

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชน ในจังหวัดมหาสารคาม

พรราว ศุภจริยาวัตร*¹, ธุวารวี ชันสำโรง**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การใช้สมุนไพรของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถาม จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน 2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้วิธีที่ทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 – 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ และความพึงพอใจ มีค่าความตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงของความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล และความคาดหวังความสามารถของตนเอง) และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.835 0.840 0.887 0.935 0.856 0.882 และ 0.894 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์แบบพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=35.69$, $SD=10.99$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องสมุนไพรผ่านกลยุทธ์สื่อสารหลายช่องทาง โดยเน้นใช้สื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือควบคู่กับกิจกรรมเชิงปฏิบัติที่นำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) ใช้สมุนไพรด้วยปัญญา (2) เพิ่มความรู้เรื่องสมุนไพร (3) กิจกรรมเสริมทักษะการใช้โปรแกรมฐานข้อมูลสมุนไพรศักยภาพสูง รู้ชัด รู้ไว ง่ายๆ แคคลิก (4) กิจกรรมสรุปการใช้รูปแบบ และการถอดบทเรียนจากการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($M = 4.29$, $SD = 0.36$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงแก่ประชาชน เพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางและเป็นวิถีสืบไป

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, สมุนไพร, การแพทย์ทางเลือก

* นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

¹ Corresponding author, email: praw.s@dmisc.mail.go.th, Tel 081-056-2591

The Development of Health Promotion using Great Potential Medicinal Herbs Model among People in Mahasarakham Province

Praw Suppajariyawat*¹, Thawari Khansamrong**

Abstract

This research and development study aimed to develop a health promotion model using great potential medicinal herbs for the people in Mahasarakham Province. The study was conducted in three phases: (1) studying the current situation of herbal use among 400 people in Mahasarakham Province using a survey design with a questionnaire selected through multi-stage random sampling; (2) developing and implementing the model with an experimental group (n=30) and a control group (n=30); and (3) evaluating the model's effectiveness using a quasi-experimental before the intervention, 6 weeks after implementation, and a follow-up assessment at week 8. Data were collected between November 25, 2024, and May 20, 2025. The research instrument was a six-part questionnaire assessing knowledge, attitude, protection motivation, behavior and satisfaction which yielded a content validity index range 0.67-1.00 and the reliability coefficients were 0.835 for knowledge, 0.840 for attitude, 0.887 for perceived severity, 0.935 for perceived susceptibility, 0.856 for response efficacy, and 0.882 for self-efficacy (components of protection motivation); and 0.894 for behavior. Data were analyzed using Repeated Measures ANOVA and MANOVA. The findings showed that: (1) the overall level of health-promoting behavior using great potential medicinal herbs among the people was moderate ($M=35.69$, $SD=10.99$). The qualitative analysis revealed that knowledge and understanding of herbs should be promoted through a multi-channel communication strategy, emphasizing credible online media combined with practical, hands-on activities that can be applied in daily life. (2) the developed model consisted of four activities: (1) Wise Use of Herbs Activity, (2) Herbal Knowledge Enrichment (3) Herbal Knowledge Activity and Skill-Building with a high-potential herb database program "Clear-Know-Click," (4) Model Reflection and Lesson-Learned Activity, and The model's effectiveness revealed that after the intervention, the experimental group had significantly higher scores in knowledge,

* Ph.D. Student in Public Health, Graduate School, Western University

** Assistant Professor, Graduate School, Western University

¹ Corresponding author, email: praw.s@dmsc.mail.go.th, Tel 081-056-2591

attitudes, motivation for disease prevention, and health-promoting behaviors than before the intervention and compared to the control group at a significance level of 0.05. The overall satisfaction with all aspects of the model was rated at a high level ($M = 4.29$, $SD = 0.36$). Therefore, relevant agencies should apply this model to promote the use of great potential medicinal herbs in order to encourage widespread and sustainable health-promoting behaviors among the public.

Keywords: Health promotion, Medicinal herbs, Alternative medicine

ส่งเสริมสุขภาพสูงถึงร้อยละ 89.29 (พราว ศุภจริยาวัตร, 2567) ความสำคัญและเป้าหมายของการวิจัยจากปัญหา "ช่องว่างระหว่างศักยภาพการผลิตที่สูงกับอัตราการนำไปใช้ของประชาชนที่ต่ำ" ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสุขภาพ ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ แม้จะมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรอยู่บ้าง แต่ยังขาดการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยนำสมุนไพรมาใช้ ที่บูรณาการสื่อดิจิทัลเข้ากับกิจกรรมภาคปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อแก้ปัญหการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสร้างทักษะการนำไปใช้จริง ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจนักร้องชี้ให้เห็นว่าเป็นความต้องการที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามนำสมุนไพรศักยภาพสูงมาใช้ในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการเมืองสมุนไพรและนโยบายของประเทศอย่างแท้จริง โดยมีการบูรณาการใช้เทคโนโลยี

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูง เพื่อแก้ปัญหที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่จริง โดยมุ่งหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับความรู้ความเข้าใจและสร้างพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Drug Use of herbal) นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “สุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ” และนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดคือ “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง และประเทศไทยเข้มแข็ง” ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้สมุนไพรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรของประชาชน
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังนี้

- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge, K) โดย Anderson and Krathwohl (2001) กล่าวว่า ความรู้แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ความรู้ข้อเท็จจริง ความรู้เชิงแนวคิด ความรู้เชิงกระบวนการ และความรู้เชิงอภิปัญญา เพื่อสะท้อนมิติที่หลากหลายของการเรียนรู้
- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude, A) โดย Munn et al. (1972) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นสภาวะทางจิตที่เกิดจากประสบการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า บุคคล หรือสถานการณ์ต่างๆ ในเชิงบวกหรือเชิงลบ
- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) โดย Rogers (1975) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันเกิดจากการรับรู้ภัยคุกคาม (Threat appraisal) และการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ซึ่งร่วมกันกำหนดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงทางสุขภาพ

• แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Practice, P) โดย Pender et al. (2015) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และอิทธิพลทางสังคม ที่ร่วมกัน กำหนดแรงจูงใจและการตัดสินใจของบุคคลในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีความรู้และทัศนคติสร้างความรู้ (K) เกี่ยวกับสมุนไพรรักษาภัยสูง (ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน กระชายดำ) ที่ถูกต้องและรอบด้านและเพิ่มทัศนคติ (A) ที่ดีแก่กลุ่มเป้าหมาย บูรณาการร่วมกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตั้งใจใช้สมุนไพรรักษาภัยสูง (ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน กระชายดำ) ออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (P) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design : R&D)

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การใช้สมุนไพรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากรเป็นประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 944,605 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Daniel (2010) $Z_{\alpha/2} =$ ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 ค่า $P = 0.33$ (อ้างอิงจากค่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในครัวเรือน ของ ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, 2562) พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในครัวเรือน ร้อยละ 33.40 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $d = 0.05$ ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 340 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน มีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified sampling) โดยสุ่มอำเภอ แบ่งเป็นโซนเหนือและโซนใต้ โซนละ 2 อำเภอ รวมจำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบรบือ อำเภอกุฉินารายณ์ อำเภอวาปีปทุม และอำเภอเมือง จากนั้นสุ่มตำบลใน 4 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล รวมจำนวน 8 ตำบล ได้แก่ ตำบลบรบือ ตำบลบ่อใหญ่ ตำบลนาโพธิ์ ตำบลเลิงแฝก ตำบลนาคูน ตำบลหนองคู ตำบลดงใหญ่ ตำบลโพธิ์ชัย สุ่มหมู่บ้านจาก 8 ตำบล โดยแบ่งเป็นตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวมเป็น 16 หมู่บ้าน จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลประชาชนครัวเรือนละ 3-4 คน โดยความสมัครใจ

การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์ อาสาสมัครวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนด้านสมุนไพร ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเกษตรและพันธุ์พืช/สมุนไพร หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรจำนวน 5 คน การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการจัดระบบหมวดหมู่ของข้อมูลให้เป็นระบบนำมาลงรหัส ตัดข้อมูลที่ไม่ต้องการออกและหาบทสรุปของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลที่เป็นประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาที่ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีจำนวน 2 ชุด โดย ชุดที่ 1 : แบบสอบถามสำหรับประชาชนทั่วไปในจังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็น 5 ส่วน โดยประยุกต์สร้างแบบสอบถามขึ้นเองตามทฤษฎี ดังนี้

ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดทฤษฎีความรู้ของ Anderson and Krathwohl (2001) จัดระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1975) จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3) ทศนคติต่อการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของ Munn et al. (1972) จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4) แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Rogers (1975) จำนวน 20 ข้อ และ

ส่วนที่ 5) พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2015) จำนวน 15 ข้อ แปลผลคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลแบบอิงเกณฑ์ของ Best and Kahn (1998)

ชุดที่ 2 : แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้เชี่ยวชาญหรือทำงานด้านสมุนไพรหรือเมืองสมุนไพร แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 2) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคของการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านการปฏิบัติ ด้านเทคโนโลยี และด้านกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแนวทางแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร จำนวน 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ และความพึงพอใจ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน จึงนำไปหาความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีการหาค่าความเที่ยง โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของความรู้ ใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) (Kuder & Richardson, 1937) มีค่าดัชนี ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.835 ทัศนคติต่อการ ใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.840 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง เท่ากับ 0.880 ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง เท่ากับ 0.887 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง เท่ากับ 0.935 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เท่ากับ 0.856 ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค เท่ากับ 0.882 และ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.894

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดมหาสารคาม มีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากรายชื่ออำเภอในจังหวัดมหาสารคาม 2 อำเภอ แบบไม่ใส่สลากคืน ได้อำเภอบรบือและอำเภอนาดูน จับสลากรายชื่อตำบลในอำเภอบรบือ (15 ตำบล) และอำเภอนาดูน (9 ตำบล) อำเภอละ 1 ตำบล ได้ตำบลบรบือ

(กลุ่มทดลอง) และตำบลหนองคู (กลุ่มควบคุม) จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มทดลอง เป็นประชาชนที่อาศัยในตำบลบรี้อ อำเภอบรี้อ จังหวัดมหาสารคาม ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นประชาชนที่อาศัยในตำบลหนองคู อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burns & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) แบบทดสอบ One - tailed test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ดังนั้น จึงได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการใช้สมุนไพร ศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม และแบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 1

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ (Model) จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม จากระยะที่ 1 ทั้งเชิงปริมาณ จากแบบสอบถาม 5 ส่วน เชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ได้มีการสรุปร่วมกันวางแผนกิจกรรม โดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์กลุ่ม ได้ชุดกิจกรรมนำมาใช้ต่อไป นำรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จากนั้นร่วมกันปรับปรุงกับผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอาจารย์ที่ปรึกษา การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก (Small experimental group) เป็นประชาชนจำนวน 5 คน ในหมู่ที่ 2 ตำบลหัวตะพาน อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อประเมินกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ และปัญหาอุปสรรคด้านวิทยากร สื่อวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ เพื่อนำไปปรับปรุงกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อทดลองใช้จริง

