



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี



ณัชชา รวีพิทักษ์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของ
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติ
ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี"
ของ ณัชชา รวีพิทักษ์
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
ผู้วิจัย	ณัชชา ธีรพิทักษ์
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	ยาสมุนไพร, ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง, ผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ที่เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง 14 แห่ง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 396 คน ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการปวด การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด การรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาสมุนไพร และการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับสูง ส่วนสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรได้สูงที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด ($\beta=0.345$) รองลงมาคือ ประสพการณ์การใช้ยาสมุนไพร ($\beta=0.300$), การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร ($\beta=0.298$), การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร ($\beta=0.122$), การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยา

สมุนไพรมี ($\beta=0.108$), โรคประจำตัว ($\beta=-0.076$), ความเพียงพอของรายได้ ($\beta=-0.091$), การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการปวด ($\beta=-0.101$), และการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรมี ($\beta=-0.249$) ตามลำดับ ปัจจัยทั้ง 9 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรมี ได้ร้อยละ 54.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



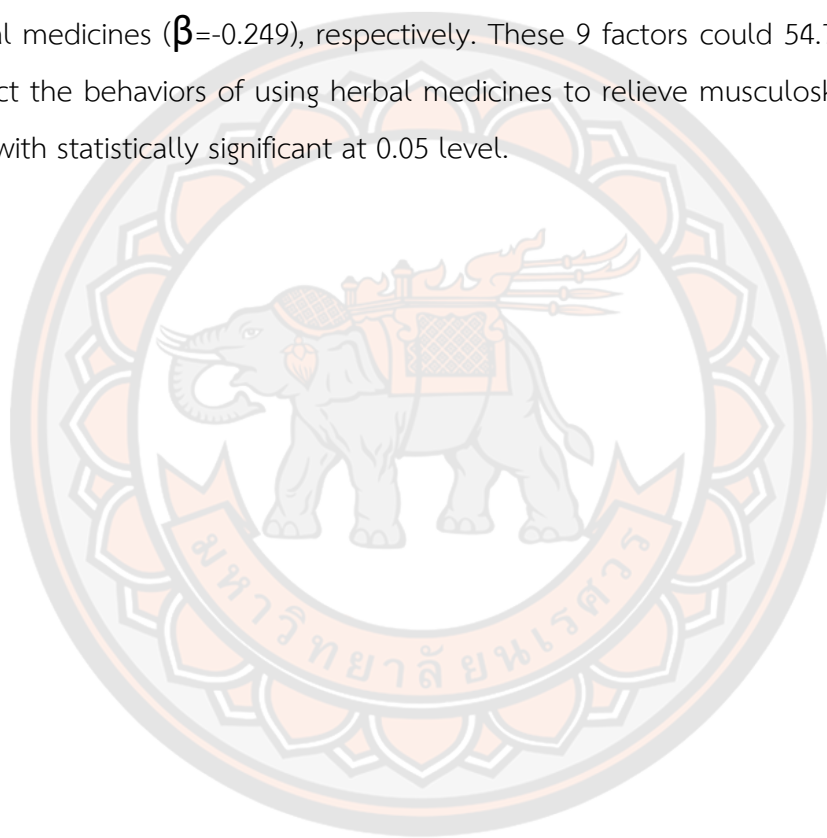
Title	FACTORS PREDICTING BEHAVIORS OF USING HERBAL MEDICINES TO RELIEVE MUSCULOSKELETAL DISORDERS PAIN AMONG ELDERLY IN NONGCHANG DISTRICT, UTHAITHANI PROVINCE
Author	Nutcha Riwpitak
Advisor	Assistant Professor Rung Wongwat, Dr.PH.
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2023
Keywords	Herbal medicines, Musculoskeletal disorders, Elderly

ABSTRACT

This predictive research aimed to study behaviors of using herbal medicines and the factors predicting behaviors of using herbal medicines to relieve musculoskeletal disorders pain among elderly in Nongchang district, Uthaitani province. The sample group were elderly with musculoskeletal disorders pain, who received treatment in 14 public health service centers places of Nongchang district in 2021, The sample of 396 elderly selected by systematic random sampling. Data were collected by using 6 parts of questionnaires as follows: personal factors, knowledge about herbal medicines, attitude about herbal medicines, perceived disorders of the musculoskeletal system, social support, and behaviors of using herbal medicines to relieve musculoskeletal disorders pain. The data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results found that, The attitude about herbal medicines, perceived susceptibility of musculoskeletal disorders pain, perceived severity of musculoskeletal disorders pain, perceived benefits of using herbal medicines, perceived barriers of using herbal medicines and having a role model to use herbal medicines were high level, while the knowledge about herbal medicines, inducing of using herbal medicines, receiving information and receiving advice from medical personnel and public health personnel were medium level, and behaviors of using

herbal medicines was low level. The factors predicting the behaviors of using herbal medicines to relieve musculoskeletal disorders pain the most was perceived severity of musculoskeletal pain ($\beta=0.345$), followed by experience of using herbal medicines ($\beta=0.300$), perceived benefits of using herbal medicines ($\beta=0.298$), receiving herbal medicines information ($\beta=0.122$), having a role model to use herbal medicines ($\beta=0.108$), congenital disease ($\beta=-0.076$), income sufficiency ($\beta=-0.091$), perceived susceptibility of musculoskeletal pain ($\beta=-0.101$), and perceived barriers of using herbal medicines ($\beta=-0.249$), respectively. These 9 factors could 54.70% collectively predict the behaviors of using herbal medicines to relieve musculoskeletal disorders pain with statistically significant at 0.05 level.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศส่วสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนต์ แสงเงิน ดร.อนุสร สีสหนาท อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และนางกิตติยา ชูวงษ์วัฒนะ แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฉาง ที่ให้คำแนะนำ แก้ไข และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ท่านอื่นๆ ของโรงพยาบาลหนองฉางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอหนองฉาง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีและสมบูรณ์

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณครอบครัว รวมถึงหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน และให้กำลังใจอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจต่อไป

ณัชชา รวีพิทักษ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	11
ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง.....	16
ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและ กระดูกโครงร่าง.....	29
พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา.....	40
พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ.....	42
แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	44
แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	68
บทที่ 4 ผลการวิจัย	69
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	70
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	72
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	74
ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	76
ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	82
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกโครงร่าง	85
ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อ บรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	87
บทที่ 5 บทสรุป.....	94
สรุปผลการวิจัย.....	94
อภิปรายผล.....	96
ข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม.....	104
ภาคผนวก.....	113
ประวัติผู้วิจัย.....	127

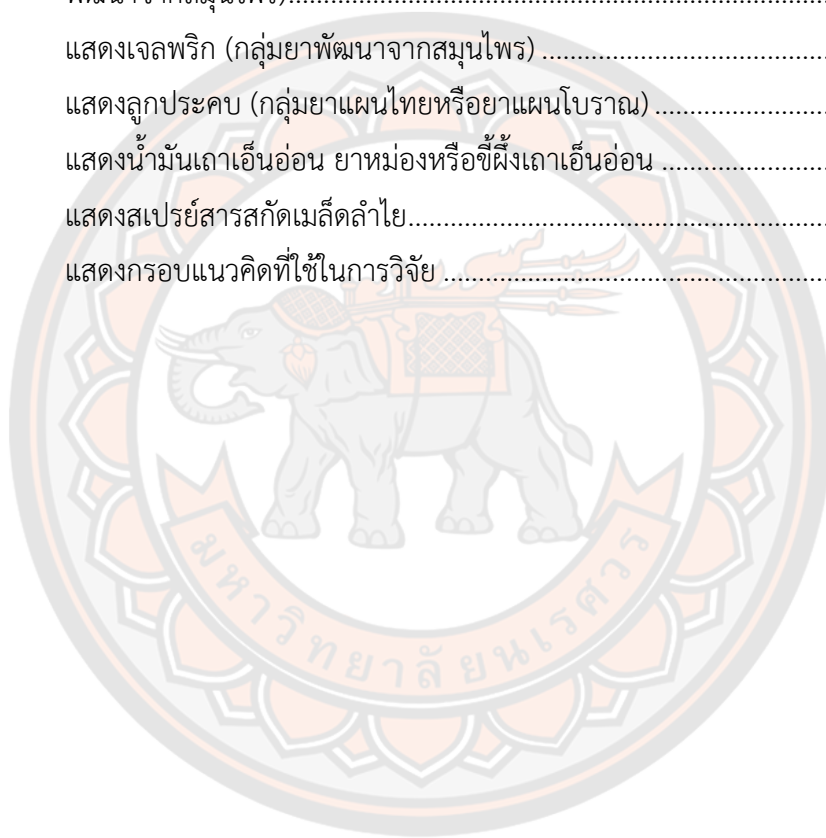
สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 56
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 70
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการใช้ยา สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง. 72
ตาราง 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ.... 73
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง. 74
ตาราง 6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของ กล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ 74
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง..... 76
ตาราง 8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามของการ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและ กระดูกโครงร่างรายชื่อ 77
ตาราง 9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของ การเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง 77
ตาราง 10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างรายชื่อ 78
ตาราง 11	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการ ใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง..... 78
ตาราง 12	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ 79

ตาราง 13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	80
ตาราง 14	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายข้อ	80
ตาราง 15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร	81
ตาราง 16	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรรายข้อ	81
ตาราง 17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร	82
ตาราง 18	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพรรายข้อ	82
ตาราง 19	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร	83
ตาราง 20	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	85
ตาราง 21	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายข้อ	85
ตาราง 22	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	88
ตาราง 23	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	89
ตาราง 24	แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	90

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1	แสดงยากษัยเส้น (กลุ่มยาแผนไทยหรือแผนโบราณ) 30
ภาพ 2	แสดงยาเถาวัลย์เปรียงแคปซูล (กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร) 31
ภาพ 3	แสดงยาหม่องไฟล (กลุ่มยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ) น้ำมันไฟล ครีมไฟล (กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร)..... 33
ภาพ 4	แสดงเจลพริก (กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร) 34
ภาพ 5	แสดงลูกประคบ (กลุ่มยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ) 35
ภาพ 6	แสดงน้ำมันเถาเอ็นอ่อน ยาหม่องหรือขี้ผึ้งเถาเอ็นอ่อน 37
ภาพ 7	แสดงสเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไย..... 39
ภาพ 8	แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 54



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) รวมถึงประเทศไทยที่มีโครงสร้างด้านประชากรของประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) โดยคาดการณ์ว่าหลังจากปี พ.ศ.2563 อีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุนาน 1 ใน 4 ของโลก (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) จากรายงานสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น ร้อยละ 16.16, 16.73 และ 17.57 และในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 12.81 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.40 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุและกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ กล่าวคือ เมื่อมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายมีการเสื่อมลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัญหาความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อกระดูกโครงร่าง (Musculoskeletal Disorders: MSDs) (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563)

ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดอาการบาดเจ็บบริเวณเส้นประสาท เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ กระดูกโครงร่าง และเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆ (มนัสรงทอง และคณะ, 2562) ซึ่งก่อให้เกิดอาการปวดที่มีระดับอาการตั้งแต่รู้สึกไม่สุขสบายในชีวิตจนถึงมีอาการปวดรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (ศรีสุตา งามขำ และคณะ, 2561) สามารถพบได้บ่อยครั้งในประชากรทั่วโลก ร้อยละ 60 – 80 (Nanagara, 2011; Youprasert, 2009) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่าจำนวนผู้ป่วยในจากกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีจำนวนสูงขึ้น คิดเป็นอัตราป่วยจาก 211.26 เป็น 215.36 ต่อแสนประชากร และจากการจัดอันดับรายจังหวัดที่มีผู้ป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า อัตราผู้ป่วยสูงสุดคือจังหวัดน่าน รองลงมาคือจังหวัดอุทัยธานี และแพร่ ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 พบว่าจังหวัดอุทัยธานีมีอัตราผู้ป่วยสูงสุด รองลงมาคือจังหวัดน่าน และลำพูน ตามลำดับ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ

สิ่งแวดลอม กรมควบคุมโรค, 2555) จากรายงานสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก พบว่า กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยที่ระดับประเทศมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.64 เป็น ร้อยละ 12.16 และที่ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี ชัยนาท นครสวรรค์ กำแพงเพชร และพิจิตร พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.34 เป็น ร้อยละ 10.75 ซึ่งในระดับประเทศและระดับเขตดังกล่าวนี้มีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นอันดับที่ 3 จาก 10 อันดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากรายงานมาตรฐาน โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ของเขตสุขภาพที่ 3 ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า จังหวัดอุทัยธานีมีอัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน สูงที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็น อัตราป่วย 147.19 และ 164.06 ต่อแสนประชากร (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สำหรับผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ รวมถึงเซลล์กล้ามเนื้อที่มีจำนวนลดน้อยลง จึงทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงส่งผลให้เกิดโรคเกี่ยวกับข้อต่างๆ และการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง โดยในผู้สูงอายุบางท่านอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) ซึ่งปัญหาสุขภาพด้านความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในผู้สูงอายุ พบว่า มีความชุกของอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด ร้อยละ 83 (ธนนต์ ศุภศิริ และอานนท์ วรยิ่งยง, 2562)

จากปัญหาสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงแสวงหาวิธีการรักษาหรือการบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น วิธีการใช้ยา วิธีการที่ไม่ใช้ยา หรือการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ โดยผู้สูงอายุส่วนมากจะเลือกวิธีการใช้ยาโดยมีแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการใช้ยา และมีการจัดการความปวดด้วยตนเอง (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2560) จากงานวิจัยการจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่มีอาชีพรีดเยาพารา พบว่าผู้สูงอายุมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง และเลือกใช้ยาแก้ปวดเพื่อจัดการกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 62.50 (จุลจิรา ธีรชิตกุล และคณะ, 2555) โดยการใช้ยาแก้ปวดในผู้สูงอายุ พบว่ามีมากถึงร้อยละ 66.7 และมีการใช้ยาแก้ปวดและยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์เป็นประจำ ร้อยละ 25.9 (ชิสัพพัชร์ ชูทอง, 2563) โดยยาแผนปัจจุบันชนิดยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-inflammatory Drug; NSAIDs) ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้จะมีฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบ ช่วยระงับปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และสามารถลดปวดแบบเฉียบพลันได้ ในทางกลับกันยาชนิด NSAIDs สามารถส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงในผู้ที่ใช้ยาได้ (สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2559) จากรายงานการศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยา NSAIDs พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs เพิ่มอัตราเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และเกิดไตวาย (Acute Renal Failure) ในเดือนแรกที่เริ่มใช้ยา และมีรายงานผู้ป่วย

ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit; ICU) ด้วยผลข้างเคียงจากยา NSAIDs ร้อยละ 1 - 25 และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 15 - 60 (ปีลันยา พิมพ์พาเว, 2558 อ้างอิงใน วัชรภรณ์ กุลวงศ์ และคณะ, 2561) และสำหรับผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปี พ.ศ.2556 - 2558 มีการนำเข้าและผลิตยาแผนปัจจุบันกลุ่มรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก มูลค่าประมาณ 8,589 ล้านบาท 8,730 ล้านบาท และ 9,621 ล้านบาทตามลำดับ (กองควบคุมยา, 2560) ดังนั้นเพื่อเป็นการลดการเกิดอาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแผนปัจจุบันชนิด NSAIDs และเพื่อลดการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยด้วยยาสมุนไพร จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งแก่ผู้สูงอายุ

เนื่องจากประเทศไทยมีสมุนไพรเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่ใช้ผลิตยา มากกว่า 1,000 ชนิด โดยสามารถนำมาใช้ในการรักษาโรคต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย (อัญชรา หวังวีระ, 2556) ในปี 2556 - 2559 มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรโดยรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการบรรจุยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างน้อยร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด เพื่อเป็นทางเลือกในการจ่ายยาให้กับประชาชนของแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย และส่งเสริมทางเลือกการรักษาแบบผสมผสานให้แก่ประชาชน รวมทั้งกระตุ้นเศรษฐกิจในประเทศไทย ลดการสั่งยาจากต่างประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2558) และในปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่า จำนวนของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากร้อยละ 41.49 เป็นร้อยละ 58.51 (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 มีการพัฒนาสมุนไพรและงานการแพทย์แผนไทยในงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานโดยเพิ่มโครงการต่างๆ ทางด้านสมุนไพรเข้าไปในแผนพัฒนาการสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประเทศไทยเป็นประเทศชั้นนำในการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรของภูมิภาคอาเซียน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ ทางด้านมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรมีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 1,700 ล้านบาท ในปี 2559 เป็นกว่า 2,000 ล้านบาท ในปี 2560 (กลุ่มงานสื่อสารองค์กร กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2561)

สำหรับความปลอดภัยของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จากการศึกษาความปลอดภัยของการใช้ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงเพื่อทดแทนยา Diclofenac (NSAIDs) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงเพื่อบรรเทาอาการปวด เกิดอาการไม่พึงประสงค์และมีความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Diclofenac และมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาน้อยกว่า เนื่องจากสามารถหยุดยาซึ่งไม่มีค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์

จากการใช้ยา Diclofenac มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 2,277 บาทต่อ 1 อาการไม่พึงประสงค์ (วิภา กลั่นสุวรรณ, 2560)

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรมารับประทานด้วยตนเองเพื่อรักษาอาการปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 28.81 รักษาอาการปวดข้อปวดกระดูก ร้อยละ 27.97 และ 24.86 ตามลำดับ โดยประชาชนในเขตชนบทมีการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชานเมืองและเมือง นอกจากนี้สำหรับประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ยาสมุนไพร พบว่า ร้อยละ 43.96 และ 58.42 เห็นด้วยว่าสมุนไพรมีความปลอดภัยในการใช้ประจำมากกว่ายาแผนปัจจุบัน และสามารถใช้ได้กับทุกเพศทุกวัย โดยในผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.53 เห็นด้วยว่าสมุนไพรต้องใช้เป็นระยะเวลานานจึงจะหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ปวด มีปริมาณการใช้ยาอยู่ที่ ร้อยละ 9.6 (ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ (ชนิดา มัททวงกูร และคณะ, 2562)

จังหวัดอุทัยธานี มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2564 จากร้อยละ 15.39 เป็น 20.27 ของประชากรทั้งหมด โดยอำเภอหนองฉางเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัด และจากการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.37 พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (นาฏสินี ชัยแก้ว, 2564) ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลในอำเภอหนองฉาง ปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่า มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.02, 23.01 และ 23.36 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองฉาง, 2564) และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุอำเภอหนองฉาง คือ อาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2563 กลุ่มโรคความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 1 ใน 3 ปีงบประมาณ ดังกล่าว ร้อยละ 27.59, 31.19 และ 32.15 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองฉางด้วยอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างสูงขึ้นด้วยเช่นกัน (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการระบุอาการโรคตามรหัส ICD-10 ที่รหัส M00-M99 และจะได้รับการรักษาโดยแพทย์ด้วยวิธีการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบันเป็นส่วนมาก (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ซึ่งนอกจากวิธีการรักษาโดยพบแพทย์และรับยาจากโรงพยาบาลหนองฉางแล้ว ผู้สูงอายุบางส่วนมีการแสวงหายาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดด้วยตนเอง โดยการซื้อยาจากร้านขายยาที่อยู่พื้นที่ใกล้เคียงหรือในชุมชนของตนเอง เนื่องจากสามารถหาซื้อได้ง่ายโดยพื้นที่อำเภอหนองฉางมีแหล่งจำหน่ายยาบรรเทาอาการปวด คือ ร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตเป็นสถานประกอบการร้าน

ขายยาประเภท ข.ย.1 และ ข.ย.2 จำนวน 12 ร้าน กระจายอยู่ในพื้นที่ทั้ง 10 ตำบล จึงเป็นการอำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับแหล่งจำหน่ายยานั้น ๆ ผู้วิจัยจึงสำรวจร้านขายยาดังกล่าว พบว่า ยาบรรเทาอาการปวดที่มีจำหน่ายส่วนมากเป็นยาแผนปัจจุบัน และมียาสมุนไพรเป็นส่วนน้อย ได้แก่ ยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ยาขมิ้นชัน ยาเถาวัลย์เปรียง ยาหม่องไหล น้ำมันไหล ครีมไหล เจลพริก ยาประคบหรือลูกประคบ และยาสมุนไพรที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ น้ำมันเถาเอ็นอ่อน ยาหม่องเถาเอ็นอ่อน สเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไย โดยร้านขายยา 1 ร้าน จะมียาสมุนไพรขายเพียง 1- 3 ชนิดเท่านั้น และบางร้านไม่มียาสมุนไพรขาย และจากการสุ่มสอบถามเภสัชกรจากร้านขายยาดังกล่าว พบว่า ยาบรรเทาอาการปวดที่ผู้สูงอายุนิยมซื้อรับประทาน คือ ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เนื่องจากมีฤทธิ์ช่วยลดอาการปวดแบบเฉียบพลันได้ ทั้งนี้การใช้ยา NSAIDs ด้วยตนเองนั้นอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการข้างเคียง โดยมีรายงานการศึกษาผู้ป่วย จำนวน 121,722 คน ที่ใช้ยา NSAIDs พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังจากการใช้ยา NSAIDs ในเดือนแรกที่เริ่มใช้ยา (Leowattana, 2018)

ผลการสำรวจข้อมูลโดยโรงพยาบาลหนองฉาง ในด้านของผลกระทบจากการใช้ยา NSAIDs พบว่า มีผู้สูงอายุที่มารับบริการด้วยอาการข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs คือ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2563 ร้อยละ 0.80, 0.99 และ 1.28 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และด้วยภาวะไตวายเฉียบพลันนั้นเป็นอาการข้างเคียงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากถึง ร้อยละ 78 และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (โรงพยาบาลหนองฉาง, 2563)

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง แต่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรจำนวนน้อย โดยส่วนมากจะได้รับการรักษาโดยยาแผนปัจจุบันชนิดรับประทาน โดยเฉพาะยาแก้ปวดชนิด NSAIDs ซึ่งก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ทั้งนี้อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้วและพบว่า มีผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการใช้ยา NSAIDs อย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น รวมถึงเป็นพื้นที่ที่มีการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดจำนวนน้อย และยังไม่มีการทำวิจัยในพื้นที่ดังกล่าวนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยตนเอง และเป็นทางเลือกควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ และให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร

ไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างทดแทนการรักษาด้วยยาที่มีผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์และลดต้นทุนการนำเข้ายาจากต่างประเทศจากยาแผนปัจจุบัน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
3. ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
4. ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการปวดจาก

ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

5. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถร่วมในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ที่มารับบริการสถานบริการสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง ในปีงบประมาณ 2564 จำนวนทั้งหมด 4,733 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หมายถึง อาการปวด ชา บวม แดง รวมถึงอาการตึง เคล็ด ที่บริเวณเส้นประสาท เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ กระดูกโครงร่าง และเนื้อเยื่ออ่อนอื่น ๆ ที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งจัดกลุ่มโรคตาม IDC -10 ระบุรหัส M00-M99 (Diseases of The Musculoskeletal System And Connective Tissue)

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้สูงอายุซื้อยาสมุนไพรจากร้านขายยามาใช้บรรเทาอาการปวดด้วยตนเอง ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาสมุนไพรทั้งชนิดแคปซูลและชนิดชาขง การใช้ยาสมุนไพรสำหรับภายนอกโดยวิธีการ ทา นวด ถู ฟน บริเวณต่าง ๆ ที่มีอาการดังกล่าวบนร่างกาย

ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด หมายถึง ยาสมุนไพรที่มีส่วนประกอบเป็นพืชสมุนไพรไทย มีจำหน่ายโดยร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตเป็นสถานประกอบการประเภท ข.ย.1 และ ข.ย.2 ในเขตพื้นที่อำเภอหนองฉาง และยาสมุนไพรที่ผลิตโดยโรงพยาบาลหนองฉาง แบ่งออกเป็นยา

สมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2563 ที่จัดเป็นยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก ในรูปแบบสำหรับรับประทาน และรูปแบบสำหรับใช้ภายนอก ได้แก่ ยากษัยเส้น ยาเกอวัลย์เปรียงแคปซูล ยาน้ำมันไพล ยาขี้ผึ้งไพล ครีมไพล ยาลูกประคบ เจลพริก และยาที่ไม่ได้จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ น้ำมันเกอเอ็นอ่อน ขี้ผึ้งเกอเอ็นอ่อน และ สเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไย โดยมีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อต่าง ๆ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี และมีรายชื่ออยู่ในระบบงานชັกประวัติผู้ป่วยนอก (HOSXP) ของสถานบริการสาธารณสุข ในอำเภอหนองฉาง

ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉางมีการใช้ยาสมุนไพรในชีวิตประจำวัน หรือเคยใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด อย่างน้อย 1 ชนิด ในรูปแบบการรับประทาน และ/หรือรูปแบบการใช้ภายนอก โดยได้รับยาสมุนไพรจากการพบแพทย์ หรือจากการซื้อยาสมุนไพรด้วยตนเอง ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง คุณลักษณะทางด้านสติปัญญาที่เกิดจากการเรียนรู้และเข้าใจ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษา การค้นคว้า รวมถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น และค่านิยมในการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉางมีความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือคาดคะเนต่อโอกาสที่จะเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากพฤติกรรมและปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างได้

การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง มีความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ว่าอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ก่อให้เกิดอาการปวดเรื้อรังได้ เป็นอุปสรรคในการทำงานและการดำรงชีวิต และอาจก่อให้เกิดความพิการหากไม่ได้รับการบรรเทาหรือรักษาอย่างถูกวิธี

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอนองฉางมีรู้สึกนึกคิด ความเชื่อว่าการใช้ยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จะสามารถช่วยให้กล้ามเนื้อคลาย หายจากอาการปวด ป้องกันการเกิดอาการปวดเรื้อรัง และทำให้สามารถดำรงชีวิตได้โดยปกติ

การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอนองฉางมีความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อว่ายาสมุนไพรมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก หรือเดินทางไปซื้อด้วยตนเองไม่สะดวก

สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง การมีแหล่งหาซื้อยาสมุนไพรที่สะดวกต่อผู้สูงอายุในอำเภอนองฉางที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีร้านขายยา โรงพยาบาล หรือแหล่งขายยาสมุนไพรที่สามารถหาซื้อได้สะดวก

การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอนองฉางมีครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือคนรู้จักใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และเห็นเป็นแบบอย่างทำให้เกิดการใช้ตาม

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอนองฉางได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และทางสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ สื่อวิทยุ สื่อออนไลน์ สื่อโทรทัศน์ หรือสื่อสาธารณะอื่น ๆ ที่มีเจตนาให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในอำเภอนองฉางได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาสมุนไพรทางด้านสรรพคุณ วิธีใช้ รวมถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของยาสมุนไพร จากแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สามารถให้ความรู้หรือข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง

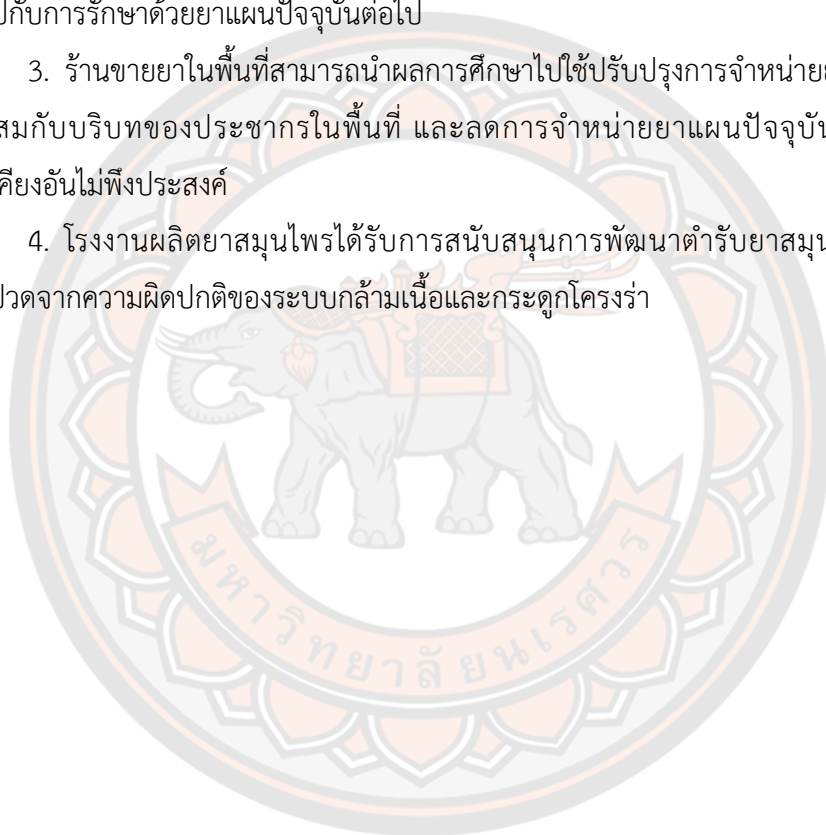
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย

1. สถานบริการสาธารณสุขสามารถนำปัจจัยที่มีอำนาจร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ จากการวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเบื้องต้น

2. กลุ่มงานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาใช้ในการสร้างนโยบายการใช้ยาสมุนไพร โดยส่งเสริมให้จ่ายยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันต่อไป

3. ร้านขายยาในพื้นที่ที่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ปรับปรุงการจำหน่ายยาสมุนไพรเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรในพื้นที่ และลดการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์

4. โรงงานผลิตยาสมุนไพรได้รับการสนับสนุนการพัฒนาตำรับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราและบทความวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง
3. ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง
4. พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา
5. พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ
6. แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
7. แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. นิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเรียกบุคคลใดว่าเป็นผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์กำหนดที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม ในต่างประเทศส่วนมาก กำหนดที่อายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยมีการใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี โดยพระราชพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 3 ให้ความหมายว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” และได้ใช้เกณฑ์กำหนดนี้ในการเกษียณอายุราชการร่วมด้วย (ชนัญญา ปัญจพล, 2558)

องค์การสหประชาชาติ, 2545 อ้างอิงใน รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) กล่าวว่า สำหรับการเป็นผู้สูงอายุ ยังไม่มีเกณฑ์กำหนดอายุที่เป็นมาตรฐาน เพียงแต่ยอมรับว่า ประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน นับอายุตามปีเกิด ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกันกับองค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เมื่อนับอายุตามปีเกิด ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์การยอมรับความเป็นผู้สูงอายุของต่างประเทศและประเทศไทย ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นเกณฑ์ของผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการศึกษานี้

2. การแบ่งระดับของสังคมผู้สูงอายุ

การแบ่งระดับของสังคมผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้จากร้อยละของจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ., 2561) ดังนี้

1. สังคมกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) คือ สังคมที่มีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. สังคมสูงอายุ (Aged Society) คือ สังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด

3. สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือ สังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด

4. สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) คือ สังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

3. การเปลี่ยนแปลงของวัยผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเปรียบเป็นช่วงวัยสุดท้ายของวงจรชีวิตคน มักมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่เป็นลักษณะเฉพาะ แต่จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ความสามารถ ประสบการณ์รวมถึงการตัดสินใจของแต่ละบุคคล (ชนัญญา ปัญจพล, 2558)

โดยการเปลี่ยนแปลงของวัยผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านร่างกาย ที่เปลี่ยนแปลงในทุกระบบ ทำให้มีสภาพทางกายเสื่อมถอยลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น สภาพผิวหนังที่เหี่ยวแห้ง เนื่องจากระบบผิวหนังที่เสื่อมสภาพ และการเดิน หรือเคลื่อนไหวที่ช้าลง เนื่องจากระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเสื่อมสภาพ
- 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ที่เป็นความผิดปกติภายในจิตใจ ซึ่งส่งผลกับอารมณ์ที่แสดงออกมา เช่น โกรธง่าย ท้อแท้ และซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากความกลัวถูกทอดทิ้งจากครอบครัวหรือสังคม
- 3) ด้านสังคม ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและในสังคม รวมถึงหน้าที่การทำงานและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย
- 4) ด้านเศรษฐกิจ เป็นส่วนที่ส่งผลมาจากหน้าที่การทำงานหรือการประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ที่ลดลงจนกระทั่งสูญเสียรายได้ (วิริศดา พุกแก้ว และพระพรหมบัณฑิต, 2563)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ เช่น ผิวหนังที่แห้งและเหี่ยวย่น เส้นผมหงอกขาว ริมฝีปากแห้ง ฝ่ามือแตกง่าย เล็บมือเล็บเท้าเปราะ ไหล่และหลังงุ้มอง ความสามารถทางการได้ยินและการมองเห็นลดลงหรือไม่ชัดเจน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็น คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในร่างกาย เช่น การมีมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง กระดูกบางลง ข้อต่อและเส้นเอ็นต่าง ๆ ยึดหยุ่นน้อยลง การมีไขมันที่หนาขึ้น ระบบย่อยอาหารทำงานได้น้อยลง กระเพาะปัสสาวะมีความจุน้อยลง

วิศดา พุกแก้ว และพระพรหมบัณฑิต (2563) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้น เกิดขึ้นกับทุกระบบภายในร่างกาย ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบย่อยอาหาร ระบบประสาทและสมองต่อมไร้ท่อ ระบบสืบพันธุ์

จึงสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงที่สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่าและไม่สามารถเห็นได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากอวัยวะและระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายที่ทำงานได้ลดน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมสภาพลง และเป็นสาเหตุของการเกิดอาการเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551 อ้างอิงใน ทศนีย์ ดาวเรือง (2555) กล่าวว่า สิ่งที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 ประการ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่รัก ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจและอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ การสูญเสียอาชีพหรือบทบาทหน้าที่การทำงาน ที่ทำให้เสียอำนาจ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ รวมถึงความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนร่วมงาน หรือแม้กระทั่งญาติความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวหรือญาติมิตรจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง และอีกประการหนึ่ง คือ สิ่งแวดล้อมภายในร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคทางกายได้ง่าย เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น การรับรู้หรือประสาทสัมผัสต่าง ๆ ที่เสื่อมลง รวมถึงความจำเสื่อมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดการวิตกกังวล มีอารมณ์โมโหและโกรธง่ายขึ้น

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2560) กล่าวสรุปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่มักพบในผู้สูงอายุ คือ การมีความสุขลดน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเกิดความเจ็บป่วยที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสังคม และการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2560) กล่าวว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่พบได้มาก เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการยึดติดในความคิดและเหตุผลของตนเอง ความสามารถในการจำเหตุการณ์ในปัจจุบันลดน้อยลงและมักหลงลืมได้ง่าย ทำให้เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะขาดความมั่นใจในการปรับตัว นอกจากนี้ทางด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุอาจมีการแสดงออกของอาการซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล เอาแต่ใจตนเอง มีความคิดที่หมกมุ่นเรื่องของตนเองและมักคิดซ้ำซาก ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวการถูกทอดทิ้ง และมีความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง

จึงสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อันเนื่องมาจากกิจกรรมที่เคยกระทำหรือปฏิบัตินั้น ถูกลดลงหรือหยุดไป ทำให้ยากต่อการปรับตัวกับสภาพปัจจุบัน รวมถึงประสิทธิภาพของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ลดน้อยลง ทั้งการเคลื่อนไหวที่ช้าลง กำลังกายน้อยลง การรับรู้และประสาทสัมผัสที่มีประสิทธิภาพลดลง รวมถึงการเกิดโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้ล้วนเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่แย่ลง หรือมีความสุขลดน้อยลง

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์, 2559 อ้างอิงใน ชนัญญา ปัญจพล (2558) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพและบทบาทของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย การสูญเสียอาชีพการงาน การสูญเสียอำนาจ การสูญเสียบทบาทในครอบครัว การถูกทอดทิ้งจากสังคมและลูกหลาน การไม่ได้รับความเคารพนับถือเนื่องจากคนส่วนมากมองว่าเป็นผู้ที่มีสมรรถภาพหรือความสามารถที่น้อยลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2560) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม คือ การมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดน้อยลง คนส่วนมากมองว่าผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานที่ลดน้อยลงด้วย จึงถูกลดความสำคัญหรือการใส่ใจลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคมในที่สุด นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้นำครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้อาศัยเท่านั้น และในส่วนของ การดูแลตนเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความลำบาก เป็นสิ่งที่กระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกหดหู่กับสภาพตนเอง จึงทำให้ไม่กล้ามีสังคมหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

สรุปได้ว่า การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางครอบครัวและทางอาชีพการงานเป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ผู้สูงอายุปรับตัวได้ยากกับการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองและเกิดการห่างออกจากสังคมในที่สุด

4. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

สืบเนื่องจากวัยสูงอายุ ถูกใช้เป็นเกณฑ์ในการปลดเกษียณการทำงาน จึงทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ ที่ใช้เลี้ยงตนเองได้ ส่วนมากต้องพึ่งพิงจากบุตร และรองลงมาจะได้จากการทำงานหรือสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น เงินบำนาญ นอกจากนี้อาจได้จากญาติพี่น้องหรือผู้อื่น ซึ่งแหล่งรายได้จากบุตรมีแนวโน้มที่ลดลง แต่รายได้จากการทำงานกลับสูงขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุวัยตอนต้นยังคงทำงานอยู่ เกินร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่ไม่สามารถทำงานเองได้ จะทำให้ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้นต่ำลง (ชนัญญา ปัญจพล, 2558)

จากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทุกคน ทั้งนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ด้วย

4. ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากการเสื่อมสภาพของระบบและอวัยวะต่าง ๆ นั้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานแยกลง ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยและเกิดโรคต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องมีการใช้เงินสำหรับค่ารักษาเพิ่มขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจที่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางครอบครัวหรือสังคม กล่าวคือ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ครอบครัวหรือผู้อื่นต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ โดยส่วนมากผู้สูงอายุมักเกิดความรู้สึกหงุดหงิดหรือท้อแท้ขึ้นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง มีความคิดหมกมุ่นกับตนเองและอาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เมื่อผู้สูงอายุลดความสัมพันธ์ทางสังคมลง จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านจิตใจที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว หรือไม่กล้าทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพตนเอง หรือไม่เพียงพอต่อการใช้รักษาตนเองจากความเจ็บป่วย จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโดยส่วนมากผลกระทบที่เกิดขึ้นมักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ

Ortiz & Cummins (2011) กล่าวว่า จากผลการวิจัยที่ผ่านมามีปัญหาทางเศรษฐกิจ และสุขภาพ โดยด้านเศรษฐกิจพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีภาวะสุขภาพที่ระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก โดยโรคที่มีรายงานว่าพบมากในผู้สูงอายุ คือ ปวดหลัง ปวดเอว ไชข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนี้เป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองได้

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ (2563) ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ซึ่งศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และภาวะเศรษฐกิจและเทคโนโลยี ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45 ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 17 ซึ่งสอดคล้องกับนิยามการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุที่จะมีการห่างจากสังคมมากขึ้น ส่วนของภาวะสุขภาพจิตพบว่า มีระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 53.3 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 75 ซึ่งสอดคล้องกับนิยามการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในทางที่เสื่อมถอยลง และสำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดคือกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.6

ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ (2563) กล่าวว่า ผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่ง พบปัญหาการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูงอายุ เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ และโรคที่เกี่ยวข้องระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งนำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่า แม้ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน แต่ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน ด้วยภาวะความเจ็บป่วยและการเกิดโรคประจำตัว ดังนั้นการจัดการด้านสุขภาพเพื่อลดหรือบรรเทาความความเจ็บป่วยให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่จะสามารถช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ โดยปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการด้านสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการปรับปรุงระบบบริการและการเพิ่มการใช้แพทย์ทางเลือก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและพึงตนเองให้ได้มากที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

1. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (Musculoskeletal System)

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หมายถึง ระบบอวัยวะที่รวม เนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นยึดข้อ เส้นประสาท และหลอดเลือดเลี้ยงเนื้อเยื่อกระดูก เยื่อหุ้มข้อกระดูก

และข้อกระดูก หมอนกระดูกสันหลังและกระดูกโครงสร้างร่างกาย (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2555)

ส่วนประกอบหลักของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (อมรรัตน์ นระสนธิ, 2559) มีดังนี้

1. กระดูก มีหน้าที่สำคัญที่สุดในการเคลื่อนไหว ช่วยพยุงร่างกาย ปกป้องร่างกาย จากการกระทบกระแทกและการรุกรานจากภายนอก โดยเฉพาะอวัยวะที่บอบบางและไวต่อการติดเชื้อ สะสมแร่ธาตุ เช่น แคลเซียมและฟอสฟอรัส ที่เป็นแร่ธาตุส่วนใหญ่ในกระดูก และช่วยในการเคลื่อนไหวโดยเป็นระบบคานให้แกกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหดตัวจะทำให้กระดูกเคลื่อนไหวโดยมีข้อเป็นจุดยึดต่อ

2. ข้อต่อและเอ็น ข้อต่อ คือ กระดูกตั้งแต่สองชิ้นขึ้นไปมาต่อกัน เป็นส่วนเชื่อมกันระหว่างกระดูกกับกระดูก โดยมีเอ็นมาช่วยยึดเกาะไว้เพื่อประกอบให้กระดูกหลาย ๆ ชิ้นติดกันเป็นโครงร่าง ทำให้เกิดการรวมตัวกันอย่างมั่นคง ข้อต่อสามารถจำแนกตามลักษณะการเคลื่อนไหวได้เป็น 3 ชนิด คือ ข้อต่อที่เคลื่อนไหวไม่ได้เลย (Completely Immovable Joints) จะมีหน้าที่ในการป้องกันอวัยวะที่ห่อหุ้มอยู่ภายใน เช่น ข้อต่อของกะโหลกศีรษะที่ปกป้องสมองไว้ ข้อต่อที่เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย (Slightly Immovable Joints) หรือเรียกว่าข้อต่อชนิดกระดูกอ่อนคั้น เช่น ข้อต่อบริเวณสะโพก และข้อต่อในกระดูกไขสันหลังที่ถูกขันด้วยหมอนรองกระดูกสันหลัง และข้อต่อที่เคลื่อนไหวได้ (Movable Joints) เรียกว่าข้อต่อมีไขข้อ (Diarthrosis) มีหน้าที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวหลากหลายรูปแบบ เช่น ข้อต่อที่หัวไหล่ สะโพกหรือข้อศอก

3. กล้ามเนื้อ คือ เนื้อเยื่อที่มีหน้าที่หลักในการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยร่างกายมนุษย์จะประกอบด้วยกล้ามเนื้อมากกว่า 500 มัดโดยประมาณ และมีน้ำหนักรวมกันประมาณครึ่งหนึ่งของน้ำหนักร่างกาย กล้ามเนื้อเป็นเนื้อเยื่อที่พบได้ทุกส่วนของร่างกายซึ่งแบ่งออกเป็นกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ หรือกล้ามเนื้อที่สามารถบังคับได้ และอีกกลุ่มคือกล้ามเนื้อนอกเหนืออำนาจจิตใจ หรือกล้ามเนื้อที่ไม่สามารถบังคับได้ กล้ามเนื้อเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้ข้อมั่นคง ซึ่งกล้ามเนื้อจะมีการหดหรือขยายตัวเมื่อได้รับการกระตุ้นจาก Nerve Impulse ทำให้มีการเคลื่อนไหวของข้อ และในส่วนของกล้ามเนื้อที่ติดกับกระดูกโดยเอ็น จะมีคุณสมบัติหดตัวเล็กน้อยเพื่อเตรียมพร้อมจะทำงานอยู่เสมอและช่วยรักษารูปร่างของร่างกาย

3.1 ความสำคัญของระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่

3.1.1 ช่วยให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้จากการทำงาน โดยการอาศัยการทำงาน ของระบบโครงกระดูกและข้อต่อต่าง ๆ และการยึด หดตัวของกล้ามเนื้อ

3.1.2 ช่วยให้อวัยวะภายในต่าง ๆ ทำงานได้ตามปกติและมีประสิทธิภาพ เช่น หัวใจ ปอด กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และหลอดเลือด เนื่องจากมีการบีบตัวของกล้ามเนื้ออวัยวะดังกล่าว

3.1.3 ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย โดยการหดตัวของกล้ามเนื้อแล้ว เกิดปฏิกิริยาทางเคมี จะทำให้เกิดความร้อนและทำให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น

3.1.4 ช่วยปกป้องอวัยวะภายในไม่ได้รับการกระทบกระเทือนซึ่งเป็นแหล่ง เกิดพลังงานของร่างกาย

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมีหน้าที่หลักในการ เคลื่อนไหวของร่างกายต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่ประกอบไปด้วย กระดูก กระดูกอ่อน ข้อต่อ กล้ามเนื้อ และเอ็นเป็นหลัก ถ้าหากมีความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับระบบ กระดูกและกล้ามเนื้อจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายและโครงร่างของร่างกายผิดปกติไปด้วย โดย ความผิดปกติที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงมากและสำหรับการรักษาอาจต้องใช้ เวลารักษาเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันและคุณภาพชีวิตได้

2. สาเหตุและปัจจัยของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (Musculoskeletal Disorder: MSDs)

สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2555) ประกอบด้วย

1. การบาดเจ็บ เช่น บาดเจ็บจากการออกแรงเกินกำลัง บาดเจ็บจากการทำท่าทางที่ฝืน ธรรมชาติ การทำงานหนัก เช่น งานที่ต้องทำท่าทางหรืออิริยาบถเดิม ๆ ซ้ำ ๆ หรือมีการอยู่ในท่าเดี๋ยวนานเกินไป

2. การติดเชื้อ

3. การเสื่อมตามอายุหรือในวัยผู้สูงอายุ กล่าวคือ การเสื่อมลงของร่างกายทุกระบบอัน เป็นผลมาจากร่างกายลดความสามารถในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมีความ เสี่ยงที่จะถูกทำลายเพิ่มขึ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือสารเคมี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก เช่น การลดลงของปริมาณของน้ำในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ขนาดของกล้ามเนื้อโดยรวมจะเล็กลง แคลเซียมในกระดูกลดลง กล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ มีการยึด ติด หรือตึง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวไม่ มีประสิทธิภาพ (สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2554)

4. การผิดปกติของโครงสร้างร่างกายที่มีอยู่เดิมหรือกรรมพันธุ์

5. สภาวะทางจิตใจ เช่น ผู้ที่มีภาวะเครียด

3. อาการความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

อาการความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ได้แก่ ปวด ชา บวม แดง รวมถึงอาการตึง เคล็ด ที่บริเวณเส้นประสาท เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ กระดูกโครงร่าง และ เนื้อเยื่ออ่อนอื่น ๆ ซึ่งอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตลดลง คือ อาการปวด (ศรีสุตา งามขำ และคณะ, 2561)

1. ความปวด (Pain) ตามคำจำกัดความโดยสมาคมนานาชาติที่ศึกษาเรื่องความปวด (The International Association for The Study of Pain: IASP) ในปี พ.ศ. 2523 หมายถึง ประสบการณ์ไม่สุขสบายด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บ หรือสามารถทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายบาดเจ็บ กล่าวคือมีการบรรยายเหมือนว่ามีบาดเจ็บของเนื้อเยื่อนั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 มีการปรับปรุงความหมายให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นว่า ความปวด คือ ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ซึ่งเกิดร่วมกันกับการบาดเจ็บหรือสามารถทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบทางด้านความรู้สึก อารมณ์ ความรู้คิดและสังคม จากคำนิยามข้างต้นจะเห็นว่าความปวดนั้นเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกและอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นที่พึงพอใจ คนปกติทั่วไปจึงไม่ร้องการที่จะเกิดความรู้สึกปวด เนื่องจากประสบการณ์ของความปวดเกิดขึ้นทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ทางด้านความรู้สึกนั้นเป็นเรื่องของการรับรู้ผ่านระบบประสาท ส่วนอารมณ์เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาผู้ที่ปวดจึงต้องพิจารณาปัจจัยทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้ความปวดไม่จำเป็นต้องเกิดเฉพาะเมื่อมองเห็นบาดแผลหรือการฉีกขาดของเนื้อเยื่อของร่างกายร่วมด้วย กล่าวคือความปวดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสลับซับซ้อนทางความรู้สึกและอารมณ์ เกิดเป็นการรับรู้และประสบการณ์ของชีวิตทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ และมีความจำเพาะของแต่ละบุคคลโดยเป็นสิ่งที่รู้โดยบุคคลนั้นเอง (Subjective Experience)

ในปัจจุบันที่นักวิทยาศาสตร์ให้ความสำคัญที่จะศึกษาในมุมมองของความรู้สึก อารมณ์ ความรู้คิดและสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ความปวด (สุปราณี นิรุติศาสตร์, 2559) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีสุตา งามขำ และคณะ (2561) ที่กล่าวว่า ความปวดเกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน ไม่สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ และมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยความปวดมีลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเรื้อรังและเฉียบพลัน ระดับของอาการปวดมีตั้งแต่ที่ทำให้ไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิตไปจนถึงมีอาการปวดที่รุนแรง (วรรณนา สอนองเดช, 2561)

4. อาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัด อุทัยธานี

ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการด้วยอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในปีงบประมาณ 2563 จากโปรแกรม HOS ของแต่ละสถานบริการสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีอาการปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยตำแหน่งที่พบมากที่สุด ได้แก่ ขาส่วนล่าง หลังส่วนล่าง ข้อเท้าและเท้า และข้อเข่า

1. ขาส่วนล่าง พบร้อยละ 38.67 โดยขาส่วนล่างประกอบด้วยกล้ามเนื้อจำนวนมาก กระดูกหน้าแข้งและกระดูกน่อง เอ็นร้อยหวาย และเส้นใยประสาท มีหน้าที่เป็นโครงสร้างที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมที่มีน้ำหนัก เช่น การยืน และการเดิน การวิ่ง หรือการกระโดด

