

นิพนธ์ต้นฉบับ

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกปรับสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน
ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย**

**ฤทธิชัย พิมปา^{1*} ชนาภัทร ทิพย์กรกริมย์¹ ชิน คำเครื่อง¹ นัทธชนัน ไทยบุญรอด¹
พชนิภา จำเริญจิตสกุล¹ และศิวารภรณ์ จันเทศ¹**

¹สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

*ผู้นิพนธ์ที่ให้การติดต่อ E-mail: ritichai.pim@mfu.ac.th

Received date: March 28, 2022; Revised date: May 9, 2022; Accepted date: May 27, 2022

บทคัดย่อ

การเสาะแสวงหาและเลือกสรรการรักษาโรคของมนุษย์เป็นพฤติกรรมที่มีมาตั้งแต่โบราณ สำหรับประเทศไทยมีการปรับสุขภาพให้เลือกหลากหลายแบบ หนึ่งในนั้นคือศาสตร์การแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่มีคุณค่าและอยู่กับชาวไทยมาอย่างยาวนาน ควรค่าแก่การอนุรักษ์ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกปรับสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านของประชาชนในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 333 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความเชื่อ และแบบสอบถามการเลือกปรับสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบความเป็นอิสระไคสแควร์ (Chi-square independent test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.6 อยู่ในวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.9 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการเลือกปรับสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ($P < 0.05$) ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกปรับสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ($P < 0.05$) แต่ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปรับสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ($P > 0.05$) ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความเชื่อที่ถูกต้องตามหลักวิชาเพื่อให้เกิดการเลือกปรับสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านให้ดำรงอยู่ต่อไป มิสูญหายไปตามกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป

คำสำคัญ: ความเชื่อ การปรับสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน

Factors Associated with a Health Care Selection by Folk Medicine in Chiang Sean, Chiang Rai Province

Ritichai Pimpa^{1*}, Chanapat Tipkanpirome¹, Chin Khamkruang¹,
Natchanun Thaibunrod¹, Patchanipa Jumroenjitsakul¹, and Sivaphorn Janted¹

¹Applied Thai Traditional Medicine, School of Integrative Medicine, Mae Fah Luang University

*Corresponding Author E-mail: ritichai.pim@mfu.ac.th

Abstract

Seeking and selecting human's disease treatment is behavior that has existed since ancient times. In Thailand, there are various health care services. One of them is folk medicine which is a valuable wisdom and has been with Thai people for a long time. This is worth preserving. This cross-sectional survey study aimed to investigate the factors related to folk medicine health care selection by the people in Chiang Sean, Chiang Rai province between February and December 2020. The data were collected from 333 samples. using interview forms, knowledge questionnaire, belief questionnaire and the health care selection questionnaire that passed quality inspection according to specified criteria. The data were analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Chi-square independent test).

The results of the study found that 58.6 percent of the samples were female, 38.4 percent of the samples were aged 60 or over, 61.9 percent of the samples were married, and 45.9 percent of the samples were farmers. Socio-demographic characteristic factors found that gender, age, status, and main occupation were significant related with folk medicine health care selection ($P < 0.05$). The belief in folk medicine was found to be significantly related to folk medicine health care selection ($P < 0.05$). While the knowledge in folk medicine, there was no significant related with folk medicine health care selection ($P > 0.05$). Thus, the suggestion was that the relevant departments should promote relevant beliefs according to theoretical principles to achieve selecting health care services with folk medicine, to make it exist and not be lost by changing time.