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศักยภาพสูง

ลำดับที่	ชื่อกิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์หลัก	กิจกรรมย่อย	สื่อ/วัสดุ
1-2	กิจกรรมที่ 1 “ใช้สมุนไพรด้วยปัญญา”	1. สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2. ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสมุนไพร 3 ชนิด	-กิจกรรมละลายพฤติกรรม: ชี้แจงเป้าหมาย -วัดความรู้: ทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) -บรรยาย: ผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้เรื่องฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน กระจายคำ -สาธิต: ชมการเตรียมสมุนไพรและชิมเครื่องดื่มสุขภาพ	-แบบทดสอบ -เอกสารบรรยาย - แผ่นพับ/สมุดบันทึก -สมุนไพรและอุปกรณ์สาธิต
3	กิจกรรมที่ 2 “เติมความรู้เรื่องสมุนไพรอะไรเอ่ย”	1. สร้างความเข้าใจเชิงลึก 2. ส่งเสริมการลงมือปฏิบัติจริงและการดูแลตนเอง	-สถานีการเรียนรู้: แบ่งกลุ่มเข้าฐานกิจกรรม สัมผัสสมุนไพรจริงผ่านกล้องจุลทรรศน์ -ฝึกปฏิบัติ: ลงมือปลูกสมุนไพรในกระถางและนำกลับบ้าน -สร้างช่องทางสื่อสาร: เชิญเข้าร่วมกลุ่ม LINE official account	-อุปกรณ์สถานีเรียนรู้ (กล่อง แวนชยาย) -ชุดปลูกสมุนไพร (กระถาง ดิน ต้นกล้า)
3	“เติมความรู้เรื่องสมุนไพรอะไรเอ่ย”	1. สร้างความเข้าใจเชิงลึก 2. ส่งเสริมการลงมือปฏิบัติจริงและการดูแลตนเอง	-สถานีการเรียนรู้: แบ่งกลุ่มเข้าฐานกิจกรรม สัมผัสสมุนไพรจริงผ่านกล้องจุลทรรศน์ -ฝึกปฏิบัติ: ลงมือปลูกสมุนไพรในกระถางและนำกลับบ้าน -สร้างช่องทางสื่อสาร: เชิญเข้าร่วมกลุ่ม LINE official account	-อุปกรณ์สถานีเรียนรู้ (กล่อง แวนชยาย) -ชุดปลูกสมุนไพร (กระถาง ดิน ต้นกล้า)
4	กิจกรรมที่ 3 “รู้ชัด รู้ไว ง่ายๆ แคคลิก”	1. สร้างทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 2. ส่งเสริมการสืบค้นข้อมูลที่เชื่อถือได้ด้วยตนเอง	-แนะนำและฝึกปฏิบัติ: สอนวิธีใช้งานเว็บไซต์ฐานข้อมูลสมุนไพร -แลกเปลี่ยนเรียนรู้: นำเสนอผลการใช้งานและอภิปรายข้อดี/ข้อเสนอแนะ	-คอมพิวเตอร์/สมาร์ตโฟน -คู่มือการใช้งานเว็บไซต์
6	กิจกรรมที่ 4 “กิจกรรมสรุปและถอดบทเรียน”	1. ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2. วัดผลการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วม	-นำเสนอ: แผนการนำสมุนไพรไปใช้ที่บ้าน -อภิปรายกลุ่ม: สรุปบทเรียนและสะท้อนผลการนำไปใช้ -วัดความรู้: ทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test)	-แบบทดสอบ -Flip chart สำหรับอภิปรายกลุ่ม
8	ติดตามผลหลังใช้รูปแบบ	1. ประเมินความยั่งยืนของความรู้และพฤติกรรม	-วัดความรู้: ทำแบบทดสอบหลังเรียน (Follow-up Post-test)	-แบบทดสอบ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมะเร็งของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นประชาชนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในระยะที่ 2 (กลุ่มทดลอง) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 2 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นประชาชนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในระยะที่ 2 (กลุ่มทดลอง) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรมะเร็งจำนวน 5 คน การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการจัดระบบหมวดหมู่ของข้อมูลให้เป็นระบบนำมาลงรหัส ตัดข้อมูลที่ไม่ต้องการออก และหาบทสรุปของข้อมูล โดยประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสัปดาห์ที่ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามสำหรับประชาชนในจังหวัดมหาสารคามที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 1 และระยะที่ 2

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมะเร็งในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม
2. แบบวัดความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมะเร็งในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 ($n=30$) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated Measures ANOVA)

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของผลต่างระหว่างคู่ของตัวแปรตามด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p > .05$) ผลการทดสอบความแปรปรวน (Sphericity) ของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่เป็น Compound symmetry จึงอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีการปรับค่า Degree of freedom ของ Greenhouse-Geisser และ ความสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรตามของแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรตามทุกตัว มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.124 - 0.684 และ 0.087-0.292 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.414 -0.524

3. ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมะเร็งในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 โดยวิธี Bonferroni

4. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระหว่างก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 โดยการวิเคราะห์ Simple Main Effect ด้วยการทดสอบ Pairwise Comparisons

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัย เวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2567-0113 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย



1. สถานการณ์การใช้สมุนไพรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.70 อายุ 30-39 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 55.75 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42.50 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35.25 มีรายได้ 15,001-30,000 บาท ร้อยละ 36.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 มีการใช้สมุนไพรผ่านทางจระเข้มากที่สุด ร้อยละ 16.35 มีการใช้สมุนไพรด้วยตัวเองและคนในครอบครัวใช้ ร้อยละ 73.75 เหตุผลที่ไม่เลือกใช้สมุนไพรเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 53.50 สื่อออนไลน์ที่มีการใช้งานบ่อยคือ Instagram ร้อยละ 21.55 ส่วนใหญ่มีการใช้ระบบฐานข้อมูลสมุนไพรออนไลน์บนเว็บไซต์บางครั้ง ร้อยละ 80.50 ใช้มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 73.50 ส่วนใหญ่สนใจข้อมูลที่มีการดูแลรักษาสุขภาพ ร้อยละ 37.00 และค้นหาสมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพ ร้อยละ 60.75 ความต้องการข้อมูลสมุนไพรบนเว็บไซต์ ส่วนใหญ่ต้องการให้มีเนื้อหาที่ครบถ้วนทุกด้าน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางพฤกษศาสตร์ พร้อมภาพประกอบ ข้อมูลด้านเภสัชวิทยาและเครื่องยาต่างๆ ข้อมูลองค์ประกอบทางเคมี สารสำคัญ ข้อมูลด้านสรรพคุณ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ข้อมูลด้านพิษวิทยาและความปลอดภัย ข้อมูลการนำสมุนไพรไปใช้ประโยชน์ หรือต่อยอดพัฒนา ข้อมูลการปลูกและการขยายพันธุ์ ข้อมูลข้อควรระวัง ข้อห้าม ข้อแนะนำในการใช้ และมีเอกสารอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ คิดเป็นร้อยละ 93.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ จำนวนกลุ่มละ 30 คน

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		p-value
	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มทดลอง n (%)	
● เพศ			0.797
ชาย	14 (46.67)	16 (53.33)	
หญิง	16 (53.33)	14 (46.67)	
● อายุ			0.500
< 40 ปี	18 (51.43)	17 (48.57)	
≥ 40 ปี	12 (48.00)	13 (52.00)	
● สถานภาพสมรส			0.195
มีคู่สมรส	13 (40.63)	19 (59.37)	
ไม่มีคู่สมรส	17 (60.71)	11 (39.29)	
● ระดับการศึกษา			0.500
มัธยมศึกษา	21 (51.22)	20 (48.78)	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	9 (47.37)	10 (52.63)	
● อาชีพ			0.785
อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11 (55.00)	9 (45.00)	
ไม่ใช่อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19 (47.50)	21 (52.50)	
● รายได้ต่อเดือน (บาทต่อเดือน)			0.601
≤ 15,000	11 (44.00)	14 (56.00)	
> 15,000	19 (54.29)	16 (45.71)	

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคาม

กิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อสร้าง "รูปแบบ" การส่งเสริมสุขภาพด้วยสมุนไพรมหาสารคามที่มีคุณค่าและประโยชน์ในทุกมิติ โดยเริ่มต้น จากการสร้างความรู้และทักษะพื้นฐาน ด้วยการบรรยายและฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจและกล้าที่จะลงมือทำ จากนั้นจึงเสริมศักยภาพด้วยเครื่องมือดิจิทัล เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลได้อย่างง่ายและแม่นยำ ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้จริงในระยะยาว เกิดการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างบูรณาการในหลายมิติ (Integrated multi-dimensional positive change) ตั้งแต่การเสริมสร้างศักยภาพในระดับบุคคล การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในระดับชุมชน ไปจนถึงการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อขับเคลื่อนระดับนโยบาย ดังภาพที่ 2

มิติการพัฒนา	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)
ระดับตัวบุคคล	ผู้เข้าร่วมที่ผ่านการอบรม ได้คู่มือ แผ่นพับ ต้นสมุนไพร แผนการใช้สมุนไพรส่วนบุคคล	<p>ความรู้ เกี่ยวกับสมุนไพรเพิ่มขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ทัศนคติเชิงบวกและความกลัวลดลง พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศึกษาสูงในการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ความเชื่อมั่น ในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-efficacy) สูงขึ้น
ระหว่างบุคคล	เครือข่ายกลุ่มผ่าน LINE การนำเสนอผลงานกลุ่ม และเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์	<ul style="list-style-type: none"> เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนด้านสุขภาพ ลดความรู้สึกละโดดเดี่ยวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้สมุนไพรศึกษาสูงในการส่งเสริมสุขภาพ
ระดับหน่วยงาน	รูปแบบกิจกรรมที่ผ่านการทดลองและพิสูจน์ประสิทธิผล ข้อมูล Pre/Post-test และผลการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> รพ.สต./อสม. มีศักยภาพในการให้คำแนะนำเรื่องสมุนไพรเพิ่มขึ้น สถาบันวิจัย มีองค์ความรู้และรูปแบบที่พร้อมถ่ายทอด
ระดับชุมชน	ครัวเรือน/บุคคลต้นแบบในการใช้สมุนไพร องค์ความรู้ที่พร้อมเผยแพร่ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ชุมชนมีความตระหนักรู้และยอมรับการใช้สมุนไพรมากขึ้น เกิดการฟื้นฟูและสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ชุมชนมีความเข้มแข็งด้านสุขภาพมากขึ้น
ระดับนโยบาย	รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์พร้อมข้อเสนอแนะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ที่สนับสนุนประสิทธิผลของรูปแบบ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้กำหนดนโยบายได้รับข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ เกิดต้นแบบที่เป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติฯ
		
เป้าหมาย (Goal)	ได้รูปแบบเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้ทรัพยากรท้องถิ่น (สมุนไพร) ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย (Self-care) และมีสุขภาพที่ดีมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี	
		
