

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุข

ในจังหวัดสุพรรณบุรี

**ผู้วิจัย** นางฉวีวรรณ ม่วงน้อย **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล)

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2) รองศาสตราจารย์ คนองยุทธ กาญจนกุล

**ปีการศึกษา** 2547

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีโดยรวม และแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2) เปรียบเทียบการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย (3) ศึกษาปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะต่อการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจำนวน 369 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงของการยอมรับเท่ากับ 0.88 ได้แบบสอบถามกลับคืน 324 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบแบบที วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ครัสคัลวาฬิส-เทสต์ และแมนวิทนีชียู-เทสต์

ผลการวิจัย พบว่า (1) การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่มี ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร และหน่วยงานที่แตกต่างกัน พบว่ามีการยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ นโยบายสนับสนุน การจัดการ การมีกิจกรรมส่งเสริม สถานที่ บุคลากร การเตรียมความรู้ที่ต่างกัน พบว่ามีการยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ประสบการณ์การใช้บริการ ได้แก่ ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต่างกัน พบว่ามีการยอมรับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) ปัญหาอุปสรรคที่พบมาก 3 ลำดับแรกได้แก่ บุคลากรขาดคุณภาพ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และสถานที่ในการจัดการไม่เหมาะสม (ร้อยละ 56.8 51.9 และ 33.6 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ควรมีแผนพัฒนาบุคลากร ควรจัดหาบุคลากรและมอบหมายให้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยเป็นการเฉพาะ และควรมีจัดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง (ร้อยละ 24.4 22.2 และ 14.8 ตามลำดับ)

**คำสำคัญ** การบริการการแพทย์แผนไทย การยอมรับ บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี

**Thesis title:** THE ADOPTION OF HEALTH PERSONNEL TOWARD THAI TRADITIONAL MEDICINE SERVICE IN SUPHANBURI PROVINCE

**Researcher:** Mrs. Chaweewan muangnoi; **Degree:** Master of Public Health (Hospital Administration); **Thesis advisers:** (1) Dr.Nittaya Pensirinapa, Associate Professor; (2) Kanongyuth Kanjanakul, Associate Professor; **Academic year:** 2004

### ABSTRACT

The objectives of this survey research were (1) to study the adoption of health personnel in Suphanburi Province toward Thai Traditional Medicine service in overall and separate aspects consisted of Thai Traditional Medicine diagnosis, herbal medicines, treatment & rehabilitation and promotion & prevention; (2) to compare their adoption based on their difference factors:- personal characteristics, health office and experience in using Thai Traditional Medicine service; (3) to study the problems, obstacles and suggestions of Thai Traditional Medicine service in Suphanburi Province.

The studied population were doctors, pharmacists and nurses of central, general and community hospitals, and health personnel in health centers in Suphanburi Province. A total of 324 samples were stratified randomized selected according to proportion in each group. Data were collected via questionnaire with the reliability level at 0.88. Three hundred twenty four completed questionnaires were sent back with returned rate 87.80. The percentage, standard deviation, mean, student t-test, one way ANOVA, Kruskal Wallis-test and Mann Whitney U-test were used in statistical analysis.

The research findings were (1) the adoption of health personnel toward Thai Traditional Medicine service, in overall and separate aspects were all at moderate levels; (2) the adoption of health personnel who had difference factors:- population characteristics, health office and experience in using Thai Traditional Medicine service, were significant difference at 0.05 level, excepted in the aspect of the adoption of Thai Traditional Medicine diagnosis; (3) the top 3 problems and obstacles of the services were quality of staffs (56.8%), number of staffs (51.9%) and suitable service place (33.6%), the 3 highest rank suggestions of the services were staffs-developing plan (24.4%), personnel recruitment and assigning a specific Thai Traditional Medicine service job (22.2%), and increasing a coverage of public relations (14.8%).

**Keywords:** Thai Traditional Medicine service, Adoption, Health Personnel, Suphanburi Province

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา และรองศาสตราจารย์คนองยุทธ กาญจนกุล สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ศุภลักษณ์ ฝึกคำ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ดร.สาวิตรี เทียนชัย นักวิชาการระดับ 8 กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ นักวิชาการระดับ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล นักวิชาการระดับ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมให้แนวคิดชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรินทร์ ประสิทธิ์หิรัญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทั้ง 10 อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงาน ขอขอบคุณผู้ประสานงานที่ได้กรุณารวบรวมแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้วิจัยทั้ง 10 อำเภอ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กัลยาณมิตรที่ช่วยเป็นกำลังใจ และผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ด้วยดีตลอดมา

ฉวีวรรณ ม่วงน้อย

พฤษภาคม 2548



**ชื่อวิทยานิพนธ์** การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุข

ในจังหวัดสุพรรณบุรี

**ผู้วิจัย** นางฉวีวรรณ ม่วงน้อย **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล)

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2) รองศาสตราจารย์ คนองยุทธ กาญจนกุล

**ปีการศึกษา** 2547

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีโดยรวม และแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2) เปรียบเทียบการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย (3) ศึกษาปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะต่อการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจำนวน 369 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงของการยอมรับเท่ากับ 0.88 ได้แบบสอบถามกลับคืน 324 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบแบบที วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ครัสคัลวาฬิส-เทสต์ และแมนวิทนีชียู-เทสต์

ผลการวิจัย พบว่า (1) การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่มี ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร และหน่วยงานที่แตกต่างกัน พบว่ามีการยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ นโยบายสนับสนุน การจัดการ การมีกิจกรรมส่งเสริม สถานที่ บุคลากร การเตรียมความรู้ที่ต่างกัน พบว่ามีการยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ประสบการณ์การใช้บริการ ได้แก่ ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต่างกัน พบว่ามีการยอมรับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) ปัญหาอุปสรรคที่พบมาก 3 ลำดับแรกได้แก่ บุคลากรขาดคุณภาพ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และสถานที่ในการจัดการไม่เหมาะสม (ร้อยละ 56.8 51.9 และ 33.6 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ควรมีแผนพัฒนาบุคลากร ควรจัดหาบุคลากรและมอบหมายให้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยเป็นการเฉพาะ และควรมีจัดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง (ร้อยละ 24.4 22.2 และ 14.8 ตามลำดับ)

**คำสำคัญ** การบริการการแพทย์แผนไทย การยอมรับ บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี

**Thesis title:** THE ADOPTION OF HEALTH PERSONNEL TOWARD THAI TRADITIONAL MEDICINE SERVICE IN SUPHANBURI PROVINCE

**Researcher:** Mrs. Chaweewan muangnoi; **Degree:** Master of Public Health (Hospital Administration); **Thesis advisers:** (1) Dr.Nittaya Pensirinapa, Associate Professor; (2) Kanongyuth Kanjanakul, Associate Professor; **Academic year:** 2004

### ABSTRACT

The objectives of this survey research were (1) to study the adoption of health personnel in Suphanburi Province toward Thai Traditional Medicine service in overall and separate aspects consisted of Thai Traditional Medicine diagnosis, herbal medicines, treatment & rehabilitation and promotion & prevention; (2) to compare their adoption based on their difference factors:- personal characteristics, health office and experience in using Thai Traditional Medicine service; (3) to study the problems, obstacles and suggestions of Thai Traditional Medicine service in Suphanburi Province.

The studied population were doctors, pharmacists and nurses of central, general and community hospitals, and health personnel in health centers in Suphanburi Province. A total of 324 samples were stratified randomized selected according to proportion in each group. Data were collected via questionnaire with the reliability level at 0.88. Three hundred twenty four completed questionnaires were sent back with returned rate 87.80. The percentage, standard deviation, mean, student t-test, one way ANOVA, Kruskal Wallis-test and Mann Whitney U-test were used in statistical analysis.

The research findings were (1) the adoption of health personnel toward Thai Traditional Medicine service, in overall and separate aspects were all at moderate levels; (2) the adoption of health personnel who had difference factors:- population characteristics, health office and experience in using Thai Traditional Medicine service, were significant difference at 0.05 level, excepted in the aspect of the adoption of Thai Traditional Medicine diagnosis; (3) the top 3 problems and obstacles of the services were quality of staffs (56.8%), number of staffs (51.9%) and suitable service place (33.6%), the 3 highest rank suggestions of the services were staffs-developing plan (24.4%), personnel recruitment and assigning a specific Thai Traditional Medicine service job (22.2%), and increasing a coverage of public relations (14.8%).

**Keywords:** Thai Traditional Medicine service, Adoption, Health Personnel, Suphanburi Province

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา และรองศาสตราจารย์คนองยุทธ กาญจนกุล สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ศุภลักษณ์ ฝึกคำ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ดร.สาวิตรี เทียนชัย นักวิชาการระดับ 8 กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ นักวิชาการระดับ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล นักวิชาการระดับ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมให้แนวคิดชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรินทร์ ประสิทธิ์หิรัญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทั้ง 10 อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงาน ขอขอบคุณผู้ประสานงานที่ได้กรุณารวบรวมแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้วิจัยทั้ง 10 อำเภอ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กัลยาณมิตรที่ช่วยเป็นกำลังใจ และผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ด้วยดีตลอดมา

ฉวีวรรณ ม่วงน้อย

พฤษภาคม 2548

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
สถานการณ์การแพทย์แผนไทยและการจัดบริการในสถานบริการของรัฐ.....	10
การบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี.....	18
ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย.....	20
ทฤษฎีการยอมรับ.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
บทที่ 3 วิธีการวิจัย.....	44
รูปแบบการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	48



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	52
ตอนที่ 2 ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย.....	59
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับ.....	60
ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย.....	79
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	83
อภิปรายผล.....	88
ข้อเสนอแนะ.....	96
บรรณานุกรม.....	98
ภาคผนวก.....	105
ก. ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	106
ข. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	108
ค. ร้อยละของบุคลากรที่มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยระดับต่างๆ.....	121
ง. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด.....	125
ประวัติผู้วิจัย.....	131

## สารบัญญัตราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	52
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยด้านหน่วยงาน.....	54
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข. จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการบริการการแพทย์แผนไทย.....	57
ตารางที่ 4.4	คะแนนการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยจำแนกรายด้านและโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุข.....	59
ตารางที่ 4.5	ระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกรายด้านและโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุข.....	60
ตารางที่ 4.6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านเพศ.....	61
ตารางที่ 4.7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านอายุ.....	61
ตารางที่ 4.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านการศึกษา.....	62
ตารางที่ 4.9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประเภทวิชาชีพ.....	63
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประเภทบุคลากร.....	64
ตารางที่ 4.11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประเภทหน่วยงาน.....	65
ตารางที่ 4.12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามปัจจัยด้านนโยบายสนับสนุน.....	66
ตารางที่ 4.13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามการจัดบริการการแพทย์แผนไทย.....	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามจำนวนด้านการจัดบริการ การแพทย์แผนไทย.....	67
ตารางที่ 4.15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยด้านการส่งเสริมการใช้บริการ การแพทย์แผนไทย.....	68
ตารางที่ 4.16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามจำนวนกิจกรรมที่มีการส่งเสริม การใช้บริการการแพทย์แผนไทย.....	68
ตารางที่ 4.17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามความพร้อมของสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการ การแพทย์แผนไทย.....	69
ตารางที่ 4.18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการ การแพทย์แผนไทย.....	70
ตารางที่ 4.19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยด้านการเตรียมความรู้ของบุคลากร ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย.....	71
ตารางที่ 4.20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยการได้รับสนับสนุนงบประมาณ เพื่อดำเนินกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย.....	72
ตารางที่ 4.21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประสิทธิภาพการได้รับบริการ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย.....	73
ตารางที่ 4.22	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามจำนวนครั้งของการใช้บริการ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย.....	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการ ด้านเภสัชกรรม.....	74
ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามจำนวนครั้งของการให้บริการ ด้านเภสัชกรรม.....	75
ตารางที่ 4.25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการ ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย.....	76
ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามจำนวนครั้งของการให้บริการ ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย.....	76
ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามปัจจัยด้านประสิทธิภาพการให้บริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.....	77
ตารางที่ 4.28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามตามจำนวนครั้งของการให้บริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.....	78
ตารางที่ 4.29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขสุขจำแนกตามสาเหตุที่ไม่เคยใช้บริการ การแพทย์แผนไทย.....	78
ตารางที่ 4.30 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี.....	80
ตารางที่ 4.31 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี.....	81

ฎ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	5

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ให้ความสนใจเรื่องของภูมิปัญญาไทยมากขึ้นทั้งในและต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากที่มีการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยอย่างหลากหลาย เพื่อที่จะพัฒนาทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม ด้านทฤษฎีองค์ความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย ผักพื้นบ้านและการนวดไทย รวมทั้ง เรื่องของความหลากหลายทางชีวภาพ (ภัทรพร ตั้งสุขฤทัย และกฤษมา ศรียากุล 2543: คำนำ) โดยเฉพาะเรื่องของการใช้สมุนไพรไทยในงานสาธารณสุขมูลฐานกำลังเป็นที่นิยมอย่างมาก อาจมีสาเหตุเนื่องจากการตกต่ำของสถานะทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่องบประมาณ และค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนของการรักษาพยาบาล การใช้ยารักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลทางสถิติของไทยในปีที่ผ่านมา ๆ มา เช่น ในปี พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ใช้งบประมาณไปทั้งสิ้น 57,171,300,000 บาท และ 58,425,948,600 บาท ในปี พ.ศ. 2543 (กลุ่มแผนงบประมาณ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข 2544) ซึ่งเป็นเงินจำนวนมาก จากปัญหาการบริโภคและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็น ตลอดจนปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนลดต่ำลง (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2540: 1) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาหาทางเลือกใหม่ ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ให้เป็นทางเลือกที่สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ลงได้

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 ยกระดับภูมิปัญญาไทยให้มีสถานะและใช้ประโยชน์ได้ทัดเทียมกับภูมิปัญญาสากล โดยการสร้างระบบวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เข้มแข็งและผสมผสานเข้าสู่ระบบการศึกษาและระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับ สำหรับในประเทศไทยนั้นการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้รับความนิยมและความสนใจมาจากประชาชน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือที่เรียกว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” ที่มีการใช้ การสั่งสม และการสืบทอดมายาวนานตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษ ถึงแม้ว่าลักษณะการสืบทอดจะเป็นแบบการสอนกันภายในครอบครัวระหว่างพ่อกับลูกหรือระหว่างครูกับศิษย์โดยครูจะช่วยแนะนำ สั่งสอนและฝึกฝนจนชำนาญ โดยศิษย์จะต้องหมั่นสังเกตและจดจำด้วยา วิธีการรักษาให้แม่นยำ (เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อุกุกรณ์ 2537: 7) แต่ก็มีส่วนได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบลานและสมุดข่อย แต่อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนที่นิยมใช้บริการอยู่ทั่วไป ซึ่งในการเลือกสรรบุคคลที่จะมาสืบทอดวิชาต่อต้องมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกอย่างเคร่งครัด เห็นได้ว่าหมอแผนโบราณและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีจริยธรรมสูง มีคุณสมบัติทั่วไปเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน หรือผู้ป่วย นอกจากนั้น ยังสังเกตได้ว่าคนในสมัยโบราณเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะทำการดูแลรักษาตัวเอง หรือ ไปปรึกษากับหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของคนในหมู่บ้าน ซึ่งจะมีหมอพื้นบ้านทำหน้าที่ในการรักษา โดยหมอไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาตามที่ต้องการได้ มีแต่เพียงค่าบูชาครูไม่กี่บาทซึ่งเงินส่วนนี้หมอก็ต้องนำไปทำบุญ อุทิศส่วนกุศลให้กับครูและอาจารย์ต่อไปจึงเป็นที่มาของ คำว่า ”ยาขอหมอวาน“ (มหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ 2538 )

นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ (2521: 11) กล่าวว่า การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการรักษาโรคแบบประสพการณ์ของชุมชน ได้สั่งสมสืบทอดมาจากบรรพบุรุษไทยมาช้านานมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม บทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพจะมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน มีรูปแบบการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเข้าใจง่าย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยยังเป็นทางเลือกที่ประชาชนอีกจำนวนมากยังสามารถพึ่งพิงได้ในระดับหนึ่ง อันเป็นการแบ่งเบาผู้ป่วยไม่ให้มาเป็นภาระของโรงพยาบาลมากเกินไป การแพทย์แผนไทยมีวิธีการรักษาหลายรูปแบบมีทั้งการนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการรักษาด้วยยาแผนโบราณ (ยาสมุนไพร) จากการสำรวจข้อมูลจำนวนหมอพื้นบ้านในชุมชน พบว่ามีจำนวนเฉลี่ย 3.2 คนต่อหมู่บ้าน (กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ 2532) ในปัจจุบันยังมีสมุนไพรอีกหลายชนิดที่ขาดข้อมูลทางเภสัชวิทยา หรือ ข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์มาสนับสนุนในการบอกถึงสรรพคุณที่แน่ชัด ถึงแม้จะมีการใช้สืบทอดกันมานาน แต่บางครั้งก็มีการแอบอ้างถึงสรรพคุณที่เกินจริงทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานทางราชการจะต้องเข้ามาดูแลทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยอย่างจริงจัง และควรจรรณรงค้ให้มีการจดสิทธิบัตรสูตรตำรับยา หรือ

สมุนไพรต่าง ๆ ขึ้น เพื่ออนุรักษ์ไว้เป็นสมบัติของชาติไทยต่อไปในภายภาคหน้า รวมทั้งควรมีการปรับปรุง แก้ไขกฎหมาย และกฎระเบียบต่าง ๆ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหา และลดอุปสรรคในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย แต่ให้เพิ่มการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานเพื่อให้ความก้าวหน้ายิ่งขึ้น (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2542: 5)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มีการเผยแพร่และมีนโยบายชัดเจนในการส่งเสริมให้มีการจัดบริการในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่นำร่องในเรื่องการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2531 แต่มีการดำเนินงานเพียงอำเภอเดียวคืออำเภออู่ทอง โดยมีการดำเนินงานในโรงพยาบาลอู่ทอง ซึ่งมีการพัฒนามาโดยลำดับเริ่มจากส่งเสริมให้ชาวบ้านรู้จักสมุนไพรในครัวเรือน ส่งเสริมการปลูกในหมู่บ้านและชุมชน ส่งเสริมการนำมาใช้จริงในชีวิตประจำวัน ช่วงหลังได้มีการนำสมุนไพรในลักษณะวัตถุดิบ (Crude) มาแปรสภาพเป็นยาสำเร็จรูปสะดวกในการใช้ในโรงพยาบาล หรือสถานบริการต่างๆ และได้มีการนำมาใช้จริงในโรงพยาบาลอู่ทอง ในสถานเอนามัยบางแห่งในอำเภออู่ทอง ต่อมามีการขยายวงกว้างออกไปถึงจังหวัดหลายแห่งทั้งในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับสถานเอนามัย เกือบร้อยแห่ง

เพื่อให้การให้บริการการแพทย์แผนไทยเป็นไปตามมาตรฐาน เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามพบว่าในขณะที่สังคมให้การยอมรับและให้ความนิยมในบริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากคลินิกแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลต่าง ๆ เปิดให้บริการ มีผู้ไปรับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะเรื่องนวดแผนไทย อบไอน้ำสมุนไพร และ ประคบสมุนไพร แต่สำหรับบริการด้านการรักษาโรคหรือการให้ยารักษาแบบแพทย์แผนไทยยังมีการให้บริการน้อย ซึ่งส่วนหนึ่งจำเป็นต้องมีการยอมรับและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขให้ประชาชนไปใช้บริการการแพทย์แผนไทย เช่น การแนะนำ การส่งต่อให้ไปใช้บริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะมีการศึกษาการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาบริการด้านการแพทย์แผนไทย ให้มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนยิ่งขึ้นไปในอนาคต อันเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในภาพรวมได้



## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

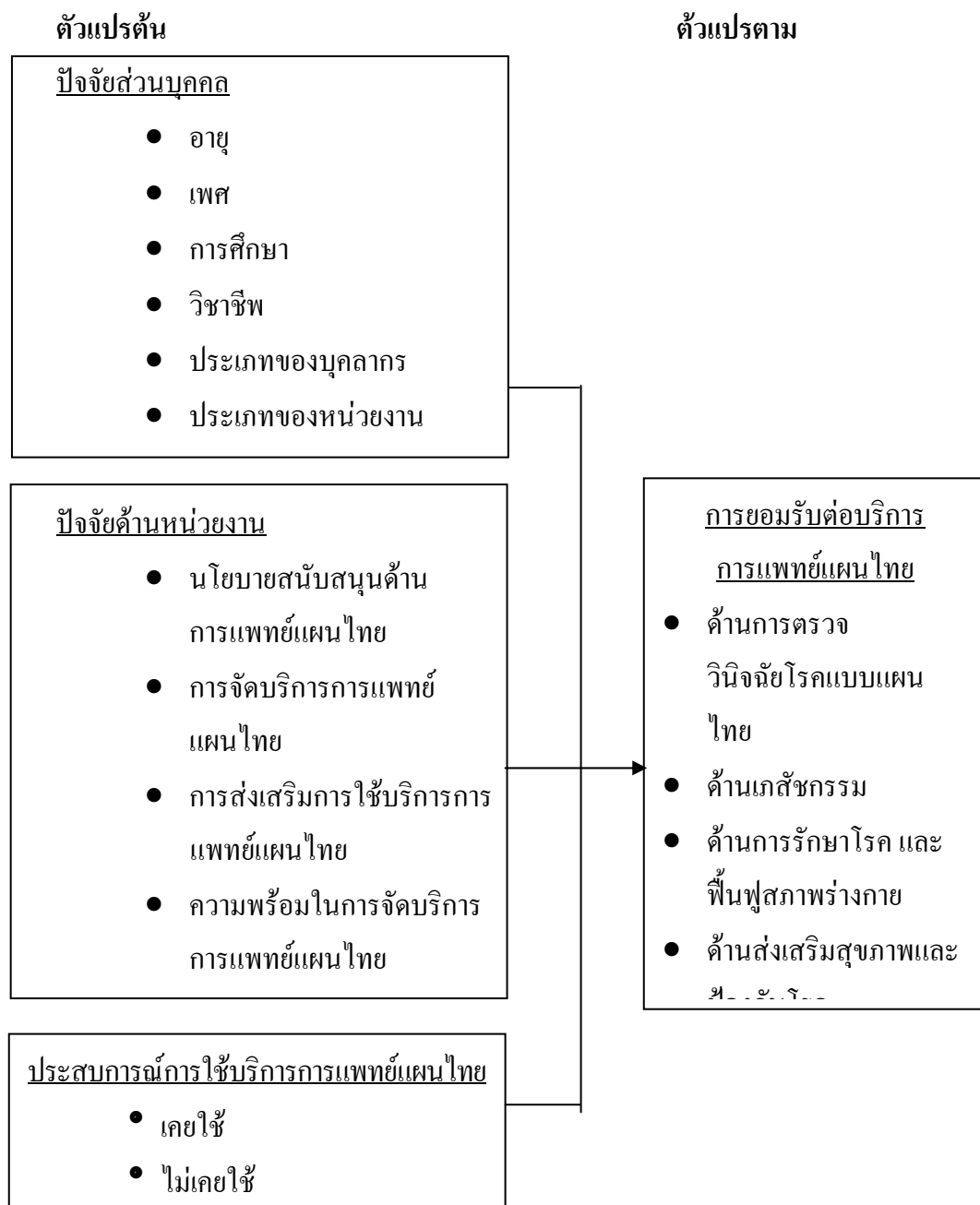
2.2.1 เพื่อศึกษาระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี

2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย

2.2.3 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี

### 3. กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทย สามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดเพื่อทำการศึกษาวิจัยได้ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 4. สมมุติฐานการวิจัย

4.1 บุคลากรสาธารณสุขที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทของบุคลากร และประเภทของหน่วยงาน มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

4.2 บุคลากรสาธารณสุขที่มีปัจจัยด้านหน่วยงานแตกต่างกัน ได้แก่ นโยบายสนับสนุนด้านการแพทย์แผนไทย การจัดบริการการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย และความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

4.3 บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยต่างกัน มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

#### 5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ทำการศึกษาในสถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน

5.2 เก็บข้อมูลในช่วง ตุลาคม – ธันวาคม 2547

5.3 ทำการศึกษา (เก็บข้อมูล) จากบุคลากรสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ ส่งต่อ หรือสนับสนุนให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

5.4 ทำการศึกษาเฉพาะการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรค พิษุสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเท่านั้น

#### 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีส่วนในการส่งเสริม สนับสนุนและส่ง ต่อผู้ป่วยในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

**6.2 การแพทย์แผนไทย** หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวกับการ ตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา ป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้ความหมายรวมถึงการเตรียมการผลิตยาไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และ เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาของคนไทย ได้แก่การใช้ยาสมุนไพร นวดแผนไทย อบไอน้ำสมุนไพร ประคบสมุนไพร นวดฝ่าเท้า แนะนำ เรื่องการกินการอยู่แบบแผนไทยคือการกินอาหารตามธาตุ การทำกายบริหารฤาษีคัดคน การทำสมาธิ การดูแลหลังคลอด

**6.3 การยอมรับบริการการแพทย์แผนไทย** หมายถึง ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข ที่มีต่อ ประโยชน์ ความสอดคล้องกับค่านิยม ความสะดวก ประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถือของผู้ ให้บริการ วิธีการให้บริการ ราคา ของบริการการแพทย์แผนไทย ในประเด็นด้านการตรวจ วินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

**6.3.1 ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย** หมายถึง การตรวจและวินิจฉัยโรค โดยกรรมวิธี และทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

**6.3.2 ด้านเภสัชกรรม** หมายถึง การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประคิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยา รักษาผู้ป่วยตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย หรือมีความรู้ความสามารถในการปรุงยาที่ใช้รักษาผู้ป่วย

**6.3.3 ด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย** หมายถึง การรักษาและฟื้นฟู สภาพร่างกาย โดยใช้ศาสตร์ และภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย ประกอบด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วย วิธีทางการแพทย์แผนไทย และให้การรักษหรือกระทำสิ่งทีส่งผลทำให้บุคคลหาย หรือมีสุขภาพที่ดี กลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยการใช้ยาสมุนไพร อบไอน้ำสมุนไพร ประคบสมุนไพร หัตถบำบัด รวมถึงการบำบัดมือเกลือในหญิงหลังคลอด ธรรมชาติบำบัด การนวดไทยในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

**6.3.4 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** หมายถึง กิจกรรมใดๆที่กระทำแล้ว ส่งผล ให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรค ได้แก่การกินอาหารตามธาตุ การบริหารร่างกายด้วย ท่าฤาษีคัดคน การทำสมาธิ การอบไอน้ำ หรือกินอาหารที่มีสรรพคุณต่อต้านอนุมูลอิสระเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็ง เช่นฟักทอง แครอท หรือกินอาหารที่มีวิตามินซีสูงๆ เช่น มะละกอ มะเขือเทศ เพื่อป้องกันโรคเลือดออกตามไรฟัน

**6.4 ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทของบุคลากร และประเภทของหน่วยงาน

**6.4.1 อายุ** คือ อายุเฉพาะที่เต็มปี

**6.4.2 เพศ** คือ เพศหญิง หรือเพศชาย

**6.4.3 การศึกษา** คือ การศึกษาสูงสุด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ระดับปริญญาตรี ระดับปริญญาโทและ/หรือระดับปริญญาเอก

**6.4.4 วิชาชีพ** คือ วิชาชีพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ การส่งต่อ และสนับสนุนให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งในที่นี้จะทำการศึกษา 4 กลุ่ม แพทย์พยาบาล เกษัชกร และเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย

**6.4.5 ประเภทของบุคลากร** ได้แก่หัวหน้าหน่วยงาน / ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ หรือนักวิชาการ

**6.4.6 ประเภทของหน่วยงาน** คือ หน่วยงานที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัย

**6.5 ปัจจัยด้านหน่วยงาน** คือ นโยบายสนับสนุนด้านแพทย์แผนไทย การจัดบริการการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

**6.5.1 นโยบายสนับสนุนด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง การที่ผู้บริหาร หรือคณะกรรมการบริหารของหน่วยงานมีการประกาศที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจ วิสัยทัศน์ หรือกลยุทธ์ และมีความมุ่งมั่นให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและพร้อมสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการจัดบริการ ได้แก่ สถานที่ บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ รวมถึงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

**6.5.2 การจัดบริการการแพทย์แผนไทย** หมายถึง หน่วยงานมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยโดยมีกิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ มีบริการด้านตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านการรักษาโรค ฟันฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เช่น มีการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย มีการใช้ยาสมุนไพร นวดแผนไทย อบไอน้ำสมุนไพร ประคบสมุนไพร นวดฝ่าเท้า แนะนำเรื่องการกินการอยู่แบบแผนไทย คือการกินอาหารตามธาตุ มีกายบริหารฤาษีคัดคน การทำสมาธิ การดูแลหลังคลอด การทักหม้อเกลือ รวมถึงการผลิตยาสมุนไพร อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

**6.5.3 การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย** หมายถึง หน่วยงานมีการประชาสัมพันธ์ เช่น บอร์ด ป้ายผ้า และสื่ออื่นๆ มีการรณรงค์เป็นช่วงๆ ในโอกาสสำคัญ มีแหล่ง

ที่ทำให้ประชาชนสามารถศึกษาหาความรู้ได้ เช่น ห้องสมุด คอมพิวเตอร์ วีดิทัศน์ ซีดี ดีวีดี มีการเผยแพร่ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย เช่นจัดบอร์ดความรู้ จัดมุมให้คำปรึกษาแนะนำ มีสวนสมุนไพรสาธิต มีมุมจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และอุปกรณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย เปิดการอบรมด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่กลุ่มผู้สนใจ

