การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน จังหวัดพัทลุง

Development of a Model to Enhance Traditional Thai Medicine Health Literacy among People in Phatthalung Province

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

พินิจสินธุ์ เพชรมณี[1] เด่นดัง จำเริญ[2]
Pinitsin Petmanee[1] Dendunk Jumroen[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย พัฒนารูปแบบ ประเมินประสิทธิผล และศึกษาผลการขยายรูปแบบในจังหวัดพัทลุง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน 8,950 คน และบุคลากรระดับอำเภอ 22 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน การถดถอยพหุคูณ การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 114.87 คะแนน (SD = 27.84) เป็น 148.58 คะแนน (SD = 22.57) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 33.71 คะแนน (95% CI: 33.25–34.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=143.78, p<.001) และมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 4 ด้าน คะแนนพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 2.94 คะแนน (SD = 0.78) เป็น 3.49 คะแนน (SD = 0.69) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.55 คะแนน (95% CI: 0.54–0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=75.02, p<.001) ก่อนดำเนินงาน ตัวแทนครัวเรือนมีความรอบรู้ระดับสูงร้อยละ 15.88 ภายหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.64 ขณะที่กลุ่มระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 28.23 เหลือร้อยละ 1.85 สำหรับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ผู้ที่มีพฤติกรรมระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.69 เป็นร้อยละ 55.75 นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับสื่อ การเข้าร่วมกิจกรรม และการเยี่ยมบ้านมีความครอบคลุมสูงในทุกพื้นที่ โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.84–99.84 ส่วนการใช้ช่องทางออนไลน์และบริการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันตามบริบทและความพร้อมของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ด้านความปลอดภัย พบผู้มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นจำนวน 1,303 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 และมีผู้จำเป็นต้องส่งต่อจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 5.17 ในจำนวนนี้ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสำเร็จ 429 คน คิดเป็นร้อยละ 92.66

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย, การวิจัยและพัฒนา, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and factors associated with traditional Thai medicine health literacy and safe-use behaviors, develop and evaluate the effectiveness of a health literacy enhancement model, and assess its province-wide implementation in Phatthalung. The study was conducted from November 2025 to June 2026 The sample size consisted of 8,950 household representatives and 22 district-level personnel. Data was collected using questionnaires and evaluation forms. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, multiple regression, t-tests, analysis of covariance, and content analysis.

The study results showed that the overall Thai traditional medicine literacy score of the participating households increased from 114.87 points (SD = 27.84) to 148.58 points (SD = 22.57), an average increase of 33.71 points (95% CI: 33.25–34.17), which was statistically significant (t=143.78, p<.001). Scores showed a significant increase in all four areas. The score for safe use of Thai traditional medicine behavior increased

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบรรพต

from 2.94 points (SD = 0.78) to 3.49 points (SD = 0.69), an average increase of 0.55 points (95% CI: 0.54–0.57), which was statistically significant (t=75.02, p<.001) before the intervention. Household representatives demonstrated a high level of consumer literacy, increasing from 15.88% after the implementation of the program to 60.64%. The low level decreased from 28.23% to 1.85%. Regarding safe usage behavior, the percentage of those exhibiting appropriate to very appropriate behavior increased from 27.69% to 55.75%. Furthermore, access to media, participation in activities, and home visits showed high coverage across all areas, ranging from 90.84% to 99.84%. The use of online channels and consultation services varied according to the context and readiness of the population in each area. In terms of safety, 1,303 individuals (14.56%) were found to be at risk of at least one issue, and 463 individuals (5.17%) required referral. Of these, 429 individuals (92.66%) were successfully referred to the service system.

Keywords: health literacy, traditional Thai medicine, safe-use behavior, research and development, village health volunteers

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้และระบบบริการสุขภาพที่มีบทบาทครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย การผดุงครรภ์ไทย และการใช้สมุนไพร ภายใต้กฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง[1,2] การแพทย์แผนไทยจึงมิได้เป็นเพียงทางเลือกในการดูแลสุขภาพ แต่ยังเชื่อมโยงกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรในชุมชน และการดูแลสุขภาพระดับครัวเรือนและชุมชน[3,4] อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และข้อมูลสุขภาพ มิได้หมายความว่าประชาชนจะสามารถเลือกใช้การแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัยเสมอไป โดยเฉพาะในบริบทที่ข้อมูลมีจำนวนมาก หลากหลาย และมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกัน[5,6]

ปัจจุบันประชาชนสามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการการแพทย์แผนไทยจากหลายแหล่ง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกครอบครัว สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ประกอบการ และการบอกต่อในชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับอาจมีความครบถ้วน ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือแตกต่างกัน ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจมีข้อจำกัดด้านความรู้ การประเมินข้อมูล และการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน[7,8,9,10] หากประชาชนใช้สมุนไพรหรือการแพทย์ทางเลือกทดแทนการประเมินจากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเตือนหรือภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย อาจทำให้การมารับบริการ การวินิจฉัย หรือการเริ่มรักษาที่จำเป็นล่าช้า[11,12,13]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม ความสามารถดังกล่าวมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับความชัดเจนของข้อมูล วิธีการสื่อสาร ความซับซ้อนของระบบบริการ การสนับสนุนทางสังคม และโอกาสในการฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์จริง[14,15] เมื่อนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับการแพทย์แผนไทย ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยจึงครอบคลุมความสามารถในการค้นหาแหล่งข้อมูลและบริการที่น่าเชื่อถือ ทำความเข้าใจสรรพคุณ วิธีใช้ ข้อห้าม และข้อควรระวัง ประเมินหลักฐานและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตลอดจนนำข้อมูลไปใช้เลือกบริการหรือผลิตภัณฑ์ สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และขอคำปรึกษาหรือรับการส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการให้ข้อมูลแบบทางเดียวหรือการบรรยายเพียงอย่าง

เดียวอาจมีข้อจำกัดต่อการพัฒนาทักษะและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้หมายถึงเพียงการรับหรือจดจำข้อมูล แต่ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตลอดจนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพ[6,16] การใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยจึงต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะการค้นหาและประเมินข้อมูล การพิจารณาประโยชน์และความเสี่ยง การตัดสินใจ และการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ[17,18] รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้จึงควรผสมผสานสื่อที่เข้าใจง่าย กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกค้นหาและตรวจสอบข้อมูล การฝึกตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง และการตรวจสอบความเข้าใจ พร้อมทั้งมีระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม[19,20,21]

จังหวัดพัทลุงมีโครงสร้างบริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในระดับเขตสุขภาพ หน่วยบริการ และชุมชน รวมทั้งมีภูมิปัญญาด้านสมุนไพรและเครือข่าย อสม. ที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนได้[22,23,24] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารที่เผยแพร่เกี่ยวกับพื้นที่ พบว่างานส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะการใช้สมุนไพร พฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือบริการการแพทย์แผนไทยในบางอำเภอ ขณะที่ยังไม่พบการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัดที่ครอบคลุมทักษะหลายมิติ และเชื่อมโยงการเรียนรู้กับระบบให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การติดตาม การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการส่งต่ออย่างเป็นระบบ[23,24,25] จึงจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย แหล่งข้อมูล ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดพัทลุง

การพัฒนารูปแบบสำหรับใช้ในระดับจังหวัดควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำข้อค้นพบมาร่วมออกแบบกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้เบื้องต้น ก่อนประเมินประสิทธิผลด้วยแบบแผนที่สามารถพิจารณาการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มและตามช่วงเวลา[26,27] อย่างไรก็ตาม การประเมินเฉพาะผลลัพธ์ในพื้นที่ทดลองอาจยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจนำรูปแบบไปใช้ในวงกว้าง เนื่องจากผลลัพธ์อาจได้รับอิทธิพลจากความครบถ้วนของการดำเนินงาน กลไกการเปลี่ยนแปลง และบริบทของแต่ละพื้นที่[28] จึงควรประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริงเพิ่มเติม ทั้งด้านความครบถ้วนและความซื่อตรงต่อรูปแบบ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย ความครอบคลุม และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ตลอดจนปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของแต่ละพื้นที่[29,30]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชนจังหวัดพัทลุง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และบริบทของพื้นที่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ โมดูลสื่อการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนจากชุมชน โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยไปใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถเลือกใช้บริการยาไทย สมุนไพร และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องได้อย่างรู้เท่าทันและปลอดภัย การดำเนินงานครอบคลุมทั้งการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ การทดสอบประสิทธิผล และการขยายผลในพื้นที่ 11

อำเภอ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และสามารถประยุกต์ใช้ผ่านหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายชุมชนได้อย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับกำหนดแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ เฝ้าระวังความเสี่ยง และสนับสนุนให้ประชาชนใช้การแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนจังหวัดพัทลุง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชนจังหวัดพัทลุง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย
4. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้และขยายผลในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง และระยะที่ 2 ปรับปรุงและขยายผลรูปแบบในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง พร้อมประเมินผลลัพธ์ กระบวนการดำเนินงาน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการและชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุงไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ใช้ยาไทยหรือสมุนไพร หรือมีความสนใจด้านการแพทย์แผนไทย รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์เชิงปริมาณกำหนดกลุ่มตัวอย่างประชาชนจำนวน 400 คน คำนวณด้วยสูตรของ Cochran โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และเพิ่มจำนวนเพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนและจัดสรรตามสัดส่วนประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพัทลุงไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ และมีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ใช้ยาไทยหรือสมุนไพร หรือมีความสนใจด้านการแพทย์แผนไทย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีข้อจำกัดด้านการรับรู้หรือการสื่อสาร หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

การศึกษาเชิงคุณภาพคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 24 คน ประกอบด้วย อสม. ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้รู้ด้านสมุนไพร บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน โดยต้องเป็นผู้มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและสุขภาพชุมชน สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ตลอดกระบวนการ หรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและการสื่อสารที่กระทบต่อการให้ข้อมูล

2. พัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้ร่วมออกแบบจำนวน 30 คน ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และประชาชนสำหรับทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ร่วมออกแบบเป็นตัวแทนประชาชน อสม. บุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้รู้ด้านสมุนไพร หรือผู้นำชุมชนที่มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้อง และสามารถเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ หรือระเบียบวิธีวิจัย ส่วนผู้ทดลองใช้เบื้องต้นต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย และไม่เป็นผู้เข้าร่วมระยะทดสอบประสิทธิผล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือประเมินรูปแบบได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด หรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3. การทดสอบประสิทธิผล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการทดสอบสองทาง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลมาตรฐาน 0.52 และอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง 1:1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คนต่อกลุ่ม รวม 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน โดยคัดเลือกจากพื้นที่ที่มีลักษณะด้านประชากรและระบบบริการใกล้เคียงกัน แต่ไม่อยู่ติดกันเพื่อลดการปนเปื้อนของกิจกรรม ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ทดลองหรือพื้นที่ควบคุมไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่เคยเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบประเมินก่อนและหลังการทดลองได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านการรับรู้และการสื่อสาร หรืออยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมอื่นที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกัน ส่วนเกณฑ์ยุติการเข้าร่วม ได้แก่ ถอนความยินยอม ย้ายออกจากพื้นที่ เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือไม่สามารถเก็บข้อมูลหลังการทดลองได้ครบถ้วน

ระยะที่ 2 การขยายผล

4. ใช้ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในจังหวัดพัทลุงทั้งหมดจำนวน 8,950 คน โดยกำหนดให้ อสม. 1 คนรับผิดชอบตัวแทนครัวเรือน 1 คน จึงมีตัวแทนครัวเรือนจำนวน 8,950 คน ครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ และคัดเลือกบุคลากรผู้รับผิดชอบระดับอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 2 คน รวม 22 คน ตัวแทนครัวเรือนคัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีครัวเรือนที่มีสมาชิกผ่านเกณฑ์ ครัวเรือนละ 1 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อสม. ต้องมีครัวเรือนในความรับผิดชอบและผ่านการเตรียมความพร้อมในการใช้รูปแบบ ตัวแทนครัวเรือนต้องมีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบประเมินได้ ส่วนบุคลากรสาธารณสุขต้องมีหน้าที่ประสาน กำกับหรือติดตามการดำเนินงาน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ พ้นสภาพหรือย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ หรือให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน ประกอบด้วยแผนกิจกรรม คู่มือการดำเนินงาน สื่อการเรียนรู้ แบบฝึกปฏิบัติ และแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในการถ่ายทอดความรู้ ติดตาม เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และส่งต่อกรณีเสี่ยง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลการทบทวนวรรณกรรม โดยจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์และความถี่ในการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ยาไทยหรือสมุนไพร แหล่งบริการ แหล่งข้อมูล และประสบการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 48 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านละ 12 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ทำได้ยากมาก ถึง 4 คะแนน หมายถึง ทำได้ง่ายมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 48–192 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงความรอบรู้ระดับสูง แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 48–96 คะแนน ระดับต่ำ 97–144 คะแนน ระดับปานกลาง และ 145–192 คะแนน ระดับสูง

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัย จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมการตรวจสอบแหล่งข้อมูลและผลิตภัณฑ์ การอ่านฉลากและคำเตือน การตรวจสอบเลขทะเบียน การใช้ตามข้อบ่งใช้ ขนาด วิธีและระยะเวลา การแจ้งบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการขอคำปรึกษาหรือส่งต่อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน ถึงปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน โดยกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน แปลผลจากค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00–1.80 ไม่เหมาะสม 1.81–2.60 ต้องปรับปรุง 2.61–3.40 พอใช้ 3.41–4.20 เหมาะสม และ 4.21–5.00 เหมาะสมมาก

