

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัย นางสาวดลิตา ชั่งสิริพร **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ สมโภช รติโอฬาร (2) รองศาสตราจารย์ คนองยุทธ
กาญจนกุล **ปีการศึกษา** 2545

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) รูปแบบ
ในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ (3)
ลักษณะและความต้องการของผู้รับบริการ และ (4) ปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการด้านการแพทย์
แผนไทยของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรประกอบด้วย (1) ผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์แผนไทยทุกคน
ของโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่งในจังหวัดศรีสะเกษ และ (2) ผู้รับบริการ คือ ผู้ที่มารับบริการด้านการ
แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จำนวน 375 คน ได้รับการสุ่มเลือกมาเป็นตัวอย่างโดยใช้
ตารางของ เครจซี่ และ มอร์แกน แล้วแบ่งตามสัดส่วนผู้รับบริการของแต่ละโรงพยาบาล เก็บข้อมูล
โดยใช้ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน แบบสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน และแบบสอบถามผู้รับ
บริการ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.93 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า
เฉลี่ย การทดสอบ ไค - สแควร์ และ การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดศรีสะเกษ ปัจจุบันมี 3 รูปแบบ (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการ ด้าน
ผู้ให้บริการ ได้แก่ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา ตำแหน่งตามสายงาน และความรู้ความสามารถด้าน
แพทย์แผนไทย ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การเดินทาง วัตถุประสงค์ในการ
มารับบริการ รายได้ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ส่วนปัจจัยแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับ
รูปแบบการจัดบริการ (3) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-40 ปี สถานภาพ
สมรส ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ / เดือน 0 - 2,000 บาท อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ อาการ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้รับบริการต้องการให้เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทย และให้มี
บริการนวดแผนไทยเพิ่มขึ้น (4) ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน คือ ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่มี
ความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจน
ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพิ่มคุณภาพของการให้บริการ

คำสำคัญ การแพทย์แผนไทย รูปแบบการจัดบริการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

Thesis title: FACTORS RELATING TO MODELS OF THAI TRADITIONAL
MEDICINE SERVICES IN THE COMMUNITY HOSPITALS, SRISAKET

Researcher: Miss Dalicha Chungsiriporn; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis advisors:** (1) Sompoch Rationan, Associate Professor; (2) Kanongyuth Kanjanakul, Associate Professor; **Academic year:** 2002

ABSTRACT

The objectives of this descriptive survey research were to study (1) models of Thai Traditional Medicine services (2) factors relating to models of Thai Traditional Medicine services (3) characters and needs of customers (4) the problems and obstacles of Thai Traditional Medicine services in the community hospitals in Srisaket Province.

The studied population consisted of (1) all providers who were the Thai Traditional Medicine personnel of the 8 community hospitals in Srisaket Province and (2) the customers of Thai Traditional Medicine services in these hospitals. A total of 375 customers were stratified randomized selected according to proportion of them in each hospital by using the Krejcie and Morgan's table. The data collection was conducted by using a background information questionnaire, an observation form and an interview form for the providers and a customer questionnaire with the reliability level at 0.93. The percentage, standard deviation, mean, Chi-square and Content Analysis were used in statistical analysis.

The research findings were (1) there were 3 models of Thai Traditional Medicine services in the community hospitals in Srisaket Province. (2) the factors related to all models in term of provider factors including domicile, education level, position and competency in Thai Traditional Medicine, and customer factors including age, marital status, travelling, objective of obtaining service, income and satisfaction to service. There was no relationship between environmental factors and models; (3) most of customers were women, aged between 31-40, married, farmer, income between 0-2,000 baht/month and most of symptoms were muscle pain. They need more staff of Thai Traditional Medicine and more massage-service. (4) The problems and obstacles of the services were scarcity of well-trained staff in Thai Traditional Medicine, lack of management budget and as well as instruments for improving quality of the service.

Keywords: Thai Traditional Medicine, models of service, community hospital, Srisaket

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างดีจากรองศาสตราจารย์ สมโภช รติโอฬาร และรองศาสตราจารย์ คนองยุทธ กาญจนกุล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี นางจรัสณี ใจแก้ว นักวิชาการระดับ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และนายอนันต์ ถิ่นทอง นักวิชาการระดับ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้กรุณาตรวจแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน และแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชำนาญ สมรมิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างอีก 7 แห่ง ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงระบบงานการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล รวมทั้งขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย ทั้ง 8 ท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

และขอขอบคุณ นายแพทย์สุเมธี เขยประเสริฐ และสมาชิกกลุ่มอุบลราชธานีทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุน ประสานงาน แนะนำ และช่วยเหลือจนงานวิจัยนี้สำเร็จได้ตามกำหนด

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่กล่าวมา รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นที่มาของข้อมูลอันสำคัญ และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งทุกท่าน.

ดลิดา ชั่งสิริพร

กันยายน 2545

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ประเด็นปัญหาการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ข้อจำกัดการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย.....	12
ระบบการแพทย์แผนไทย และกำรแพทย์พื้นบ้าน.....	15
การจัดบริการสาธารณสุข.....	38
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการให้บริการ.....	42
พฤติกรรมการเลือกใช้บริการและความสะดวกในการใช้บริการ.....	44
ปัจจัยในการเลือกรับบริการ และทฤษฎีความเชื่อ.....	51
การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน.....	56
การพัฒนาการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน.....	59
ตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย.....	66
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
วิธีการวิจัย.....	77
รูปแบบการวิจัย.....	77
ประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	79
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	81
บทที่ 4	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย.....	84
คุณลักษณะและความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย.....	96
คุณลักษณะ และความคิดเห็นของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย.....	103
ลักษณะชุมชน สภาพทางสังคม และข้อมูลพื้นฐานในระดับอำเภอ.....	126
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับรูปแบบการจัดบริการ.....	129
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงานหลัก และจาก ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย.....	135
ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน.....	142
บทที่ 5	
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	144
สรุปการวิจัย.....	144
อภิปรายผล.....	155
ข้อเสนอแนะ.....	165
บรรณานุกรม.....	170
ภาคผนวก.....	176
ก. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม.....	177
ข. เครื่องมือในการวิจัย.....	179
ค. สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย.....	203
ง. คำตอบจากคำถามปลายเปิด และข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ.....	217
ประวัติผู้วิจัย.....	222

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	ความแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน.....31
ตารางที่ 2.2	กิจกรรมหรือบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามการมีบุคลากรทางการแพทย์แผนโบราณประยุกต์.....62
ตารางที่ 2.3	งานเภสัชกรรมที่มีในโรงพยาบาลที่มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์.....64
ตารางที่ 3.1	จำนวนตัวอย่างผู้รับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ 2544 จำแนกเป็นรายโรงพยาบาล.....78
ตารางที่ 4.1	รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในระยะเริ่มต้น และ รูปแบบในปัจจุบันของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ที่เปิดให้บริการ.....85
ตารางที่ 4.2	พัฒนาการของการจัดรูปแบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ชุมชน ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ จำแนกเป็นรายโรงพยาบาล.....86
ตารางที่ 4.3	ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2544.....90
ตารางที่ 4.4	ข้อมูลในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาลชุมชน91
ตารางที่ 4.5	สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย93
ตารางที่ 4.6	แหล่งทรัพยากรทางการเงินที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย95
ตารางที่ 4.7	คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย96
ตารางที่ 4.8	จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย จำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ.....98
ตารางที่ 4.9	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จำแนกตามคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....103
ตารางที่ 4.10	ลักษณะ ประสบการณ์ และความคิดเห็นของผู้รับบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย105
ตารางที่ 4.11	การรับรู้ และเหตุผลของผู้รับบริการที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย108
ตารางที่ 4.12	ร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามลักษณะความเชื่อถึงสาเหตุ การเจ็บป่วย.....110
ตารางที่ 4.13	คะแนนเฉลี่ยของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลแต่ละ รูปแบบ จำแนกตามลักษณะความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วย.....111

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามกลุ่มระดับคะแนน ความเชื่อถึงสาเหตุการเกิดโรค.....	112
ตารางที่ 4.15 ร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามความเชื่อถึงประสิทธิภาพ ในการรักษาโรคด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนไทย.....	113
ตารางที่ 4.16 คะแนนเฉลี่ยของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบ จำแนกตาม ความเชื่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนไทย.....	114
ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามกลุ่มระดับคะแนน ความเชื่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค.....	115
ตารางที่ 4.18 ร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ.....	116
ตารางที่ 4.19 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบ จำแนกรายข้อ.....	117
ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกเป็นกลุ่มตามระดับ ความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ.....	118
ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามบริการ ที่ต้องการให้ปรับปรุง.....	119
ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามรูปแบบ การจัดบริการในโรงพยาบาล.....	120
ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการแต่ละรูปแบบ จำแนกตามประเภทของบริการที่ได้รับ.....	121
ตารางที่ 4.24 จำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบ จำแนกตาม จำนวนชนิดของบริการที่ได้รับ.....	122
ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของบริการ ที่ได้รับร่วมกัน 2 ชนิด.....	122
ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของบริการ ที่ได้รับร่วมกัน 3 ชนิด.....	123

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.27	จำนวนและร้อยละของอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ.....125
ตารางที่ 4.28	ลักษณะชุมชน และข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรในแต่ละอำเภอ.....126
ตารางที่ 4.29	ข้อมูลแพทย์พื้นบ้านในแต่ละอำเภอ.....128
ตารางที่ 4.30	ร้อยละและจำนวนของปัจจัยด้านสถานบริการในสถานบริการ แต่ละรูปแบบ.....129
ตารางที่ 4.31	ร้อยละของปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบงานหลักในสถานบริการ แต่ละรูปแบบ.....131
ตารางที่ 4.32	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้รับบริการกับรูปแบบการจัดบริการ.....133
ตารางที่ 4.33	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ต้องการให้ ปรับปรุง/ จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย.....136
ตารางที่ 4.34	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ไม่ต้องการให้ ปรับปรุง/ จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย.....137
ตารางที่ 4.35	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความเห็นว่า ควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ.....138
ตารางที่ 4.36	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความเห็นว่า ไม่ควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ..... 139
ตารางที่ 4.37	จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานหลัก จำแนกตามข้อเสนอแนะรายชื่อ.....139
ตารางที่ 4.38	จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามข้อเสนอแนะ ในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยรายชื่อ.....140
ตารางที่ 4.39	จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบ จำแนกตามวิธีการเข้ารับบริการ.....141
ตารางที่ 4.40	ผลการทดสอบความพึงพอใจด้วย Mann Whitney test.....142
ตารางที่ 4.41	ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการบริการด้านการแพทย์แผนไทย.....142

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดของการวิจัย.....5
ภาพที่ 2.1	วงจรของความพึงพอใจ.....49
ภาพที่ 2.2	รูปแบบการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยโดยการส่งต่อ จากแพทย์แผนปัจจุบัน.....58
ภาพที่ 2.3	รูปแบบการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง.....59
ภาพที่ 2.4	ขั้นตอนการให้บริการแก่ผู้ป่วยในการวิจัยทางคลินิก.....67
ภาพที่ 2.5	แผนผังขั้นตอนการรักษาท่าทางคลินิกในปัจจุบัน.....68

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่วิจัย

การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ให้ความสนใจเรื่องของภูมิปัญญาไทยมากขึ้นทั้งในและต่างประเทศ จะเห็นได้จากที่มีการศึกษา ค้นคว้าและการวิจัยอย่างหลากหลาย เพื่อพัฒนาทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม ด้านทฤษฎี องค์ความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย ผักพื้นบ้านและการนวดไทย รวมทั้งเรื่องของความหลากหลายทางชีวภาพ (ภัทรพร ตั้งสุขฤทัย และกุสุมา ศรียาภูล 2543: คำนำ) โดยเฉพาะเรื่องของการใช้สมุนไพรไทยในงานสาธารณสุขมูลฐานกำลังเป็นที่นิยมอย่างมาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการตกต่ำของสภาวะเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่องบประมาณ และค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข ทั้งในส่วนของการรักษาพยาบาล การให้ยารักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลทางสถิติของไทยในปีที่ผ่านมา ๆ มา เช่น ในปี พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ใช้งบประมาณไป 57,171,300,000 บาท และ 58,425,948,600 บาท ในปี พ.ศ. 2543 (กลุ่มแผนงบประมาณ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2544) ซึ่งเป็นเงินจำนวนมาก ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาการบริโภคและใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น และปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ลดต่ำลง (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2540: 1) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาหาทางเลือกใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เป็นทางเลือกที่สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ลงได้

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4-9 ได้มีการมุ่งเน้นให้มีการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้น โดยในแผน ฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งได้ระบุไว้ในแนวทางข้อ 4 ให้มีการผสมผสานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับเพื่อให้มีทางเลือกใหม่ ๆ แก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพซึ่งการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การนวดแผนไทย (ทั้งการนวดเพื่อรักษาโรคและการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ) การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การตรวจวินิจฉัยโรคแบบแพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพร และในแผน ฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ได้ระบุถึงเรื่องการแพทย์แผนไทยไว้อย่างชัดเจนทั้งในส่วนของเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพ ข้อที่ 4.9 และในแผนยุทธศาสตร์หลักที่ 5 โดยจะเน้นการสร้างกลไกการบริหารจัดการข้อมูล ยุกระดับภูมิปัญญาไทยให้มีสถานะและใช้ประโยชน์ได้

ทัดเทียมกับภูมิปัญญาสากล โดยการสร้างระบบวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เข้มแข็งและผสมผสานเข้าสู่ระบบการศึกษาและระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับ สำหรับในประเทศไทยนั้น การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้รับความนิยมและความสนใจมากจากประชาชน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการที่การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือที่เรียกว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” ที่มีการใช้ การสั่งสมและการสืบทอดมานานตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าลักษณะการสืบทอดจะเป็น การสอนกันภายในครอบครัวระหว่างพ่อกับลูกหรือระหว่างครูกับศิษย์ โดยครูจะช่วยแนะนำ สั่งสอน และฝึกฝนจนชำนาญ โดยศิษย์จะต้องหมั่นสังเกตและจดจำตัวยา วิธีการรักษาให้แม่นยำ (เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อัครรัตน์ 2537: 7) แต่ก็มีบางส่วนที่ได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบลานและสมุดข่อย แต่อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนที่นิยมใช้บริการอยู่ทั่วไป ซึ่งในการเลือกสรรบุคคลที่จะมาสืบทอดวิชาต่อจะมีหลักเกณฑ์คัดเลือกอย่างเคร่งครัด เห็นได้ว่าหมอแผนโบราณ และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีจริยธรรมสูง มีคุณสมบัติทั่วไปเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน หรือผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสังเกตได้ว่าคนในสมัยโบราณเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะทำการดูแลรักษาตัวเอง หรือไปรักษากับหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของคนในหมู่บ้าน โดยหมอจะไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาตามที่ต้องการได้ มีแต่เพียงคำบูชาครูไม่กี่บาทซึ่งเงินส่วนนี้หมอก็ต้องนำไปทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ครูและอาจารย์ต่อไป จึงเป็นที่มาของคำว่า “ยาขอหมอมวาน” (มหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2538 เอกสารประชุมวิชาการ)

นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ (2521: 11) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชน ซึ่งได้สั่งสมสืบทอดจากบรรพบุรุษไทยมาช้านานมีความหลากหลาย แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม บทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพจะมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน มีรูปแบบการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเข้าใจง่าย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยยังเป็นทางเลือกที่ประชาชนจำนวนมากสามารถพึงพิงได้ในระดับหนึ่ง อันเป็นการแบ่งเบาผู้ป่วยไม่ให้มาเป็นภาระของโรงพยาบาลมากเกินไป การแพทย์แผนไทยมีวิธีการรักษาหลายรูปแบบมีทั้ง การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพรและการรักษาด้วยยาแผนโบราณ (ยาสมุนไพร) จากการสำรวจข้อมูลจำนวนหมอพื้นบ้านในชุมชน พบว่ามีจำนวนเฉลี่ย 3.2 คน/หมู่บ้าน (กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ 2532) ในปัจจุบันยังมีสมุนไพรอีกหลายชนิดที่ขาดข้อมูลทางการวิจัยหรือข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์มาสนับสนุนในการบอกถึงสรรพคุณที่แน่ชัด ถึงแม้จะมีการใช้สืบทอดกันมานาน แต่บางครั้งก็มีการแอบอ้างถึงสรรพคุณที่เกินจริงทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานทางราชการจะต้องเข้ามาดูแล ทำการศึกษา ค้นคว้า วิจัย อย่างจริงจัง และควรจรรจนรงค์ให้มีการจดสิทธิบัตรสูตรตำรับยาหรือสมุนไพรต่าง ๆ

ขึ้น เพื่ออนุรักษ์ไว้เป็นสมบัติของชาติไทยต่อไปในภายภาคหน้า รวมทั้งควรมีการปรับปรุง แก้ไข กฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาและลดอุปสรรคในการพัฒนางานด้านการ แพทย์แผนไทย แต่ให้เพิ่มการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความก้าวหน้ายิ่งขึ้น (เพ็ญญา ทวีชัยเจริญ 2542: 5)

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเปิดให้บริการทางด้านการแพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากพบว่ายังมีการสืบทอดวัฒนธรรมเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์ แผนโบราณอยู่ในทุกหมู่บ้านจนถึงในระดับตำบลเพียงแต่ได้รับความนิยมน้อยลงไป ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะสังคมโดยทั่ว ๆ ไปได้มีการพัฒนาตนเอง และได้รับเอาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพแบบ อารยธรรมตะวันตกเข้ามาทำให้มีการใช้ยาแผนปัจจุบันมากขึ้น ขาดการส่งเสริมสนับสนุนการ แพทย์แผนไทยทั้งในภาครัฐและเอกชน (อนันต์ ถันทอง 2541: 1) ดังนั้น ในการจัดให้มีการเปิดให้ บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อจะให้ ประชาชนได้มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลก็มีรูปแบบการดำเนิน งานที่แตกต่างกัน ไม่มีการร่วมมือและประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาล และหน่วยงานภาครัฐ หรือชุมชนยังให้ความสนใจที่จะสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลน้อย มาก ทำให้ศักยภาพในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยไม่ก้าวหน้าทันกับความต้องการของ ชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อผู้ที่มาใช้บริการ เพราะจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน ในด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ

ผู้วิจัย จึงเห็นว่าควรจะทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบ การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง เพราะการทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ จะเป็นแนวทางสำหรับ เจ้าหน้าที่เพื่อใช้ปรับปรุงการจัดบริการให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้สามารถแก้ไขและลดปัญหาต่าง ๆ ของ ผู้รับบริการได้ นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาถึงรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละ โรงพยาบาลว่ารูปแบบใดที่มีคุณภาพ ได้รับความนิยมและความพึงพอใจจากผู้รับบริการมากที่สุด จะได้เสนอให้กำหนดเป็นรูปแบบมาตรฐานของจังหวัด รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารให้ทราบถึง รูปแบบของการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน จะได้กำหนด นโยบาย จัดสรรงบประมาณและบุคลากรให้เหมาะสม เพียงพอ ให้เกิดการพัฒนากิจการบริการ ด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น

2. ประเด็นปัญหาการวิจัย

การเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ มีรูปแบบอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องและมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการอะไรบ้าง

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

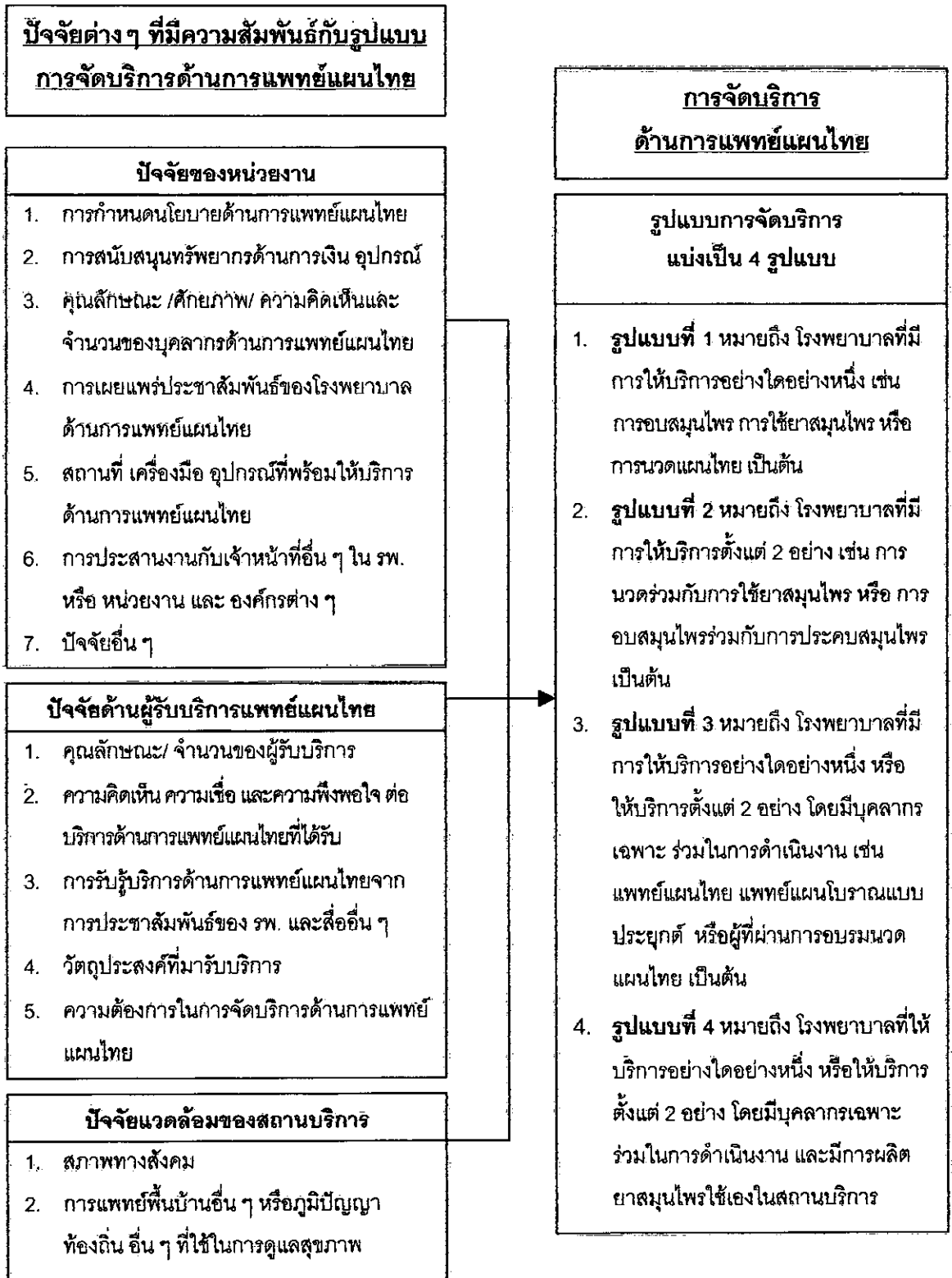
3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

3.2.3 เพื่อศึกษาลักษณะ และความต้องการของผู้รับบริการที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

3.2.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านการแพทย์แผนไทย สามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อทำการศึกษาวิจัยได้ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. สมมติฐานการวิจัย

5.1 ปัจจัยของหน่วยงานด้านการกำหนดและดำเนินการตามนโยบาย การสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน คุณลักษณะศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน การประชาสัมพันธ์ ความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ รวมทั้งการประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงาน และองค์กรอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

5.2 ปัจจัยด้านผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ คุณลักษณะบุคคล ความเชื่อ ความคิดเห็น ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ การรับรู้บริการ วัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการ และบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ต้องการให้ปรับปรุงหรือจัดเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

5.3 ปัจจัยแวดล้อมของสถานบริการด้านสภาพทางสังคม การแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ หรือภูมิปัญญาในท้องถิ่นที่ใช้ดูแลสุขภาพของชุมชน มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

6. ขอบเขตการวิจัย

6.1 ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในปัจจุบัน จะทำการศึกษา เก็บข้อมูลในช่วง มีนาคม 2545 - พฤษภาคม 2545

6.2 ทำการศึกษาเฉพาะการแพทย์แผนไทย คือ ศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ศึกษารูปแบบของการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย และศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

6.3 ทำการศึกษา (เก็บข้อมูล) จากผู้ที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งจากการสำรวจข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และสภาพทั่วไปในแต่ละอำเภอที่เป็นที่ตั้งโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

7. ข้อจำกัดในการวิจัย

7.1 ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล คือ ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในขณะนั้น ๆ หากมีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบงานในช่วงเวลานั้น

ก็จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการจะเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้รับบริการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละแห่งเป็นผู้แจกและช่วยอธิบายรายละเอียด กรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถอ่าน หรือ ทำความเข้าใจแบบสอบถามเองได้ ซึ่งผู้รับบริการอาจเกิดความเกรงใจต่อเจ้าหน้าที่ ทำให้ข้อมูลที่รวบรวมมีความคลาดเคลื่อนได้

7.2 ข้อจำกัดในการอภิปรายผล การอภิปรายถึงผลด้านปัจจัยของหน่วยงานและผู้ให้บริการ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ของสถานบริการไม่สามารถทำการวิเคราะห์โดยหาค่าทางสถิติได้ เนื่องจากมีจำนวนตัวอย่างในการศึกษาน้อย ($n=8$) ผู้วิจัยจึงขอวิเคราะห์และอภิปรายผลโดยใช้วิธีพรรณนาในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

8. นิยามศัพท์เฉพาะ (คำจำกัดความเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย)

8.1 การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา ป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดแผนไทย และให้หมายความร่วมมือถึงการเตรียม การผลิตยาไทย การประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

8.2 บริการด้านการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การนวดแผนไทย การจ่ายยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำและการผลิตยาสมุนไพร เป็นต้น

8.3 แพทย์แผนไทยประยุกต์ หมายถึง ผู้ที่ผ่านการเรียนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ทั้งที่ใช้เวลา 2 ปี และ 3 ปี (มีความหมายเช่นเดียวกับ อายุรเวช)

8.4 รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในการศึกษาครั้งนี้มี 4 รูปแบบ

8.4.1 รูปแบบที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการตั้งหน่วยงานชัดเจนและมีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การจ่ายยาสมุนไพร การนวดแผนไทย หรือการอบสมุนไพร เป็นต้น

8.4.2 รูปแบบที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการให้บริการตั้งแต่ 2 อย่างร่วมกัน เช่น การนวดแผนไทยร่วมกับการจ่ายยาสมุนไพร การนวดแผนไทยร่วมกับการประคบสมุนไพร หรือการอบสมุนไพรร่วมกับการประคบสมุนไพร เป็นต้น

8.4.3 **รูปแบบที่ 3** หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ ให้บริการตั้งแต่ 2 อย่างร่วมกัน โดยมีบุคลากรที่มีใบประกอบโรคศิลปะด้านแพทย์แผนไทย หรือ ใบประกาศนียบัตรด้านการแพทย์แผนไทย เช่น แพทย์แผนโบราณประยุกต์/แพทย์แผนไทย/ผู้ที่ผ่านการอบรมนวดแผนไทย (มีใบรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข) ร่วมดำเนินงาน

8.4.4 **รูปแบบที่ 4** หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ ให้บริการตั้งแต่ 2 อย่างร่วมกัน โดยมีบุคลากรที่มีใบประกอบโรคศิลปะด้านแพทย์แผนไทย หรือ ใบประกาศนียบัตรด้านการแพทย์แผนไทยร่วมดำเนินงาน และมีการผลิตยาสมุนไพรใช้เองในสถานบริการ

8.5 **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ** ได้แก่ สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะศึกษาใน 3 ด้าน คือ ปัจจัยของหน่วยงาน ปัจจัยด้านผู้รับบริการแพทย์แผนไทย และปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ

8.6 **ปัจจัยของหน่วยงาน** ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรด้านการเงินและอุปกรณ์ คุณลักษณะ/ศักยภาพของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่พร้อมให้บริการ การประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ หรือหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ

8.6.1 **ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย (ผู้ให้บริการ)** หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบงานทั้งหมดในการเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของแต่ละโรงพยาบาล

8.6.2 **คุณลักษณะของบุคลากร (ผู้ให้บริการ)** หมายถึง เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส อธิปไตย เป็นต้น

8.6.3 **ศักยภาพบุคลากร** หมายถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยจะต้องผ่านการเรียน หรือการอบรมด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ศึกษาในหลักสูตร 2 ปี หรือหลักสูตร 3 ปี (อายุรเวทหรือ แพทย์แผนไทยประยุกต์) ผ่านการอบรมการนวดแผนไทยโดยมีใบประกาศนียบัตรรับรอง

8.6.4 **สถานที่พร้อม** หมายถึง มีสถานที่ในการให้บริการ สถานที่ในการรอรับบริการเป็นสัดส่วน สะอาด สะดวก และเพียงพอในการให้บริการ

8.6.5 **เครื่องมือ อุปกรณ์พร้อม** หมายถึง มีเครื่องมือ อุปกรณ์อย่างเพียงพอ เหมาะสม และปลอดภัยในการให้บริการ เช่น มีที่นอน/ พูกสำหรับการนอน มีห้องอาบน้ำสำหรับการอาบน้ำ หรือ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่สำคัญในการผลิตสำหรับงานผลิตยาสมุนไพร เป็นต้น

8.6.6 **ความสามารถในการประสานงาน** หมายถึง การติดต่อ การสื่อสาร การขอความร่วมมือ ขอสนับสนุนด้านทรัพยากรจากองค์กรต่าง ๆ หรือจากชุมชนในการดำเนินงาน

8.7 **ปัจจัยด้านผู้รับบริการแพทย์แผนไทย** ได้แก่ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ความคิดเห็น ความเชื่อและความพึงพอใจ การรับรู้บริการ วัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการ ความต้องการ ในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

8.7.1 **ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง ผู้ที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาล ทั้งเพื่อการรักษา และเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

8.7.2 **คุณลักษณะของผู้รับบริการ** หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ ลักษณะอาการและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

8.7.3 **วัตถุประสงค์การมารับบริการ** หมายถึง ความตั้งใจที่มาโรงพยาบาลมาเพื่อการรักษา หรือมาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

8.7.4 **ความคิดเห็นต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทย** (จากผู้รับบริการ) หมายถึง ความเชื่อทางด้านสุขภาพตามแบบของแพทย์แผนไทย ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (จากประสบการณ์ที่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย)

8.8 **ปัจจัยแวดล้อม** (นอกโรงพยาบาล) ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางสังคมโดยรวมของแต่ละพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น สภาพทางสังคมและการแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีในพื้นที่นั้น เป็นต้น

8.8.1 **การแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ ในชุมชน** หมายถึง การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่ในอำเภอนั้น ๆ เช่น การรักษาโดยหมอนวดพื้นบ้าน หมอยา หมอรำผีฟ้า หมอพระ เป็นต้น

8.8.2 **สภาพทางสังคม** คุณลักษณะสภาพสังคมโดยรวมของแต่ละอำเภอทางด้านจำนวนประชากร ระดับการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ (รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร) อาชีพ และระยะทาง เส้นทางคมนาคมระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล (จากแบบสำรวจข้อมูล)

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

9.1 ทราบถึงรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ว่ามีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการหารูปแบบที่ผู้รับบริการพอใจ แล้วนำเสนอให้กำหนดเป็นรูปแบบมาตรฐานในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป

9.2 ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นแนวทางในการหาปัจจัยที่ส่งเสริม สนับสนุน หรือ เป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป

9.3 ทราบถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหานั้นได้

9.4 สามารถพัฒนารูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้เหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ โดยดูจากผลการศึกษาถึงความพึงพอใจและค่านิยมของผู้รับบริการ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การแพทย์แผนไทย เป็นระบบการรักษาโรคแบบประสพการณ์ที่ได้สั่งสมและสืบทอดมาหลายชั่วอายุคน เป็นระบบการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชนมาเป็นเวลานาน มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน มีรูปแบบการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเข้าใจง่าย การแพทย์แผนไทยจึงเป็นทั้งปรัชญา องค์ความรู้ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพและบำบัดโรคตามวิถีแบบไทย ซึ่งประกอบด้วย การใช้สมุนไพรในรูปของการอบ การประคบ การปั้นยา ลูกกลอน หัตถบำบัด การรักษาโรคกระดูก รวมทั้งการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ในทางไสยศาสตร์ และพุทธศาสนาเพื่อสร้างขวัญกำลังใจและรักษาสุขภาพจิต หรือ แม้แต่วิธีการที่เรียกว่า ธรรมชาติบำบัด (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ 2538: 119 -120)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิชาการ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วรวบรวมข้อมูลสรุปเป็นสาระสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีลำดับเนื้อหาการนำเสนอ ดังนี้

- 1) ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย
- 2) ระบบการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน
- 3) การจัดบริการสาธารณสุข
- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการให้บริการ
- 5) พฤติกรรมการเลือกใช้บริการและความสะดวกในการใช้บริการ
- 6) ปัจจัยในการเลือกรับบริการ และทฤษฎีความเชื่อ
- 7) การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน
- 8) การพัฒนาการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน
- 9) ตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย
- 10) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย

การศึกษาความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ของภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก และการเกิดของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนเดิมของแต่ละประเทศ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย จึงขออธิบายความเป็นไปตามยุคต่าง ๆ ทั่วโลกโดยใช้ศาสนาประกอบในการอธิบาย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2538: 68-71)

1.1 ยุคศาสนาพราหมณ์ ก่อนที่จะมีศาสนาพราหมณ์ประชาชนทั่วไปทุกมุมโลกยังมีความเชื่อต่าง ๆ เช่น พระเจ้า ภูติผีปีศาจ ซึ่งในแถบเอเชียเชื่อในพระกฤษณะและพระพรหมสำหรับที่อินเดียเป็นยุคของศาสนาพราหมณ์ มีตำราการแพทย์ที่มีชื่อเสียง เรียกว่า SAMHITA ได้ถูกเขียนขึ้นเมื่อ 743 ปี ก่อนคริสตกาล ซึ่งเป็นหลักฐานทางการแพทย์แผนเดิมของอินเดีย เรียกว่า Ayurvedic Medicine ส่วนที่แผ่นดินแถบเอเชีย เรียกว่า แหลมทอง มีอาณาจักรที่โดดเด่นและมีการบันทึกไว้ คือ อาณาจักรฟูนัน เป็นชุมชนที่อยู่บริเวณแผ่นดินสยามซึ่งเชื่อว่าน่าจะอยู่กับแบบชุมชนโบราณและมีความเชื่อเรื่องผี เชื่อในลัทธิพราหมณ์จนมีศาสนาพุทธเกิดขึ้น จึงมีการเผยแพร่ความรู้แนวพุทธมายังแผ่นดินสยามนี้ ในราวปี พ.ศ. 200-600 ณ อาณาจักรทวารวดี

1.2 ยุคศาสนาพุทธ ในยุคนี้การแพทย์อายุรเวทของอินเดียมีความรุ่งเรืองมากแม้จะถูกครอบครองโดยกรีกนานถึง 150 ปี (350 ปีก่อนคริสตกาล) และมีการกระจายความเชื่อต่าง ๆ จากตะวันตกไปตะวันออกหรือจากตะวันออกสู่ตะวันตก และเชื่อว่าความรู้เรื่องธาตุ 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่เรียกว่า มหาภูตรูป 4 ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงค้นพบแล้วมีการเผยแพร่ไปยังกรีก อาจสรุปได้ว่าในสมัย 543 ปี ก่อนคริสตกาล ความรู้เรื่องธาตุ 4 เป็นองค์ประกอบของร่างกายเป็นที่รู้จักกันทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นยุโรปหรือเอเชีย

ไทยได้รับความรู้เหล่านี้มากับศาสนาพุทธ โดยที่ประเทศอินเดียในสมัยพระเจ้าอโศกมหาราชได้ส่งพระธรรมทูตมาเผยแพร่พระพุทธศาสนายังประเทศไทย ในยุคทวารวดีซึ่งเป็นยุคที่การแพทย์อายุรเวทของอินเดียได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนา มีการพัฒนาจนรุ่งเรืองและมีการเขียนคัมภีร์ ชื่อ CARAKA ขึ้น เมื่อประมาณ ค.ศ. 200 ในยุคเดียวกันนี้ชาวไทย หรือชุมชนชาวสยามบนแหลมทองส่วนใหญ่ยังมีการนับถือผีและเจ้า แต่ส่วนหนึ่งก็ได้รับเอาศาสนาพุทธมาเป็นแนวปฏิบัติ ดังนั้นจึงเชื่อว่า ความคิดแบบพุทธในเรื่องชั้น 5 ได้แก่ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ รวมทั้งความรู้เรื่องธาตุ 4 (ดิน น้ำ ลม ไฟ) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรูปในชั้น 5 ได้ถูกประยุกต์ในการแพทย์พื้นบ้าน มีการสะสมประสบการณ์มายาวนานในการใช้สมุนไพรและการใช้

อาหารปรับสมดุลของธาตุทั้ง 4 จะเห็นได้ในตำราใบลานที่เขียนไว้เสมอถึงข้อห้ามและข้อแสดงเมื่อกล่าวถึงธาตุต่าง ๆ

ต่อมาในราว ค.ศ. 450 ไทยมีอาณาจักรเด่น ๆ 2 แห่ง คือ อาณาจักรศรีวิชัยและละโว้ ซึ่งในตำนานได้กล่าวถึง พระนางจามเทวีซึ่งถูกส่งไปครองเมืองทริภุณชัย (จ.ลำพูน) ได้นำหมอยา 500 คน พร้อมทั้งศิลปะ วัฒนธรรม ไปแลกเปลี่ยนผสมผสานกับวัฒนธรรมล้านนาของอาณาจักรล้านนา เป็นที่น่าสังเกตว่ามีหมอยาเกิดขึ้นแล้วในสมัยนั้น ต่อมาในยุคที่ขอมเรืองอำนาจ (ค.ศ.800-1100) ได้รับอิทธิพลของศาสนาพุทธลัทธิมหายาน โดยเฉพาะในสมัยของพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ได้รวบรวมหมอพื้นบ้านจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลขึ้น เรียกว่า อโรคยศาลา โดยในศิลาจารึกได้กล่าวถึงโรงพยาบาลว่ามีคนในพื้นที่เป็นหัวหน้า มีหมอ 2 คน พยาบาล 2 คน มีเภสัช มีนักสถิติ และนักหุงต้ม รวมมีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 98 คน จะเห็นได้ว่าอัตรากำลังมากกว่าโรงพยาบาล 10 เที่ยง ในปัจจุบันเสียอีก จากศิลาจารึกอธิบายถึงเหตุผลของการตั้งโรงพยาบาลของพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ว่าต้องการทำนุบำรุงราษฎรหลังศึกสงคราม ซึ่งกิจวัตรประจำวันของอโรคยศาลา คือ ตอนเช้ามีการบวงสรวงพระไภสัชชคุรุไวฑูรย์ประภาด้วยอาหารและยา แล้วนำมาแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่งให้เห็นว่า ชุมชนในแผ่นดินสยามตั้งแต่อีสานเหนือถึงอีสานใต้เคยมีโรงพยาบาลซึ่งรวมกลุ่มให้บริการทางการแพทย์โดยหมอพื้นบ้านชาวยุโรปนี้เอง ซึ่งหากมีการนำหมออินเดียมาให้การรักษาก็คงจะมีการบันทึกไว้แล้ว และถ้าแพทย์สมัยนั้นจะอิงหลักความเชื่อของชีวิตตามศาสนาพุทธลัทธิมหายาน ผสมผสานกับความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านแต่ละภูมิภาค

หลังสิ้นยุคของพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 อโรคยศาลาได้เสื่อมลงและสลายไปด้วยอิทธิพลทางการเมือง เพราะขอมเสื่อมอำนาจลง และพระเจ้าชัยวรมันที่ 8 นับถือศาสนาพราหมณ์ ไม่นับถือพุทธจึงไม่สนับสนุนอโรคยศาลาต่อไป

1.3 สมัยสุโขทัย ในยุคสุโขทัย ในราวปี ค.ศ.1370 ได้มีการรวบรวมอาณาจักรต่าง ๆ เข้าเป็นอาณาจักรไทยขับไล่อิทธิพลของขอม บูรณาการประเทศสยามจนมีอาณาเขตกว้างขวางจากเหนือจดใต้แต่ไม่มีการบันทึกเกี่ยวกับการแพทย์ไว้ สันนิษฐานได้ว่าน่าจะมีหมอพื้นบ้านอยู่ทั่วประเทศทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน โดยหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยบวชเรียนมาก่อน จึงมีความรู้พื้นฐานตามแนวพุทธร่วมกับประสบการณ์การรักษาโรค ผสมผสานกับความรู้ในการใช้ยาสมุนไพรในท้องถิ่น เชื่อว่าหมอยาในอีสานคงจะมีความรู้ความเชี่ยวชาญดีมากเพราะได้สืบทอดความรู้ที่เป็นระบบจากหมอพื้นบ้านซึ่งมาจากอโรคยศาลาเดิมที่สลายตัวไป และกระจัดกระจายออกไปเป็นหมอพื้นบ้านตามชนบท

1.4 สมัยกรุงศรีอยุธยา การแพทย์แผนไทยรุ่งเรืองมากโดยไทยมีการบูรณาการองค์ความรู้ มีการแบ่งสาขาให้บริการถึงขั้นตั้งเป็นกรมหมอนวด หมอยา หมอกุมาร มีป้ายา มีหมอหลวง ที่มียามแดงและตะบองแดง มีกฎหมายคุ้มครองป่า ซึ่งหมอยาสามารถใช้ตะบองแดงนี้ที่เก็บยาได้ทั่วแผ่นดิน และการนวดไทยน่าจะมีวิวัฒนาการมาจากการนวดพื้นบ้านจนพัฒนาเป็นการนวดแบบราชสำนักมีการจัดทำคัมภีร์และตำรามากมาย แต่ในที่สุดได้ถูกทำลายลงจากการเสียกรุงให้พม่า นำสังเกตว่าการสู้รบกับพม่านั้นไม่เกี่ยวกับศาสนา เพราะไทยและพม่าต่างก็นับถือศาสนาพุทธจึงเชื่อว่าพม่าได้นำเอาคัมภีร์และตำราต่าง ๆ กลับไปด้วยโดยมิได้เผาทำลายไปหมดดังที่เข้าใจกัน เพราะมีบันทึกที่กล่าวว่าพม่าได้ให้มิชชันนารีแก่ผ้าแล้วเอาคัมภีร์เทินศิระชะไว้ขณะถูกกวาดต้อนไปยังพม่า ซึ่งเชื่อว่าหมอยาไทยก็คงจะถูกกระทำแบบเดียวกัน อีกทั้งภาษาเขียนก็มีความคล้ายคลึงกัน จึงเชื่อว่าแม้ไทยจะถูกทำลายโดยพม่าถึง 2 ครั้ง ก็มิได้ทำให้คัมภีร์ ตำราด้านการแพทย์แผนไทยสูญหายไปหมดสิ้น ดังนั้นเมื่อมีการกอบกู้เอกราชคืนมาจึงสามารถรวบรวมคัมภีร์ ตำราต่าง ๆ ได้โดยง่าย

1.5 สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น ในสมัยรัชกาลที่ 1-3 ซึ่งเป็นยุคทองของการแพทย์แผนไทยอีกครั้งหนึ่ง มีการรวบรวมองค์ความรู้จากทุกมุมเมืองมาเลือกสรรเอาแต่สิ่งที่ดีที่สุดจารึกไว้ในศิลาจารึกซึ่งมีแทบทุกสาขาวิชา มาจารึกไว้ตามศาลารายวัดโพธิ์จึงนับได้ว่าวัดโพธิ์เป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกของเมืองไทยอีกทั้งยังกล่าวได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นแล้วในสมัยนั้นเพราะมีการเผยแพร่ความรู้แก่สาธารณชนให้ประชาชนมาเรียนรู้ด้วยตนเอง ทางด้านการแพทย์ก่อนนำข้อความมาจารึกจะมีการสอบถามตนว่า หมอที่บอกตำรับยานั้นเคยใช้ได้ดีมาก่อนแน่นอน หากว่าไม่จริงขอให้มันเป็นไป เป็นวิธีเดียวในสมัยนั้นที่จะเป็นมาตรฐานด้านองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทยที่จารึกไว้มีตำรายาทุกชนิด โรคต่าง ๆ ที่พบบ่อย ตำราการนวด แผนนวด และรูปปั้นฤาษีตัดตน 80 ท่า นับเป็นพระปรีชาสามารถของพระมหากษัตริย์ไทยที่ทำให้องค์ความรู้แผนไทยอยู่คู่แผ่นดินมาถึงทุกวันนี้

1.6 สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนปลาย ในสมัยรัชกาลที่ 4-5 เป็นระยะที่มีวิกฤติการของการแพทย์แผนไทย โดยเริ่มมีอิทธิพลของการแพทย์แผนตะวันตกผ่านเข้ามาทางมิชชันนารี มีการนำวิธีการผ่าตัดและการฉีดวัคซีนเข้ามา ทำให้การแพทย์แผนไทยเริ่มถูกลดบทบาทลง แม้องค์พระปийมหาราชจะทรงเห็นว่าการแพทย์แผนไทยอาจจะเสื่อมสูญไป จึงได้นำมาสอนในโรงเรียนแพทย์ แต่ในที่สุดก็ไม่สามารถจะผสมผสานกับการแพทย์แผนตะวันตกได้เนื่องจากเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้เรียนและผู้สอนด้วยหลักการแนวคิดและวิธีการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน (เพ็ญนภาทรัพย์เจริญ 2538: 27) จึงยกเลิกการเรียนการแพทย์แผนไทยในโรงเรียนแพทย์ในที่สุด ในปี ค.ศ.

1904 ซึ่งเป็นยุคเดียวกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดียเพิ่งเริ่มบูรณาการขึ้นมาใหม่ ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 6-7 ได้มีการออกกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อแพทย์แผนไทย ทำให้หมอโบราณส่วนหนึ่งได้เลิกประกอบอาชีพไปและมีการเผาดาราทิ้งไปบางส่วนเพราะเข้าใจผิด นับแต่นั้นการแพทย์แผนไทยได้ตกต่ำมาตลอด จนได้รับการฟื้นฟูขึ้นใหม่ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 จนถึงปัจจุบัน เป็นเวลากว่าร้อยปีที่มีการแพทย์แผนไทยได้ถูกรื้อฟื้นขึ้นมาอีกครั้ง

2. ระบบการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน

ถ้าใช้เกณฑ์การจำแนกบนพื้นฐานทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม (Dunn, 1977: 138 - 140) สามารถจำแนกระบบการแพทย์แผนไทยออกเป็น 2 ส่วน คือ

- 2.1 การแพทย์แผนไทย (Thai traditional medicine) และ
- 2.2 การแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine)

2.1 การแพทย์แผนไทย (Thai traditional medicine) หรือ การแพทย์แผนโบราณ เป็นระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของไทยที่มีลักษณะเป็นองค์รวมความรู้และการฝึกปฏิบัติ ในการวินิจฉัย ป้องกันและบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ มีการใช้ทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบแบบแผน มีการสืบต่อความรู้และประสบการณ์โดยการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ บันทึกไว้ในคัมภีร์หรือตำราแบบเก่าและวิธีการบอกเล่า ส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทยได้สังเคราะห์มาจากการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยในที่นี้จะนำมากล่าวเพียง 4 ส่วน คือ

- 2.1.1 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
- 2.1.2 สถานการณ์และปัญหาการแพทย์แผนไทย
- 2.1.3 โครงสร้างสังคมไทยกับการแพทย์แผนไทย
- 2.1.4 วิทยาศาสตร์กับการแพทย์แผนไทย

สำหรับการแพทย์แผนไทย เดิมเรียกว่า การแพทย์แผนโบราณ แต่เนื่องจากในระยะ 5-10 ปี ที่ผ่านมา องค์การภาครัฐ ภาคเอกชน รวมทั้งบุคคลที่มีความประสงค์จะพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ ไม่ต้องการใช้คำว่า "โบราณ" จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า การแพทย์แผนไทยแทน และได้รับความสนใจจากกระทรวงสาธารณสุขในการใช้คำนี้ จึงทำให้คำว่า การแพทย์แผนไทย เป็นที่รู้จักและใช้กันเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์แผนโบราณ เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยมานับพันปีและด้วยวิถีชีวิตที่เป็นชาวพุทธ การดำเนินชีวิตตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย จึงเกี่ยวข้องกับ

ทางพระพุทธศาสนาทั้งสิ้น การแพทย์แผนไทยจึงอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาเป็นหลัก ซึ่งไม่เพียงแต่มีแนวคิดหรือหลักการทางพุทธศาสนาเท่านั้น การแพทย์แผนไทยยังเกี่ยวข้องกับพิธีกรรม การดำรงชีวิตที่เป็นธรรมชาติ มีแบบแผนเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต ความเจ็บป่วยมิได้มองแค่เชื้อโรคที่เรียกว่า "ตัวกมิชาติ" แต่มีสาเหตุมาจากสมุฏฐาน 4 ประการ คือ ธาตุสมุฏฐาน ซึ่งประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ โดยมีดินอย่างน้อย 20 ส่วน น้ำ 12 ส่วน ลม 6 ส่วนและไฟ 4 ส่วน รวม 42 ประการ ธาตุทั้ง 4 อยู่ในภาวะสมดุลทั้งภายในและภายนอก ธาตุภายนอก หมายถึง สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศ มนุษย์กำเนิดในครรภ์ มารดาย่อมเกิดธาตุเจ้าเรือนด้วยอิทธิพลของธาตุบิดาและมารดา พร้อมทั้งอาหารและน้ำที่มารดา ต้มกิน รวมทั้งอิทธิพลของภูมิอากาศขณะปฏิสนธิ เรียกว่า ธาตุสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลของฤดูกาล ฤดูร้อน ฤดูฝน ฤดูหนาวซึ่งมนุษย์ต้องปรับตัวปีแล้วปีเล่า ผ่านร้อน ผ่านฝน ผ่านหนาว ความร้อน และความเย็นที่กายสัมผัสระหว่างรอยต่อแห่งฤดูกาล จะมีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และสามารถสรุปเป็นหลักการทฤษฎีได้ว่า ฤดูร้อน เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ฤดูฝน เจ็บป่วยด้วยธาตุดิน และ ฤดูหนาว เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

นอกจากนี้ยังมี "กาลสมุฏฐาน" ซึ่งหมายถึง อิทธิพลแห่งกาลเวลา ได้แก่ พลังอำนาจแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้เวลาตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีอิทธิพลทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวทุกนาที ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

เวลา 6.00 - 10.00 น. มีอิทธิพลของธาตุน้ำ	เวลา 10.00 - 14.00 น. มีอิทธิพลของธาตุไฟ
เวลา 14.00 - 18.00 น. มีอิทธิพลของธาตุดิน	กลางวัน - กลางคืน เป็นเช่นเดียวกัน

นอกเหนือจากอิทธิพลของดวงอาทิตย์และดวงจันทร์แล้ว ยังมีอิทธิพลของดวงดาวอีกมากมายในสุริยะจักรวาล ซึ่งมนุษย์มีความเชื่อและได้สรุปเป็นองค์ความรู้ เรียกว่า โหราศาสตร์ มีการสืบทอดความเชื่อถือกันมาจนถึงปัจจุบันนี้ อีกประการหนึ่ง คือ "อายุสมุฏฐาน" มนุษย์เกิดมา ต่างมีอายุขัยเป็นไปตามธรรมชาติ มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครหนีได้ การแพทย์แผนไทยแบ่งอายุคนเป็น 3 วัย คือ ปฐมวัย 0-16 ปี มัชฌิมวัย 16-32 ปี และ ปัจฉิมวัยตั้งแต่ 32 ปีจนถึงสิ้นอายุขัย

การเจ็บป่วยในแต่ละวัยจะแตกต่างกันดังนี้ วัยเด็ก (ปฐมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ วัยกลางคน (มัชฌิมวัย) เจ็บป่วยด้วย ธาตุไฟและวัยชรา (ปัจฉิมวัย) เจ็บป่วยด้วย ธาตุดิน

นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของภูมิประเทศที่อยู่อาศัย เรียกว่า "ประเทศสมุฏฐาน" ความว่า คนเราเกิดหรือโตในท้องที่แบบใด ฝนตกชุก แห้งแล้ง น้ำเค็ม หรือภูเขาสูง เนินผา แสดงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อสุขภาพเพียงนัก อย่างไรก็ตามมนุษย์เป็นสัตว์ที่มีความเลิศล้ำทางปัญญา จึงสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติโดยการปรับธาตุให้สมดุล

ประเทศทั่วโลกกำลังมองหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ประหยัด เป็นธรรมชาติและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ดังนั้นการนำการแพทย์พื้นบ้านมาผสมผสานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขถูกขานรับโดยนานาประเทศนานแล้ว การแพทย์แผนปัจจุบันจึงควรมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลหันมาสนใจศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย ร่วมกันค้นหาสิ่งดีงามของการแพทย์ทั้ง 2 แผน นำมาให้บริการแก่ประชาชนเพื่อประโยชน์สูงสุดของคนไข้ แพทย์แผนไทยแพทย์แผนองค์รวมจึงควรได้รับการพิจารณาให้เป็นทางเลือกหนึ่งในยุคโลกาภิวัตน์นี้

2.1.1 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2539: 7-70)

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยในมนุษย์ 2) สาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดจากอิทธิพลอื่น ๆ 3) การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยในมนุษย์ การแพทย์แผนไทย มีความเชื่อคล้ายคลึงกับการแพทย์พื้นเมืองอื่น ๆ ซึ่งสามารถแบ่งความเชื่อได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

(1) เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ได้แก่ เชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ สิ่งที่มีอำนาจ เช่น ผีป่า ปีศาจ เชื่อในเรื่องของเทพเจ้า พระเจ้าจะลงโทษผู้ที่ทำผิดจารีตความเชื่อนี้มีอยู่ทั่วไป แตกต่างกันไปตามที่อยู่และวัฒนธรรมของท้องถิ่น

(2) เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ การเสียสมดุลของร่างกาย อันประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 การเสียสมดุลของความร้อน - เย็น และการเสียสมดุลของโครงสร้างร่างกาย

(3) เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพลังจักรวาล ได้แก่ อิทธิพลของดาวต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งพลังสร้างสรรค์และพลังที่ทำลายสุขภาพ หากพลังใดเหนือกว่าก็จะส่งผลให้สุขภาพดีหรือร้ายไปตามนั้น

การรักษาจึงเป็นไปตามความเชื่อถือมีทั้งการใช้พิธีกรรม ได้แก่ การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การบวงสรวงพระเจ้า การเสียดเคราะห์ต่อชะตา การใช้ยาสมุนไพร และการกินอาหารปรับสมดุลของร่างกาย การนวด การอบ การประคบและการปรับสมดุลทางจิตด้วยสมาธิ ผู้รักษา ได้แก่ หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้านที่มีการเรียน การสืบทอดกันมา ทั้งการเรียนการสอนในสถาบันและจากการสืบทอดความรู้กันมาในครอบครัว หมอแผนไทยในอดีตมีความรู้มากมายหลายสาขาเป็นทั้งผู้ชำนาญการประกอบพิธีกรรม การใช้ยา การนวดและโหราศาสตร์ บางคนเคยได้บวชเรียนจึงเก่งเรื่องนั่งสมาธิ การแพทย์แผนไทยเคยรุ่งเรืองมากในสมัยอยุธยาจนมีผู้ชำนาญเฉพาะทางทำให้มีคัมภีร์ ตำราเฉพาะโรคมากมาย แต่ต้องเสื่อมลงเพราะถูกทำลายโดยสงครามถึง 2 ครั้ง หลงเหลือแต่

ด้วยอาหารและสมุนไพร หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือการฝืนธรรมชาติ เช่น การอดอาหาร การกลั่นแกล้ง บีบคั้น การฝืนอริยาบทหรือ มีอริยาบทผิดปกติ ด้วยท่าต่าง ๆ จนทำให้โครงสร้างร่างกายเสียสมดุลส่งผลให้เกิดการเจ็บปวด การปวดเมื่อย และเกิดผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ นอกจากนี้การกินอาหารไม่ถูกเวลา ไม่ถูกกับธาตุเจ้าเรือน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การกระทบร้อนจัด เย็นจัด การเศร้าเสียใจเกินไปขาดความพอดีเป็นมูลเหตุแห่งการก่อโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถฝึกฝนหาทางออกเพื่อการมีอายุวัฒนะ หรือการแก่อย่างสง่างามและเป็นสุข (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2539: 19-20)

จะเห็นว่าสมดุลแห่งสุขภาพตามทฤษฎีแพทย์แผนไทยเป็นองค์รวมเน้นธรรมชาติ เน้นการทำให้อวัยวะสมดุล แม้มีได้เน้นถึงเรื่องเชื้อโรคแต่ได้เน้นถึงเรื่องการมีพฤติกรรมที่ก่อโรคอย่างทันสมัย เน้นระดับวิทยา อายุ ฤดูกาล เวลา ที่อยู่อาศัย และ พันธุกรรม (ธาตุเจ้าเรือน) สำหรับการบำบัดรักษานั้น แพทย์จะทำการตรวจร่างกายและเน้นข้อมูล วัน เดือน ปี เกิด อายุ เพื่อตรวจดูว่ามีธาตุเจ้าเรือนเป็นอย่างไร มีอาการของธาตุใด นั่นก็คือ ดูความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ว่าธาตุอะไรหย่อน กำเริบ หรือ พิกการเป็นประการใด อาการเจ็บป่วยหากมีการตั้งชื่อไว้และมีแบบแผนการรักษาตามตำราแน่นอน ก็จะแต่งยารักษานั้น หากพบเป็นอาการที่ไม่ชัดเจน จะใช้ทฤษฎีตรวจสอบธาตุ ที่เรียกว่า การคูณธาตุ (คำนวณธาตุ) แล้วแต่งยาหม้อให้ผู้ป่วย จะเห็นว่ายาหม้อสำหรับแต่ละคนไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยยังเน้นการกินอาหารตามธาตุ และเว้นอาหารที่ไม่สอดคล้องกับธาตุ เช่น ธาตุดิน ควรกินอาหารที่มีรสฝาด หวาน มัน เค็ม ธาตุน้ำ ควรกินอาหารรสเปรี้ยว หลีกเลี่ยงอาหารรสมันจัด ธาตุลม ควรกินอาหารรสเผ็ดร้อน และ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด ธาตุไฟ ควรกินอาหารรสขม ไม่ควรกินอาหารรสร้อน เป็นต้น วิธีการรักษานอกจากอาหารและยาสมุนไพรแล้ว ยังมีการอบด้วยสมุนไพร การประคบด้วยสมุนไพร และการนวดไทยซึ่งเป็นศาสตร์ที่มีคุณค่ายิ่งนัก นอกจากนี้ยังมีพุทธศาสนาซึ่งสอนให้ปฏิบัติตนให้มีความสงบทางใจ การมีวัดเกือบครบทุกหมู่บ้านนับเป็นศูนย์รวมจิตใจ ศูนย์กลางของหมู่บ้านหากมีการปฏิบัติธรรมและนั่งสมาธิอย่างจริงจัง คนไทยก็จะมีจิตใจที่สงบมีมัจฉะสมาธิ หรือทางสายกลางในการดำรงชีวิต มีกายานามัยที่สมบูรณ์ จิตตานามัยที่สมบูรณ์ มีชีวิตตานามัยที่เข้มแข็ง