**6.5.4 ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย** หมายถึง หน่วยงานมีการจัดสถานที่เฉพาะและมีความเหมาะสมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีการจัดให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการแพทย์แผนไทยเฉพาะ มีงบประมาณ และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ สำหรับจัดบริการอย่างเพียงพอ

**6.6 ประสิทธิภาพการใช้บริการการแพทย์แผนไทย** หมายถึง การที่บุคลากรสาธารณสุขเคยหรือไม่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง ภายใน 1 ปี โดยวัดเป็นจำนวนครั้ง

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ทราบถึงระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

7.2 ทราบถึงระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี

7.3 ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

7.4 ทราบถึงปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

7.5 สามารถนำผลที่ได้ไปแก้ปัญหาและปรับปรุงการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการยอมรับบริการของผู้ให้บริการ อันนำไปสู่การจัดบริการให้ผู้รับบริการยอมรับต่อไป

7.6 สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนานโยบายการแพทย์แผนไทยและกลไกการบริหารงานการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐให้เป็นทางเลือกใหม่ในการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนและชุมชนให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพอย่างคุ้มค่าทั้งด้านมาตรฐาน คุณภาพและความปลอดภัย

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การแพทย์แผนไทย เป็นระบบการรักษาโรคแบบประสพการณ์ที่ได้รับการสั่งสมและสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน เป็นระบบการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชนมาเป็นระยะเวลานาน มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน มีรูปแบบการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถเข้าใจง่าย การแพทย์แผนไทยจึงเป็นที่ปรึกษา องค์กรความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพและบำบัดโรคตามวิถีแบบไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพรในรูปแบบของการอบ การประคบ การปั้นเป็นยาลูกกลอน หัตถบำบัด การรักษาโรคกระดูกแบบเดิม รวมทั้งการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ในทางไสยศาสตร์ และทางพุทธศาสนาเพื่อสร้างขวัญ กำลังใจ และรักษา สุขภาพจิต หรือแม้แต่วิธีการที่เรียกว่า ธรรมชาติบำบัด (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ 2538: 119-120)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิชาการ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วรวบรวมข้อมูลสรุปเป็นสาระสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีลำดับเนื้อหาการนำเสนอ ดังนี้

- 1) สถานการณ์การแพทย์แผนไทย และการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ
- 2) การบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี
- 3) ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
- 4) ทฤษฎีการยอมรับ
- 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. สถานการณ์การแพทย์แผนไทย และการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ

##### 1.1 สถานการณ์การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยที่เคยรุ่งเรืองมากในสมัยกรุงศรีอยุธยา และในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้นได้ลดบทบาทลงไป และถูกกดทางอ้อมโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

ระยะแรกนั้นหมอยาไทยส่วนมากที่ไม่ทราบข้อมูล และไม่สามรถสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะก็เลิกอาชีพ เผาตำราไปเป็นอันมากด้วยความเข้าใจผิด และเกรงว่าอาจถูกจับ ส่วนผู้ที่เหลืออยู่ก็ชรามาก ในปัจจุบันมีผู้สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะประมาณ 29,909 คน (ยอดสะสม) และส่วนหนึ่งได้เสียชีวิตไปแล้ว ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่และยังคงประกอบอาชีพมีจำนวนน้อย คาดว่ามีจำนวนไม่ถึง 18,000 คน สำหรับหมอพื้นบ้านที่ยังมีความสามารถรักษาโรคได้ เช่น หมอยาสมุนไพร หมอยาฝน หมอเป่า หมอนวด หมอพระ หมอผี ยังมีอีกเป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วประเทศ คาดว่ามีประมาณ 1-3 คนต่อหมู่บ้าน นับเป็นความโชคดีหากเราจะฟื้นฟูบทบาท และจัดระเบียบการเรียนการสอน เพื่อให้มีการฟื้นฟูความรู้กันอย่างจริงจังก็จะเป็นการพัฒนาให้บุคคลเหล่านี้ ให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ระดับหนึ่ง (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2538: 71-78)

ในขณะที่บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยเหล่านี้และมีคุณค่าซึ่งมีเหลืออยู่น้อย ภาพลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยในด้านอื่น ๆ ก็ยังจำเป็นต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหา เช่น องค์ความรู้ ตำราวิชาการปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับกาลสมัยรวมทั้งตำรับยาซึ่งขาดการรวบรวมให้เป็นมาตรฐาน การทำยาขาดคุณภาพ วัตถุดิบขาดแคลน เพราะส่วนใหญ่ นำมาจากป่าโดยมิได้มีการปลูกทดแทนป่าและพื้นที่จึงถูกทำลายไปเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันเหลือเพียงร้อยละ 26 ที่เป็นป่ายา จึงนับวันจะสูญพันธุ์ไปในที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยให้จัดบริการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ แต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพ ขาดบุคลากร ขาดสถานที่ และงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอและจริงจัง (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2538: 71-78)

## 1.2 การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาไทยในการพัฒนาประเทศ สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีความพร้อมในการนำไปใช้ใน ระบบสาธารณสุขของไทย และในปีงบประมาณ 2542 ได้มีการจัดทำโครงการผสมผสาน การแพทย์แผนไทยสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐจัดให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน และต่อมาได้มีการปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการจัดทำโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน และจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้จัดตั้งศูนย์ส่งเสริม สุขภาพแผนไทยในรุ่นแรก โครงการดังกล่าวเป็นโครงการนำร่องเพื่อให้มีต้นแบบของ บริการการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจรในส่วนภูมิภาค คือ 1) การให้บริการการแพทย์แผนไทย โดย มีการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย เช่นการ ใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร นอกจากนี้ยังมีการให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การให้คำปรึกษา คำแนะนำ สาธิต สอน ด้านการแพทย์แผนไทย การจัดกิจกรรมออกกำลังกายแบบไทย คือ กายบริหารร่างกายด้วย



ทำถาฐีค้ดต่น การจ้ดกัจกรรมน้่งสมาริ 2) การจ้าหน้ายยา/ พลิตกัณฑ์สมุณไพร พลิตกัณฑ์เพือ  
 สุขภาพ ต้าราและอุปกรณ์ค้้านการแพทท์แผนไทย 3) การฝีกอบรมหลั้กสูตรค้้านการแพทท์แผนไทย  
 และ 4) การพลิตยาและพลิตกัณฑ์สมุณไพร (รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์สงเสริมสุขภาพ  
 แผนไทย 2547: 1)

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในส่วภูมิภาค ได้ค้าเนินงานตามโครงการศูนย์สงเสริม  
 สุขภาพแผนไทย มาแล้วเป็นเวลาประมาณ 1 ถึง 3 ปี และมีผลการค้าเนินการที่เป็็นประโยชน์ต่อ  
 ประชาชน ขณะเดีวกันก็มิ้ปัญหาอุปสรรคบางประการในการค้าเนินงาน และพอสรุปลผลการ  
 ค้าเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขได้ค้ังนี้ คือมิ้ผู้มารับบริการการแพทท์แผนไทยที่ศูนย์สงเสริม  
 สุขภาพแผนไทยจ้านวน 227,642 / 407,651 คน/คร้ั้ง โดยมิ้การเจ็บป่วยเกีวกับระบบกล้ามเนื้อและ  
 กระดูกมากที่สุด ร้อยละ 59.3 ซึ่งอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ปวดหลัง ปวดเมือยกล้ามเนื้อ/เคล็ดขัดยอก  
 ปวดขา/ข้อเท้าแพลง ปวดไหล่/สะบัก/บ่า และปวดเข่า/เข่าอ้กเสบ ร้อยละ 15.3 12.4 9.1 7.5  
 และ 5.2 ตามล้าดับ รองลงมาได้แก่การเจ็บป่วยเกีวกับระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 7.22 อาการ/  
 โรคที่พบมากที่สุด คือ ท้องอืดท้องเฟือ และริดสีดวงทวาร ร้อยละ 2.8 และ 2.5 ตามล้าดับการ  
 เจ็บป่วยเกีวกับระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 5.4 โดยมีอาการปวดศีรษะ/ไมเกรน พบมากที่สุด  
 ร้อยละ 3.2 และการเจ็บป่วยเกีวกับระบบต่อมไร้ท่อและโภชนาการ ร้อยละ 4.7 และเป็นผู้ป่วย  
 โรคเบาหวานร้อยละ 2.6 นอกจากนี้พบการเจ็บป่วยเกีวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดิน  
 ปัสสาวะ และระบบทางเดินอวัยวะสืบพันธุ์แต่มีจ้านวนไม่มาก (รายงานการประเมินผลโครงการ  
 ศูนย์สงเสริมสุขภาพแผนไทย 2547: 67)

จากการประเมินผลการค้าเนินงานของศูนย์สงเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วประเทศ พบว่า  
 ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 รับบริการค้้านการแพทท์แผนไทยเพือการบำบัดรักษาและฟื้นฟู  
 สภาพร่างกาย โดยมิ้การรับบริการนวดไทยมากที่สุด ร้อยละ 31.7 ทั้งการนวดตัวและการนวดเท้า  
 รองลงมาได้แก่ การรับยาสมุณไพร / ยาแผนไทย และการประคบสมุณไพร มีอัตราการรับบริการ  
 ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 17.8 และ 17.7 ตามล้าดับ ในขณะที่การรับบริการเพือการสงเสริมสุขภาพ  
 และป้องกันโรค มีเพียงร้อยละ 24.9 ซึ่งการนวดไทยยังคงเป็็นบริการที่ผู้รับบริการได้รับมากที่สุด  
 ร้อยละ 16.3 ส่วนการได้รับกิจกรรมการสงเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านอื่ๆ มีเพียงเล็กน้อย  
 เท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับกิจกรรมให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิต สอน แสดงค้้าน  
 การแพทท์แผนไทยมีเพียงร้อยละ 1.4 (รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์สงเสริมสุขภาพแผน  
 ไทย 2547: 67)

### 1.3 มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ประกอบด้วย 1) สถานที่และเครื่องมือ เครื่องใช้ 2) สิ่งแวดล้อม 3) บุคลากร 4) การปฏิบัติงาน 5) การควบคุมคุณภาพ 6) การจัดบริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**1.3.1 สถานที่และเครื่องมือ เครื่องใช้** สถานที่ที่จะต้องจัดให้มีความเหมาะสม มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ สะดวกปลอดภัย สะอาดเป็นระเบียบ และเอื้ออำนวยต่อการบริการ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จำเป็นในการบริการ ดังนี้

1) **ที่พักคอยผู้รับบริการ** มีเพียงพอตามจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละวัน  
 2) **บริเวณลงทะเบียน** มีสมุดทะเบียนบันทึกผู้มารับบริการประจำวันหรือบันทึกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์

3) **ห้องตรวจโรค** ต้องจัดให้มี

(1) เติงตรวจโรค ที่นอน ผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการ  
 (2) โต๊ะตรวจโรค พร้อมเก้าอี้ที่นั่ง  
 (3) อ่างล้างมือ พร้อมก๊อกน้ำชนิดใช้สอเปิด - ปิด  
 (4) เครื่องมือเครื่องใช้ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ เครื่องฟังตรวจ (Stethoscope) เครื่องวัดความดันโลหิต

4) **ห้องนวด**

(1) ขนาด เหมาะสมตามจำนวนเตียง  
 (2) ประตู มีความกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร ด้านบนของประตูมีช่องมองเป็นกระจกใส และไม่มีอุปกรณ์ล้อคประตู  
 (3) เติงนวด มีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 2.00 เมตร สูง 0.40 เมตร ที่ว่างระหว่างเตียงห่างกันไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร กรณีเป็นพื้นยกสูงให้มีความสูงขนาด 0.40 เมตร  
 (4) เบาะที่นอน เป็นที่นอนแข็งหุ้มด้วยหนังเทียม หรือพลาสติกพร้อมผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าขวางเตียง ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการ

(5) ถ้าเป็นห้องที่มีเตียงหลายเตียง ต้องมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน

5) **ห้องอบไอน้ำสมุนไพร**

(1) **ห้องอบสมุนไพรเดี่ยว**

ก. มีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 1.20 เมตร ความสูงของเพดานไม่น้อยกว่า 2.00 เมตร

- ข. พื้น ผนัง ฝ้าเพดานทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ  
ทำความสะอาดง่าย ต้องไม่ทาสี
- ค. ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า 0.70 เมตร  
เปิดออกจากภายใน ไม่มีอุปกรณ์ปิดล็อกประตู และด้านบนที่ช่องมองกระจกใส
- ง. มีพัดลมดูดอากาศหรือช่องระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเท  
สะดวก ด้านบนมีช่องกระเบื้องหรือกระจกใส รับแสงแดด
- จ. มีแสงสว่างเพียงพอสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในห้องได้ชัดเจน  
หลอดไฟควรใช้ชนิดกันความชื้น และมีฝาครอบหลอด
- ฉ. มีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ (Thermostat) สามารถควบคุมอุณหภูมิ  
ได้ ไม่เกิน 45 องศาเซลเซียส
- ช. ท่อระบายน้ำ ควรออกแบบให้กระจายความร้อนได้ทั่วถึง ติดตั้ง  
อยู่ในที่ปลอดภัย และไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสัมผัสได้
- ซ. มีริงสัญญาณ เรียกในกรณีฉุกเฉิน
- ฅ. มีสัญญาณเตือน บอกเวลา
- ญ. มีที่นั่งพัก หน้าห้องอบ พร้อมน้ำดื่ม
- ฎ. หม้อต้มไอน้ำ มีตะแกรงแยกสุมันไพรออกจากน้ำ และมีระบบ  
safety valve

(2) ห้องอบสมุนไพรรวม

ก. มีขนาด ไม่น้อยกว่า 1.50 x 2.00 เมตร ความสูงของเพดานไม่  
น้อยกว่า 2.00 เมตร

ข. แยกห้อง ชาย – หญิง

ค. ลักษณะอื่น เช่นเดียวกับข้อ 1

(3) ตู้อบสมุนไพร ลักษณะเดียวกับข้อ 1

6) ห้องประคบ (ถ้ามี) มีลักษณะดังนี้

(1) มีขนาดเหมาะสมตามจำนวนเตียง

(2) ประตูมีความกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร ด้านบนของประตูมีช่อง  
มองกระจกใส และไม่มีอุปกรณ์ล็อกประตู

(3) เตียงประคบมีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 2.00 เมตร สูง 0.40 เมตร  
ที่วางระหว่างเตียงห่างกันไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร กระจกเป็นพื้นยกสูงให้มีความสูงขนาด 0.40 เมตร

(4) ที่นอนเป็นที่นอนแข็ง หุ้มด้วยหนังเทียม หรือพลาสติก พร้อมด้วย  
ผ้าปูที่นอน ผ้าขาวเตียง หมอนพร้อมปลอกหุ้ม ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการ

- (5) มีอ่างล้างมือก๊อกน้ำแบบใช้สอก เปิด – ปิด
- (6) มีพัดลมระบายอากาศ
- (7) มีที่วางหม้อน้ำร้อน ถูกประกอบ อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยสะดวกต่อการหยิบใช้

7) **ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องอาบน้ำ และห้องส้วม** แยกประเภทชาย หญิง  
 (1) มีขนาดไม่น้อยกว่า 1.00 x 1.00 เมตร และมีจำนวนเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ

- (2) มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น
- (3) มีแสงสว่างเพียงพอ
- (4) มีตู้สำหรับเก็บของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการพร้อมกุญแจ
- (5) มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ
- (6) มีรองเท้าแตะเปลี่ยนให้ผู้รับบริการ

8) **ห้องหรือบริเวณเก็บยา /จ่ายยา**

- (1) มีขนาด พอเหมาะในการเก็บยา และจ่ายยา
- (2) มีการจัดเก็บยา เรียงยาไว้เป็นระเบียบ และแยกเป็นสัดส่วนไม่ปะปน

กับสิ่งอื่น ๆ

9) **ห้องหรือบริเวณปรุงยา (หากมีการปรุงยา)**

- (1) สถานที่ สะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อยและแยกเป็นสัดส่วน
- (2) มีเครื่องชั่ง และตวง
- (3) มีตู้เก็บยา และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นในการปรุงยา
- (4) มีอ่างล้างมือ

10) **มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก** สำหรับผู้พิการตามความเหมาะสม

### 1.3.2 สิ่งแวดล้อม

หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยควรแยกเป็นสัดส่วน สภาพแวดล้อมทั่วไปมีลักษณะที่เหมาะสมดังนี้

1) **การระบายอากาศ** ให้ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมอาคาร ในกรณีที่ระบายอากาศตามวิธีตามธรรมชาติจะต้องมีช่องเปิดสู่ภายนอกอาคารไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่นั้น สำหรับการระบายอากาศโดยวิธีกล เช่น การใช้พัดลมดูดอากาศจะต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอในการระบายอากาศระหว่างภายในห้องและภายนอกอาคาร

2) **แสงสว่าง** มีเพียงพอสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน เหมาะสมกับกิจกรรมบริเวณนั้น

3) การจัดการมูลฝอย มีภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยในบริเวณต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ตั้งอยู่ในที่สะดวกต่อการใช้งาน ตัวภาชนะทำด้วยวัสดุไม่ดูดซึมน้ำ ทำความสะอาดได้ง่าย และมีฝาปิดมิดชิด

4) ความสะอาดบริเวณภายในหน่วยบริการ ต้องสะอาดเป็นระเบียบ เรียบร้อยแบ่งพื้นที่ใช้สอยเหมาะสม

### 1.3.3 บุคลากร

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย จะต้องมีความรู้ คุณสมบัติเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

#### 1) หัวหน้างานแพทย์แผนไทย

(1) มีความรู้ ประสบการณ์ ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ไม่น้อยกว่า 1 ปี

(2) ผ่านการอบรม หลักสูตรการแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข

#### 2) กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ

มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมแผนไทย หรือสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย

#### 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545

### 1.3.4 การปฏิบัติงาน

1) มีการกำหนด ขอบเขตบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานชัดเจน

2) มีการกำหนดขั้นตอน ในการปฏิบัติงาน และวิธีการปฏิบัติงานมาตรฐาน (Standard operating procedure : SOP) ที่ชัดเจน ซึ่งครอบคลุม การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพตามศาสตร์ การแพทย์แผนไทย

### 1.3.5 การควบคุมคุณภาพ

1) มีแบบรายงานและทบทวน เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการมารับบริการ และรายงานภายใน 7 วัน เพื่อกำหนดมาตรการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ

2) มีการกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐาน เช่นการวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 1.3.6 การจัดบริการ มีการแยกออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

## 1) ระดับโรงพยาบาล มีการจัดบริการ ดังนี้

## (1) การส่งเสริมสุขภาพ

ก. จัดให้มีการให้ความรู้ สาธิต สอน แสดงด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การฝึกจิต ทำสมาธิ สวดมนต์ การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน อาหารสุขภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ข. จัดกิจกรรมนวด เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ค. จัดกิจกรรมการอบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

## (2) การป้องกันโรค

ก. การจัดสมดุร่างกาย เช่น การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน

ข. การให้ความรู้เรื่องการรับประทานผักพื้นบ้านต้านโรค

ค. การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน

ง. จัดกิจกรรมการนวดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

## (3) การรักษาโรค

ก. บันทึกการตรวจวินิจฉัยด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ข. การจ่ายยาและรักษาอาการของโรคตามผลการวินิจฉัย ด้วย

ก) การใช้ยาสมุนไพร ต้องมีอย่างน้อย 10 รายการ แต่ละรายการต้องผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/หรือ ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม/หรือการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ข) การนวด (ถ้ามี)

ค) การประคบสมุนไพร (ถ้ามี)

ง) การอบสมุนไพร (ถ้ามี)

## (4) การฟื้นฟูสุขภาพ

ก. การนวด ผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต

ข. มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การให้อาหารสุขภาพการอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การทาบหม้อเกลือ ฯลฯ

## 2) ระดับสถานีอนามัย มีการจัดบริการ ดังนี้

## (1) การส่งเสริมสุขภาพ

ก. จัดให้มีการให้ความรู้ สาธิต สอน แสดงด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การฝึกจิต ทำสมาธิสวดมนต์ การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน อาหารสุขภาพ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ข. จัดกิจกรรมนวดเพื่อสุขภาพ (ถ้ามี)

ค. จัดกิจกรรมการอบสมุนไพร เพื่อสุขภาพ (ถ้ามี)

(2) การป้องกันโรค

ก. การจัดสมดุร่างกาย เช่น การออกกำลังกายด้วยฤๅษีคัตตน

ข. จัดให้มีการให้ความรู้ เรื่องการรับประทานผักพื้นบ้านต้านโรค

ค. จัดให้มีการให้ความรู้ เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค

เช่น เบาหวาน

ง. จัดกิจกรรมการนวด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

(3) การรักษาโรค

ก. บันทึกการตรวจวินิจฉัยด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ข. การจ่ายยา และรักษาอาการของโรคตามผลวินิจฉัย ด้วย

ก) การใช้ยาสมุนไพร ต้องมีอย่างน้อย 5 รายการ แต่ละรายการ ต้องผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/หรือ ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม/หรือการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข/หรือผลิตโดยโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ข) การให้บริการนวด การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร (ถ้ามี)

ค) การรักษาโรค ดังกล่าวให้เป็นไปตามคู่มือและข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข

(4) การฟื้นฟู

มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ คู่มือมารดาหลังคลอด เช่น การให้อาหารสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การทาบหม้อเกลือ ฯลฯ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2547: 1-6)

## 2. การบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี

จังหวัดสุพรรณบุรีมีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ตั้งอยู่ที่อำเภอสองพี่น้อง และโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลอู่ทอง โรงพยาบาลด่านช้าง โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช โรงพยาบาลสามชุก โรงพยาบาลศรีประจันต์ โรงพยาบาลดอนเจดีย์ โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ โรงพยาบาลบางปลาม้า ตั้งอยู่ในอำเภอต่างๆ แห่งละ 1 โรงพยาบาล และมีสถานีนอนามัย 174 แห่ง การเปิดบริการด้านการแพทย์แผนไทยค่อนข้างมีความหลากหลาย

และยังมีการเปิดบริการจริงเป็นเพียงบางแห่ง โดยโรงพยาบาลอุทงมีการบริการด้านการแพทย์แผนไทยระดับ 4 คือมีการบริการใช้ยาสมุนไพร นวดแผนไทย จัดอบรมให้ความรู้ และผลิตยาสมุนไพร ส่วนระดับ 3 มีการบริการใช้ยาสมุนไพร นวดแผนไทย และจัดอบรมให้ความรู้ให้แก่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสามชุก โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช และโรงพยาบาลบางปลาหมี่ ระดับ 2 มีการบริการใช้ยาสมุนไพร และนวดแผนไทยให้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โรงพยาบาลด่านช้าง โรงพยาบาลศรีประจันต์ และโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ระดับ 1 มีการบริการเพียงใช้ยาสมุนไพรอย่างเดียว ได้แก่โรงพยาบาลคอนเจดีย์ ในสถานีอนามัยส่วนใหญ่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ยกเว้นเพียงหนึ่งแห่งซึ่งอยู่ในระหว่างการเตรียมการ และโดยรวมในระดับสถานีอนามัยมีการให้บริการอยู่ในระดับ 2 ถึง 17 แห่ง อย่างไรก็ตามยังขาดความร่วมมืออย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ทำให้การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรียังไม่ค่อยได้รับความนิยมนเท่าที่ควร

โรงพยาบาลอุทงเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยครบวงจรตั้งแต่มีการเตรียมแหล่งวัตถุดิบในชุมชนโดยการจัดรวมกลุ่มสมาชิกเป็นศูนย์วัตถุดิบ มีการประชุมชี้แจงรายละเอียดในเรื่องชนิดสมุนไพรที่ต้องการ ราคาที่ค้าประกันของสมุนไพรแต่ละชนิด วิธีการปลูกและเก็บเกี่ยว รวมถึงการดูแลระหว่างปลูก ข้อห้ามในเรื่องของการใช้ยาฆ่าแมลง และการใช้ปุ๋ย ระยะเวลาที่เก็บเกี่ยวได้ และส่วนที่ใช้ในการทำยาสมุนไพร รวมถึงมีการลงไปดูแลแปลงที่ปลูกเป็นระยะและให้คำแนะนำ มีหน่วยผลิตซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลอุทงและดูแลโดยเภสัชกร 2 ท่าน ทำหน้าที่ในการพัฒนารูปแบบยาสมุนไพรให้นำมาใช้ และมีคุณภาพ และดูแลในเรื่องการควบคุมคุณภาพ โดยดำเนินการเองบางอย่างและส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้วยเป็นช่วงๆ นอกจากนี้โรงพยาบาลอุทงมีการจัดหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยที่ครบทุกรูปแบบคือมีการให้บริการตรวจรักษาและวินิจฉัยด้วยวิธีการของการแพทย์แผนไทย จำยาสมุนไพร นวดแผนไทย แบบราชสำนัก นวดฝ่าเท้าเพื่อรักษาโรคและเพื่อสุขภาพ ประคบสมุนไพรเพื่อรักษาโรค อบสมุนไพรเพื่อรักษาโรคและเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยตรงเพื่อให้ประชาชนที่สนใจเข้าถึงได้ง่ายโดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนที่ยากหลายขั้นตอนเหมือนระบบของการให้บริการ นอกจากนี้ที่หน่วยบริการยังมีการจัดการฝึกอบรมเป็นช่วงๆเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเป็นที่พักศึกษาดูงาน และฝึกงานวิชาชีพแก่นักศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาต่างๆเช่น ศูนย์ฝึกอบรมของกระทรวงสาธารณสุข อายurveda วิทยาลัย วิทยาลัยเทคโนโลยีสาธารณสุขและการแพทย์กาญจนาภิเษก วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ฯลฯ ซึ่งมีบุคลากรที่รับผิดชอบประกอบด้วย เภสัชกร แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนไทย หมอนวด 372 ชั่วโมง คนสวน และเจ้าหน้าที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรหน้าร้าน นอกจากนี้ในคลินิกของการให้บริการของแพทย์แผนปัจจุบันยังมีการสั่งใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผน



ปัจจุบันเป็นการผสมผสาน และมีการส่งนวดแผนไทย ที่หน่วยบริการแพทย์แผนไทยในกรณีให้เห็นว่าจำเป็น และมีการปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน (consult) ในทั้งสองแผน

จะเห็นได้ว่าในจังหวัดสุพรรณบุรีมีเพียงโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งที่มีการจัดบริการที่ครบวงจร แต่ที่เหลือมีการจัดบริการเพียงบางส่วน ซึ่งการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งของการสนับสนุนให้มีการจัดบริการในสถานบริการของรัฐ

### 3. ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2539: 7-70) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยในมนุษย์ 2) สาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดจากอิทธิพลอื่น ๆ 3) การวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

**3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ** ที่ทำให้เกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยในมนุษย์ การแพทย์แผนไทยมีความเชื่อคล้ายคลึงกับการแพทย์พื้นเมืองอื่น ๆ ซึ่งสามารถแบ่งความเชื่อได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

**3.1.1 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ** ได้แก่ เชื่อเรื่อง ผีบรรพบุรุษ สิ่งที่มีอำนาจ เช่น ผีป่า ผีศาล เชื่อในเรื่องของเทพเจ้า พระเจ้าจะลงโทษผู้ที่ทำผิดจารีต ความเชื่อนี้มีอยู่ทั่วไป แตกต่างกันไปตามที่อยู่และวัฒนธรรมของท้องถิ่น

**3.1.2 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ** ได้แก่ การเสียสมดุลของร่างกาย อันประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 การเสียสมดุลของความร้อน - เย็น และการเสียสมดุลของโครงสร้างร่างกาย

**3.1.3 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพลังจักรวาล** ได้แก่ อิทธิพลของดวงดาวต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งพลังสร้างสรรค์ และพลังที่ทำลายสุขภาพ หากพลังใดเหนือกว่าก็จะส่งผลให้สุขภาพดี หรือร้ายไปตามนั้น การรักษาจึงเป็นไปตามความเชื่อถือมีทั้งการใช้พิธีกรรม ได้แก่ การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การบวงสรวงพระเจ้า การเสียดเคราะห์ต่อชะตา การใช้สมุนไพร และการกินอาหารปรับสมดุลของร่างกาย การนวด การอบ การประคบและการปรับสมดุลทางจิตด้วยสมาธิ ผู้รักษา ได้แก่ หมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้านที่มีการเรียนการสอนสืบต่อกันมา ทั้งการเรียนการสอนในสถาบันและจากการสืบทอดความรู้กันมาในครอบครัว หมอแผนไทยในอดีตมีความรู้มากมายหลายสาขาเป็นทั้งผู้ชำนาญการ ประกอบพิธีกรรม การไช้ยา การนวดและโหราศาสตร์ บางคนเคยได้บวชเรียนจึงเก่งเรื่องพลังสมาธิ การแพทย์แผนไทยเคยรุ่งเรืองมากในสมัยอยุธยาจนมีผู้ชำนาญเฉพาะทางทำให้มีคัมภีร์ ตำราเฉพาะโรคมากมาย แต่ต้องเสื่อมลงเพราะถูกทำลายโดยสงครามถึง 2 ครั้ง หลงเหลือแต่ตำรายาเพียงบางส่วน

สำหรับหมอที่เหลื่ออยู่ก็เป็นผู้มีความรู้เฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ บ้างก็จะประกอบเฉพาะพิธีกรรม บ้างก็รักษาแต่โรคกระดูก บ้างก็เป็นแต่หมอนวด หมอยา ซึ่งจะเก่งเรื่องยาไม่ก็ตำรับ มีหมอแผนโบราณบางกลุ่มที่มีการเรียน และการสอบรวมกันตั้งเป็นสมาคม มีการเรียนทฤษฎีกันมากขึ้น และแบ่งเป็นสาขา เช่น เวชกรรม เกศกรรม โดยเวชกรรมจะรวมการนวด การอบและการประคบไว้ด้วย การแบ่งสาขาดังกล่าวอาจนำไปสู่การคิดแบบแยกส่วนไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