2.4 แนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้ศึกษาสถานการณ์ ประสบการณ์ ความเชื่อ แหล่งข้อมูล ปัญหาและความเสี่ยงจากการใช้การแพทย์แผนไทย ความต้องการของประชาชน ตลอดจนประโยชน์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะภายหลังการทดลองและการขยายผล

2.5 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหา ความเหมาะสมของสื่อและกิจกรรม ความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบท ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และประโยชน์ต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด และ 4.21–5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด พร้อมคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ

2.6 แบบประเมินผลการดำเนินงานและการขยายผล ประกอบด้วยแบบประเมินความเข้าใจและความพร้อมของบุคลากรและ อสม. แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับสื่อ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจและความตั้งใจใช้รูปแบบต่อเนื่อง รวมถึงแบบบันทึกความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยแบบประเมินใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนแบบบันทึกใช้การตรวจสอบว่าดำเนินการหรือไม่ดำเนินการ และบันทึกจำนวนครั้งหรือผลการดำเนินงานตามจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมกับบริบท โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระเบียบวิธีวิจัย คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) โดยยอมรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 ขึ้นไป และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในการศึกษาจริง และ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยเท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนจำนวน 400 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 24 คน เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหา ความต้องการ และบริบทการดำเนินงานในพื้นที่ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นประเด็นสำหรับพัฒนารูปแบบ

2. พัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษาสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรมเข้าสู่กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดองค์ประกอบ กิจกรรม สื่อ คู่มือ และแนวทางดำเนินงาน จากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้เบื้องต้นกับประชาชนจำนวน 20 คน ก่อนจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์

3. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างรวม 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ ประเมินความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยก่อนและหลังดำเนินการ แล้วเปรียบเทียบผลภายในและระหว่างกลุ่ม

ระยะที่ 2 ขยายผลรูปแบบ

ปรับปรุงรูปแบบจากผลการทดลอง เตรียมความพร้อมบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. และนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ 11 อำเภอ โดย อสม. จำนวน 8,950 คนรับผิดชอบตัวแทนครัวเรือนคนละ 1 คน รวม 8,950 คน มีบุคลากรระดับอำเภอจำนวน 22 คนทำหน้าที่ประสาน กำกับ และติดตามประเมินผลด้านความรอบรู้ พฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ความครบถ้วนของการดำเนินงาน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ การยอมรับ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการนำรูปแบบไปใช้

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ PPHOREC/2568 COA NO. 59 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการถดถอยพหุคูณ

1.2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังภายในกลุ่มด้วย paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยถอดความ จัดรหัส จัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน มีข้อมูลสมบูรณ์ทุกคนและกระจายตามสัดส่วนประชากรอายุ 20 ปีขึ้น

ไปใน 11 อำเภอ มีอายุเฉลี่ย 49.26 ปี (SD = 12.54) อายุระหว่าง 22–79 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 228 คน (ร้อยละ 57.00) มีสถานภาพสมรส 289 คน (ร้อยละ 72.25) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มากที่สุด 126 คน (ร้อยละ 31.50) และมีรายได้มัธยฐาน 14,400 บาทต่อเดือน (IQR = 9,700–18,925)กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการการแพทย์แผนไทย ยาไทย หรือสมุนไพร 301 คน (ร้อยละ 75.25) แหล่งข้อมูลหลักคือบุคลากรสุขภาพ 116 คน (ร้อยละ 29.00) รองลงมาคือ อสม. 89 คน (ร้อยละ 22.25) ในกลุ่มผู้ที่เคยใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพร พบผู้เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.64

ระดับความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยของประชาชน (n = 400) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการทำความเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการประเมินข้อมูลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เมื่อจำแนกตามระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 266 คน (ร้อยละ 66.50) รองลงมาคือระดับสูง 119 คน (ร้อยละ 29.75) และระดับต่ำ 15 คน (ร้อยละ 3.75)

พฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม โดยพบระดับเหมาะสม 209 คน (ร้อยละ 52.25) พอใช้ 136 คน (ร้อยละ 34.00) เหมาะสมมาก 29 คน (ร้อยละ 7.25) ต้องปรับปรุง 25 คน (ร้อยละ 6.25) และไม่เหมาะสม 1 คน (ร้อยละ 0.25)

ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.455, p<.001) ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับการศึกษามีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ได้ร้อยละ 28.70 สำหรับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย พบว่าความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและประสบการณ์ใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรเป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญ โดยความรอบรู้มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 23.20

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์มาพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน ได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โมดูลสื่อการเรียนรู้ เช่น คู่มือ วิดีโอสั้น และอินโฟกราฟิก 2) กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยฝึกค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจ และ 3) ระบบสนับสนุนจากชุมชน ผ่านการให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการส่งต่อโดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ อสม.

ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, SD = 0.13) โดยด้านความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรม ความชัดเจนของบทบาท อสม. และการติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 5.00) ส่วนการทดลองใช้เบื้องต้นกับประชาชน 20 คน พบว่าผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.41, SD = 0.24) โดยเนื้อหาเข้าใจง่ายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.65, SD = 0.49) รองลงมาคือความสามารถในการนำไปใช้ (Mean = 4.50, SD = 0.61)

ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบโดยลดการใช้ศัพท์วิชาการ เพิ่มภาพประกอบและสถานการณ์ตัวอย่าง ปรับระยะเวลากิจกรรม และเพิ่มคำเตือนเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ตลอดจน

ช่องทางการขอคำปรึกษาและส่งต่อ ก่อนนำรูปแบบไปทดสอบประสิทธิผลในระยะที่ 3

3. ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 60 คน ก่อนการทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.838 และ p=.588ตามลำดับ)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 130.33 คะแนน (SD = 22.76) เป็น 145.83 คะแนน (SD = 19.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 131.13 คะแนน (SD = 19.85) เป็น 131.43 คะแนน (SD = 20.62) และไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง (p=.864)

เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 14.99 คะแนน (95% CI: 10.46–19.52, p<.001, partial η^2=.268) และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้

คะแนนพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 3.46 คะแนน (SD = 0.54) เป็น 3.75 คะแนน (SD = 0.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังทดลองใกล้เคียงกัน เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 0.27 คะแนน (95% CI: 0.12–0.43, p<.001, partial η^2=.093) แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย

4. ผลการพัฒนาและขยายรูปแบบในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

การขยายผลดำเนินการครอบคลุม 11 อำเภอ โดยมี อสม. จำนวน 8,950 คน รับผิดชอบตัวแทนครัวเรือนจำนวน 8,950 คนในอัตราส่วน 1:1 และมีบุคลากรผู้รับผิดชอบระดับอำเภอจำนวน 22 คน

4.1 ผลการเตรียมความพร้อมผู้ดำเนินงาน

ภายหลังการเตรียมความพร้อม อสม. มีคะแนนความเข้าใจรูปแบบเพิ่มขึ้นจาก 2.95 คะแนน (SD = 0.38) เป็น 3.61 คะแนน (SD = 0.42) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.66 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=317.16, p<.001) ส่วนบุคลากรระดับอำเภอมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 3.05 คะแนน (SD = 0.33) เป็น 3.89 คะแนน (SD = 0.35) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.84 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=21.57, p<.001) แสดงว่าผู้ดำเนินงานมีความเข้าใจองค์ประกอบ บทบาท และขั้นตอนการใช้รูปแบบสูงขึ้นภายหลังการเตรียมความพร้อม

4.2 ผลลัพธ์ด้านความรอบรู้และพฤติกรรมของตัวแทนครัวเรือน

ภายหลังการขยายผล ตัวแทนครัวเรือนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 114.87 คะแนน (SD = 27.84) เป็น 148.58 คะแนน (SD = 22.57) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 33.71 คะแนน (95% CI: 33.25–34.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=143.78, p<.001) และมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 4 ด้าน

คะแนนพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 2.94 คะแนน (SD = 0.78) เป็น 3.49 คะแนน (SD = 0.69) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.55 คะแนน (95% CI: 0.54–0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=75.02, p<.001)

ก่อนดำเนินงาน ตัวแทนครัวเรือนมีความรอบรู้ระดับสูงร้อยละ 15.88 ภายหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.64 ขณะที่กลุ่มระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 28.23 เหลือร้อยละ 1.85 สำหรับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ผู้ที่มีพฤติกรรมระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.69 เป็นร้อยละ 55.75

4.3 ความครอบคลุมและความครบถ้วนของการดำเนินงาน

การขยายรูปแบบครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ โดยมีคู่ อสม.–ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 8,950 คู่ ผลการดำเนินงานพบว่า ตัวแทนครัวเรือนได้รับสื่อการเรียนรู้ร้อยละ 99.56 เข้าร่วมกิจกรรมครบตามเกณฑ์ร้อยละ 96.58 ได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 95.36 และ 92.10 ตามลำดับ ใช้ช่องทางออนไลน์ร้อยละ 67.91 และใช้บริการให้คำปรึกษาร้อยละ 41.26

เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่าการได้รับสื่อ การเข้าร่วมกิจกรรม และการเยี่ยมบ้านมีความครอบคลุมสูงในทุกพื้นที่ โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.84–99.84 ส่วนการใช้ช่องทางออนไลน์และบริการให้คำปรึกษามีความแตกต่างกันตามบริบทและความพร้อมของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ด้านความปลอดภัย พบผู้มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นจำนวน 1,303 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 และมีผู้จำเป็นต้องส่งต่อจำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 5.17 ในจำนวนนี้ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสำเร็จ 429 คน คิดเป็นร้อยละ 92.66 แสดงว่ารูปแบบสามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม พร้อมเชื่อมโยงการให้ความรู้ การติดตาม และการจัดการความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนร้อยละ 75.25 เคยใช้บริการการแพทย์แผนไทย ยาไทย หรือสมุนไพร สะท้อนว่าการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันของประชาชนจังหวัดพัทลุง โดยบุคลากรสุขภาพและอสม. เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ที่เคยใช้พบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 6.64 แสดงให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นต้องพัฒนาการสื่อสารเรื่องการเลือกผลิตภัณฑ์ การอ่านฉลากและคำเตือน การใช้ตามข้อบ่งใช้ และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันและการใช้ในผู้มีโรคประจำตัว

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการทำความเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการประเมินข้อมูลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า แม้ประชาชนจะสามารถรับและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เลขทะเบียนผลิตภัณฑ์ คำกล่าวอ้างในการโฆษณา หลักฐานสนับสนุน และความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดให้การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลจึงยังไม่เพียงพอ หากประชาชนไม่สามารถประเมินคุณภาพและความเสี่ยงของข้อมูลได้ การศึกษาของณัชชา พัฒนะนุกิจและคณะ[7] ยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดระบบสื่อสารสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรบนสื่อออนไลน์ให้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

พฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม แต่เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูล พบว่าประชาชนร้อยละ 40.50 ยังมีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้หรือต่ำกว่า แสดงว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอาจไม่สะท้อนช่องว่างของประชาชนบางกลุ่มอย่างครบถ้วน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบไม่ควรจำกัดอยู่ที่การให้ความรู้ แต่ควรเน้นการฝึกตรวจสอบผลิตภัณฑ์ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือโฆษณา การตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง และการขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพหรือ อสม.

ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย ($r=0.455$, $p<.001$) และเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมสูงที่สุด แสดงว่าผู้ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ได้ดี มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 23.20 จึงอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสะดวกใน

การเข้าถึงบริการ และบริบทของครอบครัวหรือชุมชน

ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ใช้การแพทย์แผนไทยหรือสมุนไพรสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ได้ โดยระดับการศึกษามีน้ำหนักสูงที่สุด อาจเนื่องจากการศึกษาช่วยสนับสนุนทักษะการอ่าน การค้นหา การเปรียบเทียบ และการประเมินข้อมูล ส่วนรายได้อาจเอื้อต่อการเข้าถึงเทคโนโลยี แหล่งข้อมูล และบริการสุขภาพ ขณะที่ประสบการณ์ใช้ช่วยเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับงานของเปมิกา บุญไทยและคณะ[31] ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 24.90 ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนให้พัฒนารูปแบบที่เน้นทักษะการประเมินข้อมูลและความปลอดภัย ควบคู่กับการใช้บุคลากรสุขภาพและ อสม. เป็นกลไกให้คำปรึกษา ติดตามและส่งต่อ โดยควรออกแบบสื่อให้เข้าใจง่ายและเหมาะกับประชาชนที่มีระดับการศึกษาและการเข้าถึงทรัพยากรแตกต่างกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบและการทดสอบประสิทธิผล

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โมดูลสื่อการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนจากชุมชน รูปแบบดังกล่าวพัฒนาจากข้อมูลสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เนื้อหาและกิจกรรมสอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ และการตัดสินใจเมื่อเกิดความเสี่ยง จุดเด่นของรูปแบบจึงเป็นการเชื่อมโยงการให้ข้อมูลกับการฝึกทักษะและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ อสม. มากกว่าการให้ความรู้แบบทางเดียว

ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการทดลองใช้เบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่ารูปแบบมีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้กับประชาชนได้ การปรับภาษาให้เข้าใจง่าย การเพิ่มภาพประกอบและสถานการณ์ตัวอย่าง ตลอดจนการเพิ่มคำเตือนเรื่องการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ช่วยลดความซับซ้อนของข้อมูลและทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงเนื้อหากับสถานการณ์จริงได้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ มากกว่าการจดจำข้อมูลเพียงอย่างเดียว[14,15]