โอกาสในการต่อยอด (Opportunity)	ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือน เกิดความรู้สึกรับผิดชอบและสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และสามารถต่อยอดสู่การจัดตั้ง "ชมรมสมุนไพร" หรือ "ศูนย์เรียนรู้ชุมชน พัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สร้างโอกาสทางเศรษฐกิจจากผลิตภัณฑ์สมุนไพรในชุมชน อีกทั้งสามารถใช้เป็น "ต้นแบบ" (Blueprint) ในการขยายผลโครงการเมืองสมุนไพรไปยังจังหวัดอื่น	

ภาพที่ 2 ผลลัพธ์และผลกระทบของกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศึกษาสูงของประชาชน
ในจังหวัดมหาสารคาม

3. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 (n=30)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ	6 สัปดาห์ หลังใช้รูปแบบ	ติดตามผล สัปดาห์ที่ 8
	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>	<i>M±SD</i>
■ ความรู้	9.67 ± 1.45	12.40 ± 1.19	12.80 ± 1.10
■ ทักษะคิด	30.93 ± 3.07	38.93 ± 2.90	41.60 ± 2.62
■ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค			
• การรับรู้ความรุนแรง	16.27 ± 2.03	18.47 ± 1.78	19.47 ± 1.74
• การรับรู้โอกาสเสี่ยง	15.53 ± 2.19	18.50 ± 2.32	19.37 ± 2.19
• ความคาดหวังในประสิทธิผล	15.70 ± 2.34	17.70 ± 1.68	19.10 ± 1.90
• ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	16.30 ± 1.95	17.57 ± 1.76	19.57 ± 1.85
■ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ	28.60 ± 3.11	43.00 ± 3.88	46.07 ± 3.06

ความรู้ = ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ/**ทักษะคิด** = ทักษะคิดต่อการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงส่งเสริมสุขภาพ
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค = แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคศัลยกรรมภาพสูง (ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (อันตราย) ของการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการใช้สมุนไพรส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ)

พฤติกรรม = พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบอยู่ที่ 9.67 ($SD = 1.45$) เพิ่มขึ้นเป็น 12.40 ($SD = 1.19$) ในสัปดาห์ที่ 6 และเพิ่มเป็น 12.80 ($SD = 1.10$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 คะแนนทักษะคิดเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบเท่ากับ 30.93 ($SD = 3.07$) เพิ่มขึ้นเป็น 38.93 ($SD = 2.90$) ในสัปดาห์ที่ 6 และเป็น 41.60 ($SD = 2.62$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 คะแนนการรับรู้ความรุนแรงเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบที่ 16.27 ($SD = 2.03$) เพิ่มขึ้นเป็น 18.47 ($SD = 1.78$) ในสัปดาห์ที่ 6 และเป็น 19.47 ($SD = 1.74$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบคือ 15.53 ($SD = 2.19$) เพิ่มเป็น 18.50 ($SD = 2.32$) ในสัปดาห์ที่ 6 และเป็น 19.37 ($SD = 2.19$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 คะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบคือ 15.70 ($SD = 2.34$) เพิ่มขึ้นเป็น 17.70 ($SD = 1.68$) ในสัปดาห์ที่ 6 และ 19.10 ($SD = 1.90$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 คะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบที่ 16.30 ($SD = 1.95$) เพิ่มเป็น 17.57 ($SD = 1.76$) ในสัปดาห์ที่ 6 และเพิ่มเป็น 19.57 ($SD = 1.85$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 คะแนน พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบอยู่ที่ 28.60 ($SD = 3.11$) เพิ่มขึ้นเป็น 43.00 ($SD = 3.88$) ในสัปดาห์ที่ 6 และเป็น 46.07 ($SD = 3.06$) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8

4. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนใช้รูปแบบและหลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 (n=30) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One Way Repeated Measures ANOVA)

ตัวแปรตาม	SS	df	MS	F	p-value
■ ความรู้	174.489	2	87.244	85.029	<0.001**
	59.511	58	1.026		
■ ทักษะคิด	1848.889	2	924.444	99.211	<0.001**
	540.444	58	9.318		
■ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค					
การรับรู้ความรุนแรง	160.800	2	80.400	35.543	<0.001**
	131.200	58	2.262		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	242.467	2	121.233	29.854	<0.001**
	235.533	58	4.061		
ความคาดหวังในประสิทธิผล	175.200	2	87.600	33.397	<0.001**
	152.133	58	2.623		
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	162.756	2	81.378	39.804	<0.001**
	118.578	58	2.044		
■ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ	5218.489	2	2609.244	463.022	<0.001**
	326.844	58	5.635		

* นัยสำคัญที่ระดับ.05, SS=Sum of Square, MS=Mean Square

ความรู้ = ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ/**ทักษะคิด** = ทักษะคิดต่อการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงส่งเสริมสุขภาพ
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค = แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคศัลยกรรมสูง (ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (อันตราย) ของการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการใช้สมุนไพรส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ)

พฤติกรรม = พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของกลุ่มทดลอง (n=30) ในช่วงก่อนใช้ และหลังใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทุกด้าน โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ($F = 463.022$) ตามด้วยทักษะคิด ($F = 99.211$) และความรู้ ($F = 85.029$) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลา จึงต้องทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni เพื่อระบุช่วงเวลาที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 โดยวิธี Bonferroni (n=30)

รายละเอียด	ช่วงเวลา	Mean Difference (I-J)	p-value	
■ ความรู้	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	2.733	<0.001**	
	ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	3.133	<0.001**	
	6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	.400	0.009*	
■ ทักษะคิด	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	8.000	<0.001**	
	ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	10.667	<0.001**	
	6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	2.667	.003*	
■ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	การรับรู้ความรุนแรง	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	2.200	<0.001**
		ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	3.200	<0.001**
		6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	1.000	0.002*
	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	2.967	<0.001**
		ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	3.833	<0.001**
		6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	.867	<0.001**
	ความคาดหวังในประสิทธิผล	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	2.000	<0.001**
		ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	3.400	<0.001**
		6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	1.400	<0.001**
	ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	1.267	<0.001**
		ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	3.267	<0.001**
		6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	2.000	<0.001**
■ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนใช้ - 6 สัปดาห์	14.400	<0.001**	
	ก่อนใช้ - สัปดาห์ที่ 8	17.467	<0.001**	
	6 สัปดาห์ - สัปดาห์ที่ 8	3.067	<0.001**	