อย่างไรก็ตามการแพทย์แผนไทยแม้มีคุณค่าในการเป็นองค์รวม แต่ก็มีข้อด้อยอีกมาก ได้แก่ ขาดการพัฒนามานาน ขาดข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นสื่อในการเสริมสร้างความเข้าใจกับคนรุ่นใหม่ หมอแผนไทยที่มีคุณภาพมีน้อย มีแนวโน้มที่จะขาดการมองปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่นกัน องค์ความรู้ที่ขาดการสังคายนาจึงควรนำมาศึกษา ตรวจสอบ วิจัยเพื่อยืนยันความมีคุณค่า และนำมาประยุกต์ใช้อย่างจริงจัง มีโรคภัยไข้เจ็บกว่าร้อยละ 70 ที่การแพทย์แผนไทยช่วยแบ่งเบาภารกิจของการแพทย์แผนปัจจุบันลงได้ แนวโน้มของประชาชนไม่ว่าจะเป็นชาวไทยหรือชาวต่าง

ตำรายาเพียงบางส่วน สำหรับหมอที่เหลืออยู่ก็เป็นผู้มีความรู้เฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ บ้างก็ประกอบเฉพาะพิธีกรรม บ้างก็รักษาแต่โรคกระดูก บ้างก็เป็นแต่หมอนวด หมอยา ซึ่งเก่งเรื่องยาไม่ก็ตำรับ มีหมอแผนโบราณบางกลุ่มที่มีการเรียนและการสอบรวมกันตั้งเป็นสมาคม มีการเรียนทฤษฎีมากขึ้น แต่ก็แบ่งเป็นสาขาเช่นกัน เช่น เวชกรรม เกษตรกรรม โดยเวชกรรมจะรวมการนวด การอบและการประคบไว้ด้วย การแบ่งสาขาดังกล่าวอาจนำไปสู่การคิดแบบแยกส่วนไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

2) สาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดจากอิทธิพลอื่น ๆ (นอกเหนือจากความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ) มี 6 สาเหตุ ดังต่อไปนี้ 1) มูลเหตุธาตุทั้ง 4 2) อิทธิพลของฤดูกาล 3) อายุที่เปลี่ยนไป 3 วัย 4) สถานที่อยู่อาศัย 5) อิทธิพลของกาลเวลา 6) พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค

(1) มูลเหตุธาตุทั้ง 4 (ธาตุสมุฏฐาน) ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ อยู่ในภาวะสมดุลที่เกี่ยวข้องกันโดยมี ธาตุดิน 20 ประการ ธาตุน้ำ 12 ประการ ธาตุลม 6 ประการ และธาตุไฟ 4 ประการ

ในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเชื่อว่า คนทุกคนย่อมมี ธาตุเจ้าเรือน ในการเกิดชีวิตใหม่ขึ้น ต้องมีพ่อแม่มีลักษณะของชาย หญิงครบถ้วน โดยให้ความหมายของชีวิตว่าเป็น 5 ธาตุ ได้แก่ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ โดย

รูป หมายถึง รูปร่าง ร่างกาย หรือ สิ่งที่เป็นรูปธรรม ซึ่งในพระไตรปิฎกได้อธิบายว่า รูปมีมหาภูตรูป 4 ได้แก่ ธาตุทั้ง 4 ดิน น้ำ ลม ไฟ และรูปที่เกิดจากมหาภูตรูป ได้แก่ อากาศ ประสาททั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และอารมณ์ทั้ง 4 ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส เป็นต้น

เวทนา ได้แก่ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 และจิตใจ
สัญญา คือ ความจำต่าง ๆ การกำหนดรู้อาการ

สังขาร หมายถึง การปรุงแต่งของจิต ความคิดที่ผูกเป็นเรื่องเป็นราว แต่ส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าสังขาร คือ ร่างกาย

วิญญาณ คือ ความรู้แจ้งของอารมณ์ คนส่วนใหญ่เชื่อว่าวิญญาณ คือ ผี เชื่อว่าเมื่อตายไปวิญญาณออกจากร่างเป็นผี แท้จริงเมื่อตายก็หมดความรู้สึกไม่มีอารมณ์อีก

ลักษณะเจ้าเรือน คือ องค์ประกอบของธาตุที่รวมกันอยู่อย่างปกตินั้นจะมีธาตุอย่างใดอย่างหนึ่งเด่น หรือมากกว่าอย่างหนึ่ง เรียกว่า เจ้าเรือน ซึ่งจะมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละคน โดยแต่ละธาตุหลักทั้ง 4 จะมีลักษณะที่แสดงออกเป็นเจ้าเรือน ดังนี้

ธาตุดินเจ้าเรือน จะมีรูปร่างสูงใหญ่ ผิวค่อนข้างคล้ำ ผมหดดำ เสียงดังฟังชัด ข้อกระดูกแข็งแรง กระดูกใหญ่น้ำหนักตัวมาก ลำสัน อวัยวะสมบูรณ์

ธาตุน้ำเจ้าเรือน มีรูปร่างสมบูรณ์ อวัยวะสมบูรณ์มีส่วน ผิวพรรณสดใส แต่งตั้ง ตาหวาน มีน้ำในตามาก ทำทางเดินมั่นคง ผมดกต่างาม กินช้า ทำอะไรเรื่องช้า ทนหิว ทนร้อนทนเย็นได้ดี เสียงโปร่ง มีลูกดก มีความรู้สึกทางเพศดีแต่มักเฉื่อยและค่อนข้างขี้เกียจ

ธาตุลมเจ้าเรือน จะมีผิวหยาบแห้ง รูปร่างโปร่ง ผอม ผอมบาง กระดูกมักลั่นเมื่อเคลื่อนไหว ขี้จจจา ขี้ขลาด รักษายเหนื่อยเร็ว ทนหนาวไม่ค่อยได้ นอนไม่ค่อยหลับ ช่างพูด เสียงต่ำ ออกเสียงไม่ชัด มีลูกไม่ดก หรือ มีความรู้สึกทางเพศไม่ค่อยดี

ธาตุไฟเจ้าเรือน มักขี้ร้อน ทนร้อนไม่ค่อยได้ หิวบ่อย กินเก่ง มีผมหงอกเร็ว มักหัวล้าน หนังย่น ผม ขน หนาวอ่อนน้อม ไม่ค่อยอดทน ใจร้อน ขี้อกระดุกหลวม มีกลิ่นตัวกลิ่นปากแรง ความต้องการทางเพศปานกลาง

ลักษณะดังกล่าว เป็นลักษณะโดยรวมทุกคนจะมีลักษณะเด่นปนกัน แล้วแต่จะมีลักษณะของธาตุใดมากหรือน้อย หากพิจารณาดูแล้วว่ามีลักษณะค่อนข้างเป็นลักษณะของธาตุใดก็เรียกว่า มีบุคลิกส่วนใหญ่เป็นธาตุนั้น เช่น ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม หรือ ธาตุไฟ

ลักษณะที่เป็นอยู่ปัจจุบันอาจสอดคล้อง หรือ ไม่สอดคล้องกับลักษณะที่เป็นมาตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา เช่น บางคนมีธาตุเจ้าเรือนเดิมเป็นธาตุไฟ ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นธาตุลมทั้งนี้เป็นเพราะการเลี้ยงดู พฤติกรรมการกินและสิ่งแวดล้อมทำให้ธาตุเปลี่ยนไปซึ่งโดยทั่วไปธาตุเจ้าเรือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 6 ปีแรกของชีวิต โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 ซึ่งธาตุดังกล่าวจะแสดงออกด้วยอาการต่าง ๆ การทำความเข้าใจต่อการเสียสมดุลดังกล่าวต้องคำนึงถึงธาตุเจ้าเรือนด้วยว่า ธาตุกำเนิดขณะปฏิสนธิในครรภ์มารดาเป็นอย่างไร บุคลิก ลักษณะนิสัยในปัจจุบันเป็นอย่างไรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อาการที่เจ็บป่วยอยู่เสมอและการเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นอาการของธาตุใด อวัยวะใดกำเจ็บ หย่อน หรือพิการ เป็นการหาธาตุสมุฏฐานว่าเจ็บป่วยด้วยธาตุใดนั่นเอง

(2) อิทธิพลของฤดูกาล (ธาตุสมุฏฐาน) คือ ฤดูต่าง ๆ มีผลทำให้

ร่างกายแปรปรวน โดยช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล เช่น ฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ความเย็นจะเฉียดผ่านเข้าไปและความร้อนเริ่มเฉียดเข้ามา ฤดูร้อนต่อฤดูฝน ความร้อนย่อมเฉียดเข้าไปมีผลต่อธาตุลมที่กำลังจะมาถึงมีผลกระทบ และธาตุลมย่อมเฉียดเข้ากระทบร้อนด้วย ฤดูฝนต่อฤดูหนาว เมื่อถึงช่วงที่อากาศหนาวกำลังจะมาละอองฝนปลายฤดูและธาตุลมเฉียดเข้าสู่ความเย็น ในขณะที่ความหนาวเย็นต้นฤดูหนาวเริ่มเฉียดเข้ามารับลมปลายฤดูฝน สภาวะดังกล่าวมนุษย์ต้องปรับตัวเป็นอย่างมากปีแล้วปีเล่าหากปรับตัวไม่ได้จะเกิดเสียสมดุลทำให้เกิดเจ็บป่วย ร่างกายจึงต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับฤดูกาลต่าง ๆ ให้ได้ ซึ่งมี 3 ฤดู คือ

ก. ฤดูร้อน เจ็บป่วยด้วย ไข้หวัด

ข. ฤดูฝน เจ็บป่วยด้วย ไข้หวัด

ค. ฤดูหนาว เจ็บป่วยด้วย ไข้หวัด

(3) อายุที่เปลี่ยนแปลงไป 3 วัย (อายุสมมุติฐาน) ร่างกายมนุษย์จะ

เปลี่ยนแปลงไปตามอายุวัย มี 3 วัย คือ

ก. ปฐมวัย (อายุ 0-16 ปี) เกิดโรคทาง ไข้หวัด

ข. มัชฌิมวัย (อายุ 16-32 ปี) เกิดโรคทาง ไข้หวัด

ค. ปัจฉิมวัย (อายุมากกว่า 32 ปีขึ้นไป) เกิดโรคทางไข้หวัด

(4) สถานที่ที่อยู่อาศัย (ประเทศสมมุติฐาน) ที่อยู่อาศัยหรือ

สิ่งแวดล้อม เรียกว่า ประเทศสมมุติฐาน มีผลต่อ ชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ ได้แก่

ก. ประเทศร้อน ที่เป็นภูเขาสูง เนินผา เจ็บป่วยด้วยไข้หวัด

ข. ประเทศเย็น ที่เป็นน้ำฝน โคลนตม เจ็บป่วยด้วยไข้หวัด

ค. ประเทศชื้น ที่เป็นน้ำฝน กรวด หวาย เจ็บป่วยด้วยไข้หวัด

ง. ประเทศหนาว ที่เป็นน้ำเค็ม มีโคลนตมเจ็บป่วยด้วยไข้หวัด

เกี่ยวกับสถานที่ บางตำราว่าถิ่นเกิดในบางตำราว่า ถิ่นที่อยู่

อาศัย หมอแผนโบราณบางคนกล่าวว่า ให้พิจารณาที่อยู่อาศัยที่อยู่นานเกิน 6 เดือน การคำนึงถึงที่อยู่อาศัยนั้นหมอแผนปัจจุบันใช้ประกอบการวินิจฉัยเช่นกัน โดยอาศัยว่าถิ่นใดมีโรคใดชุกชุมก็จะคำนึงถึงโรคนั้นเป็นพิเศษ สำหรับการแพทย์แผนไทยเมื่อทราบว่ามีผู้ป่วยอยู่ในท้องถิ่นที่เป็นภูเขาสูง เนินผา เป็นภูมิประเทศไข้หวัดก็จะคำนึงถึงการเจ็บป่วยด้วยไข้หวัดเป็นสำคัญและเมื่อเปลี่ยนที่อยู่อาศัยก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับธาตุของท้องถิ่นนั้น หากปรับไม่ได้ก็จะป่วยไข้จึงต้องกินอาหารที่มีในท้องถิ่นนั้นปรับธาตุอยู่เสมอ

(5) อิทธิพลของกาลเวลา (กาลสมมุติฐาน) คือ สาเหตุการเกิดโรคอัน

เนื่องมาจากเวลา คือ การเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมงในรอบ 1 วัน การที่โลกหมุนรอบตัวเองทำให้

เกิดกลางวัน กลางคืน น้ำขึ้น น้ำลง ซึ่งเกิดจากอิทธิพลแรงดึงดูดของดวงจันทร์ เมื่อใดที่เกิด

จันทร์ปราคา หรือ สุริยุปราคา มักเกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติบนโลกมนุษย์ เช่น เกิดน้ำท่วม

เกิดแผ่นดินไหว นอกจากนี้ยังมีดาวอื่น ๆ อีกมากมายที่คนโบราณได้สังเกตสรุปข้อมูลถึงอิทธิพลไว้

ในตำราสุริยยาตร์

การหมุนรอบตัวเองของโลกใน 24 ชั่วโมง เกิดการแปรปรวนของ

ธาตุต่าง ๆ แตกต่างกันไป คือ เวลา 6.00-10.00 น. และ 18.00-22.00 น. ธาตุน้ำกระทำโทษ มักมีน้ำมูก

ไหล หรือท้องเสีย เวลา 10.00 -14.00 น. และ 22.00 - 02.00 น. ธาตุไฟกระทำโทษมักมีอาการไข้ หรือ

แสบท้อง ปวดท้อง เวลา 14.00-18.00 น. และ 02.00-06.00 น. ธาตุลมกระทำโทษมักมีอาการวิงเวียน ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เป็นลมในยามบ่าย ตัวอย่างโรคที่สัมพันธ์กับเวลา ได้แก่ โรคไหลตาย ซึ่งมักเกิด ช่วง 02.00 - 04.00 น. น่าจะเป็นโรคที่เกี่ยวกับธาตุไฟและธาตุลมหทัยวาตะ อาจเกี่ยวข้องกับการกินอาหารไม่ถูกกับธาตุ และการย้ายสถานที่ ประกอบกับความเครียด

(6) พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค ปัจจุบันมีคนเจ็บป่วยด้วยโรคพฤติกรรม มากขึ้น อาจเกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์และการตามใจตนเองในด้านการกินอาหาร ด้านพฤติกรรม ที่ก่อโรค เช่น การสำส่อนทางเพศ การติดยาต่าง ๆ คนโบราณทราบว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจาก พฤติกรรม และได้สอนให้ยึดหลักมัชฌิมาปฏิปทา คือ การเดินสายกลาง ดังในคัมภีร์โรคนิทาน และตำราอื่น ๆ สรุปได้ดังนี้

- ก. กินอาหารมากหรือน้อยเกินไป กินอาหารไม่ถูกกับโรค ธาตุ
- ข. ผืนอิริยาบถ ยืน เดิน นั่ง ไม่สมดุลทำให้ร่างกายเสียสมดุล
- ค. อากาศไม่สะอาด อยู่ในที่อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป
- ง. การอด ได้แก่ การอดข้าว อดน้ำ อดนอน
- จ. การกลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ
- ฉ. ทำงานเกินกำลังมาก หรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป
- ช. มีความโศกเศร้าเสียใจ หรือ ตีใจจนเกินไป
- ซ. มีโทษมากเกินไป ขาดสติ

3) การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย

(1) การซักประวัติ การแพทย์แผนไทยมีแนวทาง วิธีการวินิจฉัยโรค มีได้ต่างจากการแพทย์แผนอื่นมากนัก กล่าวคือ มีการให้ความสำคัญในเรื่องข้อมูล ประวัติส่วนตัว ของผู้ป่วย ที่ต่างไป คือ ต้องทราบ วัน เดือน ปี เกิดที่ชัดเจนรวมทั้งข้อมูลด้านนิสัย พฤติกรรม ยิ่งได้ ข้อมูลมากยิ่งวินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น

(2) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจการเต้น ของหัวใจ การตรวจใช้ การตรวจดูอวัยวะที่มีอาการ การตรวจเลือดและโครงสร้างร่างกาย การตรวจสิ่งมีคุณกระทำโทษ การตรวจทางโหราศาสตร์ และการคุณธาตุ

(3) การวินิจฉัย นำอาการที่ได้จากการบอกเล่า และตรวจพบมา ประมวล จะสามารถบอกถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยยึดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับตัวสุขภาพ หรือ ตัวควบคุมทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และ ธาตุไฟ ซึ่งในแต่ละธาตุยังมีการแบ่งย่อย ๆ อีก

(4) การรักษา การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวมจึงต้อง พิจารณาปัจจัยเกี่ยวข้องร่วมไปกับการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่

ก. ปัจจัยซึ่งเป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนด ได้แก่ ชาติเจ้าเรือน ฤดูกาลต่าง ๆ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มนุษย์จำเป็นต้องปรับตัวเองโดยการกินอาหารสมุนไพร ยาสมุนไพร และการปรับปรุงพฤติกรรม

ข. ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุก่อโรค ทั้ง 8 ประการ คือ พิจารณาหลีกเลี่ยงการฝืนอิริยาบถจนทำให้ร่างกายเสียสมดุล จะทำให้ธาตุทั้ง 4 เสียสมดุลได้

ค. ใช้ยาหรืออาหารสมุนไพร แก่เพื่อปรับให้ธาตุสมดุลมีหลักคือ

ก) ยาสมุนไพรปรับธาตุ เช่น ยาเบญจกูล

ข) ยาปรับธาตุตามฤดูกาล เช่น ตรึงลา ตรึงสาร

ค) ยาสมุนไพรตามรส รสประธาน 3 รส คือ ร้อน เย็น สุขุม

ง) อาหารสมุนไพรประจำธาตุเจ้าเรือน ตามธาตุ ทั้ง 4 ธาตุ

2.1.2 สถานการณ์และปัญหาการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยที่เคยรุ่งเรืองมากในสมัยกรุงศรีอยุธยาและในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้นได้ลดบทบาทลงไป และถูกกดทางอ้อมโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ระเบียบนั้นหมอยาไทยส่วนมากที่ไม่ทราบข้อมูลและไม่สามารถสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะก็เลิกอาชีพ เผาตำราไปเป็นอันมากด้วยความเข้าใจผิดและเกรงว่าอาจถูกจับส่วนผู้ที่เหลืออยู่ก็ชรามาก ในปัจจุบันมีผู้สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะประมาณ 29,909 คน (ยอดสะสม พ.ศ. 2538) และส่วนหนึ่งได้เสียชีวิตไป ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่และยังคงประกอบอาชีพมีจำนวนน้อย คาดว่ามีจำนวนไม่ถึง 18,000 คน สำหรับหมอพื้นบ้านที่ยังมีความสามารถรักษาโรคได้ เช่น หมอยาสมุนไพร หมอยาแผน หมอเป่า หมอนวด หมอพระหมอผี ยังมีอีกเป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วประเทศ คาดว่ามีประมาณ 1-3 คนต่อหมู่บ้าน นับเป็นความโชคดีหากเราจะฟื้นฟูบทบาทและจัดระเบียบการเรียนการสอน เพื่อให้มีการฟื้นฟูความรู้กันอย่างจริงจังก็จะเป็นการพัฒนาบุคคลเหล่านี้ ให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ระดับหนึ่ง

ในขณะที่บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ดีและมีคุณค่าเหลืออยู่น้อย ภาพลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยในด้านอื่น ๆ ก็ยังจำเป็นต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหา เช่น องค์ความรู้ ตำราซึ่งขาดการรวบรวม การทำยาขาดคุณภาพ วัตถุดิบขาดแคลน เพราะส่วนใหญ่ นำมาจากป่าโดยมิได้มีการปลูกทดแทนป่าจึงถูกทำลายไปเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันเหลือเพียงร้อยละ 26 ที่เป็นป่ายา จึงนับวันจะสูญพันธุ์ไปในที่สุด นอกจากนี้สถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมีน้อยมาก สถานบริการของรัฐยังให้ความสนใจไม่มากพอจึงเป็นเรื่องที่ยากลำบากในการฟื้นฟู และบูรณาการการแพทย์แผนไทยในยุคปัจจุบัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2538: 71-78)

2.1.3 **โครงสร้างสังคมไทยกับการแพทย์แผนไทย** สังคมไทยประกอบด้วยสถาบันหลักหลายสถาบันที่ทำหน้าที่ค้ำจุนสังคม ได้แก่ สถาบันศาสนา สถาบันพระมหากษัตริย์ สถาบันการศึกษา สถาบันการปกครอง สถาบันครอบครัวและสถาบันนันทนาการ สถาบันเหล่านี้ล้วนร้อยรัดกันไว้ด้วยความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ และจะเห็นว่า สถาบันครอบครัว (บ้าน) สถาบันศาสนา (วัด) สถาบันพระมหากษัตริย์ (วัง) ทั้ง 3 สถาบัน ล้วนเป็นสถาบันที่มีบทบาทอย่างยิ่งต่อการเกิด การสืบเนื่อง การดำรงอยู่ และการพัฒนาของการแพทย์แผนไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **สถาบันครอบครัว** จุดเริ่มต้น การนำไปใช้ และการดำรงอยู่ของการแพทย์แผนไทย ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันหนึ่งที่มีบทบาทต่อการแพทย์แผนไทยไม่น้อยกว่าสถาบันอื่น ๆ ครอบครัวเป็นทั้งหน่วยผลิต หน่วยบริโภคการแพทย์แผนไทยในคราวเดียวกัน ในประเด็นของผู้บริโภคจะเห็นว่าการแพทย์แผนไทยจะดำรงอยู่ได้หรือไม่ ขึ้นกับการยอมรับของประชาชนตราบใดที่ยังคงได้รับการยอมรับจากประชาชน การแพทย์แผนไทยก็จะดำรงอยู่คู่กับสังคมไทยตลอดไป ในอดีตที่การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์กระแสหลักของไทย เป็นระบบการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของบรรพบุรุษไทยนั้น เพราะระบบการแพทย์เริ่มต้นภายในครอบครัวโดยมีพ่อ แม่ ทำหน้าที่เป็นผู้รักษา (curers) และผู้ป่วย (patients) คือ สมาชิกในครอบครัว รูปแบบการรักษาที่อาศัยประสบการณ์ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาภายในครัวเรือน เป็นลักษณะการรักษาตนเองโดยเฉพาะวิธีการที่ใช้รักษาดังกล่าวได้รับการยอมรับและแพร่หลายในหมู่เครือญาติ (domestic medicine) แล้วก็แพร่หลายกลายเป็นระบบการรักษาโรคในชุมชน (folk medicine) มีการสั่งสม สืบทอดต่อ ๆ มาระหว่างบุคคลในครอบครัว ระหว่างพ่อกับลูก ครูกับศิษย์ โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกสรรบุคคลที่จะมาสืบทอดอย่างเคร่งครัด หมอแพทย์โบราณและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จึงเป็นบุคคลที่มีจริยธรรมสูง มีคุณสมบัติทั่วไปเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน หรือ ผู้ป่วย ดังจะเห็นว่า หมอเหล่านี้ไม่ได้มีบทบาทจำกัดอยู่เพียงแคเป็นหมอเท่านั้น หมอไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาตามที่ตนต้องการได้ มีเพียงค่าบูชาครูไม่กี่บาท ซึ่งเงินส่วนนี้ก็ต้องนำไปทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้กับครู อาจารย์ต่อไป ดังนั้นอาชีพหมอแผนโบราณจึงไม่สามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้ หมอส่วนใหญ่จึงมีอาชีพหลัก คือ ทำนา การเรียนหมอจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยช่วยสงเคราะห์เพื่อนเป็นครั้งคราว

2) **สถาบันศาสนา** แหล่งรวมองค์ความรู้และเผยแพร่การแพทย์แผนไทย พุทธบัญญัติทำให้พระสงฆ์ จำเป็นต้องมีความรู้ทางแพทย์เพื่อที่จะทำการรักษาภิกษุที่อาพาธ ต้องมีความสามารถในการปรุ้งยาและรู้จักของแสลง ดังนั้น ตำรายาที่พระภิกษุสงฆ์รวบรวมไว้ศึกษาจึงมีมากมาย วัดจึงเป็นแหล่งรวมขององค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งในรูปของบันทึก ใบลาน และสมุดข่อย มีตำรายาและคัมภีร์ทางการแพทย์มากมายที่พระสงฆ์ได้เล่าเรียน จนเกิดความ

ข้าพเจ้าสามารถดูแลตัวเองและให้การรักษากับประชาชนที่เจ็บป่วย ดังนั้น วัดจึงเป็นสถานที่ถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แผนไทยที่เปิดอย่างเป็นทางการ ดังจะเห็นได้จากโรงเรียน สมาคม ชมรม มูลนิธิที่เปิดดำเนินการด้านการเรียน การสอนแพทย์แผนไทย (แผนโบราณ) เกือบทั้งหมดใช้วัดเป็นสถานที่ในการเรียนการสอนทั้งสิ้น เช่น สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งแรกของไทยก็เกิดขึ้นที่วัดเทพธิดาราม เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะ สมาคมที่ดำเนินกิจการแพทย์แผนโบราณเป็นสมาคมที่เกิดขึ้นโดยบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีความเสียสละและห่วงแหน เกรงว่าการแพทย์แผนไทยจะสูญหายไปจากสังคมไทยถ้าไม่มีการถ่ายทอดหรือช่วยกันสนับสนุน คำขวัญ การดำเนินงานทำด้วยใจรักไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและอื่น ๆ จากรัฐ การพึ่งพาสถานที่ของวัดทำให้หมดปัญหาในเรื่องของสถานที่ที่ทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้จำนวนมาก ตั้งแต่สมาคมแห่งแรกที่ตั้งใน พ.ศ.2475 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลาเกือบ 70 ปี วัดก็ยังเป็นที่ตั้งของการแพทย์แผนโบราณอยู่เช่นเดิม จึงกล่าวได้ว่าวัดมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการดำรงอยู่ของการแพทย์แผนไทย

การที่พระสงฆ์สามารถเล่าเรียนการแพทย์ได้นั้น ส่วนหนึ่งเป็นไปตามพุทธบัญญัติ อีกส่วนหนึ่งเพราะพระเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้เนื่องจากมีโอกาสฝึกการเรียนการอ่านภาษาบาลี ยิ่งบวชนานยิ่งมีความแตกฉานในภาษาบาลีมากขึ้น ผู้ใดมีความสนใจตำรายาต่าง ๆ ตำราโหราศาสตร์ และไสยศาสตร์ก็สามารถดัดดวงหาความรู้ได้ พระเหล่านี้เมื่อสึกออกไปก็สามารถนำความรู้ทางการแพทย์ออกไปรักษาตนเอง ครอบครัวและชุมชน กลายเป็นหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง (รุ่งรังษี วิบูลย์ 2537, สุจินดา คุจาวิณิช 2535, ลือชัย สีเงินยวง 2532) ที่กล่าวถึงคุณสมบัติข้อหนึ่งของหมอพื้นบ้าน คือ ผ่านการบวชเรียนมาทั้งสิ้น วัดจึงเป็นแหล่งความรู้ของการแพทย์แผนไทย และเป็นแหล่งสร้างหมอพื้นบ้านที่เป็นฆราวาส และเป็นหมอพระมาจนกระทั่งทุกวันนี้ (เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ 2538: 86-87) และวัดยังเป็นสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วย เช่น วัดหนองหญ้าาง จ.อุทัยธานี วัดโพธิ์ทองบน จ.นนทบุรี วัดสามพระยา กทม. วัดเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาพึ่งพาอาศัย สถานพยาบาลดังกล่าวมีทั้งที่ดำเนินงานโดยพระสงฆ์และฆราวาส โดยในปัจจุบันมีวัดที่มีชื่อเสียงในเรื่องการจำหน่ายยาแผนโบราณอยู่หลายวัด เช่น วัดโพธิ์ วัดสามพระยา วัดมหาธาตุ เป็นต้น สถานที่จำหน่ายยาเหล่านี้เป็นที่รู้จักดี ในหมู่ประชาชนที่นิยมยาไทยที่ปรุงจากสมุนไพร โดยให้เหตุผลว่าที่มาซื้อยาที่วัดเพราะมีชื่อเสียงเรื่องยาไทย มีความศรัทธาและเชื่อถือในตัวพระผู้จำหน่ายว่าเป็นพระจะไม่ค้ำกำไร ไม่ปลอมปนสารปนเปื้อนต่าง ๆ และไม่หลอกประชาชนโดยเอายาที่ไม่มีคุณภาพมาขาย เมื่อกินแล้วได้ผลจึงมีการบอกต่อทำให้ยาแผนโบราณจากวัดดังกล่าวเป็นที่รู้จักกันมากยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าสถาบันศาสนา มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของการแพทย์แผนไทย

3) สถาบันพระมหากษัตริย์กับการแพทย์แผนไทย เป็นสถาบันหนึ่งที่มีบทบาทต่อการดำรงอยู่และการสืบเนื่องของการแพทย์แผนไทย ถึงแม้ว่าในอดีตจะไม่ได้มีบทบาทโดยตรงในการเยียวยาความเจ็บป่วยของประชาชนในระบบมูลนาย เพราะว่ามูลนายมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของไพร่ในสังกัด แต่สถาบันพระมหากษัตริย์มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในกรณีที่เกิดโรคระบาดร้ายแรง ในอดีตพระราชวังเป็นศูนย์กลางของความเจริญรุ่งเรืองทางศิลปะ วัฒนธรรมและวิทยาการทั้งปวงเป็นที่รวมของบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยด้วย โดยหมอหลวงที่จะมาถวายตัวเป็นข้าราชการในราชสำนักล้วนเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษ จึงจะได้รับความไว้วางพระราชหฤทัยให้ทำการรักษา ตำรับยาที่ใช้รักษาทรงโปรดเกล้า ฯ ให้บันทึกไว้ ซึ่งมีการถ่ายทอดและการเรียนรู้ ที่เป็นหลักฐาน คือ การแพทย์แผนไทยฉบับหลวง (หมอหลวง) จึงเป็นการแพทย์ที่ได้รับความเชื่อถือมากกว่าการแพทย์พื้นบ้าน (หมอเชลยศักดิ์) ที่เป็นของราษฎร ผู้ที่รับราชการ เรียกว่า หมอหลวง ส่วนหมอที่รักษาให้ประชาชนทั่วไป เรียกว่า หมอเชลยศักดิ์หรือหมอราษฎร (เพ็ญภาทรพทย์เจริญ 2538: 19) อย่างไรก็ตาม หมอเชลยศักดิ์ก็มีโอกาสเลื่อนฐานะไปเป็นหมอหลวงได้ ในกรณีที่แสดงความสามารถเป็นที่พอพระราชหฤทัยของพระเจ้าแผ่นดิน จึงทำให้เห็นว่ามีมีการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์ระหว่างการแพทย์ของหลวงกับการแพทย์ของราษฎรตลอด เวลา (มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2538 เอกสารประชุมวิชาการ)

นอกจากนี้ "บิดาแห่งการแพทย์แผนไทย" หรือ "หมอพร" ก็เป็นบุคคลในสถาบันพระมหากษัตริย์เช่นกัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2541 เอกสารประชุมวิชาการ)

2.1.4 วิทยาศาสตร์กับการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2540: 23-170) คำว่า "วิทยาศาสตร์" เป็นความรู้เชิงประจักษ์ต้องพิสูจน์ได้ ทดลองได้อย่างชัดเจน เช่น ถ้านำต้นไม้ชนิดหนึ่งมาทำการรักษาจะต้องพิสูจน์ให้ได้ตั้งแต่ในหลอดทดลอง ในสัตว์ที่ใช้ทดลอง และทดลองในคนแล้วปลอดภัย สามารถฆ่าเชื้อได้จริง มีข้อมูลทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความรู้เชิงประจักษ์เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ที่จะบอกว่าการแพทย์แผนไทย หรือสมุนไพรนั้น ๆ สามารถรักษาโรคได้หรือไม่ เช่น ฟ้าทลายโจร ที่คนโบราณใช้ใบ 15 ใบ ชงน้ำกินแก้เจ็บคอกว่า 90% ความรู้เช่นนี้เป็นลักษณะเชิงสังเกต ซึ่งคนโบราณทดลองกินมาแล้ว ว่าชนิดนี้หายแน่ ๆ แต่ถ้าต้องการให้ชัดเจนขึ้นเป็นวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์บางครั้งไม่ไปด้วยกัน เพราะว่าเราไม่สามารถสร้างห้องทดลอง สร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมือนกับร่างกายมนุษย์ที่สุดได้ จึงมีบ่อยครั้งที่สมุนไพรที่คนโบราณใช้ได้ผลดี แต่นำมาทดลองในห้องแล้วไม่ได้ผลหรือให้คำตอบไม่ได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าความรู้เชิงประจักษ์นั้น ๆ จะเป็นผู้พิพากษาตัดสินได้ว่า ความรู้โบราณดังกล่าวไม่มีประโยชน์และห้ามไม่ให้ชาวบ้านกินต่อไป

การแพทย์แผนไทย เป็นแนวคิดแบบองค์รวมในการผสมผสานอย่างดีระหว่างปรัชญาการดำเนินชีวิต ศาสนา และวิทยาศาสตร์แบบสังเกตุ คือ เมื่อมนุษย์เกิดมาจะต้องประกอบด้วยความเป็นชาย/หญิงและจิตวิญญาณ ในวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ไม่กล่าวถึงวิญญาณ แต่การแพทย์แผนไทยมีความคิดเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตายและมีวิญญาณ มนุษย์เมื่อเกิดมาก็จะมีลักษณะเฉพาะตัว เรียกว่า ธาตุเจ้าเรือน ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลมและธาตุไฟ

จะเห็นว่าความเป็นวิทยาศาสตร์กับการแพทย์แผนไทยนั้น แท้ที่จริงมีอยู่แล้วแต่เป็นวิทยาศาสตร์แบบสังเกตุที่คนโบราณได้สังเกตุประสบการณ์ วิธีการในการดูแลสุขภาพแบบลองผิดลองถูกตั้งแต่การพึ่งตนเองแบบไม่ใช้ยา เช่น การบริหารร่างกายแบบฤๅษีดัดตน การนวด การอบ การประคบ การใช้ยาและอาหารสมุนไพร กรรมวิธีต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นวิทยาศาสตร์แบบสังเกตุขั้นพื้นฐานที่ทำให้คนไทยอยู่รอดจนถึงทุกวันนี้

การวิจัยทางการแพทย์แผนไทย พัฒนาการของงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและแนวทางการรักษา มีดังนี้

1) การวิจัยเพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยา ช่วงแรกงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยเน้นที่การวิจัยสมุนไพรเดี่ยวเพื่อพัฒนาเป็นยาแผนปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2487 นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ริเริ่มงานวิจัยสมุนไพรโดยใช้ขบวนการทางวิทยาศาสตร์และประสานแนวคิดการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่สมุนไพรมีหลายชนิดและงานวิจัยสมุนไพรมีองค์ประกอบหลายด้านซึ่งประกอบด้วย นโยบายและทิศทางของงานวิจัยสมุนไพรรวมทั้งการนำสมุนไพรไปใช้ประโยชน์ในด้านสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การวิจัยสมุนไพรในระยะเริ่มต้นเป็นลักษณะต่างคนต่างทำไม่มีการประสานงานกัน โดยจากการรวบรวมโครงการและงานวิจัยสมุนไพรต่าง ๆ นั้นไม่พบว่ามีการศึกษาเพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยาแผนปัจจุบันอย่างครบวงจรแม้แต่เรื่องเดียว มีเพียง 20 ชนิดเท่านั้น ที่มีที่ศึกษาวิจัยในหลายสาขาวิชา ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 กองวิจัยและพัฒนาสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีการสัมมนาระดับชาติเรื่อง "การพัฒนาจากสมุนไพร" ทำให้ได้ข้อสรุป คือ นโยบายการพัฒนาสมุนไพรต้องเป็นนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนและทุกฝ่ายต้องปฏิบัติตามนโยบายนั้น การพัฒนาต้องมีการจัดตั้ง "องค์การประสานงานการพัฒนาสมุนไพรแห่งชาติ" เพื่อเป็นหน่วยสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร นอกจากนี้ องค์การที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เช่น สถาบันวิจัยแห่งชาติได้รวบรวมงานวิจัยและหัวข้อการวิจัยสมุนไพรเพื่อจัดระบบข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาสมุนไพรต่อไป ส่วนทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐได้พยายามผลักดัน และส่งเสริมให้เกิดการศึกษาวิจัยสมุนไพรอย่างครบวงจร โดยคำนึงถึงสมุนไพรที่มีศักยภาพในการพัฒนาเป็นยาแผนปัจจุบัน

ในปี พ.ศ.2528-2531 โครงการช่วยเหลือจากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (GTZ) สนับสนุนโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานมีสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานเป็นแกนกลางในการบริหารงาน โดยโครงการนี้มีเป้าหมายในการผลิตและพัฒนาตำรับยาสมุนไพร 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทลายใจร วานหางจรเข้ และพญาขอ เพื่อเป็นยาสมุนไพรทดลองใช้ในโรงพยาบาล

2) การวิจัยสมุนไพรเพื่อการพัฒนาเป็นยาไทย (ยาแผนโบราณ) การนำวิธีทางวิทยาศาสตร์มาศึกษาวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพยาไทย ยังไม่มีแนวคิดและนโยบายที่ชัดเจนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการควบคุมคุณภาพยาไทย พัฒนารูปแบบยาไทยเพื่อความสะดวกในการใช้ ซึ่งกองวิจัยทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ศึกษาวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพยาไทยหลายด้าน ผลงานวิจัยที่สำคัญ คือ

(1) ด้านพฤกษศาสตร์และด้านเภสัชเวท มีการตรวจสอบเอกลักษณ์ของสมุนไพรหลายชนิดซึ่งเป็นวัตถุดิบของยาไทยที่มีการใช้บ่อย

(2) ด้านพิษวิทยา มีการวิจัยแยกสารสำคัญ ตรวจวิเคราะห์คุณภาพและปริมาณของสมุนไพรที่ใช้บ่อยในการผลิตยาไทย

(3) ด้านเภสัชวิทยา มีการวิจัยเพื่อยืนยันสรรพคุณยาไทย เช่น ยาหอมยาที่รักษาหอบหืด วิจัยและทดสอบพิษวิทยาเฉียบพลันและกึ่งเรื้อรังในยาดำรับ เช่น ประสะมะแว้ง

(4) การทดลองผลิตยาไทย ศึกษาการผลิตและปรับปรุงรูปแบบยา

(5) การตรวจสอบคุณภาพยาไทย มีการตรวจวิเคราะห์จุลินทรีย์ เช่น เชื้อรา แบคทีเรียของสมุนไพรและยาไทยที่จำหน่ายในตลาด

3) การศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทยในเชิงสังคมศาสตร์ ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาสมุนไพรเพื่อให้เป็นยาแผนปัจจุบัน แต่ความนิยมของประชาชนโดยเฉพาะในชนบทนิยมใช้สมุนไพรในแบบของต้นสด ยาต้ม ยาสุกกลอน ตลอดจนรักษาแบบพื้นบ้านอื่น ๆ เช่น การใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับการเป่า หรือการใช้สมุนไพรควบคู่กับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ดังนั้นในทศวรรษที่ผ่านมาจึงได้เกิดมีบทความและงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านด้านสังคมศาสตร์มากขึ้น งานวิจัยดังกล่าวมีความพยายามอธิบายถึงการมองโรคภัยไข้เจ็บของคนในแต่ละสังคม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ดังนั้นปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วยแต่ละชนิดในแต่ละสังคมจึงแตกต่างกันความเข้าใจในเชิงสังคมศาสตร์เหล่านี้ จะช่วยให้การพัฒนาสมุนไพร และการแพทย์แผนไทยมีความสอดคล้องกับความเป็นจริงยิ่งขึ้น

องค์การอนามัยโลก เป็นองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการแพทย์แผนไทย และภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนมาโดยตลอด โดยในปี พ.ศ.2532 ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานประสานการสนับสนุนโครงการวิจัยศึกษายภาพหมอพื้นบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน โครงการพัฒนาเทคนิคการผลิตยาไทย โครงการพัฒนารูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

ในปี พ.ศ.2536 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยขึ้นโดยมีบทบาทเป็นศูนย์กลางการพัฒนา การประสานงาน การสนับสนุน และความร่วมมือทางด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับด้านการศึกษาวิจัย สถาบันการแพทย์แผนไทยจะมีบทบาทในการพัฒนาและสนับสนุนอย่างชัดเจนโดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย และหัวข้อการวิจัยที่มีความสำคัญสูงเพื่อให้มีการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

(1) การศึกษาประวัติและวิวัฒนาการของการแพทย์แผนไทย การวิจัยประเด็นนี้จะให้ภาพของประวัติและพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนพอสมควร

(2) การศึกษาด้านเวชกรรม แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ

ก. การศึกษาการแพทย์แผนไทย มีการศึกษา 2 ระบบ คือ

ก) องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย มีการศึกษาค้นคว้าไม่มากนัก ผู้วิจัยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่ทำงานด้านนี้โดยตรง การศึกษาด้านนี้ยังต้องการอีกมากเพื่อเป็นการพิสูจน์และสร้างการยอมรับจากสังคม

ข) การนำการแพทย์แผนไทยไปประยุกต์ใช้ ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน ในช่วงปี พ.ศ.2534

ข. การศึกษาการนวดแผนไทย มีการศึกษาเป็น 2 ประเด็น คือ

ก) การศึกษาองค์ความรู้ของการนวดไทย มีการศึกษาเฉพาะประเด็นขององค์ความรู้ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อตรวจสอบองค์ความรู้ผลงานวิจัยให้คำตอบที่ชัดเจนแล้วว่า การนวดแผนไทยมีผลดีสามารถใช้แทนยาแก้ปวดและรักษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบางอย่างได้

ข) การประยุกต์ใช้การนวดไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีการศึกษาไม่มากนัก จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลวิธีการนำการนวดแผนไทยไปใช้ในโรงพยาบาลหรือในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างมีประสิทธิภาพ

ค. การศึกษาเกี่ยวกับการอบ การประคบสมุนไพร มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการอบ การประคบค่อนข้างน้อย ควรวิจัยให้มากกว่านี้

(3) การศึกษาทางด้านเภสัชกรรม แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น

ก. การศึกษาทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน

ข. การศึกษาทางด้านเภสัชวิทยาและคลินิก เป็นงานที่ภาครัฐให้ความสนใจมากที่สุด

ค. การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ยาไทย ในตำรับที่ได้รับการนิยมสูงจากประชาชน รวมทั้งการพัฒนารูปแบบให้มีการใช้ได้สะดวกขึ้น

ง. การศึกษาสมุนไพรทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.2 การแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine) (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2538: 18 - 28, 68-71) การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ท้องถิ่น (Local medicine system) มีการใช้การสั่งสม และถ่ายทอดกันในชุมชนเฉพาะท้องถิ่น มีความหลากหลายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ทางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การแพทย์พื้นบ้าน

2.2.2 การแพทย์พื้นบ้านกับสังคมไทย

2.2.3 ระบบการแพทย์พื้นบ้าน

2.2.4 ข้อดีของการแพทย์พื้นบ้าน

2.2.5 การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะบางอย่างที่แตกต่างกัน ดังที่แสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ความแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์แผนไทย	การแพทย์พื้นบ้าน
- เป็นระบบการแพทย์แบบภูมิภาค (Regional medical system) ที่มีการพัฒนาจนเป็นระบบ	- เป็นระบบการแพทย์แบบท้องถิ่น (Local medical system) ที่มีการสืบทอดกันในชุมชน
- มีการบันทึกองค์ความรู้ทางการแพทย์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร	- ไม่มีการบันทึกองค์ความรู้ที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการ
- มีระบบการเรียนการสอน และการสืบทอดที่ค่อนข้างมีแบบแผน	- ระบบการเรียน การถ่ายทอดขึ้นอยู่กับตัวหมอพื้นบ้าน
- หมอในระบบนี้ส่วนใหญ่มีแบบแผนการรักษาที่เหมือนกัน	- แบบแผนการรักษามีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคม วัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์
- เป็นระบบการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับที่เป็นทางการจากรัฐ โดยยอมรับเฉพาะบุคลากร ที่ผ่านการทดสอบจากกระทรวงฯ ให้ ทำการรักษาได้ในขอบเขตที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น	- เป็นระบบการแพทย์ที่ไม่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการจากรัฐ แต่ยังมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ที่มา: สาธารณสุข, กระทรวง กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์แผนไทย "คู่มือการอบรมการแพทย์แผนไทย" โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2538: 20

2.2.1 การแพทย์พื้นบ้าน มนุษย์ในแต่ละสังคมต่างก็มีวิถีเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บด้วยวิธีที่ต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบความเชื่อ สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ความเจริญทางเทคโนโลยี การติดต่อแลกเปลี่ยนกับวัฒนธรรมอื่น ๆ ซึ่งวิธีการเอาชนะความเจ็บป่วยนี้ได้พัฒนามาจนกลายเป็นระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน (Local medical system) เมื่อพิจารณาระบบการดูแลสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม ก็จะพบว่า ในแต่ละสังคมจะประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ ที่เรียกว่า พหุลักษณะการแพทย์ (Medical pluralism) ในสังคมไทยก็เช่นกันเรามีทั้งการแพทย์แผนตะวันตก (Western medical system) หรือ การแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ เรียกว่า การแพทย์แผนใหม่ ระบบการแพทย์แผนไทย (Thai traditional system) หรือ การแพทย์ท้องถิ่น (Local medical system) หรือ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งในระบบการแพทย์พื้นบ้านเองก็มีความหลากหลายแตกต่างกันในรายละเอียด

2.2.2 การแพทย์พื้นบ้านกับสังคมไทย การแพทย์พื้นบ้าน เป็นระบบการรักษาโรคแบบประสพการณ์ของชุมชนที่ได้สั่งสมสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นระบบการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของชุมชนมาเป็นเวลานาน มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน มีรูปแบบการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเข้าใจได้ง่าย

ก่อนที่การแพทย์แผนปัจจุบันจะเข้ามาสู่สังคมไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยได้ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนมาโดยตลอด มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์สามารถอ้างอิงได้ไปจนถึงสมัยสุโขทัย (เสาวภา พรสิทธิ์ และคณะ 2538) และเมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาในสังคมไทยได้รับการสนับสนุนจากชนชั้นปกครองมาโดยตลอด ทำให้มีความเจริญก้าวหน้าและแพร่ขยายไปอย่างกว้างขวาง ประชาชนได้รับการปลูกฝังค่านิยมอยู่ตลอดว่า การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักประกันทางสุขภาพที่ดีกว่าที่จะรักษาด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยก็ยังเป็นการแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) ที่ประชาชนเป็นจำนวนมากยังสามารถพึ่งพิงได้ในระดับหนึ่ง อันเป็นการแบ่งเบาผู้ป่วยไม่ให้นำมาเป็นภาระของโรงพยาบาลมากเกินไป (อวย เกตุสิงห์ 2421: 11) ซึ่งจากการสำรวจการยอมรับการแพทย์พื้นบ้านของบุคลากรสาธารณสุขในปี 2532 พบว่าการแพทย์พื้นบ้านสามารถใช้ในการสาธารณสุขมูลฐานได้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532)

อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับแล้วว่าการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นระบบการแพทย์ที่มีราคาแพง และต้องพึ่งพิงเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์จากต่างประเทศ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ดังนั้น การหันกลับไปศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพของการแพทย์พื้นบ้านของชุมชน ย่อมเป็นสิ่งควรพิจารณา เพราะตามทัศนะของชาวบ้านนั้นการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้แยกออกจากการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเด็ดขาด แต่ดำรงอยู่อย่างเกื้อกูลกันและกัน ดังนั้น การพัฒนาสาธารณสุขจึงควรพัฒนาการแพทย์ทุกระบบไปพร้อม ๆ กัน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้เลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเอง

2.2.3 ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เมื่อจะศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้านจำเป็นต้องศึกษาองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ๆ ของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมี 4 ประการ ได้แก่

1) องค์ความรู้เรื่องความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ตามแนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์พื้นบ้าน สามารถแบ่งสาเหตุของความเจ็บป่วย (Disease etiologies) ออกเป็น 2 ระบบ (Foster 1978, 53-54) ได้แก่

(1) การเจ็บป่วยที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (Personalistic medical systems) สิ่งเหนือธรรมชาติที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ในการรับรู้ของชาวบ้านมีหลายรูปแบบดังนี้ (รุ่งรังษี วจินุชชัย 2538: 62-69) เช่น

ก. การเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของผี ในความเชื่อของชาวบ้าน ผีที่ทำให้เกิดโรคมียหลายประเภท ได้แก่ ผีแถน ผีบรรพบุรุษ ผีเจ้าที่ (ผีปู่ตา ผีนา)

ข. การเจ็บป่วยที่เกิดจากกรรมหรือกฎแห่งกรรม

ค. การเจ็บป่วยที่เกิดจากไสยศาสตร์ โดยเชื่อว่า พลังอำนาจเวทมนต์ คาถา ทำให้เจ็บป่วยได้

ง. การเจ็บป่วยที่เกิดจากวิถีโคจรและตำแหน่งของดวงดาว

จ. การเจ็บป่วยจากการละเมิดขนบธรรมเนียมประเพณีสังคม

(2) การเจ็บป่วยที่เกิดจากธรรมชาติ (Naturalistic medical systems) การอธิบายถึงการเจ็บป่วยในระบบนี้ ไม่ใช่เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลแต่เป็นการอธิบายว่า เป็นเรื่องของการเสียสมดุลของร่างกายตามอายุ และเงื่อนไขของแต่ละบุคคล ตามสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสังคมของคน ๆ นั้น เช่น การเจ็บป่วยจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 เป็นต้น

2) วิธีการรักษา กระบวนการรักษาของหมอพื้นบ้านทุกประเภทมีขั้นตอนการรักษาลึก ๆ ไม่แตกต่างกันสามารถแบ่งเป็นขั้นตอนได้ 4 ขั้นตอน (รุ่งรังษี วจินุชชัย 2538: 98)

(1) ขั้นตอนการตั้งคาย หรือ เครื่องบูชาครู ประกอบด้วยขัน 5 ได้แก่ ดอกไม้สีขาว 5 คู่ เทียน 5 เล่ม และเงินค่าคายจำนวน 6,12 หรือ 25 แล้วแต่ประเภทของหมอ

(2) ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค เมื่อผู้ป่วยนำคายมาบูชาครูแล้วหมอมจะทำการวินิจฉัยโรคตามวิธีการของหมอแต่ละประเภทซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกันไป

(3) ขั้นตอนการรักษาเมื่อวินิจฉัยโรคแล้วหมอมจะทำการรักษาตามวิธีของตนโดยอาจใช้สมุนไพร การเป่าเสก ทาน้ำมัน ทำพิธีขับไล่ผี หรือพิธีสู่ขวัญ กรณีที่ไม่หายก็จะแนะนำผู้ป่วยให้ไปรักษาแบบอื่นต่อไป

(4) ขั้นตอนการปลงคายหรือสมนาคุณ เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้วก็จะยกเครื่องบูชาครูให้กับหมอ อันประกอบด้วย ดอกไม้สีขาว 5 คู่ เทียน 5 เล่ม ผ้าชิ้น 1 ผืน และเงินสมนาคุณตามฐานะของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีฐานะยากจนสิ่งของที่ให้ปลงคายอาจเป็นเพียงอาหารและสิ่งของเล็ก ๆ น้อย ๆ

3) หมอพื้นบ้าน การจำแนกหมอพื้นบ้านโดยใช้เกณฑ์ตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

(1) ประเภทของหมอพื้นบ้านที่รักษาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากสิ่งเหนือธรรมชาติ มี 3 ประเภท ได้แก่

ก. หมอธรรมหรือ หมอสงฆ์ จะทำหน้าที่ตรวจสอบสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการกระทำของผีหรือไม่ โดยใช้วิธีนั่งทางใน หลังจากทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยแล้วชาวบ้านจึงไปรับการรักษาตามสาเหตุการเจ็บป่วยนั้น ๆ

ข. หมอรำผีฟ้า เป็นหมอที่รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยทั่วไป ขั้นตอนการรักษา เริ่มต้นด้วยการจุดดอกไม้ ธูปเทียน และจัดเครื่องเซ่นบูชาผีฟ้า หมอและผู้ป่วยแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สวยงาม จากนั้นหมอจะเชิญผีฟ้าลงมาประทับทรง เมื่อประทับทรงแล้วก็จะรำร่ายอย่างสวยงาม หมอจะทำหน้าที่เจรจากับผู้ป่วยเพื่อเกลี้ยกล่อมให้ผีที่สิงอยู่ออกไป ขณะนั้นผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนถูกผีสิง จะพูดจาได้ตอบว่าตนเป็นใคร ต้องการอะไร ญาติพี่น้องจะสนองตอบตามความต้องการของผีทันที ผีจะออกจากร่างของผู้ป่วยวิญญาณผีฟ้าก็เข้าไปแทนที่ จากนั้นผู้ป่วยก็ลุกขึ้นเพื่อนำไปตามเสียงแคนซึ่งเป็นเครื่องบ่งบอกว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติ

ค. หมอสูชวีญหรือหมอสงฆ์ชวีญ ชวีญเป็นส่วนสำคัญในร่างกาย ถ้าชวีญหายหรือชวีญไม่อยู่กับตัวอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ หมอชวีญเป็นผู้ทำหน้าที่สูชวีญเพื่อให้ชวีญมาอยู่กับเนื้อกับตัว เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในครอบครัวและชุมชน หมอชวีญก็จะผูกแขนผู้ป่วยด้วยฝ้ายขาว หรือทำพิธีสูชวีญและสงเคราะห์ให้แก่ผู้ป่วย

(2) ประเภทของหมอที่รักษาความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากธรรมชาติ มี 3 ประเภท ได้แก่

ก. หมอสมุนไพร ภาคอีสาน เรียกว่า หมอฮากไม้ เป็นหมอที่รักษาผู้ป่วยโดยอาศัยความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดกันมา โดยใช้ยาที่ได้จากสมุนไพรเป็นหลักในการรักษาและอาจมีการใช้คาถาเป็นส่วนประกอบด้วย ในจำนวนหมอพื้นบ้านทุกประเภทหมอสมุนไพรเป็นหมอที่มีบทบาทในการรักษามากที่สุด (เสาวภา พรศิริพงษ์ 2538: 34)

ข. หมอกระดูก ทางภาคอีสาน เรียกว่า หมอน้ำมันเป็นหมอที่มีบทบาทในการรักษาเกี่ยวกับกระดูก ปัจจุบันสถิติของอุบัติเหตุที่เกิดจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ได้ทวีจำนวนมากขึ้น ทำให้หมอกระดูกเหล่านี้มีส่วนในการแบ่งเบาภาระของแพทย์แผนปัจจุบัน (ธรรมาอ่อนชมจันทร์ และคณะ 2537) ขั้นตอนในการรักษาเมื่อกระดูกหักหมอจะใช้วิธีเข้าเฝือกไม้ไผ่ และใช้น้ำมันทาประสานเพื่อช่วยประสานกระดูกให้เข้าที่อย่างเดิม รวมทั้งการเป่าคาถาเพื่อช่วยเพิ่มกำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วย

ค. หมอนวด ทางอีสาน เรียกว่า หมอเอ็น หรือ หมอจับเอ็น (รุ่งรังษี วิบูลย์ 2538: 77) เกี่ยวกับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คอตกหมอน เน้นการจับเส้นเอ็นตาม

ร่างกายทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวหายจากอาการปวดเมื่อยได้ หมอนวดเป็นหมอนอีกประเภทหนึ่งที่ยังมีบทบาทในการให้บริการประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

4) ผู้ป่วยที่มารับการรักษา จากผลการวิจัยต่าง ๆ (รุ่งรังษี วิบูลชัย 2538, สมทรง ณ นคร 2535, สุจินดา คูจารีวินิช 2535, พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ 2530) พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษากับหมอนพื้นบ้านส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและไม่มีอาชีพทำนา โดยมีแบบแผนการรักษา 3 แบบ ดังนี้

(1) แบบแผนแรก เมื่อประเมินอาการเจ็บป่วยว่ารุนแรงผู้ป่วยจะไปหาแพทย์แผนปัจจุบันทันที ถ้ารักษาแล้วไม่ทุเลาก็อาจสงสัยว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นอาจมาจากการกระทำของผี ญาติจะนำผู้ป่วยไปหาหมอธรรมเพื่อส่องดูว่าผีตนใดทำให้เกิดการเจ็บป่วย ถ้าพบว่าเกิดจากการกระทำของผีก็จะทำพิธีแก้ ไล่ผีหรือขอขมา ผู้ป่วยเชื่อว่าพิธีดังกล่าวจะช่วยให้ผีบันดาลให้ยาและการรักษาของหมอแผนปัจจุบันถูกกับโรคที่เป็นอยู่และหายในที่สุด แต่ถ้าไม่ใช่ก็จะรักษากับหมอแผนปัจจุบันต่อไป หรืออาจหาสถานที่รักษาใหม่ แบบแผนนี้เป็นแบบแผนที่พบมากที่สุด

(2) แบบแผนที่สอง เมื่อประเมินอาการเจ็บป่วยว่ารุนแรงมาก หรือรุนแรงปานกลาง แล้วผู้ป่วยจะรับการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและแผนพื้นบ้านควบคู่กัน ถ้ารักษาอย่างไรก็ไม่หาย ญาติก็จะนำผู้ป่วยไปหาหมอสู่ขวัญเพื่อจัดพิธีสู่ขวัญให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติที่จะเผชิญโชคร้ายต่อไป แบบแผนนี้พบมากพอ ๆ กับแบบแผนที่หนึ่ง

(3) แบบแผนที่สาม เมื่อประเมินอาการเจ็บป่วยแล้วเชื่อว่าน่าจะเป็นจากการกระทำของผีก็จะไปหาหมอธรรม เพื่อส่องดูว่าเกิดจากการกระทำของผีจริงหรือไม่และเป็นผีตนใดเพื่อจะได้ทำพิธีแก้ได้ถูกต้อง ถ้าไม่ได้เกิดจากผีหมอธรรมก็จะเป็นผู้แนะนำว่าควรจะไปรับการรักษาแบบใด อาจเป็นหมอแผนปัจจุบัน หรือหมอนพื้นบ้านก็ได้ แบบแผนนี้พบน้อยที่สุด

2.2.4 ข้อดีของการแพทย์พื้นบ้าน แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะเด่นที่มองความเจ็บป่วยแบบองค์รวม ไม่แยกกายและจิตใจออกจากกัน ไม่แยกปัจเจกบุคคลออกจากสังคม แต่เมื่อพิจารณาในด้านความน่าเชื่อถือ พบว่าการแพทย์พื้นบ้านมีข้อดีบางประการ ได้แก่

1) เป็นระบบการแพทย์ที่ขาดการบันทึก ขาดข้อมูลทางสถิติ ขาดข้อมูลที่ระบุถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน

2) การวัดประสิทธิผลการรักษา โดยพิจารณาจากความพึงพอใจ และความคาดหวังของผู้รับการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่ได้ เพราะความรู้สึกดังกล่าวเป็นเรื่องที่วัดได้ยาก ดังนั้น การวัดประสิทธิผลการแพทย์พื้นบ้านนอกจากจะพิจารณาจากมิติทางสังคมวัฒนธรรมแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีหลักฐานทางการแพทย์มาพิสูจน์ความน่าเชื่อถือนั้นด้วย

(Foster 1978: 125-126)

3) ขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านถูกละเลยไม่ได้รับความเอาใจใส่จากรัฐเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้องค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านหยุดนิ่ง ไม่มีการพัฒนาให้ก้าวทันกับโรคภัยไข้เจ็บใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

2.2.5 การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย การแพทย์พื้นบ้านยังคงดำรงอยู่ในทุกประเทศ ซึ่งลักษณะของการดำรงอยู่ร่วมกันระหว่างการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนปัจจุบัน ในระบบการให้บริการสาธารณสุขของรัฐ โดยทั่ว ๆ ไปดำรงอยู่ใน 4 ลักษณะ คือ (อาทร รวีไพบูลย์ : นปป.)