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังควบคุมคะแนนก่อนทดลองเฉลี่ย 14.99 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (partial η^2 = .268) โดยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลไปใช้ ผลที่เด่นชัดในด้านการประเมินและการนำข้อมูลไปใช้อาจเกิดจากกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมฝึกตรวจสอบแหล่งข้อมูล อ่านฉลาก วิเคราะห์คำโฆษณา พิจารณาข้อห้าม และตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยเปลี่ยนความรู้เชิงเนื้อหาไปสู่ทักษะการตัดสินใจที่สามารถใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

ด้านพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัย กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 0.27 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (partial η^2 = .093) แสดงว่ารูปแบบสามารถส่งผลต่อการปฏิบัติได้ แม้ขนาดผลจะน้อยกว่าด้านความรอบรู้ ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมักเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อเดิม แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมของบริการ และโอกาสเผชิญสถานการณ์จริง จึงอาจต้องใช้เวลาและการติดตามต่อเนื่องมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทักษะทางปัญญา

ผลการศึกษาสนับสนุนว่าการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ และระบบให้คำปรึกษาในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มทั้งความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาประเมินผลในระยะสั้น จึงยังไม่สามารถยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ และควรพิจารณาผลการขยายรูปแบบในพื้นที่ 11 อำเภอร่วมด้วย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และการนำรูปแบบไปใช้ภายใต้ระบบบริการจริง

3. ผลการพัฒนาและขยายรูปแบบในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

ภายหลังการขยายรูปแบบครอบคลุม 11 อำเภอ ตัวแทนครัวเรือนมีคะแนนความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการใช้อย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงและค่อนข้างสูงตามลำดับ ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการผสมผสานสื่อที่เข้าใจง่าย กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการติดตามรายครัวเรือนโดย อสม. ทำให้ประชาชนได้ฝึกค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจมากกว่าการได้รับข้อมูลเพียงทางเดียว

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกฤติกา นันทประเสริฐ[32] ซึ่งพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาโดยความร่วมมือของ อสม. รพ.สต. และภาคีชุมชน ช่วยเพิ่มความรอบรู้และการตัดสินใจใช้ยาอย่างปลอดภัย และสอดคล้องกับบุญชัย ภาละกาลและคณะ[33] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำให้ อสม. กลุ่มทดลองมีความรอบรู้สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลดังกล่าวสนับสนุนบทบาทของ อสม. ในฐานะกลไกเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งด้านการสื่อสาร การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวัง และการส่งต่อ

ความครอบคลุมของการได้รับสื่อ การเข้าร่วมกิจกรรม และการเยี่ยมบ้านที่มากกว่าร้อยละ 90 สะท้อนความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ผ่านระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม การใช้ช่องทางออนไลน์และบริการให้คำปรึกษามีสัดส่วนต่ำกว่ากิจกรรมแบบเผชิญหน้า สอดคล้องกับณัชชา พัฒนะนุกิจและคณะ[7] ที่พบว่าเครือข่ายโรงพยาบาลและระบบปรึกษาออนไลน์ช่วยเสริมแรงจูงใจและความตระหนักด้านสุขภาพ แต่ประสิทธิผลของการสื่อสารยังขึ้นอยู่กับช่องทางและความพร้อมของผู้รับสาร จึงควรใช้สื่อออนไลน์เสริมการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารโดยตรง ไม่ควรใช้ทดแทนทั้งหมด

การพบผู้มีความเสี่ยงร้อยละ 14.56 และการส่งต่อสำเร็จร้อยละ 92.66 แสดงว่ารูปแบบไม่ได้มุ่งเพิ่มความรอบรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังเชื่อมโยงการเฝ้าระวังความปลอดภัยกับระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ระยะขยายผลเป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความผลร่วมกับขนาดอิทธิพลและความครบถ้วนของการดำเนินงาน โดยยังไม่อาจสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเกิดจากรูปแบบเพียงปัจจัยเดียว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

หน่วยบริการสุขภาพควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ผ่านเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ อสม. โดยเน้นกิจกรรมฝึกประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ การใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ควรคงระบบเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการส่งต่อไว้เป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ พร้อมปรับสื่อและช่องทางการสื่อสารให้เหมาะกับระดับการศึกษาและทักษะดิจิทัลของประชาชนแต่ละกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความคงอยู่ของความรอบรู้และพฤติกรรมในระยะยาว รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย เช่น อาการไม่พึงประสงค์ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และความสำเร็จของ

