขาดสภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะมุ่งพบความสุขที่แท้จริง ขาดความสมบูรณ์ในตนเอง มีความรู้สึกบกพร่อง หากมีความพร้อมถึงสิ่งอันมีคุณค่าสูงสุดก็จะมี ความสุขหรือสภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่นมีความพิการ หรือเป็นโรคเรื้อรัง หรือ ร้ายแรง

เทคนิควิธีการพื้นฐานในการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวม

1. อาหารและโภชนาการ
2. การผ่อนคลายความเครียด
3. การเยียวยาทางจิตใจและการทำสมาธิ
4. การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ
5. การพักผ่อนที่เพียงพอ
6. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ และสภาพร่างกาย
7. การแบ่งปันความรัก และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้าง รวมทั้งตนเอง
8. การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์
9. การสร้างสัมพันธ์ภาพทางจิตวิญญาณและการเยียวยา
10. การพัฒนาปัญญา

การดูแลสุขภาพองค์รวมตามที่องค์การอนามัยโลกได้ตอบรับกระแสความสนใจการแพทย์ทางเลือก(Alternative Medicine) ซึ่งเป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรคที่ยังให้ ความเป็นธรรมชาติต่อมนุษย์ที่จะเลือกได้โดยไม่แบ่งแยกแต่อย่างใด ก็ในเมื่อคนยังมีความต้องการที่จะ อยู่บนโลกใบนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ด้วยสุขภาพที่สมบูรณ์ หลายครั้งที่โรคภัยร้ายแรงรบกวน ชีวิตประจำวันโดยที่การแพทย์ปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แล้วสุขภาพทางเลือกก็เข้ามา ส่งเสริมให้มนุษย์ยืนยงถึงธรรมชาติที่ยังให้ความเป็นธรรมชาติทั้งผู้มั่งมีและผู้ยากไร้ เพียงหันมา สนใจและศึกษาเพื่อการนำไปใช้ทั้งตนเองและคนรอบข้าง

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรง เจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะดังนี้

1. เน้นกิจกรรมหลายลักษณะที่มุ่งสร้างสมรรถนะของการสร้างสุขภาพดีควบคุมปัจจัยเสี่ยง และเป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินการกันทั้งบุคคลและสังคม

2. เน้นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

การสร้างเสริมสุขภาพ หรือ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นคำที่ใช้ในวงการสาธารณสุขมานานแล้ว และในบางครั้งมีการนำเอาคำนี้ไปใช้ในความหมายที่คับแคบ แม้กระทั่งมีการมองว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงงานด้านหนึ่งของการบริการ ทางด้านสุขภาพอนามัยเท่านั้น เมื่อทุกคนได้ยินคำว่า "สุขภาพ" ส่วนใหญ่จะนึกถึง แพทย์ โรงพยาบาล หรือยา รวมทั้งการรักษาต่างๆ แต่ความจริงนั้นมีน้อยคนนักที่คิดว่า สุขภาพนั้นเป็นเรื่องของบุคคลหรือตัวเราเองเป็นอันดับแรก สิ่งแวดล้อมหรือสังคมเป็นรอง และคนส่วนมากจะนึกถึงเรื่องโรคก่อน(Disease Oriented) ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของคนส่วนใหญ่ในเรื่องของสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ได้ให้นิยามคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้นสุขภาพเป็นคำที่มีความหมายทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับกับสมรรถนะต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมิใช่ความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเพียงเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือลีลาชีวิตอย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้ปัจจัยเชิงสร้างสรรค์ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. สร้างนโยบายสาธารณะเอื้อต่อสุขภาพ
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่หนุนสร้างสุขภาพดี
3. เสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อสุขภาพดี
5. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ)

2.2 ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต

พฤติกรรมของมนุษย์ หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ทุกประเภทที่บุคคลกระทำ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ พฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจาก ความคาดหวังของบุคคลอื่น สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ, 2534 อ้างใน วันเพ็ญ จารยศิลป์, 2543. หน้า 17-18)

สร้างเสริมสุขภาพ เป็นคำที่ใช้เป็นทางการครั้งแรก เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2542 ในการนำเสนอโครงการ จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เปลี่ยนจากการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีความหมายกว้างและครอบคลุมกว่า) คำนี้ได้รับการยอมรับและปรากฏในชื่อ พระราชกฤษฎีกา จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2542 และพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่า “ การใดๆที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต สังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่จะนำไปสู่การมีร่างกายแข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี” ซึ่งเป็นคำนิยามที่สื่อความหมายเป็นการ “ส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่” ตามกฎบัตรออกตดาวา พ.ศ. 2529 ที่ว่า “ Health promotion is the process of enabling people to control over and to improve their health ” การสร้างเสริมสุขภาพคือ กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547. หน้า 1)

การสร้างเสริมสุขภาพคือ กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ ให้กับคนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้คนสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมรวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (อำพล จินดาวัฒนะ , 2548 . หน้า 58) ซึ่งมีหลักอยู่ 5 ประการ คือ

1. เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
2. ต้องมีส่วนร่วมของสาธารณะ
3. ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
4. ลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรม
5. กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีต่างๆ

โดยการสร้างเสริมสุขภาพในความหมายใหม่ที่กว้างเช่นนี้ มีองค์ประกอบเป็นสาระสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อม/สภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create healthy environment)
3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งชุมชน / กระบวนการชุมชน (Community strengthening)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อการสร้างสุขภาพ (Personal skill development)
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็นไปในลักษณะผสมผสานและองค์รวม (Health care service system re-orientation)

2.3 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึง การปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959) พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออก ไม่ว่าจะป็นน้ำเสียง สีหน้า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทาง ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่สองเป็นการไม่กระทำ (Non Action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

กล่าวได้ว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมเกือบทุกอย่างของปัจเจกบุคคล จะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ภายใต้บริบทนี้เราอาจแยกพฤติกรรมของคนเรา ออกเป็นส่วนที่นำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริมหรือป้องกันสุขภาพ (ดังคำนิยามข้างต้น) หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ นับเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ การมีสุขภาพะที่พึงปรารถนาของประชาชน ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และต้องเป็นกิจกรรมที่กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่มีทิศทาง ที่มุ่งให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ ที่จะทำให้เกิดการตระหนักตนเอง (Self awareness) และความพึงพอใจในตนเอง ปัจจุบันนี้จะพบว่าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้อง เช่นโรคหัวใจ จึงเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีสาเหตุการตายที่มาจากอุบัติเหตุก็เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ปัญหาทางด้านสุขภาพก็มีมากขึ้นจากเดิม ยิ่งการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขยายวงออกสู่ประชาคมโลกมากขึ้นเท่าใด ปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ ก็ยิ่งขยายตัวออกสู่ประชากรโลกมากขึ้นเท่านั้น มากจนกระทั่งไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยกระบวนการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีอยู่ การรักษาในทางการแพทย์เป็นได้เพียงการตั้งรับปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ของประชากรโลก ที่นับวันจะมากขึ้นจนบริการทางการแพทย์ไม่สามารถจะรับมือได้อีกต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นยุทธวิธีใหม่ที่จะต่อสู้กับปัญหาที่มาในรูปแบบใหม่นี้ และเป็นยุทธวิธีในเชิงรุก ที่จะให้ผลในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด อีกทั้งยังเป็นการลงทุนที่ต่ำมากเมื่อเปรียบกับการลงทุนทางการแพทย์และที่สำคัญก็คือ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการป้องกันดังที่เข้าใจกันเท่านั้น ยังเป็นขบวนการที่นำมาใช้เพื่อการขจัดและหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพที่มนุษย์กำลังเผชิญ

ดังนั้นสรุปความหมายโดยภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพก็คือ กระบวนการในการป้องกัน กำจัดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร

ป้องกัน ไม่ให้บุคคลต้องตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยโดย กำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆโดยการควบคุมมิให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านั้น มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งทำลายปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านั้น

หลีกเลี่ยง ความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทั้งหลาย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัย จากพฤติกรรมที่ปลอดภัยนี้จะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) ของแต่ละคนจนกลายเป็น ค่านิยม วิถีปฏิบัติในด้านพฤติกรรมสุขภาพของสังคม และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (Well being) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งได้แก่

1. การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที ขึ้นไปอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
2. การบริหารความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิต และฝึกสมาธิ
3. การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
4. การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การกินอาหารเค็มน้อย หวานน้อย ไขมันต่ำ รับประทานผักผลไม้และกากใยมาก
5. การคาดเข็มขัดนิรภัย และการสวมหมวกกันน็อค
6. การไม่สำส่อนทางเพศ

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายท่านที่ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

โกชแมน (Gochman,1982 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2532. หน้า 44-45) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยาเป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ และการรับรู้

พาแลงค์ (Palank,1991.P.298) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ และการพัฒนาระบบต่างๆทางสังคม