Keywords: Belief, Health Care, Folk Medicine

บทนำ

สิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาคือการมีสุขภาพที่ดี แต่ถึงกระนั้นมนุษย์ย่อมไม่อาจหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้นได้ การเสาะแสวงหาหนทางดูแลรักษาสุขภาพของมนุษย์ในอดีตส่งผลให้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกต การลองผิดลองถูก จนสามารถถ่ายทอดวิธีการจัดการสุขภาพออกมาในรูปแบบของประเพณีและวัฒนธรรม ส่งต่อไปจากรุ่นสู่รุ่นจนเกิดเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในเวลาต่อมา⁽¹⁾ สำหรับสังคมไทยการผสมผสานระหว่างความเชื่อของแต่ละบุคคลเข้ากับศาสนา สถาปัตยกรรม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ส่งผลให้ชาวไทยมีมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และพฤติกรรมด้านสุขภาพแตกต่างกันไป⁽²⁾ จนเกิดเป็นแนวคิดการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า การแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพที่เป็นเอกลักษณ์เหมาะสมสำหรับคนในพื้นที่นั้น ๆ โดยแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น⁽³⁾ การแพทย์พื้นบ้านได้รับการถ่ายทอดและพัฒนาอย่างยาวนาน แต่ด้วยยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม อาจทำให้การแพทย์พื้นบ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านได้เผชิญสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ผ่านทั้งช่วงเวลาเจริญรุ่งเรือง และตกต่ำจางหาย อย่างไรก็ตามการแพทย์พื้นบ้านได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาครั้งใหญ่ ตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าหัว (รัชกาลที่ 7)⁽⁴⁾ เป็นต้นมา แต่ทั้งนี้การฟื้นฟูไม่อาจครบถ้วนสมบูรณ์ได้ตามเดิม เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องกับการฟื้นฟูและพัฒนา ทั้งด้านหมอผู้ให้การบริการ ด้านผู้รับการบริการ และด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ⁽⁵⁾

อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายมีฐานะเป็นราชธานีที่สำคัญของอาณาจักรล้านนาอันยิ่งใหญ่ในอดีต⁽⁶⁾ มีการแพทย์ที่มีแบบแผนเป็นเอกลักษณ์ เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานความรู้ในการรักษาโรคเข้ากับระบบสังคม วัฒนธรรม และชุมชน โดยใช้จารีต กฎ ระเบียบ และประเพณีของชุมชนที่สืบทอดกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน⁽⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดเชียงรายได้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการจังหวัดต้นแบบการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและโครงการเมืองสมุนไพรนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ประกอบกับแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560 - 2564 ที่ได้ให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย รวมไปถึงการแพทย์พื้นบ้าน ตลอดจนพบการเคลื่อนไหวของหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้าน⁽⁹⁾ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและการสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้านในจังหวัดเชียงราย อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เบื้องต้นพบว่า ปัจจุบันจำนวนประชาชนที่เข้ารับการบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านมีแนวโน้มลดลง ซึ่งประชาชนถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญด้านผู้รับการบริการการแพทย์พื้นบ้าน การส่งเสริมและการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านให้คงอยู่และมีประสิทธิภาพรอดด้าน จึงจำเป็นต้องเข้าใจประชาชนผู้รับบริการด้วย โดยเฉพาะการเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านของประชาชนที่มีเหตุมาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้วางแผนและหาแนวทางในการเลือกรับบริการด้วยการแพทย์พื้นบ้านของประชาชน อีกทั้งทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้าน รวมไปถึงการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของชาติอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านของ ประชาชนกับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย โดยมีคำถามการวิจัยที่ว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน และปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านหรือไม่ ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม (เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก อาชีพเสริม) แบบสัมภาษณ์การเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน 10 ข้อ ในมิติความรู้ด้านหมอพื้นบ้าน วิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรพื้นบ้าน โดยประยุกต์ข้อมูลจากรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^(10,11) (ให้เลือกคำตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน คะแนนที่ได้ทั้งหมดนำมาประเมินความรู้ โดยประยุกต์เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ แบ่งจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยช่วงคะแนน ร้อยละ 0 - 60 จำแนกเป็นระดับต่ำ ช่วงคะแนน ร้อยละ 61 - 80 จำแนกเป็นระดับปานกลาง และช่วงคะแนน ร้อยละ 81 - 100 จำแนกเป็นระดับสูง และแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน 15 ข้อ ในมิติความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาหมอพื้นบ้าน วิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน และการบริการในระบบการแพทย์และสาธารณสุข โดยประยุกต์กรอบคำถามจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹³⁾ (ให้เลือกคำตอบ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด กับข้อความเชิงบวก จะได้ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ โดยประยุกต์เกณฑ์การแปลผลคะแนนความเชื่อตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ แบ่งจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยช่วงคะแนน ร้อยละ 0 - 60 จำแนกเป็นระดับน้อย ช่วงคะแนน ร้อยละ 61 - 80 จำแนกเป็นระดับปานกลาง และช่วงคะแนน ร้อยละ 81 - 100 จำแนกเป็นระดับมาก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.5-1.0⁽¹⁴⁾ และนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.703 และ 0.764 ตามลำดับ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป⁽¹⁴⁾) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก เขตสุขภาพที่ 1 อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power⁽¹⁵⁾ ได้จำนวน 333 คน โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.20 ระหว่างเล็ก 0.10 ถึงปานกลาง 0.30 ช่วงความเชื่อมั่น 95% (ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 = 0.05) และอำนาจทดสอบ (Power of test) เป็น 0.80 ใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป

และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย นานอย่างน้อย 5 ปี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ หรือไม่เคยใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก เขตสุขภาพที่ 1 อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (รหัสโครงการ EC 19331-26) ได้รับการพิจารณาทบทวนแบบกรณียกเว้น (COE: 006/2020) ลงวันที่ 8 มกราคม 2563

วิธีการศึกษา

1. ประสานงานขอข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. ผู้วิจัยเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจง โดยหมู่บ้านนั้นจะต้องมีหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และยังคงเปิดการบริการรักษาผู้ป่วยอยู่ รวม 3 หมู่บ้าน ในตำบลที่แตกต่างกัน ของอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
3. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมแล้ว โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนในการเก็บข้อมูล สอบถามถึงความสมัครใจเพื่อลงนามในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ต่อตัวอย่างประชากร 1 คน
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วน และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อใช้อธิบายข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ด้านความรู้และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ด้านความรู้และด้านความเชื่อกับการเลือกบริการสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้าน โดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระไคสแควร์ (Chi-square independent test)

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งผลการศึกษานี้ ออกออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. **ด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม** จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 333 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.6) อยู่ในวัยสูงอายุ คือมีช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 38.4) รองลงมาคือ วัยกลางคน ช่วงอายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 26.7) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.0) รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 8.7) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.9 และร้อยละ 73.3 ไม่มีอาชีพเสริม ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.5) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 20.4)
2. **ด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน** ที่เกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน วิธีการรักษาด้วย และสมุนไพรพื้นบ้าน มีช่วงของคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน เท่ากับ 4.91 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.82 และเมื่อจัดระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 76.6 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.3 และระดับสูง ร้อยละ 5.1 (ตารางที่ 1)

3. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน มีช่วงคะแนนระหว่าง 5 – 25 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน เท่ากับ 16.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.77 เมื่อจัดระดับความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.86 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 32.43 และระดับน้อย ร้อยละ 14.71 ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน มีช่วงคะแนนระหว่าง 8 – 40 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน เท่ากับ 28.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.23 เมื่อจัดระดับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.76 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 27.93 และระดับน้อย ร้อยละ 9.31 ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข มีช่วงคะแนนระหว่าง 2 - 10 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข เท่ากับ 6.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.63 เมื่อจัดระดับความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.76 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 27.93 และระดับน้อย ร้อยละ 9.31 (ตารางที่ 2)

4. การเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 333 คน พบว่า เมื่อตนเองเจ็บป่วย 170 คน (ร้อยละ 51.05) เลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนที่เหลือ 163 คน ไม่เลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน แบ่งเป็น เลือกรับบริบาลในสถานพยาบาลใกล้บ้าน และดูแลรักษาด้วยตนเอง 149 คน (ร้อยละ 44.75) และ 14 คน (ร้อยละ 4.20) ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ($P < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ($P = 0.537$) (ตารางที่ 4)

ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ($P < 0.05$) (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ และอาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะพบจำนวนเพศหญิงที่เลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านมากกว่าเพศชาย แต่เมื่อพิจารณาในเพศเดียวกัน เพศชายจะเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านมากกว่าไม่เลือก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีโอกาสพบปะกับผู้คนในชุมชนมากกว่าเพศหญิง อีกทั้งการแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้นำทางจิตวิญญาณ วัฒนธรรมและสังคม การเข้าหาหมอพื้นบ้านที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีบทบาทเป็นผู้นำทางสังคมจึงง่ายกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศหญิงและเพศชายนั้นจึงให้ความสำคัญในเรื่องของบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านแตกต่างกัน

ออกไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนราธิป แนวคำดี และ ประพัฒน์สอน เปียกสอน⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า เพศที่แตกต่างกันนั้น จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลต่างกัน สำหรับ อายุ แม้จะพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เลือกรับบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน อาจเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดในช่วงอายุ 13 - 21 ปี พบช่วงอายุนี้นัดตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านมากกว่าไม่เลือก อธิบายได้ว่า ช่วงวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้จึงได้รับข่าวสารในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ดี อีกทั้งกระแสการดูแลสุขภาพด้วยวิถีธรรมชาติกำลังเป็นที่นิยมในวัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยชนิดา มัททวงกูร และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ ส่วนสถานภาพสมรส อธิบายได้ว่า สถานภาพที่โดดเดี่ยว เช่น โสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ อาจต้องการการรักษาที่ส่งผลต่อจิตใจร่วมด้วย ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านมีจุดเด่นในเรื่องนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุขประเสริฐ ทัฬสี⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอาชีพที่แตกต่างกันนั้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเกิดโรคที่ไม่เหมือนกัน กล่าวคือ โรคหรืออาการนั้นอาจเกิดจากการทำงาน เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จึงเสาะแสวงหาวิธีการรักษาโรคด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านสามารถเยียวยาอาการเหล่านั้นได้ โดยพบว่า อาชีพรับจ้างและข้าราชการมีการเลือกรับบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านมากกว่าไม่เลือก สอดคล้องกับการศึกษาของสมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า อาชีพ ได้แก่ การใช้แรงงาน มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อันมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน อธิบายได้ว่า ประชาชนที่มีความรู้ในระดับที่ต่างกันเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจาก ความรู้เป็นปัจจัยนำสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่เฉพาะปัจจัยด้านความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย⁽²⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของกรณิการ์ การิสรพร และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจาก ศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านเป็นศาสตร์เฉพาะ มีถ่ายทอดทอดความรู้เฉพาะครูกับศิษย์ หรือจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาเท่านั้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ด้านนี้ได้ยาก

ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากความเชื่อเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม⁽²⁰⁾ และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธัญญา ยิ่งยงเมธี และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าความเชื่อหรือเจตคติต่อการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ หากลงรายละเอียดจะพบว่า ความเชื่อที่สัมพันธ์กับการเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านนั้น ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข อธิบายได้ว่า หากประชาชนมีความเชื่อมั่นในตัวหมอพื้นบ้านนั้นก็ทำให้ประชาชนเลือกที่จะมารับการรักษาที่หมอพื้นบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสรารุช แสงกำ และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าคนในชุมชนยอมรับผลการดูแลรักษาของหมอพื้นบ้าน รวมถึงมีความพึงพอใจและชื่นชอบในตัวหมอพื้นบ้าน จะเลือกรักษาสุขภาพกับหมอพื้นบ้าน แสดงให้เห็นว่าความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษามีผลต่อการเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน อีกทั้งการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เอื้อให้การแพทย์พื้นบ้านดำรงอยู่ จะทำให้ประชาชนเลือกรับบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี อธิยาศัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี⁽²⁴⁾ ที่พบว่าระบบการแพทย์ทางเลือกสามารถส่งเสริมการรักษาโรคในระบบสุขภาพได้ เนื่องจากปัจจุบันนี้มีแนวโน้มในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และในบางครั้งการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้ประชาชนการเลือกรับบริการด้วยการแพทย์พื้นบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และการศึกษาของขวัญชนก เทพปิ่น และคณะ⁽²⁵⁾ ก็ยังพบว่า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยมีผลต่อการเลือกใช้บริการของประชาชนอีกด้วย