การส่งต่อ นอกจากนี้ ควรใช้แบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบในระยะขยายผล และประเมินต้นทุน ความคุ้มค่า ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา. 2556;130(ตอนที่ 10 ก):1-19.
2. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 2562;136(ตอนที่ 56 ก):121-164.
3. พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. 2542;116(ตอนที่ 120 ก):49-69.
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2568.
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รู้ให้จริง เลือกให้เป็น อย. ชวนคนไทยใช้สมุนไพรอย่างมั่นใจ สุขภาพดี ไร้โรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.fda.moph.go.th/news/1810
6. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025-2034. Geneva: World Health Organization; 2025.
7. ณัชชา พัฒนะนุกิจ, กนกรัตน์ ยศไกร, รัชนี จันทร์เกษ, วัชราภรณ์ นิลเพ็ชร์, พรเพ็ญ ชวลิตธาดา. การสื่อสารสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรบนสื่อออนไลน์ในประเทศไทย. วารสารจันทรเกษมสาร. 2565;28(2):301-315.
8. กิ่งแก้ว มาพงษ์, ปรียาภรณ์ ตารุพิน, ปิยธิดา สีทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรชนิดรับประทานของผู้สูงอายุในตำบลขามขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขศาสตร์. 2567;16(3):139-150.
9. Dehghan M, Mohebi Rad M, Ahmadi Lari L, Ghorbani-nejad B, Mohebi-Rad M. The relationship between use of complementary and alternative medicine and health literacy in chronically ill outpatient cases: a cross-sectional study in southeastern Iran. Front Public Health. 2023;11:988388. doi:10.3389/fpubh.2023.988388.
10. Mohammadi S, Asghari G, Emami-Naini A, Mansourian M, Badri S. Herbal supplement use and herb-drug interactions among patients with kidney disease. J Res Pharm Pract. 2020;9(2):61-67. doi:10.4103/jrpp.JRPP_20_30.
11. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. Oral Oncol. 2001;37(2):127-131.
12. Davis GE, Bryson CL, Yueh B, McDonell MB, Micek MA, Fihn SD. Treatment delay associated with alternative medicine use among veterans with head and neck cancer. Head Neck. 2006;28(10):926-931. doi:10.1002/hed.20420.
13. Mohd Mujar NM, Dahlui M, Emran NA, Abdul Hadi I, Wai YY, Arulanantham S, et al. Complementary and alternative medicine use and delays in presentation and diagnosis of breast cancer patients in public hospitals in Malaysia. PLoS One. 2017;12(4):e0176394. doi:10.1371/journal.pone.0176394.
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.

15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
doi:10.1186/1471-2458-12-80.
16. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 1. Overview. Geneva: World Health Organization; 2022.
17. Shreffler-Grant J, Nichols EG, Weinert C. Community-based skill building intervention to enhance health literacy among older rural adults. West J Nurs Res. 2021;43(7):668-676.
doi:10.1177/0193945920958014.
18. Weinert C, Nichols E, Shreffler-Grant J. A complementary and alternative medicine health literacy skill-building programme. Health Educ J. 2021;80(3):327-336. doi:10.1177/0017896920974060.
19. ปริญา ถมอุดทา, อดิศักดิ์ ถมอุดทา. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล. วารสารอาหารและยา. 2564;28(3):69-86.
20. พรพรรณ มนสัจจกุล, ศุภรดา ชุมพาลี, ถนอม มงคลผิวทอง. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนห้วยโรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;15(1):82-93.
21. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: a systematic review of implementation and impacts. PLoS One. 2020;15(4):e0231350. doi:10.1371/journal.pone.0231350.
22. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
23. กุสุมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาดอี, ปิยะนุช สุวรรณรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของประชาชน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2562;7(1):59-68.
24. สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, ยุวดี กองมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข.
2558;24(1):50-59.
25. กุสุมาลย์ น้อยผา. ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการบริบาลมารดาหลังคลอดด้วยผดุงครรภ์แผนไทยในชุมชนป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2562;5(1):35-50.
26. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. BMJ Open. 2019;9:e029954.
doi:10.1136/bmjopen-2019-029954.
27. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061.
28. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015;350:h1258. doi:10.1136/bmj.h1258.
29. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999;89(9):1322-1327. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322.
30. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment

Health. 2011;38(2):65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7.

31. เปมิกา บุญไทย, ปัทมา สุพรรณกุล, อนุสรา สีหนาท. ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2567;18(2):103-112. doi:10.14456/jbidi.2024.10.

32. กฤติกา นันทประเสริฐ. ผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต้นแบบชุมชนปากตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2568;5(1):121-135.

33. บุญชัย ภาละกาล, ไขนภา มิ่งชัย, อรนิตย์ จันทะเสน. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(2):e270927.