1) ระยะเวลาขาด (Monopolistic system) เป็นระบบให้สิทธิตามกฎหมายในการรักษาผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันแต่เพียงกลุ่มเดียว แต่ในความเป็นจริงก็มีการใช้การแพทย์พื้นบ้านในหมู่ประชาชน รัฐจึงจำยอมรับความเป็นจริงอย่างไม่เป็นทางการ โดยประเทศที่มีระบบนี้ ได้แก่ ประเทศในยุโรป อเมริกา รวมทั้งอดีตอาณานิคมของประเทศเหล่านั้น

2) ระบบจำยอม (Tolerant system) ระบบที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบบริการสาธารณสุขของชาติ และในระบบประกันสุขภาพ แต่ก็ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลที่จะเลือกใช้บริการทางการแพทย์ได้ จึงยอมรับบุคลากรที่ให้บริการด้วยระบบการแพทย์พื้นบ้านที่ผ่านการทดสอบจากหน่วยงานของรัฐให้ทำการรักษาได้ในขอบเขตที่กำหนด แต่ระบบประกันสุขภาพไม่ยอมให้ใช้จ่ายในส่วนนี้ ตัวอย่างประเทศที่มีระบบนี้ คือ ไทย อังกฤษ และเยอรมัน

3) ระบบคู่ขนาน (Parallel system) เป็นระบบที่การแพทย์ทั้ง 2 แบบได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการและเท่าเทียมกัน แต่ต่างคนต่างปฏิบัติไม่มีการผสมผสานกัน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ อินเดีย ปากีสถาน ศรีลังกา และพม่า

4) ระบบผสมผสาน (Integrated system) เป็นระบบที่การแพทย์ทั้ง 2 แผนผสมผสานกลมกลืนกันเป็นระบบเดียว ตั้งแต่การเรียนการสอนบุคลากรทางการแพทย์ไปจนถึงการปฏิบัติงาน ประเทศที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ จีน เนปาล และเกาหลีเหนือ

เมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันได้ขยายขอบเขตการให้บริการอย่างกว้างขวาง ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันกลายเป็นการแพทย์กระแสหลักของไทย ในขณะที่การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไม่ได้รับการเหลียวแลและสนับสนุนจากรัฐเท่าที่ควร การดำรงอยู่ของระบบบริการสาธารณสุขของไทยจึงเป็นระบบจำยอม ส่วนจะพัฒนาขึ้นมาเป็นระบบคู่ขนานหรือระบบผสมผสานหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับนโยบายของของรัฐว่าจะสนับสนุน และเห็นประโยชน์ของการแพทย์อื่น ๆ นอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันหรือไม่ ถึงแม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะอยู่ในระบบจำยอม แต่จากข้อเท็จจริงก็ปรากฏว่ายังมีชุมชนในชนบทอีกเป็นจำนวนมากที่ยังนิยมการแพทย์พื้นบ้าน และ

จากการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้การแพทย์พื้นบ้านสามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหนียวแน่นในชุมชนดังกล่าว ก็พบปัจจัยที่สำคัญดังต่อไปนี้ (รุ่งรังษี วิบูลชัย 2538: 202-208)

1) ปัจจัยหลัก 5 ปัจจัย ได้แก่

(1) ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน รูปแบบและวิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานะทางเศรษฐกิจของชาวบ้าน มีขั้นตอนในการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและที่สำคัญ คือ ไม่แบ่งแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวและญาติพี่น้อง

(2) ลักษณะการเจ็บป่วยและประสิทธิภาพการรักษามีความเจ็บป่วยบางประเภทที่ชาวบ้านเชื่อว่าต้องรักษากับหมอพื้นบ้านเท่านั้นจึงจะหาย เช่น ไข้หนักไม่ (ไข้รากสาด) และโรคกำเริด ทุ่งวัด เป็นต้น และการแพทย์พื้นบ้านก็มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคดังกล่าวได้ค่อนข้างดี

(3) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ที่สอดคล้องกันระหว่างหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย ที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากอำนาจเหนือธรรมชาติ และจากธรรมชาติ

(4) ลักษณะทางสังคมที่เอื้ออำนวย ต่อการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้าน ได้แก่ ระบบสังคมแบบเครือญาติและระบบอาวุโสที่เหนียวแน่น เนื่องจากการเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลแต่เป็นเรื่องของครอบครัวและชุมชน ดังนั้นความเป็นเครือญาติและความเคารพในระบบอาวุโส จึงเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการชี้แนะรูปแบบการรักษา อันมีผลอย่างยิ่งต่อการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน

2) ปัจจัยเสริม 5 ปัจจัย ได้แก่

(1) ระยะเวลา ระหว่างบ้านกับสถานพยาบาลของรัฐถ้าไกลมาก ประชาชนเดินทางไม่สะดวกก็มีแนวโน้มว่าประชาชนจะหันไปใช้บริการจากการแพทย์พื้นบ้าน

(2) ค่ารักษาพยาบาล ที่ถูกกว่าและเป็นค่าใช้จ่ายที่ชาวบ้านทราบล่วงหน้า นอกจากนั้นผู้ป่วยและญาติสามารถกำหนดค่ารักษาได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจของตน

(3) ความพึงพอใจในรูปแบบการบริการไม่มีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องรอนาน เพราะหมอมีคนไข้ไม่มาก ญาติและผู้ป่วยสามารถเลือกรูปแบบการรักษาที่ตนต้องการหรือพอใจ และญาติก็มีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยได้

(4) คุณสมบัติของหมอพื้นบ้าน เช่น การเป็นผู้มีอายุ มีประสบการณ์ในการรักษา ความมีคุณธรรมและจริยธรรม ล้วนสร้างความศรัทธาและน่าเชื่อถือให้แก่ชาวบ้าน

(5) ปริมาณสมุนไพรในชุมชน เพราะสมุนไพรเป็นรูปแบบการรักษาหลักของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ความขาดแคลนสมุนไพรย่อมส่งผลกระทบต่อแพทย์พื้นบ้าน

3. การจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุข คือ จตุรรวมขององค์ประกอบหลัก ๆ ของระบบสาธารณสุข ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของการมีสุขภาพที่ดี รูปแบบของการจัดบริการสาธารณสุขแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และสามารถที่จะวิเคราะห์จัดกลุ่มได้หลายวิธีด้วยกัน เราอาจจะแบ่งบริการสาธารณสุข เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาล บริการฟื้นฟูสภาพ หรือ อาจแบ่งไปตามโรคหรือปัญหาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจิต หรือ อาจแบ่งตามการจัดองค์กรภายในระบบสาธารณสุข เช่น ระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูง เป็นต้น (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2544: 3)

3.1 ความหมายของ "การบริการ" สมาคมการตลาดอเมริกันให้ความหมายไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ หรือความพอใจที่เสนอเพื่อขายให้แก่ผู้ใช้บริการ ส่วนสมาคมการบริการแห่งประเทศไทยให้ความหมายว่า เป็นงานที่เราทำเพื่อผู้อื่นทำแล้วผู้อื่นได้ประโยชน์ ได้รับความพึงพอใจและผู้กระทำก็มีความสุขในงานที่ได้ทำ ส่วนศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2533) ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรม ผลประโยชน์ หรือ ความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและมารับประโยชน์ร่วมกัน และ Kotler (1994) ได้กล่าวว่า "บริการ" หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือ การปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่ง สามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตน และไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการอาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปความหมายของบริการได้ว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลคณะหนึ่งคณะใดปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้บริโภค หรือผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และในขณะเดียวกันตัวผู้ปฏิบัติก็พึงพอใจด้วย

3.2 คุณสมบัติของบริการ บริการมีความแตกต่างจากสินค้าตามลักษณะพื้นฐาน 3 ประการ คือ การผลิต การบริโภคและการประเมินผล ทำให้บริการมีลักษณะที่สำคัญแตกต่างจากสินค้า 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน ไม่สามารถแบ่งแยกได้ มีความหลากหลายในตัวเอง และไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Kotler, 1994; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537; พนิดา ดามาพงศ์, 2538; ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 การบริการไม่มีตัวตน (Intangibility) บริการเป็นนามธรรม ไม่มีตัวตนไม่สามารถจับต้องหรือสัมผัสได้ บริการจะแสดงผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงาน (Performance)

ไม่ใช่ตัวสินค้า (Product) ด้วยเหตุนี้ ก่อนที่ผู้ใช้บริการจะตัดสินใจเลือกใช้บริการจึงไม่สามารถจะประเมินคุณภาพการบริการได้จากการนับ วัด หรือ ทดสอบโดยตรง ดังนั้นในการนำเสนอบริการจึงต้องแสดงถึง คุณประโยชน์ที่จะได้รับจากบริการนั้นและแสดงให้เห็นผู้บริโภค หรือ ผู้ใช้บริการสามารถรับรู้ได้ถึงบริการนั้น ๆ และตัดสินใจเลือกใช้บริการ ซึ่งได้แก่

- 1) สถานที่ ผู้ให้บริการต้องจัดสถานที่ให้บริการที่สะดวก สบาย สะอาด ใ้โล่งและเหมาะสม เพื่อให้ความเชื่อมั่นในการเข้ามาใช้บริการ
- 2) บุคคล ผู้ให้บริการต้องมีสุขภาพที่ดี มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด บุคลิกดี อธิษาศัยไมตรีดี กระตือรือร้น เอาใจใส่ น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในการที่จะได้รับบริการที่ดี
- 3) เครื่องมือและอุปกรณ์ ผู้ให้บริการต้องจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ในการบริการที่ทันสมัย สะอาด สะดวก เพียงพอและพร้อมใช้อยู่เสมอ รวมถึงอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ด้วย เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ วีดีโอ เป็นต้น
- 4) สัญลักษณ์ ผู้ให้บริการต้องจัดทำสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่อำนวยความสะดวกในการรับบริการให้ชัดเจน เช่น ห้องน้ำ ประตูกระจก ป้ายบอกทิศทาง หรือ ห้องต่าง ๆ
- 5) ราคา ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาการให้บริการ และสื่อสารให้ผู้ใช้บริการทราบตามความเหมาะสม

3.2.2 การบริการไม่สามารถแบ่งแยกการให้บริการได้ (Inseparability)

ผลิตภัณฑ์สามารถผลิต จัดเก็บ และจำหน่ายผ่านทางผู้แทนจำหน่ายแล้วจึงมีการบริโภคเกิดขึ้น แต่การบริการจะเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งการผลิตและการบริโภค ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการจะปรากฏตัวขึ้นต่อหน้ากัน มีปฏิสัมพันธ์กัน และมีส่วนร่วมกันอย่างมากในกระบวนการผลิต ทั้งตัวผู้ให้บริการและใช้บริการต่างมีผลต่อบริการ ถ้าการบริการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยเป็นที่พึงพอใจทั้งสองฝ่าย กล่าวคือ ผู้ให้บริการก็มีความสุขที่ได้ให้บริการ ส่วนผู้บริบริการก็ได้รับบริการที่ตรงกับความคาดหวัง การบริการนั้นก็จะเป็นบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่พึงพอใจและเป็นที่ยอมรับชื่นของผู้ใช้บริการ จนนำไปพูดกันต่อ ๆ ไปปากต่อปาก

3.2.3 การบริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability)

คุณภาพบริการอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเปลี่ยนผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้ใช้บริการ เปลี่ยนเวลา สถานที่และสิ่งแวดล้อม ความสม่ำเสมอ (Consistency) ของบริการจึงเกิดขึ้นได้ยาก โดยที่กิจกรรมที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการอาจไม่ตรงกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้ (Perception) หรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ขึ้นกับภูมิหลังของบุคคลด้วย

3.2.4 การบริการไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability) เพราะการบริการจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีผู้มาใช้บริการ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันทั้งการผลิตและการบริโภคจึงไม่สามารถผลิตและเก็บไว้ได้เหมือนสินค้า ด้วยเหตุนี้ การบริการจึงก่อให้เกิดปัญหาได้ทั้งการมีผู้ให้บริการมากและมีผู้ให้บริการน้อย ถ้ามีผู้มาใช้บริการมากเกินไปปัญหา คือ การให้บริการไม่ทัน แต่ถ้ามีผู้มาใช้บริการน้อยก็เกิดการสูญเสียเปล่าของทรัพยากรที่ได้เตรียมเอาไว้ เช่น การว่าจ้างบุคลากรหรือการที่โรงพยาบาลมีห้องพิเศษว่าง หรือการมีคอมพิวเตอร์ราคาแพง สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ไม่เกิดผลผลิต

3.3 แนวคิดในการจัดบริการคุณภาพในโรงพยาบาล พนิตา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) ได้ศึกษานำร่องเกี่ยวกับคุณภาพการบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วยในแบบเจาะลึก (Indepth Interveiw) จึงได้แนวทางด้าน ความเป็นรูปธรรมของบริการดังนี้ ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง การบริการที่แสดงถึงลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้ผู้ให้บริการเห็น ทำให้สามารถคาดคะเนถึงคุณภาพของบริการได้ง่ายและชัดเจน ได้แก่ ที่จอดรถ สถานที่ให้บริการ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ คุณภาพของอาหาร เอกสารและคู่มือต่าง ๆ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารแนะนำบริการ หรือให้สุขศึกษา รวมทั้งบุคลิกลักษณะการแต่งกายและสุขภาพของผู้ให้บริการ เป็นต้น

เกี่ยวเนื่องจากที่บริการไม่มีตัวตนและไม่สามารถผลิตเก็บไว้ให้ผู้ให้บริการพิจารณาคูณภาพได้ก่อนตัดสินใจใช้บริการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการใช้บริการ และเพิ่มความเชื่อถือศรัทธาในบริการ การจัดบริการจึงควรคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้ (พิมพ์ประกาย โสสงคราม 2542)

3.3.1 สถานที่จอดรถ จัดเป็นบริการสำคัญอันดับแรกของโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ สถานที่จอดรถที่ไม่สะดวกและไม่เพียงพอ มักก่อให้เกิดปัญหาในการนำส่งผู้ป่วยและญาติที่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยหรือ ผู้ที่มาทำธุระติดต่อกับทางโรงพยาบาล ซึ่งทุกคนมีเวลาค่อนข้างจำกัดและต้องการความสะดวกรวดเร็ว การจัดให้มีที่จอดรถที่สะดวก และเพียงพอกับผู้ใช้บริการจึงเป็นบริการแรกของโรงพยาบาลที่ตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

3.3.2 แผนผัง เครื่องหมาย หรือป้ายชี้บอกสถานที่ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล บริการของโรงพยาบาลจำแนกเป็นแผนกต่าง ๆ เฉพาะโรค ดังนั้นหน่วยงานจึงมีหลายหน่วยงานเป็นปัญหาสำหรับผู้ใช้บริการที่ไม่คุ้นเคย และก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจได้มากที่ไม่ได้รับการอำนวยความสะดวก การมีแผนผัง เครื่องหมาย หรือป้ายชี้บอกหน่วยงานที่ให้บริการอย่างชัดเจนเพื่อสื่อความหมายที่เข้าใจได้ง่ายกับบุคคลทุกระดับ จะสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งบุคคลที่จะมาติดต่อกับหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

3.3.3 การจัดอาคารสถานที่เพื่อให้บริการ จากการจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวกสบาย สบายงาม ตามความเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาล จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลทั้งบริเวณรอบโรงพยาบาล และภายในตัวอาคารให้สวยงาม และมีบรรยากาศคล้ายบ้านมากที่สุด ได้แก่ การจัดให้มีตัวอาคารโรงพยาบาล เฟอร์นิเจอร์ประดับ อาคารที่สวยงาม ทันสมัย สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีแสงสว่างเพียงพอรอบ ๆ อาคารและ ในอาคารพร้อมด้วยต้นไม้ ไม้ดอก ไม้ประดับ รวมทั้งมีศาลาพักผ่อน/ม้านั่ง และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้บริการและใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ

3.3.4 อาหารผู้ป่วย อาหารที่มีคุณภาพ สะอาด ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและ ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้จนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ แข็งแรงกลับคืนสู่สภาพปกติเร็วขึ้น การบริการเกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยจึงเป็นบริการที่มีความสำคัญ สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่สะอาด มีคุณภาพ รสชาติดี ไม่จำเจ ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพโรคและจัดสิ่งแวดล้อมสวยงามจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

3.3.5 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์ และเครื่องอำนวยความสะดวก สะดวกในการให้บริการ การจัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์และเครื่องอำนวยความสะดวกในการให้บริการที่เหมาะสม เพียงตรงในการปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยใน นอกจาก เป็นสิ่งจูงใจผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ (Bernard, 1966) และทำให้ผู้ ให้บริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shubin, 1978) แล้วยังก่อให้เกิดความเชื่อถือ และมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตแก่ผู้ใช้บริการอีกด้วย

3.3.6 สัญลักษณ์ของโรงพยาบาล เอกสาร แผ่นพับและคู่มือต่างๆ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร แนะนำบริการ หรือให้สุศึกษา สิ่งเหล่านี้เป็นตัวแทนโรงพยาบาลที่จะสื่อให้ ผู้ใช้บริการรู้จักโรงพยาบาลดีขึ้น ควรจัดทำให้ดูดี มีคุณค่าและสวยงาม ซึ่งจะสามารถสร้างความ เชื่อถือศรัทธาแก่ผู้ใช้บริการได้

3.3.7 บุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการ บุคลิกลักษณะ และ การแต่งกายที่ เหมาะสมสามารถสร้างความเชื่อถือศรัทธาแก่ผู้พบเห็น ด้วยเหตุนี้ผู้ให้บริการควรมีบุคลิกลักษณะ และการแต่งกายดังนี้

- 1) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 2) อารมณ์ร่าเริง ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความสุภาพอ่อนโยน
- 3) ท่าทางในการเดิน มีความสง่างาม มั่นคง ไม่หลุกหลิก
- 4) การแต่งกาย ขณะให้บริการควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่ดูดี สุภาพ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการให้บริการ

ความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละคนมีความแตกต่างกันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน คนแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะของตนไม่เหมือนผู้อื่น ได้แก่ การศึกษา การเลี้ยงดู การอบรมและสภาพแวดล้อมทางสังคมทำให้แต่ละคนมีค่านิยม ทักษะและบุคลิกลักษณะที่ต่างกันไป ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกมาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (กรองแก้ว อยู่สุข 2537) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล และ ปัจจัยด้านสถานการณ์

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ ความนึกคิด บุคลิกภาพและทักษะ เป็นต้น

ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน โครงสร้างและนโยบายขององค์กร

ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลแตกต่างกัน (Mc Cormic and Ligen, 1985) ดังนี้

4.1 **อายุ** กล่าวคือ ในคนส่วนมากเมื่ออายุมากขึ้น จะมีระดับวุฒิภาวะสูงขึ้นตามวัย มีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ความคิด ความอ่าน ความรู้สึก และการกระทำจะปรับเปลี่ยนตามวัย ทำให้มองเห็นปัญหาได้ชัดเจน ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น และยังสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาและมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อย ประสบการณ์น้อย (Luckmann and Sorensen, 1987) จากผลการศึกษาของ วนิภา ร่องวิจนะ (2534) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกันมีความสามารถในการทำงานต่างกัน และจากผลการวิจัยของ ปัทมา ใจเพชร (2535) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการทำงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี และช่วงอายุ 26-30 ปี

4.2 **ระดับการศึกษา** เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลได้รับศาสตร์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ความสามารถในการปฏิบัติงานของมนุษย์เป็นผลมาจากความสามารถทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษาและการฝึกอบรม (เสริมศักดิ์ วิศาลภรณ์ 2521) บุคคลสามารถวิเคราะห์ปัญหาหรือสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้จากการใช้หลักการ หรือ องค์ความรู้ตามที่ได้เรียนมา บุคคลที่มีการศึกษาสูงขึ้นย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิด และความสามารถ

มากขึ้น ย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำก่า และยิ่งถ้าเป็นความรู้ความเข้าใจในวิชาการเฉพาะสาขายิ่งทำให้บุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้น สมรรถนะในการปฏิบัติงานย่อมสูงขึ้นด้วย (สุภาวดี คูหาทอง 2532) และจากผลการวิจัยของ อาภา โลจายะ (2538) พบว่า ความแตกต่างของการศึกษาทำให้คนมีความสามารถในการทำงานและการพัฒนาตนเองไม่เท่ากัน จากผลการวิจัยของ Raff and Shore (1993) พบว่า ระดับพื้นฐานการศึกษาที่ต่างกันมาก สามารถทำให้เกิดผลของงานที่มีประสิทธิภาพต่างกัน

4.3 สถานภาพสมรส จากการสมรสทำให้คนรู้สึกเป็นปึกแผ่นมั่นคง และคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมีความรัก ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ คอยดูแลซึ่งกันและกัน นับเป็นการสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญ ในการตอบสนองต่อความต้องการแห่งจิตวิญญาณของบุคคล (Peri, 1995) ส่งผลถึงความสามารถในการปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และผู้ที่สมรสแล้วจะมีคูคิด ช่วยตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการและมีวุฒิภาวะสูงกว่าผู้ที่ยังโสด นอกจากนี้ การแต่งงานมีครอบครัวยังทำให้บุคคลมีความเข้าใจสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา มารดากับลูก ได้ดีกว่าผู้ที่ยังโสด จึงส่งผลให้เป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากกว่าผู้ที่เป็นโสด (ลออ หุตางกูร 2534) จากผลการวิจัยของ ทวีศรี กรีทอง (2530) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพโสด ซึ่งผลของการที่บุคคลมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานสูงขึ้น จะช่วยเพิ่มขวัญและประสิทธิภาพในการทำงานได้ดี จากผลการวิจัยของ วณิกา ว่องวิจนะ (2535) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความสามารถในการทำงานแตกต่างกัน โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสโสด

4.4 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพนาน จะเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจดีขึ้นว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดี สิ่งใดควรเสี่ยงหรือไม่ควรเสี่ยง รวมทั้งสามารถที่จะคิดพิจารณาวิเคราะห์ แก้ปัญหาที่เผชิญได้ดี (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ 2535) การที่บุคคลดำรงอยู่ในวิชาชีพนานจะเกิดการเรียนรู้ระบบงานของวิชาชีพมากขึ้น เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพและทุ่มเทการปฏิบัติงานเพื่อวิชาชีพ จึงทำให้ได้รับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากขึ้น สมรรถนะในการปฏิบัติงานจึงสูงขึ้น จากผลการศึกษาวิจัยของ Maynard (1966) พบว่าจำนวนปีของการมีประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาลมีอิทธิพลถึงขั้นตอนของการพัฒนาทักษะ จากการศึกษาของสายบัว วงศ์ไพโรจน์ (2539) พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน มีเวลาของการปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาลในหน่วยงานปัจจุบันที่มากขึ้น ทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงาน

4.5 รายได้ เนื่องจากรายได้เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงในชีวิตอย่างหนึ่งและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล (Maslow, 1960) ผู้ที่มีรายได้ดีและเพียงพอทำให้มีปัจจัยช่วยส่งเสริมการดำรงชีวิตประจำวัน มีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือมีโอกาสใช้แหล่งบริการทางสังคมได้มากกว่าและดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Jalowiec and Power, 1980) ย่อมจะไม่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานซึ่ง Parasuraman และคณะ (1990) กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีความเครียดต่ำจะสามารถให้บริการได้อย่างยอดเยี่ยม และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพสูง ส่วนบุคคลที่มีฐานะ เศรษฐกิจไม่ดีจะเกิดความกังวล อึดอัดใจ ไม่พอใจในการทำงานหรือ ถ้างานที่ทำอยู่ให้รายได้ต่ำไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย ย่อมก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน (จินตนา ยูนิพันธ์ 2534) จากผลการวิจัยของ วาณรัตน์ รุ่งเกียรติกุล (2541) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทของ อสม. พบว่า อสม. ที่มีความเพียงพอของรายได้ครอบครัวจะปฏิบัติงานตามบทบาทดีกว่า อสม. ที่มีรายได้ไม่พอใช้ และจากผลการวิจัยของ ศุภรีใจ เจริญสุข (2536) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปตามคำกล่าวของ ทองหล่อ สุวรรณภาพ (2521) ที่ว่า อิทธิพลประการแรกที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกัน คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ

5. พฤติกรรมการเลือกใช้บริการและความสะดวกในการใช้บริการ

ความสะดวกในการใช้บริการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการอำนวยความสะดวกเมื่อต้องการใช้บริการของโรงพยาบาล ได้แก่ สถานที่ให้บริการสะดวกต่อการเดินทางมาใช้บริการ การติดต่อขอใช้บริการง่าย การให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีบริการครบทุกอย่าง มีคนคอยช่วยอำนวยความสะดวกในการให้บริการทุกขั้นตอน และสามารถใช้บริการได้ตลอดเวลา (พิมพ์ประภา ไตสงคราม 2542: 25-30)

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้บริการ

ตามแนวคิดส่วนประกอบทางการตลาด ในเรื่องการจัดบริการเพื่อตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้บริโภคนั้น ผู้บริหารจะต้องจัดให้มีความสมดุลเหมาะสมขององค์ประกอบทางการตลาดทั้ง 4 ประการ คือ ผลิตภัณฑ์/บริการ (Product/ Service) ราคา (Price) การจัดจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) (Kotler and Armstrong, 1989; Mc Carthy and Perreault, 1990)

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การจัดบริการในด้านความสะดวกในการใช้บริการนั้น ผู้จัดการต้องอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการได้เข้าถึงบริการโดยต้องคำนึงถึง

5.1.1 สถานที่ให้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญของการเข้าใช้บริการ นับตั้งแต่ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาลควรสะดวกต่อการเดินทางมาใช้บริการ หน่วยงานและสามารถให้บริการได้ทุกเวลาและทุกสถานที่ ซึ่งทำได้ด้วยการกระจายสาขาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ นอกจากนี้ควรอำนวยความสะดวกเรื่องของอาคารสถานที่พัก ที่จอดรถและอาหาร กล่าวคือ มีอาคารใหญ่โต โอบอ้อม มีห้องพิเศษและเตียงสามัญไว้บริการอย่างเพียงพอ มีที่นั่งพักให้ญาติและผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีร้านอาหาร ร้านค้า ร้านสวัสดิการไว้บริการผู้ป่วยและญาติ

จากการศึกษาของพอสซิน (Possin, 1988) พบว่า การจัดช่องทางบริการสามารถทำในรูปของการขยายเครือข่ายการให้บริการได้ เช่น ที่โรงพยาบาลลูเธอรัน (Lutheran) ในมลรัฐวิสคอนซิน แต่เดิมมีอยู่โรงพยาบาลเดียวต่อมาเมื่อใช้แนวคิดด้านการตลาดมาช่วยในการบริหารได้จัดตั้งโรงพยาบาลเครือข่ายขึ้น 3 แห่ง อยู่รอบนอกโรงพยาบาลในรัศมี 150 ไมล์ มีผลทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่ายเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 60 ต่อ ปี ของรายได้ทั้งหมด

จากการศึกษาของ อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Anderson, 1975) เรื่องความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1970 และการศึกษาของฮัลกา และคณะ (Hulka et al. 1971) เรื่องความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้ต่ำต่อบริการทางการแพทย์เมื่อ ปี ค.ศ. 1969 ที่ทางตอนเหนือรัฐคาโรไลนา พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัซวาล วีรพันธ์ และคณะ (2528) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ว่าตนเองป่วย การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยกับระบบส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจังหวัดพิษณุโลกพบว่าผู้ป่วยเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงการเดินทางที่สะดวกเป็นอันดับหนึ่ง จากการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2539) เรื่องคุณภาพบริการในสายตาผู้ใช้บริการ พบว่า เหตุผลในการเลือกมาใช้โรงพยาบาล อันดับแรก คือ การเดินทางสะดวกและบริการรวดเร็วทันใจ

5.1.2 เวลาในการติดต่อขอใช้บริการ ผู้ใช้บริการสามารถติดต่อขอใช้บริการได้ตลอดเวลา ติดต่อได้ง่าย รวมทั้งการให้บริการก็เป็นไปอย่างรวดเร็วขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถให้บริการครบทุกอย่างทุกขั้นตอน ทั้งบริการในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

5.1.3 ความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการทุกคน ทุกระดับต้องมีความพร้อมสามารถให้บริการแก่ผู้ใช้บริการได้ทุกเรื่องและทุกสถานการณ์ ตั้งแต่ผู้ใช้บริการมาถึงได้แก่ การมีพนักงานต้อนรับคอยแนะนำและอำนวยความสะดวกในการใช้บริการทุกขั้นตอนและถ้ามีความจำเป็นต้องให้ผู้ใช้บริการรอคอยไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตามต้องอธิบายให้ทราบเป็น

ระยะ ๆ เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นผู้ใช้บริการทราบถึงความสนใจ ท่วงโยและพร้อมที่จะให้บริการ ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ใช้บริการคลายความหงุดหงิดคับข้องใจลงได้ (สมชาย เรื่องศิริสุนทรณ์ 2536)

5.1.4 อธิบายมิติของผู้ให้บริการ อธิบายมิติของผู้ให้บริการ หมายถึง การแสดงออกที่ดีของผู้ให้บริการ ได้แก่ การมีใบหน้าที่ยิ้มแย้ม ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดและปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยกิริยาที่สุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติให้ความสำคัญ และให้ความเคารพนับถือตามวัยไม่ว่าการแต่งกาย หรือบุคลิกลักษณะจะเป็นอย่างไร จะมารับบริการเวลาไหนก็พร้อมที่จะให้บริการด้วยความเต็มใจเสมอ

5.2 แนวคิดเกี่ยวกับโอกาสในการเข้าถึงบริการ เพนชานสกีร์ และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981: 127-140) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

5.2.1 ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย

5.2.2 การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง

5.2.3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกในแหล่งบริการ (Accommodation) คือ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยบอกว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

5.2.4 ความสามารถจ่ายค่าบริการหรือ มีการประกันสุขภาพ (Affordability) คือ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการที่ได้รับ

5.2.5 การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้จะรวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

พาราสุมาน ไชท์ล และเบอร์รี่ (Parasuramann, Zeithal & Berry, 1988: 41-50, 215) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการว่า หมายถึง "การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการมารับบริการ" และให้แนวคิดการเข้าถึงบริการ ดังนี้

- 1) ผู้รับบริการเข้าใช้ได้โดยสะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่มาก ซับซ้อนเกินไป
- 2) ผู้รับบริการใช้เวลารอคอยน้อย
- 3) เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ
- 4) อยู่ในสถานที่ที่ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวก

จากการศึกษาของศูนย์การวิจัยและบริหารธุรกิจคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) โดยการสำรวจพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการของ

โรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสะอาด ใ้โถงจัดสัดส่วนอย่างมีระเบียบ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990) ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพบริการที่เป็นจุดสำคัญทำให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการ โดยทำการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบ พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือ

- 1) สถานที่รอคอยการรับบริการ
- 2) ห้องพักของผู้ป่วย
- 3) อาหารของผู้ป่วย
- 4) ทำเลที่ตั้งที่เหมาะสม สะดวกในการมาใช้บริการ

5.3 บริการที่คาดหวัง โดยความคาดหวัง ตามพจนานุกรมได้ให้ความหมายไว้ คือ เป็นสภาวะทางจิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะมีเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เต็มดวง เจริญสุข (2532) ให้ความหมาย ความคาดหวังว่า เป็นความคิด ความรู้สึก ความต้องการหรือความมุ่งหวังของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ การกระทำ ฯลฯ เป็นการคิดไว้ก่อนล่วงหน้า และความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พนิศา คำยุ (2538) ได้ให้ความหมายของความคาดหวัง คือ ความต้องการ ความรู้สึกหรือความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลในการคาดคะเน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตั้งาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะมีเกิดในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

โดยสรุปความหมายของความคาดหวัง คือ ความต้องการ ความรู้สึก หรือ ความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้า ถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตั้งาม ว่าควรจะมี ควรจะเป็น จะถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

5.3.1 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวัง จากที่บริการไม่มีตัวตน ไม่เหมือนผลิตภัณฑ์ที่ผู้ซื้อสามารถคาดคะเนคุณภาพได้ และเมื่อผู้ใช้บริการไม่สามารถคาดคะเนคุณภาพได้ ดังนั้นผู้ใช้บริการจึงเกิดความคาดหวังต่อคุณภาพ จากการศึกษาคูณภาพ และคณะ (1990) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความคาดหวังในบริการมี 4 ปัจจัย ได้แก่

- 1) ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ซึ่งเป็นคำบอกเล่าที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อน ญาติพี่น้องหรือคนรู้จัก ซึ่งเคยมาใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นมาแล้วและได้รับบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังในบริการที่ได้รับฟังมา

2) ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล และมีความแตกต่างกันตามภูมิหลังของบุคคลนั้น เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น

3) ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต เป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง อาจเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับ หรืออาจเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้มาก็ได้

4) ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ เป็นข้อมูลข่าวสารที่ได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การมีอุปกรณ์ มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย

5.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการทางสุขภาพ โดยคำว่า

ความพึงพอใจ ในพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยา (Chaplin, 1968: 437) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นความรู้สึกของผู้ที่มาใช้บริการต่อสถานบริการ ตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการไปติดต่อขอรับบริการที่สถานบริการนั้น ๆ โดยพิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537: 149-150) ให้นิยามความพึงพอใจว่าหมายถึง ปฏิกริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้า จะแสดงผลออกมาในลักษณะของผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการประเมิน ซึ่งจะบ่งบอกทิศทางของผลการประเมินในลักษณะเป็นด้านบวกหรือด้านลบ หรือไม่มีปฏิกริยาต่อสิ่งเร้านั้น มอร์ส (Morse, 1953: 27) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถลดความตึงเครียดของบุคคลให้น้อยลงได้ ซึ่งความตึงเครียดที่มีมากก็จะทำให้เกิดความไม่พอใจได้ ซึ่งความตึงเครียดนี้มีผลจากความต้องการของมนุษย์ซึ่งมีความต้องการมาก ทำให้เกิดปฏิกริยาเรียกร้องแต่เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองก็ทำให้เกิดความพอใจ นอกจากนี้ วรูม (Vroom, 1964: 99) กล่าวว่า ทศนะและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่ง สามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้หมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทศนคติด้านลบแสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ เช่นเดียวกับ เดวิส (Davis, 1967: 61) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์ คือ ความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียด ความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่ได้ดุลยภาพในร่างกาย ถ้ามนุษย์สามารถขจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้ มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนต้องการ ซึ่งตรงกับ วอลแมน (Wolman, 1973: 334) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกมีความสุขเมื่อเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความต้องการหรือแรงจูงใจ มัลลินส์ (Mullins, 1985: 280) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ หลาย ๆ ด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เกิด

ของประชาชนต่อศูนย์บริการสุขภาพ พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ซึ่งเกิดจากพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางการแพทย์และความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับจากบริการ ดังนี้

- 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้จากบริการ (Convenience) ได้แก่
 - (1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office Waiting Time)
 - (2) การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Available of Care When Needed) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of Getting to Care)
- 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงาน (Co-ordinating) ได้แก่
 - (1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการหนึ่งแห่ง (Getting all Needs met at One Place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการ
 - (2) เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of Doctors for Over all Health)
 - (3) ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up Care)
- 3) ความพึงพอใจต่ออริยาไคย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอริยาไคยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ แสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
- 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้จากบริการ (Medical Information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ
 - (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information About What was Wrong)
 - (2) ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information About Treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น
- 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพใน การดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น
- 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out - of - Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการด้านสุขภาพ สรุปว่า ความพึงพอใจคือความรู้สึกในด้านบวกที่ผู้รับบริการมีต่อสถานบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสะดวกที่ได้รับเมื่อมาใช้บริการ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากผู้ให้บริการ พฤติกรรมของผู้ให้บริการ คุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ

5.5 แนวคิดเกี่ยวกับราคา ราคาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค ซึ่งผู้บริโภคจะตัดสินใจซื้อเมื่อมูลค่าผลิตภัณฑ์หรือบริการสูงกว่าราคา แต่ราคาก็มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการของผู้บริโภคเช่นกัน โดยราคาของผลิตภัณฑ์หรือบริการจะสื่อให้ผู้บริโภคทราบว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการอยู่ในระดับใด ราคาจึงเกี่ยวข้องกับการสร้างภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้วย (ซีลาพร อินทร์อุดม 2536) ราคาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดปริมาณความต้องการผลิตภัณฑ์หรือบริการของผู้บริโภค และเป็นตัวกำหนดว่าธุรกิจจะมีรายได้เข้าสู่องค์กรเท่าใด ดังนั้น การตัดสินใจเพื่อกำหนดราคาที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์จะนำมาซึ่งความอยู่รอด รายได้และผลกำไรของธุรกิจตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ราคาค่ารักษาพยาบาล หมายถึง การคิดราคาค่ารักษาพยาบาลแบบไม่มุ่งกำไร แต่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งทางผู้ให้บริการควรจะมีเอกสารแจ้งราคาค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติทราบอย่างละเอียด และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ปรึกษาหารือเพื่อลดหย่อนค่ายา หรือ ค่ารักษาพยาบาลได้ตามควรแก่กรณี

Hulka et al. (1996) ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้ต่ำต่อบริการทางการแพทย์ที่ทางตอนเหนือของรัฐคารโรไลนา (North carolina) พบว่าประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำไม่พึงพอใจในเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อมารับบริการ จากการศึกษาโดยได้ทำการสำรวจพฤติกรรมในการเลือกใช้โรงพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ของศูนย์วิจัยและบริหารธุรกิจคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชีฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530) พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลือกใช้โรงพยาบาล คือ ราคาค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539) เรื่องคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย ผลการวิจัยที่ได้พบว่า สาเหตุของการเลือกใช้บริการมาจากค่ารักษาพยาบาลไม่แพงและมีความเหมาะสม เช่นกัน

6. ปัจจัยในการเลือกรับบริการ และทฤษฎีความเชื่อ

การตัดสินใจเลือกรับบริการของผู้ป่วยจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

6.1 ปัจจัยในการเลือกรับบริการใน การศึกษาปัจจัยในการใช้บริการสุขภาพพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้บริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (พันธุ์ทิพย์ งามสูตร 2536: 45-46) คือ

- 1) กลุ่มปัจจัยด้านองค์การหรือหน่วยงานที่ให้บริการ
- 2) กลุ่มปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
- 3) กลุ่มปัจจัยด้านประชากรผู้ใช้บริการ

จากผลการศึกษาของ ตีริพร ปรางประสิทธิ์ (2536: 17) เกี่ยวกับการใช้บริการ พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลาที่ใช้ในการเดินทาง จำนวนเงินและลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น

2) ปัจจัยเรื่องลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพของการให้บริการ และชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษา ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการและเวลาที่ต้องรอคอย

3) ปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ระยะทางใกล้ไกล ยานพาหนะสำหรับใช้เดินทาง สภาพถนนความคิดเห็นของเพื่อนญาติ สถานบริการอื่นที่จะเลือกรับบริการ

ตีริพร ปรางประสิทธิ์ (2536: 19) ได้ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการสาธารณสุข

นอกจากนี้ เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (2529: 4) ได้ศึกษาการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพอนามัย ว่ามีตัวกำหนดการตัดสินใจ คือ

1) ผู้ป่วย ได้แก่

- (1) อาการเจ็บป่วย
- (2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมประชากร
- (3) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

2) ผู้ให้บริการ ได้แก่

- (1) เศรษฐกิจของผู้ป่วย
- (2) ความสามารถในการซื้อบริการของผู้ป่วย
- (3) ระบบระเบียบของสถานบริการ
- (4) ความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการ

3) ปัจจัยแทรกซ้อน ได้แก่

- (1) ความพึงพอใจในการต้อนรับ
- (2) ความพึงพอใจต่อการเอาใจใส่
- (3) ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

แอนเดอร์แซนและแอนเดอร์สัน (Anderzen and Anderson, 1973) ได้สรุปถึงแนวทางในการศึกษาลักษณะการใช้บริการสุขภาพว่าเกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ 7 ลักษณะ คือ

1) การศึกษาวิเคราะห์ด้วยลักษณะทางด้านประชากร (Demographic Model) ตัวแปรด้านประชากรที่ถูกนำมาใช้มาก คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดความแตกต่างทางด้านสรีระวิทยา (อายุ เพศ) และวงจรชีวิต (สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว) มีสมมติฐานว่าความแตกต่างในระดับของตัวแปรต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกับ ความแตกต่างในระดับของสุขภาพและความเจ็บป่วย และการใช้บริการสุขภาพอนามัย

2) ในการศึกษาวิเคราะห์โดยโครงสร้างทางสังคม (Social Structural Models) รูปแบบของโครงสร้างทางสังคมในการใช้บริการสุขภาพอนามัย มีตัวแปรที่ใช้ศึกษาทั่วไป ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ตัวแปรเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของบุคคลหรือครอบครัวในสังคม และนำไปสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลและครอบครัวด้วย การใช้บริการสุขภาพอนามัยเป็นแง่มุมหนึ่งของวิถีชีวิตซึ่งเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคม ทางกายภาพและจิตวิทยา บุคคลที่มีเชื้อชาติ อาชีพ ระดับการศึกษาเดียวกัน มีแนวโน้มที่จะมีประวัติของประสบการณ์ซึ่งทำให้เขายอมรับหรือต่อต้านในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและระดับความเจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน

3) การศึกษาวิเคราะห์ด้านจิตวิทยาสังคม (Social Psychological Models) ตัวแปรที่ใช้ ได้แก่ ทศนคติและความเชื่อของแต่ละบุคคล ตัวแปรด้านจิตวิทยาสังคมโดยปกติ ได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ 4 กลุ่ม คือ

- (1) ความไวในการรับรู้ว่าเป็นโรคหรือเจ็บป่วย
- (2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
- (3) ความหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากบริการเมื่อเกิดเจ็บป่วย
- (4) โอกาสที่ได้รับคำแนะนำจะนำไปสู่การแสดงออกของแต่ละบุคคล

4) การศึกษาวิเคราะห์ลักษณะของแหล่งทรัพยากรจากครอบครัว (Family Resource Models) ตัวแปรที่สำคัญ คือ รายได้ของครอบครัว ความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ การมีแหล่งบริการที่ใช้ประจำ ลักษณะเหล่านี้เป็นมาตรการที่ทำให้บุคคล หรือครอบครัวมีความสามารถที่จะไปรับหรือยอมรับบริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งการวิเคราะห์แหล่งทรัพยากรจากครอบครัวจะเน้นความสามารถในการจัดหาบริการทางด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัว โดยมีสมมติฐานว่า ยิ่งครอบครัวมีความสามารถที่จะหาบริการทางด้านสุขภาพได้มากเท่าใด ครอบครัวยังสามารถใช้บริการทางด้านสุขภาพได้มากเท่านั้น ดังนั้น รูปแบบของแหล่งทรัพยากรจากครอบครัวจึงอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ

5) การศึกษาวิเคราะห์ทรัพยากรของชุมชน (Community Resource Models) แหล่งบริการในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย ตัวแปรที่ใช้ คือ อุปทานของบริการทางด้านสุขภาพและแหล่งบริการในชุมชน คุณลักษณะของชุมชน เขตชานเมือง

และเขตเมือง ความสามารถที่จะเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ และบริการที่มีอยู่ในแต่ละสภาพภูมิศาสตร์ การวิเคราะห์แหล่งบริการด้านสุขภาพในชุมชน จึงหันเหจากการวิเคราะห์ระดับบุคคลหรือครอบครัวมาสู่ชุมชน ในกรณีที่ไม่สามารถอธิบายการใช้บริการในระดับบุคคลได้

6) การศึกษาวิเคราะห์เชิงองค์กร (Organization Models) ได้แก่รูปแบบของผู้ให้การรักษายาบาล (เช่น เดี่ยว หนึ่งส่วนหรือกลุ่ม) ลักษณะของระบบบริการ (รพ./ คลินิกเอกชน, รพ./ คลินิกของรัฐ) และบุคลากรที่ผู้ป่วยมาติดต่อเป็นด่านแรก (แพทย์ พยาบาลหรือผู้ช่วยแพทย์) ซึ่งอาจนำมารวมไว้เป็นการอธิบายปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการในชุมชนที่เชื่อกันโดยทั่วไป รูปแบบที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์เชิงองค์กร ปกติจะศึกษาโดยการเปรียบเทียบการใช้บริการด้านสุขภาพของบุคคลที่มีคุณลักษณะคล้ายกัน ในระบบการให้บริการแบบหนึ่งกับระบบอีกแบบหนึ่ง

7) การศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบสุขภาพอนามัย (Health System Models) ในการศึกษาระบบการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยได้จากการผสมผสานตัวแปรจากรูปแบบทั้ง 6 รูปแบบเข้าด้วยกัน

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (อ้างในศิริพร ปรางประสิทธิ์ 2536: 17) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการ พบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลาที่เดินทาง จำนวนเงินและลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น

2) ปัจจัยเรื่องลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษา ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่ต้องรอคอย

3) ปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ระยะทางใกล้ไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพถนน ความคิดเห็นของเพื่อนญาติ และสถานบริการอื่นที่จะเลือกรับบริการ

จากการศึกษาทั้งหมด สรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกรับบริการที่สถานบริการไหน และรูปแบบใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ลักษณะอาการเจ็บป่วย ความรุนแรงและความเชื่อมั่นในผลการรักษา ความสะดวกในการรับบริการ ราคาค่าบริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ ฯลฯ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาปัจจัยเหล่านี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

6.2 ระบบความเชื่อ ความเชื่อมีอิทธิพลค่อนข้างสูงในปัญหาสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะโรคในแต่ละท้องถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก การบริโภคนิสัย การสุขภาพสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมแบบประเพณี ความเชื่อส่วนใหญ่ได้ฝังรากลึกจนเคยชินเป็นนิสัย ระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

6.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค

1) *ความเชื่อด้านไสยศาสตร์* เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผีสิง เทวดา และ เวทมนต์คาถา ซึ่งความเชื่อด้านไสยศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยอาจอธิบายให้เห็นถึง เหตุผลของความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น บุคคลมีความวิตกกังวล ความกลัว การรักษาต้อง อาศัยอำนาจที่มีเหนือธรรมชาติ หรือพลังอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์เท่านั้นที่จะขับไล่วิญญาณออกไปได้

2) *ความเชื่อด้านการแพทย์แผนโบราณ* โดยจะเริ่มทำความเข้าใจกับ ธรรมชาติ คือ ตัวมนุษย์เองและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น เกี่ยวกับร่างกายมนุษย์ เชื่อว่าความ เจ็บป่วยหรือโรคเกิดเนื่องจากระบบการทำงานของร่างกายบกพร่องหรือเสียสมดุล ร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วยธาตุต่าง ๆ ในระบบแพทย์แผนไทยแบ่งธาตุออกเป็น 4 ธาตุ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ถ้าธาตุ ทั้ง 4 มีสัดส่วนเท่ากันร่างกายมนุษย์ก็สุขภาพดี แต่เมื่อธาตุทั้ง 4 บกพร่องก็จะเกิดอาการของโรค

3) *ความเชื่อด้านการแพทย์แบบตะวันตก* จะมีวิธีคิดแตกต่างไปจาก ระบบการแพทย์แผนโบราณหรือแบบไสยศาสตร์ สาเหตุที่แท้จริงที่ก่อให้เกิดโรค คือ เชื้อโรค แบคทีเรีย ไวรัส ซึ่งความรู้ ความเชื่อของการแพทย์แบบตะวันตกจะไม่รวมเอาความดี โชคชะตา กรรมเก่าเข้ามาเกี่ยวข้อง

6.2.2 *ระบบความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาโรค* ซึ่งระบบความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมรักษาหรือการปฏิบัติขึ้นอยู่กับประเภทของความเชื่อ จะพิจารณาที่ลักษณะ ความเจ็บป่วย ถ้าเป็นโรคท้องร่วง เป็นหวัดเจ็บคอ ก็เชื่อว่ามีสาเหตุเนื่องมาจากธรรมชาติ อากาศ ความร้อนหนาว อาหาร การรักษาจะใช้ยาต่าง ๆ เพื่อรักษาโรคนั้น ๆ ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยกระทันหัน มีความเจ็บปวดรุนแรงหรือมีความรู้สึกว่ามีของอยู่ในร่างกาย จะเชื่อว่าถูกของ วิถีการรักษาจะไปหา หมอพระ หมอผีช่วยจัดปัดเป่าหรือแก้ไขเอาของออก เพราะเชื่อว่าจะทำให้กลับสู่สภาพปกติได้

6.2.3 *ระบบความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค* การป้องกันเป็น วิธีหนึ่งที่ทำให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นมนุษย์จึงพยายามที่จะหาทางป้องกันโรคโดยวิธีต่าง ๆ ตามความเชื่อ ได้แก่ การป้องกันตามความเชื่อทางศาสนา และไสยศาสตร์ เช่น การสวดมนต์ การ ใช้เครื่องรางของขลัง การเสกเป่า การเปลี่ยนชื่อ การป้องกันตามสภาพข้อเท็จจริงตามธรรมชาติ เช่น การปลูกผี ฆีดยา การป้องกันงูกัด การป้องกันด้านสุขภาพอนามัย เช่น การอาบน้ำชำระ ร่างกายทุกวัน การแต่งกายสวมเสื้อผ้า การออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง การมีบ้านเรือนที่ถูก สุขลักษณะ ระบายอากาศได้ดีและสะดวกในการทำความสะอาด เป็นต้น

7. การจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน

ในการนำการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยเข้ามาสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐมีแนวคิดและวิธีปฏิบัติดังนี้

7.1 แนวคิดการผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขของรัฐ

ในการผสมผสานงานการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุข จะตอบสนองและครอบคลุมต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้นั้น งานการแพทย์แผนไทยจำเป็นจะต้องครอบคลุมบทบาท และภาระหน้าที่ ดังนี้ คือ

7.1.1 งานบริการด้านการแพทย์แผนไทย แบ่งได้ 2 ระดับ คือ

- 1) งานบริการรักษาพยาบาล (เวชกรรม เภสัชกรรม และการนวดไทย)
- 2) งานส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค (งานธรรมานามัย)

7.1.2 งานพัฒนาวิชาการ พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

7.1.3 งานสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การฟื้นฟู การส่งเสริมงาน

การแพทย์แผนไทยในชุมชน

7.1.4 การประสานงาน ประสานเครือข่าย ของกลุ่ม /องค์กรที่เกี่ยวข้องกับ

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย

7.2 วิธีการนำเอางานการแพทย์แผนไทยเข้าผสมผสานในระบบสาธารณสุข

อาจพิจารณาได้เป็น 3 วิธี คือ

7.2.1 การรวมกันของการแพทย์ 2 ระบบ (Combination of indigenous system with the western system) การที่แพทย์หรือนักบริหารที่มีแนวคิดของการแพทย์ตะวันตก นำเอาการแพทย์แบบท้องถิ่นเข้ามารวมไว้ในระบบสาธารณสุข กรณีเช่นนี้หากขาดการเตรียมการ และไม่คำนึงถึงธรรมชาติและแนวคิดที่แตกต่างกันของการแพทย์ทั้ง 2 ระบบอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้มากมาย เช่น การปฏิเสธ การเพิกเฉย หรืออาจให้การสนับสนุนการช่วยเหลือ ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับผู้บริหารระบบและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงาน หรือองค์กรนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม ความยอมรับอาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาวเมื่อมีการหนุนเสริมในทุกด้านอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง

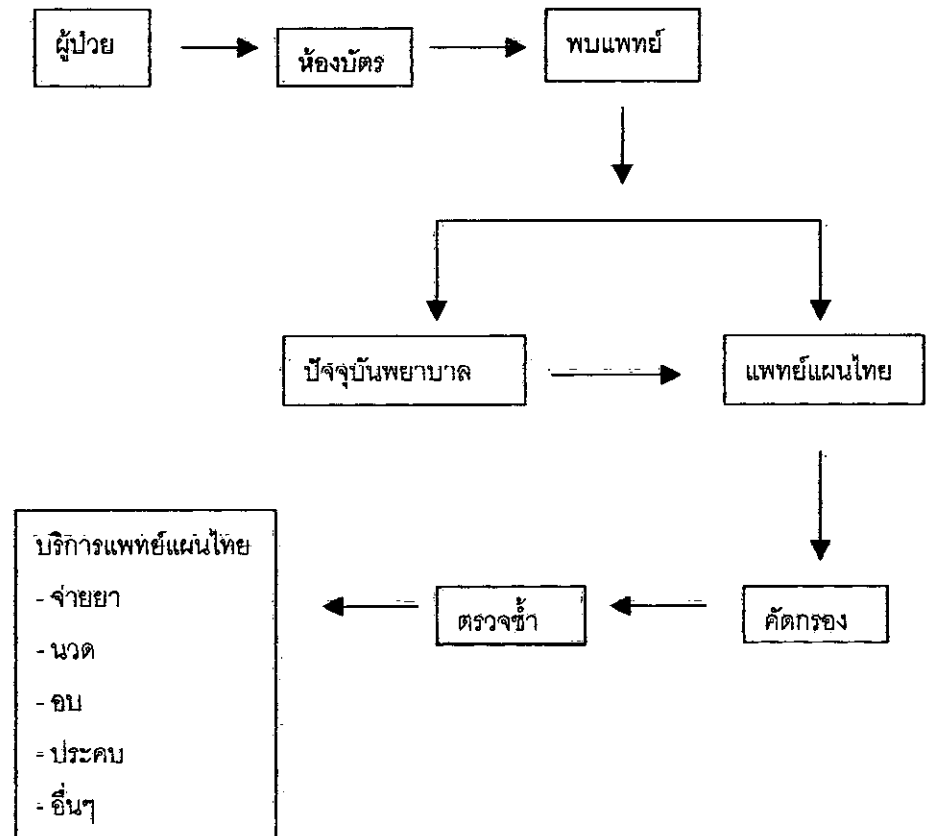
7.2.2 การร่วมมือกันระหว่างทางการแพทย์ทั้งสองระบบ (Collaboration between the two system) รูปแบบและกลวิธีนี้เป็นข้อดีสำหรับการยอมรับต่อการแพทย์แผนเดิมหรือ แบบดั้งเดิม กลวิธีนี้จะมีกลไกในการคัดสรรเทคนิคการวินิจฉัย/ การรักษาของการแพทย์แบบดั้งเดิมที่บุคลากรสาธารณสุขแผนใหม่ยอมรับได้ในเชิงคุณภาพ ซึ่งบุคลากรของการแพทย์แบบเดิมจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนใหม่ โรงพยาบาลแม่แจ่มและอีกหลายแห่งพัฒนารูปแบบการผสมผสานโดยอาศัยกลวิธีนี้ โดยมีการรับแพทย์แผนโบราณประยุกต์เข้ามาร่วมปฏิบัติงานในระบบบริการ ให้เป็นส่วนหนึ่งภายใต้ความร่วมมือและอยู่ในความดูแลของแพทย์แผนปัจจุบันที่ให้ความสำคัญ และพร้อมที่จะพัฒนางานทางด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน

7.2.3 การปฏิรูประบบที่มีจุดมุ่งหมายต่อความเท่าเทียมกันระหว่างทางการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ (Reorganization aimed at achieving equality between the two system) กลวิธีนี้ผู้ให้การรักษาของการแพทย์แบบดั้งเดิมจะต้องศึกษาแนวคิด เทคนิค และวิธีการบางอย่างของการแพทย์แบบเดิม เช่น การแพทย์ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน (ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย)

สำหรับความคิดเห็นต่อการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เห็นว่าควรฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนโบราณด้วยวิธีการผสมผสานพัฒนาการแพทย์แผนโบราณเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีบทบาทเป็นผู้นำและเป็นหลักในการผสมผสาน (บุษยมาศ สินธุประภา 2533) พบว่าปัญหาสำคัญในการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ คือ หมอแผนปัจจุบันยอมรับในหมอแผนโบราณน้อยและขาดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนโบราณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้มีขอบเขตจำกัด เป็นอุปสรรคในการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณด้วย

7.3 วิธีการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย การเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือ

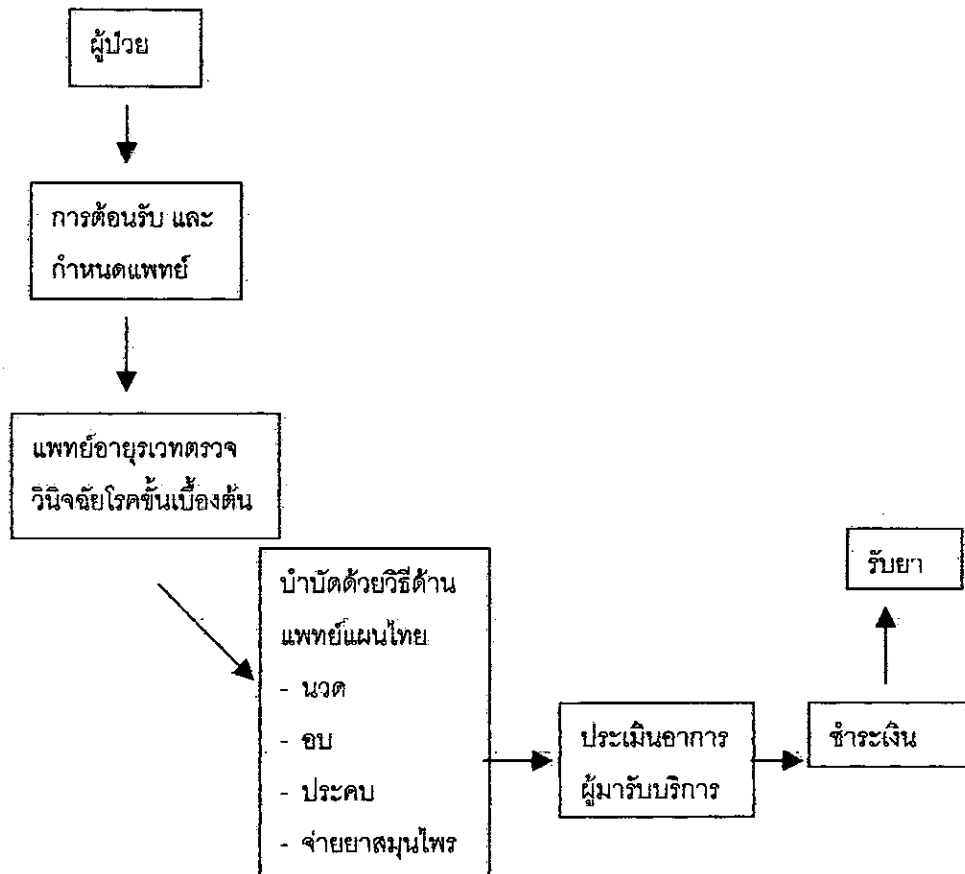
7.3.1 ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยผ่านการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบัน การรับบริการในลักษณะนี้ ผู้ป่วยจะเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายแพทย์แผนปัจจุบันก่อน และเมื่อแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยโรคที่เป็นแล้ว พบว่า ความเจ็บป่วยนั้นสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังงานการแพทย์แผนไทย ในส่วนนี้ผู้ป่วยต้องยอมรับและยินดีที่จะรับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยโดยผ่านการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบัน

ที่มา: เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ "การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ในการให้บริการผู้ป่วยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ" สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2540: 55-56

7.3.2 ผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตนเอง การเข้ารับบริการในลักษณะนี้ ผู้ป่วยจะมาที่งานการแพทย์แผนไทยด้วยตนเองซึ่งอาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความนิยมส่วนตัว การบอกต่อ อยากรทดลอง ฯลฯ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องผ่านการคัดกรองจากอายุรเวท ซึ่งหากตรวจพบว่าความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถรักษาด้วยวิธีแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยก็就会被ส่งต่อไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษา ดังภาพที่ 2.3 (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ 2540: 55-56)