ข้อสรุป

สรุป การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การแพทย์พื้นบ้านยังดำรงอยู่ คือ องค์ประกอบด้านผู้รับบริการ โดยจากการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริการด้วยการแพทย์พื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

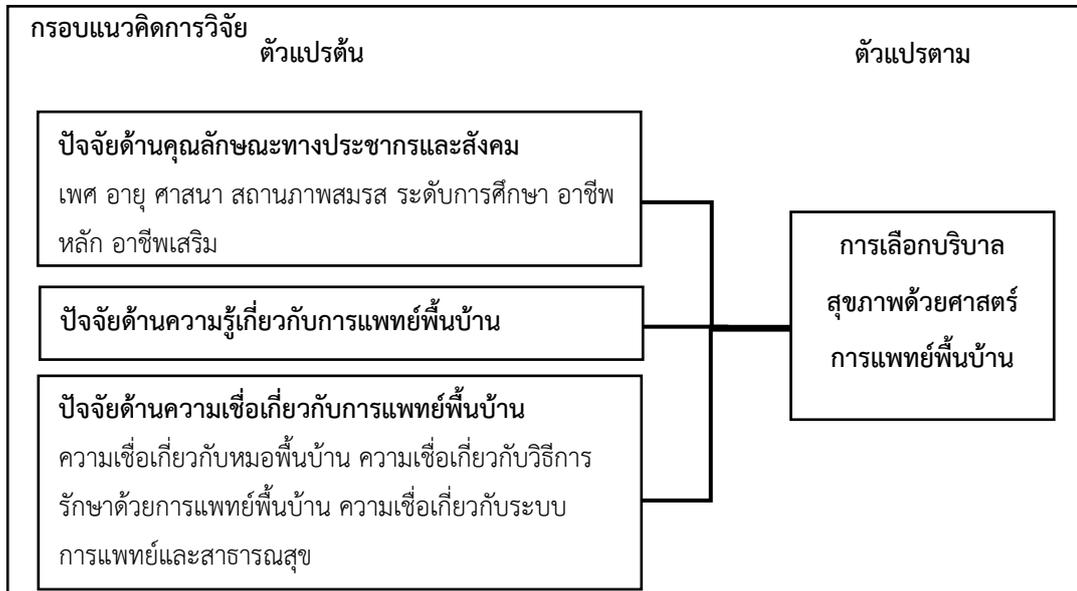
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถาบันอุดมศึกษา ควรส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุขตามหลักวิชา เพื่อให้เกิดการเลือกบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านที่ถูกต้อง เช่น โปรแกรมส่งเสริมทัศนคติและความเชื่อด้านการแพทย์พื้นบ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยต่อไป ควรศึกษาวิจัยเชิงกว้างถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยด้านหมอพื้นบ้าน ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติของพฤติกรรมเลือกบริการด้วยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้าน และควรศึกษาวิจัยเชิงลึกถึงพฤติกรรมเลือกบริการและการรับบริการด้วยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้าน อันจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมของประชาชนเพื่อการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านให้ดำรงอยู่คู่ชาติไทยสืบไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณคำแนะนำจากอาจารย์ดารณี อ่อนชมจันทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และความกรุณาของ พ่อหมอประเสริฐ จันทรงชี พ่อหมอวิเชียร รักสิทธิ์ และแม่หมอนงลักษณ์ เดิมเมือง หมอพื้นบ้านที่ให้ความรู้และประสบการณ์ด้วยความเต็มใจ

ตาราง ภาพ และแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 333) จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน

ระดับความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (>ร้อยละ 80)	17	5.1
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61 - 80)	61	18.3
ระดับต่ำ (≤ ร้อยละ 60)	255	76.6
คะแนนเฉลี่ย 4.91 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.82		
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน		

ตารางที่ 2 ระดับความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 333)

ระดับความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน		
(5 ข้อ 25 คะแนน)		
ระดับมาก (>ร้อยละ 80)	108	32.43
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 80)	176	52.86
ระดับน้อย (≤ร้อยละ 60)	49	14.71
คะแนนเฉลี่ย 16.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.77		
คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 24 คะแนน		
ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน		
(8 ข้อ 40 คะแนน)		
ระดับมาก (>ร้อยละ 80)	60	18.02
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 80)	251	75.37
ระดับน้อย (≤ร้อยละ 60)	22	6.61
คะแนนเฉลี่ย 28.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.23		
คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 36 คะแนน		
ความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์และสาธารณสุข		
(2 ข้อ 10 คะแนน)		
ระดับมาก (>ร้อยละ 80)	93	27.93
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 80)	209	62.76
ระดับน้อย (≤ร้อยละ 60)	31	9.31
คะแนนเฉลี่ย 6.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.63		
คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ในกลุ่มตัวอย่าง (n = 333)

ปัจจัยด้าน คุณลักษณะทาง ประชากรและสังคม	การเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน		χ^2	df	p-value*
	ไม่เลือกรับบริบาล จำนวน (ร้อยละ)	เลือกรับบริบาล จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ			9.091	1	0.003*
ชาย	54 (39.1)	84 (60.9)			
หญิง	109 (55.9)	86 (44.1)			
อายุ			15.551	3	0.001*
13 - 21 ปี	23 (32.9)	47 (67.1)			
22 - 40 ปี	17 (37.0)	29 (63.0)			
41 - 60 ปี	48 (53.9)	41 (46.1)			
61 ปีขึ้นไป	75 (58.6)	53 (41.4)			
ศาสนา			3.651	2	0.161
พุทธ	152 (50.2)	151 (49.8)			
อื่น ๆ	11 (36.66)	19 (63.33)			
สถานภาพ			15.008	1	0.001*
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	45 (35.4)	82 (64.6)			
สมรส	118 (57.3)	88 (42.7)			
ระดับการศึกษา			10.272	5	0.068
ประถมศึกษา	86 (55.5)	69 (44.5)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	28 (41.2)	40 (58.8)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21 (41.2)	30 (58.8)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	9 (34.61)	17 (65.38)			
ไม่ได้รับการศึกษา	19 (57.6)	14 (42.4)			
อาชีพหลัก			19.438	5	0.002*
เกษตรกรกรรม	84 (54.9)	69 (45.1)			
ค้าขาย	22 (64.7)	12 (35.3)			
รับจ้าง	10 (29.4)	24 (70.6)			
ข้าราชการ	4 (33.3)	8 (66.7)			
นักเรียน	23 (34.3)	44 (65.7)			
อื่น ๆ	20 (60.6)	13 (39.4)			
อาชีพเสริม			0.734	3	0.865
เกษตรกรกรรม	13 (50.0)	13 (50.0)			
ค้าขาย	7 (58.3)	5 (41.7)			
รับจ้าง	23 (45.1)	28 (54.9)			
ไม่มีอาชีพเสริม	119 (49.0)	124 (51.0)			

* P<0.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ในกลุ่มตัวอย่าง (n = 333)

ปัจจัย	การเลือกบริบาลสุขภาพด้วย		χ^2	df	p-value
	การแพทย์พื้นบ้าน				
	ไม่เลือกรับบริบาล จำนวน (ร้อยละ)	เลือกรับบริบาล จำนวน (ร้อยละ)			
ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน			1.244	2	0.537
ระดับสูง (>ร้อยละ 80)	9 (52.9)	8 (47.1)			
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61 - 80)	26 (42.6)	35 (57.4)			
ระดับต่ำ (\leq ร้อยละ60)	128 (50.2)	127 (49.8)			

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน กับการเลือกบริบาลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ในกลุ่มตัวอย่าง (n = 333)