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

**3.2.1 มูลเหตุธาตุทั้ง 4 (ธาตุสมุฏฐาน)** ซึ่งประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ อยู่ในภาวะสมดุลที่เกี่ยวข้องกันโดยมี ธาตุดิน 20 ประการ ธาตุน้ำ 12 ประการ ธาตุลม 6 ประการ ธาตุไฟ 4 ประการ

ในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเชื่อว่า คนทุกคนย่อมมี **ธาตุเจ้าเรือน** ในการเกิดชีวิตใหม่ขึ้น ต้องมีพ่อแม่มีลักษณะของชาย หญิงครบถ้วน โดยให้ความหมายของชีวิตว่า คือ ชั้น 5 ได้แก่ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ โดย

1) **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

2) **เวทนา** ได้แก่ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 และจิตใจ

3) **สัญญา** คือ ความจำต่าง ๆ การกำหนดรู้อาการ

4) **สังขาร** หมายถึง การปรุงแต่งของจิต ความคิดที่ผูกเป็นเรื่องเป็นราว

5) **วิญญาณ** คือ ความรู้แจ้งของอารมณ์ คนส่วนใหญ่เชื่อว่าวิญญาณ คือ ผิ เชื่อว่าเมื่อตายไปวิญญาณออกจากร่างเป็นผี แท้จริงเมื่อตายก็หมดความรู้สึกไม่มีอารมณ์อีก

ลักษณะเจ้าเรือน คือ องค์ประกอบของธาตุที่รวมกันอยู่อย่างปกตินั้นจะมีธาตุอย่างใดอย่างหนึ่งเด่น หรือมากกว่าอย่างหนึ่ง เรียกว่า เจ้าเรือน ซึ่งจะมีลักษณะแตกต่างกันไป ในแต่ละคน โดยแต่ละธาตุหลักทั้ง 4 จะมีลักษณะที่แสดงออกเป็นเจ้าเรือน ดังนี้

1) **ธาตุดินเจ้าเรือน** จะมีรูปร่างสูงใหญ่ ผิวค่อนข้างคล้ำ ผมหดดำ เสียงดังฟังชัด ข้อกระดูกแข็งแรง กระดูกใหญ่หน้าหนักตัวมาก ลำสัน อวัยวะสมบูรณ์

2) **ธาตุน้ำเจ้าเรือน** มีรูปร่างสมบูรณ์ อวัยวะสมบูรณ์สมส่วน ผิวพรรณ สดใส แต่งตั้ง ตาหวาน มีน้ำในตามาก ทำทางเดินมันคง ผมหดดำงาม กินช้า ทำอะไรเชื่องช้า ทนหนาว ทนร้อนทนเย็นได้ดี เสียงโปร่ง มีลูกคอก มีความรู้สึกทางเพศแต่ไม่ค่อยและค่อนข้างขี้เกียจ

3) **ธาตุลมเจ้าเรือน** จะมีผิวหยาบแห้ง รูปร่างโปร่ง ผอม ผอมบาง กระดูกมัก ลั่นเมื่อเคลื่อนไหว จี้อจฉา ขี้ขลาด รังถ่ายหนักเร็ว ทนหนาวไม่ค่อยได้ นอนไม่ค่อยหลับ ช่างพูด เสียงต่ำ ออกเสียงไม่ชัด มีลูกไม่ดก หรือ มีความรู้สึกทางเพศไม่ค่อยดี

4) **ธาตุไฟเจ้าเรือน** มักจี้ร้อน ทนร้อนไม่ค่อยได้ หิวบ่อย กินเก่ง มีผมหงอก เร็ว มักหัวล้าน หน้างุ่น ผม ขน หนาวอ่อนน้อม ไม่ค่อยอดทน ใจร้อน ขี้กระดุกหลวม มีกลิ่นตัวกลิ่น ปากแรง ความต้องการทางเพศปานกลาง

### 3.2.2 อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมุฏฐาน) คือ ฤดูต่าง ๆ มีผลทำให้

ร่างกายแปรปรวน โดยช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล เช่น **ฤดูหนาวต่อฤดูร้อน** ความเย็นจะเจือผ่าน เข้า ไปและความร้อนเริ่มเจือผ่านเข้ามา **ฤดูร้อนต่อฤดูฝน** ความร้อนย่อมเจือเข้าไปมีผลต่อธาตุลมที่กำลัง จะมาจะมีผลกระทบ และธาตุลมย่อมเจือเข้ากระทบร้อนด้วย **ฤดูฝนต่อฤดูหนาว** เมื่อถึงช่วงที่อากาศ หนาวกำลังจะมาละอองฝนปลายฤดูฝนและธาตุลมเจือเข้าสู่ความเย็น ในขณะที่ความหนาวเย็นต้นฤดู หนาวเริ่มเจือเข้ามารับลมปลายฤดูฝน สภาวะดังกล่าวมนุษย์ต้องปรับตัวเป็นอย่างมากปีแล้วปีเล่า หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดเสียสมดุลทำให้เกิดเจ็บป่วย ร่างกายจึงต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับฤดูกาล ต่าง ๆ ให้ได้ ซึ่งมี 3 ฤดู คือ

- 1) **ฤดูร้อน** เจ็บป่วยด้วย ธาตุไฟ
- 2) **ฤดูฝน** เจ็บป่วยด้วย ธาตุลม
- 3) **ฤดูหนาว** เจ็บป่วยด้วย ธาตุน้ำ

3.2.3 **อายุที่เปลี่ยนไป 3 วัย (อายุสมุฏฐาน)** ร่างกายมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตาม อายุขัย มี 3 วัย คือ

- 1) **ปฐมวัย** (อายุ 0–16 ปี) เกิดโรคทาง ธาตุน้ำ
- 2) **มัชฌิมวัย** (อายุ 16–32 ปี) เกิดโรคทาง ธาตุไฟ
- 3) **ปัจฉิมวัย** (อายุมากกว่า 32 ปีขึ้นไป) เกิดโรคทางธาตุลม

3.2.4 **สถานที่ที่อยู่อาศัย (ประเทศสมุฏฐาน)** ที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อม เรียกว่า ประเทศสมุฏฐาน มีผลต่อ ชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ ได้แก่

- 1) **ประเทศร้อน** ที่เป็นภูเขาสูง เนินผา เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- 2) **ประเทศเย็น** ที่เป็นน้ำฝน โคลนตม เจ็บป่วยด้วยธาตุลม
- 3) **ประเทศอุ่น** ที่เป็นน้ำฝน กรวด ทราย เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ
- 4) **ประเทศหนาว** ที่เป็นน้ำเค็ม มีโคลนตมเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน

### 3.2.5 อิทธิพลของกาลเวลา (กาลสมุฏฐาน) คือ สาเหตุการเกิดโรค

อันเนื่องมาจากเวลา คือ การเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมงในรอบ 1 วัน การที่โลกหมุนรอบตัวเองทำ ให้เกิดกลางวัน กลางคืน น้ำขึ้น น้ำลง ซึ่งเกิดจากอิทธิพลแรงดึงดูดของดวงจันทร์ เมื่อใดที่เกิด

จันทร์ปราภา หรือ สุริยุปราภา มักเกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติบนโลกมนุษย์ เช่น เกิดน้ำท่วม เกิดแผ่นดินไหว นอกจากนี้ยังมีดาวอื่น ๆ อีกมากมายที่คนโบราณได้สังเกตสรุปข้อมูลถึงอิทธิพลไว้ในตำราสุริยศาสตร์ การหมุนรอบตัวเองของโลกใน 24 ชั่วโมง เกิดการแปรปรวนของธาตุต่าง ๆ แตกต่างกันไป คือ เวลา 6.00-10.00 น. และ 18.00-22.00 น. ธาตุน้ำกระทำโทษ มักมีน้ำมูกไหล หรือ ท้องเสีย 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 ซึ่งมักเกิดช่วง 02.00-04.00 น. น่าจะเป็นโรคที่เกี่ยวกับธาตุไฟและธาตุลมหทัยวาตะ อาจเกี่ยวข้องกับการกินอาหารไม่ถูกต้องกับธาตุ และการย้ายสถานที่ ประกอบกับความเครียด

**3.2.6 พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค** ปัจจุบันมีคนเจ็บป่วยด้วยโรคพฤติกรรม มากขึ้น อาจเกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์และการตามใจตนเองในด้านการกินอาหาร ด้านพฤติกรรมที่ก่อโรค เช่น การสำส่อนทางเพศ การติดยาต่าง ๆ คนโบราณทราบว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจาก พฤติกรรม และได้สอนให้ยึดหลักมัชฌิมาปฏิปทา คือ การเดินสายกลาง ดังในคัมภีร์โรคนิทาน และตำราอื่น ๆ สรุปได้ดังนี้

- 1) กินอาหารมากหรือน้อยเกินไป กินอาหารไม่ถูกต้องกับโรค ธาตุ
- 2) ฝืนอิริยาบถ ยืน เดิน นั่ง ไม่สมควรทำให้ร่างกายเสียสมดุล
- 3) อากาศไม่สะอาด อยู่ในที่อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป
- 4) การอด ได้แก่ การอดข้าว อดน้ำ อดนอน
- 5) การกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ
- 6) ทำงานเกินกำลังมาก หรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป
- 7) มีความโศกเศร้าเสียใจ หรือ ดีใจจนเกินไป
- 8) มีโทสะมากเกินไป ขาดสติ

### 3.3 การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย

**3.3.1 การซักประวัติ** การแพทย์แผนไทยมีแนวทาง วิธีการวินิจฉัยโรค มิได้ต่างจากการแพทย์แผนอื่นมากนัก กล่าวคือ มีการให้ความสำคัญในเรื่องข้อมูล ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยที่ต่างไป คือ ต้องทราบ วัน เดือน ปี เกิดที่ชัดเจนรวมทั้งข้อมูลด้านนิสัย พฤติกรรม ยิ่งได้ข้อมูลมาก ยิ่งวินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น

**3.3.2 การตรวจร่างกาย** ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจการเต้นของหัวใจ การตรวจไข้ การตรวจดูอวัยวะที่มีอาการ การตรวจเลือดและโครงสร้างร่างกาย การตรวจสิ่งมีคุณค่ากระทำโทษ การตรวจทางโหราศาสตร์ และการดูธาตุ

**3.3.3 การวินิจฉัย** นำอาการที่ได้จากการบอกเล่า และตรวจพบมาประมวล จะสามารถบอกถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยยึดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับตัวสุขภาพ หรือ ตัวควบคุมทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และ ธาตุไฟ ซึ่งในแต่ละธาตุยังมีการแบ่งย่อย ๆ อีก

**3.3.4 การรักษา** การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวมจึงต้องพิจารณาปัจจัยเกี่ยวข้องร่วมไปกับการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่

1) *ปัจจัยซึ่งเป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนด* ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาลต่าง ๆ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มนุษย์จำเป็นต้องปรับตัวเองโดยการกินอาหารสมุนไพร ยาสมุนไพร และการปรับปรุงพฤติกรรม

2) *ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุก่อโรค ทั้ง 8 ประการ* คือ พิจารณาหลีกเลี่ยงการฝืนอิริยาบถจนทำให้ร่างกายเสียสมดุล จะทำให้ธาตุทั้ง 4 เสียสมดุลได้

3) *ใช้ยาหรืออาหารสมุนไพร* แก่เพื่อปรับให้ธาตุสมดุลมีหลักคือ

(1) *ยาสมุนไพรปรับธาตุ* เช่น ยาเบญจกูล

(2) *ยาปรับธาตุตามฤดูกาล* เช่น ตรีผลาสำหรับฤดูร้อน ตรีสารสำหรับฤดูหนาว และตรีภูกสำหรับฤดูฝน

(3) *ยาสมุนไพรตามรส* รสประธาน 3 รส คือ ร้อน เย็น สุขุม

(4) *อาหารสมุนไพรประจำธาตุเจ้าเรือน* ตามธาตุ ทั้ง 4 ธาตุ

จะเห็นว่าการแพทย์แผนไทยมีทฤษฎีรองรับเรื่องการเกิดโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน บางอย่างอาจอธิบายแตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลต่อการยอมรับ หรือไม่ยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขที่ศึกษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

## 4. ทฤษฎีการยอมรับ

สิ่งที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการยอมรับ ได้แก่ ความหมายของการยอมรับ กระบวนการยอมรับนวัตกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับนวัตกรรม และการวัดการยอมรับ ซึ่งจะกล่าวพอสังเขปดังนี้

### 4.1 ความหมายของการยอมรับ

การยอมรับมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ในด้านที่เป็นตัวการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น การที่บุคคลหรือกลุ่มยอมรับสิ่งใหม่ซึ่งนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงนั้น เป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์ต่อบุคลิกภาพ ความรู้ ความเข้าใจ และค่านิยมของปัจเจกบุคคลและกลุ่มคนในสังคม ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการยอมรับไว้หลากหลาย ดังนี้

ฟอสเตอร์ (Foster, 1973: 146-147) ได้ให้ความหมายของการยอมรับว่า หมายถึงการที่ประชาชนได้เรียนรู้ผ่านการศึกษ โดยผ่านขั้นการรับรู้ การยอมรับจะเกิดขึ้นได้ หากมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนนั้นจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้ทดลองปฏิบัติ เมื่อเขาแน่ใจแล้วว่าสิ่งประดิษฐ์นั้นสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแน่นอน เขาจึงกล้าลงทุนซื้อสิ่งประดิษฐ์นั้น

โรเจอร์ส (Rogers, 1968: 76-77) ได้ให้ความหมายของกระบวนการยอมรับว่า คือ กระบวนการทางจิตใจ ซึ่งแต่ละบุคคลรู้สึกจากการได้ยินในครั้งแรกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจนถึงขั้นยอมรับ และนำไปใช้ในที่สุด

เสถียร เขยประดับ (2531: 25) กล่าวว่า การยอมรับหมายถึง การตัดสินใจที่จะนำเอานวัตกรรมไปใช้อย่างเต็มที่ เพราะคิดว่านวัตกรรมนั้นเป็นวิถีทางที่ดีกว่า มีประโยชน์มากกว่า และระยะเวลาตั้งแต่ขั้นความรู้จนถึงขั้นการยืนยันใช้นวัตกรรมนั้นอาจกินเวลานานหลายปีก็ได้

เพลินพร ผิวงาม (2533: 14) ได้สรุปการยอมรับว่า การยอมรับเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการจะรับเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตนเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีกว่าทั้งรูปธรรมและนามธรรมไปปฏิบัติด้วยความพอใจ และการยอมรับจะเกิดขึ้นได้โดยผ่านขั้นตอนเรียนรู้และได้ทดลองมาแล้วครั้งหนึ่ง โดยระยะเวลาในการตัดสินใจรับเอาสิ่งนั้นอาจกินเวลาเป็นปี

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การยอมรับ คือ กระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีต่อการรับรู้สิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ แล้วนำเอาสิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงนั้นไปใช้หรือปฏิบัติ หลังจากที่พิจารณาแล้วว่าเป็นผลดีและเกิดประโยชน์แก่ตนเอง

#### 4.2 กระบวนการยอมรับนวัตกรรม

กระบวนการยอมรับนวัตกรรม คือ กระบวนการตัดสินใจในการยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมองที่บุคคลจะต้องผ่านขั้นหรือระยะต่างๆ ตั้งแต่ขั้นแรกที่อยู่เรื่องหรือมีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ไปจนถึงขั้นตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม และในที่สุดถึงขั้นยืนยันการตัดสินใจที่ทำไปแล้ว ทั้งนี้บริการการแพทย์แผนไทยถึงแม้จะไม่ใช่นวัตกรรมใหม่ เป็นการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาส่งเสริมพัฒนา จากการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยซึ่งเคยเป็นรูปแบบช่วยเหลือกันเองในชุมชนมาเป็นการจัดการควบคู่กับบริการการแพทย์แผนปัจจุบันนับได้ว่าเป็นเรื่องใหม่หรือนวัตกรรมได้ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่ผ่านการศึกษาที่ศึกษการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ดังนั้นจึงต้องทำความเข้าใจกระบวนการยอมรับนวัตกรรมดังต่อไปนี้

โรเจอร์ส และชูเมคเกอร์ (1971: 103-114) ได้สร้างแบบจำลองกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

**4.2.1 ขั้นความรู้ (Knowledge)** ในขั้นนี้บุคคลจะารู้จักนวัตกรรมเป็นครั้งแรก และจะแสวงหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ความรู้ในขั้นนี้แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) ความรู้หรือความตระหนักว่านวัตกรรมนั้นมีอยู่จริง (*Awareness Knowledge*)
- 2) ความรู้ว่าจะใช้นวัตกรรมนั้นอย่างไรจึงเหมาะสม (*How to knowledge*) ซึ่งความรู้นี้จะช่วยให้ใช้นวัตกรรมนั้นได้อย่างถูกต้อง
- 3) ความรู้เกี่ยวกับหลักการ (*Principle Knowledge*) เป็นความรู้เกี่ยวกับกฎเกณฑ์เบื้องต้นหลังนวัตกรรมนั้น

**4.2.2 ขั้นจูงใจ (Persuasion)** ในขั้นนี้บุคคลสร้างหรือพัฒนาเจตคติที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับนวัตกรรม กิจกรรมในสมองในขั้นความรู้เป็นเรื่องของความคิดหรือการรับรู้ ส่วนกิจกรรมในสมองของขั้นจูงใจเป็นเรื่องของอารมณ์หรือความรู้สึกรู้สึก บุคคลจะสร้างเจตคติที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ชอบหรือไม่ชอบนวัตกรรมไม่ได้จนกว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นเสียก่อน เจตคติเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นแบ่งออกเป็น 2 ประเภทด้วยกัน คือ

- 1) เจตคติเฉพาะต่อนวัตกรรม
- 2) เจตคติทั่วไปที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง

เจตคติที่มีความสำคัญมากก็คือ เจตคติแบบแรกซึ่งเป็นเจตคติที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อประโยชน์ของนวัตกรรม เจตคติเฉพาะที่มีต่อนวัตกรรมนั้นมีอิทธิพลไม่เพียงเฉพาะต่อนวัตกรรมที่เผยแพร่ในปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมที่จะเผยแพร่ในอนาคตด้วย หากบุคคลใดได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีกับนวัตกรรมและการเผยแพร่ในปัจจุบัน ก็จะมีเจตคติในทางลบกับการเผยแพร่นวัตกรรมในอนาคต

**4.2.3 ขั้นการตัดสินใจ (Decision)** ในขั้นนี้บุคคลจะทำกิจกรรมซึ่งนำไปสู่การเลือกที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม เป็นที่น่าสังเกตว่าการเลือกนี้มีอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม เช่นในขั้นความรู้ต้องเลือกว่าจะให้ความสนใจกับข่าวสารอันไหน ในขั้นการชักจูงใจต้องเลือกว่าจะแสวงหาข่าวสารอะไร ไม่สนใจข่าวสารอะไร แต่การเลือกในขั้นของการตัดสินใจจะแตกต่างจากการเลือกในขั้นอื่นๆ เพราะการเลือกระหว่างทางเลือก 2 ทาง คือ การตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการที่นวัตกรรมนั้นสามารถทดลองใช้ก่อนได้หรือไม่ คนส่วนใหญ่จะยอมรับนวัตกรรมได้ก็ต่อเมื่อเขาได้ทดลองใช้แล้ว ดังนั้นการทดลองใช้ก็เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ เพราะเป็นการลดความรู้สึกละเอียดในการตัดสินใจ ในกรณีที่ไม่สามารถทดลองใช้ได้ จำเป็นต้องปฏิเสธหรือยอมรับนวัตกรรมทั้งหมด คนที่รู้จักหรือคุ้นเคยกับนวัตกรรมมาก่อนจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ โดยผู้ตัดสินใจจะรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น เรียกว่าการทดลองนวัตกรรมทางอ้อม

#### 4.2.4 **ขั้นการยืนยัน (Confirmation)** การตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธ

นวัตกรรมไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม เพราะเมื่อยอมรับนวัตกรรมแล้วบุคคลยังแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว โดยตลอดระยะเวลาในขั้นการยืนยันนี้บุคคลจะหลีกเลี่ยงสภาวะที่ไม่พ้องกับความรู้อหรือเจตคติกับพฤติกรรมที่ตนเองยอมรับ

แบบจำลองของโรเจอร์สและชูแมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker) มีส่วนที่สำคัญด้วยกัน 3 ส่วน คือ 1) เหตุหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผล (Consequences) เหตุหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน คือตัวแปรที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์ก่อนที่จะมีการเผยแพร่วัตกรรม ตัวแปรที่ว่านี้ประกอบด้วยลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล เช่นเจตคติต่างๆไปของเขาที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ลักษณะทางสังคมของบุคคล เช่นการที่บุคคลมีแนวความคิดที่เป็นสากล ไม่ผูกติดอยู่กับท้องถิ่น และระดับของการที่บุคคลมีความรู้สึกว่าตนกำลังมีความต้องการนวัตกรรม ตัวแปรเหล่านี้และอื่นๆ มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมของบุคคล บรรทัดฐานของระดับสังคมอาจทำหน้าที่เป็นเสมือนเครื่องจูงใจ หรือเครื่องขัดขวางการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมของบุคคล ตัวแปรของระบบสังคมอื่นๆ เช่น ขั้นตอนการมีพฤติกรรมการเบี่ยงเบน (Tolerance for Deviancy) บูรณาการของการสื่อสาร (ระดับของการที่หน่วยต่างๆ ในสังคมถูกเชื่อมเข้าด้วยกันโดยช่องสารระหว่างบุคคล) และอื่นๆ ต่างมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมของสมาชิกภายในระบบสังคม แหล่งสารและช่องสารจะทำหน้าที่ถ่ายทอดสิ่งเร้า (Stimuli) ให้แก่บุคคลในระหว่างที่บุคคลยังอยู่ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม ตามปกติบุคคลโดยทั่วไปจะได้ข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมเป็นครั้งแรกจากช่องสารมวลชน และช่องสารที่มีลักษณะสากลไม่ผูกติดอยู่กับท้องถิ่น (Cosmopolite Media) เป็นส่วนใหญ่ ในขั้นการจูงใจบุคคลจะสร้างหรือพัฒนาเจตคติที่ชอบหรือไม่ชอบนวัตกรรม โดยอาศัยช่องสารปัจเจกชนและช่องสารที่มีลักษณะเป็นท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ นวัตกรรมอาจจะถูกยอมรับในขั้นการตัดสินใจและถูกนำมาใช้หรือนำมาปฏิบัติสืบต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ หรืออาจถูกปฏิเสธในภายหลังก็ได้ การเลิกใช้นวัตกรรมอาจเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ กัน เช่นมีนวัตกรรมที่คิดว่าเกิดขึ้น หรือเกิดความเบื่อในนวัตกรรมที่ตนกำลังใช้อยู่ นวัตกรรมอาจจะถูกปฏิเสธในขั้นการตัดสินใจ และอาจจะถูกยอมรับได้ในภายหลัง ถ้าหากว่าบุคคลได้รับข่าวสารด้านบวกเพิ่มเติมเกี่ยวกับนวัตกรรมจนเขาเปลี่ยนการตัดสินใจ การแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรมเพิ่มเติมจะดำเนินต่อไปตลอดขั้นตอนการยืนยัน ทั้งนี้เพราะบุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนหรือการยืนยันการตัดสินใจที่ตนได้กระทำไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ในบางครั้งบุคคลอาจจะได้รับข่าวสารที่เป็นปฏิปักษ์ต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมที่ได้กระทำไปแล้ว ซึ่งจะนำไปสู่การเลิกใช้หรือ ปฏิเสธนวัตกรรมได้ ประเภทของการเลิกยอมรับนวัตกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ



1) การตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมเพื่อหันไปรับนวัตกรรมใหม่ที่ดีกว่าเดิม ดีกว่าในที่นี้หมายถึง ดีกว่าในสายตาของผู้เปลี่ยนแปลงนวัตกรรมเก่าไปอันใหม่ ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะมีนวัตกรรมใหม่ๆเข้ามาอยู่เสมอ และนวัตกรรมใหม่จะเข้ามาแทนที่ นวัตกรรมเก่า ซึ่งครั้งหนึ่งเคยเป็นนวัตกรรมใหม่

2) การตัดสินใจเลือกยอมรับนวัตกรรมเพราะไม่พอใจกับผลหรือผลประโยชน์ของนวัตกรรม ความพอใจนี้อาจเกิดจากการที่นวัตกรรมไม่เหมาะสมกับผู้ใช้ และไม่ก่อให้เกิด ประโยชน์เชิงเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งเก่าหรือวิธีปฏิบัติที่เคยใช้

#### 4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับนวัตกรรม

โรเจอร์สและแชนชูเมคเกอร์(Rogers and Shoemaker,1971: 185-191) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลต่อกระบวนการยอมรับนวัตกรรมว่าประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ

**4.3.1 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้นวัตกรรม (Receiver Variables)** ประกอบไปด้วยบุคลิกลักษณะส่วนตัว (Personality Characteristics) อันได้แก่ การยึดมั่น เชื่อมั่นกับสังคมเดิม มีเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีความสามารถเอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นผู้มีเหตุผลดีและมีเจตคติที่ดีต่อการศึกษา

**4.3.2 ปัจจัยด้านระบบสังคม (Social Variables)** ระบบสังคมจะต้องประกอบไปด้วยโครงสร้างของสังคม (Social Structure) ซึ่งเกิดขึ้นเพราะสมาชิกของระบบสังคมมีฐานะหรือตำแหน่งแตกต่างกัน ทำให้ผู้ที่ฐานะสูงกว่ามีสิทธิในการสั่งการผู้ที่อยู่ในฐานะตำแหน่งที่ต่ำกว่า และคาดหวังว่าคำสั่งนั้นจะมีการนำไปปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จ โครงสร้างของสังคมอาจมีลักษณะทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่ไม่ว่าโครงสร้างของสังคมจะมีลักษณะอย่างไรก็ตาม โครงสร้างของสังคมก็มีอิทธิต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมปัจจัยด้านระบบสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมบุคคลได้แก่ บรรทัดฐานของระบบสังคม (Social System Norm) ขันติธรรมต่อการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Tolerance of Deviancy) และบูรณาการของการสื่อสาร (Communication Integration)

**4.3.3 คุณลักษณะของนวัตกรรมในสายตาของผู้ที่ใช้นวัตกรรม (Perceived Characteristics of Innovation)** โดยพิจารณาจากนวัตกรรมนั้นๆ ในด้านต่างๆ 5 ประการ คือ

1) **ประโยชน์เชิงเปรียบเทียบ(Relative Advantage)** คือ การที่ผู้รับ นวัตกรรมนั้นคิดว่านวัตกรรมดีกว่า มีประโยชน์มากกว่าความคิดเก่า สิ่งเก่าหรือวิธีปฏิบัติเดิม

2) **ความเข้ากันได้ (Compatibility)** คือ การที่ผู้ยอมรับนวัตกรรมรู้สึกหรือคิดว่า นวัตกรรมนั้นไปด้วยกันได้ หรือเข้าด้วยกันได้ หรือเข้ากันได้กับค่านิยม ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรมของผู้รับนวัตกรรมนั้น

3) *ความยุ่งยากหรือความสลับซับซ้อน (Complexity)* คือ การที่ผู้รับนวัตกรรมรู้สึกว่าการนำนวัตกรรมนั้นไปใช้ยากแก่การเข้าใจ และยากต่อการนำไปใช้ หากยุ่งยากมากก็ยากแก่การยอมรับ

4) *ความสามารถนำไปทดลองใช้ได้ (Trialability)* คือ ความสามารถนำนวัตกรรมนั้นไปทดลองใช้ในปริมาณเล็กๆ ได้ จะถูกยอมรับว่านวัตกรรมที่ไม่สามารถไปทดลองใช้ได้

5) *ความสามารถในการสังเกตผลได้ (Observability)* คือ ผลของนวัตกรรมเป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้โดยสมาชิกภายในระบบสังคม

**4.3.4 ช่องทางการติดต่อสื่อสาร (Communication Channel)** เป็นเครื่องมือวิธีการที่นวัตกรรมเดินทาง จากแหล่งกำเนิดไปยังผู้รับนวัตกรรม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ช่องสารมวลชน และช่องสารระหว่างบุคคล โดยที่ช่องสารมวลชนมีประสิทธิภาพในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ส่วนช่องสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพในการก่อให้เกิดเจตคติ หรือเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรม

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรมซ้ำหรือเร็วอีก 3 ประการ คือ (Rogers and Shoemaker, 1971: 185 -191)

1) *สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม* ถ้าผู้ยอมรับนวัตกรรมมีการศึกษาในระดับสูง มีฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมระดับสูง หรือตั้งจุดไว้ในชีวิตเพื่อเลื่อนฐานะสังคมสูงขึ้น ประกอบกับนวัตกรรมนั้นมีความสอดคล้องกับชีวิต จะเกิดการยอมรับนวัตกรรมได้เร็วกว่าผู้ที่รับการศึกษามาน้อย คือฐานะสังคม

2) *คุณลักษณะของบุคคลภาพ* บุคคลที่มีความทันสมัยจะเป็นบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อและ ยอมรับในสิ่งใหม่ๆ จากสังคมภายนอกมาใช้ในชีวิตของตน

3) *พฤติกรรมในการสื่อสาร* เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เห็นถึงการยอมรับนวัตกรรมเร็วกว่า ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมดังนี้ คือ มีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมได้ดีมีการเดินทางบ่อยครั้ง ไม่คิดถิ่น การมีโอกาสติดต่อกับตัวกลางเผยแพร่ข่าวสารนวัตกรรม มีโอกาสเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน และสื่อสารระหว่างบุคคล มีระดับของการเป็นผู้นำทางความคิดสูง