ภาพที่ 2.3 รูปแบบการเข้ารับบริการแผนไทยด้วยตนเอง

ที่มา: เพ็ญภา ทรรศัยเจริญ และคณะ "การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ในการให้บริการ ผู้ป่วยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ" สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2540: 55-56

8. การพัฒนาการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจุบันการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในระดับต่าง ๆ ยังไม่มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน ส่วนใหญ่แล้วการริเริ่มหรือดำเนินงานด้านนี้จะเกิดขึ้นจากความสนใจระดับบุคคลมากกว่า ดังนั้นจะเห็นว่าการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยยังคงอาศัยโครงสร้างงานเดิมของหน่วยงาน ประกอบกับความสนใจและการตัดสินใจของผู้บริหารของหน่วยงานนั้นว่าจะมอบหมายให้งานการแพทย์แผนไทยอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายใด เช่น ในระดับจังหวัดงานการแพทย์แผนไทยจะปรากฏอยู่ในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ฝ่ายพัฒนาบุคลากร หรือ ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น (นายอนันต์ ถิ่นทอง 2542: 39-46)

8.1 บทบาทและโครงสร้างหน่วยงานในการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยในระดับอำเภอ งานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านมายังไม่มี โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังรองรับ ดังนั้น ในการปฏิบัติงานจึงต้องอาศัยโครงสร้างเดิมของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับอำนาจการตัดสินใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ 3 วิธี ดังนี้

8.1.1 งานการแพทย์แผนไทยอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เช่น ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพงานสาธารณสุขมูลฐาน

8.1.2 งานการแพทย์แผนไทยอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของแต่ละฝ่ายในโรงพยาบาล

8.1.3 งานการแพทย์แผนไทยแยกออกเป็นฝ่าย/งานอิสระ ขึ้นต่อผู้อำนวยการ ซึ่งจากข้อมูลการดำเนินงานรูปแบบต่าง ๆ มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งทำให้งานการแพทย์แผนไทยไม่พัฒนาเท่าที่ควร ดังนั้น ข้อเสนอจากการสัมมนาแนวทางการพัฒนาแผนไทยจึงมีความคาดหวังว่าในอนาคตตงงานการแพทย์แผนไทยควรจะแยกเป็นฝ่าย หรือ งานอิสระ

8.2 บทบาทการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 3 ฝ่าย

8.2.1 ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน รับผิดชอบงาน

- 1) บริหารทั่วไป
- 2) งานเภสัชกรรม
- 3) งานวิชาการ

8.2.2 ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ รับผิดชอบงาน

- 1) งานคลินิกบริการ
- 2) งานส่งเสริม สนับสนุนการพึ่งตนเองและชุมชนด้านแพทย์แผนไทย
- 3) งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

8.2.3 ฝ่ายสุขภาพิบาล รับผิดชอบงาน

- 1) งานส่งเสริม สนับสนุนการพึ่งตนเองและชุมชนด้านแพทย์แผนไทย
- 2) งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

8.3 กิจกรรมงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน กิจกรรมงานการแพทย์แผนไทย ที่ดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน แบ่งเป็น 6 งานที่สำคัญ คือ

8.3.1 งานบริหารทั่วไป ในโรงพยาบาลชุมชนไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่แพทย์แผนโบราณประยุกต์หรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีกิจกรรมแนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารทั่วไปเหมือนกัน คือ

1) จัดทำแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผน เช่น ข้อมูลกลุ่มผู้สนใจสมุนไพร หมอพื้นบ้าน และหมอแผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ ข้อมูลสวนสมุนไพร (ป่าที่เป็นแหล่งสมุนไพร) วัดที่มีกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทย ข้อมูลการให้ยาในชุมชน เป็นต้น โดยประสานงานกับกลุ่มบุคคล/ฝ่าย /หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลแล้วให้มากำหนดการจัดทำแผนเป็น 2 ระยะ คือ

(1) การจัดทำแผนระยะสั้น (แผนประจำปี) โดยกำหนดเป้าหมาย/งาน / กิจกรรม งบประมาณเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อประสานแผนงานภายในหน่วยงานและประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(2) การจัดทำแผนระยะยาว (แผน 3-5ปี) โดยประสานงานให้เป็นไปในรูปแบบของแต่ละจังหวัดเพื่อกำหนดเป้าหมายและโครงการในอนาคตในภาพรวมของจังหวัด

2) จัดระบบข้อมูลข่าวสาร โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานผู้สนใจ

3) ติดตามประเมินผล

(1) จัดทำรายงานประจำเดือน ประจำปี

(2) สรุปและรายงานผลการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม

(3) จัดสร้างเกณฑ์ชี้วัดการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน

4) ประสานความร่วมมือด้านบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย

(1) ประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ภายในหน่วยงานเพื่อขอสนับสนุนบุคลากรช่วยในการปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถานบริการ

(2) ประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ภายในหน่วยงานเพื่อขอใช้ทรัพยากรของฝ่ายนั้น ๆ

(3) ประสานความร่วมมือภายนอกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรพัฒนาภาคเอกชน เป็นต้น

5) จัดหาวัสดุ = วัสดุภัณฑ์ในงานการแพทย์แผนไทยโดยแผนควบคุมการใช้วัสดุต่าง ๆ และจัดทำแผนจัดซื้อ จัดหาและแผนการใช้ยาและเวชภัณฑ์ด้านการแพทย์แผนไทย

- 6) จัดทำทะเบียนรับ – ส่ง หนังสือภายในของการแพทย์แผนไทย
- 7) จัดหางบประมาณใช้จ่าย ในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย
 - (1) สืบเสาะหาแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และ เอกชน
 - (2) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงานเพื่อใช้จ่ายเงินงบประมาณในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 8) จัดหาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เต็มกรอบที่กำหนดไว้ เช่น แพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์ (อายุรเวท) หรือ แผนโบราณทั่วไปจำนวน 2 คน คนงานจำนวน 2 คน ในกรณีที่มีความประสงค์จะดำเนินการเต็มรูปแบบ แต่ถ้ายังไม่ได้ทำกิจกรรมเต็มรูปแบบก็สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

8.3.2 งานคลินิกบริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์จะมีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยครอบคลุมทุกกระบวนการเนื่องจากมีองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์หรือแผนโบราณทั่วไปก็ให้บริการได้แต่จะไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ เพราะขาดองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดความแตกต่างด้านการรักษาได้จากตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.2 กิจกรรมหรือบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามการมีบุคลากรทางการแพทย์แผนโบราณประยุกต์

กิจกรรม	บุคลากรทางการแพทย์แผนโบราณประยุกต์	
	มี	ไม่มี
1. จัดทำแผนการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน	ทำ	ทำ
2. ทำแผนจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์การแพทย์แผนไทย	ทำ	ทำ
3. ให้บริการตรวจและวินิจฉัยโรคแก่คนไข้ที่มารับบริการโดยตรง ตามมาตรฐานของวิชาชีพ	ทำ	ทำ
4. ให้บริการตรวจและวินิจฉัยโรคแก่คนไข้ที่ได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์แผนปัจจุบัน	ทำ	ทำบางโรคตามดุลยพินิจของแพทย์แผนปัจจุบัน
5. ให้การรักษาคนไข้ในข้อ 3, 4 ด้วยวิธีต่อไปนี้		

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

กิจกรรม	บุคลากรทางการแพทย์แผนโบราณประยุกต์	
	มี	ไม่มี
1) ใช้ยาสมุนไพร		
ยาเดี่ยว คือ ยาที่ใช้สมุนไพรอย่างเดียว	ทำ	ทำ
ยาดำรับ คือ ยาที่มีสมุนไพรมากกว่า 1 อย่าง	ทำ	ไม่ทำ
2) การอบสมุนไพร		
อบ เพื่อสุขภาพ	ทำ	ทำ
อบ เพื่อรักษาโรค	ทำ	ไม่ทำ
3) การนวดแผนไทย		
นวด แก้อาการปวดเมื่อย	ทำ	ทำ
นวด รักษาโรค	ทำ	ไม่ทำ
4) การประคบสมุนไพร	ทำ	ไม่ทำ
6. ออกหน่วยแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ร่วมกับ รพ.	ทำ	ไม่ทำ

ที่มา: อนันต์ ถิ่นทอง “บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนต่อการนำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข” ภาควิชาศิลปวัฒนธรรมมหาวิทยาลัยศิลปากร (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2542

8.3.3 งานเภสัชกรรม (การปรุงยา) การผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน ถ้าเป็นการผลิตยาสมุนไพรที่ใช้เทคนิคการผลิตขั้นพื้นฐานง่าย ๆ เช่น ยาต้ม ยาขง ยาผง ยาบรรจุแคปซูลนั้น โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่มีความสนใจสามารถผลิตใช้ได้ แต่ถ้าเป็นการผลิตที่ต้องใช้เทคนิคที่เฉพาะหรือการผลิตยาดำรับสมุนไพรนั้น มีความจำเป็นต้องมีบุคลากรเฉพาะทาง คือ แพทย์แผนโบราณประยุกต์ หรือ แผนโบราณทั่วไป ที่มีความรู้และเทคนิคเฉพาะทางมาดำเนินการผลิตยาสมุนไพรและควบคุมมาตรฐานการผลิตยาสมุนไพรนั้น ๆ

ตารางที่ 2.3 งานเภสัชกรรมที่มีในโรงพยาบาลที่มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์

รายละเอียดงานเภสัชกรรม	บุคลากรทางการแพทย์แผนโบราณประยุกต์	
	มี	ไม่มี
1. จัดหาวัตถุดิบเพื่อนำมาใช้ในการผลิตยา		
1.1 ปลุกสมุนไพรใช้เองในสถานบริการ	ทำ	ทำ
1.2 ส่งเสริมให้สมาชิกชมรม / ประชาชนที่สนใจ ปลุกเป็นรายได้เสริมให้แก่ครอบครัว	ทำ	ทำ
1.3 ซื้อสมุนไพรจากที่อื่นทั้งในกรุงเทพฯ ภูมิภาค	ทำ	ทำ
1.4 ควบคุมวัตถุดิบของสมุนไพร	ทำ	ไม่ทำ
1.5 ปลุกและกระจายพันธุ์สมุนไพรเพื่อนำมา เป็นวัตถุดิบในการผลิตยา	ทำ	ทำ
2. ผลิตยาและจัดหายาสมุนไพรไว้ใช้ในสถาน บริการและสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนใจ	ยาเดี่ยว / ตำรับ	ไม่ทำ
3. ศึกษารวบรวมพันธุ์สมุนไพรที่หายากมาปลุก เพื่ออนุรักษ์และขยายพันธุ์	ทำ	ทำ
4. ควบคุมคุณภาพตำรับยาสมุนไพร		
4.1 ส่งตัวอย่างสมุนไพรเพื่อตรวจวิเคราะห์	ทำ	ไม่ทำ
4.2 คัดเลือกวัตถุดิบให้ได้มาตรฐาน	ทำ	ทำ
5. พัฒนาคำรับยาสมุนไพร		
5.1 พัฒนารูปแบบการผลิตยาให้ทันสมัย	ทำ	ไม่ทำ
5.2 พัฒนาตัวยาในตำรับให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น	ทำ	ไม่ทำ
5.3 พัฒนากกรรมวิธีในการผลิตให้ได้มาตรฐาน	ทำ	ไม่ทำ

ที่มา: อนันต์ ถิ่นทอง "บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนต่อการนำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบ
บริการสาธารณสุข" ภาคนิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2542

8.3.4 งานส่งเสริม สนับสนุนการพึ่งตนเองของชุมชนด้านแพทย์แผนไทย
โรงพยาบาลชุมชนที่สนใจการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย และมีบุคลากรที่สนใจรับผิดชอบ

งานด้านการแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะมีความรู้แพทย์แผนโบราณประยุกต์หรือไม่ ก็สามารถดำเนินงาน ส่งเสริมและสนับสนุนการพึ่งตนเองของชุมชนด้านการแพทย์แผนไทยได้

8.3.5 งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ งานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์แผนไทยประยุกต์และไม่มีนั้นจะเหมือนกันในด้านของกลวิธีในการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์ แต่จะต่างกันในเรื่องของรายละเอียดเนื้อหา องค์ความรู้และรูปแบบในการเผยแพร่

8.3.6 งานวิชาการ เป็นงานสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาการแพทย์แผนไทยบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งโรงพยาบาลที่มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์ หรือไม่มี ก็มีความจำเป็นต้องศึกษาค้นคว้าเพื่อการพัฒนาและสืบทอดสู่ลูกหลาน ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญ ๆ และเร่งด่วนที่ต้องทำ มีดังนี้

1) **งานรวบรวมศึกษาพัฒนาและประยุกต์ใช้** องค์ความรู้และทฤษฎีด้านการแพทย์แผนไทย สำหรับใช้ตรวจวินิจฉัยและให้บริการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม นอกเหนือจากวิธีการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาตามอาการ

(1) **องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านจากชุมชน** ได้แก่ ตำรายาคัมภีร์โอบิลาน สมุดข่อย หรือ สมุดไทย รวมถึงการคัดเลือกพัฒนาและประยุกต์ใช้ตำรายาต่าง ๆ จากหมอพื้นบ้านนำมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชน

(2) **องค์ความรู้ด้านสมุนไพร** เช่น การเปรียบเทียบชื่อสมุนไพรแต่ละท้องถิ่น การจัดเก็บสมุนไพรที่หายาก โดยวิธีเก็บแห้งลักษณะที่สำคัญ จัดทำแหล่งค้นคว้าด้านการแพทย์แผนไทย เช่น มุมวิชาการ ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์

2) **งานศึกษาวิจัย**

(1) งานศึกษาวิจัยที่ใช้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

(2) งานศึกษาวิจัยที่ใช้องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์

3) **งานผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย** เช่น เป็นสถานที่ฝึกงานของนักศึกษาและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน

4) **งานพัฒนาบุคลากร**

(1) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย เช่น แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ

(2) จัดอบรมความรู้ให้แก่บุคลากรที่สนใจงานด้านการแพทย์แผนไทย

(3) จัดอบรมในเรื่องเทคนิคต่าง ๆ ให้กับหมอพื้นบ้าน

(4) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหมอพื้นบ้าน

5) **จัดทำคู่มือสำหรับบุคลากร** เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบันของแต่ละพื้นที่

6) จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการ ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแก่ประชาชน

7) ประสานความร่วมมือ ในการเป็นวิทยากร ครู พี่เลี้ยง และอาจารย์พิเศษด้านการแพทย์แผนไทย

9. ตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาลที่ดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันยังมีไม่มากนัก ซึ่งแต่ละแห่งก็จะมีรูปแบบ และกลวิธีในการดำเนินงานที่ต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอตัวอย่างโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการได้ดีและมีความต่อเนื่องมาจนถึงในปัจจุบัน ดังนี้

โรงพยาบาลบางกระทุ่ม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งในปี 2528 ได้เริ่มดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทย โดยนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการรักษาโรคอย่างจริงจัง โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ โดยผสมผสานเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันในปี 2529 ได้ดำเนินงานตามโครงการสมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐาน โดยการสนับสนุนจากประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (GTZ) และต่อมาในปี 2534 ได้เพิ่มการนวด (หัตถบำบัด) การอบ และการประคบในการรักษาโรค โดยแพทย์อายุรเวท

การดำเนินงานเป็นไปในรูปแบบครบวงจร แบ่งเป็นงานต่าง ๆ ดังนี้

- 1) งานสวนสมุนไพร
- 2) งานผลิตยาสมุนไพร
- 3) งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรม
- 4) งานคลินิกรักษา และการวิจัยทางคลินิก
- 5) งานข้อมูลข่าวสาร และวิชาการเจ้าหน้าที่
- 6) งานกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย

โดยจะขอนำเสนองานด้านที่สำคัญ ๆ ดังนี้

งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรม

งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรมในระยะแรกที่ดำเนินงานโครงการสมุนไพรได้รับการสนับสนุนจากประเทศเยอรมัน ในปี 2529 – 2531 ได้ดำเนินการในรูปอนุกรรมการฝ่ายเผยแพร่และฝึกอบรมซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 4 ท่าน และบทบาทหน้าที่ของอนุกรรมการ มีดังนี้

- 1) การอบรมและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปลูก การผลิต และการใช้สมุนไพรแก่ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่

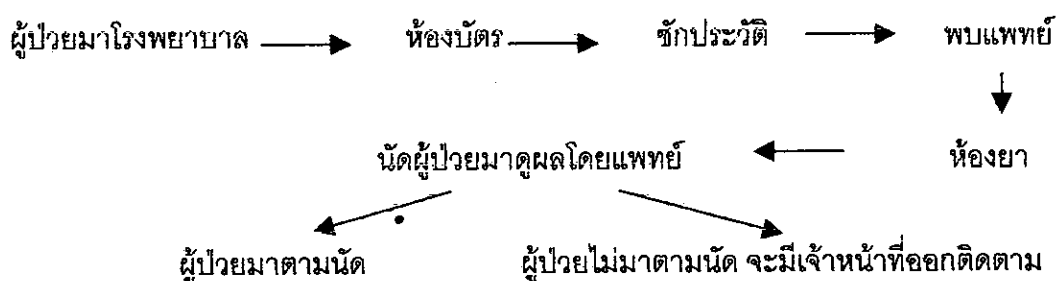
- 2) จัดทำแบบสำรวจกิจการปลูก การผลิต และการใช้สมุนไพรในหมู่บ้าน
- 3) จัดทำสื่อในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
- 4) รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ
- 5) ประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 6) จัดทำแผนการปฏิบัติงานของฝ่าย
- 7) นิเทศงานอาสาสมัครสมุนไพรในหมู่บ้าน

งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ได้จัดทำโครงการที่สำคัญที่เป็นโครงการเด่นและได้ผลดี คือ “โครงการนิทรรศการสมุนไพรเคลื่อนที่ลงหมู่บ้าน” เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รู้จักสมุนไพรตลอดจนวิธีใช้สมุนไพรและการรักษาอย่างถูกต้องเพื่อจะให้ใช้กับโรคที่พบบ่อยในหมู่บ้าน

งานคลินิกรักษา และการวิจัยทางคลินิก

การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรผนวกเข้ากับระบบการรักษาของโรงพยาบาล การตรวจรักษาโรคโดยแพทย์แผนปัจจุบัน จ่ายยาทั้งแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร หรือยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการวิจัยของกระทรวงจะได้รับการนัดหมายให้มาพบแพทย์ตามกำหนด ดังในภาพที่ 2.4

การให้บริการผู้ป่วยในการวิจัยคลินิก



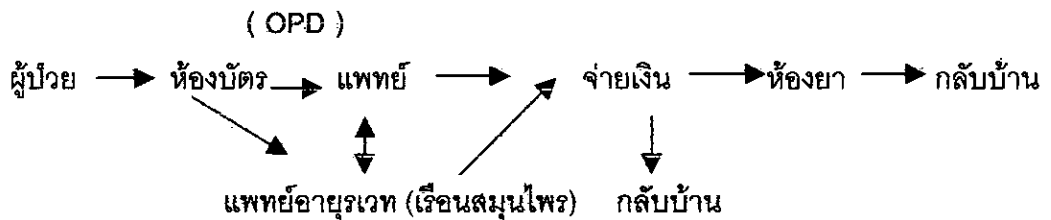
ภาพที่ 2.4 ขั้นตอนการให้บริการแก่ผู้ป่วยในการวิจัยทางคลินิก

ที่มา: โรงพยาบาลบางกระทุ่ม 2541 เอกสารประกอบศึกษาดูงาน

ปัญหาอุปสรรคที่พบ

ยาสมุนไพรที่ใช้รักษาผู้ป่วยมีน้อยชนิด รักษาได้บางอาการ บางโรคไม่มากนัก ทำให้ถูกจำกัดอยู่ในวงแคบยังไม่มีการใช้เผยแพร่มากนัก ต่อมาในปี 2534 ได้บุคลากรเพิ่ม มีแพทย์

อายุรเวทมารับผิดชอบโดยตรงในการรักษาด้วยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย และได้เพิ่มการรักษาด้วยการนวด การอบและการประคบ มีการผลิตเพิ่มชนิดมากขึ้น ประกอบกับมีผู้ป่วยที่เคยใช้สมุนไพรรักษาโรคหายได้เกิดความเชื่อถือ และผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้สมุนไพรรักษาโรคมากขึ้น จนในปัจจุบันมีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคมามากขึ้น



ภาพที่ 2.5 แผนผังขั้นตอนการรักษาทางคลินิกในปัจจุบัน

ที่มา: โรงพยาบาลบางกระพุ่ม 2541 เอกสารประกอบศึกษาคูงาน

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยมีบัตรฟรีต่าง ๆ จะไม่เสียเงินสำหรับยาแผนปัจจุบันถ้ายาสมุนไพร การนวด อบ ประคบ ต้องเสียเงิน

โรงพยาบาลพนา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ได้จัดตั้งศูนย์การแพทย์แผนไทย อำเภอพนาเมื่อปี พ.ศ. 2536 เพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนอำเภอพนาและอำเภอใกล้เคียง โดยเริ่มจากการได้รับเงินสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์แผนไทย และเงินบำรุงจากโรงพยาบาลให้จัดการอบรมการนวดไทยแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและหมอนวดพื้นบ้านที่สนใจ ให้อยู่ในความดูแลของฝ่ายทันตสาธารณสุขและฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ปี 2537 ส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไปศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรแพทย์แผนไทย หลักสูตร 2 ปี

ปี 2538 ย้ายที่จากอาคารผู้ป่วยนอกไปยังอาคารเรือนไทย เปิดให้บริการนวดแผนไทย การอบสมุนไพร ให้บริการโดยหมอนวดพื้นบ้าน

ปี 2539 มีเจ้าหน้าที่จบจากการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรแพทย์แผนไทย ได้แยกเป็นงานแพทย์แผนไทยมีการดำเนินงานครบวงจรให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ขั้นตอนการรับบริการ คือ เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์แผนไทยได้ หรือ ผู้ป่วยสามารถไปพบแพทย์แผนไทยได้โดยตรง

ปี 2540 โรงพยาบาลพนาขยายเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง และย้ายไปตั้งที่ใหม่ สถานที่เดิมได้ทำการปรับปรุงและเปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์การแพทย์แผนไทย ให้การบริการทางการแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร มีการปลูกพันธุ์พืชสมุนไพร การผลิตยาสมุนไพร มีห้องอบสมุนไพร โดยระบบไฟฟ้า 2 ห้อง สามารถให้บริการได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับพื้นที่มากที่สุด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

จากผลการวิจัยจำนวนผู้รับบริการ ปี 2539 – 2542 พบว่าร้อยละ 85 เป็นคนในอำเภอพนา ใช้ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ทราบว่ามีกรตรวจรักษาจากเพื่อนบ้าน และสมาชิกในครอบครัว และเคยมารับบริการ 2 ครั้งขึ้นไป มารับการรักษาโดยการนวด รับประทานสมุนไพร และประคบสมุนไพร ร้อยละ 65.5 , 50.0 และ 30.5 ตามลำดับ ร้อยละ 90.5 จะกลับมารับการรักษาอีกครั้ง และร้อยละ 95.5 จะแนะนำญาติ หรือเพื่อนบ้านให้มารับการรักษา โดยระดับความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดในการรับการรักษาแพทย์แผนไทย ความสนใจและกระตือรือร้นของผู้ให้บริการ การซักถาม ถามปัญหาและคำแนะนำ มีระดับความพึงพอใจมากในระยะเวลารอคอยการรักษา ค่าใช้จ่ายและความมั่นใจ

จากการที่ทางโรงพยาบาลพนา ได้เปิดศูนย์การแพทย์แผนไทยนั้นเป็นการเพิ่มทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชนในอำเภอพนาและอำเภอใกล้เคียง และเป็นการรักษาภูมิปัญญาชาวบ้านให้มีส่วนร่วมในการให้บริการ เป็นศูนย์รวมในการรวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน อีกทั้งมีการรวมตัวกันเป็นประชาคม เพื่อการอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยและการออกกำลังกายตามแบบของฤๅษีตัดตนของผู้สูงอายุ มีการถ่ายทอดความรู้กันระหว่างชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่ม ในปี 2531 โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่มได้พัฒนาให้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในระบบบริการโดยเริ่มให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ถูกต้องต่อการพัฒนางานสมุนไพร มีการผลิตยาสมุนไพรหลายชนิดในโรงพยาบาลและมีความพยายามพัฒนางานดังกล่าวสู่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้สมุนไพรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ปี พ.ศ.2533 ได้รับแพทย์อายุรเวทเข้ามาปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางานให้มีการผสมผสานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระบบบริการ ทำให้เกิดทางเลือกแก่ประชาชนในการที่จะได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ภายหลังจากที่มีแพทย์อายุรเวทมาปฏิบัติงานแล้ว โรงพยาบาลแม่แจ่มได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2534 โดยศูนย์ประสานงานการ

แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการผสมผสาน การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ มีการดำเนินการพร้อมกัน 6 อำเภอ คือ รพ.พล จ.ขอนแก่น รพ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา รพ.เรณูนคร จ.นครพนม รพ.กุดชุม จ.ยโสธร รพ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี รพ.แม่แจ่ม จ.เชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อการผสมผสาน การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ในการดำเนินงานวิจัยเชิง ปฏิบัติการนี้ยังได้ริเริ่มการพัฒนา การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ระดับตำบลเบื้องต้นโดยการส่งแพทย์อายุรเวทไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ทั้งนี้เพื่อเป็นจุดเริ่มต้น ในการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขระดับตำบลต่อไป จากการศึกษาทำให้ทราบว่า แพทย์อายุรเวทมีศักยภาพในการทำงานที่สถานีอนามัยอันเป็นสถาน บริการระดับรอง ซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนในระดับหมู่บ้าน โดยแพทย์อายุรเวทน่าจะช่วยให้เกิดการ พัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับตำบล อันเป็นการ สร้างทางเลือกในการจะรับบริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน พร้อมกับการส่งเสริม สนับสนุน และร่วมมือกับแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ให้กลับมาดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวทางของการ สาธารณสุขมูลฐาน

โรงพยาบาลสูงเนิน ในการพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยสู่ระบบ บริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จ. นครราชสีมา พบว่า การพัฒนาระบบบริการ และสถานที่ให้บริการทำให้การบริการสะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้มีผู้สนใจที่จะใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถชื้อยาสมุนไพรได้เองที่ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน โดยไม่ ต้องผ่านห้องบัตรได้รับความนิยมนสูงมาก และสิ่งที่ทำให้มีผู้สนใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยมาก ขึ้นได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงประสิทธิภาพของสมุนไพรและการบริการ ที่ระบบบริการมีให้ จากการสำรวจทัศนคติของผู้มาใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบทัศนคติที่ดีต่อ การแพทย์แผนไทยสูงถึงร้อยละ 68 ส่วนทัศนคติของผู้ให้บริการภายในโรงพยาบาลนั้น พบกลุ่มที่ เห็นด้วยและพร้อมให้การสนับสนุนให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยร้อยละ 54 ส่วนกลุ่มที่ไม่ยอม รับ ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 9

จากตัวอย่างโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรับบริการและพร้อมที่จะให้การสนับสนุน ดังนั้นจึงควร ที่จะพัฒนาและส่งเสริมการดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งควรส่งเสริมการพัฒนาปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความก้าวหน้ายิ่งขึ้น

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอน และเป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้เน้นศึกษาทางด้านระบบและรูปแบบในการจัดบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ได้ดังนี้

สวัสดี ทรัพย์เจริญ และคณะ (2528) ศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนที่อยู่ในชนบท จังหวัดนครพนม พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบทมีทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพร ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ร้อยละ 94.67 และประชาชนในชนบท ร้อยละ 89.67 เชื่อว่ายาสสมุนไพรรักษาโรคให้หายได้ แต่จะมีความเชื่อถือน้อยในความสามารถในการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนโบราณ เพราะเชื่อว่าแพทย์แผนโบราณวินิจฉัยโรคโดยใช้ประสบการณ์ ไม่ได้ใช้หลักทางการแพทย์แผนโบราณหรือหลักทางวิทยาศาสตร์ สำหรับเรื่องการใช้ยาสมุนไพรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบทไม่คิดว่าเป็นการล้าสมัย แต่มองเห็นความจำเป็นของยาสมุนไพรกับชาวชนบทมาก และเห็นด้วยที่จะมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในชนบท

สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ และคณะ (2530) ศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการ ญาติ และผู้ให้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเกี่ยวกับการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 96 ของผู้ป่วย ร้อยละ 80 ของญาติ และร้อยละ 84 ของเจ้าหน้าที่เห็นด้วยต่อการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการของรัฐ และได้เสนอแนะต่อว่าควรผสมผสานหรือประยุกต์การนวดไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน ร้อยละ 81

เพ็ญจันทร์ ประดับมูข (2532) ได้ศึกษามิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาสมุนไพร ในชุมชน พบว่า การใช้สมุนไพรในชุมชนส่วนใหญ่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตนเองมากกว่าใช้โดยหมอพื้นบ้าน ปัจจัยในการตัดสินใจใช้สมุนไพรที่สำคัญ ได้แก่ ความเจ็บป่วยระดับปานกลางจนถึงรุนแรงและความเจ็บป่วยที่อยู่ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน และจากการศึกษาพบว่า แบบแผนการใช้สมุนไพรในการรักษาตนเองของประชาชนส่วนใหญ่ ใช้สมุนไพรเดี่ยวสด ๆ ที่หยิบง่ายใกล้ตัวกับโรคพื้น ๆ ง่าย ๆ นอกจากนั้นยังพบว่ามีการใช้ยาตำรับ หรือ ใช้ยาสมุนไพรควบกับวิธีอื่น ๆ ด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้สมุนไพรมีแนวโน้มลดความสำคัญลงเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน สาเหตุ คือ ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดี หายเร็ว สะดวก หาซื้อง่าย ที่สำคัญพบว่า มิติทางสังคมวัฒนธรรมปรากฏอยู่ในแบบแผนการใช้สมุนไพรของประชาชน คือ มีความหลากหลายในเชิงวิธีคิดและรูปแบบของบริการ โดยเฉพาะฤทธิ์ของยา หรือ ประสิทธิภาพ

ของสมุนไพรสัมพันธ์อยู่กับความเชื่อในกระบวนการรักษา โดยพบว่า มีการใช้ “สัญลักษณ์” ร่วมในกระบวนการใช้ยา การเก็บยาสมุนไพรที่ชาวบ้านใช้จึงมีความหมายมากกว่าสารที่มีฤทธิ์ทางยา การหายจากความเจ็บป่วยอาจไม่ใช่จากประสิทธิภาพของฤทธิ์ยาเท่านั้น ความศรัทธา ความเชื่อ อาจส่งผลให้ความเจ็บป่วยหายได้ จึงสรุปว่าไม่อาจแยกส่วนสมุนไพรออกจากระบบสังคมวัฒนธรรมของชุมชน และการดำรงอยู่ของกระบวนการการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย ดังนั้น นโยบายและกลวิธีการส่งเสริมสมุนไพรจึงควรให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย

บุษยามาศ สิ้นธุประภา และจรัสพรพรรณ สงวนเสริมศรี (2533) ได้ทำการวิจัยเรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนคติของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ เก็บข้อมูลในเขตภาคเหนือ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีความเข้าใจการแพทย์แผนโบราณว่าเป็นการบำบัดโรค โดยใช้ยาสมุนไพรและมีความสนใจที่จะศึกษาเรียนรู้ มีการยอมรับยาสมุนไพรมากที่สุดรองลงมา คือ หมอนวดจับเส้น และ หมอตำแย

ยุพาพรรณ มั่นกะโทก (2535) ศึกษา ทัศนคติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนต่อการผสมผสานยาสมุนไพรสู่ระบบบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนในโรงพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อการผสมผสานการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายด้านยา แต่มีทัศนคติทางลบต่อประสิทธิภาพของยาสมุนไพร และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามกับประสบการณ์การใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p = 0.05$ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการพบว่า ร้อยละ 65.2 เสนอว่าควรมีแพทย์อายุรเวท 1 คน ในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีระบบส่งต่อระหว่างแพทย์อายุรเวทและแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 48 และร้อยละ 43 ได้เสนอว่าควรเพิ่มเติมวิชาสมุนไพรในหลักสูตรแพทยศาสตร์

นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน ในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนากระบวนการและสถานที่ให้บริการทำให้การบริการสะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้มีผู้สนใจที่จะใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถซื้อยาสมุนไพรได้เองที่ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน โดยไม่ต้องผ่านห้องบัตรได้รับความนิยมนสูงมาก นอกจากนี้สิ่งที่ทำให้มีผู้สนใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงประสิทธิภาพของสมุนไพร รวมถึงการบริการที่ระบบบริการมีให้ จากการสำรวจทัศนคติของผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทยพบทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทยสูงถึง ร้อยละ

68 ส่วนทัศนคติของผู้ให้บริการภายในโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีกลุ่มที่เห็นด้วยและพร้อมที่จะให้การสนับสนุนให้มีการบริการการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 54 กลุ่มที่ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 9 พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค และคณะ (2537) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับศักยภาพของอายุรเวท พบว่า แพทย์อายุรเวทมีศักยภาพในการทำงานที่สถานีอนามัยอันเป็นสถานบริการระดับรองซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนในระดับหมู่บ้าน โดยแพทย์อายุรเวทน่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับตำบลได้ อันเป็นการสร้างทางเลือกในการจะรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน พร้อมกับการส่งเสริมสนับสนุนและร่วมมือกับแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ให้กลับมาดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐาน

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (2538) ได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ และ สาธารณสุขแผนปัจจุบันในจังหวัดกาญจนบุรี ต่อการนวดไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และรายได้ของบุคลากรตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป มีผลต่อทัศนคติในเชิงลบ และจากการศึกษาเรื่องการยอมรับ พบว่า อาชีพแพทย์และเภสัชกร มีแนวโน้มยอมรับการนวดแผนไทยเมื่อมีการปวด เคล็ด ชัดยอก น้อยกว่าอาชีพอื่น

เพ็ญนภา ทวีพย์เจริญ และคณะ (2540) ศึกษาและแบ่งรูปแบบในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบ 1 หมายถึง สถานบริการที่มีวิธีการให้บริการเพียงอย่างเดียวหนึ่ง เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบสมุนไพร เป็นต้น รูปแบบ 2 หมายถึง สถานบริการที่มีวิธีการให้บริการตั้งแต่ 2 อย่าง เช่น การนวดร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร หรือการอบสมุนไพรคู่กับการนวด หรือ การอบสมุนไพรคู่กับการใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น รูปแบบ 3 หมายถึง สถานบริการที่มีวิธีการให้บริการตามรูปแบบ 1 และรูปแบบ 2 โดยมีบุคลากรเฉพาะทาง เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนโบราณประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านมาร่วมดำเนินงาน และรูปแบบ 4 หมายถึง สถานบริการตามรูปแบบ 3 ที่มีการผลิตยาขึ้นใช้ในสถานบริการ

วิรัตน์ ประชุมพันธ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาวิจัยจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลพนา ในปี 2539-2542 พบว่า ร้อยละ 85 เป็นคนในอำเภอพนา ใช้ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ทราบว่ามีอาการตรวจรักษาจากเพื่อนบ้านและสมาชิกในครอบครัว และเคยมารับบริการ 2 ครั้งขึ้นไป มารับการรักษาโดยการนวด รับประทานสมุนไพร และประคบสมุนไพร ร้อยละ 65.5, 50.0 และ 30.5 ตามลำดับ ร้อยละ 90.5 จะกลับมาใช้บริการรักษาอีกครั้ง และร้อยละ 95.5 จะแนะนำญาติหรือเพื่อนบ้านให้มารับการรักษา โดยระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดในการรับการรักษาแบบแพทย์แผนไทย ความสนใจและ

กระตือรือร้นของผู้ให้บริการ การซักถาม ถามปัญหาและคำแนะนำ มีระดับความพึงพอใจมากในระยะเวลาารอคอยการรักษา ค่าใช้จ่ายและความมั่นใจ

อนันต์ ถิ่นทอง (2542) ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนต่อการนำ การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ งานเป็นเพศหญิงและชาย ร้อยละ 50 เท่ากัน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-44 ปี ร้อยละ 66.7 มีอายุ เฉลี่ย 34.3 ปี มีสถานภาพโสดและสมรส ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.3 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาแล้วมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50 เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า สมุนไพรในปัจจุบันมีราคาแพง ร้อยละ 58.3 และเห็นว่าสามารถรักษาอาการทางจิตได้ ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาทในงานแพทย์แผนไทย พบว่าปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการแสดงบทบาทในงานแพทย์แผนไทยมากที่สุด คือ การยอมรับของ ผู้บริหารโรงพยาบาล ในลักษณะของการสนับสนุนเต็มที่ การให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการ แพทย์แผนไทยโดยตรง ร้อยละ 91.7 ต่อมา ได้แก่ ลักษณะความเชื่อของเจ้าหน้าที่และของชุมชนที่ มีต่อการแพทย์แผนไทย คือ การที่ชุมชนมีการยอมรับและมีการใช้สมุนไพรในชุมชน เจ้าหน้าที่ที่มา รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยมีใจรักที่จะดำเนินการ ร้อยละ 75 และการดำเนินงานที่มีการ ประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นได้ดี เช่น การประสานความร่วมมือกับพระภิกษุในการปลูก สมุนไพรในวัด การประสานกับหมอพื้นบ้านที่มีในชุมชนให้มาช่วยในการชักนำให้เห็นคุณค่าของ แพทย์แผนไทย การประสานความร่วมมือกับสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณในการอบรมประชาชน ร้อยละ 66.7 และปัจจัยที่ช่วยเกื้อหนุนการดำเนินงาน คือ การใช้ เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการดำเนินงาน ร้อยละ 50 และบุคลากรที่รับผิดชอบงานการแพทย์ แผนไทยเป็นผู้ที่ผ่านการอบรม หรือ สำเร็จการศึกษาทางการแพทย์แผนไทยโดยตรง ร้อยละ 41.7 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านลบต่อการแสดงบทบาทในงานแพทย์แผนไทยมากที่สุด ได้แก่ การยอมรับของผู้บริหาร คือ การไม่ให้ความสำคัญหรือให้ความสำคัญน้อย และการไม่กระตุ้นเตือน ให้มีการปฏิบัติ ร้อยละ 75 การไม่มีการแบ่งฝ่ายและมีผู้รับผิดชอบงานจำนวนจำกัดจนเกิดสภาพ งานล้นคน ร้อยละ 58.3 ความเชื่อของเจ้าหน้าที่ที่เห็นว่า การแพทย์แผนไทยมีความเหมาะสมที่จะ นำไปส่งเสริมสุขภาพมากกว่าที่จะมาเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 41.7 ความไม่มี มาตรฐานในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยที่เป็นแบบเดียวกันจะทำให้เกิดความยุ่งยากใน การนำไปใช้ ร้อยละ 41.7 เห็นว่าการไม่มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์มาดำเนินงาน ร้อยละ 25 และการขาดการประสานงานกับองค์กรภายนอกโรงพยาบาล ร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานแบ่งได้เป็น 6 ด้านหลัก ๆ คือ 1) ด้านความเชื่อ ซึ่งมีกลุ่มผู้ให้ บริการ ร้อยละ 33.3 เห็นว่า ยาสมุนไพรไม่มีมาตรฐานทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณไม่ว่าจะผลิต

ในโรงพยาบาลชุมชน หรือจากโรงงาน และร้อยละ 25 เห็นว่ายาสุมุนไพรมีการผลิตหรือจำหน่าย โดยองค์การเภสัชกรรมหรือเอกชน มีราคาแพงกว่ายาของแพทย์แผนปัจจุบันที่ให้ผลการรักษา อาการเดียวกัน 2) ด้านการพัฒนาบุคลากร คือ ปัญหาการขาดการพัฒนาวิชาการ การฝึกอบรม การจัดประชุมวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยจากหน่วยเหนือแก่ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานให้ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในงานการแพทย์แผนไทยมีความถี่น้อย ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ บุคลากรที่มาเป็นผู้ดำเนินงานมีความรู้เฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทยน้อยหรือมีแพทย์แผนโบราณประยุกต์ (อายุรเวท) น้อย 3) ด้านนโยบาย ผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทยเห็นว่า ปัญหาการไม่นำนโยบายไปกระตุ้นเตือนของผู้บริหารในที่ประชุมหรือในคณะกรรมการบริหาร ส่งผลให้ไม่เกิดการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้น ร้อยละ 33.3 4) ด้านงบประมาณสนับสนุน ผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 33.3 เห็นว่าการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย จะมีความก้าวหน้า หรือประสบความสำเร็จจะต้องมีงบประมาณสนับสนุนที่สอดคล้องกับการ ดำเนินกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญ คือ การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้วย แพทย์แผนไทย 5) ด้านการนิเทศติดตามซึ่งผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 16.6 เห็นว่า ปัญหาการขาดผู้ชี้แนะหรือติดตามผลการดำเนินงานส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่วางแผนไว้ และ 6) ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ ร้อยละ 16.6 ของผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ แผนไทย เห็นว่า มีปัญหาสำคัญในด้านการสนับสนุนสื่อการเรียนการสอนที่จะถ่ายทอดความรู้ให้ แก่เจ้าหน้าที่และประชาชน และปัญหาการขาดเครื่องมือในการเก็บรักษาคุณภาพสุมุนไพรร

กฤษมา ศรีวางกุล (2543) ทำการศึกษาถึงรูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสุมุนไพรร เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ศูนย์การศึกษาพัฒนาเขาหินซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม คือ ผู้ใช้บริการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย บริหารศูนย์ และผู้นำที่อยู่รอบ ๆ ศูนย์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสุมุนไพรร เพื่อส่งเสริม สุขภาพ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

- 1) ต้องเป็นรูปแบบการให้บริการในลักษณะผสมผสานแบบครบวงจร ที่ สามารถใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้
- 2) ต้องมีการให้บริการที่ครบวงจร มีมาตรฐานเป็นต้นแบบในการส่งเสริม สุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
- 3) องค์ประกอบของรูปแบบการให้บริการที่พึงประสงค์ คือ เป็นรูปแบบการให้ บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพครบวงจร ที่มีการนวดไทย การอบ การประคบสุมุนไพรร ที่มีบุคลากรที่มี

ความรู้ความชำนาญในการให้บริการ มีการประชาสัมพันธ์ และเน้นในด้านสถานที่ คุณภาพของ การให้บริการและความปลอดภัยซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ

พรรณณี ภิญญรัตน์ และเสาวภา พรสิริพงษ์ (2543) ได้ศึกษาวิจัย พบว่าการพัฒนา สถานพยาบาลแผนโบราณไม่สามารถเน้นเฉพาะเรื่องสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวได้ จำเป็น ต้องพัฒนาทั้งระบบการแพทย์แผนไทย ดังนี้

- 1) กำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณอย่าง เร่งด่วน ปรับปรุงระบบการต่อทะเบียนของสถานพยาบาลแผนโบราณให้ทันสมัย ให้สามารถ ตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานสถานพยาบาลอย่างใกล้ชิด
- 2) จัดทำมาตรฐานสถานพยาบาล และมาตรฐานการให้บริการของสถาน พยาบาลแผนโบราณ
- 3) รัฐควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ เพื่อสร้างการยอมรับจากประชาชน
- 4) จัดตั้งสภาวิชาชีพเพื่อดูแล ควบคุม และพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณ
- 5) ส่งเสริมให้นำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพโดยเร็ว

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การแพทย์แผนไทย เป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่ามีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาช้านาน และในปัจจุบันยังคงมีผู้นิยมใช้วิธีการ รักษาในแบบแพทย์แผนไทยอยู่ทั่วไป แต่การนำงานการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานเข้าสู่ระบบ บริการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนยังมีปัญหาในการดำเนินการ ได้แก่ การไม่มีรูปแบบการ จัดบริการที่ชัดเจน ขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านการ แพทย์แผนไทยมาดำเนินงาน การขาดการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณในการ ดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมผลที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วมาตั้งเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยใน เรื่องรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการจัดบริการด้านการ แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่ออธิบาย (Explanatory Survey Research) เพื่อศึกษาและอธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แล้วนำมาแก้ไข ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสำรวจครั้งเดียวและนำข้อมูลที่ได้มาศึกษา/ ประมวลผล/ วิเคราะห์ เพื่อตอบคำถามและตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1.1 **โรงพยาบาลชุมชน** ในจังหวัดศรีสะเกษทั้งหมดที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลรับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย (ผู้ให้บริการ) ในแต่ละโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ โดยศึกษาในทุกหน่วยประชากร

2.1.2 **กลุ่มผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย** คือ ประชาชนที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ โดยจะรับบริการในส่วนของ การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การตรวจวินิจฉัยแบบแผนไทยและการชื้อยาสมุนไพร

2.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

2.2.1 **กลุ่มที่ 1** กลุ่มผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลรับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการ แห่งละ 1 คน

โดยในจังหวัดศรีสะเกษมีโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งหมด 8 แห่ง
 ดังนั้นมีจำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 8 คน

2.2.2 *กลุ่มที่ 2* กลุ่มผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เก็บข้อมูลจากผู้ที่มาใช้
 บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการทุกแห่ง ซึ่งหาจำนวนตัวอย่าง
 โดยใช้ฐานข้อมูลจำนวนผู้ที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยรวมทั้งหมดทุกโรงพยาบาลใน ปีงบประมาณ
 ประมาณ 2544 (1 ตุลาคม 2543–30 กันยายน 2544) ได้เท่ากับ 10,661 คน แล้วนำค่าที่ได้ไปหา
 จำนวนตัวอย่างโดยการเปิดตาราง ของ Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. 1970, 607-610. ได้
 จำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 375 คน แล้วนำมาคำนวณเทียบสัดส่วนเพื่อหาจำนวนตัวอย่างผู้รับบริการ
 ในแต่ละโรงพยาบาล ได้ดังนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างผู้รับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ 2544
 จำแนกเป็นรายโรงพยาบาล

ลำดับที่	ชื่อโรงพยาบาล	ผู้มาใช้บริการทั้งหมด (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1.	ย่างชุมน้อย	872	31
2.	ห้วยทับทัน	623	22
3.	โพธิ์บัง	1,207	43
4.	ศรีรัตนะ	715	26
5.	ราชสีไศล	1,370	49
6.	ขุนหาญ	4,592	162
7.	อุทุมพร	597	21
8.	กันทรลักษณ์	685	25
	รวม	10,661	379

* ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจริง 385 ชุด เพื่อป้องกันแบบสอบถามสูญหาย

2.3 *วิธีการสุ่มตัวอย่าง* ในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละ
 โรงพยาบาลจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มารับบริการด้าน
 การแพทย์แผนไทยทุกคนในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล แล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้าง
 ขึ้นจนได้จำนวนตัวอย่างครบตามที่คำนวณได้ ตามตารางที่ 3.1

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด แบบสอบถาม 1 ชุด และแบบสำรวจข้อมูลที่สร้างขึ้นอีก 1 ชุด ดังรายละเอียดใน ภาคผนวก

3.1.1 แบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อวัดปัจจัยด้านหน่วยงาน ซึ่งแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย ชื่อโรงพยาบาลที่ทำงาน อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ทำงานทั้งหมด และที่เฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย ประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และสัมภาษณ์ถึงความคิดเห็นที่มีต่อการแพทย์แผนไทยในด้านต่าง ๆ รวม 14 ข้อ
- 2) ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย ขนาด จำนวนบุคลากรทั้งหมดและเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย จำนวนผู้รับบริการทั้งหมดและเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย นโยบายและการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้ รวม 6 ข้อ
- 3) ลักษณะของชุมชน ประกอบด้วย ข้อสัมภาษณ์ถึงความคิดเห็นที่มีต่อประชาชนในชุมชน รวม 4 ข้อ
- 4) การดำเนินงานของโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ บริการที่มีในปัจจุบัน โครงสร้างองค์กร จำนวนผู้ปฏิบัติงาน ขั้นตอนการเข้ารับบริการ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณ วิธีการประชาสัมพันธ์รวมทั้งโครงการต่าง ๆ และแผนการดำเนินงานในปี 2545 รวม 15 ข้อ
- 5) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ปัญหาด้านบุคคล การเงิน สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ความรู้ความเข้าใจในงาน นโยบาย/ การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการประชาสัมพันธ์ รวม 8 ข้อ
- 6) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย คำถามปลายเปิดเรื่องความคิดเห็นในการพัฒนางาน และข้อเสนอแนะอื่น ๆ รวม 2 ข้อ

3.1.2 แบบสอบถาม สำหรับผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อวัดปัจจัยด้านผู้รับบริการ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ การเดินทาง และสิทธิบัตร รวม 9 ข้อ

2) *ความคิดเห็นต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทย* ประกอบด้วย *ความคิดเห็นต่อสาเหตุในการเจ็บป่วย* *ความเชื่อในประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย* และ *ข้อมูลการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย* รวม 15 ข้อ

3) *ความพึงพอใจในบริการด้านการแพทย์แผนไทย* ประกอบด้วย *ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ* *ค่าใช้จ่าย* และ *ความสะดวกในบริการที่ได้รับ* กับ *ความพึงพอใจที่มีต่อพฤติกรรมและการให้ข้อมูลของผู้ให้บริการ* รวม 14 ข้อ

4) *ข้อเสนอแนะในการจัดบริการ*

3.1.3 *แบบสำรวจข้อมูล* สำหรับเก็บข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม สภาพทางสังคม ประกอบด้วย *พื้นที่* *ระยะทาง* *เส้นทางคมนาคม* *ประชากร* *การศึกษา* *อาชีพ* *รายได้* และ *ข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้าน* หรือ *ภูมิปัญญาท้องถิ่นอื่น ๆ* ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพในแต่ละอำเภอ รวม 9 ข้อ

3.2 *วิธีการพัฒนาเครื่องมือ* จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้

3.2.1 *การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย*

1) *ความตรง* นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบและใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

2) *ความเที่ยง* นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ

3) *วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง* ของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาช โดยการหาค่า Cronbach 's Coefficient Alpha ได้ค่า เท่ากับ 0.88

3.2.2 *ปรับปรุงแบบสอบถาม* ตามค่าสถิติที่คำนวณได้ และจากข้อเสนอแนะที่ได้รับ แล้วหาค่า Cronbach 's Coefficient Alpha หลังปรับแก้ ได้ค่า เท่ากับ 0.93 (รายละเอียดในภาคผนวก)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 **แบบสัมภาษณ์** ติดต่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยทั้ง 8 โรงพยาบาลทางโทรศัพท์ แล้วผู้วิจัยออกไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ระหว่าง วันที่ 5-10 มีนาคม 2545

4.2 **แบบสอบถาม** ขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่งช่วยแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งหมด ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลและเก็บกลับคืนจนครบจำนวนในแต่ละแห่ง แล้วรวบรวมส่งกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ระหว่างวันที่ 5 มีนาคม 2545 ถึง 10 พฤษภาคม 2545

4.3 **แบบสำรวจข้อมูล** ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลจากนักวิชาการในโรงพยาบาลและในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่งด้วยตนเอง ระหว่าง วันที่ 5-10 มีนาคม 2545

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

5.1 เกณฑ์การให้คะแนน ในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

5.1.1 **ความเชื่อทางด้านสุขภาพ** แบ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุในการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนไทย

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert ซึ่งมี 5 คำตอบ แต่ได้ตัดแปลงให้เหลือเพียง 3 คำตอบ ดังนี้

ข้อความที่ตอบว่า เห็นด้วย ให้	3	คะแนน
ข้อความที่ตอบว่า ไม่แน่ใจ ให้	2	คะแนน
ข้อความที่ตอบว่า ไม่เห็นด้วย ให้	1	คะแนน

จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง	มากกว่า $(\bar{X} + S.D)$	ถึง	คะแนนสูงสุด
ระดับกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	มากกว่า $(\bar{X} - S.D)$	ถึง	$\leq (\bar{X} + S.D)$
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง	คะแนนต่ำสุด	ถึง	$\leq (\bar{X} - S.D)$

5.1.2 **ความพึงพอใจ** จากการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยแบ่งออกเป็น ความพึงพอใจในคุณภาพบริการ ค่าใช้จ่าย และความสะดวกในบริการที่ได้รับ กับความพึงพอใจใน พฤติกรรมและการให้ข้อมูลของผู้ให้บริการ โดยกำหนดให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert ซึ่งมี 5 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	ให้คะแนน =	5
ระดับความพึงพอใจมาก	ให้คะแนน =	4
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	ให้คะแนน =	3
ระดับความพึงพอใจน้อย	ให้คะแนน =	2
ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	ให้คะแนน =	1

จากนั้นทำการแบ่งกลุ่ม 5 กลุ่ม โดยใช้ช่วงคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับสูงที่สุด	มีค่าคะแนนระหว่าง	มากกว่า 4 ถึง	≤ 5
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง	มากกว่า 3 ถึง	≤ 4
ระดับกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง	มากกว่า 2 ถึง	≤ 3
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง	มากกว่า 1 ถึง	≤ 2
ระดับต่ำที่สุด	มีค่าคะแนนระหว่าง	ตั้งแต่ 0 ถึง	≤ 1

5.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

5.3.1 **สถิติเชิงพรรณนา** วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ทั้ง 2 กลุ่ม ข้อมูลของปัจจัยด้านหน่วยงานการแพทย์แผนไทย ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัย ด้านสภาพแวดล้อม โดยใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3.2 สถิติเชิงอนุมาน

1) ใช้สถิติวิเคราะห์ *Chi-square* เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ปัจจัยต่าง ๆ) กับตัวแปรตาม (รูปแบบการจัดบริการ) และใช้ *Mann Whitney Test* ในการทดสอบ ความแตกต่างของความพึงพอใจในขั้นตอนการเข้ารับบริการ

2) ใช้ *Content Analysis* วิเคราะห์ในส่วนของผลการสัมภาษณ์ คำถาม ปลายเปิด ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่าง ๆ

ทั้งนี้เนื่องจากตัวอย่างด้านสถานบริการและผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์ แผนไทย มีจำนวนน้อย ($n=8$) ผู้วิจัยจึงขอทดสอบและอภิปรายผลในลักษณะของการพรรณนา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ การศึกษาลักษณะชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สภาพทางสังคม รวมทั้งสภาพทั่วไปของชุมชนในอำเภอที่มีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และ การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรับการรักษาโรคและเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

ตอนที่ 2 คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงานหลัก และความคิดเห็นที่มีต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ตอนที่ 3 คุณลักษณะและความคิดเห็นของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ตอนที่ 4 ลักษณะชุมชน สภาพทางสังคมและข้อมูลพื้นฐานในระดับอำเภอ

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับรูปแบบการจัดบริการ

ตอนที่ 6 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงานหลักและผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ตอนที่ 7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน

จังหวัดศรีสะเกษมีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 16 แห่ง แต่มีโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนเพียง 8 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่ 8 อำเภอ ซึ่งจะใช้หมายเลขแทนชื่อโรงพยาบาลและชื่ออำเภอในการนำเสนอข้อมูลต่อจากนี้ โดยจะเรียงลำดับตามจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอน้อยไปมาก ดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลยางชุมน้อย	อำเภอยางชุมน้อย
2. โรงพยาบาลห้วยทับทัน	อำเภอห้วยทับทัน
3. โรงพยาบาลไพรบึง	อำเภอไพรบึง
4. โรงพยาบาลศรีรัตนะ	อำเภอศรีรัตนะ
5. โรงพยาบาลราษีไศล	อำเภอราษีไศล
6. โรงพยาบาลขุนหาญ	อำเภอขุนหาญ
7. โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย	อำเภออุทุมพรพิสัย
8. โรงพยาบาลกันทรลักษ์	อำเภอกันทรลักษ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

1.1 ลักษณะ และข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จากการสำรวจพบว่า โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง ที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีรูปแบบการจัดบริการในระยะเริ่มต้น และรูปแบบการจัดบริการในปัจจุบัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในระยะเริ่มต้นและรูปแบบในปัจจุบัน
ของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ที่เปิดให้บริการ

โรงพยาบาล	รูปแบบในระยะเริ่มต้น	รูปแบบในปัจจุบัน
1. ยางชุมน้อย	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 3
2. ห้วยทับทัน	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 3
3. ไพรบึง	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 4
4. ศรีรัตนะ	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2
5. ราษีไศล	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 3
6. ชุมหาญ	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 2
7. อุทุมพรพิสัย	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 4
8. กันทรลักษ์	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 2

จากตารางที่ 4.1 พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีรูปแบบการจัดบริการในระยะเริ่มต้นที่เปิดให้บริการ ดังนี้ รูปแบบที่ 1 มี 1 แห่ง รูปแบบที่ 2 มี 1 แห่ง รูปแบบที่ 3 มี 6 แห่ง แต่ไม่มีโรงพยาบาลใดที่จัดบริการรูปแบบที่ 4 และเมื่อแต่ละโรงพยาบาลได้ดำเนินการเปิดให้บริการมาจนถึงในปัจจุบัน ก็ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบไปตามความเหมาะสม ดังนั้น โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จึงมีรูปแบบการจัดบริการในปัจจุบันดังนี้ รูปแบบที่ 2 มี 3 แห่ง รูปแบบที่ 3 มี 3 แห่ง รูปแบบที่ 4 มี 2 แห่ง จะเห็นว่าปัจจุบันโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยสามารถพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่รูปแบบที่ 4 ได้ 2 แห่งและพัฒนาจากรูปแบบที่ 1 ไปสู่รูปแบบที่ 2 ได้ 1 แห่ง จึงไม่มีโรงพยาบาลใดที่จัดบริการในรูปแบบที่ 1 อีก

**1.2 พัฒนาการของการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ** โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนารูปแบบ
จัดรูปแบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 พัฒนาการของการจัดรูปแบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ จำแนกเป็นรายโรงพยาบาล (n=8)

โรงพยาบาล	พ.ศ. ที่เปิดให้บริการ/ รูปแบบบริการ *								
	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
1. ยางชุมน้อย					3	3	3	3	3
2. ห้วยทับทัน	3	3	4	4	4	4	4	4	3
3. ไพรบึง					3	3	4	4	4
4. ศรีวิทันะ					1	2	2	2	2
5. ราษีไศล						3	3	3	3
6. ขุนหาญ							2	2	2
7. อุทุมพรพิสัย					3	3	2	2	4
8. กันทรลักษ์				3	3	2	2	2	2

หมายเหตุ ตัวเลขในตาราง หมายถึง รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

จากตารางที่ 4.2 สามารถสรุปได้ดังนี้

1.2.1 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 1 ไปสู่รูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลศรีวิทันะ ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2541 โดยพยาบาลที่มีความสนใจในงานด้านการแพทย์แผนไทย บริการที่มี คือ การอบสมุนไพรจึงจัดเป็นบริการในรูปแบบที่ 1 ดำเนินการได้ 1 ปี จึงเปลี่ยนรูปแบบบริการเนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ส่งไปรับการฝึกอบรมหลักสูตรครูฝึกแพทย์แผนไทยในปี พ.ศ. 2542 หลังจากนั้นจึงได้เปิดคลินิกให้บริการนวดแผนไทยและประคบสมุนไพรเพิ่มขึ้น จึงจัดเป็นบริการในรูปแบบที่ 2 รวมทั้งได้จัดอบรมให้ความรู้ให้แก่ อสม. และรับ อสม. เข้ามาทำงานด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลจึงลดปัญหาการขาดบุคลากรได้ส่วนหนึ่ง ผู้บริหารให้การสนับสนุนในด้านวิชาการ ความรู้และการฝึกอบรมต่าง ๆ พอสมควร แต่สนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์น้อยมาก รวมทั้งยังไม่มีกรรมการกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยจากผู้บริหาร งานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ (เวชปฏิบัติครอบครัว)