* นัยสำคัญที่ระดับ .05

ความรู้ = ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง / **ทักษะคิด** = ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค = แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคศัลยกรรมสูง (ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (อันตราย) ของการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการใช้สมุนไพรส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ) / **พฤติกรรม** = พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Pairwise comparisons) ของกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนใช้กับติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 (Mean Difference = -17.467, $p < 0.001$) และทักษะคิดก็ดีขึ้นอย่างชัดเจนในทิศทางเดียวกัน (Mean Difference = -10.667, $p < 0.001$) รวมทั้งในช่วงสัปดาห์ที่ 6 ถึงติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 ค่าเฉลี่ยทุกด้านก็ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงทำการทดสอบ Simple Main Effect เพื่อวิเคราะห์ว่าความแตกต่างเกิดขึ้นในกลุ่มใดและช่วงเวลาใด

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะจิต แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระหว่างก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 โดยการวิเคราะห์ Simple Main Effect ด้วยการทดสอบ Pairwise Comparisons

ตัวแปร	คู่ช่วงเวลา (Time)	Mean Difference (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม)	Std. Error	p-value	ช่วงความเชื่อมั่น 95% (Lower-Upper)	
■ ความรู้	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	1.450	0.157	<0.001**	-1.838 – -1.062	
	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	1.700	0.167	<0.001**	-2.112 – -1.288	
	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	0.250	0.068	0.001*	-0.417 – -0.083	
■ ทักษะจิต	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	8.033	0.781	<0.001**	-9.598 – -6.468	
	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	10.633	0.789	<0.001**	-12.214 – -9.052	
	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	2.600	0.489	<0.001**	-3.587 – -1.613	
■ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	การรับรู้ความรุนแรง	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	2.200	0.397	<0.001**	-2.995 – -1.405
	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	3.200	0.400	<0.001**	-4.002 – -2.398	
	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	1.000	0.300	0.001*	-1.603 – -0.397	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	2.967	0.377	<0.001**	-3.723 – -2.211	
	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	3.833	0.376	<0.001**	-4.586 – -3.080	
	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	0.867	0.178	<0.001**	-1.318 – -0.415	
ความคาดหวังในประสิทธิผล	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	2.000	0.352	<0.001**	-2.706 – -1.294	
	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	3.400	0.368	<0.001**	-4.142 – -2.658	
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	1.400	0.238	<0.001**	-1.878 – -0.922	
	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	1.267	0.344	<0.001**	-1.956 – -0.578	
พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	3.267	0.341	<0.001**	-3.950 – -2.584	
	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	2.000	0.230	<0.001**	-2.462 – -1.538	
■ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง – หลัง 6 สัปดาห์	14.400	0.890	<0.001**	-16.181 – -12.619	
	ก่อนทดลอง – หลัง 8 สัปดาห์	17.467	0.930	<0.001**	-19.329 – -15.604	
	หลัง 6 สัปดาห์ – หลัง 8 สัปดาห์	3.067	0.382	<0.001**	-3.834 – -2.300	

* นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ความรู้ = ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง / **ทักษะจิต** = ทักษะจิตต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค = แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคศัลยกรรมสูง (ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (อันตราย) ของการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการใช้สมุนไพรส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในสมุนไพรดูแลสุขภาพ) / **พฤติกรรม** = พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูง

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ Simple Main Effect เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง (n=30) พบว่า ความรู้ ทักษะจิต แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาเปรียบเทียบกัน (p < 0.001) โดยพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากที่สุด โดยเฉพาะเมื่อเทียบระหว่างช่วงก่อนใช้กับติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 (Mean Difference = -17.467)

เช่นเดียวกับทัศนคติที่ปรับตัวดีขึ้นอย่างชัดเจน (Mean Difference = -10.633) ที่สำคัญคือ ผลการวิเคราะห์ยังชี้ว่าแม่ในช่วงสัปดาห์ที่ 6 ถึงติดตามผลหลังใช้รูปแบบในสัปดาห์ที่ 8 ทุกตัวแปรก็ยังคงพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง จำแนกตามความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม (n=30)

รายละเอียด	M	SD	ผลประเมิน
ด้านวิทยาการ			
1. วิทยาการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	4.17	0.70	มาก
2. วิทยากรสามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนและตรงประเด็น	4.27	0.74	มาก
3. วิทยากรเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.53	0.51	มาก
4. วิทยากรตอบคำถามของวิทยากร เข้าใจง่าย ครบถ้วน	4.20	0.61	มาก
ด้านเนื้อหาสาระ			
5. มีความรู้ เข้าใจเรื่องนี้หลังการอบรมเพิ่มขึ้น	4.50	0.51	มาก
6. สามารถอธิบายรายละเอียดเรื่องที่รับฟัง/ฝึกได้	4.27	0.52	มาก
7. สามารถบอกประโยชน์และข้อดีเรื่องที่รับฟัง/ฝึกได้	4.30	0.47	มาก
8. เอกสารประกอบตรงกับเรื่องที่รับฟัง/ฝึก	4.53	0.51	มาก
ด้านการนำความรู้/ประสบการณ์การฝึกไปใช้			
9. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามสูงได้	4.43	0.50	มาก
10. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดแก่ประชาชนคนอื่นในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามสูงได้	4.53	0.51	มาก
11. สามารถให้คำปรึกษาแก่ประชาชนคนอื่นในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามสูงได้	4.43	0.57	มาก
12. สามารถนำโปรแกรมระบบฐานข้อมูล สมุนไพรมหาสารคามสูง (App./Web page) ที่ฝึกใช้ในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามสูงได้	4.50	0.58	มาก
ด้านรูปแบบ			
13. รูปแบบเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการ	4.47	0.51	มาก
14. สถานที่จัดกิจกรรม เหมาะสม	4.20	0.55	มาก
15. ระยะเวลาในการจัดแต่ละกิจกรรม เหมาะสม	4.43	0.50	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.29	0.36	มาก