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมคเกอร์ มีความครอบคลุมถึงกระบวนการในการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม ทั้งการยอมรับและปฏิเสธนวัตกรรม และการทดลองใช้นวัตกรรมก็เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม ดังนั้นในการศึกษาการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี จึงใช้กรอบแนวคิดเรื่องการยอมรับนวัตกรรมของโรเจอร์สและชูเมคเกอร์ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่การงาน ปัจจัยด้านหน่วยงาน ประสบการณ์เป็นแนวทางการศึกษา แต่ปัจจัยในบาง

ประการอาจมีผลแตกต่างจากที่โรเจอร์ส และชูเมคเกอร์เสนอไว้เช่นการศึกษาที่สูง ตำแหน่งที่สูงซึ่งหล่อหลอมความคิดความเชื่อทำให้เป็นคนทันสมัย จะยอมรับนวัตกรรมที่เป็นเทคโนโลยีใหม่ๆ แต่อาจยอมรับนวัตกรรมที่ย้อนยุคคือบริการการแพทย์แผนไทยน้อยกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย

#### 4.4 การวัดการยอมรับ

การวัดการยอมรับเป็นการวัดความคิดเห็นในเชิงบวกหรือเชิงลบซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกันกับการวัดทัศนคติที่มีวิธีวัด

**4.4.1 สเกลจัดอันดับ (Rating Scale)** เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการจัดอันดับบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งคือ การให้บุคคลนั้นจัดอันดับตัวเองว่าจะเป็นอย่างไร การวัดทัศนคติวิธีนี้เป็นวิธีการง่ายมากต่อการสร้าง และการใช้โดยเฉพาะในหมู่ผู้ตอบที่สามารถตอบได้ และกล้าแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ มิฉะนั้นแล้วคำตอบส่วนใหญ่จะกองในจุดกลาง เพราะคนทั่วไปไม่นิยมแสดงออกซึ่งความรุนแรง

**4.4.2 ลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale)** เป็นวิธีที่รู้จักแพร่หลายมากที่สุดวิธีหนึ่ง เพราะง่ายต่อการวัดไม่มีอะไรมากมาย การวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ตเริ่มด้วยการรวบรวมหรือเรียบเรียงข้อความที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติที่ต้องการจะศึกษา ข้อความแต่ละข้อความจะมีทางเลือกได้ 5 ทางคือ

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1	5 คะแนน

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะต้องเลือกว่าจะสร้างสเกลในเชิงบวกหรือเชิงลบในแต่ละข้อ แล้วจึงกำหนดคะแนนของแต่ละข้อให้สอดคล้องกับการตัดสินใจนั้น ในการสร้างข้อความควรสร้างข้อความในลักษณะทางบวกและทางลบให้เท่า ๆ กัน

**4.4.3 เทอร์สโตนสเกล (Thurstone Scale)** วิธีการวัดเทอร์สโตนสเกลเน้นปัญหาด้านการมีช่วงเท่ากัน หรือดูเหมื่อว่าจะเท่ากันมากกว่าการวัดแบบอื่น ซึ่งในทางปฏิบัติหมายถึงวิธีการให้น้ำหนักหรือให้คะแนนแต่ละข้อความที่ประกอบขึ้นมาเป็นสเกล ข้อความแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน วิธีวัดช่วงที่เท่ากับของเทอร์มินอลโตนนี้กระทำโดยอาศัยสมมติฐาน 4 ประการ คือ

- 1) ทัศนคติของบุคคลในแต่ละเรื่อง เป็นช่วงที่แยกเป็นส่วน ๆ ไม่ได้

- 2) ความคิดเห็นที่แสดงออก เป็นดัชนีของระดับทัศนคติ
- 3) ความคิดเห็นในแต่ละเรื่อง ของแต่ละบุคคลชี้ได้ว่า บุคคลมีทัศนคติในระดับใดในช่วงของความชอบ ฉะนั้นความคิดเห็นนี้จะต้องกำหนดค่าได้ในระดับใดในช่วงของความชอบ
- 4) ระดับของทัศนคติในช่วงของความชอบ ได้แก่ ระดับในเกณฑ์เฉลี่ยของความเห็นที่แสดงออก ความคิดเห็นแต่ละข้อของบุคคลเดี่ยวย่อมมีค่าในช่วงของความชอบใกล้เคียงกัน

การสร้างมาตรวัดตามวิธีวัดช่วงเท่ากันของเทอร์สโตนมีขั้นตอนที่สำคัญ 2 ประการ คือ ขั้นตอนแรกเป็นการเลือกข้อความ กับขั้นตอนหลังเป็นวิธีการกำหนดค่ามาตรวัดให้กับแต่ละข้อความ เริ่มจากการกำหนดโครงสร้างที่เป็นเนื้อหาของทัศนคติที่ต้องการวัด จำนวนข้อความนั้นควรสร้างไว้ให้เลือกเป็นจำนวนมาก การสร้างควรอาศัยข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งทั้งทางหนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร แหล่งเอกสารต่าง ๆ ทั้งหมด รวมทั้งตัวบุคคลด้วย และควรให้มีข้อความทั้งเป็นบวกและลบผสมกัน

#### 4.4.4 กัทแมนสเกล (Guttman Scale) กัทแมนสเกลเป็นวิธีการประเมินชุด

ข้อความวัดทัศนคติที่สร้างขึ้น ซึ่งกัทแมนเรียกว่าวิธีการวิเคราะห์มาตราส่วน (Scalogram Analysis) วิธีการพยายามที่จะหาชุดของข้อความวัดทัศนคติที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดได้ (Scalable) กล่าวคือในชุดของข้อความวัดทัศนคติหนึ่ง ๆ นั้น ถ้าหากผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความ 2 แล้ว เขาจะต้องเห็นด้วยกับข้อความ 1 และถ้าหากเห็นด้วยกับข้อความ 3 ก็ต้องเห็นด้วยกับข้อความ 2

งานวิจัยนี้เลือกการวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) เนื่องจากความสะดวก โดยรวบรวมข้อความที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับที่ทำการศึกษา โดยข้อความแต่ละข้อความจะมีทางเลือกได้ 5 ทางคือ

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2	4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1	5 คะแนน

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการการแพทย์แผนไทย

เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาการจัดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอน และเป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้เน้นศึกษาทางด้านการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เกิดการยอมรับ ไว้ดังนี้

สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ และคณะ (2528) ศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนที่อยู่ในชนบท จังหวัดนครพนม พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบทมีทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพร ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ร้อยละ 94.67 และประชาชนในชนบท ร้อยละ 89.67 เชื่อว่ายาสมุนไพรรักษาโรคให้หายได้ แต่จะมีความเชื่อถือน้อยในความสามารถในการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนโบราณ เพราะเชื่อว่าแพทย์แผนโบราณวินิจฉัยโรคโดยใช้ประสบการณ์ ไม่ได้ใช้หลักทางการแพทย์แผนโบราณหรือหลักทางวิทยาศาสตร์ สำหรับเรื่องการใช้ยาสมุนไพรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบทไม่คิดว่าเป็นการล้าสมัย แต่มองเห็นความจำเป็นของยาสมุนไพรกับชาวชนบทมาก และเห็นด้วยที่จะมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในชนบท สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ และคณะ (2530) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการ ญาติ และผู้ให้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เกี่ยวกับการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 96 ของผู้ป่วย ร้อยละ 80 ของญาติ และร้อยละ 84 ของเจ้าหน้าที่เห็นด้วยต่อการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และได้เสนอแนะต่อว่าควรผสมผสานหรือประยุกต์การนวดไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน ร้อยละ 81

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534) ได้ศึกษามิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาสมุนไพรในชุมชน พบว่า การใช้สมุนไพรในชุมชนส่วนใหญ่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาตนเองมากกว่าใช้โดยหมอพื้นบ้าน ปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจใช้สมุนไพรที่สำคัญ ได้แก่ ความเจ็บป่วยระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และความเจ็บป่วยที่จัดอยู่ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน และจากการศึกษาพบว่าแบบแผนการใช้สมุนไพรในการรักษาตนเองของประชาชนส่วนใหญ่ ใช้สมุนไพรเดี่ยวสด ๆ ที่หยิบง่ายใกล้ตัวกับโรคพื้น ๆ ง่าย ๆ นอกจากนั้นยังพบว่ามีการใช้ตำรับ หรือ ใช้ยาสมุนไพรควบกับวิธีอื่น ๆ ด้วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้สมุนไพรมีแนวโน้มลดความสำคัญลงเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน สาเหตุ คือ ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพดี หายเร็ว สะดวกใช้ หาซื้อง่าย ที่สำคัญพบว่า มิติทางสังคมวัฒนธรรมปรากฏอยู่ในแบบแผนการใช้สมุนไพรของประชาชน คือมีความหลากหลายในเชิงวิธีคิดและรูปลักษณะของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งฤทธิ์ของยา

หรือประสิทธิภาพของสมุนไพรสัมพันธ์อยู่กับความเชื่อในกระบวนการรักษา โดยพบว่า มีการใช้ “สัญลักษณ์” ร่วมในกระบวนการใช้ยา การเก็บยาสมุนไพรที่ชาวบ้านใช้จึงมีความหมายมากกว่าสารที่มีฤทธิ์ทางยา การหายจากความเจ็บป่วยจึงอาจไม่ใช่จากประสิทธิภาพของฤทธิ์ยาเท่านั้น ความศรัทธา ความเชื่อ อาจส่งผลให้ความเจ็บป่วยหายได้ จึงสรุปได้ว่าไม่อาจแยกส่วนสมุนไพรจากระบบสังคมวัฒนธรรมของชุมชน และการดำรงอยู่ของกระบวนการการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย ดังนั้นนโยบายและกลวิธีการส่งเสริมสมุนไพรจึงควรให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมด้วย

บุษยมาศ สินธุประภา และจรัสพรธม สวงนเสริมศรี (2534) ได้ทำการวิจัยเรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนคติของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ เก็บข้อมูลในเขตภาคเหนือ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีความเข้าใจการแพทย์แผนโบราณว่าเป็นการบำบัดโรค โดยใช้ยาสมุนไพรและมีความสนใจที่จะศึกษาเรียนรู้ มีการยอมรับยาสมุนไพรมากที่สุด รองลงมา คือ หมอนวดจับเส้น และ หมอตำแย

ยุพาพรรณ มั่นกะโทก (2535) ศึกษา ทัศนคติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนต่อการผสมผสานยาสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนในโรงพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อการผสมผสานการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายด้านยา แต่มีทัศนคติในทางลบต่อประสิทธิภาพของยาสมุนไพร และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามกับประสบการณ์การใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p = 0.05$  ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการพบว่า ร้อยละ 65.2 เสนอแนะว่าควรมีแพทย์อายุรเวท 1 คน ในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีระบบส่งต่อระหว่างแพทย์อายุรเวทและแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 48 และร้อยละ 43 ได้เสนอว่า ควรเพิ่มเติมวิชาสมุนไพรในหลักสูตรแพทย์ศาสตร์

นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน ในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบบริการและสถานที่ให้บริการทำให้การบริการสะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้มีผู้สนใจที่จะใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการที่ผู้รับบริการสามารถชื้อยาสมุนไพรได้เองที่ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน โดยไม่ต้องผ่านห้องบัตร ได้รับความนิยมนสูงมาก นอกจากนี้สิ่งที่มีผู้สนใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงประสิทธิภาพของสมุนไพร รวมถึงการบริการที่ระบบบริการมีให้ จากการสำรวจทัศนคติของผู้มาใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทยสูงถึง ร้อยละ 68 ส่วนทัศนคติของผู้ให้บริการภายในโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีกลุ่มที่เห็น

ด้วยและ พร้อมที่จะให้การสนับสนุนให้มีการบริการการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 54 ส่วนกลุ่มที่ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 9

อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ และคณะ (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน พบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่ามิใช่ประโยชน์ควรมีการพัฒนาต่อไป เมื่อศึกษาไประยะหนึ่งนำผลมาปรับปรุงในโรงพยาบาลอุ้มทอง พบว่า ผู้ใช้บริการมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี มีการศึกษาระดับประถม อาชีพเกษตรกร อากาศคือปวดกล้ามเนื้อ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ผู้ป่วยที่มารับบริการซ้ำมีความพึงพอใจ

อรุณศรี มงคลชาติ (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีการเลือกใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่อยู่เขตชนบทมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าเขตเมือง ปัจจัยด้านอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้สมุนไพรมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ปัจจัยด้านอาชีพ อาชีพเกษตรกรมีการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าอาชีพอื่นๆ ปัจจัยด้านเพศ เพศหญิงมีการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเพศชาย ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยมีแนวโน้มใช้ยาแผนโบราณมากกว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะฉับพลันและรุนแรง ปัจจัยด้านระยะเวลา ผู้ป่วยที่ป่วยนานเกินกว่า 3 ปี มีการใช้ยาแผนโบราณมากที่สุด

เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์ และประจวบ รักแพทย์ (2535: 21-23) ศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้มารับบริการ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า ผู้มารับบริการมากที่สุดเป็นกลุ่มอายุ 33-60 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน และรายได้เฉลี่ย 3,000-5,000 บาท ต่อเดือน

พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค และคณะ (2537) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับศักยภาพของอายุรเวท พบว่า แพทย์อายุรเวทมีศักยภาพในการทำงานที่สถานีอนามัยอันเป็นสถานบริการระดับรองซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนในระดับหมู่บ้าน โดยแพทย์อายุรเวทน่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับตำบลได้ อันเป็นการสร้างทางเลือกในการจะรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน พร้อมกับการส่งเสริมสนับสนุนและร่วมมือกับแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ให้กลับมามีคุณภาพของประชาชนตามแนวทางของการสาธารณสุขมูลฐาน

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (2538) ได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ และ สาธารณสุขแผนปัจจุบันในจังหวัดกาญจนบุรี ต่อการนวดไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และรายได้ของ

บุคลากรตั้งแต่ 10,000 บาท ขึ้นไป มีผลต่อทัศนคติในเชิงลบ และจากการศึกษาเรื่องการยอมรับพบว่า อาชีพแพทย์และเภสัชกร มีแนวโน้มยอมรับการนวดแผนไทยเมื่อมีการปวด เคล็ด ขัดขอก น้อยกว่าอาชีพอื่น

เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2538: 1-9) ทำการศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชนและโรงเรียน พบว่า การแพทย์แผนไทยมีศักยภาพในการรักษาโรคที่ร้ายแรงได้ แต่มีผู้เชี่ยวชาญเหลืออยู่น้อย และบุคลากรการแพทย์ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ ขาดประสบการณ์และความชำนาญ การนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ใหม่จำเป็นต้องศึกษา คัดเลือกและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและควบคู่ไปกับการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นระบบและเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข และผู้ใช้บริการ

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยกับแพทย์อายุรเวท พบว่า สาเหตุที่มารับบริการส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านผู้ให้การรักษา กระบวนการรักษา และยาสมุนไพร รวมทั้งราคาที่ไม่แพง ผลการรักษาประมาณ 3 ใน 4 ระบุว่าอาการดีขึ้นเป็นที่พอใจ

วิรัตน์ ประชุมพันธ์ และคณะ(2542) ได้ศึกษาวิจัยจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลพนา 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 จะกลับมารับการรักษาอีกครั้ง และร้อยละ 95.5 จะแนะนำญาติหรือเพื่อนบ้านให้มารับการรักษา โดยระดับความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดในการรับการรักษาแบบแพทย์แผนไทย ความสนใจและกระตือรือร้นของผู้ให้บริการ การซักถาม ถามปัญหาและคำแนะนำ มีระดับความพึงพอใจมากในระยะเวลารอคอยการรักษา ค่าใช้จ่ายและความมั่นใจ

อนันต์ ถิ่นทอง (2542) ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนต่อการนำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า สมุนไพรในปัจจุบันมีราคาแพง ร้อยละ 58.3 และเห็นว่าสามารถรักษาอาการทางจิตได้ ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาทในงานแพทย์แผนไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านบวกต่อการแสดงบทบาทในงานแพทย์แผนไทยมากที่สุด คือ การยอมรับของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในลักษณะของการสนับสนุนเต็มที่ การให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยโดยตรง ร้อยละ 91.7 รองมา ได้แก่ ลักษณะความเชื่อของเจ้าหน้าที่และของชุมชนที่มีต่อการแพทย์แผนไทย คือ การที่ชุมชนมีการยอมรับและมีการใช้



สมุนไพรมหาชนุมน เจ้าหน้าทีที่มารับผิดชอบงานการแพทยแผนไทยมีใจรักทีจะดำเนินการ ร้อยละ 75 และการดำเนินงานทีมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นได้ดี เช่น การประสานความร่วมมือกับพระภิกษุในการปลูกสมุนไพรมหาชนุมนในวัด การประสานกับหมอพื้นบ้านทีมีในชุมชนให้มาช่วยในการชักนำให้เห็นคุณค่าของแพทยแผนไทย การประสานความร่วมมือกับสมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณในการอบรมประชาชน ร้อยละ 66.7

กุสุมา ศรียาภู (2543) ทำการศึกษาถึงรูปแบบทีพึงประสงค์ในการให้บริการนวดอบ ประคบสมุนไพรมหาชนุมน เพื่อส่งเสริมสุขภาพทีศูนย์การศึกษาพัฒนาเขาหินซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม คือ ผู้ใช้บริการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทยแผนไทย ผู้บริหารศูนย์ และผู้นำทีอยู่รอบ ๆ ศูนย์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบทีพึงประสงค์ในการให้บริการนวดอบ ประคบสมุนไพรมหาชนุมน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

- 1) ต้องเป็นรูปแบบการให้บริการในลักษณะผสมผสานแบบครบวงจร ทีสามารถใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้
- 2) ต้องมีการให้บริการทีครบวงจร มีมาตรฐานเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการแพทยแผนไทย
- 3) องค์ประกอบของรูปแบบการให้บริการทีพึงประสงค์ คือ เป็นรูปแบบการให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพครบวงจร ทีมีการนวดไทย การอบ การประคบสมุนไพรมหาชนุมน ทีมีบุคลากรทีมีความรู้ความชำนาญในการให้บริการ มีการประชาสัมพันธ์ และเน้นในด้านสถานที่ คุณภาพของการให้บริการและความปลอดภัยซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ

พรรณี ภิญญรัตน์ และเสาวภา พรศิริพงษ์ (2543) ได้ศึกษาวิจัย พบว่า การพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณไม่สามารถเน้นเฉพาะเรื่องสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวได้ จำเป็นต้องพัฒนาทั้งระบบการแพทยแผนไทย ดังนี้

- 1) กำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณอย่างเร่งด่วน ปรับปรุงระบบการต่อทะเบียนของสถานพยาบาลแผนโบราณให้ทันสมัย สามารถตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งควบคุมกำกับดำเนินงานสถานพยาบาลอย่างใกล้ชิด
- 2) จัดทำมาตรฐานสถานพยาบาล และมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลแผนโบราณ
- 3) รัฐควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาการแพทยแผนไทยทั้งระบบ เพื่อสร้างการยอมรับจากประชาชน
- 4) จัดตั้งสภาวิชาชีพเพื่อดูแล ควบคุม และพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณ
- 5) ส่งเสริมให้นำการแพทยแผนไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพโดยเร็ว

ศุภลักษณ์ พักคำ (2545: 67-68) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกเขตพื้นที่กองทัพอากาศที่ 1 พบว่า การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพอากาศที่ 1 ในระดับสูง ปัจจัยด้านเพศพบ เพศหญิง ร้อยละ 26.6 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 5.5 ปัจจัยด้านวิชาชีพพบวิชาชีพพยาบาล ร้อยละ 27.3 วิชาชีพ แพทย์ ร้อยละ 3.4 และวิชาชีพเภสัชกร ร้อยละ 1.4 ปัจจัยด้านอายุพบกลุ่มอายุน้อยมากกว่ากลุ่มอายุมาก

คลิษา ชั่งสิริพร (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ มี 3 รูปแบบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา ตำแหน่งตามสายงาน และความรู้ความสามารถด้านแพทย์แผนไทย ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การเดินทาง วัตถุประสงค์ในการมารับบริการ รายได้ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-40 ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ต่อเดือน 0-2000 บาท อาการที่พบส่วนใหญ่คืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้รับบริการต้องการให้เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทย และให้มีการบริการนวดแผนไทยเพิ่มขึ้น ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานคือขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพิ่มคุณภาพของการให้บริการ

**สรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่ามีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาช้านาน และในปัจจุบันยังคงมีผู้นิยมใช้วิธีการ รักษาในแบบแพทย์แผนไทยอยู่ทั่วไป แต่การนำงานการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ และในสถานอนามัยยังมีปัญหาในการดำเนินการ ได้แก่ การไม่มีรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจน ขาดการประสานงานในหน่วยงานเพื่อให้ทราบระบบการบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วย ขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย การขาดการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ และงบประมาณในการ ดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมผลที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วมาตั้งเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยในเรื่องยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ

จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขมาก่อน ดังนั้นจึงได้ค้นคว้าและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับในเรื่องต่างๆ เพื่อนำมาพิจารณาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรที่จะใช้ในการวิจัย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับที่ได้ศึกษามีดังนี้

ประสพโชค พินิจศักดิ์ (2530: 115-116) ได้ศึกษาเรื่อง การยอมรับการส่งเสริมจริยธรรมของเจ้าพนักงานตำรวจท้องที่ในกองบัญชาการตำรวจนครบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าพนักงานตำรวจท้องที่ในกองบัญชาการตำรวจนครบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าพนักงานตำรวจท้องที่ในกองบัญชาการตำรวจนครบาลจำนวน 303 ราย โดยใช้แบบสอบถาม สรุปผลการวิจัยว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยอมรับว่าจริยธรรมเป็นสิ่งจำเป็นควรมีการส่งเสริม นอกจากนี้ยังพบว่า ความแตกต่างของลักษณะทางบุคคลเรื่อง ระดับการศึกษา ชั้นยศ และหน้าที่รับผิดชอบก่อให้เกิดความแตกต่างในการยอมรับการ ส่งเสริมจริยธรรม

เพลินพร ผิวงาม (2533: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมของประชาชน ศึกษากรณี โครงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในหมู่บ้านตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีการปฏิบัติ 4 ด้าน คือ การล้างภาชนะใสน้ำให้สะอาด การจัดหาฝาปิดภาชนะใสน้ำ การยอมรับการสาธิตจากผู้นำชุมชนน้ำสะอาด และการเติมคลอรีนในภาชนะใสน้ำ การยอมรับนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับนวัตกรรมทุกคน โดยร้อยละ 72.7 ยอมรับมากคือ ปฏิบัติทุกครั้ง และยอมรับน้อยร้อยละ 27.3 คือ ปฏิบัติเพียงบางครั้ง ส่วนด้านปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีปัจจัยที่ได้พบจากการศึกษา ได้แก่ การรับข่าวสารเกี่ยวกับน้ำดื่มความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโครงการ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อคุณลักษณะของนวัตกรรมในด้านการมองเห็นว่ามีประโยชน์ และในด้านความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้วิธีการศึกษาเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมของผู้นำชุมชนน้ำสะอาด โดยภาพรวมในแต่ละครั้งทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับน้ำสะอาด การสาธิตปรับปรุงคุณภาพน้ำ การเก็บตัวอย่างน้ำไปตรวจ และการติดตามผล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์การยอมรับนวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธงชัย มั่นคง (2534: 88-99) ได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการยอมรับและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการยอมรับการทำหมันของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า คณงานชายและหญิงส่วนใหญ่ยอมรับในขั้นความรู้และการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำหมัน ปัจจัยที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงกระบวนการยอมรับการทำหมันในเพศชายได้แก่ จำนวนปีที่สมรส การรับรู้การเข้าถึงของบริการ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และ

รายได้ของครอบครัวซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงการยอมรับได้ร้อยละ 66.49 สำหรับในเพศหญิงพบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงการยอมรับได้ คือ การรับรู้การเข้าถึงของบริการรายได้ การรับฟังข่าวสาร อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง อายุของแรงงานหญิง โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงการยอมรับได้ร้อยละ 57.20

วีระ เกษะรักษ์ (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ในกรุงเทพมหานคร จากการสัมภาษณ์ผู้ขับขี่รถยนต์จำนวน 500 รายพบว่า ผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนใหญ่มีการยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัยในการขับขี่รถยนต์ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัย คือ กลุ่มที่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ปวส.-อนุปริญญาและสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของเข็มขัดนิรภัยบ่อยครั้ง รวมทั้งกลุ่มที่มีระดับความทันสมัยสูงและที่เห็นด้วยกับการใช้เข็มขัดนิรภัยสูง เป็นการใช้เข็มขัดนิรภัยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าความถี่ในการใช้รถยนต์ต่อสัปดาห์ของผู้ขับขี่รถยนต์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัย ส่วนอายุ รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุบนถนน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยอมรับในการใช้เข็มขัดนิรภัย

วรากร สุขธัมมรักษา (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อการยอมรับในการใช้สารสกัดสะเดาควบคุมแมลงศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการส่งเสริมการใช้สารสกัดสะเดาในปี พ.ศ. 2530 เกษตรกรยอมรับการใช้สารสกัดสะเดาร้อยละ 65.4 และไม่ยอมรับ ร้อยละ 34.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับในขั้นต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 9 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ขนาดพื้นที่ถือครองทางการเกษตร การเป็นสมาชิกกลุ่มเกษตรกร ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารสกัดสะเดา จำนวนครั้งที่ติดต่อเจ้าหน้าที่เกษตรกร การเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารสกัดสะเดา ชนิดพืชที่ปลูกและพื้นที่ปลูกพืช โดยร้อยละ 32.8 ของเกษตรกรที่เคยยอมรับการใช้สารสกัดสะเดาได้เลิกใช้เนื่องจากขาดแคลนเมล็ดสะเดาในการสกัด เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่มีผลต่อการยอมรับภายหลังการส่งเสริมพบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มเกษตรกร ขนาดพื้นที่ถือครองทางการเกษตร และขนาดพื้นที่ปลูกพืชมีผลต่อการยอมรับภายหลังการส่งเสริมเท่ากันนอกจากนั้นยังพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารสกัดสะเดาควบคุมแมลงศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศักดิ์ดา มยุขโชติ (2538: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการยอมรับการใช้เครื่องป้องกันมลพิษจากการพันสีรถยนต์ของช่างเคาะพ่นสีในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างช่างเคาะพ่นสีรถยนต์ยอมรับการใช้เครื่องป้องกันมลพิษจากการพันสีรถยนต์ในระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องป้องกันมลพิษจากการพันสีรถยนต์ในระดับมาก และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับใช้เครื่องป้องกันมลพิษกับตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย

ทางสังคมจิตวิทยา พบว่าจำนวนบุตร รายได้ต่อเดือน การรับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับเครื่องป้องกันมลพิษจากการพ่นสี และการตรวจสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การยอมรับการใช้เครื่องป้องกันมลพิษจากการพ่นสีรถยนต์ของช่างเคาะพ่นสีในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยรัตน์ นิมสกูล (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาการยอมรับนำฝักปลอดสารพิษมาบริโภคของแม่บ้านในเขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาปรากฏว่า แม่บ้านในเขตดอนเมือง กรุงเทพมหานครยอมรับการบริโภคฝักปลอดสารพิษในระดับปานกลาง โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการบริโภคฝักปลอดสารพิษของแม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาชีพ ความถี่ในการประกอบอาหารแต่ละวัน การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับฝักปลอดสารพิษการรับรู้คุณลักษณะของฝักปลอดสารพิษ การให้คุณค่าต่อสุขภาพอนามัย และความทันสมัย

รุ่งฤดี พร้อมเพรียง (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมการบริโภคอาหารกล่องสำเร็จรูปแช่แข็ง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทางประชากรจำแนกตามเพศ ปัจจัยการสื่อสารด้านสื่อมวลชนและการตลาด และทัศนคติต่ออาหารสำเร็จรูป มีความสัมพันธ์กับการยอมรับ นวัตกรรมการบริโภคอาหารกล่องสำเร็จรูปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วัชรพร นนทจิตร (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการปลูกไม้ผสมชนของเกษตรกรผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาป่าไม้เขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่ยอมรับการปฏิบัติเกี่ยวกับการปลูกป่าผสมชน ในด้านการเตรียมพื้นที่การปลูก ต้นไม้ และการดูแลรักษาในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการปลูกป่าไม้การติดต่อเจ้าหน้าที่ ประสิทธิภาพในการฝึกอบรม และลักษณะ การเป็นผู้นำ

จุฑามาศ มาลี(2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการยอมรับระบบขบวนเกษตรกรบนพื้นที่สูงของเกษตรกร บ้านแม่สาใหม่ ตำบลโป่งแยง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรมีการยอมรับระบบขบวนเกษตรกรบนพื้นที่สูงในระดับปานกลาง โดยพบว่าปัจจัยด้านอายุ แหล่งข้อมูลข่าวสาร ขนาดของแปลงวนเกษตร มีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบขบวนเกษตรกรบนพื้นที่สูง ในขณะที่ปัจจัยด้านการอ่านภาษาไทยตำแหน่งทางสังคม การได้รับคำแนะนำส่งเสริมเกี่ยวกับวนเกษตร ทัศนคติที่มีต่อระบบเกษตรกรแรงงานในครัวเรือน และรายได้รวมของเกษตรกร ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบขบวนเกษตรกรแต่อย่างใด