เมอร์เรย์ และ เซนเนอร์ (Murray and Zentner, 1993.P.659) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะประกอบไปด้วย กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชนและสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996.P.34) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพซึ่งสามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคล ในการคงไว้เพื่อความผาสุกและความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต

ประเวศ วะสี (2541. อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543. หน้า 89) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง
2. กินอาหารที่ถูกต้อง คือ กินพอประมาณได้สัดส่วนครบถ้วน
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา สำส่อนทางเพศ

อุบัติเหตุ

4. สร้างทักษะชีวิตเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ ในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ
5. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ
6. มีการพัฒนาการทางจิตวิญญาณ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2546. หน้า 40-45)

Pender's Health Promotion Model เป็นแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยผลการวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพองค์ประกอบของแบบจำลอง ได้แก่

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล บุคคลแต่ละคนมีลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่ตามมาภายหลัง คุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าวคือ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจัยส่วนบุคคล

2. ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิต และสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่ออารมณ์ และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

3. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นแก่นที่สำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยวิธีการทางพยาบาล

2.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิต ยาสูบ และสุรา ในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี ทำหน้าที่ จุดประกาย กระตุ้นสนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อ ให้คนไทยริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ และยินดีเปิดรับแนวทางปฏิบัติการใหม่ๆ ที่เป็นความคิดสร้างสรรค์สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวาง นับเป็นองค์กรด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับมติของสมัชชาสุขภาพโลก ด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Assembly Resolution 12.8 : Health Promotion and Health Life-Style)

คณะกรรมการกองทุน (สสส.) กำหนดให้มีแผนหลัก เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนมีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่ชัดเจน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณอย่างคุ้มค่า

แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาศักยภาพการจัดการบุคลากรสุขภาพ และสมรรถนะของเครือข่ายบุคลากรสุขภาพในด้านการสร้างเสริม ทั้งด้านภาคการผลิต และด้านบริการ รวมทั้งการสนับสนุนองค์กรชุมชนในการจัดการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ
2. สนับสนุนการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในลักษณะภาคีความร่วมมือกับองค์กรหลักที่เกี่ยวข้อง
3. ส่งเสริมการปรับเงื่อนไขเชิงระบบให้ระบบบริการสุขภาพพัฒนาไปสู่ การสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมและมีความยั่งยืนทั้งระบบบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน แผนไทยและทางเลือก รวมทั้งระบบบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มต่างๆด้วย

เป้าหมาย

มีการดำเนินการแผนงานพัฒนาบุคลากรสร้างเสริมสุขภาพอย่างบูรณาการ ร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งการสร้างและจัดการความรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการเคลื่อนไหวนโยบาย โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพการจัดการบุคลากรสุขภาพ การผลิตและการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ได้บุคลากรสุขภาพที่มีเจตคติและทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพกระจายอย่างทั่วถึงเท่าเทียมและปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างได้ผล

3. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เกิดรวมแต่เมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูมามาพร้อมที่จะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนา ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

ประเภทและจำนวน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน ในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรม ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในระแวกหรือคุ้ม ยอมรับและเชื่อถือ
2. สม่ครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชน ด้วยความเสียสละ
3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลาดำเนินการ 1 - 2 ปี)

และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

4. อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.

2. แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้าน ออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ้มนั้นๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวกบ้าน

อนึ่ง การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

1. วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของกาให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติ ให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล

ชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

2. เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1. กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ของ อสม.
2. สิทธิของ อสม.
3. การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
4. การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
5. สุขวิทยาส่วนบุคคล
6. การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
7. การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
8. การฟื้นฟูสภาพ
9. การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
10. การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.
11. การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

2.2. กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเองเพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับอสม. ที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

1. ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

2. ตาย

3. ลาออก

4. ย้ายที่อยู่

5. ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้านหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน มีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหาย อันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้านหรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่ และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผน

ครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเห็อกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. ฝ้าระวังและป้องกัน ปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน ฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญใจ ดันตวิวัฒน์เสถียร (2534) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาของ วรณคดี แยมจันทร์ฉาย (2538) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมหลายด้าน ยกเว้นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการบริหารจัดการความเครียด

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, อุบลวรรณ ขอพิง (2550) ได้ทำการศึกษา รวบรวมแนวคิด แนวทาง ตัวอย่างรูปธรรมของการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ที่สามารถสร้างคน สร้างความรู้ และมีบทบาทในการจัดการบริหารสุขภาพแบบพอเพียงให้แก่ชาวไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปสู่การขยายผลได้ในระยะยาว โดยทำการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รวบรวมแนวคิด หลักการสำคัญ แนวทางการพัฒนารูปธรรมต้นแบบ ทั้งของต่างประเทศที่ประสบผลสำเร็จแล้ว และความริเริ่มพยายามภายในประเทศ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งนี้ปรากฏผลของการศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ 5 ประการ พอสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. บทบาทและภารกิจที่สำคัญเพื่อให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ มีกระบวนการพัฒนาโดยมีการสร้างและใช้ความรู้ เกิดกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร จึงควรกำหนดบทบาทภารกิจหลักของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ใน 3 ด้านหลัก คือ

1. ด้านบริการ

2. ด้านวิชาการและการวิจัย

3. ด้านการเรียนการสอนทั้งนี้ควรใช้บทบาทภารกิจทั้งสามประการนี้ให้ครบเป็นวงจรของการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

2. โครงสร้างพื้นฐานอาคารสถานที่ ควรมีเอกลักษณ์ของความเป็นไทย และการบริหารจัดการมีลักษณะโครงสร้างองค์กร การบริหารจัดการได้หลายรูปแบบตามลักษณะความสัมพันธ์กับระบบบริการการแพทย์แผนตะวันตก และระดับของการบริการ

3. กำลังคนและบุคลากร ควรมีกำลังคนและบุคลากร ในสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เหมาะสม จำนวนเพียงพอ สัดส่วนเหมาะสม มีความสอดคล้องกับภารกิจหลัก 3 ด้านที่กล่าวมาแล้ว มีระบบ

ค่าตอบแทนแรงจูงใจที่เพียงพอ และระบบความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถรักษารักษานบุคลากรไว้ในระบบโดยมีการผสมผสานรูปแบบการจ้างงานที่ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายทางงบประมาณในระยะยาว

4. งบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็น ควรมีแนวทางการสนับสนุนและแหล่งที่มาของงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดตั้งโรงพยาบาล และสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ อาจกำหนดตามประเภทของการใช้จ่าย คือ งบลงทุน ควรได้รับการอุดหนุนจากเงินงบประมาณแผ่นดิน งบดำเนินการ แบ่งออกเป็น งบบริการ ได้รับจากเงินค่าบริการผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ผู้ป่วยจ่ายเอง งบอุดหนุนการเรียนการสอนได้จากเงินอุดหนุนจากรัฐ หรือ เรียกเก็บเงินบำรุงการศึกษาจากผู้เรียนจ่ายเอง สำหรับบววิจัยในด้านต่างๆ ควรมีแหล่งที่มาจาก เงินอุดหนุนของรัฐ หรือจากการแบ่งปันผลประโยชน์จากภาคเอกชนที่ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

5. การผลักดันขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ข้อเสนอการจัดตั้งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ควรได้รับการผนวกรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์พัฒนาแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รับการอนุมัติจากมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีแล้วโดยจัดทำเป็นแผนงานโครงการจัดตั้งเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นต่อไป ทั้งนี้ควรมีกลไกกระบวนการสร้างความตระหนัก เพื่อให้เห็นความสำคัญ สร้างฉันทามติร่วมกันให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ (2549) ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย การศึกษานี้เป็นการประเมินศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพ อสม. การศึกษาพบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและยังดำเนินไปอย่างแข็งขัน มากกว่าร้อยละ 34 ของอสม. ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะเดียวกัน ก็มี อสม. หญิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม. เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ หรือการกระจายข้อมูลข่าวสาร และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก จึงมีคำถามว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่สูงขึ้นและมี

ความพร้อมที่จะเสียสละได้ให้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขมากขึ้น ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไปจากนโยบายการกระจายอำนาจและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไทยในระยะหลังทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเข้าไปมีส่วนพัวพันกับการเมืองในลักษณะต่างๆ เพิ่มขึ้น สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้รูปแบบเดิมของ อสม. มีข้อจำกัดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาต่างๆ ได้แสดงให้เห็นนวัตกรรมทางความคิด ปฏิบัติการและรูปแบบของอาสาสมัครในการพัฒนาสุขภาพที่มีหลากหลายมากขึ้น รูปธรรมเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครได้รับความยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2540) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้ทำการศึกษาสถานพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 29 แห่ง พบว่า คลินิกบริการส่วนใหญ่ให้บริการนวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร และจ่ายยาสมุนไพร การศึกษาความพึงพอใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทยและผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยได้ขยายวงกว้างขึ้น โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง รายได้มากเป็นกลุ่มใหม่ที่ใช้บริการและมีความพึงพอใจในระดับสูง ในขณะที่ชนชั้นกลาง – ล่าง ก็ยังคงมีการใช้บริการแพทย์แผนไทยและมีความพึงพอใจในระดับสูงอีกเช่นกัน