อาการปวดขาส่วนล่างคือ การปวดบริเวณส่วนที่อยู่ระหว่างเข่าและข้อเท้า ในผู้สูงอายุอาจเกิดจากท่าทางการนั่งของคุณเข่า การเดินหรือยืนเป็นเวลานาน ๆ โดยการยืนหรือเดิน นาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณน่องมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง การไหลกลับของหลอดเลือดดำต้องอาศัย การหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นจังหวะ หากกิจกรรมที่ต้องยืนอยู่นิ่งเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อน่องต้องเกร็งตัว ตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดการคั่งค้างของของเสียจึงทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยได้ ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมากเนื่องจากการทำให้การทรงตัว หรือการเคลื่อนไหวร่างกายมี ประสิทธิภาพลดลง

2. หลังส่วนล่าง พบร้อยละ 23.07 โดยหลังประกอบด้วยกระดูกสันหลังที่เป็นแกนหลัก สำคัญของร่างกาย ที่ทำหน้าที่ล้อมรอบและป้องกันไขสันหลังซึ่งเป็นส่วนเชื่อมโยงกับประสาททุกส่วน ของร่างกายกับสมอง ประกอบด้วยร่างแหของเส้นประสาทต่าง ๆ โดยแต่ละเส้นเชื่อมต่อกับไขสันหลัง ทางช่องที่อยู่ระหว่างชั้นกระดูกสันหลัง ในแต่ละข้อของกระดูกสันหลังจะมีหมอนรองคั่นอยู่ระหว่าง กลาง มีลักษณะเป็นกระดูกอ่อนแบน เป็นเนื้อเยื่อที่แข็งแรงและยืดหยุ่นได้ ในขณะที่มีการเคลื่อนไหว จะเป็นส่วนที่ช่วยให้เคลื่อนไหวได้มากและช่วยลดการกระทบกระแทกจึงป้องกันไม่ให้กระดูกสันหลังถูก ทำลายได้ ส่วนของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นจะทำหน้าที่ยึดทุกสิ่งอย่างเข้าไว้ด้วยกันเป็นเหมือนใยร่างแห ที่ซับซ้อน จึงช่วยให้กระดูกสันหลังแข็งแรงและสามารถยืดหยุ่นได้ แต่เนื่องด้วยกล้ามเนื้อมีลักษณะ เป็นชิ้นเล็ก ๆ มีช่องขยับเขยื้อนน้อยจึงเสี่ยงต่อการฉีกขาดเมื่อเกิดแรงซึ่งตึงมากเกินไป เมื่อมีการชำรุด หรือสึกหรอตามสภาพปกติก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวดหลังได้

อาการปวดหลังส่วนล่าง คือ อาการปวดเฉพาะที่ เกิดระหว่างซี่โครงที่ 12 จนถึง บริเวณก้นข้อย่อยโดยจะมีอาการปวดชาหรือไม่มีก็ได้ และร้อยละ 90 เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และคณะ, 2562) ส่วนใหญ่อาการปวดหลังส่วนล่างมักมีสาเหตุจากกล้ามเนื้อไม่ แข็งแรง การทำท่าทางที่ไม่ถูกต้อง น้ำหนักตัวที่มากเกินไป หรือกระดูกก้นกบกับกระดูกปลายล่างสุด ได้รับแรงกระแทกจากการทรุดตัวลงนั่งบนวัตถุแข็งอย่างกะทันหัน ซึ่งอาการปวดอาจเกิดขึ้นอย่าง ฉับพลันหรือค่อยเป็นทีละน้อย และอาจมีอาการปวดที่เป็นอยู่ตลอดเวลาหรือปวดเฉพาะกิจกรรม เช่น การบิดเอี้ยวตัว การไอ การจาม (ประพจน์ เกตุรากาศ และสุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2556) นอกจากนี้การปวดอาจเกิดได้จากภาวะกระดูกพรุน โดยอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ สำหรับผู้หญิงจะมีความ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนได้มาก กล่าวคือครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีกระดูก พรุน ซึ่งภาวะกระดูกพรุนถือเป็น “การแพร่ระบาดที่คุกคามอย่างเงียบ” เนื่องจากไม่สามารถ สังเกตเห็นได้ จนกระทั่งมีกระดูกหักขึ้นมา อาการปวดหลังส่วนล่างมีระดับการปวดตั้งแต่เจ็บปวด เล็กน้อยไปจนถึงเจ็บปวดมากจนไม่สามารถขยับตัวได้ โดยผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง สามารถส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การเคลื่อนไหวลำบาก นอนไม่หลับ และในบางรายที่มี อาการรุนแรงมากจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สมิท ไมค์, 2551)

3. ข้อเท้า/เท้า พบร้อยละ 19.97 โดยข้อเท้าหรือเท้าเป็นอวัยวะที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากต้องใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งการยืน การเดิน การวิ่ง การกระโดด และช่วยรักษาสสมดุลร่างกาย ในการดำเนินชีวิตตั้งแต่สามารถยืนได้จนกระทั่งสูงอายุจะมีการใช้เท้าตลอดเวลา จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเกี่ยวกับข้อเท้าหรือเท้าได้มาก โดยปัญหาการปวดข้อเท้าหรือเท้าเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุส่วนมากต้องเผชิญ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นโครงสร้างเท้าและข้อเท้าเปลี่ยนไป ทำให้พบปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว การเสียสมดุล เสี่ยงต่อการล้มและกระดูกหัก ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

อาการปวดข้อเท้าหรือเท้าอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ฟังผิดฝ่าเท้าอักเสบ เส้นประสาทที่ข้อเท้าถูกกดทับ หรือกระดูกเท้าผิดรูป เป็นต้น จากการศึกษาปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสุขภาพดี สรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อย ได้แก่ ลักษณะเท้าผิดรูป และหน้าเท้าด้าน โดยผู้สูงอายุชายจะมี Mallet Toe และเท้าโก่งมากกว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมี ฟังผิดฝ่าเท้าอักเสบและเท้าแบนร่วมกับอาการปวดเท้ามากกว่า ซึ่งการใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับอาการปวดเท้า (ณัฐศลี ศิลพิพัฒน์ และคณะ, 2552)

4. ข้อเข่า พบร้อยละ 11.40 โดยข้อเข่ามีโครงสร้างเป็นปลายกระดูก 2 – 3 ชั้น ที่ยึดติดกันด้วยเอ็นยึดระหว่างข้อ ภายในมีช่องของเหลวและมีเนื้อเยื่อที่ช่วยเสริมความมั่นคงให้กับข้อ โดยข้อเข่ามีหน้าที่ในการเคลื่อนไหวจากการดึงของกล้ามเนื้อ และรับน้ำหนัก

อาการปวดข้อเข่าเป็นการปวดของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า ข้อ/กระดูกเข่า เยื่อหุ้มข้อ และเส้นประสาทบริเวณเข่า ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบและการบาดเจ็บ โดยอาการปวดขัดในข้อเข่า มักพบในวัยกลางคน ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบได้ถึงร้อยละ 50 ในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน อัตราส่วนการเกิดโรคเท่ากันระหว่างเพศหญิงต่อเพศชาย สาเหตุของอาการเกิดจากความเสื่อมของข้อกระดูกอ่อนของข้อเข่าเมื่อมีการงอข้อเข่าอาจได้ยินเสียงกรอบแกร็บ ข้อเข่าผิดรูป พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง มักพบในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือผู้ที่มีประวัติโรคข้ออักเสบหรือได้รับการบาดเจ็บของข้อ โรคข้อเสื่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อทั้งทางด้านรูปร่างทางด้านโครงสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลง ทำให้การทำงานของกระดูกอ่อนผิวข้อเสียไปทำให้ปวดบริเวณข้อ ข้อเข่ามีเสียงจากการที่กระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อนมีการหนาตัวขึ้น และข้อมีอาการผิดรูป (วรรณนา สอนองเดช, 2561) นอกจากนี้อาจมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเอ็นข้อเข่า (Ligament Injuries) เป็นการบาดเจ็บของเอ็นข้อเข่าซึ่งเป็นความผิดปกติที่รุนแรงที่สุดของข้อเข่า เพราะเอ็นข้อเข่ามีหน้าที่ในการยึดข้อเข่าให้มั่นคง อาการที่พบ คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับและลงน้ำหนักของเข่าได้ หากอยู่ในระยะเฉียบพลันจะมีอาการบวมทันทีจากการฉีกขาดของเอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อเข่า ซึ่งทำให้มีเลือดออกในข้อ มีเสียงให้ได้ยินหรือมีความรู้สึกถึงการฉีกขาด โดยการฉีกขาดบางส่วนหรือข้อเคลื่อนจะเกิดอาการปวดมากกว่าการฉีกขาดทั้งหมดของเอ็น สำหรับผู้สูงอายุอาการปวดข้อเข่าอาจเป็นสาเหตุ

ของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ จากรายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็น 1 ใน 5 ของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ รองลงมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีสถิติที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (ฉัตรสุตา กานกายนต์ และคณะ, 2563)

5. แนวทางการวินิจฉัยความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

การวินิจฉัยโดยแพทย์ด้านความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง สามารถจำแนกตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 หรือ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) ซึ่งเป็นระบบของการจัดหมวดหมู่ของโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่พบในมนุษย์และระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ โดยลักษณะรหัสของ ICD-10 เป็นรหัสของตัวอักษรและตัวเลขคู่กัน การระบุรหัสจะขึ้นต้นด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษพิมพ์ใหญ่เพื่อบอกหมวดหมู่โรค A-Z และตัวเลขในหลักที่ 2-4 จะบ่งบอกถึงการเป็นโรคที่ระบุตั้งแต่ 00-99 ซึ่งสำหรับโรคที่เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจะถูกระบุด้วยรหัส M00-M99 (ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ, 2564)

6. ผลกระทบของอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จิตใจและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายและการทรงตัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดโครงร่างและกล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่า จะส่งผลให้ความสามารถในการยืน การเดิน การนั่ง รวมถึงการขึ้นลงบันไดลดลง และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ (จันทร์จิรา เกิดวัน และคณะ, 2559)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ คือ ในผู้ที่มีอาการปวดระดับน้อยจะเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในระดับรุนแรง จะเกิดภาวะเครียด และในผู้ที่ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังจะทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลซึ่งส่งผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต (ทิพานันท์ ตุ่นสังข์ และคณะ, 2561)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

3.1 ระดับประเทศ คือ การสูญเสียเงินจากการนำเข้ายาแผนปัจจุบันเพื่อรักษาพยาบาลในประเทศไทย พบว่าสถิติมูลค่าการรักษาด้วยยาที่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละปีมีมูลค่าที่สูงขึ้น จากข้อมูลการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปี พ.ศ.2556 – 2558 พบว่ามีการนำเข้าและผลิตยาแผนปัจจุบันกลุ่มรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก มูลค่าประมาณ 8,589 ล้านบาท 8,730 ล้านบาท และ 9,621 ล้านบาทตามลำดับ (กองควบคุมยา, 2560)

3.2 ระดับบุคคล คือ การมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองในสัดส่วนที่สูงขึ้น เช่น ค่ายาในการรักษา ค่ารักษาพยาบาล หรืออาจจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของคนในครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีงานทำ ส่วนในกรณีที่ผู้สูงอายุมีงานทำ หากมีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างระดับรุนแรงอาจทำให้เกิดการขาดงาน และขาดรายได้จากการทำงาน (จุลจิรา อธิษิตกุล และคณะ, 2555)

7. การบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง

แนวทางตามข้อปฏิบัติในการลดปวดและการอักเสบที่พบบ่อย (ประพจน์ เกตุรากาศ และสุรเกียรติ์ อาชานานุกภาพ, 2556) ได้อธิบาย ดังนี้

1. วิธีบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างโดยการไม่ใช้ยา เป็นการบรรเทาปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ไม่ใช้ยาในการร่วมรักษา สามารถทำได้ง่าย ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การพักการใช้งานส่วนที่มีอาการปวดหรือการนอนพัก เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายที่สุด ทำให้ร่างกายได้ซ่อมแซมตนเองภายหลังจากมีการอักเสบจากการใช้งานมากเกินไปหรือใช้งานผิดปกติ เมื่อร่างกายมีอาการบาดเจ็บ การได้พักผ่อนตามสมควรจะทำให้หายได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมหลาย ๆ ประการด้วย เช่น ภาวะโรคแทรกซ้อน อายุ และระดับความรุนแรงของอาการ การได้พักในเวลาที่เหมาะสมจะเป็นการช่วยบรรเทาปวดได้ดี

1.2 การประคบเย็น เป็นการบรรเทาอาการปวดในกรณีแบบเฉียบพลัน เช่น กรณีฟกช้ำ กล้ามเนื้อฉีก ข้อเคล็ดจากอุบัติเหตุ และการทำงานในชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยความเย็นจะมีผลทำให้ชาและหลอดเลือดฝอยหดตัว จึงช่วยในการลดปวดและลดบวมได้ และความเย็นจะช่วยลดการหลั่งสารฮิสตามีน (Histamine) และ ซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งมีวิธีการประคบเย็นได้โดยการใช้ผ้าห่อถุงน้ำแข็งผสมน้ำ หรือใช้ก้อนน้ำแข็งขนาดบริเวณที่บาดเจ็บในระยะเวลา 48 ชั่วโมงแรก ประคบครั้งละ 15-30 นาที และควรประคบทุก ๆ 2 ชั่วโมง จนกว่าอาการปวดจะบรรเทาลงและไม่บวมเพิ่มขึ้น แต่มีข้อควรระวังในผู้ที่แพ้ความเย็น ผู้ที่มีอาการนิ้วมือเขียวคล้ำเมื่อถูกความเย็น (Raynaud's Phenomenon) เนื่องจากหลอดเลือดแดงฝอยจะหดตัวมากเมื่อสัมผัสความเย็น

1.3 การประคบร้อน เป็นการใช้เฉพาะในกรณีที่มีการปวดเรื้อรัง ซึ่งนิยมใช้กันมานานในการบรรเทาปวด โดยสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การปวดประจำเดือน และปวดหลัง เป็นต้น ทำได้โดยการใช้วัตถุที่ถูกทำให้ร้อนที่อุณหภูมิประมาณ 65-70 องศาเซลเซียส นำมาห่อด้วยผ้าขนหนูประมาณ 3-4 ชั้น เพื่อกันไม่ให้ผิวหนังไหม้เกินไป แล้วนำมาวางประคบ ณ บริเวณที่มีอาการปวด เมื่อย เคล็ด ขัดยอก ซึ่งวัตถุนั้นจะค่อย ๆ คลายความร้อนผ่านผ้าที่ห่อหุ้มสู่ผิวหนังบริเวณที่ประคบ ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด เพิ่มการไหลเวียนของเลือด เกิดการแลกเปลี่ยนของเสียให้เข้าสู่ระบบกำจัดของเสียได้สะดวก และช่วยให้กล้ามเนื้ออ่อนและ

เนื้อเยื่อพังผืดต่าง ๆ ผ่อนคลาย รู้สึกสบายขึ้น โดยวัตถุที่นำมาใช้ประคบร้อนส่วนมาก คือ ลูกประคบ กระเป๋าน้ำร้อน ไข่ต้มสุก เป็นต้น ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบร้อนแต่ละครั้งประมาณ 20-30 นาที โดยความร้อนที่ใช้จะขึ้นอยู่กับผู้ถูกประคบ กล่าวคือ ให้รู้สึกอุ่นสบายและไม่ร้อนจนเกินไป หากใช้การประคบร้อนในกรณีที่มีอาการปวดเมื่อยธรรมดาทั่วไป สามารถประคบในเวลาใดก็ได้ และไม่จำกัดครั้งเนื่องจากไม่เป็นอันตราย แต่หากใช้ในกรณีอุบัติเหตุ เช่น ฟกช้ำ ข้อแพลง เคล็ด ก่อนประคบต้องรอให้เวลาผ่านไป 48 ชั่วโมงก่อน หรือให้ผ่านอาการอักเสบระยะเฉียบพลันไปก่อน จึงจะสามารถใช้วิธีการประคบร้อนได้ ซึ่งหากใช้ในเวลาไม่เหมาะสมก็อาจทำให้อาการบาดเจ็บนั้นรุนแรงมากขึ้น และข้อควรระวังในการประคบร้อน คือ อุณหภูมิของการประคบไม่ควรสูงเกินไป เนื่องจากอาจทำให้ผิวหนังพองและอักเสบได้ นอกจากนี้ การประคบร้อนไม่ควรทำในผู้ป่วยที่สูญเสียความรู้สึก ผู้ป่วยอัมพาต และผู้ป่วยที่มีแผลติดเชื้อ

1.4 การนวด เป็นวิธีที่นิยมใช้กันทั่วไปในการบรรเทาอาการปวดตามกล้ามเนื้อ เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวกและง่าย สามารถช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อและช่วยคลายความตึงของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนเลือดเฉพาะส่วนได้ดี แต่หากต้นเหตุหรือพฤติกรรมที่ทำให้ปวดไม่ถูกควบคุมหรือเปลี่ยนแปลง การนวดจะมีผลบรรเทาได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น เช่น การนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดคอและศีรษะ จากการเครียดจากการนั่งทำงาน เป็นต้น โดยกลไกของการลดอาการปวดด้วยวิธีการนวด จะสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1.4.1 การนวดทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นคลายตัว เป็นการทำให้หลอดเลือดแดงมีการขยายตัว เพราะมีผลในการกระตุ้นต่อประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และทำให้มาสต์เซลล์ (Mast Cell) ปล่อยสารคล้ายฮิสตามีนออกมาทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น บริเวณที่ปวดหรือที่ถูกนวดจะได้รับสารอาหาร ออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงช่วยลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและยังช่วยในการยืดตัวของกล้ามเนื้อ ตลอดจนเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดดำและน้ำเหลือง เกิดการระบายของสารต่าง ๆ เช่น กรดแลคติก พรอสตาแกลนดิน และฮิสตามีน เป็นต้น นอกจากนี้การนวดยังช่วยลดปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าทางอารมณ์ด้านลบโดยลดการหลั่งสารกระตุ้นความเจ็บปวดจากระบบประสาทอัตโนมัติ ช่วยให้ ความรุนแรงของความเจ็บปวดลดลงได้ เนื่องจากขณะที่ถูกนวดผู้ถูกนวดจะไม่ทำกิจกรรมอื่น ๆ และการสัมผัสจากการนวด การดูแลของผู้นวดจะทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกอบอุ่นและผ่อนคลาย จึงเป็นการลดอาการปวดได้อีกทางหนึ่ง

1.4.2 การนวดลดปวดได้จากแนวคิดของทฤษฎีเปิด-ปิดประตู หรือเรียกว่า ทฤษฎีควบคุมประตูความปวด (Gate Control Theory) ซึ่งอธิบายการเกิดความปวดโดยการถ่ายทอดสัญญาณต่าง ๆ กล่าวคือ กลไกที่จะควบคุมประตูความปวดอยู่ที่ส่วนดอร์ซอล ฮอร์นของไขสันหลัง ซึ่งความปวดเป็นสื่อสัญญาณประสาทที่เป็นผลมาจากการถูกทำลายของประสาทบริเวณส่วน

ปลายแล้วนำส่งสัญญาณนั้นไปสู่อวัยวะอื่น โดยส่งผ่านไปตามเส้นใยประสาทเล็กและใหญ่ เมื่อสัญญาณประสาทผ่านถึงส่วนต่อประสาน ฮอร์นของไขสันหลัง จะเป็นจุดทางเข้าของความปวด โดยจะเกิดที่บริเวณที่เรียกว่า ซับสแตนท์เทียเจลาทีโนซา มีหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้า ปล่อยหรือลดสัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทเล็กและเส้นใยใหญ่ ก่อนที่จะผ่านไปจนถึงจุดเชื่อมต่อสัญญาณ (Transmission: Cell) และผ่านไปยังสมอง โดยเส้นใยประสาทใหญ่จะทำหน้าที่ปิดประตู ทำให้ลดสัญญาณประสาทที่จะส่งผ่านไปยังสมองซึ่งส่งผลให้ไม่รู้สึกรู้ปวด ในขณะที่เส้นใยประสาทเล็กทำหน้าที่เปิดประตู เป็นการเพิ่มสัญญาณประสาทที่จะส่งผ่านไปยังสมองจึงส่งผลให้รู้สึกรู้ปวด นอกจากนี้ประตูกังยังได้รับอิทธิพลจากการสั่งการของสมองที่ทำงานภายใต้เงื่อนไขทางอารมณ์ โดยหากบุคคลมีความสบายใจและไม่มีภาวะเครียด สัญญาณประสาทจากสมองส่วนฮาลามัสจะถ่ายทอดไปยังเปลือกสมองส่วนคอร์เทกซ์และขอบสมองส่วนลิมบิก ส่งผ่านมาทางไขสันหลังส่วนต่อประสาน ฮอร์น ส่งผลต่อการควบคุมร่างกาย โดยการไปกระตุ้นเส้นใยประสาทใหญ่ที่ทำให้ไม่รู้สึกรู้ปวด ในทางกลับกันถ้าหากบุคคลไม่สบายใจและมีภาวะเครียด สัญญาณประสาทจากสมองส่วนฮาลามัสจะเกิดกระบวนการส่งผ่านตามที่กล่าวมาข้างต้นและกระตุ้นเส้นใยประสาทเล็กและส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวด ซึ่งการนวดเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทใหญ่ ยับยั้งให้ประตูปิด จึงทำให้ไม่มีความรู้สึกปวด ซึ่งเป็นการควบคุมก่อนสื่อประสาท

ปัจจุบันการนวดสามารถนำผลิตภัณฑ์ประเภทน้ำมัน หรือซีผึ้ง เช่น น้ำมันนวดหรือซีผึ้งที่ทำมาจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดมาร่วมในการนวดได้ โดยอำพล บุญเพียร และลดาวลัย อุ๋นประเสริฐพงศ์ นิชิโรจน์ (2562) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการนวดด้วยน้ำมันไพลและน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ในนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก พบว่า หลังการนวดด้วยน้ำมันไพลและน้ำมันไพลมีผลทำให้ระดับอาการปวดลดลง ระดับความรู้สึกกดเจ็บเพิ่มขึ้นและองค์การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

1.5 การออกกำลังกาย หมายถึง การให้กล้ามเนื้อได้มีการทำงานเพื่อประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การประกอบอาชีพ การทำงานอดิเรกต่าง ๆ ตลอดจนการเล่นสนุก หรือการเล่นกีฬาต่าง ๆ เช่น ฟุตบอล แบดมินตัน และการบริหารในรูปแบบต่าง ๆ ก็จัดว่าเป็นการออกกำลังกายเช่นกัน ซึ่งการกระทำตามที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดเรื้อรังอย่างได้ผล โดยการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดบาดเจ็บซ้ำ ๆ ของผู้ที่เป็นโรคปวดหลังเรื้อรังจากความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งหากมีการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้อาการค่อย ๆ ลดลงจนหายเป็นปกติได้

นอกจากนี้การลดปัจจัยเสี่ยงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เช่น การปรับท่าทางการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้อยู่ในท่าทางที่ถูกต้อง การพักหรือปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่ทำอยู่ท่าทางเดิม ๆ ซ้ำ ๆ หรือเพิ่มการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแทรกระหว่างการทำงานเพื่อเป็นการลดการเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือในบุคคลที่มีน้ำหนักเกินอาจส่งผลทำให้มีอาการปวดเข่าเนื่องจากการรับน้ำหนักที่มาก การลดน้ำหนักจึงเป็นอีกวิธีที่สามารถลดอาการปวดเมื่อยลงในผู้ที่มีน้ำหนักเกินได้ (วรรณมา สนองเดช, 2561)

สรุปได้ว่าการบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโดยการไม่ใช้ยา สามารถทำได้โดยวิธีการพักผ่อน การนวด การประคบ การออกกำลังกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายซึ่งเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย อาจต้องใช้ระยะเวลานาน แต่มีความปลอดภัยสูงเนื่องจากเป็นวิธีที่กระทำเพียงบริเวณภายนอกร่างกาย รวมถึงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของอาการปวด

2. วิธีบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโดยการไม่ใช้ยาแผนปัจจุบันที่นิยมใช้ ได้แก่

2.1 ยาพาราเซตามอล มีฤทธิ์ระงับปวดและลดไข้ แต่ไม่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ซึ่งหากใช้ในขนาดสูงหรือติดต่อกันนานอาจทำให้เกิดพิษต่อตับได้ ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานยาในขนาดสูงมากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว หรือเกินวันละ 4 กรัม และไม่ควรรใช้ติดต่อกันเกิน 7 วัน (ประพจน์ เกตตราศาสตร์ และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2556)

2.2 ยารักษากลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug (NSAIDs) เป็นยาที่มีการสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยมากที่สุดในโลก มีกลไกการออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) ซึ่งโดยทั่วไปหมายถึง NSAIDs แบบดั้งเดิม (Conventional NSAIDs, cNSAIDs หรือเรียกว่า Traditional NSAIDs, tNSAIDs หรือ Non-Selective NSAIDs, nsNSAIDs) และ NSAIDs ที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งแบบจำเพาะ Cyclooxygenase Enzyme Type II (Selective COX-2 Inhibitors) เนื่องจาก NSAIDs มีฤทธิ์แก้ปวด ลดอาการอักเสบ และลดไข้ จึงใช้ในการรักษาอาการปวดในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางจากการบาดเจ็บ อาการปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ปวดประจำเดือน ปวดจากนิ้วในท่อน้ำตา หรือนิ้วในท่อน้ำตา ปวดศีรษะ ปวดข้อและปวดจากมะเร็งระยะลุกลามของผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูกและเอ็น ซึ่งแม้ว่าการใช้ยา NSAIDs จะสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ดี แต่ในทางกลับกันการใช้ยา NSAIDs ก็สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่อันตรายถึงชีวิตได้ (ธงชัย ก่อสันติรัตน์, 2553)

สำหรับการศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อำเภอนองฉาง ซึ่งผู้วิจัยได้สุ่มสอบถามเภสัชกรจากร้านขายยาในอำเภอนองฉาง พบว่า ยาแก้ปวดที่ผู้สูงอายุนิยมซื้อรับประทานด้วยตนเอง คือยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และจากการสำรวจอัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs ของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการโรงพยาบาลนองฉาง ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มาใช้บริการด้วยอาการข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs คือ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ในปีงบประมาณ 2561 - 2563 คิดเป็นร้อยละ 0.80, 0.99 และ 1.28 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และด้วยภาวะไตวายเฉียบพลันนั้นเป็นอาการข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนองฉางจำนวนมากถึงร้อยละ 78 และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอกล่าวถึงเฉพาะยาบรรเทาอาการปวดแผนปัจจุบันชนิด NSAIDs โดยมีข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs ต่อระบบและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2559) เช่น

1.1 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยผู้สูงอายุจะมีอาการเลือดออกในทางเดินอาหารเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 30-40 โดยผลต่อระบบทางเดินอาหารอาจเป็นเพียงอาการปวดไม่สบายท้อง หรือเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทะเล โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร ได้แก่ การใช้ยาในขนาดสูง การใช้ยาในผู้สูงอายุ การติดเชื้อ Helicobacter Pylori การมีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

1.2 ผลต่อดับ เนื่องจากยา NSAIDs อาจมีผลให้ค่าเอ็นไซม์ของตับผิดปกติ โดยมีรายงานของ NSAIDs ที่ทำให้ค่าเอ็นไซม์ของตับผิดปกติ เช่น Diclofenac, Lumiracoxib, Nimesulide และ Sulindac โดยเฉพาะในผู้สูงอายุการขจัดยาของตับจะต่างจากวัยอื่น ๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงของตับในผู้สูงอายุ เช่น ตับมีขนาดเล็กลง เลือดที่ไหลไปตับ (Hepatic Blood Flow) ลดลง และการทำงานของเอ็นไซม์ในตับที่เกี่ยวข้องกับ Oxidative Pathway ลดลง ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ยาที่มี Hepatic First – Pass Metabolism สูงมีระดับยาในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมากได้

1.3 ผลต่อไต เนื่องจากยา NSAIDs รบกวนการทำงานของ Prostaglandins ในไตส่งผลให้การขับถ่ายของโซเดียมผิดปกติ มีผลต่อการทำงานของ Renal Tubule ทำให้มีโอกาสเกิด Interstitial Nephritis มากขึ้น และเกิดไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการขับสารต่าง ๆ ออกจากไตและปริมาณของเลือดที่ไหลไปไต ทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกาย และอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจเกิดปัญหา ดังนั้นการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโรคที่เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดี หรือโรคของหลอดเลือดแข็งตัว และร่วมกับภาวะน้ำพร่อง มีโปรตีนในเลือดต่ำ Hyponatremia หรือ Hyperkalemia จะมีปัญหาต่อไตมากขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันง่ายขึ้น

1.4 ผลต่อทางเดินหายใจ มักเกิดในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของการแพ้ Aspirin (Syndrome of Aspirin-Induced Allergy)

1.5 ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดย NSAIDs ทุกชนิดอาจทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น โดยเฉพาะถ้าใช้ต่อเนื่องยาวนาน ในต่างประเทศมีการศึกษาแบบ Nested Case-Controlled Study จากข้อมูลสุขภาพของประชากรในประเทศยุโรป 4 ประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ อิตาลี เยอรมนี และอังกฤษ สาเหตุที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้ NSIDs 7 ชนิด คือ Diclofenac, Ibuprofen, Indomethacin, Ketorolac, Naproxen, Nimesulide และ Piroxicam และในผู้ป่วยที่ใช้ Selective COX 2 Inhibitors 2 ชนิด คือ Etoricoxib และ Rofecoxib พบว่ามีความเสี่ยงของหัวใจล้มเหลวเพิ่มเป็น 2 เท่าเมื่อใช้ Diclofenac, Etoricoxib, Indomethacin, Piroxicam และ Rofecoxib ในขนาดสูงมาก (≥ 2 Defined Daily Dose Equivalents) แต่ยังไม่มีความเสี่ยงว่า Celecoxib ที่ใช้ในขนาดปกติจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs ในผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (ซัชชัย ปรีชาไว และคณะ, 2550) เช่น

2.1 การดูดซึมยา เนื่องจากการทำงานของลำไส้ช้าลงหรือการมีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ น้อยลง อาจส่งผลให้การดูดซึมยาช้าลงได้ ทั้งยาชนิดรับประทานและยาฉีดทางปอดกล้ามเนื้อ แต่การดูดซึมที่ช้าลงไม่ได้ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าคนที่อายุน้อย

2.2 การกระจายของยา เนื่องจากผู้สูงอายุมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้มีผลต่อการกระจายยาในร่างกายลดลง เมื่อร่วมกับระดับ albumin ที่ลดลงจะทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าคนที่อายุน้อยกว่า

2.3 การทำลายยา โดยปกติยาส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ แต่ถ้าตับงานน้อยลง จะทำให้ยาอยู่ใน ร่างกายได้นานขึ้น

2.4 การขับถ่ายยา ต้องอาศัยไตเป็นหลัก แต่หากไตทำงานได้น้อยลงอาจทำให้ยา คงอยู่ในร่างกายได้นานขึ้น

2.5 การออกฤทธิ์ของยา กล่าวคือ การออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท มีผลทั้งทางตรง ได้แก่ การตอบสนองของยาเพิ่มขึ้น และทางอ้อม เช่น จำนวน Receptor และ Neurotransmitter ลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่าย เช่นเกิด Delirium จากยา Amitriptylene เป็นต้น

2.6 Drug Interaction เนื่องจากผู้สูงอายุใช้ยาหลายชนิดทำให้การออกฤทธิ์ของยาแตกต่างจากปกติได้ เช่น การหายใจถูกกดเพิ่มขึ้นหากมีการใช้ยา Opioid ร่วมกับ Diazepam หรือ มีผลเสียต่อไตมากขึ้นหากใช้ยา NSAIDs ร่วมกับ Diuretic เป็นต้น

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การใช้ยาแผนปัจจุบันชนิด NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจะมีข้อจำกัดในการใช้ เนื่องจากมีผลกระทบต่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เป็นวัยที่อวัยวะและระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าวัยอื่น ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน ชนิด NSAIDs มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ และอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ และด้วยผลกระทบเหล่านี้จึงทำให้การบริการด้านสาธารณสุขมีการใช้แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกสำหรับการรักษาโดยการใช้ยาสมุนไพร และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดผลกระทบจากการใช้ยาน้อยที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ยาสมุนไพร เป็นสูตรตำรับอันประกอบด้วย พืชสมุนไพรหลากหลายชนิด สามารถแบ่งกลุ่มตามสมุนไพรที่ออกฤทธิ์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาหลัก และยารอง โดยแยกยาที่มีฤทธิ์หรือสรรพคุณที่สำคัญเป็น กลุ่มยาหลัก และสมุนไพรอื่น ๆ ที่เป็นส่วนประกอบในการเสริมฤทธิ์ ตัดฤทธิ์ หรือต้านฤทธิ์ ลดพิษของสมุนไพรบางตัวในยาหลักจะถูกจัดเป็นกลุ่มยารอง (วิศิษฎ์ ประวีณวงศ์วุฒิ, 2557)

1. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นบัญชียาที่ประกอบด้วยรายการยาที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านยาทุกสาขา เพื่อการคัดเลือกหายาที่มีประสิทธิผลในการรักษาโรคทุกชนิด โดยมีองค์รอนามัยโลกเป็นผู้สนับสนุนและเสนอแนวทางให้ทุกประเทศมีการคัดเลือกยาที่จำเป็นต่อการรักษาในประเทศของตนเอง โดยต้องเป็นยาที่มีประสิทธิผลสูงสุด แต่มีพิษภัยน้อยที่สุด ซึ่งประเทศไทยมีการประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (วิศิษฎ์ ประวีณวงศ์วุฒิ, 2557)

ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2563 มีรายการยาจากบัญชียาสมุนไพรทั้งหมดจำนวน 74 รายการ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ 50 รายการ และกลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร 24 รายการ (ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2563, 29 ตุลาคม 2563)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยจะขอล่าถึงเฉพาะยาที่เกี่ยวข้อง คือ ยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่

1. ยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูกจากกลุ่มยาแผนไทยหรือแผนโบราณ มีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ หรืออาการตึง ซา ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจากที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1 ชนิดรับประทาน ได้แก่ ยา کشยเส้น ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ ยาธรณีสันทชะฆาต ยาผสมโคคลาน ยาผสมเถาว์ลยเปรียง และยาสหศรารา

1.2 ชนิดใช้ภายนอก ได้แก่ ยาขี้ผึ้งไหล และยาประคบ

2. ยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูกจากกลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อ และลดการอักเสบของกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ ตามร่างกายจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1 ชนิดรับประทาน ได้แก่ ยาเถาว์ลยเปรียง ยาสารสกัดจากเถาว์ลยเปรียง

2.2 ชนิดใช้ภายนอก ได้แก่ ยาพริก ยาไหล ยาน้ำมันไหล และยาประคบ

จากการสำรวจแหล่งขายยาสมุนไพรในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานีในปัจจุบันพบว่า มีโรงงานผลิตและจำหน่ายยาสมุนไพร จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองฉาง และร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตเป็นสถานประกอบการร้านขายยาประเภท ข.ย.1 และ ข.ย.2 จำนวน 12 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

1. ยา کشยเส้น มีลักษณะเป็นยาแคปซูล



ภาพ 1 แสดงยา کشยเส้น (กลุ่มยาแผนไทยหรือแผนโบราณ)

กษัยเส้น มีความหมายว่า ความผิดปกติที่เกิดในกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็นที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ท้องผูกและอ่อนเพลีย เป็นต้น (วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ, 2557)

ส่วนประกอบหลัก: ดอกดีปลีหนัก เหง้า รากข้าวพุลหนัก เถาสะค่าน รากเจตมูลเพลิงแดง เถาโคคลาน กำลิ่งวัวเถลิง เถาวัลย์เปรียง เถาพริกไทย เถาม้ากระที่บโรง หัวกระชาย แก่นแสมสาร เหง้าไพล และสมุนไพรอื่น ๆ รวม 29 ชนิด

สรรพคุณ: บรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเมื่อยตามร่างกาย

วิธีใช้: รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน

ข้อควรระวัง: ผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้, การรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (Anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelets), การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

2. ยาเถาวัลย์เปรียง มีลักษณะเป็นยาชนิดแคปซูล



ภาพ 2 แสดงยาเถาวัลย์เปรียงแคปซูล (กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร)

ส่วนประกอบหลัก: พงจากเถาของเถาวัลย์เปรียง [*Solori scandens* (Roxb.) Sirich. & Adema], [*Derris scandens* (Roxb.) Benth. (ชื่อพ้อง)]

สรรพคุณ: บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

วิธีใช้: รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อควรระวัง: ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก (Peptic Ulcer Disease) หรือผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหาร เนื่องจากเถาวัลย์เปรียงออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

จากงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาประสิทธิภาพการบรรเทาอาการปวดของ
 เกลาวัลย์เปรียง พบว่า ยาเกลาวัลย์เปรียงออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ COX-1 ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำให้
 เกิดกระบวนการอักเสบ จึงมีประสิทธิภาพในการลดปวดได้ไม่แตกต่างกับยาในกลุ่ม NSAIDs และจาก
 การศึกษางานวิจัยประสิทธิผลของการใช้ยาเกลาวัลย์เปรียงในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า
 ยาเกลาวัลย์เปรียงมีประสิทธิผลในการลดการปวด ข้อฝืดและยึด และเพิ่มความสามารถในการใช้ข้อเข่า
 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับ
 ประสิทธิภาพกับยา Diclofenac ที่เป็นยาแผนปัจจุบัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ย
 WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index ; คะแนนความรุนแรง
 ของโรคข้อเข่าเสื่อม) ในด้านความสามารถของการลดอาการปวด ยา Diclofenac มีประสิทธิภาพ
 ต่ำกว่ายาเกลาวัลย์เปรียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยพบว่า
 ผู้ป่วยที่ได้รับยา Diclofenac ร้อยละ 7.14 เกิดอาการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาการ
 ดังกล่าวนี้นี้ไม่พบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเกลาวัลย์เปรียง (จุไรรัตน์ คงล้อมญาติ และรัตติกาล คุณพระ, 2562)

ความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งกับผู้ป่วยและเป็นสิ่งที่บุคลากร
 สาธารณสุขควรตระหนัก โดยมีงานวิจัยของประเทศไทยที่ศึกษาความปลอดภัยของการใช้ยา
 เกลาวัลย์เปรียงแคปซูลเปรียบเทียบกับการใช้ยา Diclofenac โดยเป็นงานวิจัยในรูปแบบการเก็บข้อมูล
 ย้อนหลังของผู้ป่วยทุกรายที่มีการสั่งใช้ยาเกลาวัลย์เปรียง หรือ Diclofenac ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่
 ใช้ยาเกลาวัลย์เปรียงแคปซูลมีอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างน้อย คือ ผู้ป่วยเกิด
 อาการใจสั่นจากการใช้ยา 2 ราย (3.67 ต่อ 10,000 ราย) และมีอาการผื่นคัน 2 ราย (3.67 ต่อ
 10,000 ราย) โดยอาการเหล่านี้ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลแต่สามารถหยุดการใช้ยา
 ได้เลยและไม่ต้องเสียค่ารักษาจากอาการข้างเคียงเพิ่มเติม ดังนั้นจากข้อมูลงานวิจัยนี้จึงสามารถสร้าง
 ความเชื่อมั่นในด้านความปลอดภัยของการใช้ยาให้กับแพทย์และผู้ใช้ยาได้ว่ายาเกลาวัลย์เปรียงแคปซูล
 มีความปลอดภัยสูงในการรักษาอาการปวด (วิภา กลั่นสุวรรณ, 2560)

3. ยาจากสารสกัดน้ำมันไพล มีลักษณะเป็นน้ำมัน ขี้ผึ้ง และครีม



ภาพ 3 แสดงยาหม่องไพล (กลุ่มยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ) น้ำมันไพล ครีมไพล (กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร)

ที่มา: อภัยภูเบศร สมุนไพรไทย, 2564 อภัยภูเบศร (2564)

ส่วนประกอบหลัก: สารสกัดน้ำมันไพล [Zingiber Montanum (Koenig) Link ex Dietr.]

สรรพคุณ: บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก

วิธีใช้: ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อควรระวัง: ห้ามทายานี้บริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อนและบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

จากรายงานการสั่งซื้อไพล ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มียอดการสั่งจ่ายมากที่สุดถึง 361,167 ครั้ง (National health security office, 2014) โดยส่วนมากจะใช้ในการรักษาหรือบำบัดด้วยวิธีการนวดเพื่อให้ตัวยาสีมน้ำคั้นไพลและน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอได้ โดยจากงานวิจัยของอำพล บุญเพียร และลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์ (2562) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการนวดด้วยน้ำคั้นไพลและน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ในนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ผลการศึกษาพบว่าหลังการนวดด้วยน้ำคั้นไพลมีผลกับระดับอาการปวดที่ลดลง ระดับความรู้สึกกดเจ็บเพิ่มขึ้นและองศาการเคลื่อนไหวคอเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หลังการนวดด้วยน้ำมันไพลมีผลกับระดับอาการปวดที่ลดลง ระดับความรู้สึกกดเจ็บเพิ่มขึ้นและองศาการเคลื่อนไหวคอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการนวดด้วยน้ำคั้นไพลและน้ำมันไพลมีผลกับระดับอาการปวด ระดับความรู้สึกเจ็บ และองศาการเคลื่อนไหวคอไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จึงสรุปได้

ว่าสารสกัดน้ำมันโพลสามารถนำมาใช้เป็นยานวดได้หลากหลายรูปแบบซึ่งให้ผลในการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้อย่างไม่แตกต่างกัน

4. ยาพริก มีลักษณะเป็นเจล



ภาพ 4 แสดงเจลพริก (กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร)

ส่วนประกอบหลัก: สารสกัดจากผลพริกแห้ง (Capsicum Extract)

สรรพคุณ: บรรเทาอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Pain)

วิธีใช้: ทาบริเวณที่ปวด 3 - 4 ครั้ง ต่อวัน

ข้อควรระวัง: การระคายเคืองในผู้ป่วยที่แพ้ Capsaicin, การสัมผัสสบริเวณตา, การทายาพริกบริเวณผิวหนังที่บอบบางหรือบริเวณผิวหนังที่แตก

สารสกัดจากพริก (Capsicum Extract) เป็นสารที่ใช้สำหรับทาภายนอกเพื่อแก้ปวดเฉพาะที่ มีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยสามารถส่งจ่ายให้กับคนไข้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อได้ โดยปกติจะมีการใช้ระดับความเข้มข้นของสารอยู่ที่ 0.025 – 0.075% สามารถทำในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ครีม เจล และขี้ผึ้ง สำหรับความเข้มข้นของสารสกัดจากพริก ตามเกณฑ์การพิจารณาของ American Food and Drug Administration (FDA) และ European Medicines Agency (EMA) กำหนดให้ใช้ได้ที่ระดับความเข้มข้นสูงสุดที่ ร้อยละ 8 โดยการทายาสารสกัดจากพริกนาน 60 นาทีในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากเส้นประสาทจะสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ยาวนานถึง 12 สัปดาห์ (Steinke et al., 2017)

จากงานวิจัยของ Romero et al. (2019) ศึกษาการทดลองการใช้ครีมพริกที่ความเข้มข้น 8% เพื่อรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อแขนขา (Myofascial Pain Syndrome) โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อแขนขาเพื่อประเมินการออกฤทธิ์ของการบรรเทาอาการปวดของครีมสารสกัดพริกที่ความเข้มข้น 8% โดยแบ่งทดลองเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งกลุ่มทดลองให้ใช้ครีม

พริกที่มีความเข้มข้นสูงสุดที่ 8% พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการแดงที่ผิวในระยะเวลา 15 นาทีแรก หลังจากทา และจะหายไปหลังจากล้างครีมออกภายใน 24 ชั่วโมง และมีการวัดระดับความปวดในกลุ่มทดลอง พบว่า อาการปวดลดลงเรื่อย ๆ จนถึงวันที่ 60 ของการประเมินผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างเจลพริกและเมทิลไซลิซาเลทเพื่อเป็นยาทาเสริมสำหรับการบำบัดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดด้วยเจล พริกทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงทั้งส่วนของความรุนแรงอาการปวดขณะประเมินเฉลี่ย ระดับอาการปวดเฉลี่ย และค่าต่างระหว่างก่อนและหลังการรักษาของส่วนคะแนนรวม และระดับอาการปวดก่อนและหลังการรักษา 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และเมื่อเทียบกับเมทิลไซลิซาเลทพบว่าช่วยบรรเทาอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้เฉพาะความรุนแรงอาการปวด จึงสรุปได้ว่า เจลพริกมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้ดีกว่าเมทิลไซลิซาเลทเมื่อใช้เป็นการเสริมการบำบัดด้วยวิธีอื่น (คณิต ออตยะกุล และคณะ, 2550)

5. ยาประคบหรือลูกประคบ มีลักษณะเป็นผ้าห่อยาสมุนไพรสด



ภาพ 5 แสดงลูกประคบ (กลุ่มยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ)

ส่วนประกอบหลัก: สมุนไพรสด ได้แก่ เหง้าไพล ใบมะขาม ผิวมะกรูด เหง้าขมิ้นชัน ตะไคร้ และใบส้มป่อย

สรรพคุณ: บรรเทาอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ

วิธีใช้: ก่อนใช้ให้นำยาประคบไปนึ่งให้อุ่น แล้วใช้ประคบบริเวณร่างกาย วันละ 1

- 2 ครั้ง

ข้อควรระวัง: ห้ามประคบบริเวณที่มีบาดแผล หรือเกิดการอักเสบเฉียบพลันช่วง 24 ชั่วโมงแรก และไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไปโดยเฉพาะในส่วนที่เคยเป็นแผลมาก่อน บริเวณที่มีกระดูกยื่น และในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ ต้องระวังเป็นพิเศษเพราะมีการตอบสนองช้ากว่าปกติ หลังจากประคบเสร็จควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำทันที และระวังการใช้กับผู้ที่แพ้ส่วนผสมของยาประคบ

การประคบด้วยยาประคบสมุนไพร เป็นการให้บริการโดยการทำให้ผลการของการแพทย์แผนไทยที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยการนำองค์ความรู้จากภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวควบคู่ไปกับการนวดไทย (ไกรศรี ศรีทัพไทย และคณะ, 2558) ลูกประคบสมุนไพรเป็นภูมิปัญญาไทยที่มีมาตั้งแต่โบราณ เพื่อการรักษาโรคทางกล้ามเนื้อ เช่น คลายกล้ามเนื้อ ลดการปวดเมื่อย นอกจากนี้กลิ่นของลูกประคบยังมีประโยชน์ในการทำให้อุณหภูมิของร่างกายหรือคลายเครียด (สุนิษา กลิ่นขจร, 2558)

จากงานวิจัยของประวิทย์ อินทรสุขุม (2560) ศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ลูกประคบร้อนสมุนไพรกับลูกประคบผ้าร้อนในการบรรเทาความปวดในระยะคลออดของผู้คลอดครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่า กลุ่มลูกประคบผ้าร้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ จึงสรุปได้ว่า ลูกประคบสมุนไพรสามารถบรรเทาความปวดในช่วงปากมดลูกเปิดเกือบหมดได้ดีกว่าลูกประคบผ้าร้อน กล่าวได้ว่าสมุนไพรมีส่วนช่วยในการบรรเทาอาการปวด และภาวะมดลูกเปิดเกือบหมดหรือระยะคลออดถือเป็นระยะที่มีความปวดที่รุนแรงมากที่สุดเมื่อเทียบกับการปวดอื่น เช่น การปวดจากโรคของกระดูกสันหลังและข้ออักเสบ (Melzack, 1984) โดยเป็นภาวะของการหดตัวของมดลูกทำให้ปากมดลูกขยาย เอ็นในอุ้งเชิงกรานถูกดึงรั้ง ส่วนนำของทารกกดเนื้อเยื่อต่าง ๆ เนื้อเยื่อถูกทำลายและการหดตัวซ้ำ ๆ ของมดลูกก่อให้เกิดการส่งสารในเซลล์ที่เพิ่มความปวดซึ่งทำให้เส้นประสาทมีความไวต่อการกระตุ้นความปวดมากขึ้น (Brownridge, 1995) ดังนั้นการใช้ลูกประคบสมุนไพรจึงสามารถช่วยลดอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างได้

2. ยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูกที่จัดเป็นยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จากโรงพยาบาลหนองฉาง และร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตเป็นสถานประกอบการร้านขายยาประเภท ข.ย.1 และ ข.ย.2 จำนวน 12 แห่งที่พบในพื้นที่อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ในปัจจุบัน ได้แก่

1. ยาจากสารสกัดน้ำมันเถาเอ็นอ่อน มีลักษณะเป็นน้ำมัน และขี้ผึ้ง



ภาพ 6 แสดงน้ำมันเถาเอ็นอ่อน ยาหม่องหรือขี้ผึ้งเถาเอ็นอ่อน

ส่วนประกอบหลัก: สารสกัดน้ำมันจากเถาเอ็นอ่อน (Cryptolepis Dubia Stem Extract M.R.Almeida)

สรรพคุณ: บรรเทาอาการปวดเมื่อยและลดการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น