ถนัด ไบยา (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเกลือเสริมไอโอดีนของประชาชน อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน พบว่าระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ภาวะคอพอก ความสะดวกในการหาซื้อเกลือเสริมไอโอดีนจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ และราคาเกลือเสริมไอโอดีน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับการใช้เกลือเสริมไอโอดีนของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เครือวัลย์ ศรีสรรพกิจ (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาการยอมรับวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษาของผู้บริหารและอาจารย์เพื่อบรรจุในหมวดศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่าทัศนคติและการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กัน คือ อาจารย์ที่ตัดสินใจไม่ยอมรับการบรรจุ นอกจากนั้นผลการวิเคราะห์พบว่า อาจารย์ที่มีอายุมาก มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งอาจารย์นานกว่า และเคยศึกษาวิชาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม มีทัศนคติต่อวิชาสิ่งแวดล้อมสูงกว่าอาจารย์ที่มีอายุน้อย ประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า และไม่เคยเรียนวิชาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

รักไทย วีรานันต์ (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีการเลี้ยง โคเนื้อแบบเป็นการค้าของเกษตรกรในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่าเกษตรกรยอมรับเทคโนโลยีการเลี้ยงโคเนื้อแบบเป็นการค้าในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับเทคโนโลยีการเลี้ยงโคเนื้อได้แก่ รายได้ ขนาดของฟาร์ม ประสบการณ์ทางการเกษตร ประสบการณ์การฝึกอบรม และการรับรู้ลักษณะของเทคโนโลยี

สุธี สมุทธประภูต (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับมาตรฐาน ISO 9000 ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม:ศึกษาเฉพาะกรณี โรงงานผลิตชิ้นส่วนตัวถังรถยนต์ บริษัทสยามกลการและนิสสัน จำกัด ผลการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปของพนักงานด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับมาตรฐาน ISO 9000 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการทำงานของบริษัทไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันทางสถิติในการยอมรับระบบมาตรฐาน ISO 9000 นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบมาตรฐาน ISO 9000 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สกาเวื่อน ปธนสมิทธิ (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการรื้อปรับระบบของพนักงานธนาคาร ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีเพศ อายุ สถานภาพ สมรส รายได้ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานต่างกัน จะยอมรับการรื้อปรับระบบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การเปิดรับข่าวสารเรื่องรื้อปรับระบบจากสื่อที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในการทำงาน ความรู้ในเรื่องการรื้อปรับระบบ และความรับผิดชอบต่อการรื้อปรับระบบของพนักงานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้พนักงานยอมรับการรื้อปรับระบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เมธี รุ่งแสง (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการและการยอมรับการจัดที่ดินในรูปหมู่บ้านป่าไม้ของครัวเรือนราษฎรบ้านไทรทอง ตำบลคงมูล อำเภอนองนงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในภาพรวมราษฎรส่วนใหญ่ยอมรับหลักเกณฑ์และขั้นตอนการจัดที่ดินในรูปหมู่บ้านป่าไม้ระดับมาก โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญกับหลักเกณฑ์การจัดที่ดินในรูปหมู่บ้านป่าไม้ คือ การรับรู้ข่าวสาร ความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้นำและเพื่อนบ้าน กลวิธีในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่มนุษย์สัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ประจำโครงการ และความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ประจำโครงการ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการจัดที่ดินในรูปหมู่บ้าน ได้แก่ความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้นำและเพื่อนบ้าน และความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ประจำโครงการ

เสนาะ สีแดง (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับโคขาวลำพูนของเกษตรกรในจังหวัดลำพูน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับโคขาวลำพูนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครัวเรือน ความคาดหวังต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับ การได้รับข่าวสาร ทักษะคิดต่อการเลี้ยงโคขาวลำพูน การติดต่อกับโลกภายนอก และการเข้าร่วม กิจกรรมทางเกษตร

สุทธิศักดิ์ สิ้นบุญ (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และการยอมรับปฏิบัติการเกษตรแบบผสมผสานในเชิงอนุรักษ์ของเกษตรกร อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำการเกษตรแบบผสมผสานในเชิงอนุรักษ์เป็นอย่างดี และมีทักษะคิดที่ดีต่อโครงการฝึกอบรมการทำเกษตรแบบผสมผสาน นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เงินทุนสนับสนุนและการรับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ เพศและเงินทุนสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับทักษะคิดส่วนระดับรายได้ พื้นที่ถือครอง การรับข่าวสารจากโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์มีความสัมพันธ์การยอมรับปฏิบัติการเกษตรแบบผสมผสานในเชิงอนุรักษ์ของเกษตรกร

ธนพร คล้ายกัน (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาการยอมรับบทบาทผู้นำสตรีของหัวหน้าครัวเรือนในเขตจังหวัดสระบุรี พบว่าหัวหน้าครัวเรือนยอมรับบทบาทผู้นำท้องถิ่นสตรีในระดับปานกลาง ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีเพศ อายุ และตำแหน่งในชุมชนที่แตกต่างกัน จะยอมรับบทบาทผู้นำท้องถิ่นสตรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านรายได้และการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการยอมรับบทบาทผู้นำท้องถิ่นสตรีแต่อย่างใด

วิวัฒน์ ดวงโกชน์ (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการยอมรับการปลูกพืชทดแทนฝิ่นของชาวเขาเผ่าม้ง หมู่บ้านหนองหอยเก่า ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการปลูกพืชทดแทนฝิ่นของเกษตรกร คือ อายุการอ่านภาษาไทย ความพอใจในราคาพืชทดแทนฝิ่น ประสิทธิภาพในการฝึกอบรมด้านการเกษตร และการติดต่อเจ้าหน้าที่ ส่วนปัจจัยรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน พื้นที่ถือครองทำการเกษตร แรงงานในครัวเรือน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเกษตร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการปลูกพืชทดแทนฝิ่นของเกษตรกร

กนกวรรณ อยู่วงศ์ (2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการยอมรับของเกษตรกรในการปลูกผักปลอดสารพิษ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการปลูกผักปลอดสารพิษในระดับปานกลาง และพบว่าการยอมรับของเกษตรกรขึ้นอยู่กับ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการปลูกผักปลอด

สารพิษ ความรู้เกี่ยวกับผักปลอดสารพิษ และทัศนคติต่อการปลูกผักปลอดสารพิษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปลูกผักปลอดสารพิษถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการปลูกผักปลอดสารพิษ สาเหตุที่เกษตรกรสนใจปลูกผักปลอดสารพิษ เนื่องจากต้องการเลิกใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดต้นทุนการผลิต

จากการทบทวนเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งงาน นโยบายของหน่วยงาน การส่งเสริมการจัดบริการ การจัดบริการ ความเหมาะสมของสถานที่ ความพร้อมของบุคลากร ความพร้อมของงบประมาณที่สนับสนุน การรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และประสบการณ์การรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและการส่งต่อการรักษา โดยศึกษาในกลุ่มแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีวิธีการดำเนินการดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ ส่งต่อหรือสนับสนุนให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ฐานข้อมูลของปีงบประมาณ 2546 รวมทั้งสิ้น 1,451 คน

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ ส่งต่อหรือสนับสนุนให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดสุพรรณบุรี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี ได้มาด้วยการสุ่มโดยวิธีการ ดังนี้

**1.2.1 จำนวนหากกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรสาธารณสุข** โดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1973 : 725 – 729) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 314 คน

ตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการคำนวณสูตรยามาเน่ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = ขนาดของประชากร

$e$  = คว <sup>๕</sup> การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่า  $n = \frac{1451}{1+1451(.05)^2} = 314$  คน

**1.2.2 วิธีสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน** โดยขั้นที่ 1 เลือกตัวอย่างสถานที่ โดยเลือกโรงพยาบาล และสถานีนามัยเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กระจายโดยเลือกแบบเจาะจงสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีอยู่อย่างละ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนเลือกมาทั้งหมด 8 แห่ง จากนั้นสุ่มสถานีนามัยมาจาก 10 อำเภอ ร้อยละ 50 จาก จำนวนทั้งสิ้น 174 แห่ง ได้ 87 แห่ง ทำให้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ชั้น คือ 1.โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 2.โรงพยาบาลชุมชน 3.สถานีนามัย จากนั้นขั้นที่ 2 เลือกตัวอย่างบุคลากร โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากสถานบริการในแต่ละชั้นแจกแจงตาม วิชาชีพ โดยสุ่มบุคลากรแต่ละวิชาชีพดังนี้คือ วิชาชีพแพทย์ และวิชาชีพเภสัชกรสุ่มมาร้อยละ 50 เนื่องจากมีจำนวนน้อย ส่วนวิชาชีพพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสุ่มมาร้อยละ 20 เนื่องจากมี จำนวนมาก ซึ่งจากที่คำนวณ ได้จำนวนตัวอย่าง 314 คน จึงเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 369 คน เพื่อ ป้องกันการสูญหายในการเก็บแบบสอบถามกลับ ดังแสดงใน ตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี ในปีงบประมาณ 2546  
จำแนกเป็นรายระดับสถานบริการ

ลำดับที่	ระดับสถานบริการ	ประเภทบุคลากร	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนตัวอย่าง(คน)
1.	โรงพยาบาลศูนย์	แพทย์	46	25
		เภสัชกร	20	13
		พยาบาล	293	60
2.	โรงพยาบาลทั่วไป	แพทย์	14	10
		เภสัชกร	11	6
		พยาบาล	236	46

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ระดับสถานบริการ	ประเภทบุคลากร	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนตัวอย่าง(คน)
3.	โรงพยาบาลชุมชน	แพทย์	38	20
		เภสัชกร	30	16
		พยาบาล	436	86
4.	สถานีอนามัย	จนท.สาธารณสุข	427	87
รวม			1,451	369*

\* ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจริง 369 ชุด เพื่อป้องกันแบบสอบถามสูญหาย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน

**ส่วนที่ 1** คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประเภทของวิชาชีพ ประเภทของบุคลากร และประเภทของหน่วยงาน รวม 6 ข้อ

**ส่วนที่ 2** คำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านหน่วยงานที่มีผลต่อการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย นโยบายสนับสนุน การจัดบริการการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการ และความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย รวม 4 ข้อ

**ส่วนที่ 3** คำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วยประสบการณ์ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแพทย์แผนไทย ด้านเภสัชกรรม (การใช้ยาสมุนไพร) ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวม 6 ข้อ

**ส่วนที่ 4** คำถามเกี่ยวกับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย การยอมรับด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแพทย์

แผนไทย ด้านเภสัชกรรม(ยาสมุนไพร) ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวม 27 ข้อ

**ส่วนที่ 5** คำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย ด้านนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ ด้านการส่งเสริมการใช้บริการ ด้านการพัฒนานุเคราะห์ และด้านการให้บริการ รวม 6 ข้อ

## 2.2 การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.2.1 การสร้างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยหน่วยงาน และประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้ตอบแบบสอบถามลักษณะข้อคำถามปลายปิด และปลายเปิด

2.2.2 การสร้างแบบสอบถาม การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษารายละเอียดจากข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาเป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร รายงานการวิจัย รวมทั้งคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทย เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 27 ข้อ

## 2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 2.3.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และตรวจสอบแก้ไขก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี หัวหน้างานพัฒนานุเคราะห์และสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี อาจารย์แพทย์แผนไทย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้อยู่ในวิชาชีพแพทย์แผนไทย ตรวจสอบความตรงเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ในการวิจัยและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เมื่อผู้เชี่ยวชาญแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้มาทำการปรับปรุงแบบสอบถามให้ถูกต้อง

### 2.3.2 ทดลองใช้แบบสอบถาม

นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข จนมีความสมบูรณ์และมีความเหมาะสม ไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง และสถานีอนามัย ของอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 47 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก และความเที่ยงของแบบสอบถาม

1) หาค่าอำนาจจำแนก แบบรายข้อของแบบสอบถาม ด้วยการทดสอบค่าที (t-distribution) เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนก และปรับปรุงข้อที่ไม่มีค่าอำนาจจำแนก

2) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ - Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง 0.876 เมื่อปรับปรุงข้อที่มีความเที่ยงรายข้อต่ำ ทำให้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเป็น 0.877

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

**3.1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา** สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ระหว่างวันที่ 15 – 30 พฤศจิกายน 2547

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างแต่ละแห่งด้วยตนเอง ใน 10 โรงพยาบาล และ 87 สถานีอนามัย จาก 10 อำเภอ ระหว่างวันที่ 1 – 10 ธันวาคม 2547

**3.1.2 ประสานงานนำแบบสอบถามกลับคืน** โดยดำเนินการระหว่างระหว่างวันที่ 11 – 31 ธันวาคม 2547

**3.1.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้อภิปรายผล** ดำเนินการระหว่างวันที่ 1-10 มกราคม 2548 ได้แบบสอบถามกลับมา 324 ชุด จากจำนวนทั้งสิ้น 369 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 87.80 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าค่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 314 ตัวอย่าง

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

4.1 เกณฑ์ในการให้คะแนน สำหรับระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุข โดยกำหนดให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert ซึ่งมี 5 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ

กรณีข้อความเป็นไปทางบวก มีเกณฑ์ ดังนี้

ยอมรับมากที่สุด	ให้คะแนน	=	5
ยอมรับมาก	ให้คะแนน	=	4
ยอมรับปานกลาง	ให้คะแนน	=	3
ยอมรับน้อย	ให้คะแนน	=	2
ยอมรับน้อยที่สุด	ให้คะแนน	=	1

กรณีข้อความเป็นไปทางลบ มีเกณฑ์ ดังนี้

ยอมรับมากที่สุด	ให้คะแนน	=	1
ยอมรับมาก	ให้คะแนน	=	2
ยอมรับปานกลาง	ให้คะแนน	=	3
ยอมรับน้อย	ให้คะแนน	=	4
ยอมรับน้อยที่สุด	ให้คะแนน	=	5

จากนั้นนำมาคำนวณช่วงการวัด ดังนี้ (Best, 1977: 174)

$$\begin{aligned} \text{ช่วงการวัด} &= \frac{\text{คะแนนการยอมรับสูงสุด} - \text{คะแนนการยอมรับต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันดับ}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับของแบบสอบถาม คือ

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33	หมายถึง	อยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.66	หมายถึง	อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.67 - 5.00	หมายถึง	อยู่ในระดับมาก

## 4.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

**4.2.1 สถิติเชิงพรรณนา** วิเคราะห์ทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้านประสพการณ์ และปัญหาอุปสรรคต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตาราง

**4.2.2 สถิติเชิงอนุมาน** ใช้สถิติ student t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรต้นสองกลุ่มที่มีผลต่อตัวแปรตามคือ ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เพศ นโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทย ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย บริการด้านต่างๆของการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย และประสพการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย และใช้สถิติ ONE WAY ANOVA เพื่อเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรต้นที่มากกว่าสองกลุ่มที่มีผลต่อตัวแปรตามคือ ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ อายุ การศึกษา ประเภทของวิชาชีพ ประเภทของบุคลากร ประเภทของหน่วยงาน การมีบริการด้านต่างๆของการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย การได้รับจัดสรรงบประมาณ และประสพการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ที่ต่างกัน โดยวิธีของแอล เอส ดี (LSD) ในกรณีที่ไม่สามารถวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ONE WAY ANOVA) ใช้สถิติ Non-parametic ได้แก่ Kruskal Wallis test เพื่อทดสอบว่ามีคู่ที่แตกต่างกันหรือไม่ หากพบว่ามีคู่ใดคู่หนึ่งที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทำการทดสอบต่อด้วย Mann-Whitney U test ทีละคู่จนครบทุกคู่

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมแบบสอบถามของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยการสุ่มตัวอย่าง เพื่อหาระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ คุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร ประเภทหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ นโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทยของหน่วยงาน การมีบริการด้านการแพทย์แผนไทยของหน่วยงาน การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยงาน ความพร้อมในการจัดบริการด้านสถานที่ ด้านบุคลากร การเตรียมพร้อมบุคลากร การได้รับงบประมาณสนับสนุนของหน่วยงาน และประสิทธิภาพการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

ตอนที่ 2 ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ด้านการตรวจวินิจฉัยโรค ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร ประเภทหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ นโยบายสนับสนุน การจัดบริการการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ความพร้อมในการจัดบริการด้านสถานที่ ด้านบุคลากร ด้านการเตรียมบุคลากร และการได้รับงบประมาณสนับสนุน



3.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์ของการใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย คุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร ประเภทหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ นโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทยของหน่วยงาน การมีบริการด้านการแพทย์แผนไทยของหน่วยงาน การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยงาน ความพร้อมในการจัดบริการด้านสถานที่ ด้านบุคลากร การเตรียมพร้อมบุคลากร การได้รับงบประมาณสนับสนุนของหน่วยงาน และประสบการณ์การใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

1.1 คุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีคุณลักษณะ ดังข้อมูลในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=324 คน)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	70	21.6
	หญิง	254	78.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
2. อายุ	21-30 ปี	68	21.0
	31-40 ปี	152	46.9
	41-60 ปี	104	32.1
	$\bar{X} = 37.4$ S.D. = 7.2      Max = 58      Min = 21		
3. การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	25	7.7
	ปริญญาตรี	249	76.9
	สูงกว่าปริญญาตรี	50	15.4
4. ประเภทของวิชาชีพ	แพทย์	26	8.0
	เภสัชกร	34	10.5
	พยาบาล	179	55.2
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	85	26.2
5. ประเภทของบุคลากร	ผู้บริหาร/หัวหน้างาน	105	32.4
	ผู้ปฏิบัติ	199	61.4
	นักวิชาการ	20	6.2
6. ประเภทของหน่วยงาน	รพศ./รพท.	122	37.7
	โรงพยาบาลชุมชน	114	35.2
	สถานีอนามัย	88	27.2

จากตารางที่ 4.1 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.4 และเป็นเพศชายร้อยละ 21.6 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาอยู่ในช่วง 41-60 ปี และ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.1 และ 21.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย

37.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2 ปี ค่าสูงสุด 58 ปี ค่าต่ำสุด 21 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมามีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 15.4 และ 7.7 ตามลำดับ ประเภทวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 55.2 มากที่สุด รองลงมาเป็นเจ้าของหน้าร้านที่สาธารณสุข เกษษกร และแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 26.2 10.5 และ 8.0 ตามลำดับ ประเภทของบุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 61.4 รองลงมาเป็นผู้บริหาร และนักวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 32.4 และ 6.2 ตามลำดับ ส่วนประเภทของหน่วยงานเป็น ระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.7 มากที่สุด รองลงมาเป็นระดับ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 35.2 และ 27.2 ตามลำดับ

**1.2 ปัจจัยด้านหน่วยงานของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีปัจจัยด้านหน่วยงานแตกต่างกัน ดังข้อมูลในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านหน่วยงาน (n = 324 คน)

ปัจจัยด้านหน่วยงาน	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. นโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทย</b>		
มีนโยบาย	223	68.8
ไม่มีนโยบาย	76	23.5
ไม่ทราบ	25	7.7
<b>2. จำนวนด้านของการให้บริการการแพทย์แผนไทย</b>		
▶ ไม่มีบริการ	17	5.2
▶ มีบริการ	307	94.8
มีบริการ 1 ด้าน	135	41.7
มีบริการ 2 ด้าน	66	20.4
มีบริการ 3 ด้าน	70	21.6
มีบริการ 4 ด้าน	36	11.1

## ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ปัจจัยด้านหน่วยงาน	จำนวน	ร้อยละ
<b>3. จำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย</b>		
▶ ไม่มีกิจกรรม	5	1.5
▶ มีกิจกรรม	319	98.5
มี 1-2 กิจกรรม	121	37.3
มี 3-4 กิจกรรม	93	28.7
มี 5-7 กิจกรรม	105	32.4
<b>4. ความพร้อมในการจัดบริการด้านสถานที่</b>		
ไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะ	156	48.1
มีสถานที่เหมาะสม เป็นสัดส่วน	168	51.9
<b>5. ความพร้อมด้านบุคลากรผู้ให้บริการ</b>		
ไม่มีบุคลากร	91	28.1
มีบุคลากร แต่ไม่เพียงพอ	115	35.5
มีบุคลากร เพียงพอ	118	36.4
<b>6. มีการเตรียมความรู้ของบุคลากร</b>		
ไม่มีการเตรียมความรู้	159	49.1
มีการเตรียมความรู้	156	48.1
ไม่ทราบ	9	2.8
<b>7. หน่วยงานได้รับงบประมาณสนับสนุน</b>		
ไม่ได้รับงบประมาณ	152	46.9
ได้รับงบประมาณ ไม่เพียงพอ	102	31.5
ได้รับงบประมาณเพียงพอ	58	17.9
ไม่ทราบ	12	3.7

จากตารางที่ 4.2 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ทราบว่าหน่วยงานมีนโยบายสนับสนุนการบริการการแพทย์แผนไทยถึงร้อยละ 68.8 และทราบว่าไม่มีนโยบายร้อยละ 23.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่ทราบว่ามีนโยบายหรือไม่ มีเพียงร้อยละ 7.7 หน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถามมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยถึงร้อยละ 94.8 โดยมีการจัดบริการ 1 ด้าน ร้อยละ 41.7 รองลงมา มีการจัดบริการ 3 ด้าน 2 ด้าน และ 4 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 21.6 20.4 และ 11.1 ตามลำดับ และพบว่าไม่มีการจัดบริการเลยเพียง ร้อยละ 5.2 ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่ามีการจัดกิจกรรมส่งเสริมถึงร้อยละ 98.5 โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริม 1-2 กิจกรรมร้อยละ 37.3 จัดกิจกรรมส่งเสริม 5-7 กิจกรรม ร้อยละ 32.4 และจัดกิจกรรมส่งเสริม 3-4 กิจกรรม ร้อยละ 28.7 และไม่มีกิจกรรมเลยเพียงร้อยละ 1.5 ด้านความพร้อมของการจัดสถานที่ให้บริการ พบว่ามีการจัดสถานที่เฉพาะ เหมาะสม และเป็นสัดส่วน ร้อยละ 51.9 และไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะ อย่างเป็นสัดส่วน ร้อยละ 48.1 ด้านความพร้อมของบุคลากร พบว่ามีบุคลากรเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 36.4 และมีบุคลากรแต่ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 35.5 และพบว่าไม่มีบุคลากรเลย ร้อยละ 28.1 ด้านการเตรียมองค์ความรู้ของบุคลากร พบว่าไม่มีการเตรียมองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรถึงร้อยละ 49.1 มีการเตรียมองค์ความรู้ พบร้อยละ 48.1 และไม่ทราบร้อยละ 2.8 ส่วนการได้รับงบประมาณสนับสนุนพบว่าได้รับ และเพียงพอ มีเพียงร้อยละ 17.9 ได้รับแต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 31.5 และไม่ได้รับงบประมาณเลยมีถึงร้อยละ 46.9 ส่วนอีกร้อยละ 3.7 ไม่ทราบข้อมูลว่าได้รับหรือไม่

**1.3 ปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีปัจจัยด้านประสบการณ์ต่อการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน ดังข้อมูลในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตาม ปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการบริการการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการบริการการแพทย์แผนไทย	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. จำนวนครั้งของการเคยใช้บริการในรอบ 1 ปี</b>		
<u>ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย</u>		
▶ ไม่เคยใช้บริการ	309	95.4
▶ เคยใช้บริการ	15	4.6
1-2 ครั้ง	11	3.4
3-5 ครั้ง	4	1.2
6-10 ครั้ง	0	0.0
มากกว่า 10 ครั้ง	0	0.0
<u>ด้านเภสัชกรรม</u>		
▶ ไม่เคยใช้บริการ	187	57.7
▶ เคยใช้บริการ	137	42.3
1-2 ครั้ง	86	26.5
3-5 ครั้ง	38	11.7
6-10 ครั้ง	4	1.2
มากกว่า 10 ครั้ง	9	2.8
<u>ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย</u>		
▶ ไม่เคยใช้บริการ	190	58.6
▶ เคยใช้บริการ	134	41.4
1-2 ครั้ง	75	23.1
3-5 ครั้ง	39	12.0
6-10 ครั้ง	14	4.3
มากกว่า 10 ครั้ง	6	1.9

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการบริการการแพทย์แผนไทย	จำนวน	ร้อยละ
<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</u>		
▶ ไม่เคยใช้บริการ	280	86.4
▶ เคยใช้บริการ	44	13.6
1-2 ครั้ง	28	8.6
3-5 ครั้ง	11	3.4
6-10 ครั้ง	4	1.2
มากกว่า 10 ครั้ง	1	0.3

จากตารางที่ 4.3 เกี่ยวกับปัจจัยด้านประสบการณ์ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาที่มีต่อการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยรับบริการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ร้อยละ 95.4 และเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทยเพียง ร้อยละ 4.6 โดยเคยรับบริการ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 3.4 เคยรับบริการ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 1.2 ส่วนการบริการด้านเภสัชกรรม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยรับบริการ ร้อยละ 57.7 และเคยรับบริการ ร้อยละ 42.3 โดยเคยรับบริการ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 26.5 เคยรับบริการ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 11.7 เคยรับบริการ 6-10 ครั้ง ร้อยละ 1.2 และรับบริการมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 2.8 ส่วนการบริการด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยรับบริการ ร้อยละ 58.6 และเคยรับบริการ ร้อยละ 41.4 โดยเคยรับบริการ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 23.1 เคยรับบริการ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 12 เคยรับบริการ 6-10 ครั้ง ร้อยละ 4.3 และรับบริการมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 1.9 ส่วนการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยรับบริการ ร้อยละ 86.4 และเคยรับบริการ ร้อยละ 13.6 โดยเคยรับบริการ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 8.6 เคยรับบริการ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 3.4 เคยรับบริการ 6-10 ครั้ง ร้อยละ 1.2 และรับบริการมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 0.3

**ตอนที่ 2** ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ด้านการตรวจวินิจฉัยโรค ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

**2.1** คะแนนการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกรายด้าน และโดยรวม รายละเอียดดังข้อมูลในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 คะแนนการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกรายด้าน และโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

การยอมรับต่อบริการ การแพทย์แผนไทย	คะแนนการยอมรับ				
	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	Max.	Min.
ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย (6 ข้อ)	30	18.27	2.51	26	11
ด้านเภสัชกรรม (6 ข้อ)	30	17.79	2.80	26	8
ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (10 ข้อ)	50	32.15	3.51	44	21
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (5 ข้อ)	25	17.88	3.08	25	5
คะแนนการยอมรับโดยรวม	135	86.08	9.08		

จากตารางที่ 4.4 พบว่าด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทยมีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1-30 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 18.27 คะแนน ค่ามากที่สุด 26 คะแนน ค่าน้อยสุด 11 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.51 คะแนน ด้านเภสัชกรรมมีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1-30 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 17.79 คะแนน ค่ามากที่สุด 26 คะแนน ค่าน้อยสุด 8 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.80 คะแนน ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1-50 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 32.15 คะแนน ค่ามากที่สุด 44 คะแนน ค่าน้อยสุด 21 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.51 คะแนน และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1-25 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 17.88 คะแนน ค่ามากที่สุด 25 คะแนน ค่าน้อยสุด 5 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.08 คะแนน



## 2.2 ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกรายด้าน และโดยรวม รายละเอียดดังข้อมูลในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกรายด้าน และโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

การยอมรับต่อบริการ การแพทย์แผนไทย	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 5 คะแนน)	ระดับการยอมรับ
ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย	3.04	ปานกลาง
ด้านเภสัชกรรม	2.97	ปานกลาง
ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย	3.21	ปานกลาง
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	3.57	ปานกลาง
ระดับการยอมรับโดยรวม	3.18	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 เมื่อนำคะแนนการยอมรับมาหาค่าเฉลี่ยโดยหารด้วยจำนวนข้อคำถาม เพื่อให้ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเต็มเท่ากัน คือ 5 คะแนนและสามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างด้านได้ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากที่สุด คิดเป็นระดับคะแนน 3.57 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน รองลงมาเป็นด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย และด้านเภสัชกรรม คิดเป็นระดับคะแนน 3.21 3.04 และ 2.97 ตามลำดับ และระดับการยอมรับโดยรวมมีระดับคะแนน 3.18 อย่างไรก็ตามระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยรายด้านทุกด้าน และโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับ ต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร ประเภทหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**3.1.1 ปัจจัยด้านเพศ** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นชาย 70 คน เป็นหญิง 254 คน ซึ่งค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ (n=324 คน)

ปัจจัยด้านเพศ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ชาย	70	83.64	9.04	-2.555	.011*
หญิง	254	86.75	8.99		

\* p-value <.05

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงและเพศชายมีค่าเฉลี่ยของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value = 0.011) โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ( $X = 86.64, 83.75$  ตามลำดับ)

**3.1.2 ปัจจัยด้านอายุ** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน อายุช่วง 21-30 ปี 68 คน อายุช่วง 31-40 ปี 152 คน และอายุช่วง 41-60 ปี 104 คน ซึ่งค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านอายุ (n=324 คน)

ช่วงอายุ	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
21-30 ปี	68	87.78	9.03	1.580	0.208
31-40 ปี	152	85.79	9.25		
41-60 ปี	104	85.39	8.78		

จากตารางที่ 4.7 ปัจจัยอายุ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม มากที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 31-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี ตามลำดับ และจากการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่

มีอายุแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**3.1.3 ปัจจัยด้านการศึกษา** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 25 คน ระดับปริญญาตรี 249 คน และสูงกว่าปริญญาตรี 50 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีจำแนกตามปัจจัยด้านการศึกษา (n=324 คน)

การศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25	83.76 <sup>a</sup>	9.14	3.95	0.020*
ปริญญาตรี	249	85.70 <sup>b</sup>	8.77		
สูงกว่าปริญญาตรี	50	89.14 <sup>a,b</sup>	10.00		