รักษ์เกียรติ จิรันทร และคณะ (2547) การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย : กรณีศึกษา งาน แพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โรงพยาบาลสงขลา พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่องานบริการการแพทย์แผนไทยโดยแบ่งออกเป็น 7 มิติ ได้แก่ ความพึงพอใจทั่วไป ความชำนาญในการให้บริการการแพทย์แผนไทย กิริยามารยาทของผู้ให้บริการ ทักษะการสื่อสาร ค่าใช้จ่าย และความสะดวกในการเข้ารับบริการ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจ แบ่งเป็นปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ อาชีพ โดยพบว่า อาชีพรับจ้างมีระดับความพึงพอใจสูงสุด ปัจจัยด้านลักษณะการให้บริการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการมารับบริการ โดยพบว่าผู้รับบริการที่มารับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพจะมีระดับความพึงพอใจสูงสุด

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, อัมพวรรณ ศรีวิไล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2548) ศึกษา ระบบโครงสร้างและกลไกในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท: มาตรการด้านการเงิน พบว่า กลไกด้านการเงินเป็นกลวิธีในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครองภูมิ

ปัญญาไท สุขภาพวิถีไทยอย่างแท้จริง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต้องเป็นหน่วยงานประสานแผนยุทธศาสตร์สำคัญ 3 ด้าน เริ่มจาก

1. การจัดกลไกทางการเงินให้ผสมผสานระบบบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เข้ากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยระยะแรกเน้นพัฒนาภายใต้กรอบสถานพยาบาลภาครัฐทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและบริการแบบผู้ป่วยใน (กำหนดเป็นแผนพัฒนา 5 ปี) เพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์พัฒนาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติ

2. ยุทธศาสตร์ด้านคน ควรกำหนดกรอบบุคลากรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานพยาบาลภาครัฐเพื่อเป็นกลวิธีจัดสรรกำลังคนที่ได้รับการสนับสนุนต้นทุนค่าแรงรวมทั้งปรับกระบวนการดำเนินงานบุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบันให้สามารถผสมผสานบริการกับบุคลากรการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้มากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

3. ยุทธศาสตร์ด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยี ควรอุดหนุนเงินวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นวิถีไทยที่เป็นอิสระในอนาคต

ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2544.หน้า 11) ให้ความหมายของระบบสาธารณสุข (Health System) หรือ ระบบสุขภาพว่า ระบบทั้งหมดของสังคมที่สัมพันธ์กันเป็นองค์รวม เพื่อการส่งเสริมรักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนรวมถึงกิจกรรมทางสาธารณสุขต่างๆทุกกิจกรรมที่ทำให้สุขภาพประชาชนดีขึ้น เช่น การบริการสาธารณสุขต่างๆทั้งแผนปัจจุบัน และแผนทางเลือกอื่นๆ สำหรับแต่ละบุคคล ตลอดจนกิจกรรมทางสังคมอื่นๆที่มีความมุ่งหมายทางสุขภาพเป็นหลัก เช่น การศึกษา การฝึกอบรมบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข การควบคุมการบริโภคยาสูบ และสารเสพติดต่างๆ และกิจกรรมการคุ้มครองความปลอดภัย ทางสุขภาพของผู้บริโภค เป็นต้น

สมใจ ศิระกมล และ กุลวดี อภิชาติบุตร (2546) ศึกษาถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า อาจารย์พยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับน้อย ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการและด้านการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลาง ส่วนด้านสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ปัญหาและอุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ไม่มีเวลา มีภาระงานมาก ไม่สะดวก ชอบ-ไม่ชอบ และมีภาระเกี่ยวกับบุตร ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้

อาจารย์พยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งจัดการปัญหาอุปสรรคของ การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนตัวอาจารย์พยาบาลเองควรสร้างความตระหนักและบริหารจัดการตนเองให้สามารถมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

อาทร อุดคคติ, วันชัย ธรรมสังจักร และ สุเมธ พรหมอินทร์ (2551) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพทางสังคม ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแปรทั้ง 5 ตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติ ผลการศึกษาดังกล่าวควรส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมและการนิเทศงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีบทบาทหรือสถานภาพทางสังคมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อดิญาณี ศรีเกษตริณ และคณะ (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในระดับปานกลาง
2. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานอนามัย รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนการรักษากับแพทย์พื้นบ้านไปใช้บริการน้อยที่สุด
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประเภทของการประกันสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้สิทธิของกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านสุขภาพคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สรุปผลการศึกษาได้ว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกตามประเภทการประกันสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน รวมทั้งพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้วย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งหมด 199 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 133 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane)

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

$$n = \frac{199}{1+ (199 \times 0.05)^2}$$

$$n = \frac{199}{1.4975}$$

$$n = 132.88$$

สรุปกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ = 133

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้การแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านบุคคลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคประจำตัว โดยคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำเพื่อนำรายละเอียดต่างๆมาอธิบายคุณลักษณะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้การแพทย์แผนไทย ได้แก่ สมุนไพร การนวด อาหารพื้นบ้าน ธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าตอบ	ใช่	ให้	1	คะแนน
ถ้าตอบ	ไม่ใช่	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค การนวดเพื่อการรักษาและเพื่อผ่อนคลาย การรับประทานอาหารพื้นบ้าน การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การอบ-ประคบสมุนไพร การรักษาทั้งหมดพื้นบ้าน และรักษาด้วยตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าตอบ	เคย	ให้	1	คะแนน
ถ้าตอบ	ไม่เคย	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ด้วยหลัก 6 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา อบายมุข

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าตอบ	สม่าเสมอ	ให้	3	คะแนน
ถ้าตอบ	บ่อยครั้ง	ให้	2	คะแนน
ถ้าตอบ	นานๆครั้ง	ให้	1	คะแนน
ถ้าตอบ	ไม่เคย	ให้	0	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยหาคุณภาพเครื่องมือโดยทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา(Content validity) ของเครื่องมือโดยปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้สูตรค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถาม (IOC)

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ	IOC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์
	ΣR	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การให้คะแนน

- + 1 รู้สึกแน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดได้ตรงตามจุดประสงค์
- 0 รู้สึกไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดได้ตรงตามจุดประสงค์
- 1 รู้สึกแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สามารถวัดตรงตามจุดประสงค์

โดยการแปลความคือ ถ้า $\text{IOC} \geq 0.5$ แสดงว่าข้อคำถามนั้นวัดวัตถุประสงค์ข้อนั้นจริง

ถ้า $\text{IOC} < 0.5$ แสดงว่าข้อคำถามนั้นไม่วัดวัตถุประสงค์ข้อนั้น

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยคณะผู้ทำวิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมาทำ Pre-test โดยทดลองเก็บกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่มีได้เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมพัทธ์ โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบัต (Cronbach) ดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right]$$

กำหนดให้

α = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

k = จำนวนข้อของเครื่องมือ

$\sum s_i^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

จากการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่า 0.752 เป็นที่ยอมรับได้ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปเก็บกลุ่มตัวอย่างจริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ติดต่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ ที่ อ.น่าน ย.ท่าโพธิ์ อ.เถาเมือง จ.พิจิตร
2. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ แจกแบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ ที่ อ.น่าน ย.ท่าโพธิ์ อ.เถาเมือง จ.พิจิตร จากมหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ แจกแบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ ที่ อ.น่าน ย.ท่าโพธิ์ อ.เถาเมือง จ.พิจิตร ให้หัวหน้าสถานีอนามัยท่าโพธิ์
4. จัดทำแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและดำเนินการทดสอบแบบสอบถามเพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม
5. จัดทำแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แล้วให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อ.เถาเมือง จ.พิจิตร ดำเนินการทดสอบแบบสอบถามเพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูล
2. กำหนดวันที่ทำแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลวันที่ 4 กันยายน 2552
4. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม
5. บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยโปรแกรม SPSS for Window 11.5
6. เขียนรายงานการวิจัยเพื่อนำเสนอ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้ค่า Chi square test

วิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ทางการแพทย์แผนไทยและปัจจัยทางด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

วิเคราะห์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ทางการแพทย์แผนไทยและปัจจัยทางด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ค่า Chi square test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก คณะผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามจำนวน 199 ฉบับ ได้รับกลับคืนมาและมีความครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 133 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 66.83 คณะผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย
3. ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
4. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านความรู้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประสบการณ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=133คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	9.0
หญิง	121	91.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=133คน)	ร้อยละ
อายุ		
31 – 40 ปี	20	15
41 – 50 ปี	59	44.4
51 – 60 ปี	46	34.6
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	8	6.0
การศึกษา		
ประถมศึกษา	90	67.7
สูงกว่าประถมศึกษา	43	32.3
อาชีพ		
เกษตรกร	67	50.4
รับจ้าง	31	23.3
ค้าขาย	23	17.3
อื่นๆ	12	9.0
รายได้		
3,001 - 5,000 บาท/เดือน	92	69.1
มากกว่า 5,000 บาท/เดือน	41	30.9
สถานภาพสมรส		
โสด	7	5.3
สมรส	97	72.9
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	29	21.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 – 5 คน	102	76.7
6 – 10 คน	31	23.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=133คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1 – 5 ปี	45	33.8
6 – 10 ปี	46	34.6
มากกว่า 10 ปี	42	31.6
โรคประจำตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
มี	54	40.6
ไม่มี	79	59.4
1. โรคเบาหวาน		
มี	9	6.8
ไม่มี	124	93.2
2. โรคความดันโลหิตสูง		
มี	23	17.3
ไม่มี	110	82.7
3. โรคหัวใจ		
มี	6	4.5
ไม่มี	127	95.5
4. โรคอื่นๆ เช่นโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด		
มี	30	22.6
ไม่มี	103	77.4

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดมีจำนวน 133 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย เพศหญิง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 ส่วนเพศชายมีเพียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ซึ่งมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุด จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมามีอายุระหว่าง 51- 60 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 อายุ 31- 40 ปี จำนวน 20 คน 15.0 และที่น้อยที่สุด คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 ระดับการศึกษา

ห้องอ่านหนังสือ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 และกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีเพียง 46 คน คิดเป็นร้อยละ 32.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 รองลงมาอาชีพรับจ้าง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 อาชีพค้าขาย จำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 17.3 และที่น้อยที่สุดคืออาชีพอื่นๆ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001 - 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีเพียง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 ส่วนสถานภาพสมรสกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมาเป็นหย่าร้าง ม่าย แยกกันอยู่ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8 และน้อยที่สุดคือ สถานภาพโสด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน 1 - 5 คน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ จำนวน 6 - 10 คน มีเพียง 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 และที่น้อยที่สุดคือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6

โรคประจำตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 และที่มีโรคประจำตัว จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 และไม่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 82.7 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และที่ไม่เป็นโรคหัวใจ จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอื่นๆ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 และที่ไม่เป็นโรคใด ๆ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4

2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องสมุนไพร

ข้อ	สมุนไพร	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	ผักคูน รักษาอาการท้องเสีย	92	69.2
2.	มะคำดีควาย รักษาโรคฝีประจำรอย	57	42.9
3.	ขี้เหล็ก รักษาอาการเบื่ออาหาร	51	38.3
4.	ใบย่านาง รักษาอาการไข้	94	70.7
5.	ตำลึง รักษาอาการฝีแผลพุพอง แมลงสัตว์กัดต่อย	81	60.9

จากตารางที่ 2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องสมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องสมุนไพร ลำดับที่ 1 คือ ใบย่านาง รักษาอาการไข้ ร้อยละ 70.7 ลำดับที่ 2 คือ ผักคูน รักษาอาการท้องเสีย ร้อยละ 69.2 ลำดับที่ 3 คือ ตำลึง รักษาอาการฝีแผลพุพอง แมลงสัตว์กัดต่อย ร้อยละ 60.9 ลำดับที่ 4 คือ มะคำดีควาย รักษาโรคฝีประจำรอย ร้อยละ 42.9 และลำดับสุดท้ายคือ ขี้เหล็ก รักษาอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 38.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องการนวด

ข้อ	การนวด	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	การนวดสามารถนวดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ไม่มีข้อยกเว้น	64	48.1
2.	ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม บริเวณข้อต่อ สามารถนวดได้ ไม่เป็นอันตราย	104	78.2
3.	คนที่ป่วยเป็นโรคผิวหนัง สามารถนวดได้ไม่เป็นอันตราย	62	46.6
4.	การนวดเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด	127	95.5
5.	การนวดรักษาไม่แตกต่างกับการนวดผ่อนคลาย	32	24.1

จากตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องการนวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการนวด ลำดับที่ 1 คือ การนวดเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ร้อยละ 95.5 ลำดับที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม บริเวณข้อต่อ สามารถนวดได้ ไม่เป็นอันตราย ร้อยละ 78.2 ลำดับที่ 3 คือ การนวดสามารถนวดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ไม่มีข้อยกเว้น ร้อยละ 48.1 ลำดับที่ 4 คือ คนที่ป่วยเป็นโรคผิวหนัง สามารถนวดได้ไม่เป็นอันตราย ร้อยละ 46.6 และลำดับสุดท้าย คือ การนวดรักษาไม่แตกต่างกับการนวดผ่อนคลาย ร้อยละ 24.1

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องอาหารพื้นบ้าน

ข้อ	อาหารพื้นบ้าน	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	อาหาร เป็น ยารักษาโรค	111	83.5
2.	สมุนไพรที่นำมาปรุงเป็นอาหารพื้นบ้านคือสมุนไพรตามฤดูกาล	110	82.7
3.	ต้มโคล้งปลาช่อน เหมาะสำหรับคนที่เป็นหวัดเรื้อรัง	78	58.6
4.	สะเดา-น้ำปลาหวาน ช่วยเจริญอาหาร ป้องกันไข้หวัด	98	73.7
5.	แกงเลียงเหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น	98	73.7

จากตารางที่ 4 จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องอาหารพื้นบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องอาหารพื้นบ้าน ลำดับที่ 1 คือ อาหารเป็นยารักษาโรค ร้อยละ 83.5 ลำดับที่ 2 คือ สมุนไพรที่นำมาปรุงเป็นอาหารพื้นบ้านคือสมุนไพรตามฤดูกาล ร้อยละ 82.7 ลำดับที่ 3 คือ สะเดา-น้ำปลาหวาน ช่วยเจริญอาหาร ป้องกันไข้หวัด และ แกงเลียงเหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น ร้อยละ 73.7 และลำดับสุดท้าย คือ ต้มโคล้งปลาช่อน เหมาะสำหรับคนที่เป็นหวัดเรื้อรัง ร้อยละ 58.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องธาตุเจ้าเรือน

ข้อ	ธาตุเจ้าเรือน	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	ธาตุเจ้าเรือน คือ องค์ประกอบของธาตุในร่างกายมนุษย์	106	79.7
2.	คนที่มีลักษณะผิวหยาบแห้ง รูปร่างโปร่งผอม ผอมบาง ข้อกระดูกมัก ลั่นเมื่อเคลื่อนไหว นอนไม่ค่อยหลับ จะมีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุน้ำ	75	56.4
3.	อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือนคืออาหารรสเผ็ดร้อน	58	43.6
4.	ผู้ที่มีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือนมักเจ็บป่วยด้วยอาการน้ำมูกไหล มีเสมหะ โรคกระเพาะอาหาร	56	42.1
5.	อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือนคืออาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม	63	47.4

จากตารางที่ 5 จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องธาตุเจ้าเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องธาตุเจ้าเรือน ลำดับที่ 1 คือ ธาตุเจ้าเรือนคือองค์ประกอบของธาตุในร่างกายมนุษย์ ร้อยละ 79.7 ลำดับที่ 2 คือ คนที่มีลักษณะผิวหยาบแห้ง รูปร่างโปร่งผอม ผอมบาง ข้อกระดูกมักลั่นเมื่อเคลื่อนไหว นอนไม่ค่อยหลับ จะมีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุน้ำ ร้อยละ 56.4 ลำดับที่ 3 คือ อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือนคืออาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม ร้อยละ 47.4 ลำดับที่ 4 คือ อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือนคืออาหารรสเผ็ดร้อน ร้อยละ 43.6 และลำดับสุดท้ายคือ ผู้ที่มีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือนมักเจ็บป่วยด้วยอาการน้ำมูกไหล มีเสมหะ โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 42.1

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง การอบ-ประคบสมุนไพร

ข้อ	การอบ-ประคบสมุนไพร	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	การอบสมุนไพร คือ การใช้ไอน้ำจากการต้มสมุนไพรหลายๆชนิด รวมกัน	120	90.2
2.	ผู้ที่เป็นภูมิแพ้ไม่สามารถอบสมุนไพรได้	76	57.1
3.	ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด สามารถอบสมุนไพรได้	90	67.7
4.	การประคบสมุนไพรควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ	81	60.9
5.	หลังจากประคบสมุนไพรแล้วควรอาบน้ำทันที	113	85.0