1.2.2 พัฒนาการของการจัดบริการรูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลขุนหาญ ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2543 โดยการจัดตั้งหน่วยงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นใหม่อยู่ในความดูแลของทันตภิบาล ในการเปิดให้บริการระยะเริ่มต้นจะมีบริการ 3 อย่าง คือ การนวดแผนไทย การอบ และการประคบสมุนไพร แต่ไม่มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางมาดำเนินงาน จึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 2 เหตุผลที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการจัดบริการ เนื่องจากขาดผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางมาดำเนินงาน ถึงแม้จะมีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน มีการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหารที่ชัดเจน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการเปิดให้บริการในวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันเสาร์-อาทิตย์และเปิดให้บริการนอกเวลาในวันอังคารและวันพฤหัสบดีตั้งแต่เวลา 16.30 – 20.00 น. และรับ อสม. ที่ผ่านการฝึกอบรมการนวดแผนไทยเข้ามาทำงาน ปัจจุบันกำลังรอลูกจ้างที่ส่งไปศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทยกลับมาดำเนินงาน

1.2.3 พัฒนาการของการจัดบริการรูปแบบที่ 3 ได้แก่โรงพยาบาลยางชุมน้อย ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2542 โดยแพทย์แผนไทย ระยะแรกจะให้บริการด้านการนวดแผนไทย การอบ การประคบสมุนไพร และการตรวจโรคแบบแผนไทยจึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 3 ดำเนินการมา 4 ปี ยังคงมีรูปแบบที่ 3 เหมือนเดิมแม้จะมีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีการผลิตยาสมุนไพร เนื่องจากขาดงบประมาณ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุดิบในการดำเนินงาน ไม่มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจนจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาลมีความเชื่อถือในงานแพทย์แผนไทยค่อนข้างน้อย โครงสร้างงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ปัจจุบันซื้อยาสมุนไพรจากที่อื่น ๆ มาให้บริการ

1.2.4 พัฒนาการของการจัดบริการรูปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลราชสีห์ไศล ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2542 โดยลูกจ้างที่ไปอบรมการนวดแผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข ตอนเริ่มต้นจะให้บริการด้านการนวดแผนไทยและการอบสมุนไพร จึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 3 ดำเนินการมา 2 ปี ยังคงรูปแบบเดิมเนื่องจากไม่มีการผลิตยาสมุนไพร งานด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ร่วมกับงานกายภาพบำบัด ผู้บริหารให้การสนับสนุนค่อนข้างน้อยในด้านงบประมาณ สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ให้บริการ รวมทั้งด้านการศึกษา การฝึกอบรมเพิ่มเติมของเจ้าหน้าที่ และนโยบายของผู้บริหารจะเน้นด้านการประชาสัมพันธ์มากกว่าเน้นการรักษาพยาบาล

1.2.5 การลดระดับของการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่อุปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลกันทรลักษณณ์ ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2540 โดยอาชีวเวชบริการที่มีในระยะเริ่มต้น คือ การนวดแผนไทยและการอบสมุนไพรจึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 3 แต่ต่อมาอาชีวเวชได้ลาออกเนื่องจากเหตุผลภายในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลที่สนใจในงานด้านการแพทย์แผนไทยจึงมาดำเนินงานต่อจึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 2 ดำเนินการมา 2 ปี รูปแบบยังคงเดิมเพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้

ความสามารถเฉพาะทางมาดำเนินงาน ถึงแม้จะมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน และได้รับการสนับสนุนที่ดีพอสมควรจากผู้บริหารทั้งด้านงบประมาณ สถานที่ และบุคลากร ปัจจุบันกำลังเปิดรับสมัครอายุรเวทมาดำเนินงาน เพราะพยาบาลผู้รับผิดชอบต้องรับผิดชอบงานหลายอย่างจึงไม่มีเวลาดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยมากนัก โครงสร้างงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

1.2.6 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่อุปแบบที่ 4
แล้วลดลงสู่อุปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยทับทันซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2537 โดยอายุรเวทที่สถาบันแพทย์แผนไทยจ่างและส่งให้มาทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ในระยะเริ่มต้นมีบริการด้านการนวดแผนไทย การอบ การประคบสมุนไพร และการตรวจแบบแผนไทยแต่ไม่มีการผลิตยาสมุนไพร จึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 3 ดำเนินการได้ 2 ปี จึงพัฒนาการจัดบริการเป็นรูปแบบที่ 4 โดยได้ผลิตยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นและได้ดำเนินการมาโดยตลอด จนกระทั่งถึงปีงบประมาณ 2545 อายุรเวทหมดสัญญาการจ้างกับสถาบันแพทย์แผนไทยจึงขอลาออก โรงพยาบาลห้วยทับทันจึงขาดผู้รับผิดชอบงานที่เป็นอายุรเวทจึงลดระดับมาเป็นโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 เพราะไม่มีการผลิตยาสมุนไพรอีก ถึงแม้จะได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหาร มีผู้ดำเนินการที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการนวดแผนไทยมาจากกระทรวงสาธารณสุข (แต่ไม่มีความรู้ด้านการผลิต) มีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่พร้อมในการผลิตก็ตาม ปัจจุบันกำลังรอลูกจ้างที่ส่งไปเรียนแพทย์แผนไทยเรียนจบและกลับมาดำเนินงาน ในการดำเนินงานได้จัดโครงสร้างหน่วยงานการแพทย์แผนไทยขึ้นมาใหม่ ซึ่งคณะกรรมการจะเป็นตัวแทนมาจากทุกฝ่ายและมีเภสัชกรเป็นที่ปรึกษา

1.2.7 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่อุปแบบที่ 4
ได้แก่ โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2542 โดยแพทย์แผนไทย บริการที่มีในระยะแรกคือ การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร จึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 3 ดำเนินการมาได้ 2 ปี จึงเพิ่มการอบสมุนไพร การตรวจแบบแผนไทยและเพิ่มการผลิตยาสมุนไพร โดยเฉพาะยาที่ใช้ภายนอก มีการปรับปรุงพัฒนาสถานที่ เพิ่มเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผลิต จึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 4 และผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญจึงให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และได้รับเงินสนับสนุนการดำเนินงานจากสถาบันการแพทย์แผนไทยอีกด้วย โครงสร้างงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน มีการเปิดให้บริการในวันหยุดเสาร์ - อาทิตย์ และมีการออกให้บริการนอกพื้นที่รวมทั้งให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2.8 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่รูปแบบที่ 2 แล้วไปสู่รูปแบบที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ซึ่งเปิดบริการ ปี พ.ศ. 2541 โดยแพทย์แผนไทยบริการที่มีในการระยะแรก คือ การนวดแผนไทยและการอบสมุนไพร จึงจัดเป็นบริการรูปแบบที่ 3 แต่เปิดบริการได้เพียง 2 ปีก็ต้องเปลี่ยนรูปแบบ เนื่องจากแพทย์แผนไทยประสบอุบัติเหตุทำให้เดินไม่สะดวกไม่สามารถให้บริการได้ ผู้ที่รับผิดชอบงานจึงเปลี่ยนเป็นเภสัชกร จึงจัดเป็นบริการในรูปแบบที่ 2 เรื่อยมา ในปีงบประมาณ 2545 โรงพยาบาลได้รับอายุรเวทที่หมดส์ัญญาการจ้างกับสถาบันการแพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลห้วยทับทันเข้ามาประจำเป็นลูกจ้างและทำงานด้านการแพทย์แผนไทย และผู้บริหารของโรงพยาบาลได้เห็นความสำคัญของงานด้านการแพทย์แผนไทย จึงให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ บุคลากร สถานที่และเครื่องมือ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน จึงทำให้โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 2 ไปสู่รูปแบบที่ 4 ได้ แต่ขณะนี้ยังผลิตยาสมุนไพรได้เพียงเล็กน้อยเพราะอยู่ในระยะจัดเตรียมสถานที่และจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการผลิต และนอกจากนี้ยังได้เพิ่มการให้บริการแก่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอีกด้วย โดยโครงสร้างงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

1.3 ข้อมูลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการ ลักษณะในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีข้อมูลพื้นฐานที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลทั่วไปและข้อมูลในการดำเนินงานให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง สามารถสรุปลักษณะและข้อมูลพื้นฐานได้ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2544 (n=8)

รายการ	โรงพยาบาล							
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4	
	4	6	8	1	2	5	3	7
ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)	30	90	120	30	30	90	30	90
เจ้าหน้าที่ทั้งหมด(คน) เฉลี่ย 133 คน/แห่ง	94	162	220	72	74	161	89	190
เจ้าหน้าที่ด้านการ แพทย์แผนไทย(คน)	1	3	1	2	2	2	2	3
ผู้รับบริการทั้งหมด ทุกประเภท (ครั้ง) เฉลี่ย 121,755	64,539	140,154	235,407	51,239	51,769	114,809	77,463	238,657
ผู้รับบริการด้านการ แพทย์แผนไทย								
- จำนวนครั้ง เฉลี่ย 2,384 ครั้ง	2,640	4,715	731	1,025	689	1,990	5,810	1,472
- จำนวนคน เฉลี่ย 1,333 คน	715	4,592	685	872	623	1,370	1,207	597
ชาย	274	1,579	206	364	195	548	394	639
หญิง	441	3,013	479	508	494	822	813	833

- หมายถึง โรงพยาบาลที่ไม่เข้าเงื่อนไข หรือ ไม่เป็นไปตามรายการนั้น ๆ

✓ หมายถึง โรงพยาบาลที่เข้าเงื่อนไข หรือ เป็นไปตามรายการนั้น ๆ

จากตารางที่ 4.3 พบว่า โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมี 3 ขนาด ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ขนาด 90 เตียง และขนาด 120 เตียง ซึ่งมีขนาด 30 เตียง คิดเป็น ร้อยละ 50.0 ส่วนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมีจำนวนเฉลี่ยทั้งหมด 133 คน/ แห่ง มีจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทยโดยเฉลี่ย 2 คน/ แห่ง และมีผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2544 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั้ง 8

แห่ง เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีจำนวนผู้รับบริการโดยเฉลี่ย 1,333 คน/ แห่ง และจำนวนครั้งของการรับบริการโดยเฉลี่ย 2,384 ครั้ง/ แห่ง แต่จำนวนครั้งของการรับบริการทั้งหมดทุกประเภทในปี พ.ศ. 2544 โดยเฉลี่ย คือ 121,755 ครั้ง/ แห่ง

นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการทั้ง 8 แห่ง มีข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลในการดำเนินงาน ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลชุมชน (n=8)

รายการ	โรงพยาบาล								รวม/ เฉลี่ย
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4			
	4	6	8	1	2	5	3	7	
1. มีการกำหนดและดำเนินการตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
2. ขั้นตอนการรับบริการของผู้รับบริการ									
- ต้องผ่าน OPD*	-	-	-	-	-	✓	✓	-	2
- ผ่านหรือไม่ผ่าน OPD* ก็ได้	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	6
3. โครงสร้างของหน่วยงานที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย									
- ขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓	4
- ขึ้นกับฝ่ายการพยาบาล	✓	-	-	-	-	-	-	-	1
- ขึ้นกับฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ	-	-	-	-	-	✓	-	-	1
- จัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาใหม่เฉพาะ	-	✓	-	-	✓	-	-	-	2
4. เวลาเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย									
- เวลาปกติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
- นอกเวลา วันเสาร์-อาทิตย์	-	✓	-	-	-	-	✓	-	2
- นอกเวลา วันปกติและวันหยุดอื่น ๆ	-	✓	-	-	-	-	-	-	1

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

รายการ	โรงพยาบาล								รวม/ เฉลี่ย
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	4	6	8	1	2	5	3	7	
5. วิธีการประชาสัมพันธ์									
- โดยใช้เสียงตามสาย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
- โดยใช้แผ่นพับ	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	6
- บอกผ่านทางผู้นำชุมชน/ อสม.	✓	-	-	✓	-	-	✓	✓	4
- โดยใช้รถออกประชาสัมพันธ์	-	-	-	-	-	-	✓	✓	2
- โดยผ่านทางหอกระจายข่าว	✓	-	-	-	-	-	✓	-	2
- โดยการให้สถานีวิทยุ	-	-	-	-	✓	-	-	-	1

* OPD หมายถึง งานบริการผู้ป่วยนอก

จากตารางที่ 4.4 พบว่า โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้กำหนดและดำเนินการตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยที่กำหนดไว้ 7 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 87.5 มีเพียง 1 แห่ง ที่ไม่ได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย คิดเป็น ร้อยละ 12.5 ขั้นตอนการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มี 2 รูปแบบด้วยกัน คือ หนึ่ง โรงพยาบาลที่กำหนดให้ต้องผ่านงานผู้ป่วยนอกก่อนมี 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.0 และสอง โรงพยาบาลที่กำหนดให้ผ่านหรือไม่ผ่านงานผู้ป่วยนอกก่อนก็ได้ ซึ่งมี 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.0 โรงพยาบาลส่วนใหญ่เปิดให้บริการมาเป็นเวลา 4-5 ปี ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการเฉลี่ยทั้ง 8 แห่ง เท่ากับ 4.8 ปี ซึ่งโรงพยาบาล ร้อยละ 50.0 มีโครงสร้างของหน่วยงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ส่วนเวลาที่เปิดให้บริการนั้นโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จะเปิดให้บริการในวันและเวลาราชการปกติ แต่มี 2 แห่ง ที่เปิดให้บริการนอกเวลาเพิ่มขึ้นได้แก่ โรงพยาบาลไพรบึงซึ่งเปิดนอกเวลาเฉพาะในวันเสาร์ - อาทิตย์ และโรงพยาบาลขุนหาญซึ่งเปิดนอกเวลาในวันเสาร์ - อาทิตย์และวันหยุดอื่น ๆ รวมทั้งจะเปิดเพิ่มตั้งแต่ช่วงเวลา 16.30-20.00 น. ในวันอังคารและวันหยุดที่สวด โดยโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการจะเลือกใช้วิธีการประชาสัมพันธ์เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ใช้เสียงตามสาย ทำแผ่นพับ บอกผ่านทางผู้นำชุมชน หรืออสม. ใช้รถออกประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้านและประชาสัมพันธ์ผ่านทางวิทยุ

1.4 สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย
โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จำเป็นจะต้องมีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์
ที่จำเป็นเพื่อใช้ในการให้บริการอย่างเพียงพอ เหมาะสม สะอาด ปลอดภัยและได้มาตรฐาน โดยมี
รายละเอียดของสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ด้านการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการในโรงพยาบาล
ทั้ง 8 แห่ง แสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย (n=8)

รายการ	โรงพยาบาล							
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4	
	4	6	8	1	2	5	3	7
1. สถานที่ที่รองรับบริการ								
- เก้าอี้ สถานที่นั่ง	4	4	4	4	4	3	4	4
- แก้วน้ำ น้ำดื่ม	4	4	4	4	4	4	4	4
- หนังสือพิมพ์ วารสารทั่วไป	0	4	0	0	3	3	4	0
- วารสารด้านการแพทย์แผนไทย	0	4	0	0	3	3	3	0
2. อุปกรณ์ในการประคบสมุนไพร								
- ลูกประคบ	4	4	4	3	4	4	4	4
- เตาไฟ/หม้อ สำหรับนั่งลูกประคบ	4	4	4	3	4	4	4	4
- ชุดสำหรับให้ผู้ป่วยเปลี่ยน	0	4	0	0	0	0	4	4
3. อุปกรณ์ในการนวด								
- เตียง/ฟูก/หมอน	4	4	4	4	4	4	4	4
- เก้าอี้ชนิดผ้าเท้า	0	4	0	4	4	0	4	4
- ชุดสำหรับให้ผู้ป่วยเปลี่ยน	0	4	0	0	0	0	4	4
- ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย	4	4	4	4	4	4	4	4
4. อุปกรณ์ในการอบสมุนไพร(อบไอน้ำ)								
- ห้องอบสมุนไพร	1	3	1	1	3	3	2	2
- หม้อต้มสมุนไพร	1	1	1	1	3	4	4	4

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

รายการ	โรงพยาบาล								
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	4	6	8	1	2	5	3	7	
5. อุปกรณ์ในการตรวจรักษา									
- เครื่องวัดความดัน	4	4	4	4	4	4	4	2	
- อุปกรณ์ตรวจหาธาตุเจ้าเรือน	0	0	0	0	0	0	3	4	
6. อุปกรณ์ในการผลิตยาสมุนไพร									
- สถานที่ในการผลิต	0	3*	0	0	4**	0	3	4	
- เครื่องมือในการผลิต เช่น เครื่องบด เครื่องอบแห้ง ฯลฯ	0	0	0	0	3**	0	3	3	

* โรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 แต่อยู่ในระยะพัฒนาไปเป็นรูปแบบที่ 4 จึงมีสถานที่ผลิต

** โรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 แต่เคยเป็นรูปแบบที่ 4 มาก่อนจึงมีเครื่องมือในการผลิต

- 4 หมายถึง มีอุปกรณ์ / สถานที่เพียงพอ / เหมาะสม และ ปลอดภัย
- 3 หมายถึง มีอุปกรณ์ / สถานที่ไม่เพียงพอ / ไม่เหมาะสม แต่ปลอดภัย
- 2 หมายถึง มีอุปกรณ์ / สถานที่เพียงพอ / เหมาะสม แต่ไม่ปลอดภัย
- 1 หมายถึง มีอุปกรณ์ / สถานที่ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม และไม่ปลอดภัย
- 0 หมายถึง ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีสถานที่

จากตารางที่ 4.5 พบว่า โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการส่วนใหญ่มีสถานที่ให้รองรับบริการที่เพียงพอ เหมาะสม แต่ขาดในส่วนของหนังสือพิมพ์ วารสารด้านการแพทย์แผนไทย และวารสารทั่วไป ส่วนในด้านการให้บริการอื่น ๆ นั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีสถานที่และเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการวัดและประกอบที่เพียงพอ เหมาะสม และปลอดภัยจะขาดในเรื่องของชุดที่เตรียมไว้ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเท่านั้น แต่ในส่วนของการอบสมุนไพรจะขาดในเรื่องความปลอดภัยจากหม้อต้มสมุนไพรมากที่สุดเพราะส่วนใหญ่จะเป็นหม้อที่ดัดแปลงขึ้นซึ่งไม่ได้มาตรฐาน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่เปิดให้บริการด้านการผลิตยาสมุนไพรจึงไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต

1.5 แหล่งทรัพยากรทางการเงิน ที่ได้รับสนับสนุนในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แหล่งทรัพยากรทางการเงินที่ใช้ในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย (n=8)

รายการ	โรงพยาบาล								รวม
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	4	6	8	1	2	5	3	7	
แหล่งทรัพยากรการเงิน									
- เงินบำรุง	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	6
- เงินงบประมาณ	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	5
- เงินจากสถาบันแพทย์แผนไทย	-	-	-	-	✓	-	-	✓	2
- เงินบริจาค	-	-	-	-	-	-	-	✓	1

จากตารางที่ 4.6 พบว่าโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจาก เงินบำรุงมากที่สุด ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ได้จากเงินงบประมาณ ร้อยละ 62.5 โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเป็นสถานบริการแห่งเดียวที่ได้รับเงินสนับสนุนมาจากทุกแหล่ง

ตอนที่ 2 คุณลักษณะ และความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์ แผนไทย

2.1 คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย ผู้รับผิดชอบ
งานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่ง มีคุณลักษณะ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย (n=8)

คุณลักษณะ	โรงพยาบาล									
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4			รวม/ เฉลี่ย
	4	6	8	1	2	5	3	7		
1. เพศ										
- ชาย	-	-	-	-	✓	-	-	-	1	
- หญิง	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	7	
2. อายุ (ปี)	32	32	38	40	47	22	28	42	35.1	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.1										
3. สถานภาพสมรส										
- โสด	-	✓	-	-	-	✓	-	✓	3	
- แต่งงาน (คู่)	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	-	5	
4. ศาสนา										
- พุทธ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	7	
- คริสต์	-	-	-	-	-	-	-	✓	1	
5. ระดับการศึกษา										
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	4	
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	✓	✓	✓	-	-	-	-	✓	4	
6. ภูมิลำเนา										
- ในจังหวัดศรีสะเกษ	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	6	
- นอกจังหวัดศรีสะเกษ	-	-	-	✓	-	-	-	✓	2	

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

คุณลักษณะ	โรงพยาบาล								รวม/ เฉลี่ย
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	4	6	8	1	2	5	3	7	
7. ตำแหน่งตามสายงาน									
- ลูกจ้าง	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	3
- พยาบาลวิชาชีพ	✓	-	✓	-	-	-	-	-	2
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	-	-	-	✓	-	-	✓	-	2
- ทันตภิบาล	-	✓	-	-	-	-	-	-	1
8. อายุราชการ (ปี)	11	12	18	8	17	3	4	20	11.6
9. เวลาที่ทำงานแพทย์แผนไทย(ปี)	3	2	4	4	3	3	4	7	3.8
10. ความรู้/ ความสามารถด้าน									
การแพทย์แผนไทย (หลักสูตร)									
- แพทย์แผนโบราณประยุกต์(3ปี)	-	-	-	-	-	-	-	✓	1
- แพทย์แผนไทย (2 ปี)	-	-	-	✓	-	-	✓	-	2
- ครูฝึกแพทย์แผนไทย (12 วัน)	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	6
- นวดแผนไทย (1, 3 เดือน)	-	-	-	-	✓	✓	-	-	2
11. เหตุผลที่ต้องมารับผิดชอบงาน									
- มีความสนใจ มีใจรัก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
- เรียน/อบรม/ มีความรู้ด้านนี้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
- ได้รับคำสั่งแต่งตั้งจากผู้บังคับบัญชาเป็นลายลักษณ์อักษร	-	✓	-	-	-	-	✓	-	2

จากตารางที่ 4.7 พบว่า คุณลักษณะผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทย มีดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 35 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 62.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.5 แต่มีระดับการศึกษาเท่ากันระหว่างต่ำกว่าปริญญาตรีกับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คือ ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 75.0 และมีตำแหน่งตามสายงาน คือ ตำแหน่งลูกจ้าง ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนเท่ากับผู้ที่มิตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 25.0 และมีอายุราชการอยู่ใน

ช่วง น้อยกว่า 10 ปี ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ มีอายุราชการในช่วง มากกว่า 15 ปีขึ้นไป คือ ร้อยละ 37.5 มีอายุราชการเฉลี่ย เท่ากับ 11.6 ปี มีเวลาในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยเฉลี่ย เท่ากับ 3.8 ปี โดยที่ผู้รับผิดชอบงานส่วนใหญ่ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรครูฝึกแพทย์แผนไทย ร้อยละ 75.0 เหตุผลที่ผู้รับผิดชอบงานทั้งหมดมารับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทย คือ มีความสนใจ/สมัครใจ ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ รับผิดชอบโดยตำแหน่ง ร้อยละ 75.0

2.2 ความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานหลัก จากการใช้คำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยของแต่ละโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ สามารถสรุปคำตอบทางด้านความคิดเห็นทั้งหมดได้ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยจำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ (n=8)

ความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. ประสิทธิภาพในการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย		
- เชื่อว่าการแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพดี รักษาได้ดี	8	100.0
- เชื่อว่ารักษาโรคทางด้านกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นได้ดี	3	37.5
- เชื่อว่าสามารถรักษาได้ทั้งด้านกายและจิตใจ	2	25.0
- การรักษาโรคบางกรณี จะต้องใช้ควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน	1	12.5
2. ความสัมพันธ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีให้แก่ผู้ทำการรักษา		
- มีความเชื่อถือ ศรัทธา ไว้วางใจ กล้าที่จะเล่าถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบสาเหตุของการเกิดโรค	8	100.0
- ให้ความรัก เอ็นดูเหมือนลูกหลาน	1	12.5
3. การสนับสนุนจากผู้บริหารด้านคน เงิน สถานที่ และการศึกษา		
- มีการสนับสนุนด้านอาคารสถานที่	6	75.0
- มีการสนับสนุนด้านการเงิน งบประมาณ	5	62.5
- มีการสนับสนุนด้านบุคลากร	5	62.5
- มีการสนับสนุนด้านวิชาการ การศึกษา	4	50.0

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
4. ค่าใช้จ่ายในการรับบริการของผู้ป่วย		
- เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ได้	8	100.0
- เหมาะสม ใช้เกณฑ์จากกระทรวงการคลังเป็นหลัก	6	75.0
- เหมาะสม กรรมการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำหนด	5	62.5
- ไม่เหมาะสม บางอย่างแพงเกินไป (กรรมการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำหนด)	1	12.5
5. ความคาดหวังในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย		
- ต้องการให้ประชาชนหันกลับมาใช้ภูมิปัญญาไทยมากขึ้น	5	62.5
- ต้องการให้มีการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพงานมากขึ้น	4	50.0
- ต้องการให้มีการพัฒนาควบคู่กันระหว่างทางการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	2	25.0
- ต้องการให้เป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยในการรับบริการ	1	12.5
6. การกำหนดและดำเนินงานตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย		
- เน้นด้านการให้บริการ	4	50.0
- เน้นด้านการประชาสัมพันธ์	3	37.5
- เน้นด้านการผลิตและจัดหาวัสดุดิบ	1	12.5
7. อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการส่วนใหญ่		
- อาการของกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก	8	100.0
- ต้องการส่งเสริมสุขภาพ	3	37.5
- ปวดศีรษะ	3	37.5
- เครียด นอนไม่หลับ	2	25.0
8. ความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น		
- เชื่อในเรื่องของประเพณีวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม	5	62.5
- เชื่อในเรื่องของสิ่งเหนือธรรมชาติ ผีสงฆ์ เทวดาต่าง ๆ	5	62.5
- เชื่อในเรื่องของสมุนไพรและอาหารตามธรรมชาติ	4	50.0

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
9. เหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกรับบริการแพทย์แผนไทย		
- มีความเชื่อและศรัทธา	6	75.0
- ได้ยินจากการบอกต่อ	6	75.0
- อยากทดลอง	4	50.0
- จากกระแสข่าว การประชาสัมพันธ์และจากสื่อต่าง ๆ	3	37.5
10. การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ใน รพ.		
- ให้ความร่วมมือดี/มารับบริการ	8	100.0
การติดต่อประสานงานกับชุมชน และองค์กรต่าง ๆ		
- ประชาชนให้การสนับสนุนในเรื่องอุปกรณ์ วัสดุดิบ	4	50.0
- ประชาชนให้การสนับสนุนโดยการช่วยประชาสัมพันธ์งาน	1	12.5

จากตารางที่ 4.8 สามารถสรุปความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานหลักได้ ดังนี้

2.2.1 ความเชื่อในประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค

ผู้รับผิดชอบงานทั้งหมด ร้อยละ 100.0 มีความเชื่อถือในประสิทธิภาพและผลการรักษาด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยว่าได้ผลดี แต่ส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยรักษาโรคได้ไม่ครบทุกโรค ซึ่งจะมุ่งเน้นไปที่โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยใช้การนวดแผนไทย ร้อยละ 37.5 นอกจากนี้ยังเชื่อว่าวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยสามารถนำมาใช้ดูแลและส่งเสริมสุขภาพได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 25.0 และมีบางส่วนเห็นว่าต้องทำการรักษาควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันในบางกรณีจึงจะได้ผลดี ร้อยละ 12.5

2.2.2 ความสัมพันธ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้ที่ทำการรักษา การรักษาโดย

วิธีการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบต่อเนื่องต้องทำการรักษาหลายครั้ง และแต่ละครั้งก็ใช้เวลาทำการรักษานานจึงทำให้ผู้ป่วยมีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษา จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้รับผิดชอบงานทั้งหมด ร้อยละ 100.0 เห็นว่า การรักษาโดยใช้วิธีการด้านการแพทย์แผนไทยจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่รักษาไม่ว่าจะเป็นอายุรเวท ผู้ที่ผ่านการอบรมนวดแผนไทยหรือครูฝึกแพทย์แผนไทย เพราะว่าผู้ป่วยจะมีความเชื่อถือศรัทธา ไว้วางใจ เนื่องมาจากผู้ป่วยและผู้ทำการรักษามีเวลาได้พูดคุย ได้ทำความรู้จักและ

เพิ่มความสนิทสนมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนผู้ป่วยกล้าเล่าถึงปัญหาและสาเหตุในภาวะเกิดโรคให้ฟังทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคได้ดีขึ้น และมีผู้ให้ความเห็นว่าในผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะรักและเอ็นดูผู้ที่ทำหน้าที่รักษาเหมือนลูกหลาน ร้อยละ 12.5

2.2.3 การสนับสนุนจากผู้บริหาร ด้านคน เงิน สถานที่และการศึกษา จากตารางที่ 4.8 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผู้บริหารจะให้การสนับสนุนในเรื่องของอาคารสถานที่มากกว่าด้านอื่น ๆ ร้อยละ 75.0 ส่วนเรื่องบุคลากรและการเงินที่ใช้ในการดำเนินงานจะได้รับการสนับสนุนในระดับกลาง ร้อยละ 62.5 ส่วนในด้านการศึกษา การฝึกอบรม จะได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ร้อยละ 50.0

2.2.4 ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านการแพทย์แผน จากการสัมภาษณ์ในผู้รับผิดชอบงานหลัก ร้อยละ 100.0 เห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการมีความเหมาะสมดีแล้ว เพราะผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการรักษาได้ตามสิทธิบัตรทุกประการ รวมทั้งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และ ร้อยละ 75.0 ตอบว่าขั้นตอนในการกำหนดราคาค่าบริการส่วนใหญ่จะยึดเกณฑ์การกำหนดราคาตามที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้

2.2.5 ความคาดหวังในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้รับผิดชอบงานหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.5 มีความคาดหวังให้ประชาชนชาวไทยหันมาใช้ภูมิปัญญาไทยมากขึ้น ต้องการให้งานด้านการแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและยอมรับมากกว่าในปัจจุบัน ให้เกิดการยอมรับทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและในหน่วยงานราชการต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข (เพื่อให้ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่กันเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ให้เป็นทางเลือกแก่ผู้มารับบริการที่สามารถเลือกวิธีการรักษาในแบบที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเอง โดยได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ทั้งสองด้าน) ต้องการให้มีการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพของงานมากขึ้น ร้อยละ 50.0 ต้องการให้มีการพัฒนาควบคู่กันระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 25.0

2.2.6 นโยบายและการดำเนินงานตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้รับผิดชอบงานหลักส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ตนเองได้ปฏิบัติงานตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยที่ผู้บริหารได้กำหนดไว้อย่างเต็มความสามารถแล้ว โดยที่นโยบายส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้บริการ การดูแล รักษาแก่ผู้ที่มาใช้บริการเป็นหลัก ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ เน้นการประชาสัมพันธ์ให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับของประชาชนมากขึ้น ร้อยละ 37.5 และเน้นในด้านการผลิตและเป็นแหล่งวัตถุดิบ ร้อยละ 12.5 แต่นโยบายของผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นจะเพียงแนวคิด คำพูด ไม่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

2.2.7 อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์มาเพื่อรับการรักษา จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้ง 8 แห่ง ตามตารางที่ 4.8 พบว่า อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามบริเวณต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ปวดข้อ ปวดกระดูก ร้อยละ 100.0 นอกจากนี้มีกลุ่มผู้รับบริการบางส่วนมาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีจำนวนเท่ากับผู้ที่มาเพื่อรักษาอาการปวดศีรษะ คือ ร้อยละ 37.5

2.2.8 ความเชื่อทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น จากตารางที่ 4.8 ผู้รับผิดชอบงานหลักส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ประชาชนทั่วไปในท้องถิ่นมีความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุเกิดมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เชื่อในเรื่องภูตผี ปีศาจต่าง ๆ ว่าสามารถทำให้เกิดความผิดปกติ ความเจ็บป่วยได้ ร้อยละ 62.5 ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่มีความเชื่อในเรื่องประเพณีและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม และประชาชนก็มีความเชื่อในเรื่องสมุนไพรและอาหารตามธรรมชาติว่าสามารถรักษาโรคและบำรุงร่างกายได้

2.2.9 เหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลัก พบว่ามีจำนวนผู้ที่ตอบว่าเหตุผลในการมารับบริการ คือ การได้ยินจากการบอกต่อ ๆ กันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค มีจำนวนเท่ากับผู้ที่ตอบว่าเหตุผลเนื่องจากตัวของผู้รับบริการเองที่มีความเชื่อถือ ความศรัทธาและยอมรับในงานแพทย์แผนไทยถึง ร้อยละ 75.0 ส่วนผู้รับบริการบางกลุ่มมารับบริการเพราะอยากรู้จะทดสอบว่า วิธีการด้านการแพทย์แผนไทยจะมีประสิทธิภาพจริงตามที่ประชาสัมพันธ์หรือไม่ ร้อยละ 50.0 ส่วนที่มาเพราะได้ยินการประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ร้อยละ 37.5

2.2.10 การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และองค์กรหรือชุมชน ในการดำเนินงานต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงานกับชุมชน จากการสัมภาษณ์พบว่าหน่วยงานการแพทย์แผนไทยได้รับความร่วมมือที่ดีจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล ร้อยละ 100.0 เช่น ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการมาใช้บริการ แต่พบว่าหน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการติดต่อ สื่อสารหรือประสานงานกับหน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ หรือกับชุมชนน้อยมาก มีเพียงการติดต่อกับกลุ่มผู้มารับบริการบ่อย ๆ เท่านั้นซึ่งประชาชนเหล่านี้จะสนับสนุนด้านอุปกรณ์และวัตถุดิบ ร้อยละ 50.0 และจะสนับสนุนในด้านการช่วยประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 12.5 การติดต่อกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ จะเป็นในลักษณะการเป็นวิทยากร การจัดอบรม ให้ความรู้มากกว่าการติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือหรือ ขอความช่วยเหลือ

ตอนที่ 3 คุณลักษณะและความคิดเห็นของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จากโรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่ง ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 385 ชุด และได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาค่ากลับคืน 385 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 100.0 จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ในเรื่องต่อไปนี้

3.1 คุณลักษณะของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ตัวอย่างผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ ทั้ง 8 แห่ง มีคุณลักษณะ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 385)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	104	27.0
- หญิง	281	73.0
2. อายุ		
- น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 30 ปี	131	34.0
- 31 ถึง 40 ปี	92	23.9
- 41 ถึง 50 ปี	85	22.1
- 51 ปี ขึ้นไป	77	20.0
อายุเฉลี่ย 40.4 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.8		
3. สถานภาพสมรส		
- แต่งงาน (คู่)	250	64.9
- โสด	79	20.5
- หย่า/ ม่าย	47	12.2
- แยกกันอยู่	9	2.3

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	20	5.2
- ประถมศึกษา	147	38.2
- มัธยมศึกษา	100	26.0
- ประกาศนียบัตร	39	10.0
- ปริญญาตรี / เทียบเท่า	73	19.0
- สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.6
5. อาชีพ		
- เกษตรกร	150	39.0
- ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	105	27.3
- ค้าขาย/ ธุรกิจ	56	14.5
- รับจ้างทั่วไป	44	11.4
- นักเรียน/ นักศึกษา	30	7.8
6. สิทธิบัตรในการรักษาพยาบาล		
1. บัตรทองจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท	128	33.2
2. เบิกได้	119	30.9
3. บัตรทองสำหรับผู้สูงอายุ	41	10.6
4. บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม	40	10.4
5. บัตรประกันสังคม	38	9.9
6. บัตรทองสำหรับผู้นำ / อสม.	14	3.6
7. บัตรสุขภาพ 500 บาท	5	1.3
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/ เดือน (บาท)		
- ตั้งแต่ 0 - 2,000	115	30.1
- 2,001 - 6,000	110	28.8
- 6,001 - 10,000	92	24.1
- มากกว่า 10,000	65	17.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. การเดินทางมาโรงพยาบาล		
- เดินทางสะดวก	361	93.8
- เดินทางไม่สะดวก	24	6.2

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 อายุส่วนใหญ่ 31-40 ปี ร้อยละ 34.0 แต่งงาน (คู่) มากที่สุด ร้อยละ 64.9 มีความรู้ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.2 รองลงมา คือ ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.0 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 39.0 รองลงมา คือ อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในกลุ่ม ตั้งแต่ 0 - 2,000 บาท ร้อยละ 30.1 รองลงมา คือ อยู่ในกลุ่ม 2,001-6,000 บาท ร้อยละ 28.8 ด้านสิทธิบัตรในการรักษาพยาบาล พบว่า มีสิทธิบัตรทองจ่ายค่าธรรมเนียมน้อยกว่า 30 บาท รักษาทุกโรคมากที่สุด ร้อยละ 33.2 รองลงมา คือ สิทธิเบิกได้ (รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ) ร้อยละ 30.9 และในเรื่องการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความสะดวก ถึง ร้อยละ 93.8

3.2 ลักษณะและประสบการณ์ในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้รับบริการแต่ละคนจะมีประสบการณ์ และวัตถุประสงค์ในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ดังข้อมูลในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ลักษณะ ประสบการณ์และความคิดเห็นของตัวอย่างผู้รับบริการในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย (n=385)

ลักษณะ/ ประสบการณ์/ ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรับบริการจากที่อื่น ๆ มาก่อน		
- ไม่ตอบ (missing)	52	13.5
- ไม่เคยรับบริการจากที่อื่น	61	15.8
- เคยรับบริการจากที่อื่น	272	70.7

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ลักษณะ/ ประสบการณ์/ ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- สถานที่/ วิธีการที่เคยไปรับการรักษา		
มาก่อน (ตอบได้หลายข้อ)		
- สถานีอนามัย/ โรงพยาบาลของรัฐ	259	95.2
- ชื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน	115	42.3
- คลินิก/ โรงพยาบาลเอกชน	107	39.3
- รักษาที่หมอพื้นบ้าน	54	19.9
- ใช้อาสมุนไพรรักษาด้วยตนเอง	44	16.2
- ชื้อยาจากร้านขายยาแผนโบราณ	21	7.7
- ผลของการรักษาที่ผ่านมา		
- ดีขึ้น	195	71.7
- เหมือนเดิม	75	27.6
- แย่ลงกว่าเดิม	2	0.7
2. ครั้งที่มารับบริการ (จำนวนครั้ง)		
- ครั้งที่ 1-2	170	44.2
- ครั้งที่ 3-4	131	34.0
- ครั้งที่ 5 ขึ้นไป	84	21.8
3. วัตถุประสงค์ที่มารับบริการครั้งนี้		
- เพื่อรักษา	176	45.7
- เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพ	157	40.8
- เพื่อส่งเสริมสุขภาพ	52	13.5
4. บริการที่ได้รับในครั้งนี (ตอบได้หลายข้อ)		
- นวดแผนไทย	333	86.5
- อบสมุนไพร	217	56.4
- รับประทานสมุนไพร	161	41.8
- ประคบสมุนไพร	157	40.8

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ลักษณะ/ ประสบการณ์/ ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- รับยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย	132	34.3
- ตรวจโรคด้วยแผนไทย	59	15.3
- ทำกายบริหาร / รับคำแนะนำ (อื่น ๆ)	7	0.01
5. ความคิดเห็นถึงระดับอาการเจ็บป่วยของ ตัวเอง (n=333)		
- เจ็บป่วยเล็กน้อย	59	17.7
- เจ็บป่วยปานกลาง	226	67.9
- เจ็บป่วยรุนแรง	43	12.9
- เจ็บป่วยรุนแรงมาก	5	1.5
6. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย (n=333)		
- ภายใน 1 สัปดาห์	85	25.5
- 1 สัปดาห์ - 1 เดือน	72	21.6
- 1 เดือน - 1 ปี	89	26.7
- นานกว่า 1 ปี	87	26.1
7. ความคิดเห็นถึงระดับของโรคที่สามารถ รักษาได้ด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนไทย		
- เจ็บป่วยเล็กน้อย	109	28.3
- เจ็บป่วยปานกลาง	246	63.9
- เจ็บป่วยรุนแรง	30	7.8

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.6 เคยรับบริการจากที่อื่น ๆ มาก่อน และสถานบริการที่มีผู้เลือกให้มากที่สุด คือ สถานีอนามัย/โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 95.2 รองลงมา คือ ชื่อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 42.3 ส่วนผลของการรักษาที่ผ่านมา ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีอาการดีขึ้น ร้อยละ 71.4 และส่วนใหญ่รับบริการเป็นครั้งที่ 1-2 ร้อยละ 44.2 และเป็นครั้งที่ 3-4 ร้อยละ 34.0 บริการที่ตัวอย่างผู้รับบริการได้รับมากที่สุดในครั้งนี้ คือ การนวดแผนไทย ร้อยละ 86.5 การอบสมุนไพร ร้อยละ 56.4 และรับยาสมุนไพร ร้อยละ 41.8 ตัวอย่างผู้รับบริการ ร้อยละ 63.9 เห็นว่าระดับโรคที่

สามารถรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย คือ ระดับอาการเจ็บป่วยปานกลางและเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 28.3 นอกจากนี้มีผู้ที่เห็นว่าสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยรุนแรงได้ ร้อยละ 7.8 และในการมารับบริการครั้งนี้มีผู้ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษา ร้อยละ 45.7 เพื่อการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 40.8 และเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 13.5 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาไม่นาน เวียงลำดับได้ดังนี้ 1 เดือน -1 ปี ร้อยละ 26.7 มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 26.1 ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 25.5 ใน 1 สัปดาห์-1 เดือน ร้อยละ 21.6 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าอาการเจ็บป่วยของตนอยู่ในระดับ เจ็บป่วยปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 67.9 แต่มีผู้เห็นว่าอาการเจ็บป่วย อยู่ในระดับรุนแรงมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 1.5

3.3 เหตุผลที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่รับรู้ถึงบริการ และมีเหตุผลที่ตัดสินใจมารับบริการ ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 การรับรู้ และเหตุผลของตัวอย่างผู้รับบริการที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย (n=385)

การรับรู้บริการ / เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ ถึงบริการด้านแพทย์แผนไทย (ตอบได้หลายข้อ)		
1. รู้ประโยชน์ของแพทย์แผนไทยจาก รพ.นี้ (จากการประชาสัมพันธ์)	236	63.1
2. รู้ประโยชน์ของแพทย์แผนไทยจากสื่ออื่น ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร ฯลฯ	133	34.5
5. เพื่อนแนะนำ	127	33.3
6. ครอบครัว /ญาติแนะนำ	89	23.1
3. รู้จากผู้นำชุมชน / อสม.	60	15.6
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	54	14.0
4. รู้จากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน	15	3.9

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

การรับรู้บริการ / เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลและการตัดสินใจมารับบริการด้านแพทย์แผนไทย (ตอบได้หลายข้อ)		
1. ตัดสินใจมารับบริการด้วยตนเอง	234	60.8
2. คิดว่าแพทย์แผนไทยมีคุณค่าและค่ารักษาไม่แพง	187	48.6
3. รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้น	174	45.2
4. เคยรักษามาก่อนแล้วได้ผลดี	129	33.5
5. แพทย์แผนปัจจุบันส่งมา	96	24.9
6. อื่น ๆ (ไม่ได้ระบุ)	4	1.0

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยจากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมา คือ รู้จากการประชาสัมพันธ์โดยสื่ออื่น ๆ และส่วนใหญ่ตัดสินใจมาด้วยตนเองมากที่สุด ร้อยละ 60.8 เหตุผลต่อมา คือ มีความคิดว่าการแพทย์แผนไทยมีคุณค่าและค่ารักษาไม่แพง ร้อยละ 48.6 รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้น ร้อยละ 45.2

3.4 ความเชื่อด้านการแพทย์แผนไทยของกลุ่มผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยมีดังต่อไปนี้

3.4.1 ความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วย ผู้ที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยจะมีความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามลักษณะความเชื่อถึงสาเหตุการเจ็บป่วย
(n=385)

ความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ความเชื่อด้านการแพทย์แบบตะวันตก			
1. เกิดจากการไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ	96.6	1.3	2.1
2. เกิดจากการไม่รักษาความสะอาด	93.2	2.9	3.9
3. เกิดจากการทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ	91.7	4.4	3.9
4. เกิดจากกรรมพันธุ์	74.3	19.0	6.8
ความเชื่อด้านการแพทย์แผนโบราณ			
5. เกิดจากฤดูกาล อากาศที่เปลี่ยนแปลง	91.7	4.4	3.9
6. เกิดจากระบบขับถ่ายไม่ดี ท้องผูก	91.2	6.8	2.1
7. เกิดจากการทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป	84.9	7.3	7.8
8. เกิดจากการฝืนอิริยาบถ เช่น ยืน นั่ง เดินไม่สมดุล	79.7	11.7	8.6
9. เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเวลาในหนึ่งวัน	54.3	23.9	21.8
10. เกิดจากอิทธิพลของดาว ดาวเคราะห์ ราหู	15.3	25.2	59.5
ความเชื่อด้านไสยศาสตร์			
11. เกิดจากเคราะห์กรรม	30.1	23.9	46.0
12. เกิดจากการลบหลู่พระภูมิเจ้าที่หรือศาลเจ้า	23.1	24.7	52.2
13. เกิดจากการผิดคำสาบาน	17.1	29.6	53.2
14. เกิดจากการโดนสาปแช่ง โดนคำสาป	11.7	22.3	66.0
15. เกิดจากการกระทำของผีต่าง ๆ	10.9	19.2	69.9
16. เกิดจากการโดนของหรือคุณไสย	10.6	21.8	67.5

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าสาเหตุในการเจ็บป่วยเกิดจากการไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ร้อยละ 96.6 เกิดจากการไม่ดูแลสุขภาพความสะอาด ร้อยละ 93.2 ซึ่งเป็นความเชื่อด้านการแพทย์แบบตะวันตก และมีจำนวนผู้ที่เชื่อว่าเกิดจากฤดูกาล อากาศที่เปลี่ยนแปลง เท่ากับ จำนวนผู้ที่เชื่อว่าเกิดจากการทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 91.7 และตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับสาเหตุต่อไปนี้ คือ เกิดจากการกระทำของผีต่าง ๆ ร้อยละ 69.9 เกิดจากการโดนของหรือโดนคุณไสย ร้อยละ 67.5 เกิดจากการโดนสาปแช่ง หรือโดน คำสาป ร้อยละ 66.0 ซึ่งเป็นความเชื่อแบบไสยศาสตร์

ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ยของตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล แต่ละรูปแบบจำแนกตามลักษณะความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วย (n = 385)

ความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วย	คะแนนเฉลี่ย *							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
ความเชื่อด้านการแพทย์ตะวันตก								
1. เกิดจากการไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ	2.94	.32	2.96	.28	2.93	.32	2.95	.31
2. เกิดจากการไม่รักษาความสะอาด	2.87	.47	2.92	.36	2.94	.30	2.89	.42
3. เกิดจากการกินอาหารสุกๆดิบๆ	2.85	.48	2.91	.35	2.91	.38	2.88	.43
4. เกิดจากกรรมพันธุ์	2.73	.60	2.56	.64	2.67	.50	2.68	.60
ความเชื่อแบบแพทย์แผนโบราณ								
5. เกิดจากฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลง	2.87	.46	2.90	.41	2.87	.39	2.88	.43
6. เกิดจากการขับถ่ายไม่ดี ท้องผูก	2.86	.43	2.91	.32	2.96	.21	2.89	.37
7. เกิดจากทานอาหารมาก น้อยไป	2.75	.63	2.77	.56	2.84	.41	2.77	.58
8. เกิดจากการฝันอริยาบท เช่น ยืน เดิน นั่ง ไม่สมคูล	2.65	.69	2.76	.55	2.84	.37	2.71	.61
9. เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเวลาวัน	2.24	.87	2.41	.75	2.48	.68	2.32	.81
10. เกิดจากอิทธิพลดาวเคราะห์ ราหู	1.60	.76	1.55	.79	1.45	.61	1.56	.74

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ความเชื่อถึงสาเหตุใน การเจ็บป่วย	คะแนนเฉลี่ย *							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
ความเชื่อด้านไสยศาสตร์								
11. เกิดจากเคราะห์กรรม	1.88	.87	1.92	.88	1.60	.76	1.84	.86
12. เกิดจากลบลูกศาลเจ้า พระภูมิเจ้าที่	1.73	.82	1.74	.87	1.61	.74	1.71	.82
13. เกิดจากการผิดคำสาบาน	1.71	.79	1.66	.76	1.37	.60	1.64	.76
14. เกิดจากโดนสาปแช่ง โดนคำสาป	1.45	.68	1.52	.76	1.39	.63	1.46	.70
15. เกิดจากการกระทำของผีต่างๆ	1.39	.65	1.49	.78	1.37	.60	1.41	.68
16. เกิดจากการโดนของ หรือคุณไสย	1.43	.66	1.46	.76	1.40	.60	1.43	.68
รวม	2.25	.27	2.28	.33	2.23	.23	2.25	.28

* การให้ค่าคะแนน

เห็นด้วย = 3

ไม่แน่ใจ = 2

ไม่เห็นด้วย = 1

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามกลุ่มระดับคะแนนความเชื่อถึงสาเหตุการเกิดโรค (n=385)

กลุ่มคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนมากกว่า 2.53 ขึ้นไป)	65	16.9
กลาง (คะแนนตั้งแต่ 1.97 – 2.53)	276	71.7
ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 1.97)	44	11.4
รวม	385	100.0

จากตารางที่ 4.13 และ 4.14 พบว่า ตัวอย่างผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมของความเชื่อถึงสาเหตุในการเกิดโรค เท่ากับ 2.25 (SD = .27) 2.28 (SD = .33) และ 2.23 (SD = .23) ตามลำดับและตัวอย่างผู้มารับบริการเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมากที่สุด คือ เกิดจากการไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ เชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคน้อยที่สุด คือ เกิดจากการกระทำของผีต่าง ๆ เหมือนกันทั้ง 3 รูปแบบ จะเห็นว่าโดยภาพรวมแล้วตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีคะแนนความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับกลาง (1.97–2.53) ร้อยละ 71.7 และมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.25 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.28

3.4.2 ความเชื่อในประสิทธิภาพของวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่ตัดสินใจมารักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วย ด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย เพราะมีความเชื่อในประสิทธิภาพในการรักษาโรค ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการ จำแนกตามความเชื่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย (n =385)

อาการเจ็บป่วยที่เชื่อว่ารักษาได้	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. นอนตกหมอน	95.6	2.6	1.8
2. แมลงสัตว์กัดต่อย	80.0	7.0	13.0
3. ท้องผูก	76.9	10.6	12.5
4. ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด ท้องเสีย	71.9	12.5	15.6
5. อัมพฤกษ์ อัมพาต	70.4	21.3	8.3
6. เครียด วิดกกังวล นอนไม่หลับ	61.8	24.7	13.5
7. เบื่ออาหารทานข้าวไม่ได้	59.0	21.0	20.0
8. ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะขัด	51.4	20.3	28.3
9. หวัด ภูมิแพ้	50.6	26.5	22.9
10. กระจกหัก	34.5	24.9	40.5
11. โรคจิต โรคประสาท	21.6	35.1	43.4
12. มะเร็ง	12.5	38.4	49.1
13. เอดส์	9.9	31.2	59.0

จากตารางที่ 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย สามารถรักษาอาการปวดต้นคอจากการนอนตกหมอนได้มากที่สุด ร้อยละ 95.6 รักษาอาการจากแมลงสัตว์กัดต่อยได้ ร้อยละ 80.0 และรักษาอาการท้องผูกได้ ร้อยละ 76.9 และส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าการแพทย์แผนไทยสามารถรักษาโรคต่อไปนี้ได้ คือ โรคเอดส์ ร้อยละ 59.0 โรคมะเร็ง ร้อยละ 49.1 โรคจิตหรือโรคประสาท ร้อยละ 43.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.16 คะแนนเฉลี่ยของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบ จำแนกตามความเชื่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย (n =385)

อาการเจ็บป่วย	คะแนนเฉลี่ย *							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. นอนตกหมอน	2.92	.36	2.96	.24	2.97	.17	2.94	.31
2. แมลง/ สัตว์กัดต่อย	2.60	.75	2.74	.64	2.81	.53	2.67	.69
3. ท้องผูก	2.65	.71	2.58	.72	2.73	.57	2.64	.69
4. ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องเสีย	2.51	.80	2.53	.75	2.78	.52	2.56	.75
5. อัมพฤกษ์ อัมพาต	2.62	.64	2.66	.63	2.55	.61	2.62	.63
6. เครียด กังวล นอนไม่หลับ	2.56	.73	2.37	.75	2.40	.63	2.48	.72
7. เบื่ออาหารทานข้าวไม่ได้	2.36	.83	2.40	.80	2.46	.70	2.39	.80
8. ปัสสาวะลำบาก แสบขัด	2.27	.88	2.08	.88	2.34	.77	2.23	.86
9. หัวใจ ภูมิแพ้	2.33	.82	2.14	.85	2.31	.70	2.28	.81
10. กระดูกหัก	1.95	.87	2.13	.93	1.63	.67	1.94	.87
11. โรคจิต โรคประสาท	1.74	.80	1.74	.78	1.99	.69	1.78	.78
12. มะเร็ง	1.65	.71	1.62	.69	1.60	.65	1.63	.69
13. เอดส์	1.53	.70	1.41	.62	1.60	.65	1.51	.67
รวม	2.28	.36	2.26	.38	2.32	.32	2.28	.36

* การให้ค่าคะแนน

เห็นด้วย	=	3
ไม่เห็นใจ	=	2
ไม่เห็นด้วย	=	1

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามกลุ่มระดับคะแนนความเชื่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค (n=385)

กลุ่มคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนมากกว่า 2.64 ขึ้นไป)	60	15.6
กลาง (คะแนนตั้งแต่ 1.92 – 2.64)	263	68.3
ต่ำ (คะแนนต่ำกว่า 1.92)	62	16.1
รวม	385	100.0

จากตารางที่ 4.16 และ 4.17 พบว่า ตัวอย่างผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมของความเชื่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค เท่ากับ 2.28 (SD = .36) 2.26 (SD = .38) และ 2.32 (SD = .32) ตามลำดับ เชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดต้นคอจากการนอนตกลมอนได้มากที่สุด แต่เชื่อที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคเอดส์มากที่สุด ซึ่งในภาพรวมแล้วตัวอย่างผู้รับบริการมีความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษาโรคด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับกลาง (1.92-2.64) ร้อยละ 68.3 และมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.28 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.36

3.5 ความพึงพอใจต่อบริการด้านแพทย์แผนไทยที่ได้รับ จากที่กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการได้ตอบแบบสอบถามในเรื่องความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ สรุปผลได้ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ (n=385)

บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การพูดจา / ความสุภาพของเจ้าหน้าที่	28.6	55.8	14.0	0.8	0.8
2. ความพึงพอใจคุณภาพบริการ ผลการรักษา	27.0	59.0	12.7	1.0	0.3
3. การเอาใจใส่ การต้อนรับต่อผู้มารับบริการ	26.8	55.3	16.4	1.0	0.5
4. การจัดสถานที่ให้บริการ เช่น ห้องอบไอน้ำ ห้องนวด ห้องจ่ายยาสมุนไพร	23.4	53.0	23.4	0.3	0.0
5. ลักษณะท่าทาง / การแต่งกายของเจ้าหน้าที่	23.1	52.7	21.8	2.1	0.3
6. การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ	22.1	60.3	16.1	1.3	0.3
7. ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายในการรับ บริการแต่ละครั้ง	17.1	40.3	31.2	2.6	8.8
8. เจ้าหน้าที่สามารถแนะนำการปฏิบัติตัว ถึงอาการที่เป็นได้	14.8	55.1	28.8	1.0	0.3
9. เจ้าหน้าที่อธิบายถึงขั้นตอนการรักษา อาการที่เป็นอยู่ได้	14.8	52.7	30.1	2.1	0.3
10. เจ้าหน้าที่นัดวัน เวลา ในการมารับบริการ ครั้งต่อไป (กรณีที่ต้องรักษาต่อเนื่อง)	14.5	48.6	33.0	3.1	0.8
11. เจ้าหน้าที่อธิบายสาเหตุในการเจ็บป่วยแก่ท่านได้	14.3	57.7	26.2	1.8	0.0
12. เจ้าหน้าที่อธิบายวิธีการป้องกันอาการ เจ็บป่วยที่เป็นได้	13.0	51.7	32.5	2.9	0.0
13. เวลาที่รอคอยในการเข้ารับบริการ	10.6	37.9	34.8	11.9	4.7
14. เวลาที่ใช้รอรับยาและชำระค่าบริการ	9.6	33.2	39.0	13.5	4.7

จากตารางที่ 4.18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อบริการที่ได้รับทุก ๆ ด้าน โดยมีความพึงพอใจมากในด้าน การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ร้อยละ 60.3 พึงพอใจในคุณภาพบริการและผลการรักษา ร้อยละ 59.0 เจ้าหน้าที่ที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุการเจ็บป่วยได้ ร้อยละ 57.7 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อยในด้านต่อไปนี้ เวลาที่ใช้รอรับยาและชำระค่าบริการ ร้อยละ 13.5 รองลงมา คือ เวลาที่รอคอยในการเข้ารับบริการ ร้อยละ 11.9 และด้านที่เจ้าหน้าที่นัดวัน เวลามารับบริการครั้งต่อไป ร้อยละ 3.1

ตารางที่ 4.19 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทยที่ได้รับของตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบ จำแนกตามรายชื่อ (n=385)

บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ	คะแนนเฉลี่ย *							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
1. การพูดจา/ ความสุภาพของเจ้าหน้าที่	4.16	.69	4.10	.76	3.96	.75	4.11	.72
2. พึงพอใจคุณภาพบริการ ผลการรักษา	4.18	.66	4.09	.67	3.94	.67	4.11	.67
3. การเอาใจใส่ การต้อนรับผู้มารับบริการ	4.12	.69	4.03	.79	4.00	.68	4.07	.72
4. การจัดสถานที่ให้บริการ เช่น ห้องอบไอน้ำ ห้องนวด ห้องจ่ายยาสมุนไพร	4.04	.65	3.87	.75	4.03	.72	3.99	.69
5. ลักษณะ/ การแต่งกายของเจ้าหน้าที่	4.00	.72	4.07	.69	3.69	.86	3.96	.75
6. การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ	4.13	.61	3.93	.73	3.84	.75	4.03	.68
7. ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายในการรับบริการแต่ละครั้ง	3.63	1.09	3.71	.91	3.01	1.16	3.54	1.08
8. เจ้าหน้าที่ที่สามารถแนะนำการปฏิบัติตัวถึงอาการที่เป็นได้	3.87	.70	3.84	.68	3.70	.65	3.83	.69
9. เจ้าหน้าที่อธิบายถึงขั้นตอนการรักษาอาการที่เป็นอยู่ได้	3.87	.72	3.73	.72	3.66	.71	3.80	.72
10. เจ้าหน้าที่นัดวัน เวลา ในการมารับบริการครั้งต่อไป(กรณีที่ต้องรักษาต่อเนื่อง)	3.80	.78	3.63	.80	3.67	.73	3.73	.77
11. เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยแก่ท่านได้	3.90	.66	3.79	.70	3.76	.68	3.84	.67
12. เจ้าหน้าที่อธิบายวิธีการป้องกันอาการเจ็บป่วยที่เป็นได้	3.81	.71	3.71	.72	3.61	.70	3.75	.71

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ	คะแนนเฉลี่ย *							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D
13. เวลาที่รอคอยในการเข้ารับบริการ	3.54	.97	3.34	.91	2.93	1.02	3.38	.99
14. เวลาในการรอรับยาและเสียค่าบริการ	3.45	.94	3.29	.90	2.81	1.05	3.30	.98
รวม	3.89	.53	3.80	.54	3.61	.50	3.82	.54

* การให้ค่าคะแนน	พอใจมากที่สุด	=	5
	พอใจมาก	=	4
	พอใจปานกลาง	=	3
	พอใจน้อย	=	2
	พอใจน้อยที่สุด	=	1

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกเป็นกลุ่มตามระดับความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ (n=385)

กลุ่มระดับความพึงพอใจ *	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พอใจมากที่สุด (คะแนน มากกว่า 4 ถึง ≤ 5)	10	2.6
พอใจมาก (คะแนน มากกว่า 3 ถึง ≤ 4)	57	14.8
พอใจปานกลาง (คะแนน ตั้งแต่ 2 ถึง ≤ 3)	264	68.6
รวม	385	100.0

* ไม่มีผู้ที่ได้คะแนนในกลุ่มพอใจน้อย (2) และกลุ่มพอใจน้อยที่สุด (1)

จากตารางที่ 4.19 และ 4.20 พบว่า ตัวอย่างผู้มารับบริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมของความพึงพอใจต่อบริการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ เท่ากับ 3.89 (SD = .53) 3.80 (SD = .54) และ 3.61 (SD = .50) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในช่วง พอใจปานกลาง (คะแนน 2-3) ร้อยละ 68.6 และมีค่าเฉลี่ย 3.82 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.54

3.6 ความต้องการในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในการพัฒนางาน และสถานบริการให้ดีขึ้น จะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งมีความต้องการดังนี้

3.6.1 ความต้องการปรับปรุงการจัดบริการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีความ ต้องการให้ปรับปรุงการจัดบริการเพิ่มเติม ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามบริการที่ต้องการให้ปรับปรุง (n=385)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การปรับปรุง/ การจัดบริการเพิ่มเติม		
ไม่ต้องการให้ปรับปรุง/ จัดเพิ่มบริการ	9	2.3
ต้องการให้ปรับปรุง/ จัดเพิ่มบริการ	376	97.7
บริการที่ต้องการให้ปรับปรุง/ จัดเพิ่มเติม (ตอบได้หลายข้อ, n=376)		
1. เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ (หมอนวดแผนไทย / อายุรเวท)	250	66.5
2. เพิ่มการนวดแผนไทย	202	53.7
3. เพิ่มการจ่ายยาสมุนไพร	193	51.3
4. เพิ่มการอบสมุนไพร	189	50.3
5. เพิ่มการประคบสมุนไพร	178	47.3
6. เพิ่มการผลิตยาสมุนไพร	153	40.7
7. เพิ่มสถานที่ให้สะดวกเป็นสัดส่วน	140	37.2
8. จัดสวนสมุนไพรสาธิตเพิ่ม	134	35.6
9. เพิ่มการตรวจโรคแบบแผนไทย	128	34.0

จากตารางที่ 4.21 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ 385 คน มีผู้รับบริการ 376 คน ร้อยละ 97.7 ที่ต้องการให้ปรับปรุงการจัดบริการ หรือให้จัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่ม ซึ่ง บริการที่ต้องการให้จัดเพิ่มมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ (หมอนวดแผนไทย/ อายุรเวท) ร้อยละ 66.5 รองลงมา คือ เพิ่มบริการนวดแผนไทย ร้อยละ 53.7 และให้มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 51.3

3.6.2 รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลชุมชนที่
จัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีรูปแบบต่างกัน จะมีผู้มารับบริการต่างกันดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามรูปแบบการจัดบริการใน
โรงพยาบาล (n=385)

รูปแบบการจัดบริการใน รพ.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การจัดบริการรูปแบบที่ 2	215	55.8
การจัดบริการรูปแบบที่ 3	103	26.8
การจัดบริการรูปแบบที่ 4	67	17.4

จากตารางที่ 4.22 พบว่า โรงพยาบาลที่จัดให้บริการในรูปแบบที่ 2 มีตัวอย่างผู้มารับ
บริการมากที่สุด ร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ โรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 มีตัวอย่างผู้มารับบริการ
ร้อยละ 26.8 ส่วนโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 มีตัวอย่างผู้มารับบริการน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 17.4
(จากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. 1970, 607-610.)