\* p-value < .05

<sup>ab</sup> คู่ที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วย LSD

จากตารางที่ 4.8 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $\bar{X}$ =89.14) รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรีตามลำดับ ( $\bar{X}$ =85.70, 83.76 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีการระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สองคู่ ได้แก่ คู่ระหว่างกลุ่มที่ต่ำกว่าปริญญาตรีกับกลุ่มที่สูงกว่าปริญญาตรี และคู่ระหว่างกลุ่มปริญญาตรีกับกลุ่มที่สูงกว่าปริญญาตรี

**3.1.4 ปัจจัยด้านประเภทของวิชาชีพ** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นแพทย์ 26 คน เภสัชกร 24 คน พยาบาล 79 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 85 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประเภทของวิชาชีพ (n=324 คน)

วิชาชีพ	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
แพทย์	26	86.19	10.90	7.6	< .001***
เภสัชกร	24	83.47 <sup>a</sup>	9.30		
พยาบาล	79	88.05 <sup>a,b</sup>	8.78		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	85	82.93 <sup>b</sup>	8.07		

\*\*\* p-value < .001

<sup>a,b</sup> คู่ที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อ ทดสอบด้วย LSD

จากตารางที่ 4.9 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประเภทของวิชาชีพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นพยาบาลมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $\bar{X}$ =88.05) รองลงมาได้แก่กลุ่มแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามลำดับ ( $\bar{X}$ =86.19, 83.47, 82.93 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีประเภทของวิชาชีพแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สองคู่ได้แก่ คู่ระหว่างเภสัชกรกับพยาบาล และคู่ระหว่างพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

**3.1.5 ปัจจัยด้านประเภทของบุคลากร** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นผู้บริหารหรือหัวหน้างาน 105 คน เป็นผู้ปฏิบัติ 199 คน และเป็นนักวิชาการ 20 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม  
ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประเภทของ  
บุคลากร (n=324 คน)

ประเภทของบุคลากร	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
ผู้บริหาร/หัวหน้างาน	105	85.96	8.96	4.337	.014*
ผู้ปฏิบัติ	199	86.70 <sup>a</sup>	9.07		
นักวิชาการ	20	80.50 <sup>a</sup>	8.18		

\* p-value < .05

<sup>a</sup> กลุ่มที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วย LSD

จากตารางที่ 4.10 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประเภทของบุคลากร พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้ปฏิบัติมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $X=86.70$ ) รองลงมาได้แก่กลุ่มผู้บริหาร/หัวหน้างาน และนักวิชาการตามลำดับ ( $X=85.96, 80.50$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าประเภทบุคลากรสาธารณสุขที่แตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หนึ่งคู่ ได้แก่ คู่ระหว่างผู้ปฏิบัติกับนักวิชาการ

**3.1.6 ปัจจัยด้านประเภทของหน่วยงาน** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 122 คน โรงพยาบาลชุมชน 114 คน และสถานีนามัย 88 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประเภทของหน่วยงาน (n=324 คน)

ประเภทของหน่วยงาน	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
รพศ./รพท.	122	86.73 <sup>a</sup>	9.67	6.824	.001**
โรงพยาบาลชุมชน	114	87.64 <sup>b</sup>	8.26		
สถานีอนามัย	88	83.15 <sup>ab</sup>	8.66		

\*\* p-value < .01

<sup>a,b</sup> คู่ที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วย LSD

จากตารางที่ 4.11 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประเภทของหน่วยงาน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานระดับโรงพยาบาลชุมชนมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $X=87.64$ ) รองลงมาได้แก่หน่วยงานระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยงานระดับสถานีอนามัยตามลำดับ ( $X=86.73, 83.15$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าประเภทของหน่วยงานแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สองคู่ได้แก่ คู่ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย และคู่ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สถานีอนามัย

**3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านหน่วยงาน** ได้แก่นโยบายสนับสนุน การจัดการบริการการแพทย์แผนไทย การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ความพร้อมในการจัดบริการด้านสถานที่ ด้านบุคลากร ด้านการเตรียมบุคลากร และการได้รับงบประมาณสนับสนุน

**3.2.1 ปัจจัยด้านนโยบายสนับสนุน** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีนโยบายสนับสนุน 223 คน และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่มีนโยบายสนับสนุน 76 คน อีก 25 คน ไม่ทราบ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านนโยบายสนับสนุน (n=299 คน)

นโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
มีนโยบาย	223	87.28	8.96	2.70	.007**
ไม่มีนโยบาย	76	84.08	8.79		

\*\* p-value < .01

จากตารางที่ 4.12 พบว่าเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านนโยบายสนับสนุนการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีนโยบายสนับสนุนมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีนโยบายสนับสนุน ( $X=87.28, 84.08$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีนโยบายสนับสนุน และไม่มีนโยบายสนับสนุน มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**3.2.2 ปัจจัยด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีการจัดบริการ 307 คน และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการ 17 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.13 และ ตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย (n=324 คน)

การจัดบริการการแพทย์แผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
มีการจัดบริการ	307	86.34	8.96	-2.19	.029*
ไม่มีการจัดบริการ	17	81.41	10.18		

\* p-value < .05

จากตารางที่ 4.13 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ( $X=86.34, 81.41$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและไม่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามจำนวนด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ( $n=324$  คน)

จำนวนด้านที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
มีบริการ 1 ด้าน	135	83.90 <sup>a,c</sup>	8.06	9.733	<.001***
มีบริการ 2 ด้าน	66	86.86 <sup>b</sup>	9.18		
มีบริการ 3 ด้าน	70	87.51 <sup>a</sup>	8.70		
มีบริการ 4 ด้าน	36	92.22 <sup>b,c</sup>	9.27		

\*\*\* p-value < .001

a,b,c กลุ่มที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วย LSD

จากตารางที่ 4.14 เมื่อพิจารณาจำนวนด้านของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 4 ด้าน มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $\bar{X}=92.22$ ) รองลงมาได้แก่หน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 3 ด้าน 2 ด้าน และ 1 ด้านตามลำดับ ( $X=87.51, 86.86, 83.90$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยจำนวนด้านแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระหว่าง 1 ด้านกับ 3 ด้าน กลุ่มระหว่าง 2 ด้านกับ 4 ด้าน และกลุ่มระหว่าง 1 ด้านกับ 4 ด้าน

**3.2.3 ปัจจัยด้านการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีการส่งเสริมการใช้บริการ 319 คน และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่มีการส่งเสริมการใช้บริการ 5 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.15 และ ตารางที่ 4.16



ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย (n=324 คน)

การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	U	p-value
มีกิจกรรม	319	86.07	9.06	-0.255	.799
ไม่มีกิจกรรม	5	86.60	11.55		

จากตารางที่ 4.15 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่ไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าหน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ( $X=86.60$ ,  $86.07$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย และไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในด้านการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามจำนวนกิจกรรมที่มีการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย (n=324 คน)

จำนวนกิจกรรมที่มีการส่งเสริม ฯ	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
มี 1-2 กิจกรรม	121	83.24 <sup>ab</sup>	8.96	10.34	<.001***
มี 3-4 กิจกรรม	93	87.31 <sup>a</sup>	8.09		
มี 5-7 กิจกรรม	105	88.23 <sup>b</sup>	9.22		

\*\*\* p-value < .001

<sup>ab</sup> กลุ่มที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD

เมื่อพิจารณาจำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีจำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย 5-7

กิจกรรม มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $X=88.23$ ) รองลงมาได้แก่หน่วยงานที่มีจำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย 3-4 กิจกรรม และ 1-2 กิจกรรมตามลำดับ ( $X=87.31, 83.24$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีจำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ คู่ระหว่างหน่วยงานที่มีกิจกรรมส่งเสริม 1-2 กิจกรรมกับหน่วยงานที่มีกิจกรรมส่งเสริม 3-4 กิจกรรม และคู่ระหว่างหน่วยงานที่มีกิจกรรมส่งเสริม 1-2 กิจกรรมกับหน่วยงานที่มีกิจกรรมส่งเสริม 5-7 กิจกรรม

### 3.2.4 ปัจจัยด้านความพร้อมของสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการการแพทย์แผนไทย

ตัวอย่างบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีความพร้อมของสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการการแพทย์แผนไทย 168 คน และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่มีความพร้อมของสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการการแพทย์แผนไทย 156 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านความพร้อมของสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการการแพทย์แผนไทย ( $n=324$  คน)

ความพร้อมด้านสถานที่ในการจัดบริการฯ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
มีการจัดสถานที่เหมาะสม เป็นสัดส่วน	168	87.56	9.21	-3.09	.002**
ไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะ	156	84.48	8.69		

\*\* p- value < .01

จากตารางที่ 4.17 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความพร้อมในการจัดสถานที่ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีการจัดสถานที่เฉพาะเป็นสัดส่วนเหมาะสมมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับให้บริการ ( $X=87.56, 84.48$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีสถานที่เฉพาะ เป็นสัดส่วนเหมาะสม และหน่วยงานที่ไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะ มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### 3.2.5 ปัจจัยด้านความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย

ตัวอย่างบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีความพร้อมของบุคลากรอย่างเพียงพอ 118 คน หน่วยงานที่มีความพร้อมของบุคลากรแต่จำนวนไม่เพียงพอ 115 คน และยังไม่มียุคลากรให้บริการเลย 91 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย (n=324 คน)

ความพร้อมด้านสถานที่ในการจัดบริการฯ	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
มี เพียงพอ	118	87.66 <sup>a</sup>	8.87	3.22	.041*
มี ไม่เพียงพอ	115	85.64	8.78		
ไม่มีบุคลากร	91	84.57 <sup>a</sup>	9.49		

\* p- value < .05

<sup>a</sup> คู่ที่มีสัญลักษณ์เหมือนกันคือคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD

จากตารางที่ 4.18 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีบุคลากรผู้ให้บริการเพียงพอมีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $\bar{X}=87.66$ ) รองลงมาได้แก่หน่วยงานที่มีบุคลากรผู้ให้บริการ แต่ไม่เพียงพอ และหน่วยงานที่ไม่มีบุคลากรให้บริการตามลำดับ ( $\bar{X}=85.64, 84.57$ ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีบุคลากรผู้ให้บริการแตกต่างกันมีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จำนวน 1 คู่ ได้แก่ คู่ระหว่างหน่วยงานที่มีบุคลากรผู้ให้บริการเพียงพอกับหน่วยงานที่ไม่มีบุคลากรผู้ให้บริการ

### 3.2.6 ปัจจัยด้านการเตรียมความรู้ของบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย

ตัวอย่างบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีการเตรียมความรู้ของบุคลากรอย่างเพียงพอ 156 คน หน่วยงานที่ไม่มีการเตรียมความรู้ของบุคลากร 159 คน และไม่ทราบ 9 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านการเตรียมความรู้ของบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย (n=315 คน)

การเตรียมความรู้ของบุคลากร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
มี การเตรียมความรู้	156	87.75	8.86	-3.62	< .001***
ไม่มี การเตรียมความรู้	159	84.13	8.87		

\*\*\* p- value < .001

จากตารางที่ 4.19 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการเตรียมองค์ความรู้ให้กับบุคลากร พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่มีการเตรียมองค์ความรู้ให้กับบุคลากรมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการเตรียมองค์ความรู้ให้กับบุคลากร ( $\bar{X}$ =87.75, 84.13 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่มีการเตรียมองค์ความรู้ให้กับบุคลากร และไม่มีการเตรียมองค์ความรู้ให้กับบุคลากร มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**3.2.7 ปัจจัยด้านการได้รับสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพียงพอ 58 คน หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน แต่ไม่เพียงพอ 102 คน และหน่วยงานที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน 152 คน บุคลากรอีก 12 คน ไม่ทราบว่าได้รับงบประมาณสนับสนุนหรือไม่ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยการได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทย (n=312 คน)

การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ	n	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
ได้รับการสนับสนุน เพียงพอ	58	87.66	9.44	1.751	.157
ได้รับการสนับสนุน ไม่เพียงพอ	102	86.97	9.33		
ไม่ได้รับการสนับสนุน	152	84.95	8.43		

จากตารางที่ 4.20 เมื่อพิจารณาปัจจัยการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพียงพอ มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $\bar{X}=87.66$ ) รองลงมาได้แก่หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน แต่ไม่เพียงพอ และหน่วยงานที่ไม่ได้รับการสนับสนุนตามลำดับ ( $\bar{X}=86.97, 84.95$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกับบุคลากรในหน่วยงานที่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**3.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประสิทธิภาพของการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**

### **3.3.1 ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจ**

**วินิจฉัยโรคแบบแผนไทย** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่เคยใช้บริการ 15 คน และบุคลากรที่ไม่เคยใช้บริการ 309 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.21 และตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับบริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย (n=324 คน)

ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	z	p-value
เคยใช้บริการ	15	88.80	7.70	-1.055	.291
ไม่เคยใช้บริการ	309	85.95	9.13		

จากตารางที่ 4.21 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาการบริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีเคยใช้บริการ ( $X=88.80, 85.95$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้บริการและไม่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามจำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย (n=15 คน)

จำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	z	p-value
1 ครั้ง	6	88.83	7.41	-.296	.767
มากกว่า 1 ครั้ง	9	88.78	8.33		

จากตารางที่ 4.22 เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการจำนวน 1 ครั้ง มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าผู้ที่เคยใช้บริการมากกว่า 1 ครั้ง ( $X=88.83, 88.78$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย 1 ครั้ง และเคยใช้บริการมากกว่า 1 ครั้งมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### 3.3.2 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านเภสัชกรรม

ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่เคยใช้บริการ 137 คน และบุคลากรที่ไม่เคยใช้บริการ 187 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.23 และตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับบริการด้านเภสัชกรรม (n=324 คน)

ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ด้านเภสัชกรรม	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
เคยใช้บริการ	137	88.26	8.87	3.785	< .001***
ไม่เคยใช้บริการ	187	84.48	8.92		

\*\*\* p- value < .001

จากตารางที่ 4.23 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาการบริการด้านเภสัชกรรม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีเคยใช้บริการ ( $\bar{X}$ =88.26, 84.48 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้บริการและไม่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามจำนวนครั้งของการใช้บริการด้านเภสัชกรรม (n=137 คน)

จำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านเภสัชกรรม	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
1 ครั้ง	39	87.13	7.77	4.076	.003
2 ครั้ง	47	89.30	9.62		
3 ครั้ง	19	89.58	8.57		
มากกว่า 3 ครั้ง	32	87.34	9.26		

จากตารางที่ 4.24 เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านเภสัชกรรม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการจำนวน 3 ครั้ง มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $X=89.60$ ) รองลงมาเคยใช้บริการ 2 ครั้ง มากกว่า 3 ครั้ง และ 1 ครั้ง ตามลำดับ ( $X=89.30, 87.34$  และ  $87.13$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การใช้บริการด้านเภสัชกรรมแตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**3.3.3 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่เคยใช้บริการ 134 คน และบุคลากรที่ไม่เคยใช้บริการ 190 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.25 และตารางที่ 4.26



ตารางที่ 4.25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับบริการด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (n=324 คน)

ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
เคยใช้บริการ	134	87.63	8.03	2.616	.009**
ไม่เคยใช้บริการ	190	84.98	9.62		

\*\* p- value < .01

จากตารางที่ 4.25 เมื่อพิจารณาการบริการด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกายพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีเคยใช้บริการ ( $X=87.63, 84.98$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้บริการและไม่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value=.009)

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามจำนวนครั้งของการใช้บริการด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (n=134 คน)

จำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย	n	$\bar{X}$	S.D.	F-ratio	p-value
1 ครั้ง	40	86.48	7.80	1.067	.366
2 ครั้ง	35	86.63	7.62		
3 ครั้ง	16	89.48	8.01		
มากกว่า 3 ครั้ง	43	88.86	8.53		

จากตารางที่ 4.26 เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการจำนวน 3 ครั้ง มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากที่สุด ( $\bar{X}=89.48$ ) รองลงมาเคยใช้บริการมากกว่า 3 ครั้ง 2

ครั้งและ 1 ครั้ง ตามลำดับ ( $X=88.68, 86.63$  และ  $86.48$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การใช้บริการด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย แตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**3.3.4 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค** ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งสิ้น 324 คน เป็นบุคลากรที่เคยใช้บริการ 44 คน และบุคลากรที่ไม่เคยใช้บริการ 280 คน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย แสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 4.27 และตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามปัจจัยด้านประสบการณ์ การได้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ( $n=324$  คน)

ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค					
เคยใช้บริการ	44	88.68	9.14	-2.057	.04*
ไม่เคยใช้บริการ	280	85.67	9.14		

\* p- value < .05

จากตารางที่ 4.27 เมื่อพิจารณาการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีเคยใช้บริการ ( $X=88.68, 85.67$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้บริการและไม่เคยใช้บริการมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4.28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามจำนวนครั้งของการใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (n=44 คน)

จำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	n	$\bar{X}$	S.D.	z	p-value
1 ครั้ง	19	89.95	6.74	-0.316	.752
มากกว่า 1 ครั้ง	25	87.72	10.66		

จากตารางที่ 4.28 เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการเคยใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยใช้บริการจำนวน 1 ครั้ง มีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมมากกว่าผู้ที่เคยใช้บริการมากกว่า 1 ครั้ง ( $\bar{X}=89.95, 87.72$  ตามลำดับ) เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแตกต่างกัน มีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### 3.3.5 สรุปสาเหตุที่บุคลากรสาธารณสุขไม่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

ข้อมูลรายละเอียด ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 จำนวนและร้อยละของสาเหตุที่บุคลากรไม่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย (n = 99 )

สาเหตุที่ไม่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	n	ร้อยละ
ไม่ทราบจะรับบริการที่ใด	3	3.03
ไม่ทราบว่าให้บริการด้านใดบ้าง	11	11.11
ไม่มั่นใจการแพทย์แผนไทย	12	12.12
คิดว่าไม่ปลอดภัย	2	2.02
ไม่เชื่อว่าได้ผล	6	6.06
ไม่เจ็บป่วย/ไม่มีเวลา	92	92.93
รวม	99	100.00

จากตารางที่ 4.29 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของบุคลากรที่ไม่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยไม่มีอาการเจ็บป่วย หรือไม่มีเวลารับบริการ พบร้อยละ 92.93 รองลงมาไม่มั่นใจการแพทย์แผนไทย ไม่ทราบว่ามิบริการด้านใดบ้าง ไม่เชื่อว่าได้ผล ไม่ทราบว่า จะรับบริการที่ใด และคิดว่าไม่ปลอดภัยพบร้อยละ 12.12 11.11 6.06 3.03 และ 2.02 ตามลำดับ

**ตอนที่ 4** ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

**4.1 ปัญหาอุปสรรค** ของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขเสนอปัญหาและอุปสรรคทั้งสิ้น 995 ประเด็น จากบุคลากรสาธารณสุข 324 คน รายละเอียด ดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 แสดงจำนวน ร้อยละของปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยใน  
จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 324 )

ปัญหาอุปสรรค 10 ลำดับแรก	จำนวน	ร้อยละ
<u>บุคลากรผู้ให้บริการ</u>		
1. ขาดความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ เฉพาะด้าน	184	56.8
2. จำนวนไม่เพียงพอ	168	51.9
<u>สถานที่</u>		
3. ไม่เป็นสัดส่วน คับแคบ ไม่สะดวก	109	33.6
<u>การประชาสัมพันธ์</u>		
4. ยังไม่ทั่วถึง / ขาดการประชาสัมพันธ์	99	30.6
<u>งบประมาณ</u>		
5. ไม่เพียงพอ / ไม่ชัดเจน / ไม่เพาะเจาะจง	76	23.5
<u>อุปกรณ์</u>		
6. มีไม่เพียงพอ / มีความเสี่ยง / ไม่ปลอดภัย	76	23.5
<u>ด้านเภสัชกรรม</u>		
7. ไม่มั่นใจด้านคุณภาพ / ขาดข้อมูลทางวิทยาศาสตร์รองรับ	51	15.7
<u>การตรวจวินิจฉัยโรคแบบไทย</u>		
8. ขาดความรู้/ขาดองค์ความรู้ /ขาดผู้รู้	46	14.2
<u>การพัฒนาบุคลากร</u>		
9. ขาดการวางแผน และความต่อเนื่อง	24	7.4
<u>ด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย</u>		
10. ขาดแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	18	5.6

จากตารางที่ 4.30 เมื่อพิจารณาปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยพบว่า ปัญหาบุคลากรด้านคุณภาพของบุคลากรที่ให้บริการยังขาดความชำนาญ และประสบการณ์มากที่สุด พบร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นปัญหาด้านจำนวนของบุคลากรที่รับผิดชอบงานมีน้อย ด้านสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง อุปกรณ์ไม่เพียงพอ งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ไม่มั่นใจด้านคุณภาพของยาสมุนไพร ผู้ให้การตรวจวินิจฉัยโรคขาดองค์ความรู้ ขาดการวางแผนเรื่องการพัฒนาคน และด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายยังขาด

แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ คิดเป็น ร้อยละ 51.9 33.6 30.6 23.5 23.5 15.7 14.2 7.4 และ 5.6 ตามลำดับ

**4.2 ข้อเสนอแนะ** ของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขเสนอข้อเสนอแนะทั้งสิ้น 483 ข้อเสนอแนะ จากบุคลากรสาธารณสุข 324 คน รายละเอียด ดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 แสดงจำนวน ร้อยละข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี (n = 324)

ข้อเสนอแนะ 10 ลำดับแรก	จำนวน	ร้อยละ
<u>ด้านบุคลากร</u>		
1. บุคลากรควรมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น และอบรมฟื้นฟูความรู้ สม่ำเสมอ /มีความชำนาญเฉพาะด้าน	79	24.4
2. ควรมีบุคลากรรับผิดชอบเฉพาะ / จ้างเพิ่ม /ควรขยายลงพื้นที่ ระดับตำบล/ อบรมเพิ่มจำนวน	72	22.2
<u>ด้านการประชาสัมพันธ์</u>		
3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกผ่านสื่อต่างๆ / นิทรรศการ	48	14.8
<u>ด้านสถานที่</u>		
4. สถานที่ให้บริการควรมีแบบมาตรฐาน / เพียงพอ / มิดชิด	47	14.5
<u>ด้านอุปกรณ์</u>		
5. อุปกรณ์ควรมีอย่างเพียงพอ เหมาะสม และปลอดภัย	34	10.5
<u>ด้านงบประมาณ</u>		
6. รัฐบาลควรจัดงบประมาณอย่างเพียงพอ / กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจน	25	7.7
<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</u>		
7. ควรจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างสำหรับประชาชนทั่วไป เช่น การ ออกกำลังกายแบบถ้ำยัดตุน การทำสมาธิ ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ	15	4.6
<u>ด้านการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคแบบไทย</u>		
8. ใช้หลักของการแพทย์แผนไทยในการวินิจฉัยโรค /ให้คำแนะนำ ที่เหมาะสมกับโรค	14	4.3

ตารางที่ 4.31 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ 10 ลำดับแรก	จำนวน	ร้อยละ
<u>ด้านการพัฒนาบุคลากร</u>		
9. ควรมีการวางแผนการผลิตบุคลากร / กรณีที่ไม่มีเฉพาะอาจส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม/ไม่ถือเป็นวันลา / มีการเซ็นสัญญาผูกพันกรณีที่จะส่งไปเรียน	12	3.7
10. ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของแพทย์, บุคลากรอื่น และแพทย์แผนไทยควบคู่กันไป เพื่อให้ประสานงานกันได้ / มีหลักสูตรในการเรียนการสอนของบุคลากรด้านสาธารณสุข	11	3.4
10. ผู้ให้บริการควรผ่านการรับรองมาตรฐานในองค์ความรู้จากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับและมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ	11	3.4

จากตารางที่ 4.31 เมื่อพิจารณาข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยพบว่า มีข้อเสนอแนะด้านคุณภาพของบุคลากรควรมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น และอบรมเพิ่มพูนความรู้สม่ำเสมอ / มีความชำนาญเฉพาะ มากที่สุด ร้อยละ 24.4 รองลงมาเป็นข้อเสนอแนะด้านปริมาณของบุคลากรให้มีการเพิ่มจำนวนให้เพียงพอ การประชาสัมพันธ์ควรทำอย่างจริงจังและทั่วถึง สถานที่ควรจัดให้เพียงพอเป็นสัดส่วน อุปกรณ์ควรจัดให้เพียงพอเหมาะสมปลอดภัย งบประมาณควรจัดสรรอย่างเพียงพอและกำหนดเกณฑ์การใช้ให้ชัดเจน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างสำหรับประชาชนทั่วไป ด้านการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคแบบไทยควรใช้หลักของการแพทย์แผนไทยในการวินิจฉัยโรค ด้านการพัฒนาบุคลากรควรมีการวางแผนการผลิตบุคลากรที่ดี ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย และผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยควรผ่านการรับรองมาตรฐานในองค์ความรู้จากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับ พบร้อยละ 22.2 14.8 14.5 10.5 7.7 4.6 4.3 3.7 3.4 และ 3.4 ตามลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย รวมถึงปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

การดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้านประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการ และระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 324 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติอัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายลักษณะประชากร ปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้านประสบการณ์ และระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ส่วนการทดสอบความแตกต่างของการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขเมื่อจำแนกตามลักษณะทางประชากรนั้นเสนอโดยการวิเคราะห์ความผันแปรทางเดียว (One-way ANOVA) student t -test Kruskal-Wallis test และ Mann-Whitney U test ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล ได้ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

1.1.2 เพื่อศึกษาระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี

1.1.3 เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย



1.1.4 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี

## 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

**1.2.1 ประชากรที่ศึกษา** คือบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ 314 ตัวอย่าง และสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 369 ตัวอย่าง

**1.2.2 เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้านประสบการณ์ การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย และปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

**1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง และสถานีนามัยในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 47 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าเชื่อมั่นของการยอมรับ 0.877

**1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล** การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสุ่มแบบหลายชั้น จากโรงพยาบาล 10 แห่ง และสถานีนามัย 87 แห่ง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม 2547 โดยความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง ในการประสานแจกและให้คำแนะนำการตอบแบบสอบถาม และรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนจำนวนทั้งสิ้น 324 ชุด คิดเป็นร้อยละ 87.80 ของแบบสอบถามทั้งหมดที่ส่งออกไป

### 1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วัดระดับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ตามคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุข กรณีมีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร และประเภทของหน่วยงาน ด้วย One-way ANOVA และทดสอบคู่ที่ต่างกันด้วย LSD กรณีที่ทดสอบหาความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกันได้แก่ ระดับการศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร ประเภทหน่วยงาน ความพร้อมด้านบุคลากร จะใช้ Kruskal Wallis test หากพบว่ามีคู่ใดคู่หนึ่งที่แตกต่างกัน ทำการทดสอบต่อด้วย Mann Whitney U test ทีละคู่

3) วัดระดับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ตามคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุข กรณีมี 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ นโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทย ความพร้อมในการจัดสถานที่ การเตรียมเรื่ององค์ความรู้แก่บุคลากร การมีการจัดบริการการมีกิจกรรมส่งเสริม โดยใช้สถิติ student t-test

### 1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

#### 1.3.1 การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิจัยพบว่ามี การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม อยู่ใน ระดับปานกลาง

#### 1.3.2 ระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิจัยพบว่าระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

#### 1.3.3 การเปรียบเทียบการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย

1) การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประเภทวิชาชีพ ประเภทของบุคลากร และประเภทของหน่วยงาน

คุณลักษณะที่แตกต่างกันของบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประเภทของวิชาชีพ ประเภทของบุคลากร ประเภทของหน่วยงาน ผลการวิจัยพบที่มีความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยเพศหญิงมีการยอมรับมากกว่าเพศชาย การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากระดับการศึกษาอื่นๆ วิชาชีพพยาบาลมีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากวิชาชีพเภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเภทบุคลากรผู้ปฏิบัติมีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากนักวิชาการ ประเภทของหน่วยงานสถานีนามัยมีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ยกเว้นอายุของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่พบความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย

2) การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีปัจจัยด้านหน่วยงานแตกต่างกัน ได้แก่ นโยบายสนับสนุนการจัดบริการ จำนวนด้านของการจัดบริการ จำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการ ความพร้อมด้านสถานที่ ความพร้อมด้านบุคลากร การเตรียมองค์ความรู้สำหรับบุคลากร และงบประมาณสนับสนุน

ปัจจัยด้านหน่วยงานที่แตกต่างกัน ได้แก่ นโยบายสนับสนุนการบริการการแพทย์แผนไทย จำนวนด้านของการให้บริการการแพทย์แผนไทย จำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ความพร้อมในการจัดบริการด้านสถานที่ ความพร้อมด้านบุคลากรผู้ให้บริการ การเตรียมองค์ความรู้สำหรับบุคลากร และการได้รับงบประมาณสนับสนุนของหน่วยงาน ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหน่วยงานที่มีนโยบายสนับสนุนมีการยอมรับมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีนโยบายสนับสนุน หน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีการยอมรับมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการ และหน่วยงานที่มีการจัดบริการ 4 ด้าน มีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากหน่วยงานที่มีการจัดบริการ 2 ด้าน และ 1 ด้าน หน่วยงานที่มีการจัดบริการที่มีการจัดบริการ 3 ด้าน มีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากหน่วยงานที่มีการจัด 1 ด้าน หน่วยงานที่มีกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการ 1-2 กิจกรรม มีความแตกต่างของการยอมรับแตกต่างจากหน่วยงานที่มีกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการ 3-4 กิจกรรม และ 5-7 กิจกรรม หน่วยงานที่มีความพร้อมในการจัดสถานที่เฉพาะเหมาะสม เป็นสัดส่วน มีการยอมรับมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะ หน่วยงานที่มีความพร้อมด้านบุคลากรผู้ให้บริการ มีการยอมรับมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีความพร้อม หน่วยงานที่มีการเตรียมเรื่ององค์ความรู้ของบุคลากร มีการยอมรับมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการเตรียมองค์ความรู้ ยกเว้นการได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่พบความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยเทียบกับหน่วยงานที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน

3) การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีปัจจัยด้านประสบการณ์แตกต่างกัน ได้แก่ จำนวนครั้งของการเคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านต่างๆ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา

ปัจจัยด้านประสบการณ์การเคยใช้บริการในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ที่แตกต่างกันได้แก่ด้านด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่าด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย การเคยใช้บริการพบว่าไม่มีความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเคยใช้บริการ 1 ครั้ง กับเคยใช้บริการมากกว่า 1 ครั้ง ก็ไม่พบว่ามีความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านเภสัชกรรม การเคยใช้บริการพบว่ามีความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่เคยใช้บริการมีการยอมรับมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเคยใช้บริการ 1 ครั้ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้ง ไม่พบความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย พบว่าการเคยใช้บริการมีความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่เคยใช้บริการมีการยอมรับมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเคยใช้บริการ 1 ครั้ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้ง ไม่พบความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค การเคยใช้บริการพบว่ามีความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่เคยใช้บริการมีการยอมรับมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเคยใช้บริการ 1 ครั้ง กับมากกว่า 1 ครั้ง ไม่พบความแตกต่างกันของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาเหตุส่วนใหญ่ที่บุคลากรไม่เคยใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บป่วย หรือไม่มีเวลาใช้บริการ และส่วนน้อยพบว่าไม่มั่นใจในบริการการแพทย์แผนไทย ไม่ทราบว่ามีบริการด้านใดบ้าง ไม่เชื่อว่าได้ผล ไม่ทราบว่าจะรับบริการที่ใด และน้อยที่สุดคิดว่าไม่ปลอดภัย

### **1.3.4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี**

1) **ปัญหาอุปสรรคต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี**  
 จากผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย 10 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคด้านคุณภาพของบุคลากรที่ให้บริการยังขาดความชำนาญและประสบการณ์มากที่สุด พบร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นปัญหาด้านจำนวนของบุคลากรที่รับผิดชอบงานมีน้อย ด้านสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง อุปกรณ์ไม่เพียงพองบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ไม่มั่นใจด้านคุณภาพของยาสมุนไพร ผู้ให้การตรวจวินิจฉัยโรคขาดองค์ความรู้ ขาดการวางแผนเรื่องการพัฒนาคน และด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายยังขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ คิดเป็น ร้อยละ 51.9 33.6 30.6 23.5 23.5 15.7 14.2 7.4 และ 5.6 ตามลำดับ

## 2) ข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี

จากผลการวิจัยพบว่า ข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย 10 อันดับแรก ได้แก่ ข้อเสนอแนะด้านคุณภาพของบุคลากรควรมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น และให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความชำนาญเฉพาะ มากที่สุด ร้อยละ 24.4 รองลงมาเป็น ข้อเสนอแนะด้านปริมาณของบุคลากรให้มีการเพิ่มจำนวนให้เพียงพอ การประชาสัมพันธ์ควรทำอย่างจริงจังและทั่วถึง สถานที่ควรจัดให้เพียงพอเป็นสัดส่วน อุปกรณ์ควรจัดให้เพียงพอเหมาะสมปลอดภัย งบประมาณควรจัดสรรอย่างเพียงพอและกำหนดเกณฑ์การใช้ให้ชัดเจน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างสำหรับประชาชนทั่วไป ด้านการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคแบบไทยควรใช้หลักของการแพทย์แผนไทยในการวินิจฉัยโรค ด้านการพัฒนาบุคลากรควรมีการวางแผนการผลิตบุคลากรที่ดี ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย และผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยควรผ่านการรับรองมาตรฐาน ในองค์ความรู้จากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับ พบร้อยละ 22.2 14.8 14.5 10.5 7.7 4.6 4.3 3.7 และ 3.4 ตามลำดับ

## 2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ในแต่ละข้อ ดังต่อไปนี้

### 2.1 การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิจัย พบว่า การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรียังอยู่ในช่วงของการเริ่มดำเนินการ ช่วงแรกๆ ยังไม่เป็นที่รู้จัก หรือแพร่หลายมากนักเนื่องจากการจัดบริการยังมีไม่ครบทุกสถานบริการ (มีจัดบริการ ร้อยละ 94.75 มีจัดบริการครบทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 11.11 มีการจัดบริการแต่ไม่ครบทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 83.64 และยังไม่มีการจัดบริการเลย ร้อยละ 5.25 ) และนโยบายระดับจังหวัดยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้แต่ละสถานบริการภายในจังหวัดสุพรรณบุรี ยังไม่มีนโยบาย และแนวทางปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างมาทางมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยวัตร คมพัยค์ม์ และคณะ (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยกับแพทย์อายุรเวท พบว่า สาเหตุที่มารับบริการส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์แผน

ไทย ทั้งด้านผู้ให้การรักษา กระบวนการรักษาและยาสมุนไพร รวมทั้งราคาที่ไม่แพง และ การศึกษาของ อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ และคณะ (2535: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนา รูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน พบว่า บุคลากร สาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่าการบริการการแพทย์แผนไทยมีประโยชน์ควรพัฒนาต่อไป

## 2.2 การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิจัย พบว่าการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกันทุกด้าน แต่ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียาค่าเฉลี่ยของการยอมรับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการนวดแผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการ บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่ง สามารถอธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ประชาชนรู้จักการแพทย์แผนไทยในเรื่องของการนวดแผนไทย การ นวดคลายเครียด การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงาน ของศูนย์ ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วประเทศ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่รับบริการด้านการ นวดแผนไทยมากที่สุด ร้อยละ 31.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ และคณะ (2530) ศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการ ญาติ และผู้ให้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข ของรัฐ เกี่ยวกับการนำการนวดแผนไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยต่อการนำการนวดแผนไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 84 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัตน์ ประชุมพันธ์ และคณะ (2542) ศึกษา จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลพบ ว่า ผู้รับบริการรับ การรักษาโดยการนวดแผนไทยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.5

## 2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยระหว่าง บุคลากรที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้าน ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย

### 2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1) *ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ* พบความแตกต่างของการยอมรับต่อบริการ การแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีการยอมรับต่อบริการ การแพทย์แผนไทยมากกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่าเพศหญิงอาจมีการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย และ นิยมไปพบแพทย์มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณศรี มงคลชาติ (2535) ศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณ และยาสมุนไพรของประชากรไทย พบว่า เพศหญิงมีการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอี่ยมพร

สุวรรณไตรย์ และประจวบ รักแพทย์ (2535: 21-23) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้รับบริการเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ฝึกคำ (2545: 67) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกเขตพื้นที่กองทัพภาคที่ 1 พบว่า การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ของบุคลากรในระดับสูง เพศหญิง ร้อยละ 26.6 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 5.5

2) *ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ* พบว่ากลุ่มอายุน้อยมีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มอายุมาก แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการที่คนรุ่นใหม่ยอมรับการบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่า อาจเนื่องจากได้รับข้อมูลและข่าวสารการเรียนรู้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ เกษะรักษ์ (2535: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้เข็มฉีดยาของผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของเข็มฉีดยามีการยอมรับและใช้เข็มฉีดยามากกว่ากลุ่มอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ฝึกคำ (2545: 67) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกเขตพื้นที่กองทัพภาคที่ 1 พบว่า การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ของบุคลากรในระดับสูง พบในกลุ่มอายุน้อยมากกว่ากลุ่มอายุมาก

3) *ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา* พบว่ากลุ่มที่การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีมีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยมากที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และกลุ่มระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงยอมรับการบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่า อาจเนื่องจาก มีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารการเรียนรู้มากกว่า ประกอบกับกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรี และมากกว่าปริญญาตรีอาจมาจากกลุ่มที่มีการศึกษาต่อเนื่องซึ่งในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องจะมีการสอดแทรกวิชาการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ เกษะรักษ์ (2535) ดังกล่าวแล้วข้างต้น

4) *ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประเภทของวิชาชีพ* พบว่ากลุ่มพยาบาลมีการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มเภสัชกร และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพบความแตกต่างกันของการยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่างานบริการการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล และผู้ที่สัมผัส หรือเกี่ยวข้องมากที่สุดมักเป็นกลุ่มพยาบาล และแพทย์เพราะมีความสัมพันธ์กันในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วย เพราะฉะนั้นเมื่อมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันจึงส่งผลให้มีการยอมรับสูงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (2538) ศึกษาทัศนคติและการ

ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี ต่อการวางแผนไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพ พบว่าอาชีพแพทย์และเภสัชกร มีแนวโน้มยอมรับการวางแผนไทยน้อยกว่าอาชีพอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ พิภพคำ (2545: 67) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกเขตพื้นที่ กองทัพภาคที่ 1 พบว่า การดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ของบุคลากรในระดับสูง ปัจจัยด้านวิชาชีพพบวิชาชีพพยาบาล ร้อยละ 27.3 วิชาชีพแพทย์ ร้อยละ 3.4 และวิชาชีพเภสัชกร ร้อยละ 1.4

5) *ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประเภทของบุคลากร* พบว่าผู้ปฏิบัติมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่านักวิชาการ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลุ่มอื่นๆไม่พบแตกต่างกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติมีโอกาสสัมผัสงานเนื่องจากต้องประสานงานกัน และมีเวลาไปใช้บริการมากกว่าจึงส่งผลให้มีการยอมรับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพร ผิงงาม (2533) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมของประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการยอมรับมากที่สุด คือผู้ที่ปฏิบัติทุกครั้ง

6) *ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประเภทของหน่วยงาน* พบว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าสถานีนอนามัย โดยพบความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่างานการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จึงส่งผลให้การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าสถานีนอนามัย นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยชัดเจนและผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีใบระกอบโรคศิลปะแผนไทยแล้ว และในกลุ่มที่เบิกได้ยังสามารถนำค่าใช้จ่ายของค่าบริการไปเบิกคืนได้จึงส่งผลให้มีการยอมรับสูงกว่า ตามทฤษฎีการยอมรับของ ฟอสเตอร์ (Foster, 1973: 146-147) ที่ว่าการที่ประชาชนได้เรียนรู้ผ่านการศึกษา โดยผ่านชั้นการรับรู้ การยอมรับจะเกิดขึ้นได้ และการเรียนรู้นั้นจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้ทดลองปฏิบัติ และแน่ใจว่าสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแน่นอน

### 2.3.2 ปัจจัยด้านหน่วยงาน

1) *ปัจจัยด้านนโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทย* พบว่า หน่วยงานที่มีนโยบายสนับสนุนมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีนโยบายสนับสนุน โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าหน่วยงานที่มีนโยบายย่อมมีแรงผลักดันให้บุคลากรตื่นตัวและรับรู้ จึงส่งเสริมให้เกิดการยอมรับตามมา สอดคล้องกันกับ อนันต์ ถันทอง (2542) ศึกษา บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนต่อการนำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านบวกต่อการ



แสดงบทบาทในงานการแพทย์แผนไทยมากที่สุดคือ การที่ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนมีนโยบายและสนับสนุนงานอย่างเต็มที่ โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยโดยตรง พบ ร้อยละ 91.7 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณี ภิญญารัตน์ และเสาวภา พรสิริพงษ์ (2543) พบว่าการพัฒนาสถานบริการแผนโบราณไม่สามารถเน้นเฉพาะเรื่องสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวได้ จำเป็นต้องพัฒนาทั้งระบบการแพทย์แผนไทย ได้แก่มีการกำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาสถานพยาบาลแผนโบราณอย่างเร่งด่วน จัดทำมาตรฐาน รัฐสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ จัดตั้งสภาวิชาชีพเพื่อดูแล ควบคุม ส่งเสริมให้มีการนำการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

2) *ปัจจัยด้านหน่วยงานมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย* พบว่าหน่วยงานที่มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการ โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าหน่วยงานที่มีการจัดบริการทำให้นุคลากรได้เห็นรูปแบบของการบริการ พร้อมทั้งยังสามารถเข้ารับบริการ ได้สะดวกส่งผลให้เกิดการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยได้มากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการ และด้วยเหตุผลเดียวกันจึงส่งผลให้หน่วยงานที่มีจำนวนด้านของบริการมากกว่ามีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่มีบริการจำนวนด้านน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2540: 38) ที่แบ่งระดับการบริการ เป็น 4 ระดับ ตามจำนวนกิจกรรมที่จัดให้บริการ และสัมพันธ์กับการศึกษาของกุสุมา ศรียากุล (2543) ที่พบว่ารูปแบบการให้บริการต้องผสมผสานแบบครบวงจร เพื่อให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน

3) *ปัจจัยด้านหน่วยงานมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย* พบว่าหน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยไม่ต่างจากหน่วยงานที่ไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่หน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการจำนวนกิจกรรมมากจะมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้บริการในจำนวนกิจกรรมที่น้อยกว่า โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบาย ได้ว่าบุคลากรที่มีการยอมรับมากกว่าเนื่องจากได้รับข้อมูลมากกว่าจากจำนวนกิจกรรมที่มากกว่าที่หน่วยงานจัดให้มีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ เกษะรักษ์ (2635) ศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้เข็มฉีดยาของผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานคร ที่ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการใช้เข็มฉีดยา คือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ และสอดคล้องกับ ศักดา มยุขโชติ (2538) ศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้เครื่องป้องกันมลพิษจากการพันสีรถยนต์ของช่างเคาะ ฟันสีในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับคือการได้รับข้อมูลข่าวสาร

และสอดคล้องกับ ปิยรัตน์ นิ่มสกุล (2539) ศึกษาเรื่อง การยอมรับนำฝากปลอดสารพิษมาบริโภคของแม่บ้าน ในเขตคอนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการบริโภคฝากปลอดสารพิษ คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร

4) ปัจจัยด้านหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดเตรียมสถานที่ พบว่าหน่วยงานที่มีการจัดเตรียมความพร้อมด้านสถานที่เหมาะสม และเป็นสัดส่วนมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีการจัดสถานที่เฉพาะ โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านหน่วยงานด้านความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่าหน่วยงานที่มีความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการมากกว่ามีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีความพร้อมของบุคลากรผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านหน่วยงานด้านการเตรียมองค์ความรู้ของบุคลากร พบว่าหน่วยงานที่มีการเตรียมองค์ความรู้ของบุคลากรมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่ไม่มีเตรียมองค์ความรู้ของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมีการยอมรับต่อบริการมากกว่าเนื่องจากเมื่อมีสถานที่ที่เหมาะสม เป็นสัดส่วน ผู้ให้บริการมีความพร้อมและมีองค์ความรู้จากการเข้าอบรม หรือประสบการณ์ตรง ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความสะดวกและรวดเร็ว และพึงพอใจในการใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกันกับนิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2535) ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน ในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการพัฒนาระบบบริการและสถานที่ให้บริการ ทำให้บริการได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้มีผู้สนใจใช้บริการมากขึ้น

5) ปัจจัยด้านหน่วยงานได้รับงบประมาณสนับสนุน พบว่าหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพียงพอมีการยอมรับต่อบริการมากกว่าหน่วยงานที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพียงพอมีศักยภาพในการจัดบริการและสามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสมจึงทำให้การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าหน่วยงานที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกันกับ การศึกษาของดลิตา ชังสิริพร (2545: 161) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการจัดบริการได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์จากผู้บริหาร ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 2.3.3 ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

1) ประสบการณ์ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย พบว่าการยอมรับของผู้ที่เคยใช้บริการและผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เคยใช้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย มีเพียง ร้อยละ 4.6 ซึ่งถือว่าจำนวนค่อนข้างน้อย อาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีในการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามสอดคล้องกันกับ สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ และคณะ (2528) ศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และประชาชนที่อยู่ใน ชนบทจังหวัดนครพนมพบว่า มีความเชื่อถือน้อยในความสามารถในการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนโบราณ

2) *ประสบการณ์ด้านเภสัชกรรม* พบว่าผู้ที่เคยใช้บริการมีการยอมรับมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนครั้งที่แตกต่างกันไม่ได้ส่งผลให้การยอมรับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ ยุภาพรรณ มั่นกระโทก (2535) ศึกษาทัศนคติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนต่อการผสมผสานยาสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถาม กับประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ บุญมาศ ลินฐุประภา และจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2533) ศึกษาเรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนคติของ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ เก็บข้อมูลในเขตภาคเหนือ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีการยอมรับยาสมุนไพรมากที่สุด รองลงมาเป็นหมอนวดจับเส้น และหมอดำยา

3) *ประสบการณ์ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย* พบว่าผู้ที่เคยใช้บริการมีการยอมรับมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนครั้งที่แตกต่างกันไม่พบความแตกต่างกันของการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลิตา ชั่งสิริพร (2545: 163) พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการมารับบริการเพื่อการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ

4) *ประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค* พบว่าผู้ที่เคยใช้บริการมีการยอมรับมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ โดยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนครั้งที่แตกต่างกันไม่พบความแตกต่างกันของการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลิตา ชั่งสิริพร (2545: 163) พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการมารับบริการเพื่อการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่าส่วนใหญ่ในกลุ่มที่เคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านต่างๆ จะมีการยอมรับต่อบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการ อธิบายได้ว่าผู้ที่เคยใช้บริการจะมีประสบการณ์การใช้และได้รับรู้ผลดีที่ได้จากการใช้บริการ จึงเกิดการยอมรับมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีการยอมรับของ ฟอสเตอร์ (Foster, 1973: 146-147) ที่กล่าวว่า การยอมรับหมายถึงการที่

ประชาชนได้เรียนรู้ผ่านการศีกษา โดยผ่านขั้นการรับรู้ และได้ทดลองปฏิบัติ แล้วรับรู้ว่าสิ่งนั้นได้ประโยชน์จริง

#### 2.4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดสุพรรณบุรี

**2.4.1 ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย** ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเป็นเรื่องคุณภาพของบุคลากรด้านองค์ความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้าน ประสิทธิภาพ พบมากที่สุดร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นเรื่องปริมาณของบุคลากรไม่เพียงพอ พบร้อยละ 51.9 สถานที่ไม่เป็นสัดส่วน พบร้อยละ 33.6 การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง พบร้อยละ 30.6 งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ พบร้อยละ 23.5 และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ พบร้อยละ 23.5 อธิบายว่าเมื่อขาดบุคลากร หรือขาดบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและความชำนาญ จะส่งผลถึงความน่าเชื่อถือ และความไม่ยั่งยืนของการจัดบริการในหน่วยงานนั้นๆ สถานที่ที่ไม่เป็นสัดส่วน ไม่มีขีดความสามารถให้ผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิงไม่มารับบริการต่อไป การขาดการประชาสัมพันธ์จะส่งผลให้ไม่เป็นที่รู้จักและไม่เป็นที่ยอมรับในวงกว้าง ด้านงบประมาณสนับสนุน และอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นหากขาดจะส่งให้ระบบบริการไม่เพียงพอ ทั่วถึง และไม่สามารถสร้างความประทับใจให้ผู้มารับบริการได้

**2.4.2 ข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทย** ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เสนอให้มีการเพิ่มความรู้ความชำนาญแก่ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 24.4 รองลงมาเสนอให้เพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง ร้อยละ 22.2 ให้มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง ร้อยละ 14.8 ให้จัดสถานที่ให้บริการอย่างเพียงพอ เหมาะสม และเป็นสัดส่วน ร้อยละ 14.5 ให้จัดหาอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและปลอดภัย ร้อยละ 10.5 และจัดหางบประมาณอย่างเพียงพอ ร้อยละ 7.7 อธิบายได้ว่าหากมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย และต้องการให้งานบริการการแพทย์แผนไทยเป็นที่นิยมแพร่หลาย ควรมีแผนการพัฒนาบุคลากร อบรมความรู้เพิ่มความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จัดหาบุคลากรผู้ให้บริการอย่างเพียงพอ รวมถึงจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมเป็นสัดส่วน จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้อย่างเพียงพอ และที่ขาดไม่ได้คือการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง จะส่งผลถึงความน่าเชื่อถือ และความยั่งยืนของการจัดบริการในหน่วยงานนั้นๆ ต่อไป

จากผลการวิจัยด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ สอดคล้องกันกับการศีกษาของเพ็ญญา ททรัพย์เจริญ และคณะ (2538: 1-9) เรื่อง การประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชนและโรงเรียน พบว่า การแพทย์แผนไทยมีศักยภาพในดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงได้ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง ฯลฯ แต่มีผู้เชี่ยวชาญเหลืออยู่น้อย และบุคลากรการแพทย์ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ ขาดประสบการณ์และความชำนาญ การนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ใหม่จำเป็นต้องศีกษา คัดเลือกและประยุกต์ใช้ให้

เหมาะสมกับข้อจำกัดและควบคู่ไปกับการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นระบบและมีหลักฐานน่าเชื่อถือ เพื่อให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข และผู้ใช้บริการ

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจนเพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขมีงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

3.1.2 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดกรอบอัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน เพื่อให้มีบุคลากรปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและมีขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน

3.1.3 สถาบันการศึกษาที่ทำหน้าที่ ในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขบางสถาบัน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ ควรมีการกำหนดหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยลงไปในระบบการเรียนการสอน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดมีพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และสามารถนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการเชื่อมประสาน ในการให้บริการแก่ประชาชนในระบบบริการสุขภาพของไทยต่อไปได้อย่างดี

3.1.4 ระดับจังหวัดควรมีการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่เป็นรูปธรรม และมีระบบการประเมินผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

3.1.5 สถานบริการควรมีการจัดสถานบริการในการให้บริการที่เป็นสัดส่วน เตรียมบุคลากรทั้งด้านจำนวนและองค์ความรู้ให้พร้อม รวมทั้งมีการกำหนดให้การบริการด้านการแพทย์แผนไทยเป็นนโยบายของหน่วยงาน รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วถึงกัน ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2538: 1-9) เรื่อง การประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชนและโรงเรียน พบว่า การแพทย์แผนไทย มีศักยภาพในการรักษาโรคเรื้อรังร้ายแรงได้ แต่มีผู้เชี่ยวชาญเหลืออยู่น้อย และบุคลากรการแพทย์ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ ขาดประสบการณ์และความชำนาญ การนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ใหม่จำเป็นต้องศึกษา คัดเลือกและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและควบคู่ไปกับการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นระบบและเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข และ ผู้ใช้บริการ

3.1.6 สถานบริการควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการใช้วิธีการการแพทย์แผนไทยในการรักษาสุขภาพและกำหนดเป็นแนวทางที่ชัดเจน เช่น จัดให้มีการรณรงค์ออกกำลังกายด้วย

ท่าอากาศยาน คัดค้าน อาหารที่ใช้บริการผู้ป่วยในควรเป็นอาหารประเภทสมุนไพร หรืออาหารที่มีคุณค่าทางอาหารสูง ได้แก่ แกงเลี้ยงผักพื้นบ้าน ยาฝักรวม เครื่องดื่มเป็นประเภทน้ำสมุนไพร การตรวจวินิจฉัยโรคต้องใช้หลักการหรือศาสตร์ของการแพทย์แผนไทย ผนวกกับการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน พร้อมทั้งมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารในการปรับธาตุเจ้าเรือนให้สมดุล แก่ผู้มารับบริการเป็นต้น

3.1.7 สถานบริการควรมีการจัดบริการหลากหลายกิจกรรม หรือมีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยหลายด้าน เพื่อเพิ่มการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวม ผลจากการวิจัยพบว่า มีการใช้บริการด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย มากที่สุด (ร้อยละ 66.36) รองลงมาใช้บริการด้านเภสัชกรรม (ร้อยละ 58.64) และด้านที่มีการใช้บริการน้อยที่สุด คือ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย (ร้อยละ 16.67) ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มกิจกรรมหรือส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมโดยการจัดหาบุคลากรให้เพียงพอทั้งจำนวนและความชำนาญ รวมถึงมีนโยบายที่ชัดเจนต่อกิจกรรมด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทยให้มากขึ้น

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการการแพทย์แผนไทยในกลุ่มผู้บริหารระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และหัวหน้าหน่วยราชการด้านสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคแบบเจาะลึก

3.2.2 ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน ในประเด็นค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ต้นทุนการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงประสิทธิผลของการรักษา

3.2.3 ศึกษาเจาะลึกด้านคุณภาพ และส่วนขาดของบุคลากรที่ให้บริการในแต่ละด้าน

3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยควรมีการชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจให้ตรงกับผู้วิจัย เพื่อไม่ให้ผู้ตอบหลงประเด็น

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม



## ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถาม

1. ดร.สาวิตรี เทียนชัย  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
สาธารณสุขสุขุภักดิ์บัณฑิต (ประชากรศึกษา)  
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 8 หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ กองการแพทย์ทางเลือก  
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
2. ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (อนามัยครอบครัว)  
สาธารณสุขสุขุภักดิ์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)  
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 8 หัวหน้างานพัฒนาบุคลากรและสุขภาพภาคประชาชน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
3. นางสาวศุภลักษณ์ ฝึกคำ  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)  
อาจารย์แพทย์แผนไทย ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. นายชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)  
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 7 หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

**ภาคผนวก ข**

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

สำหรับแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข  
ในจังหวัดสุพรรณบุรี

## คำชี้แจง

- 1) แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสุพรรณบุรี “
- 2) ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับระบบบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐให้เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับยิ่งขึ้นต่อไป
- 3) ข้อมูลของท่านจะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมไม่แยกเฉพาะบุคคลจะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย หมายถึง การตรวจวินิจฉัยอาการโรคโดยวิธีการแพทย์แผนไทยโดยผู้ผ่านการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง
2. ด้านเภสัชกรรม หมายถึง การให้การรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรหรือตามตำรับยาแผนไทย การปรุงยาสมุนไพร การจำหน่ายยาสมุนไพร หรือยาตำรับแผนไทยสามัญประจำบ้าน
3. ด้านการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย หมายถึง การรักษาตามรูปแบบวิธีการแพทย์แผนไทย เช่นการรักษาด้วยเภสัชกรรมไทย เวชกรรมไทย การนวดไทย ตลอดจนการอบประคบสมุนไพร และการดูแลมารดาและเด็กหลังคลอด เป็นต้น
4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หมายถึง การให้คำปรึกษาแนะนำตามหลักกรรมานามัย เช่นการใช้ยาสมุนไพรป้องกันโรคที่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล ตามเพศ ตามอายุหรือวัยของผู้รับบริการ การใช้สมุนไพรไต้ยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก หรือยุงแมลง สัตว์เห็ดราคาถา การใช้สมุนไพรเป็นอาหารตามฤดูกาล หรือใช้เป็นเครื่องสำอาง ตลอดจนการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีคัตถน และการทำสมาธิ

**คำชี้แจง** กรุณาเติมคำตอบลงในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือใส่เครื่องหมาย  ลงใน  หน้า  
คำตอบที่ตรงความรู้สึกรของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว ยกเว้น ข้อที่ระบุว่าตอบได้  
มากกว่า 1 ข้อ

**แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้**

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านหน่วยงานที่มีผลต่อการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผน

ไทย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยในลักษณะต่างๆ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย  
ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

---

**ขอขอบคุณในความร่วมมือของทุกท่าน**

เภสัชกรหญิงฉวีวรรณ ม่วงน้อย

ผู้วิจัย

**คำชี้แจง** กรุณาเติมคำตอบที่ถูกต้องในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าคำตอบที่ตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว ยกเว้น ข้อที่ระบุว่าตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

**1.1.1.1.1 ส่วนที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

1. เพศ

1. ชาย  
 2. หญิง

2. อายุ (นับอายุเฉพาะจำนวนปีที่เต็ม) .....ปี

3. การศึกษา

1. อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร  
 2. ปริญญาตรี  
 3. ปริญญาโทหรือสูงกว่า  
 4. อื่นๆ ระบุ.....

4. ประเภทของวิชาชีพ

1. แพทย์  
 2. เกษตรกร  
 3. พยาบาล  
 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. ประเภทของบุคลากร

1. หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้บริหาร ระบุ.....  
 2. ผู้ปฏิบัติ  
 3. นักวิชาการ

6. ประเภทของหน่วยงาน

1. โรงพยาบาลศูนย์  
 2. โรงพยาบาลทั่วไป  
 3. โรงพยาบาลชุมชน (โปรดระบุขนาด .....เตียง)  
 4. สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านหน่วยงานที่มีผลต่อการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย

1. เกี่ยวกับนโยบายสนับสนุนการแพทย์แผนไทยของหน่วยงานของท่าน

1. มี โปรครระบุ.....
2. ไม่มี
3. ไม่ทราบ

2. กรณีที่หน่วยงานของท่านมีบริการด้านการแพทย์แผนไทย การบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (ถ้าไม่มีบริการให้ข้ามไปตอบใน ส่วนที่ 3)

1. มีการตรวจวินิจฉัยแบบแพทย์แผนไทย
2. มีด้านเภสัชกรรม
3. มีด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย
4. มีด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
5. ไม่มี

3. การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยงานท่าน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย
2. มีมุมจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และอุปกรณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
3. เปิดการอบรมด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่กลุ่มผู้สนใจ / ส่งบุคลากรไปอบรม
4. มีการส่งต่อผู้ป่วยแผนกต่างๆ ไปรับบริการที่หน่วยงาน/คลินิกแพทย์แผนไทย
5. เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้สนใจเข้ารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยตาม ความต้องการได้
6. หน่วยงานของท่านได้จัดให้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ในชุดสิทธิด้านการ รักษาพยาบาล (บัตร 30 บาท ประกันสังคม พรบ. เบิกได้ ฯลฯ)
7. มีการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทยในรูปแบบอื่นๆ ระบุ .....
- .....

4. ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของท่าน

4.1 สถานที่ที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย

1. ไม่มีสถานที่เฉพาะ
2. มี แต่ยังไม่เป็นสัดส่วน
3. มี เหมาะสม เป็นสัดส่วนดีแล้ว

## 4.2 บุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย

- 1. ไม่มี
- 2. มี แต่ไม่เพียงพอ
- 3. มี จำนวนเพียงพอ

## 4.3 มีการเตรียมการอบรมบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ล่วงหน้า หรือไม่

- 1. ไม่มี
- 2. มี โปรดระบุเรื่องที่เคยได้รับการอบรม.....  
.....

## 4.4 ในสถานบริการของท่านได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการแพทย์แผนไทยเฉพาะ

- 1. ไม่มี
- 2. มี แต่ไม่เพียงพอ
- 3. มี และเพียงพอ

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่มีต่อการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย

1. ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมามีท่านเคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยด้านใดด้านหนึ่งบ้างหรือไม่ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแพทย์แผนไทย จำนวน....ครั้ง
- 2. ด้านเภสัชกรรม (ใช้ยาสมุนไพร) จำนวน....ครั้ง
- 3. ด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย (อบสมุนไพร นวดตัว นวดหน้า นวดฝ่าเท้า ฯลฯ) จำนวน....ครั้ง
- 4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (อบสมุนไพร ใช้อาหารตามธาตุ ทำสมาธิ กายบริหารท่าฤๅษีดัดตน ฯลฯ) จำนวน....ครั้ง
- 5. อื่นๆ ระบุ..... จำนวน....ครั้ง
- 6. ยังไม่เคยเลย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 1. ไม่ทราบจะรับบริการที่ใด
  - 2. ไม่ทราบว่ามีการแพทย์แผนไทยด้านใดบ้าง
  - 3. ยังไม่มั่นใจบริการแพทย์แผนไทย
  - 4. คิดว่าไม่ปลอดภัย
  - 5. ไม่เชื่อว่าจะได้ผล
  - 6. อื่นๆ ระบุ.....



**ส่วนที่ 4** ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยในลักษณะต่างๆ

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย ของท่านมากที่สุด

ข้อ	กิจกรรมหรือลักษณะการให้บริการ การแพทย์แผนไทย	ระดับการยอมรับหรือเห็นด้วยกับ ข้อความตามกิจกรรม				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	<b>ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแพทย์แผนไทย</b> การรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยมีความ น่าเชื่อถือ					
2	ท่านคิดว่าผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะเวชกรรม แผนโบราณสามารถตรวจรักษาโรคได้					
3	ทฤษฎีการของแพทย์แผนไทยในเรื่องความสมดุล ของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟน่าเชื่อถือ					
4	แพทย์แผนไทยในพื้นที่ของท่านสามารถให้การ รักษาโรคของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ ท่านได้					
5	หลักพุทธศาสนาและโหราศาสตร์สามารถนำมา ช่วยประกอบการตรวจและวินิจฉัยโรคได้					
6	การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยยากแก่การเข้าใจ					
	<b>ด้านเภสัชกรรม</b>					
7	ยาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเชื่อถือได้					
8	ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดไว้ให้บริการในสถาน บริการของท่านมีการควบคุมคุณภาพ					
9	ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดไว้ให้บริการในสถาน บริการของท่านเพียงพอกับความต้องการใช้					
10	ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคมักมี กลิ่นที่ทำให้ไม่เป็นที่นิยมใช้					
11	ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดไว้ให้บริการใน สถานพยาบาลของท่านมีราคาเหมาะสม					

ข้อ	กิจกรรมหรือลักษณะการให้บริการ การแพทย์แผนไทย	ระดับการยอมรับหรือเห็นด้วยกับ ข้อความตามกิจกรรม				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
12	สถานบริการของท่านสามารถปรุงยาให้ผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยได้					
13	<u>ด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย</u> การใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษาโรคเป็น เรื่องที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน					
14	การรักษาโรคด้วยตำรับยาแผนไทยมีความปลอดภัย					
15	มีความเหมาะสมในการให้การรักษาโรคด้วยการ นวดไทยเพื่อบำบัดโรค					
16	การรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยมีข้อจำกัด					
17	บริการการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยราคาถูก/ ประหยัด					
18	การประคบช่วยผ่อนคลายและรักษาอาการปวด เมื่อยกล้ามเนื้อได้					
19	หน่วยบริการด้านการแพทย์แผนไทยในหน่วยงาน ของท่านมีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน เอดส์ได้					
20	ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต้อง ระมัดระวังเรื่องของแสลง					
21	ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตสามารถฟื้นฟูสภาพ ร่างกายได้ด้วยการแพทย์แผนไทย					
22	การบริการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการ สุขภาพสามารถจัดบริการให้มีขึ้นในหน่วยงานของ ท่านได้					
23	<u>ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค</u> การฝึกจิต ทำสมาธิ สวดมนต์ สามารถส่งเสริม สุขภาพโดยรวมให้ดีขึ้นได้					

ข้อ	กิจกรรมหรือลักษณะการให้บริการ การแพทย์แผนไทย	ระดับการยอมรับหรือเห็นด้วยกับ ข้อความตามกิจกรรม				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
24	การจัดสมดุลของร่างกาย ด้วยการออกกำลังกายทำท่ามี ตัดตน สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้					
25	การกินอาหารตามธาตุ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย สามารถป้องกันโรคได้					
26	การนวดสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนบางอย่าง ได้					
27	การรับประทานผักพื้นบ้านสามารถต้านโรคได้ เช่นมะเร็ง					

**ส่วนที่ 5** ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยใน  
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

1. ด้านนโยบาย / ยุทธศาสตร์การพัฒนารการแพทย์แผนไทย

1. ไม่มี
2. มี ระบุ .....
- .....

2. ด้านการบริหารจัดการการแพทย์แผนไทย

2.1 ด้านบุคลากร

- ก. ประเภทของบุคลากร
- ปัญหาอุปสรรคได้แก่.....
- .....
- ข้อเสนอแนะ.....
- .....

ข. จำนวนของบุคลากร

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่
- .....
- .....
- ข้อเสนอแนะ
- .....
- .....

ค. ความสามารถของบุคลากร

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่
- .....
- .....
- ข้อเสนอแนะ
- .....
- .....

2.2 สถานที่ (ความเป็นสัดส่วน เหมาะสม)

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่
- .....

- ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

2.3 อุปกรณ์ (ความเหมาะสม เพียงพอ)

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่

.....  
.....

- ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

2.4 ด้านงบประมาณสนับสนุน (เพียงพอหรือไม่)

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่

.....  
.....

- ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

3. การส่งเสริมการใช้บริการ/ประชาสัมพันธ์

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่

.....  
.....

- ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

4. ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านการแพทย์แผนไทย

- ปัญหาอุปสรรคได้แก่

.....  
.....

- ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

## 5. การให้บริการด้านต่างๆ

- ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย
- ปัญหาอุปสรรคได้แก่  
.....
- ข้อเสนอแนะ.....  
.....
- ด้านเภสัชกรรม (ยาสมุนไพร)
- ปัญหาอุปสรรคได้แก่.....
- ข้อเสนอแนะ  
.....  
.....
- ด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- ปัญหาอุปสรรคได้แก่  
.....  
.....
- ข้อเสนอแนะ  
.....  
.....
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- ปัญหาอุปสรรคได้แก่  
.....  
.....
- ข้อเสนอแนะ  
.....  
.....

## 6. ปัญหา อุปสรรคอื่นๆ (ระบุ)

.....

.....

ขอขอบคุณอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถามนี้  
เภสัชกรหญิงฉวีวรรณ ม่วงน้อย

**ภาคผนวก ค**

ร้อยละของบุคลากรที่มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยระดับต่างๆ  
(ตารางผนวกที่ 1)

ตารางผนวกที่ 1 แสดงร้อยละของบุคลากรที่มีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยระดับต่างๆ  
(n = 324 คน)

กิจกรรมหรือลักษณะการ ให้บริการการแพทย์แผนไทย	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
<b>ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแพทย์แผนไทย</b>					
1. การรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย มีความน่าเชื่อถือ	0.0	4.9	62.0	32.1	1.0
2. ท่านคิดว่าผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เวชกรรมแผนโบราณสามารถตรวจรักษาโรคได้	1.2	11.4	55.0	31.5	1.0
3. ทฤษฎีของการแพทย์แผนไทยในเรื่องความ สมดุลของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟน่าเชื่อถือ	1.0	11.7	50.3	34.6	2.5
4. แพทย์แผนไทยในพื้นที่ของท่านสามารถ ให้การรักษาโรคของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบของท่านได้	4.6	28.1	52.5	14.5	0.3
5. หลักพุทธศาสนาและโหราศาสตร์สามารถ นำมาช่วยประกอบการตรวจและวินิจฉัยโรคได้	5.9	2.6	50.0	17.6	0.3
6. การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยยากแก่ การเข้าใจ	1.0	14.8	60.3	21.3	0.6
<b>ด้านเภสัชกรรม</b>					
7. ยาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานเชื่อถือได้	0.3	3.4	44.8	49.1	2.5
8. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดไว้ให้บริการในสถาน บริการของท่านมีการควบคุมคุณภาพ	2.5	9.0	37.7	46.9	4.0
9. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดไว้ให้บริการในสถาน บริการของท่านเพียงพอกับความต้องการใช้	5.9	21.0	42.3	28.1	2.8
10. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีใช้ในการรักษามักมี กลิ่นที่ทำให้ไม่เป็นที่นิยมใช้	4.6	29.3	44.8	18.5	2.8
11. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จัดไว้ให้บริการในสถาน พยาบาลของท่านมีราคาเหมาะสม	4.0	13.0	53.4	29.3	0.3
12. สถานบริการของท่านสามารถปรุงยาให้ผู้ป่วย ที่ผ่านการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยได้	61.1	20.1	13.3	5.6	0.0



## ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมหรือลักษณะการ ให้บริการการแพทย์แผนไทย	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
<b>ด้านการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกาย</b>					
13. การใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค เป็นสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน	0.9	8.6	56.5	31.5	2.5
14. การรักษาโรคด้วยตำรับยาแผนโบราณ มีความปลอดภัย	0.0	5.2	50.9	59.5	4.3
15. มีความเหมาะสมในการให้การรักษาโรค ด้วยการนวดไทยเพื่อบำบัดโรค	0.9	3.4	41.4	50.6	3.7
16. การรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย มีข้อจำกัด	1.9	8.6	52.8	33.6	3.1
17. บริการการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ราคาถูก/ ประหยัด	0.6	13.6	51.9	29.3	4.6
18. การประคบช่วยผ่อนคลายและรักษาอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้	0.0	1.2	21.0	60.8	17.0
19. หน่วยบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน หน่วยงานของท่านมรการใช้สมุนไพร ในการรักษาโรคเรื้อรัง	58.0	25.3	15.1	1.5	0.0
20. ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต้อง ระมัดระวังเรื่องของแสง	16.7	30.2	43.8	8.6	0.6
21. ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตสามารถฟื้นฟู ร่างกายได้ด้วยการแพทย์แผนไทย	2.2	5.6	36.1	45.3	10.8
22. การบริการการแพทย์แผนไทยในระบบ บริการสุขภาพสามารถจัดบริการให้มีขึ้น ในหน่วยงานของท่านได้	4.6	11.4	38.3	38.3	7.4
<b>ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค</b>					
23. การฝึกจิต ทำสมาธิ สวดมนต์ สามารถ ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมให้ดีขึ้นได้	1.2	3.7	26.2	51.2	17.6
24. การจัดสมดุลของร่างกายด้วยการออกกำลังกาย	0.9	5.6	41.7	43.8	8.0

## ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมหรือลักษณะการ ให้บริการการแพทย์แผนไทย	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
ทำถ้ายึดติดตนสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้					
25. การกินอาหารตามธาตุเพื่อรักษาสมดุล ของร่างกายสามารถป้องกันโรคได้	0.6	6.5	42.9	43.2	6.8
26. การนวดสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน บางอย่างได้	1.2	9.0	48.5	37.7	3.7
27. การรับประทานผักพื้นบ้านสามารถต้าน โรคได้ เช่น โรคมะเร็ง	1.0	5.6	28.4	50.6	14.5

**ภาคผนวก ง**

- ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด  
(ตารางผนวกที่ 2 ตารางผนวกที่ 3)

## สรุปคำตอบจากคำถามปลายเปิด

แบบสอบถามตอนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขแสดงความ  
 คิดเห็นด้านปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีผู้ให้ความ  
 คิดเห็นด้านปัญหาอุปสรรค 995 ความคิดเห็น และด้านข้อเสนอแนะ 483 ความคิดเห็น จากกลุ่ม  
 ตัวอย่าง 324 คน รายละเอียดแสดงดังตารางผนวกที่ 2 และตารางผนวกที่ 3

ตารางผนวกที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของปัญหาอุปสรรค ที่ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขเสนอ  
 จำแนกตามหมวด

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุคลากร</b>		
ขาดความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ เฉพาะด้าน	184	56.8
จำนวนไม่เพียงพอ	168	51.9
กรอบอัตรากำลังไม่ชัดเจน / ขาดความก้าวหน้า	10	3.1
การคัดเลือกไปเรียนต่อขาดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม	1	0.3
<b>สถานที่</b>		
มี แต่ไม่เป็นสัดส่วน / คับแคบ / ไม่สะดวก / ไม่มีมาตรฐาน	109	33.6
ไม่มี	4	1.2
<b>อุปกรณ์</b>		
มีไม่เพียงพอ / มีความเสี่ยง / ไม่ปลอดภัย	76	23.5
ไม่มี	5	1.5
กรอบมาตรฐานอุปกรณ์ไม่สอดคล้องกับภารกิจ	1	0.3
<b>งบประมาณ</b>		
ได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอ / ไม่ชัดเจน	76	23.5
ไม่ระบุเฉพาะ มีการนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น	4	1.2
ไม่มีงบประมาณ	3	0.9
<b>การประชาสัมพันธ์</b>		
ยังไม่ทั่วถึง / ขาดการประชาสัมพันธ์	99	30.6

## ตารางผนวกที่ 2 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
<u>การบริการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย</u>		
ขาดความรู้/ขาดองค์ความรู้ /ขาดผู้รู้	46	14.2
ขาดความเชื่อมั่น/ไม่เป็นวิทยาศาสตร์	20	6.2
ผู้ให้บริการมีเวลาให้น้อย	5	1.5
<u>ด้านเภสัชกรรม</u>		
ไม่มั่นใจด้านคุณภาพ / ขาดข้อมูลทางวิทยาศาสตร์รองรับ	51	15.7
ไม่มีการผลิต /ขาดอุปกรณ์การผลิต	28	8.6
ยายังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการโรค / จำนวนยาสมุนไพรมีน้อย	24	7.4
ราคาแพง	22	6.8
<u>ด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย</u>		
ขาดแหล่งข้อมูล / หลักฐานทางวิทยาศาสตร์	18	5.6
ผลการรักษาช้า /ผลไม่แน่นอน	14	4.3
บุคลากรขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ขาดการ follow up)	3	0.9
<u>ด้านการส่งเสริม และป้องกันโรค</u>		
ขาดข้อมูลยืนยันทางวิทยาศาสตร์ / ขาดองค์ความรู้	9	2.8
ขาดการส่งเสริมในกลุ่มบุคลากร เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน	7	2.2
ประชาชนยังไม่ตระหนัก (เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ)	5	1.5
ด้านค่าใช้จ่าย : ไม่สามารถเบิกได้ ทำให้มารับบริการน้อย	3	0.9
<b>รวมปัญหาอุปสรรค</b>	<b>995</b>	<b>100.00</b>

ตารางผนวกที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อเสนอแนะ ที่ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขเสนอ  
จำแนกตามหมวด

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านนโยบาย</b>		
ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญ มีนโยบายที่ชัดเจนและทราบถึงแนวโน้มของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น	10	3.1
ควรมีการกำหนดกรอบอัตรากำลังอย่างชัดเจน	4	1.2
<b>ด้านงบประมาณ</b>		
รัฐบาลควรจัดงบประมาณอย่างเพียงพอ / กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจน	25	7.7
หาช่องทางหารายได้ เพื่อช่วยเหลือตัวเอง /หางบประมาณจากแหล่งอื่นทดแทน เช่นจาก อบต.	4	1.2
<b>ด้านบุคลากร</b>		
บุคลากรควรมีการฝึกปฏิบัติเพิ่มขึ้น และอบรมฟื้นฟูความรู้สม่ำเสมอ /มีความชำนาญเฉพาะด้าน	79	24.4
ควรมีบุคลากรรับผิดชอบเฉพาะ / จ้างเพิ่ม /ควรขยายลงพื้นที่ระดับตำบล/ อบรมเพิ่มจำนวน	72	22.2
ควรมีการวางแผนการผลิตบุคลากร / กรณีที่ไม่มีเฉพาะอาจส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม/ไม่ถือเป็นวันลา / มีการเซ็นสัญญาผูกพันกรณีที่ส่งไปเรียน	12	3.7
ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของแพทย์ ,บุคลากรอื่น และแพทย์แผนไทยควบคู่กันไป เพื่อให้ประสานงานกันได้ / มีหลักสูตรในการเรียนการสอนของบุคลากรด้านสาธารณสุข	11	3.4
ผู้ให้บริการควรผ่านการรับรองมาตรฐานในองค์ความรู้จากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับและมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ	11	3.4
ควรมีการจัดกรอบอัตรากำลังให้เป็นข้าราชการสำหรับบุคลากรแพทย์แผนไทย/ขวัญกำลังใจ	7	2.2
การแต่งกายของผู้ให้บริการควรสื่อถึงความเป็นไทย /กิริยามารยาทความประพฤติแบบไทย	3	0.9

## ตารางผนวกที่ 3 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ควรมีการทำงานวิจัยเกี่ยวกับผลการรักษา/ส่งเสริม/ยาสมุนไพร เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ	2	0.6
<u>ด้านสถานที่</u>		
สถานที่ให้บริการควรมีแบบมาตรฐาน / เพียงพอ / มิดชิด	47	14.5
สถานที่ให้บริการควรมีสัญลักษณ์ที่เป็นเอกลักษณ์ มีบรรยากาศแบบไทย	6	1.9
ห้องให้บริการเฉพาะเช่นห้องนวด ประคบ ควรมีแยกชาย / หญิง	3	0.9
<u>ด้านอุปกรณ์</u>		
อุปกรณ์ควรมีอย่างเพียงพอ เหมาะสม และปลอดภัย	34	10.5
ส่วนกลางควรมี AVL(Approve Vendor List) ของผู้แทนจำหน่ายที่ได้คุณภาพ แจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ	2	0.6
<u>ด้านการประชาสัมพันธ์</u>		
ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกผ่านสื่อต่างๆ / นิทรรศการ	48	14.8
ควรมีประชาสัมพันธ์ ผลงานการวิจัยที่เป็นประโยชน์ / เป็นวิทยาศาสตร์ / เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ	4	1.2
การบริการต่างๆ ควรมีกำหนดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	3	0.9
<u>ด้านการตรวจรักษาวินิจฉัยแบบไทย</u>		
ใช้หลักของการแพทย์แผนไทยในการวินิจฉัยโรค / ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับโรค	14	4.3
เพิ่มพูนความรู้ด้านวิชาการเสมอ	5	1.5
<u>ด้านเภสัชกรรม</u>		
การจัดให้สมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ / มีบริการอย่างเพียงพอ / สะดวกในการเข้าถึง	12	3.7
สร้างความยอมรับแก่ประชาชนด้วยข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์	8	2.5
ควรมีการปรับปรุงรูปแบบ / การบรรจุหีบห่อให้น่าใช้	7	2.2
ยาสมุนไพรควรเบิกได้ทุกตัว (สิทธิการได้รับบริการ)	5	1.5
ให้มีระบบการควบคุมคุณภาพที่เป็นมาตรฐาน	4	1.2

## ตารางผนวกที่ 3 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ควรมีการส่งเสริมให้ทำยาสมุนไพรใช้เองในครัวเรือน	4	1.2
ควรมีเกษตรกรรับผิดชอบด้านนี้โดยตรง	4	1.2
ยาสมุนไพรที่ใช้บ่อย ควรซื้อจากแหล่ง (ลงทุนเองอาจไม่คุ้ม)	4	1.2
ควรมีการแบ่งบทบาทรวมศูนย์การผลิตในแต่ละพื้นที่	3	0.9
รัฐควรกำหนดสัดส่วนการใช้เหมือนยาแผนปัจจุบัน (ตามมูลค่า)	2	0.6
<u>ด้านรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย</u>		
ควรทำการศึกษาวิจัยให้มากขึ้น โดยเน้นส่วนที่มีศักยภาพสูง	2	0.6
ด้านหัตถบำบัด ควรมีระบบการนัดล่วงหน้าได้ เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย	2	0.6
ควรมีการสอนเรื่องนวดแก้ญาติเพื่อดูแลผู้ป่วย	1	0.3
<u>ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค</u>		
ควรจัดกิจกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างสำหรับประชาชนทั่วไป เช่นการออกกำลังกายแบบฤๅษีดัดตน การทำสมาธิ ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ	15	4.6
กำหนดกิจกรรมบริการให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์การรักษายาบาล	4	1.2
<b>รวมข้อเสนอแนะ</b>	<b>483</b>	<b>100.00</b>



**บรรณานุกรม**

### บรรณานุกรม

- กนกวรรณ อู่วงศ์ (2541) “การศึกษาการยอมรับของเกษตรกรในการปลูกผักปลอดสารพิษ”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์แผนไทย (ม.ป.ป.) เอกสารประกอบการประชุม โครงการจัดทำ  
คู่มือปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุข จัดโดยสถาบัน  
การแพทย์แผนไทย วันที่ 24-25 กรกฎาคม 2538 ณ โรงแรมพี เอ็ม วาย บีช รีสอร์ท  
อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ม.ป.ท.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2547) “ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท เพื่อ  
ชาวไทยและชาวโลก” ใน *มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 1* หน้า 24-68  
กรุงเทพมหานคร อุษาการพิมพ์
- \_\_\_\_\_ (2547) *คู่มือมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ*  
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์แผนไทย (2539) *คู่มือปฏิบัติงานแพทย์  
แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2544) *การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ* พิมพ์ครั้งที่ 5  
กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) *สภาพและปัญหาการแพทย์แผนโบราณ และกลวิธีในการพัฒนาใน  
งานสาธารณสุขมูลฐาน* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- กุสุมา ศรียาภูถ (2543) “รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพรเพื่อ  
ส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ  
จังหวัดฉะเชิงเทรา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- จริยา น้ำสกุล (2535) “ทัศนคติและการยอมรับของประชากรต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมรรถภาพของ  
แพทย์สภาในการตัดสินใจการตาย” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
การบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จรีวัตร คมพยัคฆ์ (2539) *ลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย* รายงานการ  
วิจัย กรุงเทพมหานคร (อัคราเสนา)

- ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง (2546) “การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2, 1 (ตุลาคม-มกราคม) : 31-34
- คลิษา ชั่งสิริพร (2545) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ดาบทิพย์ ฐิติพงษ์พาณิชย์ (2539) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิลเนตร วิระสมบัติ และคณะ (2534) การพัฒนารูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา (อัคราณา)
- นรินทร์ พัฒนพงศา (2529) “การยอมรับวิทยาการแผนใหม่กับการเผยแพร่ความรู้” ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการใช้สื่อทางไกลทางงานส่งเสริมการเกษตร หน่วยที่ 1-2 หน้า 1-57 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2545) ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญเรือง นิยมพร และคณะ (2539) การศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย เอกสารประกอบการประชุมเสนอผลงานวิชาการการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมแม่ปิง จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 4-6 มิถุนายน 2539
- บุญเรือง นิยมพร และประจวบรักษ์แพทย์ (2539) วิจัยการอบไอน้ำสมุนไพร การประชุมเสนอผลงานวิชาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 1 เชียงใหม่ สถาบันการแพทย์แผนไทย
- บุษยามาส สินธุประภา และจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2534) การแพทย์แผนไทยในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพเชียงใหม่
- ปิยภรณ์ แสนศิลา (2546) “ความพึงพอใจของผู้รับบริการนวดไทยในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น” รายงานการศึกษาปัญหาพิเศษ วทบ. มหาสารคาม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ปิยรัตน์ นิมสกูล (2539) “การยอมรับการนำผักปลอดสารพิษของบริโภคของแม่บ้านในกรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีเขตดอนเมือง” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- พิสุทธ์ พรสัมฤทธิ์โชค (2535) *การพัฒนารูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน: โรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร เซ็นทรัลมีเดีย*
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534) *สังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพร ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล*
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ (2537) *ประมวลทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เล่มที่ 1 กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- \_\_\_\_\_ (2541) *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วยในระบบบริหารสาธารณสุขของรัฐ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข*
- \_\_\_\_\_ (2544) *“การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขของรัฐ” วารสารการแพทย์แผนไทย (มีนาคม) : 1-3*
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และพรทิพย์ เดิมวิเศษ (2540) *โรคโลหิตสตรี : ตามแนวทฤษฎีการแพทย์แผนไทย นนทบุรี สถาบันการแพทย์แผนไทย*
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2546) *“โครงการศึกษาความคุ้มทุนการรักษาด้วยวิธีการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ” วารสารการแพทย์แผนไทย 7, 7 (มกราคม-ธันวาคม) :19-32*
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2547) *วิทยาศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช*
- มหิดล และสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัย (2538) *การแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ในการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร (จัดพิมพ์เนื่องในวโรกาสที่ทรงเจริญพระชนมายุครบ 6 รอบนักษัตร ณ โรงแรมรอยัลซิติ้กรุงเทพมหานคร)*
- วิชัย โชควิวัฒน์ (2546) *“บทวิพากษ์แผนงานการวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร” วารสารการแพทย์แผนไทย 7, 7 (มกราคม-ธันวาคม) :17-18*
- วิเชียร เกตุสิงห์ (2530) *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช*
- วีระ เกษะรักษ์ (2535) *“การยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับรถยนต์ในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*

- วุฒิไกร บัวผัน (2535) “การยอมรับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิริชัย กาญจนวาลี (2543) *การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS สำหรับงานวิจัย : การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศุภลักษณ์ พิกล้า (2545) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์แผนและเภสัชกรรมแผนไทยไทย (2535) *สภาพปัญหาและสถานการณ์ นโยบาย และกลวิธีการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย* กรุงเทพมหานคร
- สถาบันการแพทย์แผนไทย (2537) *การวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย เอกสารประกอบการประชุมการเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์ไทย* วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2537 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- \_\_\_\_\_ (2538) *คู่มือการอบรมการแพทย์แผนไทย* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- \_\_\_\_\_ (2539) *คู่มือการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- \_\_\_\_\_ (2539) “การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม” ใน *งานชุมนุมแพทย์แผนไทย และสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์แผนไทย
- \_\_\_\_\_ (2542) *แผนปฏิบัติการงานการแพทย์แผนไทยของสถาบันการแพทย์แผนไทยและส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ 2543* นนทบุรี สถาบันการแพทย์แผนไทย
- \_\_\_\_\_ (2543) *พระราชบัญญัติคุ้มครองประมาณ และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- \_\_\_\_\_ (2547) *รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย 2547* จัดโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- \_\_\_\_\_ (ม.ป.ป.) *การวิจัยเพื่อพัฒนางานการแพทย์แผนไทย* สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ท.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2531) *การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง* กรุงเทพมหานคร หมอชาวบ้าน
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อุศุภรัตน์ (2543) *สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการผลิตบุคลากรแพทย์แผนไทย สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล ม.ป.ท.*
- แสงอรุณ ทองแดง (2537) “ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้สารจากสะเดาควบคุมแมลงศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมการเกษตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมพร ภูதியานันต์ (2542) *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย*
- อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ และ คณะ (2535) *การพัฒนารูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน* กรุงเทพมหานคร เซ็นทรัลมีเดีย
- อรุณศรี มงคลชาติ (2535) “การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อลงกรณ์ เหล่างาม (2534) “ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ของชาวบ้านในหมู่บ้านเทคโนโลยี โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชนบทในหมู่บ้านเทคโนโลยีของกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและพลังงาน” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมการเกษตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- อวย เกตุสิงห์ (2532) *อายุรเวท* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์สามเจริญพานิช
- เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์ และประจวบ รักแพทย์ (2535) *การศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยที่สถานพยาบาลบวรนิเวศน์โบราณเวชกรรม พ.ศ. 2527-2535* ใน โครงการวิจัยแผนงานพัฒนาแพทย์แผนไทย กรุงเทพมหานคร มุลินธิ์ฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Foster, Greorge M. (1973). *Traditional Societies and Technological Change*. New York: Haver and Row Peblicher.
- Roger, Everett M. and F.F. Shoemaker. (1971). *Communication of Innovation : A Cross cultural Approach*. New York: The Free Press.

Roger, Everett M. and F.F. Shoemaker. (1983). *Diffution of Innovations*. 3 nd. New York: The Free Press.

Yamane, Taro. (1970). *Statistics and Introduction Analysis*. Tokyo: Harper and Raw.

**ประวัติผู้วิจัย**

ชื่อ	นางฉวีวรรณ ม่วงน้อย
วัน เดือน ปีเกิด	5 พฤศจิกายน 2506
สถานที่เกิด	เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ภบ. มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2531
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
ตำแหน่ง	เภสัชกร 7 ว. โรงพยาบาลอุ้มทอง ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
รางวัลเกียรติประวัติที่ได้รับ	ประกาศเกียรติคุณ โครงการ “ญุสส” สายเภสัชกร พ.ศ.2538