จากตารางที่ 6 จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องการอบ-ประคบสมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการอบ-ประคบสมุนไพร ลำดับที่ 1 คือ การอบสมุนไพร คือ การใช้ไอน้ำจากการต้มสมุนไพรหลายๆ ชนิดรวมกัน ร้อยละ 90.2 ลำดับที่ 2 คือ หลังจากประคบสมุนไพรแล้วควรอาบน้ำทันที ร้อยละ 85.0 ลำดับที่ 3 คือ ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดสามารถอบสมุนไพรได้ ร้อยละ 67.7 ลำดับที่ 4 คือ การประคบสมุนไพรควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.9 และลำดับสุดท้าย คือ ผู้ที่เป็นภูมิแพ้ไม่สามารถอบสมุนไพรได้ ร้อยละ 57.1

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่อง
การแพทย์พื้นบ้าน

ข้อ	การแพทย์พื้นบ้าน	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	การแพทย์พื้นบ้าน คือ การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนที่มีมาแต่ดั้งเดิม	126	94.7
2.	ความเชื่อการเกิดโรคของแพทย์พื้นบ้าน เชื่อว่าการเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติและเกิดจากการเสียสมดุลของร่างกายตามอายุ	78	58.6
3.	วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่มีความเหมือนกัน	79	59.4
4.	หมอพื้นบ้าน เป็นองค์ประกอบหลักของการแพทย์พื้นบ้าน	116	87.2
5.	การตอกเส้น การย่ำขาง เป็นการแพทย์พื้นบ้าน	101	75.9

จากตารางที่ 7 จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการแพทย์พื้นบ้าน ลำดับที่ 1 คือ การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนที่มีมาแต่ดั้งเดิม ร้อยละ 94.7 ลำดับที่ 2 คือ หมอพื้นบ้านเป็นองค์ประกอบหลักของการแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 87.2 ลำดับที่ 3 คือ การตอกเส้น การย่ำขาง เป็นการแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 75.9 ลำดับที่ 4 คือ วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่มีความเหมือนกัน ร้อยละ 59.4 และลำดับสุดท้าย คือ ความเชื่อการเกิดโรคของแพทย์พื้นบ้าน เชื่อว่าการเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติและเกิดจากการเสียสมดุลของร่างกายตามอายุ ร้อยละ 58.6

3. ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบคำถามด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ข้อ	ประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย	เคย		ไม่เคย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	การใช้ น้ำมันไพล รักษาอาการปวดข้อ/เข่า/หลัง/ไหล่	96	72.2	37	27.8
2.	การใช้ ว่านหางจระเข้ รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	130	97.7	3	2.3
3.	การใช้ การนวดตนเอง รักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย	122	91.7	11	8.3
4.	การรับบริการด้านการนวดเพื่อผ่อนคลาย	92	69.2	41	30.8
5.	การดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจี๊ยบ น้ำมะตูม น้ำใบเตย	132	99.2	1	0.8
6.	การรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ปรุงจากพืชผักสมุนไพร เช่น แกงขี้เหล็ก แกงเลียง	130	97.7	3	2.3
7.	ท่านเคยรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน	65	48.9	68	51.1
8.	ในฤดูฝนท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อนเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย	67	50.4	66	49.6
9.	การอบสมุนไพร	46	34.6	87	65.4
10.	การประคบสมุนไพร	52	39.1	81	60.9
11.	การรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน	72	54.1	61	45.9
12.	การใช้อุปกรณ์การนวดตนเอง เช่น นมไม้ กะลา เพื่อการรักษา	65	48.9	68	51.1

จากตารางที่ 8 จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ลำดับที่ 1 คือ การดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจี๊ยบ น้ำมะตูม น้ำใบเตย ร้อยละ 99.2 ลำดับที่ 2 คือ การใช้ว่านหางจระเข้ รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และ การรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ปรุงจากพืชผัก

สมุนไพร เช่น แกงขี้เหล็ก แกงเลียง ร้อยละ 97.7 ลำดับที่ 3 คือ การใช้การนวดตนเองรักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 91.7 ลำดับที่ 4 คือ การใช้ น้ำมันไพล รักษาอาการปวดข้อ/เข่า/หลัง/ไหล่ ร้อยละ 72.2 ลำดับที่ 5 คือ การรับบริการด้านการนวดเพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 69.2 ลำดับที่ 6 คือ การรับการรักษากับหมอฟัน ร้อยละ 54.1 ลำดับที่ 7 คือ ในฤดูฝนท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อนเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 50.4 ลำดับที่ 8 คือ ท่านเคยรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน และ การใช้อุปกรณ์การนวดตนเอง เช่น นมไม้ กะลา เพื่อการรักษา ร้อยละ 48.9 ลำดับที่ 9 คือ การประคบสมุนไพร ร้อยละ 39.1 และลำดับสุดท้าย คือ การอบสมุนไพร ร้อยละ 39.1

4. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 9 แสดงรายละเอียดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การรับประทานข้าวกล้อง	1.08	0.794	พอใช้
2. การรับประทานอาหารรสหวานจัด	1.20	0.625	พอใช้
3. การออกกำลังกายนาน 45 นาที เป็นประจำ	1.46	1.004	ดี
4. การออกกำลังกายด้วยการเล่นโยคะ, ฤาษีดัดตน	0.42	0.580	ปรับปรุง
5. เมื่อมีปัญหาท่านมักจะกังวลหรือมีภาวะเครียดง่าย	1.37	0.680	ดี
6. การปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิเป็นประจำ	0.86	0.897	พอใช้
7. การปลูกพืชสมุนไพรในบริเวณบ้าน	2.04	1.040	ดีมาก
8. การดูแล ทำความสะอาดบ้านและสภาพแวดล้อมรอบบ้าน	2.59	0.629	ดีมาก
9. การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.	2.43	0.791	ดีมาก
10. การขบน้ำไข่วาง เป็นประจำ	0.97	0.717	พอใช้
11. การดื่มสุรา/ยาตอง เป็นประจำ	0.41	0.640	ปรับปรุง
12. การสูบบุหรี่ เป็นประจำ	0.06	0.343	ปรับปรุง
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยรวม	1.24	0.728	ดี

จากตารางที่ 9 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=1.24$, S.D. = 0.728) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ที่อยู่ในระดับดีมาก คือ การดูแลทำความสะอาดบ้านสภาพแวดล้อมรอบบ้าน การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และการปลูกพืชสมุนไพรในบริเวณบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกัน ($\bar{X}=2.59$, S.D. = 0.629), ($\bar{X}=2.43$, S.D. = 0.791), ($\bar{X}=2.04$, S.D. = 1.040) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในระดับดี คือ การออกกำลังกายนาน 45 นาที เป็นประจำ และ เมื่อมีปัญหาท่านมักจะกังวลหรือมีภาวะเครียดง่าย โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกัน ($\bar{X}=1.46$, S.D. = 1.004), ($\bar{X}=1.37$, S.D. = 0.680) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในระดับพอใช้ คือ การรับประทานอาหารรสหวานจัด การรับประทานข้าวกล้อง การชอนนึ่งไขว่ห้าง เป็นประจำ และการปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิเป็นประจำ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกัน ($\bar{X}=1.20$, S.D. = 0.625), ($\bar{X}=1.08$, S.D. = 0.794), ($\bar{X}=0.97$, S.D. = 0.717), ($\bar{X}=0.86$, S.D. = 0.897) และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต้องปรับปรุง คือ การออกกำลังกายด้วยการเล่นโยคะ, ฤาษีดัดตน การดื่มสุรา/ยาตองเป็นประจำ และการสูบบุหรี่เป็นประจำ ($\bar{X}=0.42$, S.D. = 0.580), ($\bar{X}=0.41$, S.D. = 0.640), ($\bar{X}=0.06$, S.D. = 0.343)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							1.000
ชาย	8	66.7	4	33.3	12	100	
หญิง	77	63.6	44	36.4	121	100	

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 ส่วนเพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 63.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 1.000 ดังนั้น เพศหญิงและเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
อายุ							0.202
31 – 40 ปี	17	85.0	3	15.0	20	100	
41 – 50 ปี	36	61.0	23	39.0	59	100	
51 – 60 ปี	27	58.7	19	41.3	46	100	
มากกว่า 60 ปี	5	62.5	3	37.5	8	100	

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.202 ดังนั้น อายุของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
การศึกษา							0.853
ประถมศึกษา	58	64.4	32	35.6	90	100	
สูงกว่าประถมศึกษา	27	62.8	16	37.2	43	100	

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 35.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 37.2 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.853 ดังนั้น ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
อาชีพ							0.011
เกษตรกร	48	71.6	19	28.4	67	100	
รับจ้าง	12	38.7	19	61.3	31	100	
ค้าขาย	16	69.6	7	30.4	23	100	
อื่นๆ	9	75.0	3	25.0	12	100	