วิธีใช้: ทาบริเวณที่ปวด 3 - 4 ครั้ง ต่อวัน

ข้อควรระวัง: ห้ามทายาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อนและบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ปัจจุบันเถาเอ็นอ่อนมีการนำมาเป็นยาทางเลือกในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการปวดเมื่อย เนื่องจากแต่เดิมทางการแพทย์แผนไทยมีการนำลำต้นของเถาเอ็นอ่อนไปต้มดื่ม ใช้เป็นยาบำรุงเส้นเอ็น แก้ขัดยอก ปวดเมื่อยตามร่างกาย ส่วนใบใช้ทำลูกประคบโดยการห่อผ้าแล้วนำมาประคบแก้ปวดเมื่อย ปวดเสียวเส้นเอ็น คลายเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ และส่วนอื่น ๆ ยังสามารถนำไปใช้รักษาอาการจุกเสียดหรือขับลมได้ (Wuttidhammaved, 2007)

จากการศึกษาทางเภสัชวิทยา พบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่ช่วยเกี่ยวกับอาการความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (ยลดา ศรีเศรษฐ์ และคณะ, 2560) ดังนี้

1. ฤทธิ์ปกป้องกระดูกอ่อน (Chondroprotective Activity) มีการศึกษาโดยการทดลองสารสกัดเถาเอ็นอ่อนต่อการปกป้องเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนของหนู และทำการวิเคราะห์การทำงานของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการย่อยสลายเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนของโรคข้อเสื่อม พบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนสามารถป้องกันการสลายเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีฤทธิ์ที่ใกล้เคียงกับ ไดอะซีรีน ซึ่งเป็นยาแผนปัจจุบันรักษาโรคข้อเสื่อม

2. ฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Anti-Inflammatory Activity)

2.1 ศึกษาฤทธิ์ต้านการอักเสบของสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในหลอดทดลองต่อการยับยั้งการผลิตสารชักนำการอักเสบ พบว่า สารสกัดเถาเอ็นอ่อนสามารถยับยั้งสารชักนำการอักเสบได้

2.2 ศึกษาฤทธิ์ต้านการอักเสบของสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในเซลล์เม็ดเลือดขาวเพาะเลี้ยง ที่ถูกกระตุ้นให้เกิดการอักเสบ พบว่า สารสกัดเถาเอ็นอ่อนสามารถยับยั้งการแสดงออกของยีนที่เป็นยีนสื่อกลางการอักเสบได้ ในลักษณะที่สัมพันธ์กับขนาดของสารสกัด โดยในขนาดสัดส่วนที่มากจะสามารถยับยั้งการแสดงออกของยีนที่เป็นสื่อกลางในการอักเสบได้ใกล้เคียงกับยาแผนปัจจุบัน Dexamethasone

2.3 ฤทธิ์ต้านการอักเสบของสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในหนูขาวที่ได้รับสารสกัดเถาเอ็นอ่อนเปรียบเทียบกับยาอินโดเมธาซิน (NSAIDs) พบว่า สารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ต้านการอักเสบได้ในลักษณะที่มีสัมพันธ์กับขนาดของสารสกัด คือ ยังมีสัดส่วนที่มากจะยิ่งต้านการอักเสบได้มาก และสามารถลดการบวมของใบหูของหนูขาวได้ใกล้เคียงกับยาอินโดเมธาซิน

3. ฤทธิ์ระงับปวด (Analgesic activity) โดยการศึกษาการระงับปวดที่สัมพันธ์กับการอักเสบในหนูถีบจักร โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฉีดสารสกัดเถาเอ็นอ่อน กับกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาอินโดเมธาซิน (NSAIDs) พบว่า สารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ระงับปวดในลักษณะที่สัมพันธ์กับขนาดของสารสกัด คือ ยังมีสัดส่วนที่มากยิ่งช่วยระงับปวดได้มาก เมื่อเปรียบเทียบกับยาอินโดเมธาซินที่ช่วยระงับปวดได้เช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความเป็นพิษของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน พบว่า สารสกัดเถาเอ็นอ่อนไม่มีความเป็นพิษต่อเซลล์หรือความเป็นพิษเฉียบพลัน มีความเป็นพิษค่อนข้างต่ำจากการทดลองในสัตว์ทดลองและหลอดทดลองเมื่อได้รับสารสกัดในขนาดที่ไม่สูงมาก

2. สเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไย มีลักษณะเป็นของเหลว



ภาพ 7 แสดงสเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไย

ที่มา: ช้อปปี้ (Shopee), 2564

ส่วนประกอบหลัก: สารสกัดจากเมล็ดลำไย (Longan Seed Extract)

สรรพคุณ: บรรเทาอาการปวดเมื่อย การอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ

วิธีใช้: พ่นสเปรย์บริเวณที่มีการปวดเมื่อยแล้วนวดให้ซึมเข้าผิว

ข้อควรระวัง: ห้ามพ่นสเปรย์ยานี้บริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อนและบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

เมล็ดลำไย มีส่วนประกอบของสารสำคัญประเภท Phenolic Compounds ในปริมาณมาก เช่น Gallic Acid, Ellagic Acid และ Corilagin ซึ่งมีคุณสมบัติหลักในการต้านอนุมูลอิสระ และต้านการอักเสบ โดยใช้เป็นยาต้านการอักเสบได้ (Rangkadilok et al., 2007)

จากงานวิจัยของ จรัสเดช ไชยทอง และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิภาพของยาพอกเข้าจากเมล็ดลำไยในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่าการใช้ยาพอกเข้าจากเมล็ดลำไยในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการปวดเข่าลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และผลการวิเคราะห์ความพอใจในประสิทธิภาพของยาพอกเข้าจากเมล็ดลำไยและความปลอดภัยในการใช้นวัตกรรมยาพอกเข้าอยู่ในระดับมากที่สุด จึงสรุปได้ว่า สารสกัดเมล็ดลำไยสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา

1. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ โดยคาสส์และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) กล่าวว่า การกระทำใด ๆ ที่กระทำขณะยังมีสุขภาพดี มีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพที่ดี และกระทำเพื่อการป้องกันโรค โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกในชีวิต (Well-being) และศักยภาพทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยการมุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก กล่าวคือ มีสุขภาพดีและชีวิตที่ปกติสุข

คาสส์และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) ได้จำแนกพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ทราบผลวินิจฉัยโรคแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ดังสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรืองดเว้นการกระทำใด ๆ ของบุคคลในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง โดยการนำความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ และสังคม มามีส่วนเกี่ยวข้องและทำให้เกิดความสัมพันธ์กันอย่างสมดุล โดยพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยา

เป็นพฤติกรรมที่จัดอยู่ในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้ง 3 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและหายจากอาการเจ็บป่วย (Kasl & Cobb, 1966)

2.1 ด้านของการป้องกันโรค พฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการเกิดโรค การใช้ยาเพื่อให้สุขภาพดี ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายด้วยยาที่เชื่อว่าจะสามารถป้องกันความเจ็บป่วยได้

2.2 ด้านของความเจ็บป่วย หากบุคคลมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น อาจเกิดในด้านร่างกายหรือจิตใจที่ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ หรือก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต การรักษาตนเอง (Self-Medication) คือของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Care) รูปแบบหนึ่ง ซึ่งหมายถึงการจัดการกับสุขภาพของตนเองโดยอยู่นอกการกำกับดูแลโดยแพทย์ ด้วยยาที่ใช้บรรเทาอาการที่เจ็บป่วย เป็นการใช้ยาด้วยตนเองของประชาชนโดยไม่ผ่านการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่มีใบสั่งแพทย์

2.3 ด้านของพฤติกรรมผู้ป่วย เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว และทราบผลวินิจฉัยโรคแล้ว การดูแลสุขภาพหรือการรักษาตนเองโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น นอกเหนือจากการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยแพทย์แล้วนั้น คือ การใช้ยาด้วยตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Care) โดยอาจได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ก็ได้

การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพจะถูกต้องตามหลักสุขภาพหรือไม่ นั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลหลายประการ ประกอบด้วยปัจจัยภายในครอบครัว และปัจจัยภายนอกครอบครัว โดยหากพิจารณาตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker et al., 1974) จะพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านประชากร แรงสนับสนุนทางครอบครัว ปัจจัยดังกล่าวนี้สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งหากการปฏิบัติตัวนั้นถูกต้องตามหลักสุขภาพก็จะส่งผลดีต่อตนเอง ซึ่งการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ เช่น เกิดจากปัจจัยความเชื่อของตนเอง และการมีผู้อื่นสนับสนุน เป็นต้น สุปรียา ตันสกุล, 2548 อ้างอิงใน สาลี ถอสวรรณ์ (2562) โดยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานีซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior)

จากงานวิจัยของ อภิญา จุติตระกูลชัย และวิลาสินี หงสนันท์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน ได้แก่ เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา อายุ ทัศนคติ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ของยาสมุนไพร อาชีพ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรผ่านบุคลากรทางการแพทย์ มีเพื่อนเป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร และมีบุคลากรทาง

การแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาขมื่นชั้น โดยทั้ง 9 ตัวแปรสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาขมื่นชั้นของประชาชนจังหวัดสุโขทัยได้ร้อยละ 45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพรของผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความสามารถในการบริหารยาร่วมกับความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรม 3 ด้าน (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ, 2558) ดังนี้

1. ด้านวิธีการใช้ยา โดยพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์และการใช้ยาด้วยตนเอง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง การที่ผู้สูงอายุแสวงหายาสมุนไพรและนำมาใช้บรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างด้วยตนเอง ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาสมุนไพรทั้งชนิดแคปซูลและชนิดชาขง การใช้ยาสมุนไพรสำหรับภายนอกโดยวิธีการ ทา นวด ถู ฟน บริเวณต่าง ๆ ที่มีอาการดังกล่าวบนร่างกาย

จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง (2561) กล่าวว่า ปัจจุบันศตวรรษที่ 21 ผู้สูงอายุถือเป็นผู้มีประสบการณ์สูง อยู่ในยุคเทคโนโลยีที่สามารถตอบโจทย์แทบทุกความต้องการพื้นฐานได้สำเร็จ รวมถึงด้านการแพทย์และยารักษาโรค ที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง และมีการแพร่กระจายของเศรษฐกิจสู่ระดับภูมิภาคในด้านต่าง ๆ รวมถึงการบริการด้านสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ที่สามารถเข้าถึงระบบบริการสะดวก ง่าย และใกล้แหล่งชุมชนรวมถึงมีความปลอดภัยในการไปรับบริการ นอกจากนี้ยังมีการใช้แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนไทยร่วมด้วย

จากงานวิจัยของ ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล (2562) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชากร มีการเลือกใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 91.20 คิดเป็นอัตราการใช้ยาสมุนไพรโดยเฉลี่ย 6.1 ครั้งต่อครัวเรือน โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเคยซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเองเพื่อรักษาอาการปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 28.81 รักษาอาการปวดข้อ ร้อยละ 27.97 และอาการปวดข้อ ร้อยละ 24.86 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมีการใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าคนในเขตชานเมืองและเขตเมือง

2. ด้านการเลือกสถานบริการเพื่อรับยาตามสถานการณื เช่น โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา และการซื้อยาจากคำโฆษณาและการบอกต่อ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เกี่ยวกับสถานบริการของรัฐและเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และร้านขายยา ซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ในอำเภอหนองฉาง

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2554) กล่าวว่า ในประเทศไทยมีช่องทางการกระจายยา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาด้วยตนเองที่มากขึ้น โดยช่องทางการกระจายยาของประเทศไทยในภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลและร้านขายยา เป็นช่องทางที่สำคัญที่สุดถึงร้อยละ 90 ของมูลค่ายาทั้งหมด โดยยาที่กระจายผ่านโรงพยาบาลคิดเป็นมูลค่าสูงสุด ประกอบด้วย ยากลุ่มปฏิชีวนะและยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสำหรับยาที่กระจายผ่านร้านขายยาที่มีมูลค่าสูงสุด คือ ยาบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น ยาลดไข้บรรเทาปวด และยาแก้หวัดคัดจมูก ดังนั้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้สูงอายุมักมีการแสวงหาทางบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้วยช่องทางที่สะดวกและใกล้ที่สุด

3. ด้านการเก็บรักษา ยา ได้แก่ วิธีการเก็บรักษา การนำยาออกมาใช้ และการสะสมยาเก่า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่มีอยู่เดิม กล่าวคือ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในด้านความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยความสามารถส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความจำ และปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน เช่น อาชีพการทำงาน เป็นต้น

2. ปัจจัยชักนำ คือ ปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ การเกิดอาการความเจ็บป่วยหรือโรค เช่น ความรุนแรงของอาการหรือโรค และการตอบสนองของร่างกายต่อยา เช่น ผลลัพธ์จากการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา

3. ปัจจัยปรับเปลี่ยน คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงสื่อต่าง ๆ ต่าง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น สรรพคุณของยาที่ใช้ในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ, 2558)

จากงานวิจัยของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 57.5, 58.2 และ 54.7 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง และทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

ความเชื่อ คือ ความคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลนั้นมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามหรือมีการโต้ตอบในรูปแบบของการกระทำหรือคำพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น อาจมีเหตุผลหรือไม่มีก็ได้ จึงกล่าวได้ว่า ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธูปถัมภ์ต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลเกิดความเชื่อต่อสิ่งใด ความเชื่อนั้นจะสามารถกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อต่อสิ่งใด ๆ นั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป โดยอาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน (สาลี ถอสวรรณ์, 2562)

ความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา กล่าวคือเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวจะแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบต่าง ๆ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม ซึ่งมีอิทธิพลชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้น (ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์, 2557)

แบบความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวความคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัติตนนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคมด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health Related Behavior) โดยในระยะแรกนั้น มุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล มีสมมุติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการนั้น ๆ (Becker et al., 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to Take Action) คือ ความพร้อมในด้านจิตใจที่จะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาและตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of The Advocated Health Behavior) จะประเมินโดยการพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคได้เพียงใด โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา การเสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to Action) สามารถเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการผิดปกติ หรือ ความเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอก เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อสารมวลชนต่าง ๆ ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

ต่อมา มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เนื่องจากยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ โดยคาร์สและคอบส์ (Kasl & Cobb, 1966) ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการผิดปกติ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ทราบผลวินิจฉัยโรคแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่โดยเบคเกอร์และไมแมน (Maiman & Becker, 1974) โดยการเพิ่มองค์ประกอบเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค ซึ่งเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and Enabling Factor) ซึ่งเป็นการรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to Action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behavior) ได้ดีขึ้น มีการนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย โดยสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพได้ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล โดยเบคเกอร์ (Becker et al., 1974) สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือมีกระทบต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นต้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking The Health Action) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจะสามารถหลีกเลี่ยงอาการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ซึ่งแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้ว แต่การที่จะให้ความร่วมมือการยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติด้วย กล่าวคือ การมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมในการช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ถึงอุปสรรคที่เป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ เช่น การรับรู้ถึงความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดความล้าชวย เป็นต้น ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จึงขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โดยโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า อุปสรรคที่มีต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจและยากแก่การแก้ไข ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง การที่บุคคลมีสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ ในด้านสุขภาพอนามัย เช่น หากบุคคลมีความต้องการที่จะลด โอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพตนเอง และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ๆ ซึ่งแรงจูงใจด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา โดยการวัดแรงจูงใจสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying Factors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม (Social Factor) เช่น ครอบครัว เพื่อน ที่มีผลทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to Action) ประกอบด้วยสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ประสบการณ์จากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน โดยสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คุณปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เนื่องจากอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

สรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา กล่าวคือเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวจะแตกต่างกัน โดยงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) มากำหนดตัวแปรในกรอบแนวคิด 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยต่าง ๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาเกี่ยวกับสังคมวิทยา พบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของผู้ที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา จริยา ปันทวิงกูร, 2549 อ้างอิงใน ณิชภัทร วัตบุญเลี้ยง (2562)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการหรือการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เพื่อให้การช่วยเหลือ ปกป้อง หรือสนับสนุนบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีสุขภาพที่ดีขึ้น กล่าวคือ คนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม มีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ เกิดความใกล้ชิดกันมากน้อยต่างกันไป ซึ่งการติดต่อกันจะทำให้เกิดการรู้จักกัน เกิดความสัมพันธ์กันจนเป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนที่เรียนหนังสือ เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน ตลอดจนสมาชิกชมรมต่าง ๆ การได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยจึงทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน ซึ่งทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ต่อมาผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น นำมาใช้ในการให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ และการมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จากแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยช่วยเตือนและช่วยเหลือสนับสนุน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมและสุขภาพที่ดีขึ้น (ณิชาภัทร วัตบุญเลี้ยง, 2562)

Pender (1996) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของการเป็นที่ยอมรับ การได้รับความรัก และรู้สึกสำคัญหรือมีคุณค่าสำหรับทุกคน โดยประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Supports) เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน การมีส่วนร่วม รวมถึงอาจเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในสถานะซึมเศร้า
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือในการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลเกิดความเข้าใจถึงการปฏิบัติอย่างไรถึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง
3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการช่วยเหลือในส่วนของแรงงาน เพื่อให้บุคคลสามารถมีเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ
4. การยอมรับ (Affirmation) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเข้าใจถึงภาวะและศักยภาพตามความเป็นจริงของตนเอง

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2540) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของหรือจิตใจ ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้รับ โดยความช่วยเหลือนี้อาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

House (1981) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล โดยการให้ความรัก ความไว้วางใจ ความมีคุณค่า และการรับฟังปัญหา รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับความรัก ความเห็นใจ ความห่วงใย และความไว้วางใจ ซึ่งส่วนมากจะได้รับจากครอบครัวและเพื่อนสนิท
2. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ประเมินการและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งจะได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่สามารถใช้เป็นแนวทางกับสถานการณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ เช่น การช่วยเหลือทางการเงิน การช่วยเหลือด้านการเสียสละเวลา รวมถึงการช่วยเหลือด้านการบริการต่าง ๆ

สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนทางด้านทางอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และการยอมรับ เพื่อให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมและสุขภาพที่ดีขึ้น โดยงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มากำหนดตัวแปรในกรอบแนวคิด 2 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิริยญา เมืองช้าง (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.7 โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้สมุนไพรเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการทางระบบทางเดินหายใจมากที่สุดร้อยละ 24.53 รองลงมาใช้สมุนไพรเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางระบบผิวหนัง และอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัวและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ทศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร ค่าใช้จ่ายหรือราคาในการได้มาซึ่งสมุนไพร รูปแบบสมุนไพร และการส่งเสริมการขายสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเปิดรับสื่อบุคคล การเปิดรับสื่อเฉพาะกิจ และการเปิดรับ

สื่อมวลชนเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 57.5, 58.2 และ 54.7 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เอง และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาพร สัตย์ชื่อ และคณะ (2561) ได้ศึกษาการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขตอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ในการรักษา โรคของประชาชนอยู่ในระดับมาก และจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรใน การรักษาโรค ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุน ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลต่อการส่งเสริมแนะนำในการใช้ยาสมุนไพร รักษาอาการเจ็บป่วยที่ดี และปัจจัยเอื้อ ด้านแหล่งหาซื้อยาสมุนไพร พบว่าร้านขายยาแผนปัจจุบัน โรงพยาบาล และหมอพื้นบ้านในชุมชน เป็นแหล่งหาซื้อยาสมุนไพรที่สะดวก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา สมุนไพรในการรักษาโรคของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 8.37, p = 0.000$)

ชนิตา มัททวงกูร และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การใช้สมุนไพร ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ ช่องทางการได้มาซึ่งสมุนไพร และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201, 0.310, p < 0.05, 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.267, p < 0.01$)

กัญญาลักษณ์ สีสองสม และณรงค์ ใจเที่ยง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัด เชียงราย ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง (76.4%) อายุต่ำกว่า 40 ปี (69.1%) ไม่มีโรค

ประจำตัว (82.7%) ไม่มีประวัติการแพ้ยา (92.3%) มีสถานภาพสมรส(52.3%) จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา (5956) มี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท (58.66) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (55.096) มี สถานภาพเป็นลูกจ้าง (70.06) อยู่สายงานวิชาชีพ (66,896) มีการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพตนเอง (51,46) ใช้ ยาสมุนไพรรูปแบบรับประทาน (84.16) มีความรู้และทัศนคติการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้ยาสมุนไพรปาน กลาง (67.3 และ 73.69%) มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรต่ำ (77.3%) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ รายได้ ประเภทการจ้าง ตำแหน่งงาน ประวัติการรักษาโรค และรูปแบบการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้ยาสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิญา จุติตระกูลชัย และวิลาสินี หงสนันท์ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชั้นของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชั้นอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.4) ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชั้นของประชาชน ได้แก่ เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา (beta = 0.34) อายุ (beta =0.26) ทัศนคติ (beta =0.20) ความรู้ (beta =0.17) การรับรู้ประโยชน์ของยาหมื่นชั้น (beta =0.17) อาชีพ (ค้าขายกิจการส่วนตัว) (beta =0.10) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาหมื่นชั้นผ่านบุคลากรทางการแพทย์ (beta = 0.09) มีเพื่อนเป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมื่นชั้น (beta = 0.21) และมีบุคลากรทางการแพทย์เป็น แบบอย่างในการใช้ยาหมื่นชั้น (Deta = -0.31) โดยทั้ง 9 ตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชั้นของประชาชน จังหวัดสุโขทัยได้ร้อยละ 45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถ ใจเตี้ย และคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุ ชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านโดยรวมระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 และเมื่อวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุ พบว่า อายุและการรับรู้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้าน สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พีระ อารีรัตน์ (2564) ได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อด้านการรับรู้อันตราย ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์และความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับสูง และความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อด้านการรับรู้อันตราย ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

และปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04, 0.03, <0.001, 0.01$ ตามลำดับ)

อภิรุจน์ รุ่งเรือง (2565) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ทศนคติต่อยาสมุนไพร ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพร ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพร และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพร ($\beta = 0.380$) ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพร ($\beta = 0.259$) ทศนคติต่อยาสมุนไพร ($\beta = 0.075$) และเพศชาย ($\beta = 0.083$) ตามลำดับ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวรวมพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ร้อยละ 47.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรและความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สมุนไพร ความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพร และส่วนประสมทางการตลาดอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน พบว่า เพศหญิงมีโอกาสใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากกว่าเพศชาย 3.77 เท่า และประชาชนที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรน้อยกว่าประชาชนที่ไม่มีโรคประจำตัว 0.31 เท่า ซึ่งทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนได้ถูกต้องร้อยละ 94.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

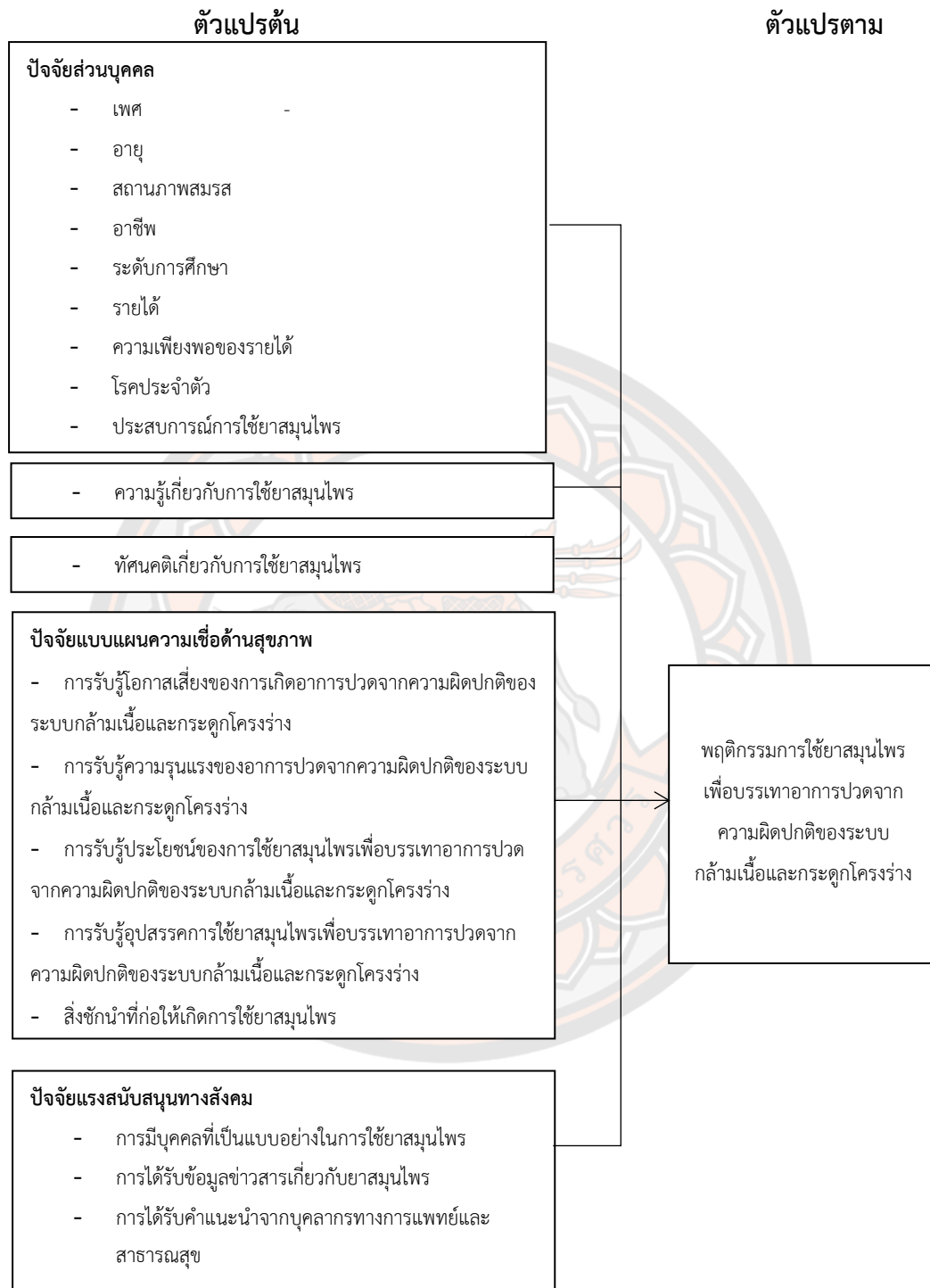
Rashrash et al. (2017) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนช่วงวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาจากข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ถูกรวบรวมไว้จากการสำรวจผู้บริโภคแห่งชาติในปี ค.ศ. 2015 ในเรื่องของประสบการณ์การใช้ยาและบทบาทของเภสัชกร สถิติที่ใช้ คือ Chi-square เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพร และใช้สถิติ Logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการใช้ยาสมุนไพรในประชาชนช่วงวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ อายุ (มากกว่า 70 ปี) มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมปลาย การใช้ยาสมุนไพรตามแพทย์สั่งหรือการใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง และการสั่งซื้อยาจากร้านขายยาทาง Mail โดยมีความชุกของการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 48.7 โรคมะเร็ง ร้อยละ 43.1 และโรคข้ออักเสบ ร้อยละ 43 สำหรับปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่

มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมปลาย การใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง การสั่งซื้อยาจากร้านขายยาทาง Mail ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสูง ผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ และผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ จากการศึกษาที่สรุปได้ว่า มีการใช้ยาสมุนไพรในช่วงวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 ซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาระดับสูง โดยประชาชนกลุ่มที่มีปัญหาป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่น

Rambod et al. (2018) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ Rheumatoid Arthritis (RA) ร้อยละ 54.4 และกลุ่มควบคุมที่ใช้ยาสมุนไพรร้อยละ 36.4 โดยยาสมุนไพรที่มีการใช้มากที่สุดในผู้ป่วย RA ได้แก่ Thyme ร้อยละ 43.4, Chamomile ร้อยละ 36.9, Borage ร้อยละ 36.8, Lavender ร้อยละ 31.2, Ginger ร้อยละ 28.5 และ Cinnamon ร้อยละ 21.5 จากการศึกษาพบว่า การใช้ยาสมุนไพร เช่น Chamomile, Cinnamon และ Ginger ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใช้สถิติ Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วย RA พบว่า เพศชายมีการใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าเพศหญิง (odds ratio = 0.50, $p = 0.001$) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส (odds ratio = 0.35, $p = 0.03$) ผู้ไม่ได้รับการศึกษา (odds ratio = 2.45, $p = 0.001$) และผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย (odds ratio = 1.64, $p = 0.02$) เป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย RA จากการศึกษาที่สรุปได้ว่า มีผู้ป่วย RA มากกว่าร้อยละ 50 ที่ใช้ยาสมุนไพร โดยเป็นยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณด้านการอักเสบ (Anti-irritation)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ปัจจัยด้านสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้แก่ การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค เพื่อให้ครอบคลุมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้นำปัจจัยดังกล่าวมาแสดงรายละเอียดความสัมพันธ์ในรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 8 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสูบไฟรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง ว่ามีอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (ระบุรหัสกลุ่มโรค ICD-10: M00-M99) ของสถานบริการสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 4,733 คน

2. กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนเท่าของตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ในอัตราส่วน 1:20 โดยตัวแปรทำนายที่ศึกษามีจำนวน 18 ตัวแปร จึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{กลุ่มตัวอย่าง} &= \text{จำนวนตัวแปร} \times \text{จำนวนเท่า} \\ &= 18 \times 20 \\ &= 360 \text{ คน}\end{aligned}$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 360 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 396 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นขณะเก็บข้อมูล

3. การสุ่มตัวอย่าง

3.1 กำหนดตัวอย่างตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละสถานบริการ ใช้สูตรกำหนดสัดส่วน ดังนี้

$$N_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด

N_i = จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

N_i = จำนวนตัวอย่างที่จะสุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานบริการ

แทนค่าสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลหนองฉาง} &= \frac{396 \times 3,630}{4,733} \\ &= 304 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยจะดำเนินการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขจนครบ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
1 โรงพยาบาลหนองฉาง	3,630	304
2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาง	60	5
3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ตำบลหนองยาง	64	5
4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนางนวล	57	5
5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสรวง	70	6
6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า	16	1
7 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุทัยเก่า	82	7
8 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งโพ	66	5

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ ตำบลทุ่งโพ	194	16
10 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งพง ตำบลทุ่งพง	30	3
11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งพง	30	3
12 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาบางแกรก	106	9
13 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าหมาก ตำบลเขาบางแกรก	97	8
14 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขากวางทอง	231	19
รวม	4,733	396

3.2 การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

3.2.1 นำรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (ระบุรหัสโรค M00-M99) จากโปรแกรม HOS ของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการสุ่มตัวอย่างและกำหนดหมายเลขให้ประชากรทุกคน

3.2.2 กำหนดอัตราส่วน โดยใช้สูตร ดังนี้

$$k = \frac{N}{n}$$

โดยที่ K = อัตราส่วน

N = ประชากร

n = กลุ่มตัวอย่าง

$$\text{ดังนั้นจะได้อัตราส่วน } K = \frac{4,733}{396}$$

$$= 12$$

3.2.3 นำค่าอัตราส่วนที่ได้ ($K = 12$) มากำหนดช่วงการสุ่ม โดยจำนวนประชากรทุก ๆ 12 คน จะได้สุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

3.2.4 สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดสมาชิกคนแรก (R) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากสมาชิกหมายเลข 1-12 มา 1 หมายเลข เมื่อได้หมายเลขสมาชิกคนแรก หมายเลขสมาชิกคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 2) กับหมายเลขสมาชิกคนแรกจากข้อ 3) โดย ($R, R+k, R+2k, R+3k, \dots, R+nk$) ดำเนินการสุ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 396 ตัวอย่าง

4. เกณฑ์การคัดเข้า

4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อร้ายแรงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยติดเตียง

4.2 ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้

5. เกณฑ์การคัดออก

5.1 ผู้ที่ไม่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอหนองฉางแล้ว

5.2 ผู้ที่เพิ่งได้รับอุบัติเหตุ กระดูกหัก ร้าว ยังไม่หายดีหรือมีการอักเสบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้าง ซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ แบบสอบถามปัจจัยชักนำ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร

แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก ได้แก่

ใช่ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าข้อคำถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง
มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

โดยการแปลผลคะแนน จะใช้ค่าเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 0 - 10 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์
ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาค} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{10 - 0}{3} \\ &= 3.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 - 3.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.34 - 6.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 6.68 - 10.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร

แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จำนวน 15 ข้อ คำถามมีลักษณะด้านบวกและลบ ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ได้แก่

เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดว่าข้อความนั้นบางครั้งตรงและบางครั้งไม่ตรงกับ
ความคิดหรือความรู้สึก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale (บุญธรรม กิจปรีดาภิรัชต์, 2547) ที่ตั้งไว้
5 ระดับ เป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

โดยการแปลผลคะแนน จะใช้ค่าเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 15 - 45 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์
ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{45 - 15}{3} \\ &= 10 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 15.00 – 25.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 25.01 – 35.01 หมายถึง ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 35.02 – 45.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับมาก

เกณฑ์การแปลผลรายข้อ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 - 2.35 หมายถึง ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.36 - 3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับมาก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบสอบถามการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 20 ข้อ คำถามมีลักษณะด้านบวกและลบ ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ได้แก่

เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดว่าข้อความนั้นบางครั้งตรงและบางครั้งไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2547) ที่ตั้งไว้ 5 ระดับ เป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

โดยการแปลผลคะแนนของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค จะแปลผลคะแนนในแต่ละด้านโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 4 - 12 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{12 - 4}{3}$$

$$= 2.67$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.00 - 6.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 6.68 - 9.35 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 9.36 - 12.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับมาก

เกณฑ์การแปลผลรายข้อ ดังนี้

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.67$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 - 2.35 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.36 - 3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับมาก

สำหรับการแปลผลคะแนนของสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร จะแปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 4 - 12 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{12 - 4}{3}$$

$$= 2.67$$

	=	2.67	
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง สมุนไพรรดับน้อย	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	4.00 - 6.67	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยา
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง สมุนไพรรดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	6.68 - 9.35	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยา
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง สมุนไพรรดับมาก	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	9.36 - 12.00	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยา

เกณฑ์การแปลผลรายข้อ ดังนี้

อันตรภาคชั้น	=	$\frac{3 - 1}{3}$	
	=	0.67	
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง สมุนไพรรดับน้อย	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.67	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยา
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง สมุนไพรรดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.68 - 2.35	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยา
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง สมุนไพรรดับมาก	คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.35 - 3.00	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยา

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ คำถามประกอบด้วย 2 ตัวเลือก ได้แก่

ได้รับ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนตามข้อความที่ระบุ
ไม่เคยได้รับ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความที่ระบุ
มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ได้รับ	ได้	1	คะแนน
ไม่เคยได้รับ	ได้	0	คะแนน

โดยการแปลผลคะแนนของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ส่วน จะแปลผลคะแนนในแต่ละส่วนโดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 0 - 5 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{5 - 0}{3}$$

$$= 1.67$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 1.67 หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 – 3.35 หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.36 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในระดับมาก

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของ
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จำนวน 15 ข้อ คำถามมีลักษณะด้านบวกและลบ ประกอบด้วย
3 ตัวเลือก ได้แก่

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-4 วัน/สัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยในสัปดาห์

โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	0	2

โดยการแปลผลคะแนน จะใช้ค่าเฉลี่ยที่มีตั้งแต่ 0 - 30 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์
ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{30 - 0}{3}$$

3

= 10

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 10.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรระดับ
น้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 10.01 – 20.01 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 20.02 – 30.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร
ระดับมาก

เกณฑ์การแปลผลรายข้อ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{2 - 0}{3} \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 - 0.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรระดับ
น้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.68 - 1.35 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรระดับ
ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.36 - 2.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรระดับ
มาก

การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างแบบสอบถาม โดยครอบคลุม
วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในงานวิจัย
3. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง
และปรับแก้ไขตามคำแนะนำเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - 4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยแต่ละข้อคำถามต้องได้ค่า IOC =
0.5 ขึ้นไป (สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551) และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน	+1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง
ให้คะแนน	0	เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง
ให้คะแนน	-1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้อง

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากสูตรคำนวณ ดังนี้ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นต่อไป

4.2 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับแก้ไขความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังหิน อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน

4.3 เมื่อแบบสอบถามได้ผ่านการทดลองใช้แล้ว จึงนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามเป็นการวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดค่าที่ยอมรับได้มีค่าสัมประสิทธิ์ไม่ต่ำกว่า 0.7 ขึ้นไป (สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551) ซึ่งผลการวิเคราะห์แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามสิ่งชักนำ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.766, 0.789, 0.788, 0.708, 0.915, 0.862 0.723 และ 0.895 ตามลำดับ ดังนั้นแบบสอบถามทุกชุดจึงผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.4 สำหรับแบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และ ผู้วิจัยนำมาหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และคัดเลือกข้อคำถามที่มี

ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป และหาค่าความยากง่าย โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่าย ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของคูเดออร์ - ริชาร์ด 20 (Kruider-Richardson Method) ได้ค่า เท่ากับ 0.747

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมเอกสาร

1.1 ผู้วิจัยยื่นโครงร่างงานวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มอาสาสมัคร

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงโรงพยาบาลหนองฉางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ดังกล่าวระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2565

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขออนุมัติการเก็บข้อมูลใน พื้นที่ดังกล่าว และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้มารับบริการในโปรแกรม HOS ของโรงพยาบาลหนองฉางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขออนุญาตการใช้พื้นที่

2.2 ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองฉาง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน เพื่ออบรมขั้นตอนและรายละเอียดในการเก็บแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ จากนั้นทดลองนำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ในพื้นที่เป้าหมาย และขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

2.3 ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม และนำมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินงานจากการวิเคราะห์ และนำไปเขียนรายงานวิทยานิพนธ์สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณค่าสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ทักษะคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุดค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ทักษะคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตต้า (Eta Coefficient) มีเกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าเท่ากับ 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง 0.80 -0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง 0.60 -0.79 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง 0.40 -0.59 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง 0.20 -0.39 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง 0.01 -0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าเท่ากับ 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยส่งโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 193/2022 วันที่ 6 พฤษภาคม 2565) ผู้วิจัยจึงขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงโรงพยาบาลหนองฉางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย จังหวัดอุทัยธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยขอความยินยอม และลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัย แจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด
2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด
3. การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร
4. การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร
5. สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

1. การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร
3. การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 6 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	170	42.93
หญิง	226	57.07
อายุ		
60-70 ปี	240	60.61
71-80 ปี	122	30.81
81 ปีขึ้นไป	34	8.58
$(\bar{X} = 68.64, S.D. = 6.54, \text{Min} = 60, \text{Max} = 85)$		
สถานภาพสมรส		
โสด	51	12.88
คู่	228	57.58
หม้าย	100	25.25
หย่าหรือแยกกันอยู่	17	4.29
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	70	17.68
เกษตรกรกรรม	92	23.23
รับจ้าง	72	18.18
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	45	11.37
ข้าราชการบำนาญ	116	29.29
อื่น ๆ	1	0.25
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	25	6.31
ระดับประถมศึกษา	126	31.82
ระดับมัธยมศึกษา	96	24.24

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อนุปริญญา/ปวส.	50	12.63
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	99	25.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	172	43.43
5,000 – 15,000 บาท	122	30.81
15,001 – 30,000 บาท	90	22.73
30,001 – 50,000 บาท	8	2.02
มากกว่า 50,000 บาท	4	1.01
$(\bar{X} = 11,467.43, S.D. = 11,233.05, Min = 0, Max = 98,000)$		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	71	17.93
เพียงพอ	235	59.34
มีเหลือเก็บ	90	22.73
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	234	59.09
โรคเบาหวาน	173	43.69
โรคไขมันในเลือดสูง	147	37.12
อื่น ๆ	115	29.04
ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด		
ไม่เคยใช้	83	20.96
เคยใช้รูปแบบรับประทาน	34	8.59
เคยใช้รูปแบบภายนอก	244	61.61
เคยใช้ทั้งรูปแบบรับประทานและรูปแบบ ภายนอก	35	8.84

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.07 อายุที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 60.61 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.64 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบว่ามีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 57.58 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ประกอบอาชีพ ข้าราชการ บำนาญ มากที่สุด ร้อยละ 29.29 ด้านระดับการศึกษา พบว่า มีระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 31.82 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 43.43 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 11,467.43 บาท ด้านความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากมีเพียงพอ ร้อยละ 59.34 ด้านมีโรคประจำตัว คือ มีโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 59.09 และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด ส่วนมากเคยใช้ ในรูปแบบการใช้ภายนอก ร้อยละ 61.61

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด จากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(6.68 – 10.00 คะแนน)	184	46.46
ระดับปานกลาง	(3.34 – 6.67 คะแนน)	210	53.03
ระดับน้อย	(0.00 – 3.33 คะแนน)	2	0.51

(\bar{X} = 6.35, S.D.= 1.40, Min = 2.00, Max = 10.00)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.03 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 46.46 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 0.51

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	ตอบถูก	
	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ยาเถาวัลย์เปรียง สามารถใช้รับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวดได้	197	49.75
2. ยาขมิ้นชัน สามารถใช้รับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวดได้	262	66.16
3. น้ำมันไพล ใช้ทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้	383	96.72
4. น้ำมันเมล็ดพื้งพอน ใช้ทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้	40	10.10
5. ยาลูกประคบ ใช้ประคบบริเวณที่ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้	375	94.70
6. ยาสมุนไพรที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดไม่สามารถใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้	255	64.39
7. ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดชนิดรับประทาน สามารถหยุดรับประทานได้ทันทีเมื่อท่านหายจากอาการปวดแล้ว	335	84.60
8. ยาเถาวัลย์เปรียง ควรรับประทานก่อนอาหารทันที	143	36.11
9. ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจะช่วยคลายกล้ามเนื้อและลดการอักเสบของกล้ามเนื้อได้	241	60.86
10. ยากษัยเส้น ควรรับประทานหลังอาหารทันที	154	38.89

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง มากที่สุด คือข้อ 3.น้ำมันไพล ใช้ทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้ ร้อยละ 96.72 รองลงมา คือข้อ 5.ยาลูกประคบ ใช้ประคบบริเวณที่ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้ ร้อยละ 94.70 และน้อยที่สุด คือข้อ 4.น้ำมันเมล็ดพื้งพอน ใช้ทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้ ร้อยละ 10.10

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (35.02 – 45.00 คะแนน)	244	61.62
ระดับปานกลาง (25.01 – 35.01 คะแนน)	150	37.88
ระดับน้อย (15.00 - 25.00 คะแนน)	2	0.50
$(\bar{X} = 37.00, S.D. = 4.10, \text{Min} = 22.00, \text{Max} = 45.00)$		

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.62 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.88 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 0.50

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายข้อ

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ไม่สะดวก	2.36	0.68	มาก
2. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเป็นจะมีผลข้างเคียงที่น้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน	2.58	0.64	มาก

ตาราง 6 (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด จากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{x}	S.D.	ระดับ
3. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเป็นวิธีที่ล้ำสมัย หรือโบราณ	2.63	0.70	มาก
4. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมีความปลอดภัยสูง	2.53	0.60	มาก
5. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมีสี กลิ่น และรสชาติที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้	2.35	0.67	ปานกลาง
6. ท่านคิดว่าควรสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเพราะต้องอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย	2.78	0.53	มาก
7. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะต้องใช้ในปริมาณมาก จึงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา	2.53	0.70	มาก
8. ท่านคิดว่าเมื่อใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดแล้วมีอาการดีขึ้น ท่านจะแนะนำหรือบอกต่อผู้อื่น	2.88	0.37	มาก
9. ท่านคิดว่าการใช้ ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะทำให้มีอาการที่แย่งลง	2.65	0.61	มาก
10. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดสามารถรักษาอาการปวดได้ดีเทียบเท่ายาแผนปัจจุบัน	1.94	0.81	ปานกลาง
11. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพมากกว่ายาแผนปัจจุบัน	2.25	0.59	ปานกลาง
12. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดในปัจจุบันมีรูปแบบที่นำใช้มากขึ้นกว่าเมื่อก่อน	2.72	0.50	มาก
13. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดจะรักษาหายช้า ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่จึงไม่นิยมใช้	1.63	0.74	น้อย
14. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขจะไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดพิษต่อร่างกาย	2.60	0.58	มาก
15. ท่านคิดว่าไม่ควรสนับสนุนยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเนื่องจากเป็นยาที่ไม่ปลอดภัย	2.54	0.64	มาก

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อ 8. ท่านคิดว่าเมื่อใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดแล้ว มีอาการดีขึ้น ท่านจะแนะนำหรือบอกต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.88$, S.D. = 0.37) รองลงมาได้แก่ ข้อ 6. ท่านคิดว่าควรสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเพราะต้องอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 0.53) ข้อ 12. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดในปัจจุบันมีรูปแบบที่นำใช้มากขึ้นกว่าเดิม ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.50) และข้อ 9. ท่านคิดว่าการใช้ ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะทำให้มีอาการที่แยลง ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = 0.61) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อ 13. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดจะรักษาหายช้า ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่จึงไม่นิยมใช้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 1.63$, S.D. = 0.74) รองลงมาได้แก่ ข้อ 10. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดสามารถรักษาอาการปวดได้ดีเทียบเท่ายาแผนปัจจุบัน ($\bar{X} = 1.94$, S.D. = 0.81) ข้อ 11. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพมากกว่ายาแผนปัจจุบัน ($\bar{X} = 2.25$, S.D. = 0.59) และข้อ 5. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมีสี กลิ่น และรสชาติที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ ($\bar{X} = 2.35$, S.D. = 0.67) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (9.36 – 12.00 คะแนน)	315	79.54
ระดับปานกลาง (6.68 – 9.35 คะแนน)	71	17.93
ระดับน้อย (4.00 – 6.67 คะแนน)	10	2.53

($\bar{X} = 10.63$, S.D. = 1.55, Min = 4.00, Max = 12.00)

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.54 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 17.93 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 2.53

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างรายข้อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.เมื่อมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่าวัยอื่น ๆ	2.81	0.51	มาก
2.ความเครียดก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้	2.40	0.71	มาก
3.การทำท่าทางเดิม ๆ หรืออยู่ในอิริยาบถเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้	2.78	0.45	มาก
4.การไม่ออกกำลังกายเป็นประจำก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้	2.65	0.62	มาก

จากตาราง 8 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อ 1. เมื่อมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่าวัยอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 0.51)0 และข้อ 2. ความเครียดก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.40$, S.D = 0.71)

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (9.36 – 12.00 คะแนน)	226	57.07
ระดับปานกลาง (6.68 – 9.35 คะแนน)	46	11.62
ระดับน้อย (4.00 – 6.67 คะแนน)	124	31.31

($\bar{X} = 9.51$, S.D.= 2.56, Min = 4.00, Max = 12.00)

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.07 รองลงมา คือระดับน้อย ร้อยละ 31.31 และน้อยที่สุดคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.62

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. อาการปวดกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างปกติ	2.30	0.90	ปานกลาง
2. การปวดกล้ามเนื้อส่งผลให้เกิดเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังได้	2.91	0.32	มาก
3. เมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความพิการได้	2.11	0.90	ปานกลาง
4. อาการปวดกล้ามเนื้อทำให้สูญเสียรายได้	2.19	0.90	ปานกลาง

จากตาราง 10 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อ 2. การปวดกล้ามเนื้อส่งผลให้เกิดเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังได้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = 0.32) และข้อ 3. เมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความพิการได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.11$, S.D. = 0.90)

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (9.36 – 12.00 คะแนน)	342	86.36
ระดับปานกลาง (6.68 – 9.35 คะแนน)	52	13.13
ระดับน้อย (4.00 – 6.67 คะแนน)	2	0.51

($\bar{X} = 10.85$, S.D.= 1.26, Min = 6.00, Max = 12.00)

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.36 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 13.13 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 0.51

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ยาเถาวัลย์เปรียงแคปซูลสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และลดการอักเสบของกล้ามเนื้อได้	2.44	0.56	มาก
2. ยาฤษีเส้นสามารถบรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดเมื่อยตามร่างกายได้	2.63	0.58	มาก
3. ยาหม่องไพล ยาน้ำมันไพล สามารถบรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดยอกได้	2.89	0.35	มาก
4. ลูกประคบ สามารถช่วยคลายกล้ามเนื้อ เ็น และข้อได้	2.88	0.35	มาก

จากตาราง 12 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อ 3. ยาหม่องไพล ยาน้ำมันไพล สามารถบรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดยอกได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.89$, S.D. = 0.35) และข้อ 1. ยาเถาวัลย์เปรียงแคปซูลสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และลดการอักเสบของกล้ามเนื้อได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.44$, S.D. = 0.56)

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (9.36 – 12.00 คะแนน)	315	79.55
ระดับปานกลาง (6.68 – 9.35 คะแนน)	50	12.62
ระดับน้อย (4.00 – 6.67 คะแนน)	31	7.83

(\bar{X} = 10.83, S.D. = 2.10, Min = 4.00, Max = 12.00)

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.55 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 12.62 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 7.83

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ

การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านไม่สามารถเดินทางไปซื้อยาสมุนไพรได้ด้วยตนเอง	2.65	0.69	มาก
2. ท่านไม่ชอบกลิ่นยาน้ำมันนวด หรือขี้ผึ้ง	2.80	0.54	มาก
3. ยาน้ำมันนวด มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก	2.77	0.57	มาก
4. ยาลูกประคบ มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยากเนื่องจากต้องให้ผู้อื่นทำให้	2.61	0.72	มาก

จากตาราง 14 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อ 2. ท่านไม่ชอบกลิ่นยาน้ำมันนวด หรือขี้ผึ้ง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (\bar{X} = 2.80, S.D. = 0.54) และข้อ 4. ยาลูกประคบ มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยากเนื่องจากต้องให้ผู้อื่นทำให้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{X} = 2.61, S.D. = 0.72)

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร

ระดับสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (9.36 – 12.00 คะแนน)	224	56.56
ระดับปานกลาง (6.68 – 9.35 คะแนน)	70	17.68
ระดับน้อย (4.00 – 6.67 คะแนน)	102	25.76

(\bar{X} = 8.96, S.D.= 2.82, Min = 4.00, Max = 12.00)

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.56 รองลงมา คือระดับน้อย ร้อยละ 25.76 และน้อยที่สุดคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.68

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุไพรรายข้อ

สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ในชุมชนของท่านมีร้านขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้	2.34	0.85	ปานกลาง
2. ในชุมชนของท่านมีโรงพยาบาลที่ขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้	2.48	0.80	มาก
3. ในชุมชนของท่านมีร้านสะดวกซื้อขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้	2.33	0.85	ปานกลาง
4. ท่านพักอาศัยอยู่ใกล้ร้านขายยามากกว่าโรงพยาบาล ท่านจึงซื้อยาสมุนไพรจากร้านขายยามาใช้ด้วยตนเองแทนการไปพบแพทย์	1.81	0.89	ปานกลาง

จากตาราง 16 กลุ่มตัวอย่างมีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อ 2. ในชุมชนของท่านมีโรงพยาบาลที่ขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} = 2.48, S.D. = 0.80) และข้อ 4. ท่านพักอาศัยอยู่ใกล้ร้านขายยามากกว่าโรงพยาบาล ท่านจึงซื้อยาสมุนไพรจากร้านขายยามาใช้ด้วยตนเองแทนการไปพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (\bar{X} = 1.81, S.D. = 0.89)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(3.36 – 5.00 คะแนน)	214	54.04
ระดับปานกลาง	(1.68 – 3.35 คะแนน)	86	21.72
ระดับน้อย	(0.00 – 1.67 คะแนน)	96	24.24

(\bar{X} = 3.39, S.D.= 1.81, Min = 0.00, Max = 5.00)

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.04 รองลงมา คือระดับ น้อย ร้อยละ 24.24 และน้อยสุด คือระดับปานกลาง ร้อยละ 21.72

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพรรายชื่อ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร	ตอบได้รับ	
	จำนวน	(ร้อยละ)
1. คนในครอบครัว	297	75.00
2. เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน	215	54.29
3. เพื่อนร่วมงาน	237	59.85
4.ญาติ	229	57.83
5. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	292	73.74

จากตาราง 18 กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด คือข้อ 1.คนในครอบครัว ร้อยละ 75.00 รองลงมา คือข้อ 5. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร้อยละ 73.74 และน้อยที่สุด คือข้อ 2. เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 54.29

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรร

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (3.36 – 5.00 คะแนน)	178	44.95
ระดับปานกลาง (1.68 – 3.35 คะแนน)	116	29.29
ระดับน้อย (0.00 – 1.67 คะแนน)	102	25.76

(\bar{X} = 3.12, S.D.= 1.79, Min = 0.00, Max = 5.00)

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.95 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.29 และน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 25.76

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรรของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรร	ตอบได้รับ	
	จำนวน	(ร้อยละ)
1. โทรทัศน์	253	63.89
2. วิทยู	211	53.28
3. สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์	256	64.65
4. แผ่นพับ หรือป้ายประกาศตามชุมชน	154	38.89
5. ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน	280	70.71

จากตาราง 20 กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรรมากที่สุด คือข้อ 5. ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ร้อยละ 70.71 รองลงมา คือข้อ 3. สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ร้อยละ 64.65 และน้อยที่สุด คือข้อ 4. แผ่นพับ หรือป้ายประกาศตามชุมชน ร้อยละ 38.89

ตาราง 21 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (3.36 – 5.00 คะแนน)	183	46.21
ระดับปานกลาง (1.68 – 3.35 คะแนน)	98	24.75
ระดับน้อย (0.00 – 1.67 คะแนน)	115	29.04

(\bar{X} = 3.15, S.D.= 1.81, Min = 0.00, Max = 5.00)

จากตาราง 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.21 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 29.04 และน้อยที่สุด คือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.75

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	ตอบได้รับ	
	จำนวน (ร้อยละ)	
1. แพทย์	186	46.97
2. พยาบาล	250	63.13
3. เภสัชกร	208	52.53
4. แพทย์แผนไทย	255	64.39
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	266	67.17

จากตาราง 22 กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุด คือข้อ 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 67.17 รองลงมา คือข้อ 4. แพทย์แผนไทย ร้อยละ 64.39 และน้อยที่สุด คือข้อ 1.แพทย์ ร้อยละ 46.97

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(20.02 – 30.00 คะแนน)	18	4.55
ระดับปานกลาง	(10.01 – 20.01 คะแนน)	147	37.12
ระดับน้อย	(0.00 – 10.00 คะแนน)	231	58.33

(\bar{X} = 10.16, S.D.= 6.71, Min = 0.00, Max = 29.00)

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 58.33 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 37.12 และน้อยที่สุด คือระดับมาก ร้อยละ 4.55

ตาราง 21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างรายชื่อ

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านรับประทานยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.58	0.74	น้อย
2. ท่านใช้น้ำมันโพลทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ	1.22	0.80	ปานกลาง
3. ท่านใช้น้ำมันเถาเอ็นอ่อนทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.79	0.82	ปานกลาง
4. ท่านใช้เจลพริกทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.24	0.52	น้อย
5. ท่านรับประทานยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงแทนยาแผนปัจจุบันในเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.48	0.66	น้อย
6. ท่านใช้ลูกประคบนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.65	0.69	น้อย
7. ท่านใช้ขี้ผึ้งเถาเอ็นอ่อนนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเมื่อมีอาการปวด	0.58	0.70	น้อย

ตาราง 21 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง	\bar{x}	S.D.	ระดับ
8. ท่านรับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการเคล็ดขัดยอก	0.34	0.60	น้อย
9. ท่านใช้สเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไยฉีดพ่นบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.18	0.44	น้อย
10. ท่านใช้ยาสมุนไพรทั้งชนิดใช้รับประทานและชนิดใช้ภายนอกพร้อมกันเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.64	0.68	น้อย
11. ท่านใช้ยาสมุนไพรชนิดใช้สำหรับภายนอก เช่น น้ำมันนวด ขี้ผึ้ง ควบคู่กับการรับประทานยาแก้ปวดแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ	1.04	0.67	ปานกลาง
12. ท่านรับประทานยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ	0.70	0.71	ปานกลาง
13. เมื่อท่านเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ท่านจะเลือกใช้ยาสมุนไพรชนิดใช้ภายนอก เช่น น้ำมันนวด หรือขี้ผึ้งมาวดบริเวณที่ปวดเป็นอันดับแรก	1.12	0.70	ปานกลาง
14. เมื่อท่านเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ท่านจะเลือกใช้ยาสมุนไพรชนิดรับประทาน เช่น ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง หรือ ยาแก้ปวด เช่น ยาแอสไพริน เพื่อบรรเทาอาการปวดเป็นอันดับแรก	0.59	0.67	น้อย
15. ท่านเลือกใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดมากกว่ายาแผนปัจจุบัน	1.01	0.66	ปานกลาง

จากตาราง 21 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อ 2. ท่านใช้น้ำมันไพลทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 1.22$, S.D. = 0.80) รองลงมาได้แก่ ข้อ 13. เมื่อท่านเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ท่านจะเลือกใช้ยาสมุนไพรชนิดใช้ภายนอก เช่น น้ำมันนวด หรือขี้ผึ้งมาวดบริเวณที่ปวดเป็นอันดับแรก ($\bar{x} = 1.12$, S.D. = 0.70) ข้อ 11. ท่านใช้ยาสมุนไพรชนิดใช้สำหรับภายนอก เช่น น้ำมันนวด ขี้ผึ้ง ควบคู่กับการรับประทานยาแก้ปวดแผนปัจจุบันเพื่อ ($\bar{x} = 1.04$, S.D. = 0.67) และข้อ 15. ท่านเลือกใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดมากกว่ายาแผนปัจจุบัน ($\bar{x} = 1.01$, S.D. = 0.66) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อ 9. ท่านใช้สเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไยฉีดพ่นบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 0.18$, S.D. = 0.44) รองลงมาได้แก่ ข้อ 4. ท่านใช้เจลพริกทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ($\bar{x} = 0.24$, S.D. = 0.52) ข้อ 8. ท่านรับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการเคล็ดขัดยอก ($\bar{x} = 0.34$, S.D. = 0.60) และข้อ 5. ท่านรับประทานยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงแทนยาแผนปัจจุบันในเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ($\bar{x} = 0.48$, S.D. = 0.66) ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.516 (เกณฑ์คือ 1.50 – 2.50)
3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.990 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot
4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่
5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าตั้งแต่ - 0.271 ถึง 0.498 (เกณฑ์ คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.066 ถึง 2.654 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.377 ถึง 0.938 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ตาราง 22 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร	
	r	p-value
อายุ	-0.091	0.057
รายได้	-0.047	0.327
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร	0.208	<0.001**
ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร	-0.076	0.112
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด	0.251	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด	0.499	<0.001**
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร	0.312	<0.001**
การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร	-0.246	<0.001**
สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร	0.088	0.064
การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร	0.315	<0.001**
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร	0.369	<0.001**
การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข	0.348	<0.001**

**p<0.01

จากตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.208, p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.251, p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = 0.499, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.312, p < 0.001$)

การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร ความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ ($r = -0.246, p < 0.001$) การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.315, p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.369, p < 0.001$) การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สมุนไพร มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ($r = 0.348, p < 0.001$)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ได้แก่ อายุ ($r = -0.091, p = 0.057$) รายได้ ($r = -0.047, p = 0.327$) ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ($r = -0.076, p = 0.112$) และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร ($r = 0.088, p = 0.064$)

ตาราง 23 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร	
	Eta	p-value
เพศ	0.015	0.752
สถานะภาพสมรส	0.039	0.880
อาชีพ	0.177	0.016*
ระดับการศึกษา	0.173	0.010*
ความเพียงพอของรายได้	0.352	<0.001**
โรคประจำตัว	0.237	<0.001**
ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร	0.567	<0.001**

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

จากตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การใช้อาสมุนไพรรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก (Eta = 0.177, p = 0.016) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก (Eta = 0.173, p = 0.010) ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ (Eta = 0.352, p <0.001) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ (Eta = 0.237, p <0.001) และประสบการณ์การใช้อาสมุนไพรร มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง (Eta = 0.567, p <0.001)

ปัจจัยทางด้านเพศ (Eta = 0.015, p = 0.752) และสถานภาพสมรส (Eta = 0.039, p = 0.880) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อาสมุนไพรรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ตาราง 24 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้อาสมุนไพรรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรทำนาย	B	b	t	P-value
การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด	0.345	0.867	7.536	<0.001
ประสบการณ์การใช้อาสมุนไพรร	0.300	2.211	7.731	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อาสมุนไพรร	0.298	1.518	8.918	<0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรร	0.122	0.437	2.409	0.016
การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้อาสมุนไพรร	0.108	0.385	2.041	0.042
โรคประจำตัว	-0.076	-0.302	-2.242	0.025
ความเพียงพอของรายได้	-0.091	-0.959	-2.388	0.017
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด	-0.101	-0.417	-2.538	0.012
การรับรู้อุปสรรคการใช้อาสมุนไพรร	-0.249	-0.776	-7.119	<0.001

Constant (a) = -7.329, R square = 0.557, Adjusted R square = 0.547, F = 58.993, p-value < 0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 24 พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ได้ทั้งหมด 9 ตัวแปร โดยเรียงลำดับความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร จากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด ($\beta = 0.345, p < 0.001$) ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ($\beta = 0.300, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร ($\beta = 0.298, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร ($\beta = -0.249, p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด ($\beta = -0.101, p = 0.012$) ความเพียงพอของรายได้ ($\beta = -0.091, p = 0.017$) และโรคประจำตัว ($\beta = -0.076, p = 0.025$) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร ($\beta = 0.122, p = 0.016$) และการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร ($\beta = 0.108, p = 0.042$) โดยสามารถรวมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ได้ร้อยละ 54.70 (Adjusted R square = 0.547) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง = $-7.329 + 2.211$ (ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร) + 1.518 (การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร) + 0.867 (การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด) + 0.437 (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร) + 0.385 (การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร) - 0.302 (โรคประจำตัว) - 0.417 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด) - 0.776 (การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร) - 0.959 (ความเพียงพอของรายได้)

จากสมการ แสดงว่า

ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 2.211 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.211 หน่วย

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 1.518 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ -0.776 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จะลดลงเท่ากับ 0.776 หน่วย

ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ -0.959 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ความเพียงพอของรายได้ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จะลดลงเท่ากับ 0.959 หน่วย



บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จำนวน 396 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ข้อมูลปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และ สถิติ สหสัมพันธ์แบบอีต้า (Eta Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ด้านปัจจัยต่าง ๆ (Modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.07 มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.61 มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 57.58 ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญมากที่สุด ร้อยละ 29.29 โดยส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.82 มีรายได้ต่อเดือนในช่วง ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 43.43 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 11,467.43 บาท ส่วนมากมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 59.34 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 59.09 และมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดในรูปแบบการใช้ภายนอก มากที่สุด ร้อยละ 61.61 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.03 มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.62 และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.56

จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ด้านปัจจัยการรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.54 มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.07 มีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.36 และมีการรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.55

จากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.04 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.95 และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.21

สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 58.33

โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง รวม 9 ตัวแปร เรียงลำดับความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร จากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด ($\beta = 0.345, p < 0.001$) ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ($\beta = 0.300, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร ($\beta = 0.298, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร ($\beta = -0.249, p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด ($\beta = -0.101, p = 0.012$) ความเพียงพอของรายได้ ($\beta = -0.091, p = 0.017$) และโรคประจำตัว ($\beta = -0.076, p = 0.025$) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร ($\beta = 0.122, p = 0.016$) และการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร ($\beta = 0.108, p = 0.042$) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ได้ร้อยละ 54.70 (Adjusted R square = 0.547) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 58.33 กล่าวคือ พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดของผู้สูงอายุโดยส่วนมาก จะเลือกใช้ยาสมุนไพรรูปแบบชนิดใช้ภายนอกเป็นอันดับแรก ในกรณีที่มีอาการปวดแล้วต้อง吃药ด้วยรูปแบบใช้รับประทาน ยาสมุนไพรจะนิยมใช้น้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน อาจเนื่องด้วยนโยบายหลักของโรงพยาบาลหนองฉาง แพทย์จะรักษาผู้ป่วยด้วยการจ่ายยาแก้ปวดที่เป็นยาแผนปัจจุบันรูปแบบใช้รับประทานเป็นหลัก และจ่ายยาสมุนไพรแก้ปวดชนิดใช้ภายนอก เช่น ยาเข้าน้ำมัน ยาขี้ผึ้ง เป็นส่วนเสริมในผู้ป่วยบางราย หรือจะจ่ายให้ต่อเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ร้องขอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาที่ไวกว่า และมีราคาที่ถูกกว่ายาสมุนไพร นอกจากนี้อาจเป็นเพราะแพทย์แผนปัจจุบันไม่ทราบขนาดยาและสรรพคุณของยาสมุนไพร (วิศิรี วารยกุล และปวันรัตน์ กิจเฉลา, 2565) ซึ่งผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาลักษณ์ สีสองสม และณรงค์ ใจเที่ยง (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรต่ำ (77.3%) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.7 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรุจน์ รุ่งเรือง (2565) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลาง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

จากผลการศึกษาตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 18 ตัวแปร พบว่า มีปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอภิปรายตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความคิดและความเชื่อ ว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ หรือรับรู้ในเรื่องของความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (Maiman & Becker, 1974) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด เมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อแล้วนั้นอาจก่อให้เกิดการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างปกติ ก่อให้เกิดความสูญเสียรายได้ และเกิดความพิการได้ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมากขึ้น

ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีและไม่มีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อแตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุเคยใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างทั้งในรูปแบบใช้รับประทาน หรือรูปแบบใช้ภายนอก หรือเคยใช้ทั้ง 2 รูปแบบแล้ว ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมากขึ้น อาจเนื่องมาจากเมื่อมีประสบการณ์การใช้แล้วได้ผล ก็จะก่อให้เกิดการรับรู้ว่าจะสามารถใช้ยาสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการปวดได้ เมื่อมีอาการปวดเกิดขึ้นอีก ก็จะใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการอีกครั้งตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาคีเจริญ พบว่า ประสบการณ์การใช้สมุนไพร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา จุติตระกูลชัย และวิลาสินี หงสนันท์ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาหมื่นชั้น

ของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า เคยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 1-2 เดือนที่ผ่านมา สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน จังหวัดสุโขทัยได้ร้อยละ 45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ที่พบว่า ประสบการณ์การใช้สมุนไพรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.171$)

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความคิดและความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสม มีประโยชน์ที่สามารถจะช่วยป้องกันโรคได้จริง (Maiman & Becker, 1974) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร ทั้งในรูปแบบใช้รับประทานและรูปแบบใช้ภายนอกกว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ ซึ่งเมื่อมีการรับรู้ประโยชน์เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดการโน้มน้าวให้เริ่มหรือกระทำพฤติกรรม ดังเช่นการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพร ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสามารถ ใจเตี้ย และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุ ชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้าน สามารถร่วมพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของพีระ อารีรัตน์ (2564) ที่ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความคิดความเชื่อว่าการปฏิบัติจะมีผลต่อความตั้งใจและความแน่วแน่ที่จะปฏิบัติ โดยจะส่งผลให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติ

(Rosenstock, 1974) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ ยาสมุนไพรที่มีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ และน้ำมันนวดหรือลูกประคบมีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก เช่น การใช้ลูกประคบจะต้องมีผู้อื่นช่วยประคบให้ ส่งผลให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ซอผกา ผลทิพย์ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางกระท่อม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความคิดความเชื่อว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี (Becker et al., 1974) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในระดับมาก เช่น อาการแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อการทำงาน เป็นโอกาสเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และปัจจัยสำคัญที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ การเข้าสู่วัยอายุ 60 ปี ขึ้นไป เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีการเสื่อมสภาพลงตามธรรมชาติ จึงก่อให้เกิดปัญหาความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่าวัยอื่น ๆ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างได้

ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้เพียงพอ จึงทำให้มีทางเลือกในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อโดยใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือก เพราะรายได้นั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคลในการดำรงชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องแสวงหาวิธีการรักษาด้วยการพบแพทย์ รวมทั้งการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ (นุสรุ ประเสริฐศรี และคณะ, 2560) การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตอำเภอหนองฉาง ที่มีโรงพยาบาลชุมชนและมีร้านขายยาอยู่ 12 ร้าน ซึ่งมียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อจำหน่าย โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจเล็งเห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rambod et al. (2018) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา มัททวงกูร และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยทัตน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรน้อยกว่าประชาชนที่ไม่มีโรคประจำตัว 0.31 เท่า

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอภิปรายตามกรอบทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้ดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน สื่อออนไลน์ และโทรทัศน์ นั้นมีส่วนช่วยให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ โดยเฉพาะคนครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา มัททวงกูร

และคณะ (2562)) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขต ภาชีเจริญ พบว่า การเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริญญา เมืองช้าง (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองจาก สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในจังหวัดพะเยา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาว่า การได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน

การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเห็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร จึงทำให้เกิดการใช้ตาม จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพรจาก คนในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีบทบาท สำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจให้ใช้ยาสมุนไพร รวมถึงผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหา สุขภาพ และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) จึงต้องเข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ทำให้เห็นแบบอย่างการใช้ยาสมุนไพรจากบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขอยู่เสมอ และรองลงมาคือ เพื่อนร่วมงาน ที่ถือว่าเป็นบุคคลใกล้ชิดและมี บทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจให้ใช้ยาสมุนไพรเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา จุติตระกูลชัย และวิลาสินี หงสนันท์ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ ยาหมื่นชั้นของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า มีเพื่อนเป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมื่นชั้น และมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นแบบอย่างในการใช้ยาหมื่นชั้น สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยา หมื่นชั้นของประชาชน จังหวัดสุโขทัยได้ร้อยละ 45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายส่งเสริมความรู้ด้านยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถคำแนะนำหรือสังเกตและติดตามผลการรักษากับผู้ป่วยได้ และควรมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและต้นทุนการผลิตยาสมุนไพร เพื่อให้มียาสมุนไพรใช้ในพื้นที่อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจ่ายยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน

1.3 โรงพยาบาลชุมชน ควรมีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์แผนปัจจุบันและเภสัชกรจ่ายยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด ทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยให้แพทย์แผนไทยร่วมพิจารณาความเหมาะสมของรายการยาที่สามารถใช้ได้ เช่น เริ่มจากการจ่ายยาน้ำมันเถาเอ็นอ่อน ยาน้ำมันไหล ทดแทนการใช้ยาทาภายนอกแผนปัจจุบัน

1.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีนโยบายการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร

2. ระดับปฏิบัติการ

2.1 โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดกิจกรรมสร้างบุคคลต้นแบบการใช้ยาสมุนไพร โดยมุ่งเน้นไปที่ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นต้นแบบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดเป็นต้นแบบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้มากกว่ากลุ่มอื่น

2.2 โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดกิจกรรมให้แพทย์แผนไทยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและคนในชุมชนเป็นประจำ เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด และรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่

2.3 โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรสนับสนุนให้มีรายการยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นและสั่งจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันโดยไม่คิดมูลค่า เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มรายได้สามารถได้รับยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงจากอันตรายของยาแผนปัจจุบันแก่ปวดชนิดสเตอรอยด์ รวมถึงเป็นการช่วยส่งเสริมการใช้สมุนไพรที่มีในประเทศ ลดค่าใช้จ่ายจากการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้รับข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกและทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ที่ต่างกัน ในระยะเวลาที่ต่างกัน
2. ควรนำผลการศึกษานี้ไปออกแบบพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุ เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อต่อไปได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวแล้ว
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด เพื่อผลการศึกษาที่ขยายกว้างขึ้น

บรรณานุกรม

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี”*.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.

<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.

<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนแม่บท*

แห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564. ทีเอส อินเทอร์เน็ต.

กฤติเดช มิ่งไม้. (2560). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน
อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*,
36(2), 56-69.

กลุ่มงานสื่อสารองค์กร กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

(2561). *สถิติการใช้บริการแพทย์แผนไทย*. กองการแพทย์ทางเลือก.

https://thaicam.go.th/?option=com_contact&view=contact&id=2%3A2013-07-09-04-23-14&catid=12%3Acontacts&Itemid=75

กองควบคุมยา. (2560). *มูลค่าการผลิตและการส่งขายเข้ามาในราชอาณาจักรสำหรับยาแผนปัจจุบัน*
ตั้งแต่ปี 2556-2558. กรมควบคุมยา. [http://www.pp1.fda.moph.go.th/drug/](http://www.pp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/file/sea001_001.asp)

[zone_search/file/sea001_001.asp](http://www.pp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/file/sea001_001.asp)

กัญญาลักษณ์ สีสองสม, และณรงค์ ใจเที่ยง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา

สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสาร*
กฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 6(S), 155-170.

กุลธิดา กุลประณีปัญญา, วิรดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจรี แซ่หลู่, เพ็ญญา

พิสัยพันธ์ุ, และอริญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย.

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 581-595.

ไกรศรี ศรีทัพไทย, นพดล หงษ์สุวรรณ, อมรา ภูมิชัยโชติ, และเพชรลดา พรหมดี. (2558). สูตรลูก

ประคบสมุนไพร ลดอาการปวดคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอด. *SNRU Journal of*
Science and Technology, 7(2), 33-39.

คณิต ออตยะกุล, สุมาลี ชี้อธนาพรกุล, และไกรวัชร ชีรเนตร. (2550). การศึกษาเปรียบเทียบ

- ประสิทธิ์ภาพระหว่างเจลพริกและเมทเทิลไซลิซาเลทเพื่อเป็นยาทาเสริมสำหรับการบำบัด
อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. *วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟูการ, 17(3)*, 91-95.
- คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับ
แรก*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://hdcservice.moph.go.th>
- คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน.
กระทรวงสาธารณสุข*. <https://hdcservice.moph.go.th>
- เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองฉาง. (2564). *เอกสารประกอบการรณรงค์รณรงค์งานสาธารณสุข
ผสมผสานจังหวัดอุทัยธานี รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2564*. โรงพยาบาลหนองฉาง
จังหวัดอุทัยธานี.
- จรัสเดช ไชยทอง, อัมพกา ตุ่มกา, ศศิธร ยอดเยี่ยม, และธวัชชัย วรพงศธร. (2562). การศึกษา
ประสิทธิผลของยาพอกเข้าจากเมล็ดลำไยในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอพนม
สารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารรามคำแหง, 1(1)*, 72-81.
- จันทร์จิรา เกิดวัน, จิราภรณ์ บุญอินทร์, ชุตินา ธีระสมบัติ, และวิไล คุปต์นริตติชัยกุล. (2559).
การสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะแพทยศาสตร์ศิริราช, 38(2)*,
60-70.
- จินตนา อาจสันเทียะ, และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความ
ท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1)*, 39-46.
- จุไรรัตน์ คงล้อมญาติ, และรัตติกาล คุณพระ. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้ยาเถาวัลย์เปรียง ใน
ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 9(3)*, 304-312.
- จุลจิรา ธีรชิตกุล, ขนิษฐา นาคะ, และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์. (2555). การจัดการอาการปวดเมื่อ
กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่มีอาชีพรีดยางพารา. *วารสารสภาการพยาบาล, 27(3)*, 134-147.
- ฉัตรสุดา กานกายนต์, อภิรดี เจริญนุกูล, และวิทยา วาโย. (2563). การชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมก่อน
เข้าสู่วัยสูงอายุ. *รามธิบดีพยาบาลสาร, 26(1)*, 5-17.
- ชนัญญา ปัญจพล. (2558). *การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข (ส่วนกลาง) [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
กรุงเทพฯ.*
- ชนิดา มัททวงกูร, ขวัญเรือน กำวิตุ, สุจิตา ตีหนู, และสิริณัฐ สนิวรรณกุล. (2562). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนเขตภาคีเจริญ. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 20(39)*, 99-108.
- ช้อปปี้ (Shopee). (2564). *ร้านยาประจำบ้าน*. Shopee. [https://shopee.co.th/product/
469048903/8971364340?__hybrid_pc__=1&stm_referrer=](https://shopee.co.th/product/469048903/8971364340?__hybrid_pc__=1&stm_referrer=)

- ช่อผกา ผลทิพย์. (2560). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางกระท่อม จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- ซัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์นวนกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550). ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. ชานเมืองการพิมพ์.
- ชีสาพัชร์ ชูทอง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1), 61-75.
- ณัฐศลี ศิลพิพัฒน์, ณัฐธิดา ตันศิริวัฒน์, ศิริพร จันทร์ฉาย, และดุจใจ ชัยวานิชศิริ. (2552). ปัญหาเท่าที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสุขภาพดี. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 19(3), 98-104.
- ณิชากัทธ วัตบุญเลี้ยง. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- ทักษิณี ดาวเรือง. (2555). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การเกษียณอายุที่มีคุณภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ.
- ทิพานันท์ ตุ่นสังข์, ภัทรพรรณ บุญศิริ, วิภาดา ศรีเจริญ, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, กิ่งแก้ว สำรวัยริน, เอกภพ จันทร์สุคนธ์, และอนงค์นาฏ คงประชา. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 13(2), 254-266.
- ธงชัย ก่อสันติรัตน์. (2553). ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 17(2), 98-113.
- ธนันต์ ศุภศิริ, และอานนท์ วรยิ่งยง. (2562). การสำรวจสถานะสุขภาพและมุมมองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี. *วารสารแพทย์ทหารบก*, 72(3), 193-200.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฏสินี ชัยแก้ว. (2564). *แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.
- นุสรรา ประเสริฐศรี, สาวิตรี วงศ์ศรี, และสุกัญญา สระแสง. (2560). ประสบการณ์ความปวดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences*, 1(1), 33-44.

- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. จามจุรีโปรดักส์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2540). *จิตวิทยากับการสาธารณสุข เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา การแพทย์ หน่วยที่ 9-15*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2563. (29 ตุลาคม 2563). *ราชกิจจานุเบกษา*, 137(254), 3.
- ประพจน์ เกตราคาศ, และสุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2556). *ตำราความเจ็บปวด*. หมอชาวบ้าน.
- ประวิทย์ อินทรสุขุม. (2560). การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ลูกประคบร้อนสมุนไพรกับลูกประคบผ้าร้อนในการบรรเทาอาการปวดในระยะการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารการสาธารณสุข*, 26(1), 148-157.
- ปิยทัศน์ ใจเย็น, และยุทธนา แยมคาย. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนจังหวัดสุโขทัย. *เซียงรายเวชสาร*, 14(3), 18-32.
- พีระ อาริรัตน์. (2564). ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 1-12.
- ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. (2562). การพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน (Med Kit) ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1092-1103.
- มนัส รงทอง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และเพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์. (2562). ความชุกของอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในแรงงานใหม่เกี่ยวกับเกี่ยวปาล์มน้ำมัน. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 23(1), 77-92.
- ยลดา ศรีเศรษฐ์, กนกวรรณ จารุกำจร, และวรัญญา จตุพรประเสริฐ. (2560). ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของเถาเอ็นอ่อน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 13(1), 1-10.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- โรงพยาบาลหนองฉาง. (2563). *ฐานข้อมูลโรงพยาบาลหนองฉาง: ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการใช้ยา NSAIDs ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563*. <https://hosxp.net/wordpress/>
- วรรณมา สมองเดช. (2561). การจัดการกลุ่มอาการผิดปกติกล้ามเนื้อและโครงกระดูกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 189-208.
- วิศดา พุกแก้ว, และพระพรหมบัณฑิต. (2563). การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักพุทธสันติวิธี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 8(2), 752-761.

- วัชรารภรณ์ กุลวงศ์, สังคม ศุภรัตน์กุล, และพัชรารภรณ์ ไชยศรี. (2561). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา
ด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. *วารสาร
การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(2), 99-107.
- วิภา กลั่นสุวรรณ, สุรศักดิ์ เส้าแก้ว. (2560). ความปลอดภัยของการใช้ยาแคปซูลเคววัลย์เปรียงเพื่อ
ทดแทนยา diclofenac. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 9(2), 552-529.
- วิริญญา เมืองช้าง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ
ตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ.
- วิศรี วารยกุล, และปวันรัตน์ กิจเฉลา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียา
หลักแห่งชาติ ของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ
สุขภาพ*, 15(2), 145-158.
- วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒิ. (2557). *สมุนไพร-ยาแผนไทย (ในบัญชียาหลักแห่งชาติ)*. สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา.
- ศรีสุดา งามขำ, นิสิตา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิ, และรุ่งนภา
เชียวชะอ้า. (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาล
ไทย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 81-89.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2560). *ชุดความรู้ การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ*. มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหาม, และ
ทิพวรรณ ทับซ้าย. (2563). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
ในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9,
15(36)*, 44-61.
- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสาร
วิจัยรำไพพรรณี*, 12(1), 39-48.
- ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย
บูรพา]. ชลบุรี.
- ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ. (2564). *ข่าว
ประชาสัมพันธ์*. <http://thcc.or.th/>
- สถาพร สัตย์เชื้อ, กัลยรัตน์ พรหมพลจร, และวรรณรัชต์ รักพวก. (2561). การสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขตอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 4.

- วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 16(3), 463-473.
- สมิท ไมค์. (2551). *โรคปวดหลัง [Back Pain]* (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1993). สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สามารถ ใจเตี้ย, ศศิกัญญ์ ผ่องชมพู, วิทญา ตันอารีย์, และเอกลักษณ์ ชมพูศรี. (2564). ปัจจัยพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุ ชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 13(2), 43-54.
- สาตี ถอสุวรรณ. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรชนิดสเตรอยด์ของผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]*. พิษณุโลก.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2558). *รายงานประจำปี 2558 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *แถลงข่าว “สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต”*.
http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2555). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2555*. กรมควบคุมโรค.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ. (2561). *ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย*. *วารสารข้าราชการ*, 60(4), 6.
- สุนิษา กลิ่นขจร. (2558). การพัฒนาศักยภาพวิสาหกิจชุมชนกลุ่มผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรบ้านเขานาในตำบลต้นยวนอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 8(2), 2643-2655.
- สุปราณี นิรุตติศาสตร์. (2559). *สาระสำคัญในการจัดการความปวด (Essential Knowledge in Pain Management)*. อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สุรพงษ์ คงสัตย์, และธีรชาติ ธรรมวงศ์. (2551). *การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC)*.
<http://www.mcu.ac.th>
- สุรัตน์ ธนภาพไพศาล. (2554). *ปวดหลัง รักษาได้ด้วยตนเอง*. โปสต์บุ๊กส์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2554). *คู่มือพัฒนาระบบยาประเทศไทยปี 2560 แผนงานวิจัยพัฒนาระบบยา*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- อภัยภูเบศร. (2564). *สมุนไพรไทย*. <https://www.abhathaiherbs.com>
- อภิญา จุติตระกูลชัย, และวิลาสินี หงสนันทน์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 26-36.

- อภิรุจน์ รุ่งเรือง. (2565). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก.
- อมรรัตน์ นระสนธิ. (2559). *การพยาบาลผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน วิกฤตและเรื้อรัง โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ*. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, จุรีรัตน์ กอเจริญยศ, บุญรอด ดอนประเพ็ญ, และมารศรี ศิริสวัสดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 93-104.
- อัญชรา หวังวีระ. (2556). *สมุนไพรใกล้ตัว*. ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการเกษตรไทย.
http://www.aysci.com/learning_aysci/samunpai/1_page_1.html
- อำพล บุญเพียร, และลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์. (2562). การศึกษาประสิทธิผลของการนวดด้วยน้ำมันไพลและน้ำมันไพลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ในนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 121-130.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวีโรจน์, และนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ. (2558). พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(1), 32-46.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American journal of public health*, 64(3), 205-216.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Prentice hall.
- Brownridge, P. (1995). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 59, S9-S15.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.
- Leowattana, W. (2018). Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) and Acute Kidney Injury (AKI). *J Nephrol Forecast*, 1(1), 1003.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in

- psychological theory. *Health education monographs*, 2(4), 336-353.
- Melzack, R. (1984). The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Pain*, 19(4), 321-337. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959\(84\)90079-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959(84)90079-4)
- Nanagara, R. (2011). *Low back pain*. <http://www.diskdrthailand.com/content>
- National health security office. (2014). *Top 10 herbal medicines in the nation's largest prescription drug list in fiscal year 2014*. Ministry of Public Health.
- Ortiz, I., & Cummins, M. (2011). *Global Inequality: Beyond the Bottom Billion, A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries*. Social and Economic Policy Working Paper, UNICEF Policy and Practice.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Appleton and Lange.
- Rambod, M., Nazarinia, M., & Raieskarimian, F. (2018). The prevalence and predictors of herbal medicines usage among adult rheumatoid arthritis patients: A case-control study. *Complementary therapies in medicine*, 41, 220-224.
- Rangkadilok, N., Sitthimonchai, S., Worasuttayangkurn, L., Mahidol, C., Ruchirawat, M., & Satayavivad, J. (2007). Evaluation of free radical scavenging and antityrosinase activities of standardized longan fruit extract. *Food and Chemical Toxicology*, 45(2), 328-336.
- Rashrash, M., Schommer, J. C., & Brown, L. M. (2017). Prevalence and predictors of herbal medicine use among adults in the United States. *Journal of patient experience*, 4(3), 108-113.
- Romero, V., Lara, J. R., Otero-Espinar, F., Salgado, M. H., Modolo, N. S. P., & De Barros, G. A. M. (2019). Capsaicin topical cream (8%) for the treatment of myofascial pain syndrome. *Revista brasileira de anesthesiologia*, 69, 432-438.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-386.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2(49-60).
- Steinke, S., Gutknecht, M., Zeidler, C., Dieckhöfer, A. M., Herrlein, O., Lüling, H., Ständer, S., & Augustin, M. (2017). Cost-effectiveness of an 8% capsaicin patch in the

treatment of brachioradial pruritus and notalgia paraesthetica, two forms of neuropathic pruritus. *Acta dermato-venereologica*, 97(1), 71-76.

Wuttidhamved, W. (2007). *The Rattanakosin Pharmacy Ancient Book*. Odeon store.

Youprasert, A. (2009). *Factors affecting decision of patients with myopathy to choose Thai traditional massage services at public health care unit Lamphunmunicipality* [Master's thesis, Chiangmai University]. Chiangmai.





ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 193/2022
IRB No. P2-0413/2564

AF 08-09/5.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณัชชา รวีพิทักษ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
4. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี)
เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 07 กุมภาพันธ์ 2565
5. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี)
เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564

6. สรุปรูปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
7. Full Proposal Research เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
9. แบบสอบถามงานวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564
10. งบประมาณ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564

ลงนาม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวัลย์ ดาดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 06 พฤษภาคม 2565

วันหมดอายุ : 06 พฤษภาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของผู้สูงอายุในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริงโดย ไม่ต้องเขียนชื่อ-สกุล และที่อยู่ของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อทำการวิจัยในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเบื้องต้นต่อไป โดยเนื้อหาแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

โดยขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามในแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ และโปรดตอบให้ครบทุกข้อตามประเด็นนั้น ๆ

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณอย่างยิ่ง

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ
() ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่
() หม้าย () หย่าหรือแยกกันอยู่
4. อาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
() รับจ้าง () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
() ข้าราชการบำนาญ () อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ระดับประถมศึกษา
() ระดับมัธยมศึกษา () อนุปริญญา/ปวส.
() ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ความเพียงพอของรายได้
() ไม่เพียงพอ/ไม่พอใช้ () เพียงพอ/พอใช้ () มีเหลือเก็บ
8. โรคประจำตัว
() โรคความดันโลหิตสูง () โรคเบาหวาน
() โรคไขมันในเลือดสูง () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
9. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดหรือไม่
() ไม่เคย
() เคย ท่านใช้ยาสมุนไพรในรูปแบบใด
() ยาสมุนไพรรูปแบบการรับประทาน ได้แก่
() ยาสมุนไพรรูปแบบการใช้ภายนอก ได้แก่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจาก
ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีเกณฑ์ และความหมาย ดังนี้

ใช่ หมายถึง มีความเห็นว่าข้อคำถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง มีความเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ยาแอสไพริน สามารถใช้รับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวดได้		
2. ยาพาราเซตามอล สามารถใช้รับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวดได้		
3. น้ำมันปลา ใช้ทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้		
4. น้ำมันสะเดา ฟังพอน ใช้ทา ถู นวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้		
5. ยาลูกประคบ ใช้ประคบบริเวณที่ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดได้		
6. ยาสมุนไพรที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดไม่สามารถใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้		
7. ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดชนิดรับประทาน สามารถหยุดรับประทานได้ทันทีเมื่อท่านหายจากอาการปวดแล้ว		
8. ยาแอสไพริน ควรรับประทานก่อนอาหารทันที		
9. ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจะช่วยคลายกล้ามเนื้อและลดการอักเสบของกล้ามเนื้อได้		
10. ยาแก้อักเสบ ควรรับประทานหลังอาหารทันที		

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวด
จากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง**

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดย
คำตอบแต่ละคำตอบมีเกณฑ์ และความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง คิดว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ไม่แน่ใจ หมายถึง คิดว่าข้อความนั้นบางครั้งตรงและบางครั้งไม่ตรงกับความคิดหรือ
ความรู้สึก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ไม่สะดวก			
2. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะมีผลข้างเคียงที่น้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน			
3. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเป็นวิธีที่ล้ำสมัย หรือโบราณ			
4. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมีความปลอดภัยสูง			
5. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมีสี กลิ่น และรสชาติที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้			
6. ท่านคิดว่าควรสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเพราะต้องอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย			
7. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะต้องใช้ในปริมาณมาก จึงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา			
8. ท่านคิดว่าเมื่อใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดแล้ว มีอาการดีขึ้น ท่านจะแนะนำหรือบอกต่อผู้อื่น			
9. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะทำให้มีอาการที่แย่งลง			
10. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดสามารถรักษาอาการปวดได้ดีเทียบเท่ายาแผนปัจจุบัน			
11. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดก่อให้เกิด			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ผลข้างเคียงต่อสุขภาพมากกว่ายาแผนปัจจุบัน			
12. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดในปัจจุบันมีรูปแบบที่นำใช้มากขึ้นกว่าเดิม			
ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
13. ท่านคิดว่าการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดจะรักษาหายช้า จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้			
14. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนยาจะไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดพิษต่อร่างกาย			
15. ท่านคิดว่าไม่ควรสนับสนุนยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเนื่องจากเป็นยาที่ไม่ปลอดภัย			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกับปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีเกณฑ์ และความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง คิดว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ไม่แน่ใจ หมายถึง คิดว่าข้อความนั้นบางครั้งตรงและบางครั้งไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึก

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้าง			
1. เมื่อมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่าวัยอื่น ๆ			
2. ความเครียดก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้			
3. การทำท่าทางเดิม ๆ หรืออยู่ในอิริยาบถเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้			
4. การไม่ออกกำลังกายเป็นประจำก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
4.2 การรับรู้ความรุนแรงของอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง			
1. อาการปวดกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างปกติ			
2. การปวดกล้ามเนื้อส่งผลให้เกิดเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังได้			
3. เมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความพิการได้			
4. อาการปวดกล้ามเนื้อทำให้สูญเสียรายได้			
4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง			
1. ยาเถาวัลย์เปรียงแคปซูลสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และลดการอักเสบของกล้ามเนื้อได้			
2. ยาขี้เหล็กสามารถบรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดเมื่อยตามร่างกายได้			
3. ยาหม่องไพล ยาน้ำมันไพล สามารถบรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ด ยอกได้			
4. ลูกประคบ สามารถช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อได้			
4.4 การรับรู้อุปสรรคการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง			
1. ท่านไม่สามารถเดินทางไปซื้อยาสมุนไพรได้ด้วยตนเอง			
2. ท่านไม่ชอบกลิ่นยาน้ำมันนวด หรือขี้ผึ้ง			
3. ยาน้ำมันนวด มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก			
4. ยาลูกประคบ มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยากเนื่องจากต้องให้ผู้อื่นทำให้			
4.5 สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพร			
1. ในชุมชนของท่านมีร้านขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้			
2. ในชุมชนของท่านมีโรงพยาบาลที่ขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้			
3. ในชุมชนของท่านมีร้านสะดวกซื้อขายยาสมุนไพร ท่านจึงสามารถซื้อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดมาใช้เองได้			
4. ท่านพักอาศัยอยู่ใกล้ร้านขายยามากกว่าโรงพยาบาล ท่านจึงซื้อยาสมุนไพรจากร้านขายยามาใช้ด้วยตนเองแทนการไปพบแพทย์			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสูบไพร การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสูบไพร และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีเกณฑ์ และความหมาย ดังนี้

ได้รับ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตามข้อความที่ระบุ

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความที่ระบุ

ข้อความ	ได้รับ	ไม่เคยได้รับ
5.1 การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสูบไพร ท่านได้เห็นตัวอย่างหรือได้รับคำแนะนำการใช้ยาสูบไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อจากบุคคลใด		
1. คนในครอบครัว		
2. เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน		
3. เพื่อนร่วมงาน		
4.ญาติ		
5. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข		
5.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสูบไพร ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสูบไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากแหล่งข้อมูลใด		
1. โทรทัศน์		
2. วิทยุ		
3. สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์		
4. แผ่นพับ หรือป้ายประกาศตามชุมชน		
5. ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน		
5.3 การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสรรพคุณ วิธีการใช้ หรือข้อควรระวังการใช้ยาสูบไพรจากบุคคลใด		
1. แพทย์		
2. พยาบาล		
3. เภสัชกร		

ข้อความ	ได้รับ	ไม่เคยได้รับ
4. แพทย์แผนไทย		
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีเกณฑ์ และความหมาย ดังนี้

- ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติประจำเมื่อมีอาการตามข้อความ
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง เมื่อมีอาการตามข้อความ
 ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

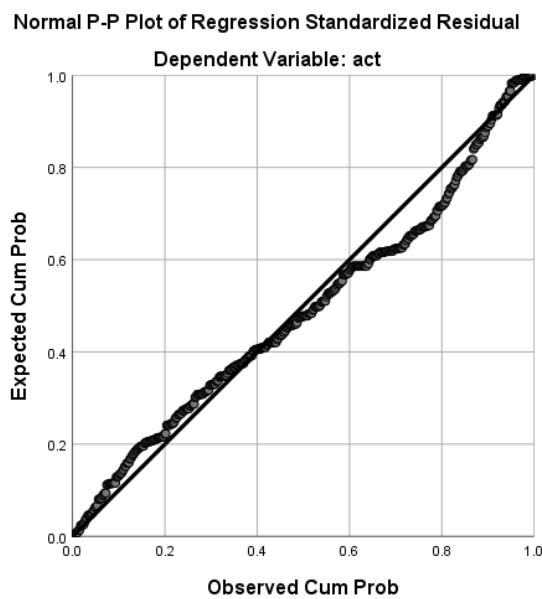
ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
2. ท่านใช้น้ำมันโพลทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
3. ท่านใช้น้ำมันเถาเอ็นอ่อนนวดทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
4. ท่านใช้เจลพริกทาหรือนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
5. ท่านรับประทานยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียงแทนยาแผนปัจจุบันเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
6. ท่านใช้ลูกประคบนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
7. ท่านใช้ขี้ผึ้งเถาเอ็นอ่อนนวดบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเมื่อท่านมีอาการปวด			
8. ท่านรับประทานยาคลายเส้น เมื่อมีอาการเคล็ดขัดยอก			
9. ท่านใช้สเปรย์สารสกัดเมล็ดลำไยฉีดพ่นบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ			

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
10. ท่านใช้ยาสมุนไพรทั้งชนิดใช้รับประทานและชนิดใช้ภายนอก ร่วมกันเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ			
11. ท่านใช้ยาสมุนไพรชนิดใช้สำหรับภายนอก เช่น น้ำมันนวด ขี้ผึ้ง ควบคู่กับการรับประทานยาแก้ปวดแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทาอาการ ปวดกล้ามเนื้อ			
12. ท่านรับประทานยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทา อาการปวดกล้ามเนื้อ			
13. เมื่อท่านเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ท่านจะเลือกใช้ยาสมุนไพร ชนิดใช้ภายนอก เช่น น้ำมันนวด หรือขี้ผึ้งมานานวดบริเวณที่ปวดเป็น อันดับแรก			
14. เมื่อท่านเริ่มมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ท่านจะเลือกใช้ยาสมุนไพร ชนิดรับประทาน เช่น ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง หรือ ยาชยเส้น เพื่อ บรรเทาอาการปวดเป็นอันดับแรก			
15. ท่านเลือกใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดมากกว่ายาแผน ปัจจุบัน			

ภาคผนวก ค การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้น

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05



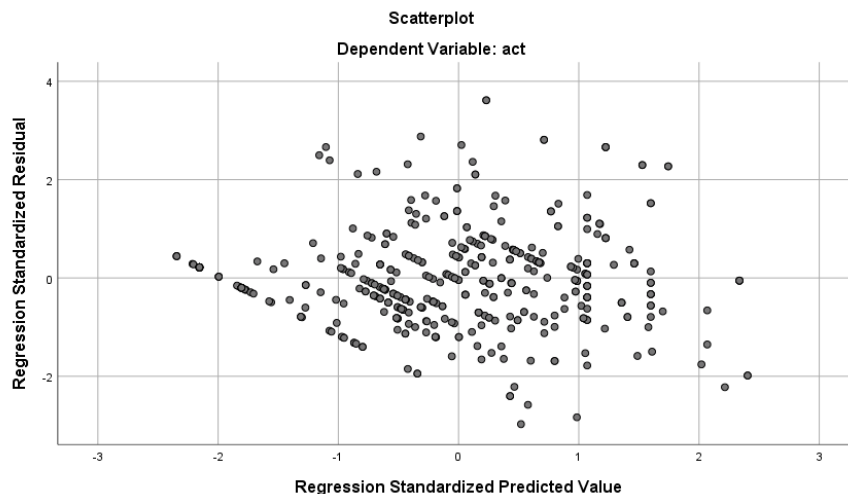
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson จากตาราง Model summary เท่ากับ 1.541 (เกณฑ์คือ 1.50 – 2.50)

Model Summary¹

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.499 ^a	.249	.247	5.810	
2	.583 ^b	.340	.337	5.452	
3	.649 ^c	.422	.418	5.111	
4	.685 ^d	.470	.465	4.900	
5	.703 ^e	.495	.489	4.788	
6	.721 ^f	.520	.514	4.671	
7	.749 ^g	.561	.554	4.471	
8	.757 ^h	.574	.566	4.414	
9	.763 ⁱ	.582	.573	4.374	
10	.768 ^j	.590	.580	4.340	
11	.770 ^k	.594	.583	4.324	1.541

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.987 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่



5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าตั้งแต่ - 0.091 ถึง 0.499 (เกณฑ์ คือน้อยกว่า 0.80) ร่วมกับพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.058 ถึง 2.688 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.372 ถึง 0.945 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

สรุปได้ว่า ผลการตรวจสอบเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ดังนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้