3.6.3 ประเภทของบริการที่ได้รับกับรูปแบบการจัดบริการ ซึ่งโรงพยาบาลที่มีรูปแบบการจัดบริการต่างกัน มีประเภทของบริการที่ต่างกัน จะทำให้มีผู้มารับบริการต่างกันดังรายละเอียดในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการในสถานบริการแต่ละรูปแบบ จำแนกตามประเภทของบริการที่ได้รับ (n=385)

บริการที่ได้รับ	รูปแบบที่ 2 n= 215		รูปแบบที่ 3 n=103		รูปแบบที่ 4 n=67		รวม n=385	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นวดแผนไทย	177	82.3	91	88.3	65	97.0	333	86.5
2. อบสมุนไพร	141	65.6	42	40.8	34	50.7	217	56.4
3. ประคบสมุนไพร	92	42.8	32	31.1	33	49.3	157	40.8
4. รับยาสมุนไพร	92	42.8	39	37.9	30	44.8	161	41.8
5. รับยาแผนปัจจุบัน	65	30.2	43	41.7	24	35.8	132	34.3
6. ตรวจโรคแผนไทย	26	12.1	21	20.4	12	17.9	59	15.3
7. บริการอื่น ๆ	1	0.5	4	3.9	2	3.0	7	1.8

จากตารางที่ 4.23 พบว่า โรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการนวดมากที่สุด ร้อยละ 82.3 และได้รับการอบสมุนไพร ร้อยละ 65.6 จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 215 คน โรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการนวดมากที่สุด ร้อยละ 88.3 ได้รับยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 41.7 จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 103 คน และในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการนวดมากที่สุด ร้อยละ 97.0 ได้รับการอบสมุนไพร ร้อยละ 50.7 จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 67 คนในภาพรวมแล้วผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการนวดมากที่สุด ร้อยละ 86.5 รองลงมา คือ ได้รับการอบสมุนไพร ร้อยละ 56.4

ตารางที่ 4.24 จำนวนตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบจำแนกตามจำนวนชนิดของบริการที่ได้รับ (n=385)

จำนวนบริการ	รูปแบบที่ 2 n=215		รูปแบบที่ 3 n=103		รูปแบบที่ 4 n=67		รวม n=385	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับบริการ 1 อย่าง	36	16.7	14	13.6	11	16.4	61	15.8
รับบริการ 2 อย่าง	50	23.3	43	41.7	14	20.9	107	27.8
รับบริการ 3 อย่าง	70	32.6	25	24.3	16	23.9	111	28.8
รับบริการ 4 อย่าง	47	21.9	12	11.7	21	31.3	80	20.8
รับบริการ 5 อย่าง	12	5.6	5	4.9	3	4.5	20	5.2
รับบริการ 6 อย่าง	0	0.0	4	3.9	0	0.0	4	1.0
รับบริการ 7 อย่าง	0	0.0	0	0.0	2	3.0	2	0.5

จากตารางที่ 4.24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 2 จะได้รับบริการ 3 อย่างมากที่สุด ร้อยละ 32.6 ส่วนตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 จะได้รับบริการ 2 อย่างมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 จะได้รับบริการ 4 อย่างมากที่สุด ร้อยละ 31.3

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการ จำแนกตามประเภทของบริการที่ได้รับร่วมกัน 2 ชนิด (n=385)

ประเภทบริการ	รูปแบบที่ 2 n=215		รูปแบบที่ 3 n=103		รูปแบบที่ 4 n=67		รวม n=385	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นัด+อบสมุนไพร	110	51.16	39	37.86	32	47.76	181	47.01
นัด+ประคบสมุนไพร	85	39.53	31	30.10	33	49.25	149	38.70
นัด+รับยาสมุนไพร	82	38.14	31	30.10	30	44.78	143	37.14
นัด+รับยาแผนปัจจุบัน	58	26.98	38	36.89	24	35.82	120	31.17
นัด+ตรวจโรคแผนไทย	21	9.77	14	13.59	12	17.91	47	12.21

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ประเภทบริการที่มีกลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 2 ชนิด มากที่สุด คือ นวดแผนไทยร่วมกับอบสมุนไพร ร้อยละ 47.0 รองลงมา คือ นวดแผนไทยร่วมกับประคบสมุนไพร ร้อยละ 38.7 ส่วนในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 พบว่า ประเภทของบริการที่มีกลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 2 ชนิดมากที่สุด ได้แก่ นวดแผนไทยร่วมกับอบสมุนไพร ร้อยละ 51.2 จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 215 คน และในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 พบว่า ประเภทของบริการที่มีกลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 2 ชนิด มากที่สุด ได้แก่ นวดแผนไทยร่วมกับอบสมุนไพร ร้อยละ 37.9 จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 103 คน นอกจากนี้ในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 พบว่า ประเภทของบริการที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 2 ชนิด มากที่สุด คือ นวดแผนไทยร่วมกับประคบสมุนไพร ร้อยละ 49.3 จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 67 คน

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการ จำแนกตามประเภทของบริการที่ได้รับร่วมกัน 3 ชนิด (n=385)

จำนวนบริการ	รูปแบบที่ 2 n=215		รูปแบบที่ 3 n=103		รูปแบบที่ 4 n=67		รวม n=385	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นวด+ประคบ+อบ	55	25.58	21	20.39	18	26.87	94	24.42
นวด+อบ+รับยาสมุนไพร	44	20.47	13	12.62	19	28.36	76	19.74
นวด+ประคบ+รับยาสมุนไพร	42	19.53	15	14.56	16	23.88	73	18.96
นวด+รับยาสมุนไพร+รับยาแผนปัจจุบัน	27	12.56	15	14.56	14	20.90	56	14.55
นวด+ประคบ+รับยาแผนปัจจุบัน	30	13.95	13	12.62	13	19.40	56	14.55
นวด+อบ+รับยาแผนปัจจุบัน	25	11.63	15	14.56	11	16.42	51	13.25
นวด+รับยาสมุนไพร+ตรวจโรคแผนไทย	13	6.05	9	8.74	10	14.93	32	8.31
นวด+อบ+ตรวจโรคแผนไทย	13	6.05	9	8.74	5	7.42	27	7.01

ตารางที่ 4.26 (ต่อ)

จำนวนบริการ	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบริการ	n=215		n=103		n=67		n=385	
นวด+ประคบ+ตรวจโรคแผนไทย	12	5.58	9	8.74	5	7.42	26	6.75
นวด+ตรวจโรคแผนไทย+รับยาแผนปัจจุบัน	8	3.72	7	6.80	7	10.45	22	5.71

จากตารางที่ 4.26 พบว่าประเภทของบริการที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 3 ชนิด มากที่สุดได้แก่ นวดแผนไทยร่วมกับประคบสมุนไพรและอบสมุนไพร ร้อยละ 24.4 รองลงมา คือนวดแผนไทยร่วมกับอบสมุนไพรและรับยาสมุนไพร ร้อยละ 19.7 ในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 พบว่าประเภทของบริการที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 3 ชนิด มากที่สุด ได้แก่ นวดแผนไทยร่วมกับประคบสมุนไพรและอบสมุนไพร ร้อยละ 25.6 จากตัวอย่างผู้มารับบริการทั้งหมด 215 คน ส่วนในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 ประเภทของบริการที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 3 ชนิด มากที่สุด คือนวดแผนไทยร่วมกับอบสมุนไพร และประคบสมุนไพร ร้อยละ 20.4 จากตัวอย่างผู้มารับบริการทั้งหมด 103 คน ส่วนในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 พบว่า ประเภทของบริการที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการร่วมกัน 3 ชนิด มากที่สุด คือนวดแผนไทยร่วมกับอบสมุนไพรและรับยาสมุนไพร ร้อยละ 28.4 จากตัวอย่างผู้มารับบริการทั้งหมด 67 คน

3.6.4 อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ มีตัวอย่างผู้มารับการรักษาด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 333 คน จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 385 คน ที่ตอบว่าตนเองมาด้วยอาการอะไร คิดเป็นร้อยละ 86.5 ซึ่งอาการโดยส่วนใหญ่ได้แสดงในตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละของอาการเจ็บป่วยของตัวอย่างผู้รับบริการ (n=385)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการของระบบกล้ามเนื้อ ข้อ และเอ็น เช่น ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ แขน ขา ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่ อัมพาต ฯลฯ	270	70.1
2. ปวดเมื่อยต้นคอ (จากการนอนตกลมอน)	32	8.3
3. ปวดท้อง แน่นท้อง จุกเสียด	14	3.6
4. ปวดศีรษะ ปวดศีรษะไมเกรน	11	2.9
5. แพ้อากาศ ภูมิแพ้	2	0.5
6. ริดสีดวงทวาร	2	0.5
7. ท้องผูก	1	0.3
8. เบื่ออาหาร	1	0.3
9. โรคผิวหนัง	1	0.3

จากตารางที่ 4.27 พบว่า อาการ 3 ลำดับแรกที่ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มารับการ
รักษา คือ อาการของระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูกและเอ็น เช่น ปวดแขน ปวดขา ปวดแขน ปวดหลัง
ปวดเอว ปวดไหล่ อัมพาต ฯลฯ มากที่สุด คือ ร้อยละ 70.1 รองลงมา คือ อาการปวดต้นคอ (จาก
การนอนตกลมอน) ร้อยละ 8.3 และอันดับสาม คือ ปวดท้อง แน่นท้อง จุกเสียด ร้อยละ 3.6

ตอนที่ 4 ลักษณะชุมชน สภาพทางสังคม และข้อมูลพื้นฐานในระดับอำเภอ

4.1 ลักษณะชุมชน สภาพทางสังคม และข้อมูลพื้นฐานระดับอำเภอ. ในแต่ละอำเภอที่มีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีลักษณะชุมชน สภาพทางสังคม สภาพทั่วไป และข้อมูลพื้นฐานดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 ลักษณะชุมชนและข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรในแต่ละอำเภอ (n=8)

รายการ	อำเภอ							
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4	
	4	6	8	1	2	5	3	7
จำนวนตำบลทั้งหมด	7	12	20	7	6	13	6	19
เฉลี่ย 11 ตำบล / อำเภอ								
ระยะทาง เวลาที่เดินทางมาถึง รพ.								
ตำบลที่ตั้งอยู่ไกลที่สุด (กม)	3	7	4	8	6	3	3	3
เฉลี่ย 4.6 กม.								
เวลาที่ใช้ในการเดินทาง (นาที)	15	20	20	15	10	10	10	15
เฉลี่ย 13.1 นาที								
ตำบลที่ตั้งอยู่ไกลที่สุด (กม)	12	18	42	15	20	20	15	16
เฉลี่ย 19.7 กม.								
เวลาที่ใช้ในการเดินทาง (นาที)	30	45	60	30	20	35	20	60
เฉลี่ย 37.5 นาที								
ระยะทางเฉลี่ย / ตำบล (กม.)	9.3	11.7	19.7	11.3	13.2	13.6	10.0	8.6
เวลาเฉลี่ย / ตำบล (นาที)	23.2	37.2	29.5	22.1	15.4	16.3	13.0	29.4
พื้นที่ (ตร.กม.)	236.7	723.1	1237.7	209.6	194.6	498.8	248.9	406.6

ตารางที่ 4.28 (ต่อ)

รายการ	อำเภอ							
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4	
	4	6	8	1	2	5	3	7
ประชากร (คน)	50,632	103,416	174,867	37,705	40,727	82,748	47,661	135,691
ชาย	25,028	51,820	85,843	18,877	20,496	41,723	23,772	67,500
หญิง	25,504	51,596	95,024	18,825	20,231	41,525	23,889	68,191
รายได้เฉลี่ย/ ครัวเรือน/ปี	18,464	15,123	16,348	22,467	13,528	14,979	14,973	18,447

จากตารางที่ 4.28 พบว่าอำเภอทั้ง 8 แห่ง ที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีจำนวนตำบลเฉลี่ย เท่ากับ 11 ตำบล/ อำเภอ ซึ่งตำบลที่ตั้งอยู่ไกลที่สุดมีระยะทางเฉลี่ยถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 4.6 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทาง เฉลี่ยเท่ากับ 13.1 นาที ส่วนตำบลที่ตั้งอยู่ไกลที่สุดมีระยะทางเฉลี่ยถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 19.8 กิโลเมตรและใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย เท่ากับ 37.5 นาที ซึ่งสามารถหาค่าเฉลี่ยของระยะทางระหว่างตำบลต่าง ๆ ถึงโรงพยาบาลได้ 12.0 กิโลเมตร ส่วนค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการเดินทางถึงโรงพยาบาล ได้เท่ากับ 24.4 นาที ในอำเภอกันทรลักษ์มีจำนวนประชากรมากที่สุด เท่ากับ 174,867 คน รองลงมา คือ อำเภออุทุมพรพิสัย มีจำนวนประชากร เท่ากับ 135,691 คน ด้านรายได้เฉลี่ย/ ครัวเรือน/ ปี พบว่า อำเภอขามเฒ่ามีรายได้เฉลี่ย/ ครัวเรือน/ ปี สูงที่สุด เท่ากับ 22,467 บาท รองลงมา ได้แก่ อำเภอศรีวิไล ซึ่งมีรายได้เฉลี่ย/ ครัวเรือน/ ปี ใกล้เคียงกับอำเภออุทุมพรพิสัย เท่ากับ 18,464 บาท และ 18,447 บาท ตามลำดับและมีค่าเฉลี่ยทั้งหมด เท่ากับ 16,791.1 บาท ด้านพื้นที่ อำเภอกันทรลักษ์มีพื้นที่ ที่ต้องรับผิดชอบมากที่สุด เท่ากับ 1,237.7 ตารางกิโลเมตร รองลงมา คือ อำเภอขุนหาญ มีพื้นที่ ที่ต้องรับผิดชอบ เท่ากับ 723.1 ตารางกิโลเมตร

4.2 ข้อมูลการแพทย์พื้นบ้าน หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ช่วยลดสุขภาพในระดับอำเภอ ซึ่งอำเภอทั้ง 8 แห่ง มีประชาชนบางส่วนที่ยังนิยมใช้การแพทย์เหล่านี้ในการดูแลสุขภาพ หรือไปรับบริการอยู่ในปัจจุบัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 ข้อมูลแพทย์พื้นบ้าน ในแต่ละอำเภอ (n=8)

รายการ	อำเภอ								รวม (คน)
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	4	6	8	1	2	5	3	7	
หมอพื้นบ้านทั้งหมด *	38	37	52	34	31	51	73	45	291
หมอนวด	13	23	20	2	12	25	17	20	92
หมอสมุนไพร	10	18	14	2	12	10	17	20	79
หมอรำผีฟ้า	-	7	1	6	2	-	3	-	19
หมอเต็ก หมอเป่า	4	1	1	6	1	6	10	4	30
หมอธรรม หมอสีล่อง	4	1	2	1	2	8	12	1	30
หมอพระ	-	-	3	1	2	10	3	-	19
หมออื่น ๆ**	7	-	11	16	-	-	11	-	53
ร้านยาแผนโบราณ (ร้าน)	-	-	4	-	-	-	-	1	5

* หมอ 1 คน อาจมีความสามารถเป็นหมอพื้นบ้านได้หลายประเภท

** หมออื่น ๆ เช่น หมอตำแย หมอน้ำมนต์ หมอทางโน เป็นต้น

จากตารางที่ 4.29 พบว่า ในอำเภอทั้ง 8 แห่ง มีหมอพื้นบ้านหลายประเภท ได้แก่ หมอนวด หมอสมุนไพร หมอเต็ก หมอเป่าและหมออื่น ๆ กระจายอยู่ทั่วไปในแต่ละอำเภอ โดยที่อำเภอไพรบึงจะมีหมอพื้นบ้านรวมทุกประเภทมากที่สุด เท่ากับ 73 คน

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับรูปแบบการจัดบริการ

ในการจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จะจัดในรูปแบบใด นั้นขึ้นกับปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกันดังต่อไปนี้

5.1 ปัจจัยด้านหน่วยงานกับรูปแบบการจัดบริการ ซึ่งปัจจัยของหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

5.1.1 ปัจจัยด้านสถานบริการ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 ร้อยละและจำนวนของปัจจัยด้านสถานบริการในสถานบริการแต่ละรูปแบบ (n=8)

ปัจจัยด้านสถานบริการ	รูปแบบที่2 n=3	รูปแบบที่3 n=3	รูปแบบที่4 n=2	รวม
1. ขนาดโรงพยาบาล				
- ขนาด 30 เตียง	12.5 (1)	25.0 (2)	12.5 (1)	50.0
- ขนาด 90 เตียง	12.5 (1)	12.5 (1)	12.5 (1)	37.5
- ขนาด 120 เตียง	12.5 (1)	-	-	12.5
2. การกำหนดและดำเนินการตามนโยบายด้าน แพทย์แผนไทย	25.0 (2)	37.5 (3)	25.0 (2)	87.5
3. จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในโรงพยาบาล				
- น้อยกว่า 100 คน	12.5 (1)	25.0 (2)	12.5 (1)	50.0
- ตั้งแต่ 100 คน ขึ้นไป	25.0 (2)	12.5 (1)	12.5 (1)	50.0
4. จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทย				
- 1 คน	25.0 (2)	-	-	25.0
- 2 คน	-	37.5 (3)	12.5 (1)	50.0
- 3 คน	12.5 (1)	-	12.5 (1)	25.0
5. อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทยต่อ จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในโรงพยาบาล	0.01	0.02	0.02	

ตารางที่ 4.30 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสถานบริการ	รูปแบบที่2 n=3	รูปแบบที่3 n=3	รูปแบบที่4 n=2	รวม
5. จำนวนครั้งที่มีผู้มารับบริการทั้งหมด ปี 2544				
- น้อยกว่า 70,000 ครั้ง	12.5 (1)	25.0 (2)	-	37.5
- 70,000 – 150,000 ครั้ง	12.5 (1)	12.5 (1)	12.5 (1)	37.5
- มากกว่า 150,000 ครั้ง	12.5 (1)	-	12.5 (1)	25.0
6. จำนวนครั้งที่มีผู้มารับบริการด้านแพทย์แผนไทยทั้งหมดใน ปี 2544				
- น้อยกว่า 1,000 ครั้ง	12.5 (1)	12.5 (1)	-	25.0
- 1,000 – 3,000 ครั้ง	12.5 (1)	25.0 (2)	12.5 (1)	50.0
- มากกว่า 3,000 ครั้ง	12.5 (1)	-	12.5 (1)	25.0
7. อัตราส่วนจำนวนครั้งที่รับบริการด้านแพทย์แผนไทยต่อจำนวนครั้งที่รับบริการทั้งหมด	0.03	0.02	0.04	
9. ขั้นตอนการรับบริการ				
- ต้องผ่านงานผู้ป่วยนอก	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
- ไม่ต้องผ่านงานผู้ป่วยนอก	37.5 (3)	25.0 (2)	12.5 (1)	75.0
10. งบประมาณในการดำเนินการ				
- เงินงบประมาณ	37.5 (3)	12.5 (1)	12.5 (1)	62.5
- เงินบำรุง	12.5 (1)	37.5 (3)	25.0 (2)	75.0
- เงินจากสถาบันแพทย์แผนไทย	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
11. การประชาสัมพันธ์				
- โดยใช้เสียงตามสาย	37.5 (3)	37.5 (3)	25.0 (2)	100.0
- โดยใช้แผ่นพับ	37.5 (3)	12.5 (1)	25.0 (2)	75.0
- บอกผ่านทางผู้นำชุมชน/ อสม.	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0 (2)	50.0
- โดยใช้รถออกประชาสัมพันธ์	-	-	25.0 (2)	25.0
- โดยผ่านทางหอกระจายข่าว	12.5 (1)	-	12.5 (1)	25.0
- โดยการใช้สถานีวิทยุ	-	12.5 (1)	-	12.5

จากตารางที่ 4.30 พบว่า อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทยต่อเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการในรูปแบบที่ 3 และ รูปแบบที่ 4 มีค่าเท่ากัน คือ 0.02 ซึ่งมีความมากกว่าในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 ที่มีค่าเพียง 0.01 อัตราส่วนจำนวนครั้งที่รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยต่อจำนวนครั้งที่รับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4. มีค่าสูงที่สุด คือ 0.04 รองลงมา คือ โรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 มีค่า 0.03 ส่วนโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.02 และโรงพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบ ได้กำหนดและดำเนินการตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยร้อยละ 87.5 ด้านขั้นตอนการรับบริการมีเพียงโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 และ 4 รูปแบบละ 1 แห่งเท่านั้น ที่ผู้รับบริการต้องผ่านงานผู้ป่วยนอกก่อน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนด้านงบประมาณในการดำเนินการพบว่า โรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 ใช้เงินงบประมาณมากที่สุด ส่วนโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 จะใช้เงินบำรุงมากที่สุด นอกจากนี้ในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 และ 4 ยังได้รับเงินสนับสนุนในการดำเนินงานเพิ่มจากสถาบันแพทย์แผนไทย

5.1.2 ปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบงานหลักกับรูปแบบการจัดบริการ ซึ่งปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบงานหลัก เช่น คุณลักษณะบุคคล ความคิดเห็น มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการ ดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 ร้อยละของปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบงานหลักในสถานบริการแต่ละรูปแบบ (n=8)

ปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบงานหลัก	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 4	รวม
1. เพศ				
ชาย	-	12.5 (1)	-	12.5
หญิง	37.5 (3)	25.0 (2)	25.0 (2)	87.5
2. อายุ (ปี)				
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 30	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
31 ถึง 40	37.5 (3)	12.5 (1)	-	50.0
41 ปี ขึ้นไป	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
3. สถานภาพสมรส				
โสด	12.5 (1)	12.5 (1)	12.5 (1)	37.5
แต่งงาน (คู่)	25.0 (2)	25.0 (2)	12.5 (1)	62.5

ตารางที่ 4.31 (ต่อ)

ปัจจัยด้านผู้รับผิดชอบงานหลัก	รูปแบบที่2	รูปแบบที่3	รูปแบบที่4	รวม
4. ภูมิลาเนา				
ในจังหวัดศรีสะเกษ	37.5 (3)	25.0 (2)	12.5 (1)	75.0
นอกจังหวัดศรีสะเกษ	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
5. ระดับการศึกษาเดิม				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	-	37.5 (3)	12.5 (1)	50.0
ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	37.5 (3)	-	12.5 (1)	50.0
6. ตำแหน่งตามสายงาน				
พยาบาลวิชาชีพ	25.0 (2)	-	-	25.0
เจ้าพนักงานอนามัยชุมชน	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
ทันตภิบาล	12.5 (1)	-	-	12.5
ลูกจ้าง	-	25.0 (2)	12.5 (1)	37.5
7. ความรู้ความสามารถด้านแพทย์แผนไทย				
แพทย์แผนโบราณประยุกต์	-	-	12.5 (1)	12.5
แพทย์แผนไทย	-	12.5 (1)	12.5 (1)	25.0
ครูฝึกแพทย์แผนไทย	37.5 (3)	12.5 (1)	25.0 (2)	75.0
นวดแผนไทย	-	25.0 (2)	-	25.0
8. เหตุผลที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย				
มีความสนใจ มีใจรัก	37.5 (3)	37.5 (3)	25.0 (2)	100.0
เรียน/อบรม/ มีความรู้ทางด้านนี้	37.5 (3)	37.5 (3)	25.0 (2)	100.0
ได้รับคำสั่งมอบหมายงาน	12.5 (1)	-	12.5 (1)	25.0

จากตารางที่ 4.31 พบว่า ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีสถานภาพคู่ ไม่มีมีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบ แต่จะแตกต่างในด้านภูมิลาเนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งตามสายงานและความรู้ ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย โดยผู้ให้บริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีภูมิลาเนาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีตำแหน่งตามสายงานเป็นพยาบาลและทันตภิบาล มีความรู้ ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย คือ เป็นครูฝึกแพทย์แผนไทย ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 มี

การศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีทั้งหมด แต่จะมีตำแหน่งตามสายงาน และมีความรู้ ความสามารถแบบเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย คือ ได้ศึกษาในหลักสูตรแพทย์แผนไทยและได้รับการอบรมเรื่องการนวดแผนไทย ส่วนผู้ให้บริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 จะมีระดับการศึกษา ทั้งที่ต่ำกว่าปริญญาตรี และในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีภูมิลำเนาอยู่ในและนอกจังหวัด ศรีสะเกษ รวมทั้งจะมีตำแหน่งตามสายงาน และมีความรู้ ความสามารถแบบเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย คือ ได้ศึกษาในหลักสูตรแพทย์แผนไทย และเป็นครูฝึกแพทย์แผนไทย

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้รับบริการกับรูปแบบการจัดการบริการ
ปัจจัยด้านผู้รับบริการ เช่น คุณลักษณะ ความเชื่อ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจะมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทย ดังตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.32 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้รับบริการกับรูปแบบการจัดการบริการ (n=385)

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ	ความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการบริการ							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	χ^2 **	p-value	χ^2 **	p-value	χ^2 **	p-value	χ^2 **	p-value
เพศ	0.23	.631	0.32	.573	0.00	.976	0.34	.845
กลุ่มอายุ	8.14	.043*	13.46	.004*	3.94	.268	16.71	.010*
สถานภาพ	4.03	.258	9.34	.025*	6.85	.077	14.27	.027*
ระดับการศึกษา	3.36	.340	2.99	.393	0.31	.959	3.93	.687
สิทธิบัตร	7.68	.263	7.73	.259	9.39	.153	16.81	.157
ระดับรายได้	7.89	.048*	4.45	.216	7.29	.063	12.76	.047*
อาชีพ	0.89	.926	1.80	.773	5.75	.219	6.46	.596
จำนวนครั้งที่มารับบริการ	0.20	.907	2.73	.255	3.10	.213	4.65	.326
การเดินทางมาโรงพยาบาล	5.26	.022*	16.69	.000*	3.12	.077	17.13	.000*
(ความสะดวก)								
มาเพื่อการรักษา	12.90	.000*	7.10	.008*	2.54	.111	12.99	.002*
มาส่งเสริมสุขภาพ	6.41	.011*	7.58	.006*	0.01	.920	8.39	.015*
ระดับความรุนแรงของ	1.956	.376	1.51	.470	1.53	.467	3.24	.518
อาการของตนเอง								
ผลการรักษาที่ผ่านมา	3.285	.070	0.13	.719	3.84	.050*	4.75	.093

ตารางที่ 4.32 (ต่อ)

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ	ความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ							
	รูปแบบที่ 2		รูปแบบที่ 3		รูปแบบที่ 4		รูปแบบรวม	
	χ^2 **	p-value	χ^2 **	p-value	χ^2 **	p-value	χ^2 **	p-value
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย	8.58	.035*	3.31	.347	3.57	.312	9.35	.155
เคยรับบริการที่อื่นมาก่อน	3.80	.051	1.02	.314	1.76	.185	3.97	.138
ระดับความรุนแรงของโรค ที่คิดว่ารักษาได้	5.81	.055	2.82	.244	1.49	.474	5.86	.210
ความต้องการให้เพิ่ม/ปรับ ปรุงบริการ	0.49	.486	1.15	.283	4.69	.030*	4.93	.085
ความเชื่อถึงสาเหตุก่อโรค	0.05	.977	3.11	.211	3.66	.160	5.32	.256
เชื่อในประสิทธิภาพด้าน การรักษาโรค	2.40	.301	0.02	.992	4.65	.098	4.91	.296
ความพึงพอใจที่มีต่อการ รับบริการครั้งนี้	7.60	.022**	2.06	.357	3.83	.147	8.03	.091

* ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

** Pearson Chi-square

จากตารางที่ 4.32 พบว่า ปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในภาพรวมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ อายุ (p-value = .010) สถานภาพ (p-value = .027) รายได้ (p-value = .047) การเดินทางมาโรงพยาบาล (p-value = .000) วัตถุประสงค์ที่มารับบริการเพื่อรักษาโรค (p-value = .002) และวัตถุประสงค์ที่มารับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (p-value = .015) ปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในรูปแบบที่ 2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ อายุ (p-value = .043) รายได้ (p-value = .048) การเดินทางมาโรงพยาบาล (p-value = .022) วัตถุประสงค์มารับบริการเพื่อรักษาโรค (p-value = .000) วัตถุประสงค์ที่มารับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (p-value = .011) และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย (p-value = .035) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (p-value = .022) ปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในรูปแบบที่ 3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ อายุ (p-value = .004)

สถานภาพ (p-value = .025) การเดินทางมา รพ. (p-value = .000) วัตถุประสงค์ที่มารับบริการเพื่อรักษาโรค (p-value = .008) วัตถุประสงค์ที่มารับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (p-value = .006) ส่วนปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในรูปแบบที่ 4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ ผลการรักษาที่ผ่านมา (p-value = .050) และความต้องการให้เพิ่มบริการ (p-value = .030)

5.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของสถานบริการกับรูปแบบการจัดการบริการ จากรายละเอียดในตารางที่ 4.28 จะเห็นได้ว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของสถานบริการ ได้แก่ จำนวนตำบล ระยะทางถึงโรงพยาบาล เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาล รายได้เฉลี่ย/ครัวเรือน/ปี จำนวนประชากรและพื้นที่ในแต่ละอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบ และ จากตารางที่ 4.29 จะเห็นได้ว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนและประเภทของหมอนพื้นบ้านที่กระจายอยู่ในอำเภอแต่ละรูปแบบ แสดงว่าปัจจัยทั้งหมดเป็นปัจจัยร่วมหรือปัจจัยพื้นฐานที่โรงพยาบาลแต่ละรูปแบบมีเหมือนกัน จึงสรุปได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของสถานบริการข้างต้นกับรูปแบบในการจัดการบริการ

ตอนที่ 6 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงานหลักและจากผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งจากผู้รับผิดชอบงานหลักและผู้รับบริการนำมาสรุปได้ดังนี้

6.1 การปรับปรุงบริการ/จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ตอบคำถามข้อ "ต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุง/จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทยหรือไม่" มีผู้ที่ตอบคำถามพร้อมระบุเหตุผลทั้งหมด 48 คน จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 385 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.5 สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

6.1.1 กลุ่มที่ต้องการให้มีการปรับปรุง/จัดบริการเพิ่มเติม เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการกลุ่มนี้ต้องการให้มีการปรับปรุง/จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย แสดงในตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ต้องการให้ปรับปรุง/ จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย (n=385)

เหตุผล *	จำนวน	ร้อยละ
- เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ได้ผลดี สบาย คลายเครียด ช่วยรักษาโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน	44	11.4
- บริการที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการ มีเจ้าหน้าที่ให้บริการน้อย	33	8.6
- ประหยัด ปลอดภัยและมีประโยชน์	31	8.1
- เป็นบริการที่ครบวงจร มีบริการหลายชนิด มียาสมุนไพร	22	5.7
- ช่วยให้การให้บริการมีความสะดวก รวดเร็วและทั่วถึงมากขึ้น	20	5.2
- เป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วย	17	4.4
- สถานที่ให้บริการคับแคบ อากาศไม่ถ่ายเท (ปรับปรุงสถานที่)	11	2.9
- เป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน	2	0.5

* หนึ่งคนสามารถแสดงเหตุผลได้หลายข้อ

จากตารางที่ 4.33 พบว่า เหตุผลมากที่สุดที่ตัวอย่างผู้รับบริการในกลุ่มที่ต้องการให้มีการปรับปรุง/ จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทยตอบ คือ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ช่วยรักษาโรคที่รักษาไม่ได้ด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 11.4 รองลงมา คือ บริการที่มีไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ให้บริการน้อย ร้อยละ 8.6 และช่วยประหยัด ปลอดภัย มีประโยชน์ ร้อยละ 8.1

6.1.2 กลุ่มที่ไม่ต้องการให้มีการปรับปรุง/จัดบริการเพิ่มเติม เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการบางส่วนไม่ต้องการให้มีการปรับปรุง/ มีการจัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ไม่ต้องการให้ปรับปรุง/ ให้จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย (n=385)

เหตุผล *	จำนวน	ร้อยละ
- บริการที่มีอยู่ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการแล้ว	4	1.3
- บริการด้านการแพทย์แผนไทยไม่เป็นที่นิยมของสังคม	1	0.3
- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานมีน้อย	1	0.3
- ไม่ค่อยมีผู้มาใช้บริการที่มีอาการหนัก	1	0.3
- ไม่มีสถานที่เพียงพอที่จะให้ขยายได้	1	0.3

* หนึ่งคนสามารถแสดงเหตุผลได้หลายข้อ

จากตารางที่ 4.34 พบว่า เหตุผลมากที่สุดของตัวอย่างผู้รับบริการในกลุ่มที่ไม่ต้องการให้มีการปรับปรุง/ มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม คือ บริการที่มีอยู่เพียงพอกับความต้องการแล้ว ร้อยละ 1.3 เหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ บริการด้านการแพทย์แผนไทยไม่เป็นที่นิยมของสังคม เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีน้อย ไม่มีผู้ให้บริการที่มีอาการหนักและไม่มีสถานที่ที่จะให้ขยายได้ ร้อยละ 0.3 เท่ากัน

6.2 การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีตัวอย่างผู้รับบริการที่เสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

6.2.1 กลุ่มที่มีความเห็นว่าควรจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีผู้ที่เห็นว่าควรจัดบริการถึง 382 คน คิดเป็นร้อยละ 99.2 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ที่ระบุเหตุผล เพียง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.35 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความเห็นว่าควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ (n=385)

เหตุผล *	จำนวน	ร้อยละ
1. เป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วย	48	12.5
2. เป็นการรักษามีคุณค่า ผลข้างเคียงน้อย ใช้ต้นทุนต่ำ ทำให้ผู้ป่วยประหยัด	47	12.2
3. เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ และกระดูก โดยไม่ต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน	43	11.2
4. เป็นการรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาไทย เป็นเอกลักษณ์ของชาติ	34	8.8
5. เป็นการนำสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองเป็นตัวอย่างแหล่งให้ความรู้ด้านสมุนไพรที่ถูกต้องแก่ประชาชน	33	8.6
6. เป็นบริการที่ได้ผลดี รักษาโรคบางอย่างที่รักษาไม่ได้ด้วยยาหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน	26	6.8
7. สะดวกในการรับบริการ มีสถานบริการใกล้บ้านให้บริการได้ทั่วถึง	20	5.2
8. เป็นการรักษาที่ผสมระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	10	2.6
9. ปัจจุบันมีผู้หันมาใช้สมุนไพรมากขึ้น	10	2.6
10. มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และคนที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต คนชรา	8	2.1

* หนึ่งคนสามารถแสดงเหตุผลได้หลายข้อ

จากตารางที่ 4.35 พบว่า เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความเห็นว่า ควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย 3 ลำดับ คือ เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วย ร้อยละ 12.5 รองลงมา คือ เป็นการรักษามีคุณค่า ผลข้างเคียงน้อย ใช้ต้นทุนต่ำ ช่วยให้ผู้ป่วยประหยัด ร้อยละ 12.2 และเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อและกระดูกโดยไม่ต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 11.2

6.2.2 กลุ่มที่มีความเห็นว่าไม่ควรจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ มีผู้ที่ไม่เห็นด้วย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 มีเหตุผลดังตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.36 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่เห็นว่าไม่ควรจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ (n=385)

เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรแยกบริการด้านการแพทย์แผนไทยออกจากบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน	2	0.6
2. เจ้าหน้าที่รักษาสวยรักงาม ไม่สนใจในการให้บริการ	1	0.3

จากตารางที่ 4.36 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีความเห็นว่าไม่ควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ มีเหตุผลว่า ควรแยกบริการด้านการแพทย์แผนไทยออกจากบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 0.6 และเหตุผลที่ว่าเจ้าหน้าที่รักษาสวยรักงามไม่สนใจในการให้บริการ ร้อยละ 0.3

6.3 ข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ที่จะนำมาพัฒนา ปรับปรุงการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ดีขึ้นควรจะเป็นข้อเสนอแนะที่มาจากทั้ง 2 ด้าน คือ

6.3.1 ข้อเสนอแนะของผู้รับผิดชอบงานหลัก ซึ่งมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ดังตารางที่ 4.37

ตารางที่ 4.37 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานหลักจำแนกตามข้อเสนอแนะรายข้อ (n=8)

ข้อเสนอแนะของผู้รับผิดชอบงานหลัก	จำนวน	ร้อยละ
- ควรกำหนดโครงสร้างงานให้ชัดเจน	3	37.5
- ให้มีการปฏิบัติ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3	37.5
- เน้นการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล	2	25.0
- เน้นการติดตาม และนิเทศงาน	2	25.0
- เน้นงานบริการ งานรักษามากกว่าการผลิต	2	25.0
- เน้นคุณภาพ มาตรฐานในการให้บริการ	2	25.0
- เน้นให้มีงบประมาณที่เพียงพอสนับสนุนทุก ๆ ปี	2	25.0

จากตารางที่ 4.37 พบว่า ผู้รับผิดชอบงานหลักส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่ารัฐบาลหรือผู้มีอำนาจควรที่จะกำหนดนโยบาย กำหนดโครงสร้าง รูปแบบ และจำนวนบุคลากรที่จำเป็นในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจนมากกว่านี้ ร้อยละ 37.5 ซึ่งเท่ากับที่เสนอให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนความคิดเห็นหรือข้อเสนออื่น ๆ ได้แก่ เน้นให้มีการติดตามและนิเทศงาน เน้นการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เน้นคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการ เน้นงานบริการ งานรักษามากกว่าเน้นที่งานผลิต และเน้นให้มีงบประมาณสนับสนุนทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่องโดยมีผู้เสนอจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 25.0

6.3.2 ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ จากผู้ที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จำนวน 57 คน จากทั้งหมด 385 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.8 ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ดังในตารางที่ 4.38

ตารางที่ 4.38 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามข้อเสนอแนะในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยรายข้อ (n=385)

ข้อเสนอแนะ *	จำนวน	ร้อยละ
1. ควรมีการจัดให้บริการขยายครอบคลุมจนถึงระดับสถานีอนามัย	35	9.1
2. ควรรับเจ้าหน้าที่เพิ่ม เพื่อให้สามารถให้บริการได้แบบครบวงจร และมียาสมุนไพรไว้ให้บริการหลาย ๆ ชนิด	32	8.3
3. ควรมีการจัดให้บริการนอกเวลาและในวันหยุดด้วย	17	4.4
4. ควรจะมีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน ยั่งยืน และต่อเนื่อง	17	4.4
5. อยากให้มีอายุรเวท หรือเจ้าหน้าที่เฉพาะทางมาอยู่ประจำในทุกที่	17	4.4
6. ควรให้มีการเปิดให้บริการในทุกโรงพยาบาล	8	2.1
7. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากกว่านี้	8	2.1
8. ควรให้มารับบริการได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านที่ OPD	8	2.1
9. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. เพื่อให้มาช่วยงานได้	7	1.8
10. ควรมีการออกให้บริการนอกสถานที่ ให้ความรู้แก่ประชาชน	6	1.6
11. อยากให้แพทย์แผนไทยพัฒนาควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	2	0.5
12. ควรมีเจ้าหน้าที่ผู้ขายด้วย	2	0.5

* หนึ่งคนสามารถเสนอแนะได้หลายข้อ

จากตารางที่ 4.38 พบว่าข้อเสนอแนะที่ตัวอย่างผู้รับบริการเสนอมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ควรให้มีการจัดบริการขยายครอบคลุมจนถึงในระดับสถานีนอนามัย ร้อยละ 9.1 รองลงมา คือ ควรรับเจ้าหน้าที่เพิ่มเพื่อสามารถให้บริการได้อย่างครบวงจร และให้มีอาสาสมัครให้บริการหลาย ๆ ชนิด ร้อยละ 8.3 มีเหตุผลที่มีผู้ตอบจำนวนเท่ากัน 3 ข้อ คือ ควรจัดให้มีบริการนอกเวลาและในวันหยุด ควรมีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน ยั่งยืน ต่อเนื่อง และอยากให้มีโอกาสเยี่ยม หรือเจ้าหน้าที่เฉพาะทางอยู่ประจำในทุกที่ ร้อยละ 4.4

6.4 วิธีการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ที่เปิดให้บริการไม่ว่าจะจัดบริการในรูปแบบใด จะมี 2 วิธี คือ โรงพยาบาลที่กำหนดให้ผู้รับบริการจะต้องผ่านจุดบริการงานผู้ป่วยนอกก่อน (ต้องผ่าน OPD) กับโรงพยาบาลที่ไม่กำหนดให้ผู้รับบริการจะต้องผ่านจุดบริการงานผู้ป่วยนอก (ไม่ต้องผ่าน OPD) ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการได้ด้วยตนเองว่าต้องการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยหรือต้องการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นวิธีในการเข้ารับบริการจะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.39 และตารางที่ 4.40

ตารางที่ 4.39 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างผู้รับบริการในโรงพยาบาลแต่ละรูปแบบจำแนกตามวิธีการเข้ารับบริการ (n=385)

วิธีการเข้ารับบริการ	รูปแบบของการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย			รวม
	รูปแบบที่ 2 (คน)	รูปแบบที่ 3 (คน)	รูปแบบที่ 4 (คน)	
ต้องผ่าน OPD	0	50	45	95
ไม่ต้องผ่าน OPD	215	53	22	290

จากตารางที่ 4.39 พบว่า ตัวอย่างผู้รับบริการที่เข้ารับบริการโดยวิธีที่จะต้องผ่าน OPD ก่อนนั้น ไม่มีในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 ส่วนในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 มีจำนวน 50 คน และโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 มีจำนวน 45 คน ส่วนกลุ่มที่เข้ารับบริการโดยวิธีที่ไม่ต้องผ่าน OPD ก่อนนั้น ในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 มีจำนวน 215 คน โรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 มีจำนวน 53 คน และในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 มีจำนวน 22 คน

ตารางที่ 4.40 ผลการทดสอบความพึงพอใจ ด้วย Mann Whitney test (n=385)

	ค่า Mann Whitney U	ค่า p-value
เวลาที่รอรับบริการ	9915.000	.000
ความพึงพอใจรวม	9264.500	.000

จากตารางที่ 4.40 พบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างด้านเวลาที่รอรับบริการและด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับโดยรวมระหว่างการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยโดยวิธีที่ต้องผ่านงานบริการผู้ป่วยนอกก่อน (ต้องผ่าน OPD) กับ วิธีที่ไม่ต้องงานบริการผู้ป่วยนอกก่อน (ไม่ต้องผ่าน OPD) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 7 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน

ในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ มักจะมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นเสมอ ซึ่งในการดำเนินงานเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ทั้ง 8 แห่งมี ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.41

ตารางที่ 4.41 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย (n=8)

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานด้าน การแพทย์แผนไทยใน รพ. ชุมชน	โรงพยาบาล								รวม / แห่ง
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	1	2	3	4	5	6	7	8	
- มีบุคลากรไม่เพียงพอ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
- ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	7
- เครื่องมือไม่เพียงพอ/ ไม่ทันสมัย ชำรุด	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	6
- บุคลากรมีความรู้/ความเข้าใจ งานด้านการแพทย์แผนไทยน้อย	-	✓	✓	✓	-	✓	-	✓	6
- สถานที่คับแคบไม่เป็นสัดส่วน	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	5

ตารางที่ 4.41 (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานด้าน การแพทย์แผนไทยใน รพ.ชุมชน	โรงพยาบาล								รวม / แห่ง
	รูปแบบที่ 2			รูปแบบที่ 3			รูปแบบที่ 4		
	1	2	3	4	5	6	7	8	
- ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ อื่น ๆ ใน รพ.	✓	✓	✓	-	✓	-	-	✓	5
- ขาดนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	5
- มีการประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ	✓	✓	✓	-	✓	-	-	-	4

จากตารางที่ 4.41 พบว่า การเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุด 4 ลำดับแรก คือ การมีบุคลากรไม่เพียงพอ การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ การมีเครื่องมือไม่เพียงพอ/ไม่ทันสมัย ขำรด และปัญหาการมีบุคลากรที่มีความรู้/ความเข้าใจในงานด้านการแพทย์แผนไทยน้อยทำให้เกิดภาวะงานล้นคน

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่ออธิบาย (Explanatory Survey Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูล โดยแบ่งข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลที่แสดงถึงลักษณะสภาพทางสังคม สภาพทั่วไปภายในอำเภอและในโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสำรวจ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล (2) ข้อมูลของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน ข้อมูลประกอบด้วย คุณลักษณะบุคคล ความรู้ ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล (3) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ต่อการจัดบริการ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

1.1.3 เพื่อศึกษาลักษณะและความต้องการของผู้รับบริการที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

1.1.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.2.1 ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน
แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 8 คน

2) ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้
บริการทั้ง 8 แห่ง ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชนิด คือ (1) แบบ
สำรวจ 1 ชุด (2) แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และ (3) แบบสอบถาม 1 ชุด

1) แบบสำรวจ สำหรับใช้สำรวจลักษณะ สภาพทางสังคมและสภาพทั่วไป
ภายในอำเภอที่มีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่
ลักษณะการปกครอง สภาพถนน การคมนาคม ความสะดวกในการมารับบริการ ข้อมูลประชากร
และข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ดูแลสุขภาพในแต่ละอำเภอ

2) แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ สำหรับใช้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการ
สังเกตสภาพทั่วไปในโรงพยาบาล และใช้สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย
ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์ ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล
ลักษณะความเชื่อด้านสุขภาพของชุมชน การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

3) แบบสอบถาม สำหรับผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มารับ
บริการประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบริการด้าน
การแพทย์แผนไทย ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการใช้บริการ ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจ
ต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดให้
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นจึงนำแบบสอบถาม
ไปทดสอบกับกลุ่มผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพนา จังหวัด
อำนาจเจริญหลังจากปรับปรุงแบบสอบถามแล้วได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
(Reliability) โดยวิธี Conbrach's Alpha Coefficient Method ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

1.2.4 การรวบรวมข้อมูลในการสังเกตการสำรวจข้อมูลด้านลักษณะและสภาพ
ทั่วไปภายในอำเภอและในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการ
สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์
ด้วยตัวเอง ส่วนข้อมูลจากกลุ่มผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยนั้น ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจาก
ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาลให้เป็นผู้แจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถามแล้วส่งกลับคืนผู้วิจัย

ทางไปรษณีย์ โดยเก็บข้อมูลระหว่าง 5 มีนาคม 2545 ถึง 10 พฤษภาคม 2545 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 100.0

1.3 ผลการวิจัย จากการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ผลการวิจัยดังนี้

1.3.1 ข้อมูลพื้นฐาน พัฒนาการของรูปแบบการจัดบริการและข้อมูลในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

1) ลักษณะและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีรูปแบบการจัดบริการระยะเริ่มต้นที่เปิดให้บริการดังนี้ โรงพยาบาลรูปแบบที่ 1 ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีการตั้งหน่วยงานชัดเจนและมีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การช้ยาสมุนไพร การนวดแผนไทยหรือการอบสมุนไพรเป็นต้นมี 1 แห่ง โรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีการให้บริการตั้งแต่ 2 อย่างร่วมกัน เช่น การนวดแผนไทยร่วมกับการช้ยาสมุนไพร การนวดแผนไทยร่วมกับการประคบสมุนไพร การอบสมุนไพรร่วมกับการประคบสมุนไพร เป็นต้น มี 4 แห่ง โรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ ให้บริการตั้งแต่ 2 อย่างร่วมกัน โดยมีบุคลากรที่มีใบประกอบโรคศิลปะด้านแพทย์แผนไทย หรือใบประกาศนียบัตรด้านการแพทย์แผนไทย เช่น แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนโบราณประยุกต์/ ผู้ที่ผ่านการอบรมการนวดแผนไทย (มีใบรับรองจากกระทรวง ฯ) ร่วมดำเนินงาน มี 3 แห่ง แต่ไม่มีโรงพยาบาลใด ที่จัดบริการรูปแบบที่ 4 ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลที่มีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ ให้บริการตั้งแต่ 2 อย่างร่วมกัน โดยมีบุคลากรที่มีใบประกอบโรคศิลปะด้านแพทย์แผนไทย หรือใบประกาศนียบัตรด้านการแพทย์แผนไทยร่วมดำเนินงาน และมีการผลิตยาสมุนไพรใช้เองในสถานบริการ และเมื่อแต่ละโรงพยาบาลได้ดำเนินการเปิดให้บริการมาจนถึงปัจจุบัน ก็ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบไปตามความเหมาะสมดังนั้น โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จึงมีรูปแบบการจัดบริการในปัจจุบัน ดังนี้ รูปแบบที่ 2 มี 3 แห่ง รูปแบบที่ 3 มี 3 แห่ง และ รูปแบบที่ 4 มี 2 แห่ง จะเห็นว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยสามารถพัฒนาการจัดบริการไปสู่รูปแบบที่ 4 ได้ถึง 2 แห่ง และพัฒนาจากรูปแบบที่ 1 ไปสู่รูปแบบที่ 2 ได้ 1 แห่ง และพัฒนาจากรูปแบบที่ 2 ไปสู่รูปแบบที่ 3 ได้ 1 แห่ง จึงไม่มีโรงพยาบาลในรูปแบบที่ 1 อีก

จากผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 8 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมี 3 ขนาด ได้แก่ ขนาด 30 เตียง ขนาด 90 เตียงและขนาด 120 เตียง ซึ่งส่วนใหญ่มีขนาด 30 เตียง

คิดเป็น ร้อยละ 50.0 ของโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการทั้งหมด และมีจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดเฉลี่ย 133 คน/ แห่ง และมีจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านแพทย์แผนไทยเฉลี่ย 2 คน/ แห่ง ส่วนผู้ที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2544 ที่โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีผู้รับบริการเฉลี่ย 1,333 คน/ แห่ง และมีจำนวนครั้งของการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2544 เฉลี่ย 2,384 ครั้ง/ แห่ง ส่วนจำนวนครั้งของการรับบริการทั้งหมดทุกประเภท ในปี พ.ศ. 2544 เฉลี่ย เท่ากับ 121,755 ครั้ง/ แห่ง

2) พัฒนาการของรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

(1) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 1 ไปสู่รูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลศรีรัตนะ

(2) พัฒนาการของการจัดบริการรูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลขุนหาญ

(3) พัฒนาการของการจัดบริการรูปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลยางชุมน้อย

(4) พัฒนาการของการจัดบริการรูปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลราษีไศล

(5) การลดระดับของการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่รูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

(6) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่รูปแบบที่ 4 แล้วลดลงสู่รูปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยทับทัน

(7) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่รูปแบบที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลไพรบึง

(8) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการจากรูปแบบที่ 3 ไปสู่รูปแบบที่ 2 แล้วไปสู่รูปแบบที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

3) ข้อมูลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้กำหนดและดำเนินการตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้กำหนดไว้ 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.5 และมีโครงสร้างของหน่วยงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ร้อยละ 50.0 โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง เปิดให้บริการในวันและเวลาราชการ แต่จะมี 2 แห่ง ที่เปิดให้บริการนอกเวลาเพิ่มขึ้น และขั้นตอนในการรับบริการด้านบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่ง มี 2 รูปแบบ คือ โรงพยาบาลที่จะต้องผ่าน

งานผู้ปวยนอกก่อนมี 2 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 25.0 กับโรงพยาบาลที่ผ่านหรือไม่ผ่านงานผู้ปวยนอก ก่อนก็ได้ มี 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.0 โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้เปิดให้บริการมาเป็นเวลา 4-5 ปี ซึ่งระยะเวลาที่ได้เปิดดำเนินการเฉลี่ยทั้ง 8 แห่ง เท่ากับ 4.8 ปี

4) สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาลที่ให้บริการส่วนใหญ่มีสถานที่ให้หรือรับบริการที่เพียงพอ เหมาะสม แต่จะขาดในส่วน ของหนังสือพิมพ์ วารสารทั่วไปและวารสารด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการนวดและประคบสมุนไพรที่เพียงพอ เหมาะสม ปลอดภัย แต่จะขาดในเรื่อง ความปลอดภัยจากหม้อต้มสมุนไพรสำหรับการอบสมุนไพรมากที่สุด เพราะส่วนใหญ่จะใช้เป็น หม้อต้มที่ดัดแปลงขึ้นซึ่งไม่ได้มาตรฐาน และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีการผลิตยาสมุนไพร

5) การประชาสัมพันธ์ ที่โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

เลือกให้เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ ใช้เสียงตามสาย ทำแผ่นพับ บอกผ่านทางผู้นำชุมชน หรือ อสม. ใช้รถออกประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และผ่านทางวิทยุ

6) แหล่งทรัพยากรทางการเงิน โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์

แผนไทยส่วนใหญ่จะได้รับงบประมาณในการดำเนินงานมาจากเงินบำรุงมากที่สุด ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ได้จากเงินงบประมาณประจำปี ร้อยละ 62.5

1.3.2 คุณลักษณะและความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการ แพทย์แผนไทย

1) คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย

ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 87.5 มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 35.1 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 62.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.5 และมีจำนวนผู้ให้บริการที่มีระดับ การศึกษาในกลุ่มที่ต่ำกว่าปริญญาตรีเท่ากับจำนวนในกลุ่มระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า คือ ร้อยละ 50.0 ผู้รับผิดชอบงานส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 75.0 และมีตำแหน่งตาม สายงาน คือ ตำแหน่งลูกจ้าง ร้อยละ 37.5 รองลงมา ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและตำแหน่ง เจ้าพนักงานอนามัยชุมชนซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 25.0 และผู้ที่มีอายุราชการอยู่ในช่วงน้อย กว่า 10 ปี มีจำนวนเท่ากับผู้ที่มีอายุราชการในช่วงมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป คือ ร้อยละ 37.5 โดยมี อายุราชการเฉลี่ย เท่ากับ 11.6 ปี มีเวลาการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยเฉลี่ย 3.8 ปี โดย ผู้รับผิดชอบงานส่วนใหญ่ได้ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรครุฝึกแพทย์แผนไทย ร้อยละ 75.0 และ ผู้รับผิดชอบงานทั้งหมดมารับผิดชอบงานเพราะมีความสนใจ/ สนิัดใจ ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ รับผิดชอบโดยตำแหน่ง ร้อยละ 75.0

2) *ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้รับผิดชอบงานหลัก*

(1) *ความเชื่อในประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค*

โดยผู้รับผิดชอบงาน ร้อยละ 100.0 เชื่อถือในประสิทธิภาพและผลของการรักษาด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนไทยว่าได้ผลดี เชื่อว่าสามารถรักษาโรคในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกได้ดีโดยใช้การนวดแผนไทย ร้อยละ 37.5 เชื่อว่าสามารถนำไปใช้ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพได้ผลดี ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 25.0 และมีบางส่วนเห็นว่าการรักษาควบคู่กับวิธีการทางด้านแพทย์แผนปัจจุบันในบางกรณีจึงจะได้ผลดี ร้อยละ 12.5

(2) *ความสัมพันธ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้ที่ทำการรักษา การรักษา*

ด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบต่อเนื่องต้องใช้เวลารักษานาน จึงทำให้ผู้ป่วยมีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษา จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้รับผิดชอบงานทั้งหมด ร้อยละ 100.0 เห็นว่า มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่รักษาไม่ว่าจะเป็นอายุรเวทผู้ที่ผ่านการอบรมนวดแผนไทยหรือครูฝึกแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยจะมีความเชื่อถือศรัทธาไว้วางใจ เพราะผู้ป่วยและผู้ทำการรักษามีเวลาได้พูดคุย ได้ทำความรู้จักและเพิ่มความสนิทสนมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนผู้ป่วยกล้าเล่าถึงปัญหาและสาเหตุในการเกิดโรคให้ฟัง ทำให้ผู้รักษาสามารถวินิจฉัยและรักษาโรคได้ดีขึ้น นอกจากนี้มีผู้ที่ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะรักและเอ็นดูต่อผู้ที่ทำหน้าที่รักษาเหมือนลูกหลาน ร้อยละ 12.5