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 71.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 28.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 38.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 69.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.4 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอื่นๆ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value = 0.011 ดังนั้น อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
รายได้							0.169
น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน	26	57.8	19	42.2	45	100	
3,001 – 5,000 บาท/เดือน	28	59.6	19	40.4	47	100	
มากกว่า 5,000 บาท/เดือน	31	75.6	10	24.4	41	100	

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 3,001 – 5,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40.4 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรม

- การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.169 ดังนั้น รายได้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
สถานภาพ							0.021
โสด	1	14.3	6	85.7	7	100	
สมรส	64	62.0	33	34.0	97	100	
หย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่	20	69.0	9	31.0	29	100	

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 14.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 34.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง/ม่าย/แยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.0 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.021 ดังนั้น สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว							0.936
1 – 5 คน	65	63.7	37	36.3	102	100	
6 – 10 คน	20	64.5	11	35.5	31	100	

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6-10 คน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 35.5 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value = 0.936 ดังนั้น จำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน							0.593
1 – 5 ปี	28	62.2	17	37.8	45	100	
6 – 10 ปี	32	69.6	14	30.4	46	100	
มากกว่า 10 ปี	25	59.5	17	40.5	42	100	

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1-5 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 6-10 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.4 และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40.5 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.593 ดังนั้น ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านบุคคล	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
โรคประจำตัว							0.360
มี	37	68.5	17	31.5	54	100	
ไม่มี	48	60.8	31	39.2	79	100	

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 39.2 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.360 ดังนั้น โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านความรู้การแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านสมุนไพร							0.966
ความรู้ต่ำ	12	63.2	7	36.8	19	100	
ความรู้ปานกลาง	48	64.9	26	35.1	74	100	
ความรู้สูง	25	62.5	15	37.5	40	100	

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 62.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 64.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 63.2 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value = 0.966 ดังนั้น ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านการนวด							0.888
ความรู้ต่ำ	7	70.0	3	30.0	10	100	
ความรู้ปานกลาง	52	64.2	29	35.8	81	100	
ความรู้สูง	26	61.9	16	38.1	42	100	

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 61.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 64.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.888 ดังนั้น ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านอาหารพื้นบ้าน							0.869
ความรู้ต่ำ	2	66.7	1	33.3	3	100	
ความรู้ปานกลาง	30	61.2	19	38.8	49	100	
ความรู้สูง	53	65.4	28	34.6	81	100	

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 65.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 61.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value = 0.869 ดังนั้น ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านธาตุเจ้าเรือน							0.727
ความรู้ต่ำ	8	61.5	5	38.5	13	100	
ความรู้ปานกลาง	62	66.0	32	34.0	94	100	
ความรู้สูง	15	57.7	11	42.3	26	100	

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 57.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 66.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 61.5 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value = 0.727 ดังนั้น ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทย ด้านการอบ-ประคบสมุนไพรกับ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านการอบ-ประคบสมุนไพร							0.281
ความรู้ต่ำ	2	40.0	3	60.0	5	100	
ความรู้ปานกลาง	30	58.8	21	41.2	51	100	
ความรู้สูง	53	68.8	24	31.2	77	100	

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 68.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.281 ดังนั้น ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านกับพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านการแพทย์พื้นบ้าน							0.299
ความรู้ต่ำ	3	75.0	1	25.0	4	100	
ความรู้ปานกลาง	28	73.7	10	26.3	38	100	
ความรู้สูง	54	59.3	37	40.7	91	100	

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 59.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 75.0 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.299 ดังนั้น ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านความรู้การแพทย์ แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ความรู้ต่ำ	1	50.0	1	50.0	2	100	1.000
ความรู้ปานกลาง	84	64.1	47	35.9	131	100	

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยปานกลาง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 64.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยต่ำ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 50.0 และ 50.0 ตามลำดับ จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value = 1.000 ดังนั้น ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประสบการณ์การแพทย์แผนไทยกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสบการณ์ การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านสมุนไพร							1.176
ประสบการณ์น้อย	29	72.5	11	27.5	40	100	
ประสบการณ์มาก	56	60.2	37	39.8	93	100	

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 72.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 60.0 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 1.176 ดังนั้น ประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการนวดกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสบการณ์การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านการนวด							0.181
ไม่เคยมีประสบการณ์	4	57.1	3	42.9	7	100	
ประสบการณ์น้อย	29	76.3	9	23.7	38	100	
ประสบการณ์มาก	52	59.1	36	40.9	88	100	

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการนวดกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการนวด มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 57.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการนวดน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 76.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการนวดมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 59.1 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.181 ดังนั้น ประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการนวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านกับ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสบการณ์ การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านอาหารพื้นบ้าน							0.296
ประสบการณ์น้อย	4	100	0	0	4	100	
ประสบการณ์มาก	81	62.8	48	37.2	129	100	

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 62.8 ดังนั้น ประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านอาหารพื้นบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value= 0.296)

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสพการณ์ การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านธาตุเจ้าเรือน							0.126
ไม่เคยมีประสพการณ์	29	69.0	13	31.0	42	100	
ประสพการณ์น้อย	35	70.0	15	30.0	50	100	
ประสพการณ์มาก	21	51.2	20	48.8	41	100	

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 69.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 51.2 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.126 ดังนั้น ประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านธาตุเจ้าเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทย ด้านการอบ-ประคบสมุนไพร
กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสบการณ์ การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านการอบ-ประคบสมุนไพร							0.075
ไม่เคยมีประสบการณ์	47	72.3	18	27.7	65	100	
ประสบการณ์น้อย	19	50.0	19	50.0	38	100	
ประสบการณ์มาก	19	63.3	11	36.7	30	100	

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพร มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 72.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 50.0 และ 50.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 63.3 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.075 ดังนั้น ประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการอบ-ประคบสมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านกับ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสพการณ์ การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ด้านการแพทย์พื้นบ้าน							0.004
ไม่เคยมีประสพการณ์	29	78.4	8	21.6	37	100	
ประสพการณ์น้อย	38	69.1	17	30.9	51	100	
ประสพการณ์มาก	18	43.9	23	56.1	41	100	

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้าน มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 78.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 69.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.1 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.004 ดังนั้น ประสพการณ์การแพทย์แผนไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสบการณ์ การแพทย์แผนไทย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย						p-values
	ต่ำ		ปานกลาง		รวม		
	n	%	n	%	n	%	
ประสบการณ์น้อย	26	92.9	2	7.1	28	100	0.0001
ประสบการณ์มาก	59	56.2	46	43.8	105	100	

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยน้อย มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 92.9 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 56.2 จากการทดสอบค่า Chi square test มีค่า p-value= 0.0001 ดังนั้น ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย และศึกษาปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 133 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ในด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดมีจำนวน 133 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 ส่วนเพศชายมีเพียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ซึ่งมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มากที่สุด จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาอายุระหว่าง 51- 60 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 อายุ 31- 40 ปี จำนวน 20 คน 15.0 และที่น้อยที่สุด คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 และกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีเพียง 46 คน คิดเป็นร้อยละ 32.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 รองลงมาอาชีพรับจ้าง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 อาชีพค้าขาย จำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ 17.3 และที่น้อยที่สุดคือ อาชีพอื่นๆ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001 - 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีเพียง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 ส่วนสถานภาพสมรสกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมาเป็นหย่าร้าง 3 คน แยกกันอยู่ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8 และน้อยที่สุดคือ สถานภาพโสด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน 1 – 5 คน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ จำนวน 6 – 10 คน มีเพียง 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 และที่น้อยที่สุดคือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6

โรคประจำตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 และที่มีโรคประจำตัว จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 และไม่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 82.7 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และที่ไม่เป็นโรคหัวใจ จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอื่นๆ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 และที่ไม่เป็นโรคใด ๆ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4

2. ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

2.1 ด้านสมุนไพร

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องสมุนไพร ว่า ใบย่านาง รักษาอาการไข้ เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 70.7 รองลงมาได้แก่ ผักกุน รักษาอาการท้องเสีย ร้อยละ 69.2 และตำลึง รักษาอาการฝีแผลพุพอง แมลงสัตว์กัดต่อย ร้อยละ 60.9 เป็นลำดับที่สาม

2.2 ด้านการนวด

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในการนวด ว่า การนวดเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 95.5 รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม บริเวณข้อต่อ สามารถนวดได้ไม่เป็นอันตราย ร้อยละ 78.2 และการนวดสามารถนวดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ไม่มีข้อยกเว้น ร้อยละ 48.1 เป็นลำดับที่สาม

2.3 ด้านอาหารพื้นบ้าน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องอาหารพื้นบ้านว่า อาหารเป็นยา รักษาโรค เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 83.5 รองลงมาได้แก่ สมุนไพรที่นำมาปรุงเป็นอาหารพื้นบ้าน คือ สมุนไพรตามฤดูกาล ร้อยละ 82.7 และสมุนไพรที่นำมาปรุงเป็นอาหารพื้นบ้านคือสมุนไพรตามฤดูกาล ร่วมกับ แกงเลียงเหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น ร้อยละ 73.7 เป็นลำดับที่สาม

2.4 ด้านธาตุเจ้าเรือน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องธาตุเจ้าเรือน ว่า ธาตุเจ้าเรือน คือ องค์ประกอบของธาตุในร่างกายมนุษย์ เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 79.7 รองลงมาได้แก่คนที่ มีลักษณะผิวหยาบแห้ง รูปร่างโปร่งผอม ผอมบาง ข้อกระดูกมักลั่นเมื่อเคลื่อนไหว นอนไม่ค่อยหลับ จะมีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุน้ำ ร้อยละ 56.4 และอาหารสำหรับผู้ที่ธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือนคือ อาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม ร้อยละ 47.4 เป็นลำดับที่สาม

2.5 ด้านการอบ - ประคบสมุนไพร

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องการอบ-ประคบสมุนไพร ว่า การอบสมุนไพร คือ การใช้ไอน้ำจากการต้มสมุนไพรหลายๆชนิดรวมกัน เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 90.2 รองลงมาได้แก่ หลังจากประคบสมุนไพรแล้วควรอาบน้ำทันที ร้อยละ 85.0 และผู้ที่เป็นโรคหอบหืด สามารถอบสมุนไพรได้ ร้อยละ 67.7 เป็นลำดับที่สาม

2.6 ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในเรื่องการแพทย์พื้นบ้านว่า การแพทย์พื้นบ้าน คือ การดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนที่มีมาแต่ดั้งเดิม เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 94.7 รองลงมาได้แก่หมอนพื้นบ้านเป็นองค์ประกอบหลักของการแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 87.2 และการตอกเส้น การย่ำขาง เป็นการแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 75.9 เป็นลำดับที่สาม

3. ประสบการณ์ดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ในด้านประสบการณ์ดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในเรื่อง การดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจี๊ยบ น้ำมะตูม น้ำใบเตย เป็นลำดับที่หนึ่ง ร้อยละ 99.2 รองลงมาได้แก่ การใช้ ว่านหางจระเข้รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก กับการรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ปรุงจากพืชผักสมุนไพร เช่น แกงขี้เหล็ก แกงเลียง ร้อยละ 97.7 และใช้การนวดตนเองรักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 91.7 เป็นลำดับที่ สาม

4. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ในด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับดีมาก ได้แก่ การดูแล ทำความ สะอาดบ้านและสภาพแวดล้อมรอบบ้าน รองลงมาได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชม. และ การปลูกพืชสมุนไพรในบริเวณบ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.59 2.43 2.04 ตามลำดับ ส่วนในระดับดี

ได้แก่ การออกกำลังกายนาน 45 นาที เป็นประจำ รองลงมาได้แก่ เมื่อมีปัญหา มักจะกังวลหรือมีภาวะเครียดง่าย โดยมีค่าเฉลี่ย 1.46, 1.37 ตามลำดับ ส่วนในระดับพอใช้ ได้แก่ การรับประทานอาหารรสหวานจัด รองลงมาได้แก่ การรับประทานข้าวกล้อง ชอบนั่งไขว่ห้างเป็นประจำ และการปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ เป็นประจำ โดยมีค่าเฉลี่ย 1.20 1.08 0.97 และ 0.86 ตามลำดับ ส่วนในระดับปรับปรุง ได้แก่ การออกกำลังกายด้วยการเล่นโยคะ, ฤาษีตัดตน รองลงมาได้แก่ การดื่มสุรา/ยาตอง เป็นประจำ และการสูบบุหรี่ เป็นประจำ โดยมีค่าเฉลี่ย 0.42, 0.41 และ 0.06 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเท่ากับ 1.24 อยู่ในระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยพบว่า อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.011$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.021$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประสบการณ์การแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประสบการณ์การแพทย์แผนไทยกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า ปัจจัยด้านการแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.004$) ดังนั้น ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.0001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ในด้านข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 71.6 อาจเนื่องมาจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยมีอาชีพเกษตรกร ทำให้คนในพื้นที่มีอาชีพเกษตรกร โดยมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ซึ่งยังอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษาทำให้มีความรู้ที่น้อยจึงทำให้ไม่สามารถนำความรู้มาสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ส่วนด้านสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 62.0 อาจเนื่องมาจาก 'ไม่มีเวลาเพราะต้องดูแลครอบครัว' ทำให้มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ

ในด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านมาก มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.1 อาจเนื่องมาจากในชุมชนยังยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดต่อกันมา ซึ่งสอดคล้องกับ คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.(2547). กล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนแบบดั้งเดิมจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเกี่ยวกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อาชีพและสถานภาพ ส่วนด้านประสบการณ์ ได้แก่ ประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการจัดโครงการฝึกอบรมเรื่องการแพทย์แผนไทย เช่น สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของตนเอง และสามารถถ่ายทอดความรู้การแพทย์แผนไทยให้กับประชาชน
2. ควรมีการสร้างแกนนำในแต่ละครอบครัวให้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่ทำการศึกษา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผลมาายืนยันกับผลการศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้
2. ควรมีการนำเสนอข้อมูลในการวิจัยให้กับสถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้มีการจัดโครงการฝึกอบรมเรื่องการแพทย์แผนไทยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในแต่ละพื้นที่
3. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อในเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของประชาชนในตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และในเขตพื้นที่อื่นๆ

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2547). **คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชบรมราชูปถัมภ์กรุงเทพฯ: มูลนิธิหมอชาวบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ. (2530). **สภาพและปัญหาการแพทย์แผนโบราณและกลวิธีการพัฒนาในงานสาธารณสุขมูลฐาน**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสิทธิ์. (2549). **ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย**.
- ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และคณะ. (2550). **โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ: ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างคน สร้างความรู้และการดูแลสุขภาพแบบพอเพียง**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- * ขนิษฐา ไตรพิทักษ์ และคณะ. (2546). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. วิจัยทางการพยาบาลกลุ่มวิชาพื้นฐานการพยาบาลและการบริหารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี.
- * จันทร์เพ็ญ พงษ์มา. (2542). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสตรีวัยหมดประจำเดือนสังกัดกรมอาชีวศึกษา, วิทยานิพนธ์.**, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชาญพงษ์ ถูกจิตร. (2542). **สมุนไพรรักษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชนบทของอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา**.
- ฉวีวรรณ ดวงขจร และคณะ. (2535). **การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน**.
- * ญาณิศา ปินตานา และคณะ. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยของประชาชนที่สถานอนามัย ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก**. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ญาณวงศ์ บรรพรัตน์ และ รัตติยา ศิลสานรุ่งเรือง. **คำและความหมายในงานสาธารณสุขมูลฐาน**. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข.

- ณรงค์ ประคำศรี และตะวัน สำราญใจ. (2550). **การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานกับประชาชนทั่วไป ตำบลเขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์**. วิทยานิพนธ์ สม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- บวชศักดิ์ อุวรรณโณ. (2543). **ปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). **การจัดตั้งองกระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี.
- ประเวศ วะสี. (2541). **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอนามัยชีวิตและสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ปัจจุบัน เหมหงษา. (2542). **สมุนไพรงานสาธารณสุขมูลฐาน**. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปิติ ทั้งไพศาล และคณะ. (2550). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลเขาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข , 3(3-5 ต.ค.-ธ.ค.). 489.
- พิสิฐฐ์ บุญไชย. (2545). **การใช้สมุนไพรมันบ้านในการดูแลสุขภาพของชาวกะเลิง จังหวัดสกลนคร**.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ. (2540). **การศึกษาสถานพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย**.
- รักษ์เกียรติ จิรันธร และคณะ. (2547). **ความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โรงพยาบาลสงขลา**.
- ลำดวน วิเศษไวยากร และคณะ. (2550). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยวังซอง ตำบลท่าพล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์**.
- วรรณชนก วีระสมบัติ และคณะ. (2544). **การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการใช้สมุนไพรรักษาโรค เพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้น**.
- วิชัย เทียนถาวร. **แผนงานส่งเสริมสุขภาพ**. เอกสารประกอบคำบรรยาย ในหัวข้อแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพ The 8th – 5 Year, National Health Promotion วันที่ 22 สิงหาคม 2540.

วุฒิชัย จริยา. (2549). **สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขใน
เขตภาคเหนือตอนล่างพิษณุโลก.** มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ. **โครงการวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา.** โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา : โรงพิมพ์ศรีอยุธยา. 2543.

สมโบว์ ฉัตรดำรง. (2542). **ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้าน
สาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล.**

สุดาร์ตน์ เกตุราพันธ์. (2545). **นโยบายสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า.** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางดำเนินการสร้างเสริม
สุขภาพแบบบูรณาการของกรมอนามัย.

สุรพล ศรีวิทยา. (2543). **รูปแบบนำเสนอของระบบพัฒนาการใช้สมุนไพรแบบบูรณาการ
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในชุมชน: กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขา
หินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา.**

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2545). **รายงานการวิจัยเรื่องการดูแล
สุขภาพด้วยตัวเองของครอบครัวไทย.** องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2548). **ระบบโครงสร้างและกลไกในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครอง
ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย.**



ภาคผนวก ก.

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จัดทำโดยนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

โปรดพิจารณาและตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์และความถูกต้องของงานวิจัย เพื่อประโยชน์ในการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผู้วิจัยถือว่าการตอบของท่านเป็นข้อมูลที่มีค่ายิ่งและจะสงวนไว้เป็นความลับและขอรับรองว่าจะไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นต่อตัวท่านและบุคคลใกล้เคียง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยที่ได้ในภาพรวมและจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านบุคคล จำนวน 9 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้การแพทย์แผนไทย จำนวน 30 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
จำนวน 12 ข้อ

คณะผู้วิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง หรือเติมข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ ปี

3. การศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

อนุปริญญา/ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

เกษตรกร(ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)

รับจ้าง

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ค้าขาย

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. รายได้

น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน

3,001 - 5,000 บาท/เดือน

5,001 - 7,000 บาท/เดือน

7,001 - 9,000 บาท/เดือน

มากกว่า 9,000 บาท/เดือน

6. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

หย่าร้าง

ม้าย

แยกกันอยู่

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

8. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนาน.....ปี

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

 ไม่มี มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อื่น ๆ โปรดระบุ.....**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้การแพทย์แผนไทย****คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง หรือเติมข้อความตามความเป็นจริง

ข้อ	ด้านความรู้การแพทย์แผนไทย	ใช่	ไม่ใช่
สมุนไพร			
1.	ฝึกคุณ รักษาอาการท้องเสีย		
2.	มะคำดีควาย รักษาโรคฝีประจำรอย		
3.	ขี้เหล็ก รักษาอาการเบื่ออาหาร		
4.	ใบย่านาง รักษาอาการไข้		
5.	ตำลึง รักษาอาการฝีแผลพุพอง แมลงสัตว์กัดต่อย		
การนวด			
6.	การนวดสามารถนวดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ไม่มีข้อยกเว้น		
7.	ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม บริเวณข้อต่อ สามารถนวดได้ ไม่เป็นอันตราย		
8.	คนที่ป่วยเป็นโรคผิวหนัง สามารถนวดได้ไม่เป็นอันตราย		
9.	การนวดเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด		
10.	การนวดรักษาไม่แตกต่างกับการนวดผ่อนคลาย		
อาหารพื้นบ้าน			
11.	อาหาร เป็น ยารักษาโรค		
12.	สมุนไพรที่นำมาปรุงเป็นอาหารพื้นบ้านคือสมุนไพรตามฤดูกาล		
13.	ต้มโคล้งปลาช่อน เหมาะสำหรับคนที่เป็นหวัดเรื้อรัง		
14.	สะเดา-น้ำปลาหวาน ช่วยเจริญอาหาร ป้องกันไข้หวัด		
15.	แกงเลียงเหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น		

ข้อ	ด้านความรู้การแพทย์แผนไทย	ใช่	ไม่ใช่
ธาตุเจ้าเรือน			
16.	ธาตุเจ้าเรือน คือ องค์ประกอบของธาตุในร่างกายมนุษย์		
17.	คนที่มีลักษณะผิวหยาบแห้ง รูปร่างโปร่งผอม ผอมบาง ข้อกระดูกมักลั่นเมื่อเคลื่อนไหว นอนไม่ค่อยหลับ จะมีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุน้ำ		
18.	อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือนคืออาหารรสเผ็ดร้อน		
19.	ผู้ที่มีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือนมักเจ็บป่วยด้วยอาการน้ำมูกไหล มีเสมหะ โรคกระเพาะอาหาร		
20.	อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือนคืออาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม		
การอบ-ประคบสมุนไพร			
21.	การอบสมุนไพร คือ การใช้ไอน้ำจากการต้มสมุนไพรหลายๆชนิดรวมกัน		
22.	ผู้ที่เป็นภูมิแพ้ไม่สามารถอบสมุนไพรได้		
23.	ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด สามารถอบสมุนไพรได้		
24.	การประคบสมุนไพรควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ		
25.	หลังจากประคบสมุนไพรแล้วควรอาบน้ำทันที		
การแพทย์พื้นบ้าน			
26.	การแพทย์พื้นบ้าน คือ การดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนที่มีมาแต่ดั้งเดิม		
27.	ความเชื่อการเกิดโรคของแพทย์พื้นบ้าน เชื่อว่าเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติและเกิดจากการเสียสมดุลของร่างกายตามอายุ		
28.	วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่มีความเหมือนกัน		
29.	หมอพื้นบ้าน เป็นองค์ประกอบหลักของการแพทย์พื้นบ้าน		
30.	การตอกเส้น การย่ำขาง เป็นการแพทย์พื้นบ้าน		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง หรือเติมข้อความตามความเป็นจริง

ข้อ	ประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย	เคย	ไม่เคย
1.	ท่านใช้น้ำมันพืช รักษาอาการปวดข้อ/เข่า/หลัง/ไหล่		
2.	ท่านใช้ ว่านหางจระเข้ รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก		
3.	ท่านใช้ การนวดตนเอง รักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย		
4.	ท่านเคยรับบริการด้านการนวดเพื่อผ่อนคลาย		
5.	ท่านเคยดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจียว น้ำมะตูม น้ำใบเตย		
6.	ท่านรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ปรุงจากพืชผักสมุนไพร เช่น แกงขี้เหล็ก แกงเลียง		
7.	ท่านเคยรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน		
8.	ในฤดูฝนท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน เพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย		
9.	ท่านเคยอบสมุนไพร		
10.	ท่านเคยประคบสมุนไพร		
11.	ท่านเคยรับการรักษากับหมอฟันบ้าน		
12.	ท่านเคยใช้อุปกรณ์การนวดตนเอง เช่น นมไม้ กะลา เพื่อการรักษา		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับกรปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด

ท่านได้ปฏิบัติหรือกระสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

สม่ำเสมอ หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำ 3 ครั้ง /สัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำ 2 ครั้ง /สัปดาห์

นานๆครั้ง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านทำ 1 ครั้ง /สัปดาห์

ไม่เคย หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยทำหรือไม่ได้ทำเลย

ข้อ	พฤติกรรม	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1.	ท่านรับประทานข้าวกล้อง				
2.	ท่านรับประทานอาหารรสหวานจัด				
3.	ท่านออกกำลังกายนาน 45 นาที เป็นประจำ				
4.	ท่านออกกำลังกายด้วยการเล่นโยคะ, ฤาษีดัดตน				
5.	เมื่อท่านมีปัญหาท่านมักจะกังวลหรือมีภาวะเครียดง่าย				
6.	ท่านปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ เป็นประจำ				
7.	ท่านปลูกพืชสมุนไพรในบริเวณบ้าน				
8.	ท่านดูแลและทำความสะอาดบ้านและสภาพแวดล้อมรอบบ้าน				
9.	ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชม.				
10.	ท่านชอบนั่งไขว่ห้างเป็นประจำ				
11.	ท่านดื่มสุรา/ยาสูบ เป็นประจำ				
12.	ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำ				

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

❖ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข.

แบบประเมินผู้เชี่ยวชาญ

แบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จัดทำโดยนิสิตคณะ สาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่4 สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการทำวิจัยครั้งนี้ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกเปิดเผยในรายบุคคล แต่จะนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากทุกท่านประเมินแบบสอบถามดังกล่าวตามความเป็นจริง

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้การแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์การให้คะแนน

+1 หมายถึง คำถามใช้ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจ

-1 หมายถึง คำถามใช้ไม่ได้หรือไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์/ปรับปรุง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตรวจแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้จัดทำ

การแปลผลดัชนีความพึงของผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุปผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ด้านสมุนไพร						
1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
4	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ด้านการนวด						
6	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
8	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
10	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ด้านอาหารพื้นบ้าน						
11	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
13	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
14	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
15	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ด้านธาตุเจ้าเรือน						
16	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
17	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
18	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
19	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
20	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุปผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ด้านการอบ-ประคบสมุนไพร						
21	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
22	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
23	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
24	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
25	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
ด้านการแพทย์พื้นบ้าน						
26	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
27	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
28	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
29	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
30	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 3 ด้านประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุปผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
4	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
6	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
8	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
10	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
11	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุปผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
4	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
6	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
8	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
10	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
11	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้