จากตารางที่ 7 ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.29$ $SD = 0.36$) เมื่อพิจารณารายข้อ โดยความพึงพอใจมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ วิทยากรเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ($M = 4.53$ $SD = 0.51$) เอกสารประกอบตรงกับเรื่องที่รับฟัง/ฝึก ($M = 4.53$ $SD = 0.51$) สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดแก่ประชาชนคนอื่นในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามสูงได้ ($M = 4.53$ $SD = 0.51$)

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพรมหาสารคามของประชาชนในจังหวัดมหาสารคามจากมุมมองของกลุ่มทดลอง พบว่ารูปแบบกิจกรรมนี้มีประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะไม่เพียงแต่ให้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับสมุนไพรมหาสารคามอย่างถูกต้องและปลอดภัย แต่ยังเน้นการพัฒนาทักษะที่

นำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ทั้งการเตรียมและการปลูก ซึ่งส่งผลโดยตรงให้เกิดความมั่นใจในการนำสมุนไพรมาใช้ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ การมีช่องทางดิจิทัล (LINE OA และเว็บไซต์) สำหรับปรึกษาและสืบค้นข้อมูล ทำให้รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรผลการศึกษาในระยะแรกพบว่า ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามมีความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีทัศนคติเชิงบวกและเชื่อมั่นในความเป็นธรรมชาติของสมุนไพร แต่ควรเพิ่มความรู้ที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพรสมัยใหม่ ซึ่งได้รับข้อมูลจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษายังไม่แพร่หลายเท่าการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีแรงจูงใจหลักมาจากการบรรเทาอาการ การบำรุงสุขภาพ และความเชื่อทางวัฒนธรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวรรณ ขามรัตน์ และคณะ (2561) และ ภิษณี วิจันตีก (2562) พบว่าการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างปลอดภัย

2. รูปแบบที่ได้มีการสร้างความรู้และทักษะพื้นฐาน ด้วยการบรรยายจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจและกล้าที่จะลงมือทำ มีการผสมผสานองค์ความรู้ดั้งเดิมเข้ากับทักษะดิจิทัล เช่น การใช้โปรแกรมฐานข้อมูลสมุนไพร และการใช้ LINE OA เพื่อสร้างช่องทางการสื่อสารและติดตามผลที่ยั่งยืน รวมถึงการให้ลงมือปฏิบัติจริง ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองโดยใช้สมุนไพร ซึ่งการพัฒนาและผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศัลยกรรมสูงในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกด้าน ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของปริตา วรากร โอฬาร (2568) พบว่ารูปแบบกิจกรรมที่เน้นการบูรณาการระหว่างการถ่ายทอดความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องรวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ สามารถสร้างเสริมทักษะ กระตุ้นการปฏิบัติ และส่งเสริมความเชื่อมั่น ในการใช้ยาสมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองได้เป็นอย่างดี

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

3.1 ด้านความรู้และทัศนคติ ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการบรรยายจากผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้ผ่านฐานกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริงกับสมุนไพรต้นจริง และการใช้เครื่องมือดิจิทัล (LINE OA เว็บไซต์) เพื่อสืบค้นข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉมา วารีย์ และ นงลักษณ์ วุฒิปรีชา (2561) และ สิริจินดา นัตสูงวงศ์ และคณะ (2565) พบว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายช่วยเพิ่มความรู้ได้ ขณะเดียวกัน ทักษะคิดเชิงบวกก็เพิ่มขึ้นจากการสร้างความเชื่อมั่นผ่านผู้เชี่ยวชาญ การสร้างประสบการณ์ที่ดีและลดความกังวลผ่านการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยลด

ความรู้สึกว่าการใช้สมุนไพรเป็นเรื่องยุ่งยากและอันตราย ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับงานวิจัยของ ภิชณี วจิณฑิ (2562) และ Zaidi et al. (2021) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อสร้างทัศนคติที่ดี

3.2 ด้านแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory - PMT) การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงทางอ้อม โดยเน้นย้ำถึงหลักการใช้ที่ถูกต้อง (ถูกต้อง ถูกส่วน ถูกขนาด ถูกวิธี) ซึ่งทำให้กลุ่มทดลอง ตระหนักว่าหากใช้ไม่ถูกวิธี อาจเกิดผลเสียได้ สอดคล้องกับ Özcan et al. (2023) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการควบคุมคุณภาพเพื่อความปลอดภัย ความคาดหวังในประสิทธิผล และความสามารถตนเอง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลผ่านการนำเสนอข้อมูลสรรพคุณและตัวอย่างความสำเร็จ ขณะเดียวกันก็สร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรมที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง (Mastery experiences) ทำให้ผู้เข้าร่วมมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้การนำทฤษฎี PMT มาประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมการใช้สมุนไพรยังมีงานวิจัยน้อย ซึ่งจากการศึกษาของ Gu et al. (2017) ชี้ว่าความเชื่อมั่นในยาแผนโบราณอาจเป็นอุปสรรคต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน และจากการศึกษาของ Dick-Sagoe et al. (2023) พบว่าความกลัวในช่วงระบาดของ COVID-19 เป็นแรงจูงใจให้ประชาชนหันไปใช้สมุนไพรที่ไม่ได้รับการรับรอง ดังนั้น การมีความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

3.3 ด้านพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศึกษาสุขภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นเนื่องจากรูปแบบเน้นการสร้างทักษะผ่านการปฏิบัติจริง (สาธิต, ปลูกสมุนไพร) กระตุ้นให้นำไปประยุกต์ใช้ที่บ้าน และมีช่องทางสนับสนุนต่อเนื่อง ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความมั่นใจและสามารถเปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง รวมถึงมีการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามาร่วมในกิจกรรมเพื่อจะเป็นผู้นำและติดตามให้คำแนะนำได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทธพล จึงสมเจตไพศาล (2562) พบว่าการส่งเสริมและติดตามโดยใช้กลไกของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยติดตามการใช้ยา และการให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนช่วยเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน และโรสนานี เหมตระกูลวงศ์ และคณะ (2563) พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความรู้ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร โดยคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติเป็นไปในทิศทางบวก หมายความว่า ยิ่งมีความรู้หรือทัศนคติที่ดีขึ้นเท่าใด พฤติกรรมการใช้สมุไพรก็จะดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนใช้เครื่องมือดิจิทัล (เว็บไซต์ LINE OA) เพื่อเป็นช่องทางหลักในการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้
2. ต้องสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชนโดยใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในการติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งส่งเสริมให้การใช้สมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันและวัฒนธรรมท้องถิ่น และพิจารณาขยายผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไปยังพื้นที่ และสมุนไพรชนิดอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเพื่อติดตามและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว (เช่น 6 เดือน ถึง 1 ปี) เพื่อพิสูจน์ความยั่งยืนของผลลัพธ์ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพ
2. ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อความยั่งยืนในการนำสมุนไพรไปใช้จริงในชีวิตประจำวันของประชาชน และทำวิจัยต่อยอดเพื่อขยายผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยทดลองนำไปปรับใช้กับสมุนไพรศักยภาพสูงชนิดอื่นๆ รวมถึงทำวิจัยและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ให้มีความจำเพาะเจาะจงยิ่งขึ้น สำหรับการป้องกันและดูแลกลุ่มโรคเป้าหมายที่ชัดเจนในบริบทของชุมชนที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท เปเปอร์ จำกัด.
- ทิพวรรณ ขามรัตน์, เขมรัตน์ มณีสุวรรณ, พิทยา บุญอินทร์, และ จริญญา เจริญสุข. (2561). การใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ตำบลเกาะสะท้อน อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา*, 5(2), 53-67.
- พรราว ศุภจริยาวัตร. (2567, 3-7 กรกฎาคม). *การใช้สมุนไพรศักยภาพสูง (Herbal Champions 15 ชนิด) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ* [Paper presentation]. งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 21, อิมแพค เมืองทองธานี, นนทบุรี.
- ปริตา วรากรโอฬาร. (2568, 10 มีนาคม). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี*. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพและข้อมูลสื่อสารประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. <https://mdo.moph.go.th/mukpr/pr/read/288>
- ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. (2562). การพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน (Med Kit) ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1092-1103.
- ภิชณี วิจันท์ก. (2562). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 244-254.
- โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และจิราพัชร พลอยนิลเพชร. (2563, 11-12 มิถุนายน). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา* [Paper presentation]. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11, สงขลา, ประเทศไทย.
- สิรินดา นัดสูงวงศ์, สันติ ศรีสวนแดง, และประสงค์ ต้นพิชัย. (2565). การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เชิงบูรณาการเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาสมุนไพรสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบ้านลานแหลม (สรนุวัตรราษฎร์อุทิศ) อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(4), 1419-1436.

- อัชฌา วารีย์ และนางลักษณ วุฒิปรีชา. (2561). การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองด้วยสมุนไพรในผู้สูงอายุบ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 45(2), 64-75.
- Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (Eds.). (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of educational objectives*. Longman.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1998). *Research in education* (8th ed.). Allyn and Bacon.
- Bloom, B. S. (Ed.). (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. David McKay Company.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Elsevier Saunders.
- Daniel, W.W. (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.
- Dick-Sagoe, C., Asare-Nuamah, P., & Mokaloba, M. (2023). Mismedication as COVID-19 pandemic response of rural folks: Implications for national COVID-19 response policy of Lesotho. *Journal of Education and Medicine*, 21(8), 83-95.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gu, C., Chen, W. T., Zhang, Q., Chow, K. M., Wu, J., Tao, L., & Chan, C. W. H. (2017). Exploring Chinese women's perception of cervical cancer risk as it impacts screening behavior: A qualitative study. *Cancer Nursing*, 40(4), 17-25.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Munn, N. L., Fernald, L. D., & Fernald, P. S. (1972). *Introduction to psychology*. Houghton Mifflin.
- Özcan, B., Gök, T., Çetin, M., & Başbüyük, F. (2023). The behavior patterns of using herbal products in patients presenting to a primary health care center in Uşak, Turkey. *Family Practice and Palliative Care*, 8(1), 1-7.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- World Health Organization. (2002). *WHO traditional medicine strategy 2002-2005*. World Health Organization.
- Zaidi, A. A., Khan, A. H., & Siddiqui, Z. A. (2021). Knowledge, attitude and practice regarding herbal medicine among medical students in Saudi Arabia. *RADS Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 9(1), 25-39.