(3) *ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย* ซึ่งจากการ

สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลัก ร้อยละ 100.0 เห็นว่าค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการมีความเหมาะสมดีแล้ว เพราะ ผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิบัตรได้ทุกประเภท รวมทั้งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และในการกำหนดราคาค่าบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.0 จะยึดเกณฑ์การกำหนดราคาตามที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้

(4) *การสนับสนุนจากผู้บริหารด้านคน เงิน สถานที่และด้านการศึกษา*

ผู้รับผิดชอบงานส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้บริหารให้การสนับสนุนในเรื่องอาคารสถานที่มากกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 75.0 ส่วนในด้านบุคลากรและการเงินที่ใช้ในการดำเนินงานจะสนับสนุนในระดับกลาง ร้อยละ 62.5 ส่วนในด้านการศึกษา การฝึกอบรม จะสนับสนุนน้อยที่สุด ร้อยละ 50.0

(5) *ความคาดหวังในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย*

ผู้รับผิดชอบงานหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.5 มีความคาดหวังให้ประชาชนหันมาใช้ภูมิปัญญาไทยมากขึ้น ต้องการให้งานด้านการแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและยอมรับมากกว่าในปัจจุบันให้ยอมรับทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและในหน่วยงานราชการ โดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเต็มที่ ต้องการให้มีการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน

มากขึ้น ร้อยละ 50.0 ต้องการให้มีการพัฒนางานควบคู่กันระหว่างกักรแพทย์แผนไทยกับกักรแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 25.0

(6) นโยบายและการดำเนินงานตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย ผู้รับผิดชอบงานส่วนใหญ่ เห็นว่าตนได้ปฏิบัติงานตามนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยที่ผู้บริหารได้กำหนดไว้อย่างเต็มความสามารถ โดยนโยบายจะมุ่งเน้นในด้านการให้บริการ การดูแลและการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นหลัก ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ มุ่งเน้นที่การประชาสัมพันธ์เพื่อให้บริการแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับของประชาชนมากขึ้น ร้อยละ 37.5 ส่วนที่เน้นในด้านการผลิตและเน้นให้เป็นแหล่งวัตถุดิบ ร้อยละ 12.5 แต่นโยบายของผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพียงแนวคิด คำพูด ไม่มีการเขียน หรือบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

(7) อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อรับการรักษา ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามบริเวณต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เช่น ปวดข้อ ปวดกระดูก ร้อยละ 100.0 และผู้รับบริการบางส่วนที่ต้องการรับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย ร้อยละ 37.5

(8) เหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย คือ การได้ยินจากการบอกต่อถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค ซึ่งมีจำนวนเท่ากับกับผู้รับบริการที่มีความเชื่อถึง ศรัทธาและยอมรับในผลงานด้านแพทย์แผนไทย คือ ร้อยละ 75.0

(9) ความเชื่อทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานหลักมีความคิดเห็น 2 ด้านหลัก ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 62.5 ได้แก่ คิดว่าประชาชนทั่วไปในท้องถิ่นมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่นในเรื่องของภูตผี ปีศาจ ว่าสามารถทำให้เกิดความผิดปกติ เกิดความเจ็บป่วยได้ และคิดว่าประชาชนทั่วไปมีความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพตามแบบประเพณีและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม

(10) การติดต่อประสานงานกับชุมชน หน่วยงานการแพทย์แผนไทย มีการติดต่อสื่อสารหรือประสานงานกับหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนน้อยมาก มีเพียงการติดต่อกับกลุ่มประชาชนผู้ที่มาใช้บริการบ่อย ๆ เท่านั้น ส่วนการติดต่อกับหน่วยงาน หรือ องค์กรอื่น ๆ จะเป็นในลักษณะของการเป็นวิทยากร การอบรมให้ความรู้มากกว่าการติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือ หรือขอความช่วยเหลือ

(11) ข้อเสนอแนะของผู้รับผิดชอบงานหลัก ซึ่งร้อยละ 37.5 ของผู้รับผิดชอบงานหลัก เสนอว่า รัฐบาลหรือผู้มีอำนาจควรที่จะกำหนดนโยบาย โครงสร้าง รูปแบบและจำนวนบุคลากรที่จำเป็นในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจนมากกว่านี้ และเสนอให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่มีผู้เสนอถึง ร้อยละ 25.0 ได้แก่ เน้นให้มีการ

ติดตามนิเทศงาน เน้นการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เน้นคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ เน้นงานบริการและงานรักษามากกว่าที่จะเน้นงานผลิต รวมทั้งเน้นให้มีงบประมาณสนับสนุนทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่อง

1.3.3 คุณลักษณะ ประสิทธิภาพ และความคิดเห็นของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

1) คุณลักษณะของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 73.0 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 34.0 แต่งงาน (คู่) มากที่สุด ร้อยละ 64.9 มีความรู้ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.2 รองลงมา คือ ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.0 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 39.0 รองลงมา คือ อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในกลุ่ม 0 - 2,000 บาท ร้อยละ 30.1 รองลงมา คือ อยู่ในกลุ่ม 2,001-6,000 บาท ร้อยละ 28.8 ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่า มีบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรคมากที่สุด ร้อยละ 33.2 สิทธิเบิกได้ (รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ) ร้อยละ 30.9 ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ร้อยละ 93.8

2) ลักษณะและประสิทธิภาพในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.6 เคยรับบริการจากที่อื่นมาก่อน สถานบริการที่มีผู้เลือกใช้มากที่สุด คือ สถานีอนามัย/ โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 95.2 รองลงมา คือ ชื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 42.3 ส่วนผลการรักษาที่ผ่านมาส่วส่วนใหญ่ เห็นว่า อาการดีขึ้น ร้อยละ 71.4 การมารับบริการส่วนใหญ่เป็นครั้งที่ 1-2 ร้อยละ 44.2 และเป็นครั้งที่ 3-4 ร้อยละ 34.0 บริการที่ได้รับมากที่สุด คือ การนวดแผนไทย ร้อยละ 86.5 การอบสมุนไพร ร้อยละ 56.4 และรับยาสมุนไพร ร้อยละ 41.8 ผู้รับบริการเห็นว่าระดับโรคที่สามารถรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย คือ อาการเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 63.9 เจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 28.3 และเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 7.8 ในการมารับบริการครั้งนี้ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อรับการรักษา ร้อยละ 45.7 เพื่อรับการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 40.8 และมาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 13.5 ด้านระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บป่วยมีดังนี้ 1 เดือน-1 ปี ร้อยละ 26.7 มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 26.1 ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 25.5 และใน 1 สัปดาห์-1 เดือน ร้อยละ 21.6 ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าอาการเจ็บป่วยของตนอยู่ในระดับ เจ็บป่วยปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 67.9

3) เหตุผลที่มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ตัวอย่างผู้รับบริการรับรู้ถึงก้าวเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 61.3 และเหตุผลในการมารับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจมาด้วยตนเอง ร้อยละ 60.8 เหตุผลต่อมา คือ มีความคิดว่าการแพทย์แผนไทยมีคุณค่าและค่ารักษาไม่แพง ร้อยละ 48.6 รักษาแบบ

ปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้น ร้อยละ 45.2 ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 99.2

1.3.4 ความเชื่อด้านการแพทย์แผนไทยของกลุ่มผู้รับบริการ

1) ความเชื่อถึงสาเหตุในการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าสาเหตุในการเจ็บป่วยเกิดจากการไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ร้อยละ 96.6 เกิดจากการไม่รักษาความสะอาด ร้อยละ 93.2 และ ร้อยละ 91.7 เชื่อว่าเกิดจากฤดูกาล อากาศที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งมีจำนวนเท่ากับที่เชื่อว่าเกิดจากการทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับสาเหตุต่อไปนี้ คือ เกิดจากการกระทำของผีต่าง ๆ ร้อยละ 69.9 เกิดจากการโดนของ หรือโดนคุณไสย ร้อยละ 67.5 และเกิดจากการโดนสาปแช่ง หรือโดนคำสาป ร้อยละ 66.0 ตามลำดับ

2) ความเชื่อถึงประสิทธิภาพการรักษาโรคด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าวิธีการทางด้านแพทย์แผนไทยสามารถรักษาอาการปวดคอจากการเล่นดนตรีไทยหนักหน่วงได้มากที่สุด ร้อยละ 95.6 รักษาอาการที่แมลงสัตว์กัดต่อยได้ ร้อยละ 80.0 และรักษาอาการท้องผูกได้ ร้อยละ 76.9 แต่มีความเห็นว่าวิธีการทางแพทย์แผนไทยไม่สามารถรักษาโรคต่อไปนี้ได้ คือ โรคเอดส์ ร้อยละ 59.0 โรคมะเร็ง ร้อยละ 49.1 และโรคจิต หรือโรคประสาท ร้อยละ 43.4

1.3.5 ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อบริการที่ได้รับทุก ๆ ด้านโดยจะมีความพึงพอใจมากในด้าน การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ร้อยละ 60.3 พึงพอใจในคุณภาพบริการและผลการรักษา ร้อยละ 59.0 และพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุการเจ็บป่วยแก่ท่านได้ ร้อยละ 57.7 แต่ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจน้อยในด้าน เวลาที่ใช้เพื่อรอรับยาและชำระค่าบริการ ร้อยละ 13.5 รองลงมา คือ เวลาที่รอคอยในการเข้ารับบริการ ร้อยละ 11.9 และด้านที่เจ้าหน้าที่นัดวันเวลามารับบริการในครั้งต่อไป ร้อยละ 3.1

1.3.6 ความต้องการให้จัดบริการเพิ่มเติมด้านการแพทย์แผนไทย

1) ความต้องการ และประเภทบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ต้องการให้จัดเพิ่มเติม มีกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ร้อยละ 97.7 ที่ต้องการให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งประเภทของบริการที่ต้องการให้จัดเพิ่มมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ (หมอนวดแผนไทย/ อายurved) ร้อยละ 66.5 เพิ่มบริการนวดแผนไทย ร้อยละ 53.7 และให้มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 51.3

2) ประเภทของบริการที่ได้รับกับรูปแบบการจัดบริการ โรงพยาบาลใน รูปแบบที่ 2 ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการนัดหมายไทยมากที่สุด ร้อยละ 82.3 และได้รับการอบสมุนไพรร้อยละ 65.6 ได้รับบริการ 3 อย่างมากที่สุด ร้อยละ 32.6 โรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 3 ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการนัดหมายไทยมากที่สุด ร้อยละ 88.3 และรับยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 41.7 ได้รับบริการ 2 อย่างมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 4 ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการนัดหมายไทยมากที่สุด ร้อยละ 97.0 ได้รับการอบสมุนไพรร้อยละ 50.7 และได้รับบริการ 4 อย่างมากที่สุด ร้อยละ 31.3 ซึ่งโดยภาพรวมแล้วผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการนัดหมายไทยมากที่สุด ร้อยละ 86.5 รองลงมา คือ ได้รับการอบสมุนไพรร้อยละ 56.4

3) อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มารักษาอาการของระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก และเอ็น เช่น ปวดแขน ปวดขา ปวดแขน ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่ เป็นอัมพาต ฯลฯ มากที่สุด คือ ร้อยละ 70.1

1.3.7 ลักษณะชุมชน สภาพทางสังคม และข้อมูลพื้นฐานระดับอำเภอ

ลักษณะชุมชนในอำเภอทั้ง 8 แห่ง ซึ่งเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลที่จัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมีจำนวนตำบลเฉลี่ยเท่ากับ 11 ตำบล/ อำเภอ ค่าเฉลี่ยระยะทางระหว่างตำบลต่าง ๆ ถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 12.2 กิโลเมตร และค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการเดินทางถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 25.3 นาที อำเภอกันทรลักษ์มีประชากรมากที่สุด เท่ากับ 174,867 คน รองลงมา คือ อำเภออุทุมพรพิสัย มีประชากร เท่ากับ 135,691 คน ประชากรในแต่ละอำเภอมียาได้เฉลี่ย/ ครึ่งเรือน/ปี โดยเฉลี่ยเท่ากับ 16,791.1 บาท และอำเภอกันทรลักษ์มีพื้นที่มากที่สุดเท่ากับ 1,237.7 ตารางกิโลเมตร รองลงมา คือ อำเภอขุนหาญ มีพื้นที่ เท่ากับ 723.0 ตารางกิโลเมตร และข้อมูลหมอบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นอื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพในอำเภอทั้ง 8 แห่ง พบว่า มีหมอบ้านหลายประเภท ได้แก่ หมอนวด หมอสมุนไพรร้อยละ 65.6 หมอเสก หมอเป่าและหม้ออื่น ๆ กระจายอยู่ทั่วไปในแต่ละอำเภอเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการมารับบริการ ซึ่งในอำเภอไพรบึงจะมีหมอบ้านรวมทุกประเภทมากที่สุด เท่ากับ 73 คน

1.3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับรูปแบบการจัดบริการ

1) ปัจจัยด้านหน่วยงานกับรูปแบบการจัดบริการ ในด้านหน่วยงาน จะมีอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทยต่อเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 มีค่าเท่ากัน คือ 0.02 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 2 ซึ่งมีค่าเพียง 0.01 อัตราส่วนจำนวนครั้งที่มิผู้มารับบริการด้านแพทย์แผนไทยต่อจำนวนครั้งที่มิผู้มารับบริการรวมทั้งหมดทุกด้านในโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 4 มีค่าสูงที่สุด คือ 0.04 รองลงมา

คือ โรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 2 มีค่า 0.03 โรงพยาบาลที่มีรูปแบบที่ 3 จะมีค่าน้อยที่สุดคือ 0.02 ส่วนในด้านงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการพบว่า โรงพยาบาลในรูปแบบที่ 2 จะใช้เงินงบประมาณมากที่สุด ส่วนโรงพยาบาลในรูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 จะใช้เงินบำรุงมากที่สุด นอกจากนี้โรงพยาบาลที่จัดบริการในรูปแบบที่ 3 และ 4 ได้รับเงินสนับสนุนในการดำเนินงานเพิ่มเติมจากสถาบันแพทย์แผนไทยด้วย ในด้านผู้รับผิดชอบงานหลัก พบว่าผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง สถานภาพคู่ ไม่มี ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาล ทั้ง 3 รูปแบบ แต่จะมีความแตกต่างในด้านภูมิฐานะ ระดับการศึกษา ตำแหน่งตามสายงานและความรู้ ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย โดยผู้ให้บริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีภูมิฐานะในจังหวัดศรีสะเกษ มีตำแหน่งตามสายงานเป็นพยาบาล และทันตภิบาล มีความรู้ ความสามารถ ด้านการแพทย์แผนไทย คือ เป็นครูฝึกแพทย์แผนไทย ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีทั้งหมด แต่จะมีตำแหน่งตามสายงานและมีความรู้ ความสามารถแบบเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย คือ ได้ศึกษาในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการนวดแผนไทย แต่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลรูปแบบที่ 4 จะมีระดับการศึกษาอยู่ในกลุ่มที่ต่ำกว่าปริญญาตรี และในกลุ่มระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีภูมิฐานะทั้งที่อยู่ในและนอกจังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งมีตำแหน่งตามสายงานและมีความรู้ ความสามารถแบบเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย คือ ได้ศึกษาหลักสูตรในด้านการแพทย์แผนไทยและเป็นครูฝึกแพทย์แผนไทย

2) ปัจจัยด้านผู้รับบริการกับรูปแบบการจัดบริการ ปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ อายุ วัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการทั้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพื่อการรักษาโรค การเดินทางมาโรงพยาบาล และระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับรูปแบบการจัดบริการ จะเห็นว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมของสถานบริการ ได้แก่ จำนวนตำบล ระยะทางถึงโรงพยาบาล เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาล รายได้เฉลี่ย/ครัวเรือน/ปี จำนวนประชากรและพื้นที่ในแต่ละอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลทั้ง 3 รูปแบบ นอกจากนี้ด้านจำนวนและประเภทของหมอนพื้นบ้านที่กระจายอยู่ในอำเภอแต่ละรูปแบบก็ไม่มี ความแตกต่างกันแสดงว่าปัจจัยทั้งหมดเป็นปัจจัยร่วม หรือปัจจัยพื้นฐานที่โรงพยาบาลแต่ละรูปแบบมีเหมือนกัน จึงสรุปได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของสถานบริการข้างต้นกับรูปแบบในการจัดบริการ

1.3.9 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ

1) การจัดบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม เหตุผลมากที่สุด 3 ลำดับแรก ที่ตัวอย่างผู้รับบริการต้องการให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม คือ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาซึ่ง ได้ผลดี สบาย คลายเครียดและช่วยรักษาโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 11.4 รองลงมา คือ บริการที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการ มีเจ้าหน้าที่ให้บริการน้อย ร้อยละ 8.6 และประหยัด ปลอดภัย มีประโยชน์ ร้อยละ 8.1 แต่เหตุผลมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการไม่ต้องการให้มีการจัดบริการเพิ่มเติม คือ บริการที่มีอยู่ขณะนี้เพียงพอต่อความต้องการแล้ว ร้อยละ 1.3

2) การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ เหตุผลที่ ตัวอย่างผู้รับบริการเห็นว่าควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐ คือ เป็นทางเลือกให้ผู้ป่วย ร้อยละ 12.5 รองลงมา คือ เป็นการรักษาที่มีคุณค่า มีผลข้างเคียงน้อยและใช้ ต้นทุนต่ำ ทำให้ผู้ป่วยประหยัด ร้อยละ 12.2 และเป็นการรักษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ และกระดูก โดยไม่ต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 11.2

3) ข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ซึ่งตัวอย่างผู้รับบริการเสนอมากที่สุด คือ ควรให้มีการจัดบริการขยายครอบคลุมถึงระดับสถานีอนามัย ร้อยละ 9.1 รองลงมา คือ ควรรับ เจ้าหน้าที่เพิ่มเพื่อสามารถให้บริการได้อย่างครบวงจร และให้มีอาสาสมัครให้บริการหลาย ๆ ชนิด ร้อยละ 8.3 และมีผู้รับบริการถึง ร้อยละ 4.4 เสนอว่า ควรจัดให้มีบริการนอกเวลาและในวันหยุด ควรมีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน ยั่งยืนและต่อเนื่อง ควรมีอายุรเวทหรือเจ้าหน้าที่เฉพาะทางมาอยู่ ประจำในทุกที่

1.3.10 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ในการเปิดให้บริการด้านการ แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุด 4 ลำดับแรก ที่มีจำนวน ผู้ตอบเท่ากัน คือ มีบุคลากรไม่เพียงพอ มีงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ มีเครื่องมือไม่ เพียงพอ/ไม่ทันสมัยและชำรุด ขาดบุคลากรที่มีความรู้/ ความเข้าใจในงานด้านการแพทย์แผนไทย

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ใน แต่ละข้อ ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

การจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละโรงพยาบาล จะมีรูปแบบที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลจากการศึกษาถึงรูปแบบการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ดังนี้

1.1 รูปแบบการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2540: 38) ได้แบ่งรูปแบบในการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้ 4 รูปแบบดังนี้ รูปแบบ 1 หมายถึง สถานบริการที่มีวิธีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การอบสมุนไพร เป็นต้น รูปแบบ 2 หมายถึง สถานบริการที่มีวิธีการให้บริการตั้งแต่ 2 อย่าง เช่น การนวดร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร หรือ การอบสมุนไพรคู่กับการนวด หรือ การอบสมุนไพรคู่กับการใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น รูปแบบ 3 หมายถึง สถานบริการที่มีวิธีการให้บริการตามรูปแบบ 1 และรูปแบบ 2 โดยมีบุคลากรเฉพาะทาง เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนโบราณประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านร่วมในการดำเนินงาน และรูปแบบ 4 หมายถึง สถานบริการตามรูปแบบ 3 ที่มีการผลิตยาขึ้นใช้ในสถานบริการ ดังนั้น จึงสามารถแบ่งโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ที่จัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้เป็น 3 รูปแบบ คือ โรงพยาบาลที่จัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในรูปแบบที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลศรีรัตนะ โรงพยาบาลขุนหาญ และโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โรงพยาบาลที่จัดการบริการในรูปแบบที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลยางชุมน้อย โรงพยาบาลห้วยทับทันและโรงพยาบาลราชสีเสล โรงพยาบาลที่จัดการบริการรูปแบบที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลไพรบึง และโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

1.2 วิธีการเข้ารับบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีวิธีการเข้ารับบริการ 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 ผู้เข้ารับบริการจะต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่งานผู้ป่วยนอกก่อนจึงจะไปรับบริการต่อที่งานการแพทย์แผนไทย ซึ่งโรงพยาบาลที่กำหนดวิธีนี้ มี 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนวิธีที่ 2 คือ ผู้รับบริการจะผ่านหรือไม่ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่งานผู้ป่วยนอกก่อนก็สามารถไปรับบริการที่งานการแพทย์แผนไทยได้ (ตามความต้องการของผู้รับบริการ) มีโรงพยาบาลที่กำหนดวิธีนี้ 6 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 75.0 ซึ่งสอดคล้องกับเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2540: 55 - 56) ที่พบว่า วิธีการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยสามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือ ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยผ่านการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วเห็นว่าความเจ็บป่วยนั้นสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางด้านแพทย์แผนไทย ก็จะส่งผู้ป่วย

ต่อไปยังงานการแพทย์แผนไทย ในส่วนนี้ผู้ป่วยต้องยอมรับและยินดีที่จะรับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและอีกวิธีหนึ่ง คือ ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้โดยตรงซึ่งผู้ป่วยจะมาที่งานการแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยจะต้องผ่านการคัดกรองจากแพทย์อายุรเวทก่อน หากเห็นว่าความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษาต่อไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้รับบริการพึงพอใจวิธีการเข้ารับบริการในวิธีที่ 2 มากกว่าในวิธีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบโดย Mann-Whitney Test ($p\text{-value} < 0.05$) โดยที่ผู้รับบริการในวิธีที่ 1 และวิธีที่ 2 มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยด้านเวลาที่ให้รับบริการ เท่ากับ 3.0 (SD=0.97) และ 3.5 (SD = 0.96) ตามลำดับ และผู้รับบริการในวิธีที่ 1 และวิธีที่ 2 มีคะแนนของความพึงพอใจรวมในบริการทุกด้าน เท่ากับ 3.58 (SD = .56) และ 3.90 (SD = .51) ตามลำดับ จากที่มีผู้รับบริการเสนอให้สามารถเข้ารับบริการได้โดยตรงไม่ต้องผ่านงานผู้ป่วยนอกก่อนจำนวน 8 คนคิดเป็น ร้อยละ 8.4 จากผู้รับบริการที่ให้ข้อเสนอแนะทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (อ้างใน เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ 2540: 17) ที่พบว่า การพัฒนาระบบบริการและสถานที่สำหรับให้บริการ ให้มีความสะดวกและรวดเร็วขึ้นจะทำให้มีผู้สนใจมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการให้ผู้รับบริการสามารถไปซื้อยาสมุนไพรได้เองที่ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานโดยไม่ต้องผ่านห้องบัตรได้รับความนิยมสูงมาก

1.3 โครงสร้างของหน่วยงานแพทย์แผนไทย พบว่า โรงพยาบาล ร้อยละ 50.0 มีโครงสร้างของหน่วยงานด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นกับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งมีสาเหตุเนื่องจากในหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะเภสัชศาสตร์ มีการสอนเรื่องการผลิตยาและเรื่องสมุนไพรด้วย ดังนั้น ผู้บริหารส่วนใหญ่จึงเห็นว่าเภสัชกรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถทางด้านการแพทย์แผนไทยจึงให้เป็นผู้รับผิดชอบงาน สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2536: 18) ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (2530-2534) ที่สรุปว่า เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 50.0 และในระดับโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 66.1 แต่จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานในปัจจุบัน พบว่า ร้อยละ 100.0 เสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาใหม่ โดยให้มีคณะทำงานที่มาจากทุกฝ่ายและให้มีสายบังคับบัญชาขึ้นต่อผู้อำนวยการโดยตรง เพื่อให้เกิดความสะดวกและคล่องตัวในการดำเนินงาน เพราะเภสัชกรผู้ดูแลรับผิดชอบงานต้องปฏิบัติงานทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและด้านการแพทย์แผนไทยทำให้ดูแลงานไม่ทั่วถึงและล่าช้าซึ่งในจังหวัดศรีสะเกษขณะนี้ มีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 2 แห่ง เท่านั้น ที่จัดตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาเพื่อปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย คิดเป็น ร้อยละ 25.0 ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยทับทันซึ่งสามารถจัดบริการในรูปแบบที่ 4 ได้ แต่ใน

ปัจจุบันลดระดับมาอยู่ในรูปแบบที่ 3 เพราะแพทย์อายุรเวทได้ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น ส่วนอีกแห่งคือ โรงพยาบาลขุนหาญ ซึ่งในปัจจุบันจัดให้บริการในรูปแบบที่ 2 แต่กำลังจะพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ 4 เพราะกำลังรอเจ้าหน้าที่ที่ทางโรงพยาบาลส่งไปศึกษาในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยให้กลับมาปฏิบัติงาน

1.4 บริการด้านการแพทย์แผนไทย ที่กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจและนิยมมารับบริการมี 4 ชนิด คือ การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การจ่ายยาสมุนไพร และการประคบสมุนไพร ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาที่ พบว่า ตัวอย่างผู้รับบริการได้รับบริการนวดแผนไทย ร้อยละ 86.5 รับบริการอบสมุนไพร ร้อยละ 56.4 รับบริการจ่ายยาสมุนไพร ร้อยละ 41.8 และรับบริการประคบสมุนไพร ร้อยละ 40.8 และยังเห็นได้จากข้อเสนอแนะที่ต้องการให้มีการจัดบริการเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ เพิ่มบริการนวดแผนไทย ร้อยละ 53.7 เพิ่มบริการจ่ายยาสมุนไพร ร้อยละ 51.3 เพิ่มบริการอบสมุนไพร ร้อยละ 50.3 และเพิ่มบริการประคบสมุนไพร ร้อยละ 47.3

สรุปว่า รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ ได้แก่ ต้องการให้มี (1) การจัดให้มีงานบริการหลัก 4 ชนิด คือ นวดแผนไทย การอบสมุนไพร การจ่ายยาสมุนไพรและการประคบสมุนไพร (2) ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้โดยตรงไม่ต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันที่งานผู้ป่วยนอกก่อน (3) มีการเปิดให้บริการนอกเวลา หรือ ในวันหยุดราชการ (4) มีผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางอย่างเพียงพอ (5) มีบุคลากร สถานที่และเครื่องมือที่พร้อมในการให้บริการ (6) มีโครงสร้างหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นใหม่ที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นต่อผู้อำนวยการโดยตรง (7) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งด้านงบประมาณดำเนินงาน ด้านสถานที่ เครื่องมือและบุคลากร รวมทั้งสนับสนุนในด้านการศึกษา การฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ (8) บริการที่จัดขึ้นจะต้องมีความเป็นองค์รวม ครบวงจร มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งทั้งหมดนี้ก็เพื่อให้หน่วยงานและเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้รับบริการก็จะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ

การจัดรูปแบบบริการที่ดีสามารถให้บริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ และครบถ้วนจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและเลือกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำอีก ดังนั้นปัจจัย

ที่มีผลต่อการเลือกรับบริการก็จะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดรูปแบบบริการด้วยเช่นกัน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า Anderzen and Anderson (อ้างอิงในกิตติวรรณ จันทรฤทธิ์ 2542: 26-28) ได้ศึกษาและสรุปถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพอนามัยได้ 7 ด้าน คือ (1) ลักษณะด้านประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส (2) ด้านโครงสร้างทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ และเชื้อชาติ (3) ด้านจิตวิทยาสังคม เช่น ความไวในการรับรู้ว่าเป็นโรคและความรุนแรงของโรค (4) ด้านทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้ และความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ (5) ด้านทรัพยากรของชุมชน เช่น แหล่งบริการในชุมชน ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (6) ด้านองค์กร เช่น ลักษณะและรูปแบบในการให้บริการ (7) ด้านระบบสุขภาพอนามัย จะเป็นการรวมลักษณะตัวแปรทั้ง 6 ด้านเข้าด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับพันธูทิพย์ รามสูตร (2536: 45-46) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพอนามัย แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยด้านองค์กรหรือ ด้านหน่วยงานที่ให้บริการ กลุ่มปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและกลุ่มปัจจัยด้านประชากรผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับ ศิริพร ปรางประสิทธิ์ (2536: 17) ที่พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นกับปัจจัย 3 ประการ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย เวลาที่ใช้ในการเดินทาง เศรษฐกิจ ลักษณะของสถานบริการ เช่น เครื่องมือ วิธีการรักษา และปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น ยานพาหนะ สภาพถนน และความคิดเห็นของเพื่อน หรือญาติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร ปรางประสิทธิ์ (2536: 19) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการสาธารณสุข ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดรูปแบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัยแวดล้อมของสถานบริการ

2.1 ปัจจัยด้านหน่วยงานหรือองค์กร ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยไม่สามารถใช้วิธีทางสถิติได้ ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ กับ ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ศักยภาพของบุคลากรที่ดำเนินงาน ซึ่งเห็นได้จากโรงพยาบาลโพธิ์ประทับและโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยที่สามารถจัดให้บริการในรูปแบบที่ 4 ได้ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการดำเนินงานมากที่สุด รวมทั้งมีผู้ดำเนินงานที่มีศักยภาพมีความรู้ ความสามารถเฉพาะด้าน คือ มีผู้ปฏิบัติงานที่เป็นแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนโบราณประยุกต์ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพราะในการดำเนินงานที่จะประสบผลสำเร็จหรือมีการพัฒนางานได้ดีจะต้องประกอบด้วย การมีงบประมาณในการดำเนินงานและใช้ในการ

บริหารจัดการอย่างเพียงพอ รวมทั้งต้องมีผู้ปฏิบัติงานที่มีศักยภาพ มีความรู้ความเข้าใจในงานที่ตนปฏิบัติอย่างดี จากพัฒนาการในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา จะเห็นได้ว่า คุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานมีความสำคัญต่อการจัดรูปแบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างยิ่ง เพราะการมีผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอายุรเวทหรือ แพทย์แผนไทยสามารถยกระดับโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 2 ให้กลายเป็นโรงพยาบาลที่จัดบริการรูปแบบที่ 3 หรือ 4 ได้ และในทางกลับกันหากมีการย้ายหรือ การลาออกของอายุรเวท หรือแพทย์แผนไทยก็สามารถลดระดับของโรงพยาบาลจากรูปแบบที่ 3 หรือ 4 ให้กลายเป็นโรงพยาบาลที่มีรูปแบบที่ 2 ได้ ส่วนปัจจัยด้านการกำหนดนโยบาย การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล การมีสถานที่ เครื่องมือที่พร้อมให้บริการ รวมทั้งด้านความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ หน่วยงานหรือ องค์กรอื่น ๆ นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ ซึ่งเห็นได้จากที่โรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการจัดบริการจะมีปัจจัยดังกล่าวใกล้เคียงกัน (เป็นปัจจัยพื้นฐาน/ ปัจจัยร่วม) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพราะว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจะต้องรับนโยบายหลักด้านการแพทย์แผนไทยจากผู้บริหารในระดับสูงเหมือนกัน ดังนั้น จึงจัดหาสถานที่ เครื่องมือและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีวิธีการประชาสัมพันธ์ที่เหมือน ๆ กันเกือบทุกแห่ง

2.2 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล ระดับความพึงพอใจต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ และวัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการทั้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพื่อการรักษาโรค ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.3 ปัจจัยแวดล้อมของสถานบริการ ในการศึกษาปัจจัยแวดล้อมของสถานบริการครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยไม่สามารถใช้วิธีทางสถิติได้ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ ซึ่งดูได้จากปัจจัยทุกด้านมีลักษณะใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลที่จัดบริการทั้ง 3 รูปแบบ คือ มีระยะทางจากตำบลที่ใกล้ที่สุดและไกลที่สุดไม่แตกต่างกัน มีเวลาเฉลี่ยในการเดินทางมาโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีจำนวนของหมอนพื้นบ้านในทุกอำเภอใกล้เคียงกัน มีจำนวนพื้นที่และจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ปัจจัยแวดล้อมของสถานบริการจึงไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบบริการ (เป็นปัจจัยพื้นฐาน/ ปัจจัยร่วม) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพราะว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลตามที่ระบุไว้ในสิทธิบัตรของตนเอง โดยไม่ได้คำนึงว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นจะ

จัดบริการในรูปแบบใด และบริการที่ผู้รับบริการต้องการมากที่สุด คือ การนัดแผนไทยซึ่งเป็นงานบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่จัดให้บริการทั้ง 3 รูปแบบ

สรุปว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์จากผู้บริหาร ด้านคุณลักษณะ ศักยภาพของบุคลากรที่ดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยด้านหน่วยงาน เพราะการมีบุคลากรที่มีความรู้ มีความสามารถเฉพาะทางจะสามารถยกระดับโรงพยาบาลรูปแบบที่ 2 ไปเป็นโรงพยาบาลรูปแบบที่ 3 หรือ 4 ได้ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ ด้านสถานภาพสมรส รายได้ อายุ วัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการทั้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพื่อการรักษาโรค ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล ระดับความพึงพอใจต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ แต่รูปแบบการให้บริการไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมของสถานบริการเนื่องจากปัจจัยแวดล้อมที่ศึกษา เป็นเพียงปัจจัยร่วมในโรงพยาบาลที่จัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยทุกรูปแบบ (โรงพยาบาลทุกรูปแบบมีเหมือน ๆ กัน)

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาลักษณะ และความต้องการของผู้รับบริการในเรื่องการจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

จากการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 31-40 ปี แต่งงาน (คู่) มีความรู้ในระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ ในระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในกลุ่ม 0 = 2,000 บาท มีสิทธิบัตรทองจ่ายค่าธรรมเนียมนิยม 30 บาท รักษาทุกโรคมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลและมาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ อาการของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อและเอ็น เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แขน ขา ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่ ซึ่งการที่ผู้รับบริการมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อนั้น มีสาเหตุมาจากผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรที่ต้องทำงานหนักเกือบตลอดเวลา อาชีพรองลงมา คือ รับราชการและรัฐวิสาหกิจที่ต้องทำงานในท่าเดิมนาน ๆ ซึ่งก่อให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือ ปวดไหล่ได้ โดยผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษากิตติวรรณ จันทรัฐธิ (2542: 59) ที่พบว่า อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในกลุ่มที่กลับมาใช้บริการซ้ำ ได้แก่ อาการในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 91.5 ในระบบประสาท ร้อยละ 3.3 ในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 2.0 และการเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 2.0 ส่วนอาการเจ็บป่วยในกลุ่มที่ไม่กลับมาใช้บริการซ้ำ ได้แก่ อาการของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 95.2 ระบบประสาท ร้อยละ 3.2 ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 1.6 สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของจรรยาวัตร คมพัยค์ม และคณะ (2539: 74) ที่พบว่า แพทย์อายุรเวทได้ระบุลักษณะอาการเจ็บป่วยที่มีผู้มารับบริการมากที่สุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา อันดับแรก คือ อาการปวดเมื่อยของอวัยวะในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อันดับสอง คือ อาการในระบบทางเดินอาหาร และอันดับสาม คือ ปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ไอบีเจ็ท คอ หัวดี ภูมิแพ้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอายุรเวทวิทยาลัย (อ้างในจรรยาวัตร คมพัยค์ม 2539: 10) ซึ่งทำการรวบรวมข้อมูลจากบัตรตรวจโรค พบว่า ผู้มารับบริการจำนวน 708 ราย ระหว่าง พ.ศ. 2530-2534 มีอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด ร้อยละ 77.6 และเมื่อศึกษาย้อนหลังจากบัตรตรวจโรคในผู้ป่วย 4,046 ราย ในวิถีทางหัตถเวชกรรม พบว่า โรคที่มีผลสัมฤทธิ์ในการรักษาสูง คือ อาการเครียดทางกล้ามเนื้อ อาการอักเสบของข้อ ข้อแข็ง ข้อยึด ข้อติด และในแผนกเวชกรรมพบอาการโรคในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ร้อยละ 34.6 รองลงมา คือ โรคในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 20.6 ในระบบทางสมอง ร้อยละ 18.8 และพบโรคในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 14.6 สอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี (2537-2538) ที่รายงานว่ามีโรคในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ร้อยละ 40.32

จากการศึกษา พบว่า มีผู้รับบริการที่ต้องการให้จัดบริการเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 97.7 ซึ่งกิจกรรมหรือบริการที่ต้องการให้จัดเพิ่มมากที่สุด ได้แก่ เพิ่มจำนวนผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการ ร้อยละ 66.5 เพิ่มกิจกรรมการนวดแผนไทย ร้อยละ 53.7 และเพิ่มการจ่ายยาสมุนไพร ร้อยละ 51.3 ซึ่งใกล้เคียงกับความต้องการให้เพิ่มกิจกรรมการอบสมุนไพร ร้อยละ 50.3 ทั้งนี้สาเหตุจากการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยจะต้องใช้เวลานาน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าต้องรอรับบริการนาน ดังนั้นจึงต้องการให้เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการและให้เพิ่มกิจกรรมเหล่านี้มากขึ้น และจากผลการสำรวจและสัมภาษณ์ พบว่า ในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จะมีผู้ที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยจำนวน 1-3 คน/แห่ง เท่านั้น จึงทำให้การบริการล่าช้าหากมีผู้มารับบริการพร้อม ๆ กัน และที่มีผู้เสนอให้เพิ่มการจ่ายยาสมุนไพรนั้นก็มิใช่สาเหตุเนื่องมาจากในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีรายการของยาสมุนไพรสำหรับให้บริการ หรือ จ่ายให้แก่ผู้ป่วยเพียงไม่กี่ชนิดเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกโรคและไม่เพียงพอกับความต้องการ ส่วนที่มีผู้ต้องการให้เพิ่มการนวดแผนไทยและการอบสมุนไพรก็มีสาเหตุจากที่บริการดังกล่าวเป็นบริการที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และมีผู้นิยมมารับบริการจำนวนมากทำให้ใช้เวลานานในการรอและรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี (2537-2538) รายงานว่า มีผู้มารับบริการยาสมุนไพร ร้อยละ 30.7 หัตถบำบัด ร้อยละ 23.1 อบสมุนไพร ร้อยละ 26.0 และประคบสมุนไพร ร้อยละ 20.2 สอดคล้องกับรายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2544 ของโรงพยาบาลพนา (2544: 86) ที่สรุปว่า มีผู้มารับ

บริการประคบสมุนไพรมากที่สุด คือ 2,757 ครั้ง รับบริการนวดแผนไทย 2,484 ครั้ง และรับบริการอบสมุนไพร จำนวน 849 ครั้ง

สรุปว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการมารับบริการ คือ เพื่อการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการให้โรงพยาบาลจัดหาเจ้าหน้าที่เพิ่ม ให้เพิ่มการนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพรและการจ่ายยาสมุนไพร รวมทั้งต้องการให้ขยายการจัดบริการให้ครอบคลุมไปถึงสถานีนานามัยใกล้บ้านเพื่อสะดวกในการใช้บริการ

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

การนำบริการด้านการแพทย์แผนไทยเข้ามาจัดให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนเป็นงานใหม่ที่อยู่ในระยะเริ่มต้นยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งแนวคิดในการรักษา การตรวจวินิจฉัย หรือ แนวคิดถึงสาเหตุของการเกิดโรคในด้านการแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างจากแนวคิดทางการแพทย์แผนปัจจุบันในบางประเด็น ดังนั้น ในการนำการแพทย์ทั้ง 2 แผน มาอยู่ร่วมกันอาจเกิดปัญหาในการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 ปัญหา ข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ และปัญหาในการดำเนินงาน

จากการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดในการดำเนินงาน 4 ลำดับแรก คือ มีบุคลากรไม่เพียงพอ มีงบประมาณไม่เพียงพอ มีเครื่องมือไม่เพียงพอ/ไม่ทันสมัย ขาด และปัญหาบุคลากรมีความรู้/ ความเข้าใจในงานด้านการแพทย์แผนไทยน้อย ปัญหาเหล่านี้มีสาเหตุเนื่องมาจาก การรักษาด้านการแพทย์แผนไทยเห็นผลช้าและไม่ชัดเจน ซึ่งต่างกับการรักษาในแบบแผนปัจจุบัน เช่น การผ่าตัด การฉายแสง ที่จะเห็นผลในทันทีและชัดเจน ดังนั้น ผู้บริหารบางส่วนจึงไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร นอกจากนี้ผู้ที่มีความรู้มีความสามารถที่ศึกษาทางด้านการแพทย์แผนไทยยังมีจำนวนน้อย ซึ่งเห็นได้จากในปัจจุบันมีสถานศึกษาเพียงไม่กี่แห่งที่เปิดสอนในหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย และผู้ที่ศึกษาจบหลักสูตรทางด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับที่ต่ำกว่าปริญญาตรี ทำให้ไม่มีศักยภาพในการรับผิดชอบและบริหารงาน แต่ในปัจจุบันมีสถานศึกษาหลายแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่หันมาสนใจในงานด้านการแพทย์แผนไทยและกำลังเปิดหลักสูตรในระดับปริญญาตรี 4 ปีและปริญญาตรีต่อเนื่องด้านการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นไป เมื่อเรียนจบก็จะได้รับปริญญาวิทยาศาสตร

บัณฑิต (การแพทย์แผนไทยประยุกต์) นอกจากนี้ทางสถาบันการแพทย์แผนไทยได้ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัย เพื่อพัฒนามาตรฐานการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งขณะนี้ได้มีหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) โดยสถาบันการแพทย์แผนไทย (2539: 13 -34) ที่สรุปสภาพปัญหาการพัฒนาต่าง ๆ ของการแพทย์แผนไทยไว้ 5 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านองค์ความรู้ การพัฒนาวิชาการ การวิจัยและระบบข้อมูลข่าวสาร (2) ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทย (3) ด้านโครงสร้างองค์กร ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการและการผสมผสานการแพทย์แผนไทย (4) ด้านการพัฒนาเวชภัณฑ์ยาแผนโบราณ วัตถุพิษสมุนไพร และเทคโนโลยีการแพทย์แผนไทย (5) ด้านการเผยแพร่ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย โดยมีกลวิธีในการพัฒนา คือ (1) การพัฒนาองค์ความรู้และบุคลากร (2) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร (3) การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย (4) การพัฒนาระบบบริหารจัดการ (5) การสร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย (6) การพัฒนาอุตสาหกรรมยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับจริยวัตรคัมภีร์ และคณะ (2539: 80) ที่ศึกษาถึงปัญหาในการดำเนินงานของอายุรเวท ได้แก่ การขาดผู้ช่วยเหลือทำให้บริการล่าช้า มีสมุนไพรไม่เพียงพอหาซื้อลำบาก ราคาแพง ผู้ป่วยยากจน เดินทางมารับบริการลำบากเพราะระยะทางไกล กฎหมายไม่เอื้ออำนวยสำหรับยาไทยและปัญหาด้านการผลิตบุคลากร การจัดเตรียม เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากการที่รัฐบาลไม่ได้ให้การสนับสนุนที่เพียงพอ นอกจากนี้แพทย์อายุรเวทยังต้องการให้มีเงินงบประมาณสนับสนุนมากที่สุด และให้มีการเพิ่มพูนความรู้ของอายุรเวทอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัญหาและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาในการติดต่อประสานงาน ปัญหาความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จึงเสนอให้มีการกำหนดนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน และให้มีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นต่อผู้อำนวยการโดยตรง เพื่อความสะดวกและคล่องตัวในการดำเนินงาน

4.2 ปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ มีผู้เสนอว่า ควรมีการขยายการจัดบริการให้ครอบคลุมถึงในระดับสถานีอนามัย ร้อยละ 9.1 ควรรับเจ้าหน้าที่เพิ่ม เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครบวงจรและให้มียาสมุนไพรบริการหลาย ๆ ชนิด ร้อยละ 8.3 และมีผู้เสนอ ร้อยละ 4.4 ว่าควรจัดให้มีการบริการนอกเวลาและในวันหยุด ให้จัดบริการให้มีมาตรฐานและยั่งยืน และให้

มีอายุรเวทหรือเจ้าหน้าที่เฉพาะทางมาประจำอยู่ให้ครบทุกที่ จากข้อเสนอแนะทั้งหมดสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการต้องการให้มีสถานบริการที่ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง สะดวกในการรับบริการ สามารถใช้บริการได้ตลอดเวลา สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งสอดคล้องกับที่ พิมพ์ประภา โตสงคราม (2542: 25-26) ได้ศึกษาและให้ความหมายไว้ว่า ความสะดวกในการใช้บริการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการอำนวยความสะดวกเมื่อต้องการใช้บริการของโรงพยาบาล ได้แก่ สถานที่ให้บริการสะดวกต่อการเดินทาง มาใช้บริการ ติดต่อขอใช้บริการง่าย การให้บริการที่รวดเร็ว มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีบริการครบทุกอย่าง มีคนช่วยอำนวยความสะดวกในการใช้บริการทุกขั้นตอน และสามารถใช้บริการได้ตลอดเวลา

สรุปว่า ปัญหาที่สำคัญในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ คือ การมีจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางน้อย จึงไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง เพียงพอ และครบวงจรตามความต้องการของผู้ที่มาใช้บริการ รวมทั้งปัญหาการไม่มีนโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจน และขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารทางด้านงบประมาณดำเนินงาน ด้านบุคลากร ด้านการศึกษาและการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ ควรส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักนำความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ดูแลสุขภาพของตนเองในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น จึงควรเผยแพร่ความรู้ตามหลักวิชาการทางการแพทย์แผนไทยแก่ชุมชนให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ตลอดทั้งควรส่งเสริมให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จนถึงในระดับโรงพยาบาลทั่วไปทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยเน้นให้มีผู้ปฏิบัติงานที่เพียงพอ มีกิจกรรมทางด้านการนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การจ่ายยาสมุนไพร และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอนเหมือนกับในระบบการส่งต่อด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและที่สำคัญที่สุด คือ ต้องมีความเข้าใจ มีการร่วมมือกัน มีการทำงานเป็นทีม มีการแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์แผนไทยและด้านการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับจะมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และประสพผลสำเร็จได้นั้น จะต้องมีกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร ตั้งแต่ระดับประเทศลงมาจนถึงในระดับท้องถิ่น

ในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านงบประมาณ จํานวนและความรู้ ความสามารถของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านสถานที่ มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดำเนินงานที่เพียงพอ ตลอดทั้งด้านการศึกษา การฝึกอบรมเพิ่มเติม และในด้านตำแหน่ง เงินเดือน สวัสดิการและความก้าวหน้าของวิชาชีพ เพราะในปัจจุบันนี้ ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยยังไม่มีตำแหน่งและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะอยู่ในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งจะขาดศักยภาพในการปฏิบัติงานและประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล ดังนั้น ในการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยควรจะมีการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ มีความสามารถในระดับปริญญาตรีด้วยเพื่อให้สามารถรับผิดชอบและบริหารงานด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ

3.1.1 การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่าง ๆ สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การแก้ไขปัญหา และการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ได้ดังนี้

1) ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรว่า บริการด้านการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นทางเลือกหนึ่งของการบริการที่ผู้รับบริการสามารถเลือกได้เอง หรือ ว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยและเห็นชอบโดยแพทย์แผนปัจจุบันก่อนว่า สามารถรักษาด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยได้แล้วจึงส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนในด้านบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณ สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ให้เพียงพอ เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพ ควรสนับสนุนในด้านการศึกษา การฝึกอบรมแก่บุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ให้ก้าวหน้าทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ เพราะว่าองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยมีการพัฒนา มีการค้นคว้าและวิจัยเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย

2) กำหนดให้มีจํานวนผู้รับผิดชอบและดำเนินงานที่เพียงพอ และเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างครบวงจร และมีประสิทธิภาพ เพราะจากการศึกษาถึงพัฒนาการในการจัดรูปแบบบริการของแต่ละโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบบริการ คือ ความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้บริหารอาจส่งลูกจ้างในหน่วยงานไปศึกษาหรือฝึกอบรมในหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม เช่น หลักสูตรการแพทย์แผนไทย 2 หรือ 3 ปี หรือส่งนักศึกษาพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่มีความสนใจในงานด้านนี้ไปฝึกอบรมเพิ่มเติม เช่น อบรมหลักสูตรครูฝึกแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในงานด้านการแพทย์แผนไทยมากขึ้นและสามารถนำความรู้

เหล่านั้นกลับมาใช้ในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถแก้ไขปัญหา การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางได้อีกด้วย

3) ส่งเสริมให้มีการนำความรู้ทางด้านการแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นต่าง ๆ ที่มีในชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพพร้อมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความเชื่อ ความนิยมของประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นการนำภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาพัฒนาและประยุกต์ใช้ให้เข้ากับการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล เช่น การเชิญหมอนวดพื้นบ้าน หมอยาสมุนไพรและหมออื่น ๆ ที่มีในพื้นที่นั้น ๆ มารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้มีความรู้ความเข้าใจตามหลักวิชาการที่ถูกต้องมากขึ้นเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียงได้ เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้น หรืออาจส่งหมอพื้นบ้านที่ได้รับการฝึกอบรมให้ไปประจำอยู่ที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน เพื่อเป็นการขยายเครือข่ายการให้บริการ เพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการโดยไม่ต้องเดินทางไกลหรืออาจรับหมอพื้นบ้านที่ผ่านการฝึกอบรมเหล่านั้นเข้าทำงานประจำในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาคาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการปฏิบัติงานได้

4) ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประชาสัมพันธ์ในเรื่องความเข้าใจที่ถูกต้องและให้มีการสอน การเผยแพร่ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่ประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ รวมทั้งเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานีอนามัยใกล้บ้านและในโรงพยาบาลอย่างทั่วถึง ให้ทราบว่าแต่ละจุดบริการมีความแตกต่างของบริการอย่างไร เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกรับบริการได้อย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการ โดยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางและต้องมารอรับบริการที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว โดยการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น การใช้เสียงตามสาย การทำแผ่นพับของโรงพยาบาล การบอกผ่านทางผู้นำชุมชน และอสม.

3.1.2 การเลือกรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน โดยคำนึงถึงความพร้อมของหน่วยงานในด้านงบประมาณ จำนวนและความรู้ของบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน รวมทั้งด้านนโยบายและมุมมองของผู้บริหารว่าต้องการให้ปฏิบัติงานในรูปแบบใด เช่น เน้นในด้านการประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ให้ความรู้ หรือเน้นในด้านการดูแล รักษาพยาบาล รวมทั้งพิจารณาถึงความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และจากแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลด้วย เพราะว่าในการปฏิบัติงานจะต้องมีการประสานงานร่วมกัน เช่น การส่งต่อผู้ป่วยให้แก่กันและกัน การทำงานเป็นทีม ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจและความสะดวกในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้ควรทำการประเมินหรือทำการสอบถามจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ว่าต้องการรับบริการในรูปแบบใด จะได้เป็นแนวทาง

ในการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

3.1.3 การสนับสนุนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

1) ภาครัฐทุกระดับทั้งในระดับท้องถิ่น ในส่วนภูมิภาคและในส่วนกลาง ควรส่งเสริม สนับสนุนการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม โดยการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งให้มีการสอดแทรกเนื้อหาทางด้านบริการแพทย์แผนไทยไว้ในหลักสูตรการเรียน การสอนของนักศึกษาทางด้านสาธารณสุขทั้งพยาบาลและแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการรักษาโรคแบบแผนไทยได้อย่างถูกต้อง ดังที่ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ในหลักยุทธศาสตร์ที่ 5 และนอกจากนี้รัฐบาลควรให้การสนับสนุนการออกใบรับรองการประกอบวิชาชีพของแพทย์อายุรเวท เพื่อให้แพทย์อายุรเวท สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่

2) รัฐบาลควรกำหนดให้ผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์แผนไทยในการส่งเสริมสุขภาพแบบแผนไทยเพิ่มขึ้น เพราะตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเรื่องการบริการการแพทย์แผนไทยจะให้ความคุ้มครองใน (1) การตรวจและวินิจฉัยโรค และ(2) การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่านั้น ไม่รวมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง ๆ ที่การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยป้องกัน แก้ปัญหาสุขภาพได้ดี ตามคำกล่าวว่าจะควรจะเน้นการป้องกัน การแก้ปัญหาสุขภาพมากกว่าที่จะเน้นการซ่อมสุขภาพหากรัฐบาลแก้ไขระเบียบข้อนี้ได้ จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

3) ภาคเอกชนควรให้การสนับสนุนในด้านการสร้างบุคลากรที่มีความรู้ มีความสามารถเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย โดยให้ทุนการศึกษาแก่ผู้ที่สนใจไปศึกษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ก็สนับสนุนในด้านการศึกษา การค้นคว้าวิจัยและการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น โดยให้งบประมาณเพื่อใช้ดำเนินงาน ใช้ในการค้นคว้า วิจัย เช่น ในการวิจัยถึงสรรพคุณของสมุนไพรใหม่ ๆ การวิจัยสูตรตำรับที่มีการใช้สืบทอดกันมานาน แต่ยังไม่ชัดเจนหลักฐานการยืนยันที่น่าเชื่อถือซึ่งเป็นการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น เพราะองค์ความรู้ทางด้านบริการแพทย์แผนไทยนั้นมีมากและบางอย่างซับซ้อนยากแก่การเข้าใจ จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลให้เป็นที่เชื่อถือแก่บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันและประชาชนทั่วไปโดยใช้วิธีทางด้านวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ได้

4) มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินงานโดยทีมงานที่จัดตั้งขึ้น ซึ่งต้องประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทยที่เป็นตัวแทนจากระดับจังหวัดและจากโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย และให้มีการควบคุม

กำกับนิเทศงานอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ ตามที่มีผู้รับผิดชอบงานหลัก (ผู้ปฏิบัติงาน) เสนอให้มีการติดตามและนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอเหมือนกับงานด้านอื่น ๆ เพราะการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และจากการนิเทศงานจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานของแต่ละแห่ง ซึ่งทีมผู้นิเทศจะได้นำไปหาแนวทางแก้ไขร่วมกันต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้สามารถนำผลจากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น

3.2.1 ควรเพิ่มรายละเอียดข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้บริการให้ชัดเจนมากขึ้น โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รวมทั้งควรสัมภาษณ์ผู้บริหารในแต่ละแห่งร่วมด้วยเพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็น แนวทางการดำเนินงาน และความเชื่อที่ผู้บริหารมีต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทย เพราะถ้าผู้บริหารจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ดังนั้น หากทราบถึงวิธีและแนวคิดในการดำเนินงานของผู้บริหารก็จะทำให้สามารถปฏิบัติงานและพัฒนางานได้อย่างราบรื่น

3.2.2 ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้รับบริการควรใช้ผู้เก็บข้อมูลจากนอกพื้นที่ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากความเกรงใจ (bias) จากการตอบคำถามที่ถามโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความคุ้นเคยกัน และในการเก็บข้อมูลด้านผู้ให้บริการควรมีกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาจำนวนมากกกว่านี้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีจำนวนมากพอที่จะนำไปใช้วิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติได้ เพื่อให้สามารถนำไปอ้างอิงหรือนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป

3.2.3 ควรทำการศึกษาในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งค่าใช้จ่าย และค่ารักษาพยาบาลของการรักษาด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน (unit cost) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานด้านการแพทย์แผนไทยอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น ในการดูแล การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

3.2.4 ควรทำการศึกษาแบบเจาะลึกลงไปรายละเอียดของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่จัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เพราะในโรงพยาบาลที่มีรูปแบบเดียวกันก็ยังมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ต่างกัน ที่ทำให้โรงพยาบาลที่มีรูปแบบเดียวกันแต่มีความสามารถในการให้บริการต่างกัน ซึ่งในการพัฒนางานให้ก้าวหน้าจำเป็นจะต้องทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์ มุลสาร
เภสัชศาสตรบัณฑิต เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก),
Ph.D. (Pharmacy Health Care Administration)
อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
(รักษาราชการแทนรองคณบดีฝ่ายวางแผนและวิจัย)
2. นางธัญฉวี ใจแก้ว
พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 7
(เคยปฏิบัติงานเป็นผู้ประสานและรับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)
3. นายอนันต์ ถิ่นทอง
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 6
ผู้ประสานและรับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการวิจัย

- แบบสำรวจข้อมูลสภาพชุมชนและกิจการแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ ทางสังคม
- แบบสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน (ผู้รับผิดชอบงานหลัก)
- แบบสอบถามผู้รับบริการ

แบบสำรวจข้อมูล สภาพชุมชนและการแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ ทางสังคม

แบบสำรวจข้อมูลนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้สำรวจข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมทั่ว ๆ ไปและข้อมูลด้านสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านในชุมชน เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาวิจัย

แบบสำรวจข้อมูล ของอำเภอ..... วันที่สำรวจ..... โดย.....

1. ลักษณะการปกครองแบ่งออกเป็น..... ตำบล
2. สภาพถนน การคมนาคม ความสะดวกในการมารับบริการ
 - 2.1 ตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล คือ การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวก โดย
..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง..... นาที
 - 2.2 ตำบล..... อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย..... กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง นาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว..... นาที
 - 2.3 ตำบล..... อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย..... กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง นาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว..... นาที
 - 2.4 ตำบล..... อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย..... กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง นาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว..... นาที
 - 2.5 ตำบล..... อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย..... กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง นาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว..... นาที
 - 2.6 ตำบล..... อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย..... กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง นาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว..... นาที
 - 2.7 ตำบล..... อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย..... กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทาง นาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว..... นาที

- 2.8 ตำบล.....อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย.....กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทางนาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว.....นาที
- 2.9 ตำบล.....อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย.....กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทางนาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว.....นาที
- 2.10 ตำบล.....อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย.....กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทางนาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว.....นาที
- 2.11 ตำบล.....อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย.....กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทางนาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว.....นาที
- 2.12 ตำบล.....อยู่ห่างจากโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย.....กิโลเมตร
การเดินทางมาโรงพยาบาลที่สะดวกโดย..... เวลาที่ใช้ในการเดินทางนาที
จำนวนรถโดยสาร(เที่ยว/วัน).....เที่ยว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง/เที่ยว.....นาที
3. จำนวนประชากรทั้งหมดในอำเภอ.....คน
1. ผู้ชาย จำนวน.....คน คิดเป็น.....%
 2. ผู้หญิง จำนวน.....คน คิดเป็น.....%
4. จำนวนผู้มารับบริการด้านแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลทั้งหมด.....คน
1. ผู้ชาย จำนวน.....คน คิดเป็น.....%
 2. ผู้หญิง จำนวน.....คน คิดเป็น.....%
5. มีการให้บริการในลักษณะของการแพทย์พื้นบ้านในอำเภอหรือไม่ ถ้ามี มีลักษณะอย่างไร
(การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การให้การรักษาโดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน)
1. การนวดอื่น ๆ ไม่มี
(หมอกกระดูก/หมอน้ำมัน) มี จำนวน.....คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....