ปัจจัย	การเลือกบริบาลสุขภาพด้วย		χ^2	df	p-value*
	การแพทย์พื้นบ้าน				
	ไม่เลือกรับบริบาล จำนวน (ร้อยละ)	เลือกรับบริบาล จำนวน (ร้อยละ)			
ความเชื่อเกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน			84.687	2	0.001*
(5 ข้อ 25 คะแนน)					
ระดับมาก (>ร้อยละ 80)	23 (21.3)	85 (78.7)			
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 80)	91 (51.7)	85 (48.3)			
ระดับน้อย (\leq ร้อยละ60)	48 (97.96)	1 (2.04)			
ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วย			18.200	2	0.001*
การแพทย์พื้นบ้าน					
(8 ข้อ 40 คะแนน)					
ระดับมาก (>ร้อยละ 80)	20 (33.3)	40 (66.7)			
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 80)	124 (49.4)	127 (50.6)			
ระดับน้อย (\leq ร้อยละ 60)	19 (86.4)	3 (13.6)			
ความเชื่อเกี่ยวกับระบบการแพทย์			24.715	2	0.001*
และสาธารณสุข					
(2 ข้อ 10 คะแนน)					
ระดับมาก (>ร้อยละ 80)	28 (30.1)	65 (69.9)			
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 80)	111 (53.1)	98 (46.9)			
ระดับน้อย (\leq ร้อยละ 60)	24 (77.4)	7 (22.6)			

* P<0.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. นันธวัช นูนารถ. (2560). ภูมิปัญญาท้องถิ่น คุณค่าแห่งวิถีชีวิต วัฒนธรรม เพื่อการศึกษาที่ยั่งยืน. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 12(34), 17-26.
2. กุสุมาลย์ น้อยผา, สุภาภรณ์ กาลังมาก, ชวนชม ขุนเอียด, ศิริรัตน์ ศรีรักษา, และเกรียงไกร บรรจงเมือง. (2561). การศึกษาภูมิปัญญาหมอปั่นบ้านในจังหวัดพัทลุง. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 24(1), 149-172.
3. กรรณิการ์ มรุตาทธ. (2554). *หายป่วยด้วยหมอปั่นบ้าน 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ปีเวลล์สปีชีเยล.
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้. (2559). *รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557-2559*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
5. นรินทรทรร พันธ์สวัสดิ์. (2555). *บทนำเวชกรรมแผนไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
6. เตือนใจ ไชยศิลป์. (2546). ประวัติศาสตร์เมืองเชียงราย-เชียงแสน. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
7. สิริ เขียวชาลพิทย, ราไฟ ชื่นมนุษย์, อุดม ชัยทอง. (2557). *ล้านนาคดีศึกษา*. เชียงใหม่ : สุเทพการพิมพ์.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564*. นนทบุรี : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
9. ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2561). *รายงานสถานการณ์หมอมือเมืองล้านนา 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน*. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
10. สามารถ ใจเตี้ย. (2561). วัฒนธรรมสุขภาพล้านนาเพื่อการดูแลสุขภาพ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 18(2), 240-248.
11. ไสว หวานเสรี, และดารณี อ่อนชมจันทร์. (2561). การศึกษาองค์ความรู้ในการใช้สมุนไพรรักษาโรค: กรณีหมอปั่นบ้านในพื้นที่จังหวัดเชียงราย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 16(3), 420-435.
12. Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
13. Janz NK, Becker MH. (1984) The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
14. ปราณ มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 9-15.
15. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41, 1149-1160.
16. นราธิป แนวคำดี และประพัฒน์สอน เปี้ยกสอน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*, 5(1), 162-172.

17. ชนิดา มัททวงกูร, ขวัญเรือน กำวิตุ, สุธิดา ดีหนู, และสิริณัฐ สนิวรรณกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(39), 99-109.
18. สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 14-30.
19. สมสุข ภาณรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี อึ้งตุงการสกุล, พิชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี อูระธรรม, และภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86-94.
20. Lawrence W, and Kreuter G. (1991) *Health education planning: a diagnostic approach*. 1st ed. Toronto: Mayfield Publishing Company.
21. กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(3), 280-295.
22. ณีฐัฐธัญญา ยิ่งยงเมธี, ศิริมา วงศ์แหลมทอง, และนิธิดา สุภาวี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38 (2), 102-112.
23. สราวุธ แสงกำ, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี, และธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการหมอพื้นบ้านของประชาชนอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการแพรวากาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 4(2), 283-298.
24. จรัสศรี อธิยาชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2562). บทบาทพยาบาลในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 295-304.
25. ขวัญชนก เทพปิ่น, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร โหวธิระกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2560). การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 80-92.