2. รักษาโดยใช้ยาสมุนไพร ไม่มี
(หมอมสมุนไพร) มี จำนวน..... คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....
3. การรำผีฟ้า ไม่มี
 มี จำนวน..... คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....
4. การเป่า การเสก ไม่มี
 มี จำนวน..... คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....
5. หมอธรรม/หมอสง ไม่มี
 มี จำนวน..... คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....
6. หมอพระ ไม่มี
 มี จำนวน..... คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....
7. อื่นๆ (ระบุ)..... มี จำนวน..... คน มี.....แห่ง
ในตำบล.....
6. มีจำนวนหมอพื้นบ้าน (หมอนวด / หมอยา / อื่นๆ) ในอำเภอรวม.....คน
7. ภายในอำเภอมีจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหมอแผนโบราณถูกต้องหรือไม่
 ไม่มี มี จำนวน.....คน อยู่ในตำบล.....
8. สถานอนามัยภายในอำเภอมีการเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยหรือไม่
 ไม่มี มี จำนวน.....แห่ง ในตำบล.....
9. มีร้านขายยาแผนโบราณในอำเภอหรือไม่
 ไม่มี มี จำนวน.....แห่ง อยู่ในตำบล.....

หมายเหตุ

1. หมอธรรมหรือ หมอสอง จะทำหน้าที่ตรวจสอบสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการกระทำของผีหรือไม่ โดยใช้วิธีนั่งทางใน
2. หมอรำผีฟ้า เป็นหมอที่รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยทั่วไป
3. หมอสมุนไพรร ภาคอีสานเรียกว่า หมอฮากไม้ เป็นหมอที่รักษาผู้ป่วยโดยใช้ยาที่ได้จากสมุนไพรมเป็นหลักในการรักษาและอาจมีการใช้คาถาเป็นส่วนประกอบด้วย
4. หมอกระดูก ภาคอีสานเรียกหมอน้ำมัน เป็นหมอที่มีบทบาทในการรักษาเกี่ยวกับกระดูก
5. หมอพระ เป็นพระหรือเป็นผู้ที่เคยบวชพระและได้ร่ำเรียนวิชาในด้านการรักษา

แบบสังเกตและสัมภาษณ์
ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์นี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลไปพัฒนา ปรับปรุงการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้มีรูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์นี้จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัย จะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์
2. ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน
3. ลักษณะของชุมชน
4. การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล
5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย
6. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์

1. ชื่อโรงพยาบาลที่ทำงาน.....
2. อายุ (ปี)
3. เพศ
4. ภูมิลำเนา
5. สถานภาพสมรส
6. ระดับการศึกษา
7. ศาสนา
7. ตำแหน่ง
8. ระยะเวลาในการทำงานทั้งหมด (ปี)
10. ระยะเวลาในการทำงาน เฉพาะด้านแพทย์แผนไทย (ปี)
11. ประสบการณ์ในการได้รับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

- ก) ศึกษาหลักสูตร
 จากสถาบัน..... จบการศึกษาระดับ ป. ศ.
 ศึกษาหลักสูตร
 จากสถาบัน..... จบการศึกษาระดับ ป. ศ.
 ศึกษาหลักสูตร
 จากสถาบัน..... จบการศึกษาระดับ ป. ศ.
- ข) อบรมทางวิชาการ เมื่อปี.....เรื่อง

 อบรมทางวิชาการ เมื่อปี.....เรื่อง

 อบรมทางวิชาการ เมื่อปี.....เรื่อง

- ค) ศึกษาด้วยตนเอง (เคยหรือไม่).....
 ด้าน.....

12. เหตุผลที่ต้องรับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทย

(มีความสนใจ(สมัครใจ), เป็นความรับผิดชอบโดยตำแหน่ง, ได้รับคำสั่งมอบหมายงานเป็น
 การเฉพาะ)

.....

.....

13. ท่านมีความคิดเห็นต่อการแพทย์แผนไทยในด้านต่อไปนี้อย่างไร

ก) ความเชื่อในประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค.....

ข) ความสัมพันธ์/ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีให้กับผู้ทำการรักษาเป็นอย่างไร

.....

.....

ส่วนที่ 3 ลักษณะของชุมชน

1. ลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นอย่างไร (ปวดเมื่อย ปวดท้อง เป็นหวัด นอนไม่หลับ ท้องผูก ท้องเสีย อัมพฤกษ์ โรคผิวหนัง)
-
-
-
2. ในความคิดเห็นของท่านคิดว่า มีความร่วมมือ/มีการสนับสนุนของชุมชนต่องานด้านการแพทย์แผนไทยหรือไม่ อย่างไร (หน่วยงานที่สนับสนุน/ลักษณะการสนับสนุน : ด้านการเงิน อุปกรณ์ วัสดุดิบ)
-
-
-
3. ในความเห็นของท่านคิดว่า การที่ประชาชนมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลแห่งนี้เพราะอะไร (ลักษณะการยอมรับของประชาชน : ความศรัทธา อยากทดลอง สะดวก มีคนบอกต่อและเคยมีข้อร้องเรียนหรือคำชม?).....
-
-
-
4. ในความเห็นของท่านคิดว่า เดิมทีประชาชนในชุมชนมีความเชื่อในด้านการดูแลสุขภาพอย่างไร (ประเพณีความเชื่อต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ).....
-
-
-

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนด้านการแพทย์แผนไทย

1. โรงพยาบาลของท่านเปิดดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยมาแล้ว.....ปี
2. ในระยะแรกที่เปิดดำเนินการมีการให้บริการอะไรบ้าง (นวดแผนไทย/ประคบสมุนไพร/อบไอน้ำสมุนไพร/จ่ายยาสมุนไพร/ตรวจรักษาแบบแผนไทย/ผลิตยาสมุนไพร....)

.....

.....

.....

..... (จัดเป็นรูปแบบ ?.....)
3. ปัจจุบันมีการเปิดให้บริการด้านใดบ้าง.....

.....

.....

.....

..... (จัดเป็นรูปแบบ ?.....)
4. เวลาที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล คือ.....

.....

.....
5. ลักษณะ ท่าที ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาลที่มีต่องานด้านการแพทย์แผนไทย (ความคิด/ความช่วยเหลือ/มาให้บริการ).....
6. โครงสร้างองค์การของงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลมีลักษณะอย่างไร (เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายใด: เภสัชกรรม/ส่งเสริมฯ/สุขาฯ/ฝ่ายการฯ/จัดตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่)
7. ท่านคิดว่าโครงสร้างด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

8. จำนวนผู้ปฏิบัติ/ผู้รับผิดชอบงานทั้งหมดในด้านการแพทย์แผนไทย.....คน ดังนี้
- 1) วุฒิ
- 2) วุฒิ
- 3) วุฒิ
- 4) วุฒิ
- 5) วุฒิ
9. โรงพยาบาลของท่านมีขั้นตอนความเป็นมาในการเปิดดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างไร
-
-
-
-
-
10. โรงพยาบาลของท่านมีขั้นตอนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยอย่างไร
(ต้องผ่านห้องบัตรและหมอแผนปัจจุบันก่อน/สามารถไปรับบริการได้โดยตรงไม่ต้องผ่าน)
-
-
-
-
-
11. ทรัพยากรในการให้บริการ (สถานที่ อุปกรณ์ ฯลฯ).....

รายการ	มีเพียงพอ	สะอาด	เหมาะสม	ปลอดภัย	หมายเหตุ
1. สถานที่รองรับบริการ					
- แก้วน้ำ/ น้ำดื่ม					
- เก้าอี้/ สถานที่นั่งรอ					
- หนังสือพิมพ์/วารสารด้าน แพทย์แผนไทย/หนังสืออื่น ๆ					
- อื่น ๆ					

รายการ	มีเพียงพอ	สะอาด	เหมาะสม	ปลอดภัย	หมายเหตุ
2. อุปกรณ์ในการตรวจรักษา					
- โต๊ะ/ เก้าอี้					
- อุปกรณ์ตรวจดูธาตุเจ้าเรือน					
- เครื่องวัดความดัน					
- อื่น ๆ					
3. อุปกรณ์ในการนวด/ ประคบ					
- เตียง/ ฟูก/ ผ้าปู/ ปลอกหมอน					
- ชุดผู้ป่วย (สำหรับเปลี่ยน)					
- ผ้าห่ม/ ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย					
- เก้าอี้/อุปกรณ์ในการนวดฝ่าเท้า					
- ลูกประคบ (เปียก/ แห้ง)					
- หม้อนึ่งลูกประคบ					
- เต้าไฟสำหรับนึ่งลูกประคบ					
- อื่น ๆ					
4. อุปกรณ์ในการอบไอน้ำ					
- ห้องอบไอน้ำ/ ห้องอาบน้ำ					
- ช่องมองเพื่อความปลอดภัย					
- ผ้าสำหรับเปลี่ยนเข้าห้องอบ					
- สมุนไพร (รักษา /บำรุง)					
- หม้อต้มสมุนไพร					
- เต้าไฟสำหรับต้มสมุนไพร					
- เทอร์มิสเตอร์วัดอุณหภูมิห้อง					
- เก้าอี้นั่งภายในห้องอบ					
- อื่น ๆ					

รายการ	มีเพียงพอ	สะอาด	เหมาะสม	ปลอดภัย	หมายเหตุ
5. อุปกรณ์การผลิตยาสมุนไพร					
- ห้องผลิต(มาตรฐาน)					
- สถานที่ บริเวณ(ตาก/เก็บ)					
- ภาชนะ/ เครื่องแก้วต่างๆ					
- เครื่องชั่ง/ ตวง/ วัด					
- เครื่องบรรจุแคปซูล					
- เครื่องตอกเม็ดยา					

(ให้เป็นคะแนน มี = 1 ไม่มี = 0)

12. งบประมาณที่ได้รับในปี 2544 และแหล่งที่มา (ความเพียงพอ/ แหล่งที่มา: งบประมาณ/ เงินบำรุง/ เงินบริจาค/ เงินจากสถาบันแพทย์แผนไทย/ จากหน่วยงาน NGOS)

.....

.....

.....

.....

13. โครงการต่างๆและโครงการพิเศษที่ได้ดำเนินการในปีที่ผ่านมา.....

.....

.....

.....

.....

14. วิธีการที่ใช้ประชาสัมพันธ์งานด้านกายภาพแผนไทย/ จำนวนครั้ง
(เสียงตามสาย/ แผ่นพับ/ รถประชาสัมพันธ์/ หอกระจายข่าว/ ผู้นำชุมชน/ วิทยุ อื่น ๆ)

.....

.....

.....

.....

15. แผนในปีงบประมาณ 2545 / เป้าหมายในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

1. ด้านทรัพยากรบุคคล.....

.....

.....

2. ด้านการเงินในการดำเนินงาน.....

.....

.....

3. ด้านสถานที่เพื่อให้บริการ.....

.....

.....

4. ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการ.....

.....

.....

5. ด้านความรู้ความเข้าใจในงาน.....

.....

.....

6. ด้านความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล.....

.....

.....

7. ด้านนโยบาย/การสนับสนุนจากผู้บริหาร.....

.....

.....

8. ด้านการประชาสัมพันธ์
.....
.....



ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

1. ท่านคิดที่จะเปิดให้บริการให้เป็นรูปแบบที่ 4 หรือไม่ (คิด / เมื่อไร , ไม่คิด / เพราะอะไร)

.....
.....
.....
.....

2. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

แบบสอบถาม
สำหรับผู้มาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลไปพัฒนา ปรับปรุงการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษให้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัย จะไม่มีผลใดๆต่อตัวท่านทั้งสิ้น

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบลงในช่องว่าง....ที่เว้นไว้ และ ใส่เครื่องหมาย ลงใน

หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว ยกเว้น ข้อที่ระบุว่าตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

คำชี้แจง กรุณาเติมคำตอบลงในช่องว่าง.....ที่เว้นไว้ และ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน □
หน้าคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว ยกเว้น
ข้อที่ระบุว่าตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุปี

3. ที่อยู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

4. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษา

3. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ / ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวช./ปวส.)

4.ปริญญาตรี

5.สูงกว่าปริญญาตรี

6. อื่น ๆ (ระบุ)

5. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. แต่งงาน

3. หม้าย / หย่า

4. แยกกันอยู่

5. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

1. เกษตรกร

2. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

3. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

4. รับจ้างทั่วไป

5. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

สำหรับผู้วิจัย

8. ท่านคิดว่าการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้สะดวกหรือไม่

 1. สะดวก 2. ไม่สะดวก เพราะ.....

.....

9. ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่

 1. ไม่มีสิทธิใด ๆ ในการรักษา 2. มีสิทธิในการรักษา คือ 1. บัตรทอง (จ่ายเงิน 30 บาท) 2. บัตรทองสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปร.ทั่วไป) 3. บัตรทองสำหรับเด็กอายุ 0 – 12 ปี 4. บัตรทองสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 5. บัตรทองสำหรับพระภิกษุ/สามเณร 6. บัตรทองสำหรับผู้นำชุมชน/อสม. 7. บัตรสุขภาพ (บัตร 500 บาท) 8. เบิกได้ 9. ประกันสังคม 10. สิทธิอื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบริการด้านการแพทย์แผนไทย

กรุณาใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าอาการเจ็บป่วยทั่วไปส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

สำหรับผู้วิจัย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	
1)เคราะห์กรรม ดวงชะตาไม่ดี				
2) อิทธิพลของดวงดาว ดาวเคราะห์ ราหู				
3) การลบลูกพระภูมิเจ้าที่หรือศาลเจ้า				
4) การโดนของหรือคุณไสย				
5) การกระทำของผีต่าง ๆ				
6) การโดนสาปแช่ง โดนคำสาบ				
7) การผิดคำสาบาน				
8) การไม่รักษาความสะอาด				
9) การไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพ				
10) ฤดูกาล อากาศที่เปลี่ยนแปลง				
11) การฝืนอิริยาบถ ยืน นั่ง เดินไม่สมดุล				
12) การเปลี่ยนแปลงของเวลาในหนึ่งวัน				
13) การทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป				
14) การทานอาหารสุกๆดิบๆ				
15) ระบบขับถ่ายไม่ดี ท้องผูก				
16) กรรมพันธุ์				

2. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าอาการเจ็บป่วยต่อไปนี้สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

สำหรับผู้วิจัย

อาการเจ็บป่วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1 ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด ท้องเสีย			
2 นอนตกหมอน			
3 ทวีต ภูมิแพ้			
4 ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะขัด			
5 ท้องผูก			
6 เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ			
7 โรคจิต โรคประสาท			
8 เบื่ออาหารทานข้าวไม่ได้			
9 แผลงัสตรึงติดต่อย			
10 กระดูกหัก			
11 อัมพฤกษ์ อัมพาต			
12 มะเร็ง			
13 เอดส์			

3. ท่านคิดว่าการรักษาความเจ็บป่วยด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยสามารถรักษาอาการของโรคได้ในระดับใด

1. เจ็บป่วยเล็กน้อย

2. เจ็บป่วยปานกลาง

3. เจ็บป่วยรุนแรง

4. วัตถุประสงค์ที่ท่านมารับบริการในครั้งนี้

1. เพื่อรักษา โดยมีอาการเจ็บป่วย คือ.....

2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีอาการเจ็บป่วย (ข้ามไปตอบข้อ10)

สำหรับผู้ป่วย

5. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย หรือเริ่มมีอาการ
1. ภายใน 1 สัปดาห์ 2. มากกว่า 1 สัปดาห์ - 1 เดือน
3. เป็น ๆ หาย ๆ 1 เดือน - 1 ปี 4. มากกว่า 1 ปี
6. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่ท่านมารับการรักษาคั้งนี้มีความรุนแรงในระดับใด
1. เจ็บป่วยเล็กน้อย 2. เจ็บป่วยปานกลาง
3. เจ็บป่วยที่รุนแรง 4. เจ็บป่วยที่รุนแรงมาก
7. ในการเจ็บป่วยคั้งนี้ ท่านเคยรับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่
1. เคย 2. ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 10)
8. ในการเจ็บป่วยคั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะมาใช้บริการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ท่านได้รับการรักษาจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. รับการรักษาจากสถานเอนกน้ามัย/ โรงพยาบาลของรัฐ
2. รับการรักษาจากคลีนิค/ โรงพยาบาลเอกชน
3. ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยา, ร้านขายของชำ
4. ซื้อยาแผนโบราณจากร้านขายยา, ร้านขายของชำ หรือ รถเร่ขายยา
5. รักษากับหมอพื้นบ้านหรือหมอพระ
6. รักษาโดยใช้สมุนไพรด้วยตนเอง
7. อื่น ๆ (ระบุ).....
9. ผลการรักษาเป็นอย่างไร
1. แย่ลงกว่าเดิม 2. เหมือนเดิม 3. ดีขึ้น
10. ท่านเข้ามาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นคั้งที่.....

สำหรับผู้วิจัย

11. บริการที่ท่านได้รับในครั้งนี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. การนัดแผนไทย
2. ประคบสมุนไพร
3. การอบสมุนไพร
4. รับประทานสมุนไพร
5. การตรวจโรคแบบแผนไทย
6. รับประทานปัจจุบันร่วมด้วย
7. อื่น ๆ (ระบุ).....

12. ท่านต้องการให้มีการเพิ่มบริการ ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลแห่งนี้หรือไม่

1. ไม่ต้องการ 2. ต้องการ

13. การบริหาร/ การจัดการบริการทางด้านการแพทย์แผนไทย ที่ท่านต้องการให้มีการจัดหาเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลแห่งนี้ คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. การนัดแผนไทย
2. การประคบสมุนไพร
3. การอบสมุนไพร
4. การจ่ายยาสมุนไพร
5. การตรวจโรคแบบแผนไทย
6. การผลิตยาสมุนไพร
7. การจัดสวนสมุนไพรสาริต
8. เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ/หมอนวดให้มากขึ้น
9. เพิ่มสถานที่ให้บริการให้กว้างขวาง/เป็นสัดส่วนมากขึ้น
10. บริการอื่น ๆ (ระบุ).....

สำหรับผู้วิจัย

14. การที่ท่านเลือกมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เพราะเหตุใด และท่านทราบ/ตัดสินใจมารับบริการเพราะใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. รักษาแบบแผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้น
2. เคยรู้ประโยชน์ของการรักษาแบบแพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลแห่งนี้
(เสี่ยงตามสาย หอกระจายข่าว แผ่นพับ/ใบปลิว การออกร้าน/จัดนิทรรศการ)
3. เคยรู้ประโยชน์ของการรักษาแบบแพทย์แผนไทยจากสื่อ (โทรทัศน์/วิทยุ/สิ่งพิมพ์)
4. คิดว่าการรักษาทางการแพทย์แผนไทยมีคุณค่า (ผลข้างเคียงน้อย ราคาถูก)
5. เคยรักษาทางการแพทย์แผนไทยมาก่อนแล้วได้ผลดี
6. ตัดสินใจมาด้วยตนเอง
7. เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานแนะนำ
8. ครอบครัวหรือญาติพี่น้องแนะนำ
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ
10. แพทย์แผนปัจจุบันแนะนำ/ส่งมา
11. ทราบจากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน
12. ทราบจาก อสม./ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน
13. ทราบจากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล
14. เหตุผลอื่น ๆ (ระบุ).....

7. ท่านคิดว่าสถานบริการของรัฐควรจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยหรือไม่ เพราะเหตุใด

1. ควรจัด เพราะ.....
-
-
2. ไม่ควร เพราะ.....
-
-

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการด้านการแพทย์แผนไทย

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด

ท่านมีความพึงพอใจในบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับในระดับใด

บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ					
2. เวลาที่รอคอยในการเข้ารับบริการ					
3. เวลาที่รอในการรอรับยาและชำระค่าบริการ					
4. การจัดสถานที่ให้บริการ เช่น ห้องอบ ห้องนวด ห้องจ่าย ยาสมุนไพร					
5. การเอาใจใส่ การต้อนรับต่อผู้มารับบริการ					
6. การพูดจา/ความสุภาพอ่อนโยน ของเจ้าหน้าที่					
7. ลักษณะท่าทาง / การแต่งกายของเจ้าหน้าที่					
8. เจ้าหน้าที่อธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยแก่ท่านได้					
9. เจ้าหน้าที่แนะนำการปฏิบัติตัวถึงอาการที่เป็น					
10. เจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการรักษาแก่ท่านได้					
11. เจ้าหน้าที่อธิบายวิธีป้องกันอาการเจ็บป่วยได้					
12. เจ้าหน้าที่นัดวัน เวลา ในการมารับบริการ ครั้งต่อไป (กรณีที่ต้องรักษาต่อเนื่อง)					
13. ความพึงพอใจคุณภาพบริการ ผลการรักษา					
14. ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายในการรับบริการ					

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย

ผลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย

จังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง ที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งแต่ละแห่งก็มีนโยบาย ลักษณะวิธีการดำเนินงาน และการให้บริการที่ต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ จากรูปแบบบริการทั้งหมด 4 รูปแบบ (ไม่มีรูปแบบที่ 1) ซึ่งผู้วิจัยขอใช้ตัวเลขในการกล่าวถึงโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดของแต่ละโรงพยาบาล

ลำดับ (ใช้อ้างอิง)	ชื่อโรงพยาบาล	อำเภอ	ขนาด (เตียง)	รูปแบบ บริการที่	ผู้รับ ผิดชอบงานหลัก
1	ยางชุมน้อย	ยางชุมน้อย	30	3	แพทย์แผนไทย 2 ปี
2	ห้วยทับทัน	ห้วยทับทัน	30	3	หมอนวดแผนไทย
3	โพธิ์บัง	โพธิ์บัง	30	4	แพทย์แผนไทย 2 ปี
4	ศรีรัตนะ	ศรีรัตนะ	30	2	พยาบาล (ครูฝึก ฯ)
5	ราษีไศล	ราษีไศล	60	3	หมอนวดแผนไทย
6	ขุนหาญ	ขุนหาญ	60	2	ทันตภิบาล(ครูฝึกฯ)
7	อุทุมพรพิสัย	อุทุมพรพิสัย	90	4	อายุรเวท 3 ปี
8	กันทรลักษณ์	กันทรลักษณ์	120	2	พยาบาล (ครูฝึก ฯ)

1. ความคิดเห็นและความเชื่อของผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย

ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทยมีความคิดเห็นและความเชื่อต่อระบบ วิธีการดำเนินงาน และประสิทธิภาพของวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย ตลอดจนวิถีชีวิตและความเชื่อในการดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ดังนี้

1.1 ประสิทธิภาพของวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่ง มีความเชื่อในประสิทธิภาพของวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย ในการรักษาโรคและในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 2 ความเชื่อในประสิทธิภาพของวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	เชื่อว่าการแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพในการดูแล รักษา ฟันฟู ทั้งทางกายและจิตใจได้จริง เพราะมีการใช้มาตั้งแต่สมัยโบราณ
2	มีความมั่นใจในการรักษาโรคบางโรคโดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับการปวดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบแผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล
3	เชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการดูแล รักษา ฟันฟู ทั้งทางกายและจิตใจได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ส่วนผลทางด้านร่างกายจะรักษาได้ในโรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก และโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาได้ยาก เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต
4	เชื่อว่าการแพทย์แผนไทยมีความจำเป็นต่อชีวิตของคนในชนบทมากกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งการแพทย์แผนไทยยังมีอยู่ทั่วไปและพบเห็นได้ในชีวิตประจำวัน
5	เชื่อในประสิทธิภาพด้านการนวดแผนไทย และการใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรคบางอย่าง แต่ในบางโรคก็มีความจำเป็นที่จะต้องรักษาควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันจึงจะได้ผล
6	เชื่อในประสิทธิภาพว่ารักษาได้จริง เพราะจากประสบการณ์ที่มาดำเนินงานด้านนี้เห็นว่าหลังจากรักษาแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
7	เชื่อในประสิทธิภาพว่ารักษาได้จริง เพราะจากประสบการณ์ที่มาดำเนินงานด้านนี้เห็นว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมีอาการดีขึ้นจริง และชัดเจน
8	เชื่อว่าการแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพดี ที่จะใช้ในการรักษาโรคบางโรคได้

1.2 ความคาดหวังในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ผู้รับผิดชอบงานหลัก มีความคาดหวังและความต้องการให้งานด้านการแพทย์แผนไทยมีการปรับปรุง พัฒนา และมีความก้าวหน้าในเรื่องต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ความคาดหวังในการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานหลัก

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ต้องการให้ประชาชนชาวไทยหันกลับมาใช้ภูมิปัญญาไทย ใช้ยาสมุนไพรกันมากขึ้น ต้องการให้ยาสมุนไพรมีมาตรฐานเทียบเท่ากับยาแผนปัจจุบัน ให้มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมากขึ้น เพื่อจะได้เป็นที่ยอมรับเชื่อถือของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น
2	ต้องการให้มีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มประสิทธิภาพของงานแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น และเน้นการประชาสัมพันธ์ให้มากกว่านี้ เพื่อให้ประชาชนได้รู้จักและหันมาใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น
3	ต้องการให้งานด้านแพทย์แผนไทยมีการพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ เหมือนการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งในเรื่องของการพัฒนาหลักสูตรการศึกษา การวิจัย รวมทั้งเรื่องของสวัสดิการ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ต้องการให้การแพทย์ทั้งสอง คือ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบันเดินเคียงคู่กันไป ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่แข่งขันกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ให้มีสุขภาพดี
4	มีความต้องการให้ประชาชนชาวไทยหันกลับมาใช้ภูมิปัญญาไทยกันมากขึ้น
5	ความต้องการให้งานด้านการแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและเชื่อมั่นในประสิทธิภาพให้ประชาชนหันมาให้ความสำคัญและใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมากขึ้น
6	ต้องการให้ศูนย์การแพทย์แผนไทย อำเภอขุนหาญเป็นแหล่งรวมขององค์ความรู้และภูมิปัญญาทั้งหมดในอำเภอขุนหาญ และหากเป็นไปได้ก็เป็นศูนย์รวมของทั้งจังหวัดศรีสะเกษ
7	อยากให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขทุกคนมีส่วนร่วมในงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะตัวของแพทย์แผนปัจจุบัน อยากให้ทุกคนมีความเชื่อมั่นในผลของการรักษาโรคบางโรค โดยใช้วิธีการด้านการแพทย์แผนไทย
8	ต้องการให้งานด้านแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลสามารถดำรงอยู่ได้เพื่อให้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายด้าน โดยเฉพาะตอนนี้ต้องการให้มีอายุรเวทมาทำงานที่โรงพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

1.3 ระบบ และวิธีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย ในการทำงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง มีวิธีการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ทั้งด้านนโยบายในการดำเนินงาน ด้านงบประมาณ บุคลากร และด้านอื่น ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 4 นโยบายในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีแบบแพทย์แผนไทย มีการดำเนินการตามนโยบายโดยมีการให้ความรู้แก่ประชาชน และผู้มารับบริการ ในการดูแลรักษาสุขภาพแบบแผนไทยดั้งเดิม จะใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค ที่มีอาการเล็กน้อยสามารถรักษาได้
2	มีนโยบายเน้นให้มีการปลูกวัตถุดิบเอง และทำการผลิตเอง โดยสนับสนุนให้มีการปลูกพืชสมุนไพรในชุมชน เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่เกษตรกรมีการดำเนินการตามนโยบายได้ในบางส่วน ยังไม่ถือว่าประสบความสำเร็จ ยังไม่สามารถที่จะปลูกเอง และผลิตเองได้เพราะขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางที่สามารถทำการผลิตได้
3	ให้ดำเนินการเพื่อให้บริการดูแล บำบัด รักษาฟื้นฟู แก่ผู้มารับบริการแบบผสมผสาน ไม่แบ่งชนชั้นวรรณะ
4	ไม่มีการกำหนดนโยบายโดยผู้บริหาร จึงไม่มีการดำเนินการตามนโยบาย ปัจจุบันทำตามที่เห็นว่าสมควร และเหมาะสมที่สุด
5	ให้ทำการส่งเสริม สนับสนุน เผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปได้รู้จัก ได้ทราบถึงการรักษาโดยใช้วิธีการด้านการแพทย์แผนไทย มีการดำเนินการตามนโยบายโดยมีการออกประชาสัมพันธ์โดยการแจกแผ่นพับ ออกเสียงตามสาย และจัดนิทรรศการแนะนำงานบริการด้านการแพทย์แผนไทย และเปิดให้บริการด้านการนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร และการอบไอน้ำสมุนไพร
6	เนื่องจากเพิ่งจะเริ่มเปิดดำเนินการ จึงเน้นนโยบายด้านการประชาสัมพันธ์และการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนรู้จัก เข้าใจ และหันมาใช้บริการด้านแพทย์แผนไทยมากขึ้น มีการดำเนินการตามนโยบายโดยการจัดสัมมนาหมอมือพื้นบ้าน ครั้งที่ 1 เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ และภูมิปัญญาจากหมอมือพื้นบ้านต่าง ๆ มีการจัดอบรมการนวดแผนไทยและการอบไอน้ำสมุนไพรให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอสม.

ตารางที่ 4 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
7	มีนโยบายเน้นด้านการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้ผลดี เป็นที่ประจักษ์แก่เจ้าหน้าที่ และประชาชน ได้ดำเนินการตามนโยบายโดยการเปิดให้บริการอบสมุนไพรมหึงหลังคลอด และให้การรักษาแก่ผู้ป่วยในตึกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ว่าต้องรักษาด้วยการนวดแผนไทย
8	มีนโยบายว่า “ให้เปิดบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยจัดให้มีกิจกรรมด้านการนวดแผนไทย การประคบสมุนไพรรวม และการจำหน่ายยาสมุนไพรร่วมด้วย” มีการดำเนินการให้บริการตามนโยบาย แต่ในช่วงกลางปีงานบริการบางอย่างต้องหยุดชะงัก เพราะว่าเจ้าหน้าที่ (อัครมนวด 1 เดือน) ลาออกไป ตอนนี้เหลือการบริการเฉพาะการจำหน่ายยาสมุนไพรร่วมด้วย

ตารางที่ 5 การสนับสนุนในการดำเนินงานจากผู้บริหาร

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ผู้บริหารให้การสนับสนุนในทุกด้านดีพอสมควร แต่มีปัญหาไม่มีงบประมาณที่จะสนับสนุนอย่างเพียงพอ เงินบำรุงมีน้อยมาก
2	ผู้บริหารให้การสนับสนุนดีพอสมควร มีสถานที่ในการให้บริการที่ดี เพียงพอ แต่ยังขาดในส่วนของบุคลากรที่จะดำเนินงาน และขาดเงินที่จะสนับสนุนการพัฒนาอย่างเต็มที่
3	ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารดี ทั้งเรื่องบุคลากร งบประมาณ และสถานที่ (มีสถานที่ในการให้บริการที่เหมาะสม) และเปิดโอกาสให้ไปรับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมได้ตามโอกาสที่เหมาะสม
4	ได้รับการสนับสนุนเฉพาะด้านวิชาการและการศึกษาโดยให้ไปรับการฝึกอบรมต่าง ๆ ได้ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและบุคลากรเท่าที่ควร
5	ผู้บริหารให้การสนับสนุนดีในเรื่องของอาคารสถานที่ ที่จะให้บริการ แต่อยากให้ผู้บริหารสนับสนุนในเรื่องของการศึกษาเพิ่มเติมของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น ให้มีโอกาสได้รับการอบรม หรือศึกษาต่อเนื่อง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
6	ให้การสนับสนุนดีในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านคน เงิน สถานที่ และด้านการศึกษา
7	ได้รับการสนับสนุนอย่างดีในทุก ๆ ด้าน
8	ให้การสนับสนุนดีทั้งด้านการเงินและบุคลากร โดยจะทำการจ้างอายุรเวทให้ แต่จนบัดนี้ก็ยังไม่มีการมาสมัคร

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นเรื่องค่าบริการที่ผู้รับบริการต้องจ่าย

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	มีความเหมาะสมเพราะใช้เกณฑ์จากกระทรวงการคลังเป็นหลัก และให้ใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ได้ เหมือนกับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน
2	กรรมการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำหนด คิดว่ายังไม่เหมาะสม บริการบางอย่างแพงเกินไป ไม่มีมาตรฐานของทั้งจังหวัด
3	มีความเหมาะสมใช้เกณฑ์จากกระทรวงการคลังเป็นหลัก แล้วโรงพยาบาลร่วมกับผู้ดำเนินการจะร่วมกันกำหนดให้ใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ได้ ค่าบริการ คือ นวดแผนไทย ครั้งละ 150 บาท อบไอน้ำสมุนไพร ครั้งละ 100 บาท ประคบสมุนไพรครั้งละ 100 บาท และคิดราคาขายสมุนไพรเพิ่มจากต้นทุน 15 %
4	ไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ให้ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นผู้กำหนดเองเพราะว่าให้โอกาสแล้วแต่ผู้ป่วยจะมี จ่ายตามที่สามารถจ่ายได้
5	มีความเหมาะสมเพราะให้ใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ได้ เหมือนกับการรักษาโดยใช้วิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ค่านวดแผนไทยครั้งละ 50 บาท และ 100 บาท ค่าอบไอน้ำสมุนไพร 30 บาท ค่าประคบสมุนไพร 10 บาท
6	มีความเหมาะสม เพราะผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ได้ และบางส่วนมีการกำหนดเองภายในโรงพยาบาลแต่ก็จะยึดตามเกณฑ์ของจังหวัดหรือของกระทรวงการคลังเป็นหลัก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
7	มีความเหมาะสมเพราะให้ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ได้ตามปกติทุกประการ ทั้งบัตรทองทุกประเภท บัตรประกันสังคม และสิทธิเบิกได้
8	ใช้เกณฑ์จากกระทรวงการคลังเป็นหลัก แล้วโรงพยาบาลร่วมกับฝ่ายเภสัชกรรม จะเป็นผู้กำหนดค่าบริการ

ตารางที่ 7 ความรู้สึก ความผูกพันระหว่างผู้รับผิดชอบงานหลักและผู้รับบริการ

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ใจกว้างใจ มีความเชื่อถือศรัทธาว่าจะสามารถรักษา หรือทำให้อาการของตนดีขึ้นได้
2	มีความสัมพันธ์ที่ดี มีความรัก ความนับถือและให้เกียรติกัน หากผู้ป่วยพอใจในผลการรักษามาก ยิ่งเพิ่มความศรัทธาในตัวผู้รักษามากขึ้น
3	ใช้เวลาในการรักษานานทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากขึ้น ผู้ป่วยจะเปิดใจถึงสาเหตุและความเป็นมาของการเจ็บป่วย รวมทั้งกิจวัตรประจำวันให้ทราบ ทำให้รู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา และมีเวลาในการแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก
4	คิดว่าผู้ป่วยชอบเพราะว่าได้มีเวลาพูดคุยกันเต็มที่ ได้เล่าถึงสาเหตุ ความเป็นมาของการเจ็บป่วย ได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น และคิดว่าผู้ป่วยต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ทางด้านทางการแพทย์แผนไทยมาก ๆ
5	จะใจกว้าง เชื่อมั่น รักเหมือนลูกหลาน กล้าเล่าปัญหาต่าง ๆ ให้ฟังโดยไม่ปิดบัง
6	มีความเชื่อถือ ศรัทธาและสนิทสนมกัน เพราะใช้เวลาในการรักษาต่อครั้งนาน และมีการรักษาแบบต่อเนื่องด้วย กล้าที่จะเล่าปัญหาต่าง ๆ ให้ฟังทำให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

ตารางที่ 7 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
7	มีความเชื่อถือ ศรัทธา และสนิทสนมกันดีมาก เพราะผู้ป่วยมารับการ รักษาต่อเนื่องหลายครั้ง แต่ครั้งก็ใช้เวลาานพอสมควร ผู้ป่วยกล้าเล่าปัญหาต่าง ๆ ให้ฟังมากกว่าที่เล่าให้หมอแผนปัจจุบันฟัง
8	ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ใจกว้างใจ สามารถพูดคุยเล่าปัญหาให้ฟังได้ ผู้ป่วยมีความเชื่อถือศรัทธาว่าจะสามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้

ตารางที่ 8 การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานแพทย์แผนไทยกับชุมชน

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ประชาชนจะให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ วัสดุดิบและให้กำลังใจ ในการออกหน่วยอำเภอเคลื่อนที่ ประชาชนจะสนใจและมารับบริการเป็นจำนวนมาก มีการประสานงานกับวัดบ้านโนนดี้ว เพื่อใช้เป็นแหล่งเพาะปลูกต้นกล้าสมุนไพร
2	ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนน้อยมาก ถือได้ว่าไม่มีการสนับสนุนเลย
3	ประชาชนจะให้การสนับสนุนด้านวัสดุดิบเป็นส่วนใหญ่ และให้กำลังใจ ในการออกหน่วยอำเภอเคลื่อนที่ หรือออกหน่วย PCU ประชาชนจะมารับบริการเป็นจำนวนมาก
4	ส่วนใหญ่ชุมชน (ชาวบ้าน, ผู้มารับบริการ) จะให้การสนับสนุนในด้านของวัสดุดิบ
5	ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนน้อยมาก
6	ได้รับความร่วมมือดีในด้านการช่วยประชาสัมพันธ์ให้กับทางโรงพยาบาล
7	ส่วนใหญ่ชุมชน (ชาวบ้าน, ผู้มารับบริการ) จะให้การสนับสนุนในด้านของวัสดุดิบ จะนำวัสดุดิบต่าง ๆ มาให้ และเจ้าของร้านค้าที่มารับบริการก็จะบริจาคเป็นเงิน
8	กองทุน ZIP ให้การสนับสนุนด้านการเงิน (ในปี 2543) ปีนี้ไม่มี

1.4 แนวคิด ความเชื่อและวิถีดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ประชาชนในแต่ละพื้นที่จะมีความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน ขึ้นกับภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม และประเพณีที่สืบทอดกันมา รวมทั้งเกี่ยวข้องกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคอีกด้วย ซึ่งอาการหรือสาเหตุที่ก่อโรคมักจะแตกต่างกัน ทำให้ต้องเลือกใช้วิธีในการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความเชื่อ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 9 อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่มารักษาด้วยวิธีการด้านการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย บริเวณหลังและขาที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV มารับยาประจำเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อน
2	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย ปวดข้อ ปวดศีรษะเรื้อรัง
3	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกายจากการทำงาน โรคข้อ กระดูก เป็นหวัด ปวดศีรษะ และเครียด นอนไม่หลับ
4	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย และมาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (เพื่อความสวยงาม)
5	ส่วนใหญ่ประชาชนที่มาใช้บริการจะมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย
6	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกายและต้องการส่งเสริมสุขภาพ
7	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย เนื่องจากการทำงาน
8	ส่วนใหญ่ประชาชนมารับบริการด้วยอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย อัมพฤกษ์ ปวดศีรษะ และเครียด

ตารางที่ 10 เหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หาย ไม่ดีขึ้น - ได้ยินจากการบอกต่อ และจากข่าวประชาสัมพันธ์ถึงข้อดีจากสื่อต่าง ๆ - บางกลุ่มก็อยากที่จะทดลอง เพื่อดูว่าจะมีผลการรักษาเป็นอย่างไร ดีหรือไม่
2	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความเชื่อและความศรัทธาในประสิทธิภาพ - ได้ยินจากการบอกต่อ และการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล
3	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้ยินจากการบอกต่อ จากกระแสข่าว การประชาสัมพันธ์ถึงข้อดีจากสื่อต่าง ๆ - ประชาชนมีความเชื่อ ศรัทธาและยอมรับจึงมารับบริการ - บางกลุ่มก็อยากที่จะทดลอง เพื่อดูว่าจะมีผลการรักษาเป็นอย่างไร ดีหรือไม่
4	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า ประชาชนมีความศรัทธา มีการยอมรับในผลของการรักษา เพราะว่าการรักษาแล้วอาการดีขึ้น มีสุขภาพที่ดีขึ้น</p>
5	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้ยินจากการบอกต่อ และการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล - จากกระแสข่าว จากการประชาสัมพันธ์ถึงข้อดีจากสื่อต่าง ๆ
6	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้ยินจากการบอกต่อ และการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล - จากการที่มีอาคารสถานที่เหมาะสม น่าเชื่อถือ สร้างความไว้วางใจได้มากขึ้น - จากการรอกทดลองว่าจะได้ผลตามที่ประชาสัมพันธ์จริงหรือไม่
7	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า ประชาชนมีความศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทย มีการยอมรับในผลการรักษา เพราะว่าการรักษาแล้วอาการดีขึ้น มีสุขภาพดีขึ้น</p>
8	<p>การที่ประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะว่า ประชาชนมีความเชื่อและยอมรับ ดังนั้นจึงเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ และในบางกลุ่มก็อยากที่จะทดลอง เพราะได้ยินจากการบอกต่อ</p>

ตารางที่ 11 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในท้องถิ่น

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ประชาชนมีความเชื่อในประเพณี วัฒนธรรมและภูมิปัญญา มีความเชื่อในเรื่องของการใช้ยาสมุนไพร การนวดและเชื่อในหมอนวดและหมอเป่า นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ยังน้อยกว่าทางด้านแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถต่อรองได้ ทำให้ยังมีผู้ป่วยบางส่วนไปรับการรักษาที่หมอนอนบ้านเหล่านั้นอยู่เรื่อย ๆ
2	ประชาชนมีความเชื่อในเรื่องของการใช้ยาสมุนไพร การกินอาหารตามธรรมชาติ สามารถรักษาโรคบางอย่างได้
3	ประชาชนมีความเชื่อในประเพณี วัฒนธรรมและภูมิปัญญา มีความเชื่อในเรื่องของการใช้สมุนไพร การนวด และการแพทย์แผนไทย โดยเชื่อว่าโรคใดที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่ได้หรือรักษายาก ก็จะหันมารักษาตามความเชื่อแบบต่าง ๆ เช่น ใช้หมอสีก หมอเป่า หรือหมอผีแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ยังน้อยกว่าทางด้านแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถต่อรองกันได้ ทำให้ผู้ป่วยยังคงไปรับการรักษาแบบเดิมอยู่บ้าง
4	เดิมทีประชาชนมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพในลักษณะของความเชื่อที่มีต่อผีสง เทวดา ว่ามีผลต่อการเจ็บป่วย และมีความเชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หมอเสก และหมอเป่าต่าง ๆ โดยเชื่อว่าสามารถรักษาโรคให้หายได้
5	ประชาชนมีความเชื่อในประเพณี วัฒนธรรมแบบดั้งเดิม คือ ไม่ค่อยจะดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วก็จะไปหาคนมาทำการรักษา มีความเชื่อในเรื่องของการใช้ยาสมุนไพร การนวดและเชื่อในหมอนวดและหมอเป่า เชื่อว่าแพทย์แผนปัจจุบันสามารถรักษาโรคได้ไม่หมด จะรักษาได้เพียงโรคทางกายเท่านั้น
6	ประชาชนมีความเชื่อในประเพณี วัฒนธรรมแบบดั้งเดิม คือ จะทำการรักษาที่บ้านแต่เมื่อการแพทย์แผนปัจจุบัน พัฒนาและเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ทำให้ประชาชนหันมารับการรักษาแบบใหม่กันมากขึ้น ทำให้ความเชื่อในเรื่องของการใช้ยาสมุนไพร การนวดและความเชื่ออื่น ๆ ลดน้อยลง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
7	เดิมที่ประชาชนมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพในลักษณะของความเชื่อที่มีต่อผีสง เทวดา ว่ามีผลต่อการเจ็บป่วย และมีความเชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หมอเสก และหมอเป่าต่าง ๆ โดยเชื่อว่าสามารถรักษาโรคให้หายได้ เช่นในปัจจุบัน ยังมีการทำพิธีสู่ขวัญให้ผู้ป่วย
8	เดิมที่ประชาชนมีความเชื่อในประเพณี วัฒนธรรมดั้งเดิมของตน เช่น หากมีไข้ ออกตุ่มก็จะไม่ฉีดยา ไม่นอนรักษาที่โรงพยาบาลแต่จะไปรักษาเองที่บ้าน นอกจากนี้ยังมีการเชื่อทางไสยศาสตร์ เวทมนต์ เช่น เวลาเจ็บป่วยบางหมู่บ้านจะคิดว่าผีเข้า ก็จะรักษากันเองในหมู่บ้านด้วยวิธีทางไสยศาสตร์

2. ข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงานหลัก

ผู้รับผิดชอบงาน ผู้ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ที่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานมากที่สุด ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงาน และผู้ปฏิบัติงานจึงได้เสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งได้เสนอแนวคิดในการปฏิบัติงานใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 12 ข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงาน (n=8)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
1	ควรมุ่งเน้นที่งานบริการด้านการรักษาและส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานมากกว่าเน้นการผลิต ควรจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอทุกปี เพื่อเป็นการพัฒนาและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
2	ควรให้เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการเท่าเทียมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่น ๆ

ตารางที่ 12 (ต่อ)

โรงพยาบาล	ผลจากการสัมภาษณ์
3	<p>ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ วุฒิการศึกษาสูงขึ้น เพื่อเพิ่มความเชื่อถือ ควรมีงบประมาณสนับสนุนทุกปีจะทำให้การพัฒนางานง่ายขึ้น ควรบรรจุความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย เข้าไปในหลักสูตรการศึกษาของแพทย์ แผนปัจจุบัน เพื่อให้แพทย์ได้เข้าใจในหลักการวินิจฉัยและการรักษาของการ แพทย์แผนไทย เพราะปัจจุบันเป็นปัญหามากที่ไม่เข้าใจกัน ควรมีนโยบายที่แน่ชัด มีมาตรฐานในการดำเนินงานเป็นแนวเดียวกันและมีเกณฑ์ ในการคิดค่าบริการเหมือนกันทุกที่ ที่ให้บริการ ควรมีการนิเทศติดตามงาน เหมือนงานอื่น ๆ จะทำให้เกิดการพัฒนางานมากขึ้น</p>
4	เน้นการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ทุก ๆ ด้าน และเน้นให้มีการทำอย่างต่อเนื่อง
5	<p>ควรเน้นคุณภาพในการบริการ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มากกว่าที่จะมุ่งเน้น การผลิตเพราะลงทุนสูง และควบคุมมาตรฐานได้ยากมาก ควรมีนโยบายส่งเสริม และขยายงานด้านการแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และให้ ผู้ปฏิบัติงานบรรจุในตำแหน่งที่เหมาะสม</p>
6	<p>ต้องการให้กระทรวงหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้กำหนดแนวทางในการ ปฏิบัติงานให้เป็นรูปแบบ หรือมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ควรมีการนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>
7	<p>ควรออกให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ให้รู้จักการแพทย์แผนไทย และการดูแล สุขภาพแบบแผนไทยอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทุกหน่วยงานควรเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทย ไม่ใช่เฉพาะหน่วยงาน ทางสาธารณสุขหน่วยงานเดียว</p>
8	<p>ควรกำหนดรูปแบบ โครงสร้างงานด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน และเน้นให้มี การทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การแพทย์แผนไทยสามารถดำรงอยู่ได้ตลอดไป</p>

ภาคผนวก ง

- คำตอบจากคำถามปลายเปิด
- ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ

สรุปคำตอบจากคำถามปลายเปิด

แบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการมีคำถามปลายเปิดทั้งหมด 5 ข้อ และตัวอย่างของผู้รับบริการทั้งหมด 385 คน มีจำนวนผู้ที่ตอบคำถามในแต่ละข้อแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลของรัฐควรจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยหรือไม่ เพราะเหตุใด

1.1 มีผู้ที่ตอบว่าควรจัดบริการ ถึง 382 คน คิดเป็นร้อยละ 99.2 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ที่ระบุเหตุผล เพียง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ตัวอย่างของเหตุผลมีดังนี้

- เป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วย (48)
- เป็นการรักษาที่มีคุณค่า ผลข้างเคียงน้อย ใช้ต้นทุนต่ำ ประหยัด (47)
- เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ และกระดูก โดยไม่ต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน (43)
- เป็นการรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาไทย เป็นเอกลักษณ์ของชาติ (34)
- เป็นการนำสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองเป็นตัวอย่างแหล่งให้ความรู้ด้านสมุนไพรที่ถูกต้องแก่ประชาชน (33)
- เป็นบริการที่ได้ผลดี รักษาโรคบางอย่างที่รักษาไม่ได้ด้วยยา หรือ การแพทย์แผนปัจจุบัน (26)
- สะดวกในการรับบริการ มีสถานบริการใกล้บ้านให้บริการได้ทั่วถึง (20)
- เป็นการรักษาสัมระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน(10)
- ปัจจุบันมีผู้หันมาใช้สมุนไพรมากขึ้น (10)
- มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และคนที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต คนชรา (8)

1.2 มีผู้ที่ตอบว่าควรจัดบริการ ถึง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ที่ระบุเหตุผล เหตุผลมีดังนี้

- ควรแยกบริการด้านการแพทย์แผนไทยออกจากบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน (2)
- เจ้าหน้าที่รักษาสวยรักงาม ไม่สนใจในการให้บริการ (1)

2. บริการที่ต้องการให้ปรับปรุง หรือให้จัดเพิ่มเติม

มีจำนวนผู้ที่ตอบคำถามพร้อมระบุเหตุผลทั้งหมด 48 คน จากตัวอย่างผู้รับบริการทั้งหมด 385 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.5 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ต้องการให้มีการปรับปรุงการจัดบริการ มีเหตุผลดังนี้

- เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ได้ผลดี สบาย คลายเครียด ช่วยรักษาโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน (44)
- บริการที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการ มีเจ้าหน้าที่ให้บริการน้อย (33)
- ประหยัด ปลอดภัยและมีประโยชน์ (31)
- เป็นบริการที่ครบวงจร มีบริการหลายชนิด มียาสมุนไพร (22)
- ช่วยให้การให้บริการมีความสะดวก รวดเร็วและทั่วถึงมากขึ้น (20)
- เป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วย (17)
- สถานที่ให้บริการคับแคบ อากาศไม่ถ่ายเท (ปรับปรุงสถานที่) (11)
- เป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน (2)

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ไม่ต้องการให้มีการปรับปรุงการจัดบริการ มีเหตุผลดังนี้

- บริการที่มีอยู่ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการแล้ว (4)
- บริการด้านการแพทย์แผนไทยไม่เป็นที่นิยมของสังคม (1)
- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานมีน้อย (1)
- ไม่ค่อยมีผู้มาใช้บริการที่มีอาการหนัก (1)
- ไม่มีสถานที่เพียงพอที่จะให้ขยายได้ (1)

3. ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ

- เดินทางสะดวก (361)
- เดินทางไม่สะดวก (24)

4. วัตถุประสงค์ในการมารับบริการ และอาการที่ต้องการรักษา

4.1 วัตถุประสงค์ในการมารับบริการ

- เพื่อรักษา (176)
- เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพ (157)
- เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (52)

4.2 อาการที่ต้องการรักษา

มีผู้ที่ต้องการมาเพื่อรับการรักษาทั้งหมดจำนวน 333 คน จากผู้รับบริการทั้งหมด 385 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5 และอาการที่ต้องการรักษามีดังต่อไปนี้

- อาการของระบบกล้ามเนื้อ ข้อ และเอ็น เช่น ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ แขน ขา ปวดหลัง ปวดเอว ปวดไหล่ อัมพาต ฯลฯ (270)
- ปวดเมื่อยต้นคอ (จากการนอนตกหมอน) (32)
- ปวดท้อง แน่นท้อง จุกเสียด (14)
- ปวดศีรษะ ปวดศีรษะไมเกรน (11)
- แพ้อากาศ ภูมิแพ้ (2)
- ริดสีดวงทวาร (2)
- ท้องผูก (1)
- เบื่ออาหาร (1)
- โรคผิวหนัง (1)

5. ข้อเสนอแนะในการจัดบริการ

มีตัวอย่างผู้รับบริการจำนวน 57 คน จากทั้งหมด 385 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.8 ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ดังนี้

- ควรมีการจัดให้บริการขยายครอบคลุมจนถึงระดับสถานีนอนามัย (35)
- ควรรับเจ้าหน้าที่เพิ่ม เพื่อให้สามารถให้บริการได้แบบครบวงจร และมีอาสาสมัครไว้ให้บริการหลาย ๆ ชนิด (32)

- ควรมีการจัดให้บริการนอกเวลาและในวันหยุดด้วย (17)
- ควรจะมีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน ยั่งยืน และต่อเนื่อง (17)
- อยากให้มีอายุรเวท หรือเจ้าหน้าที่เฉพาะทางมาอยู่ประจำในทุกที่ (17)
- ควรให้มีการเปิดให้บริการในทุกโรงพยาบาล (8)
- ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากกว่านี้ (8)
- ควรให้มารับบริการได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านที่ OPD (8)
- ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. เพื่อให้มาช่วยงานได้ (7)
- ควรมีการออกให้บริการนอกสถานที่ ให้ความรู้แก่ประชาชน (6)
- อยากให้แพทย์แผนไทยพัฒนาควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (2)
- ควรมีเจ้าหน้าที่ผู้ขายด้วย (2)

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอร์ชัน 7-10*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตุดีโอ 2543
- กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ *หมอพื้นบ้านและการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านอีสาน*
มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2536
- กิตติวรธรณ จันทรฤทธิ "การใช้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในจังหวัด
นครสวรรค์" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542
- กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ *สภาพและปัญหาการแพทย์แผนโบราณ และกลวิธีในการพัฒนาใน*
งานสาธารณสุขมูลฐาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2532
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ *ลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย*
สถาบันการแพทย์แผนไทย 2539
- นฤมล สี่ลายวัฒน์ *ประสิทธิผลทางสรีรวิทยาของการนวดไทยในการลดปวด การทำงาน*
ของกล้ามเนื้อและภาวะแทรกซ้อน ภาควิชาสรีรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2541
- นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ "การพัฒนารูปแบบการผสมผสานบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบ
บริการสาธารณสุขปัจจุบัน ในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา" 2535
(อัดสำเนา)
- ประยงค์ เต็มชวาลา "หน่วยที่ 10 นโยบายและแผนพัฒนาการสาธารณสุข" ใน *ประมวลสาระ*
ชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข หน้า 308-312
นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2544
- พิมพ์ประภา โตสงคราม "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดการคุณภาพบริการ
ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการให้บริการผู้ป่วยในตามการรายงานของพยาบาลประจำการ
โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2542
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม และวัฒน์ ศิลปสุวรรณ *วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2538
- พิสิฐ บุญไชย *การดูแลสุขภาพโดยใช้สมุนไพรของชาวไทย จังหวัดอำนาจเจริญ* สถาบัน
วิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2539

- พลศักดิ์ พุ่มวิเศษ "หน่วยที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขกับการบริหาร การปกครอง วัฒนธรรม และเทคโนโลยี" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข* หน้า 124-125 นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2544
- เพ็ญภา ทวีพย์เจริญ *ประวัติและวิวัฒนาการการแพทย์แผนไทย* กรุงเทพมหานคร
 สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2538
- _____ *สมุนไพรไทยในยุคโลกไร้พรมแดน* กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2538
- _____ *ประวัติความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบันของการแพทย์แผนไทย*
 สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2541 (เอกสาร
 ประกอบการฝึกอบรมครูฝึกแพทย์แผนไทย)
- เพ็ญภา ทวีพย์เจริญ และคณะ *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการ
 ผู้ป่วยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ* สถาบันการแพทย์แผนไทย
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2540
- มหิดล และสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัย *การแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม* การประชุม
 วิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวง
 นราธิวาสราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร 2538 (จัดพิมพ์เนื่องในวโรกาสที่ทรงเจริญ
 พระชนมายุครบ 6 รอบนักษัตร ณ โรงแรมรอยัลซิติ้กรุงเทพมหานคร)
- รัชนี โกศลวัฒน์ "การประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
 จังหวัดนครสวรรค์" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2543
- รุ่งรังษี วัฒนชัย "การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน: กรณีศึกษาหมู่บ้านสีดา ตำบลกุดข้าวปุ้น
 จังหวัดอุบลราชธานี" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา)
 มหาวิทยาลัยมหิดล 2538
- โรงพยาบาลบางกระพุ่ม "การแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลบางกระพุ่ม" โรงพยาบาลบางกระพุ่ม
 2541 (เอกสารศึกษาดูงาน)
- โรงพยาบาลพนา "สรุปผลการดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2544"
 โรงพยาบาลพนา 2544 (อัดสำเนา)
- สถาบันการแพทย์แผนไทย *คู่มือการอบรมการแพทย์แผนไทย* กรุงเทพมหานคร
 สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2538

- สถาบันการแพทย์แผนไทย **เส้น จุด และโรคในทฤษฎีการนวดไทย** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2538
- **.การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2539 (ชุมนุมแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่1)
- **.รายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2539
- **.คู่มือปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2539
- **.สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2539
- **.การนวดไทยเพื่อสุขภาพ** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2540
- **.ชุมนุมแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 2** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2541
- **.แผนปฏิบัติการงานการแพทย์แผนไทยของสถาบันการแพทย์แผนไทยและส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ 2543** สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2542
- **.การแพทย์แผนไทยกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ** สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2543 (สรุปการประชุมสัมมนา ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 3 เมษายน 2543)
- **.รวมบทความของงานวิจัยการแพทย์แผนไทยและทิศทางการวิจัยในอนาคต** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- **.สรุปการจัดงานชุมนุมแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 1 และ 2** กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ท
- **.คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542** สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2543 (ร่าง)

- สถาบันการแพทย์แผนไทย **แผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาการสาธารณสุข**
ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)
หน้า 8-13 สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ร่าง)
การวิจัยเพื่อพัฒนางานการแพทย์แผนไทย กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์
แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ท
- สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันการแพทย์
แผนไทย **สถานภาพและทิศทางกาวิจัยการแพทย์แผนไทย** กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข 2539
- สาธารณสุข, กระทรวง **การจัดทำแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทย** กรุงเทพมหานคร กระทรวง
สาธารณสุข 2539 (เอกสารประกอบการสัมมนา ณ โรงแรมโกลเด้นแลนด์ ซะอำ
จังหวัด เพชรบุรี 2539)
- สุภาวดี วรชীন "คุณภาพบริการโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยในคาดหวังและรับรู้ และที่พยาบาลประจำการ
รับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วยในและปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล
ทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง" หน้า 15-37 ปริญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2542
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน **การประเมินผลงานสมุนไพรรและการแพทย์
แผนไทยในชุมชน** แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.
2530-2534) กรุงเทพมหานคร สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 2536
การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ กรุงเทพมหานคร สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข 2539
- ทำเนียบองค์กรการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และ
สมุนไพรร** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2540
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน และศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุข
มูลฐาน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ **การพัฒนางานสมุนไพรรและการแพทย์แผน
ไทย ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(พ.ศ. 2535-2539) นครสวรรค์ ม.ป.ท กระทรวงสาธารณสุข
- สมทรง ณ นคร และคณะ **สาเหตุที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยม**
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2529

- สมทรง ณ นคร *การพัฒนาสมุนไพรรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน* สำนักงาน
คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2535
(เอกสารประกอบการสัมมนา)
- สมโภช รติโอฬาร "หน่วยที่ 2 สภาพปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางการสาธารณสุข" ใน *ประมวล
สาระชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข* หน้า 44 นนทบุรี
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2544
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อุศุภรัตน์ *การบันทึกและการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์
แผนไทย* กรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2537
- *สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการผลิตบุคลากรแพทย์แผนไทย*
สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล 2543
- อนันต์ ถิ่นทอง "คู่มือการดำเนินงานแพทย์แผนไทย จังหวัดศรีสะเกษ" สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ 2541 (อัดสำเนา)
- "บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนต่อการนำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการ
สาธารณสุข" ภาคนิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2542
- อวย เกตุสิงห์ "การแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์ตะวันตก" *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*
(มกราคม-มีนาคม 2521) หน้า 11
- Mullins, Laurie J. *Management and Organizational Behavior*. London: Pitman, 1985.
- Vroom, W.H. *Work and Motivation*. New York: John Wiley and Sons, 1964.

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สำนักบรรณสารสนเทศ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวดลิดา ชั่งสิริพร
วัน เดือน ปีเกิด	3 กุมภาพันธ์ 2516
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่
ประวัติการศึกษา	ภ.บ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2540
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
ตำแหน่ง	เภสัชกร 5 โรงพยาบาลยางชุมน้อย ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน