

การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาแนวโน้มข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวกับ การแพทย์แผนไทย

ปรียา มิตรานนท์
สำนักงานสถิติแห่งชาติ
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

1. บทนำ

การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาจากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจดังกล่าวนี้ได้เริ่มทำการสำรวจมาตั้งแต่ปี 2517 โดยในช่วงแรกจัดทำสำรวจทุกปีจนถึงปี 2521 หลังจากนั้นในปี 2524 - 2544 ได้ทำการสำรวจทุก 5 ปี และนับตั้งแต่ปี 2546 - 2550 ได้ทำการสำรวจทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงของสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชากรไทย จากการสำรวจดังกล่าวนี้ ได้มีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้ายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสำรวจและการไปรับบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบการรักษาพยาบาลมีหลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งการรักษาโดยการให้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในหลายวิธี และได้นำมาเป็นประเด็นที่จะทำการศึกษารายละเอียดในครั้งนี้

การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2546 - 2550 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้

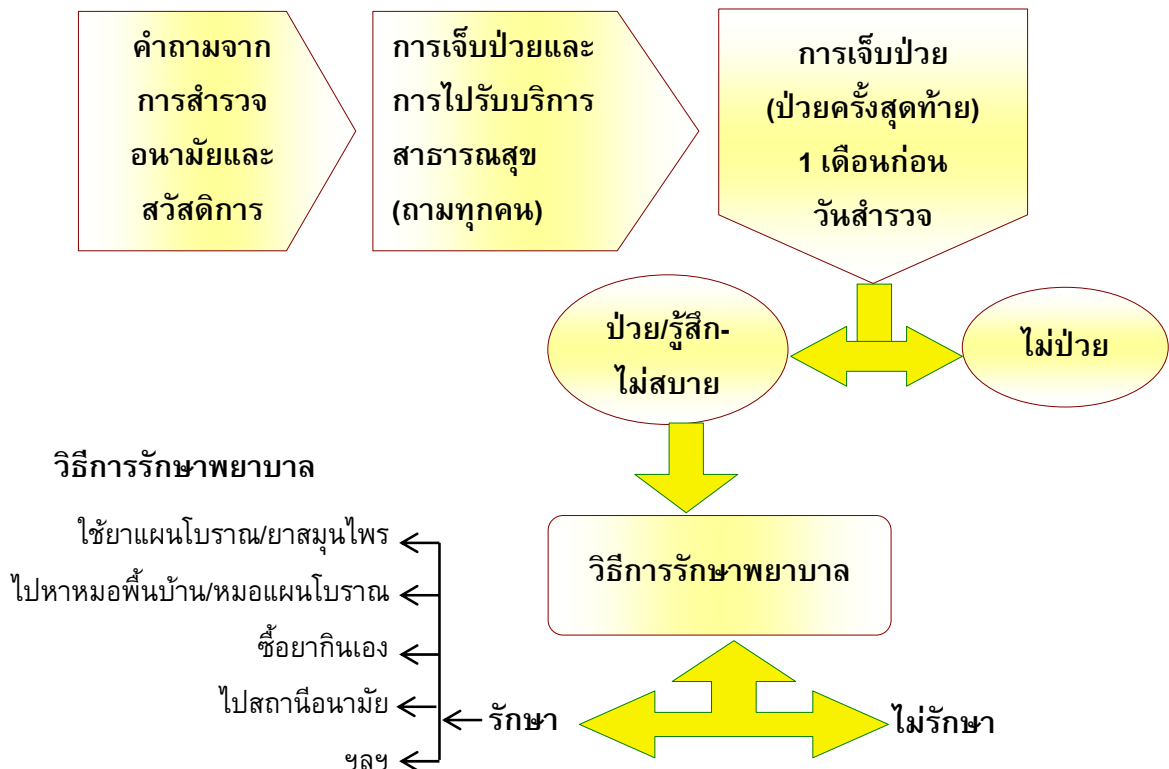
1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของประชากรที่เจ็บป่วย
2. วิเคราะห์การใช้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วยแยกตามวิธีการรักษาพยาบาล
3. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการรักษาพยาบาลโดยใช้วิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

2. ขอบข่ายการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของข้อมูลในช่วงเวลา 5 ปีคือปี 2546 - 2550 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ วิธีการเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ โดยมีครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศในแต่ละปีที่สำรวจประมาณปีละ 27,000 ครัวเรือน ซึ่งการสำรวจปี 2550 นับเป็นการสำรวจครั้งที่ 15

3. แนวทางการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยจากการสำรวจอนามัยและ- สวัสดิการ (สอส.)

แผนภาพ 1 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ



4. คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจ

นิยามที่ใช้ในการสำรวจหรือเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละแหล่งข้อมูลมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ เพราะถ้านิยามแตกต่างกันผลที่ได้ก็จะแตกต่างกันด้วย คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ มีดังนี้

4.1 ยาแผนโบราณ หมายถึง ยาที่ใช้ในการบำบัดโรคโดยอาศัยความรู้จากตำราแผนโบราณ ซึ่งได้จากการเรียนสืบทอดกันมา หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2517-2520 ยาเหล่านี้มีกรรมวิธีการผลิตแบบธรรมชาติไม่ซับซ้อน เช่น บดเป็นผงละลายน้ำ ปั้นเป็นลูกกลอน ต้มเอาน้ำมากิน อบ อบแห้ง เป็นต้น

ยาแผนโบราณที่พบโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ

1) ยาแผนโบราณสำเร็จรูป ที่วางขายตามร้านขายยาทั่วไป หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ยาแผนโบราณเหล่านี้จะมีคำว่า “ยาแผนโบราณ” และเลขทะเบียนตำรับยากำกับไว้บนฉลากยาให้ทราบ ซึ่งขายเฉพาะยาแผนโบราณที่จัดว่าเป็นยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาธาตุบรรจบ ยาหอมอินทจักร์ ยาเขียวหอม เป็นต้น

2) ยาแผนโบราณในรูปของสมุนไพรต่าง ๆ นำมาจัดเป็นสํารับตามอาการโรคที่รักษา ซึ่งยาเหล่านี้ชาวบ้านโดยทั่วไปมักเรียกว่า “ยาหม้อ” “ยาต้ม” “ยาพื้นบ้าน” “ยากกลางบ้าน” รวมทั้งยาไทย ยาจีน หรือยาพื้นบ้านของคนเชื้อสายต่างๆ เช่น พม่า เขมร แขก เป็นต้น

4.2 หมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วย โดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร (หรือวิธีการนวดแผนโบราณ)

5. สถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ได้ทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย โดยในการสำรวจมีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย / รู้สึกไม่สบายซึ่งหมายถึง การป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยจนถึงป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกตัวว่าไม่สบายในช่วง 1 เดือนย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ รวมทั้งถามถึงวิธีการรักษาว่ามีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร ซึ่งคำตอบเกี่ยวกับวิธีการรักษามีหลายวิธีด้วยกัน แต่มีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยอยู่ 2 ประเด็นคือ

1. รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร

2. รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ

ในการศึกษารั้ครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี คือ ปี 2546 - 2550 เพื่อต้องการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้ม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ทำการศึกษา สรุปผลได้ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ในการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายของประชากรในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบความแตกต่างในเรื่องดังกล่าวระหว่างประชากรที่อาศัยในพื้นที่อยู่อาศัยต่างกันและเพศดังนี้

1) พื้นที่อยู่อาศัย

เมื่อจำแนกประชากรตามพื้นที่อยู่อาศัยโดยถือตามเขตการปกครองคือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล พบว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างร้อยละของประชากรที่ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขต-

เทศบาลจะมีสัดส่วนการป่วยน้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลโดยในปี 2546 ประชากรที่ป่วยคิดเป็นร้อยละ 16.0 ของประชากรทั้งหมดที่อาศัยในเขตเทศบาลและร้อยละ 20.1 เป็นประชากรที่รู้สึกป่วยและอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และเมื่อดูแนวโน้มในช่วงปี 2547 – 2550 ก็จะพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงเหมือนกันกับปี 2546 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำแนกตามเขตการปกครอง ทัวระชาอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

ปีพ.ศ. / เขตการปกครอง	รวม	ป่วย	ไม่ป่วย
พ.ศ. 2546	100.0	18.7	81.3
	(63,884.5)	(11,959.3)	(51,925.2)
ในเขตเทศบาล	100.0	16.0	84.0
	(20,925.7)	(3,316.8)	(17,608.9)
นอกเขตเทศบาล	100.0	20.1	79.9
	(42,958.8)	(8,642.5)	(34,316.3)
พ.ศ. 2547	100.0	20.6	79.4
	(65,112.7)	(13,420.6)	(51,692.0)
ในเขตเทศบาล	100.0	16.5	83.5
	(21,299.4)	(3,523.0)	(17,776.4)
นอกเขตเทศบาล	100.0	22.6	77.4
	(43,813.2)	(9,897.6)	(33,915.6)
พ.ศ. 2548	100.0	19.7	80.3
	(65,287.7)	(12,865.0)	(52,422.8)
ในเขตเทศบาล	100.0	15.5	84.5
	(21,353.3)	(3,312.1)	(18,041.2)
นอกเขตเทศบาล	100.0	21.7	78.3
	(43,934.4)	(9,552.9)	(34,381.5)
พ.ศ. 2549	100.0	16.3	83.7
	(65,183.0)	(10,633.2)	(54,549.8)
ในเขตเทศบาล	100.0	14.3	85.7
	(19,678.3)	(2,804.6)	(16,873.6)
นอกเขตเทศบาล	100.0	17.2	82.8
	(45,504.7)	(7,828.5)	(37,676.2)
พ.ศ. 2550	100.0	17.4	82.6
	(65,644.4)	(11,449.9)	(54,194.5)
ในเขตเทศบาล	100.0	16.7	83.3
	(19,930.2)	(3,332.2)	(16,598.0)
นอกเขตเทศบาล	100.0	17.8	82.2
	(45,714.2)	(8,117.6)	(37,596.5)

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) ประชากรจำแนกตามเพศ

ผลจากการศึกษาพบว่า ในปี 2546 ประชากรของประเทศไทยมีประมาณ 63.9 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 65.6 ล้านคนในปี 2550 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ 18.7 และ 17.4 ของประชากรทั้งสิ้นตามลำดับ ในเพศชายจะป่วยหรือรู้สึกไม่สบายน้อยกว่าเพศหญิง เพศชายประมาณร้อยละ 16.2 ในปี 2546 และร้อยละ 15.3 ในปี 2550 ของประชากรชายทั้งสิ้น ขณะที่หญิงป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ 21.2 (สำหรับปี 2546) และร้อยละ 19.5 (สำหรับปี 2550) ของประชากรหญิงทั้งสิ้น

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ ทศวรรษอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

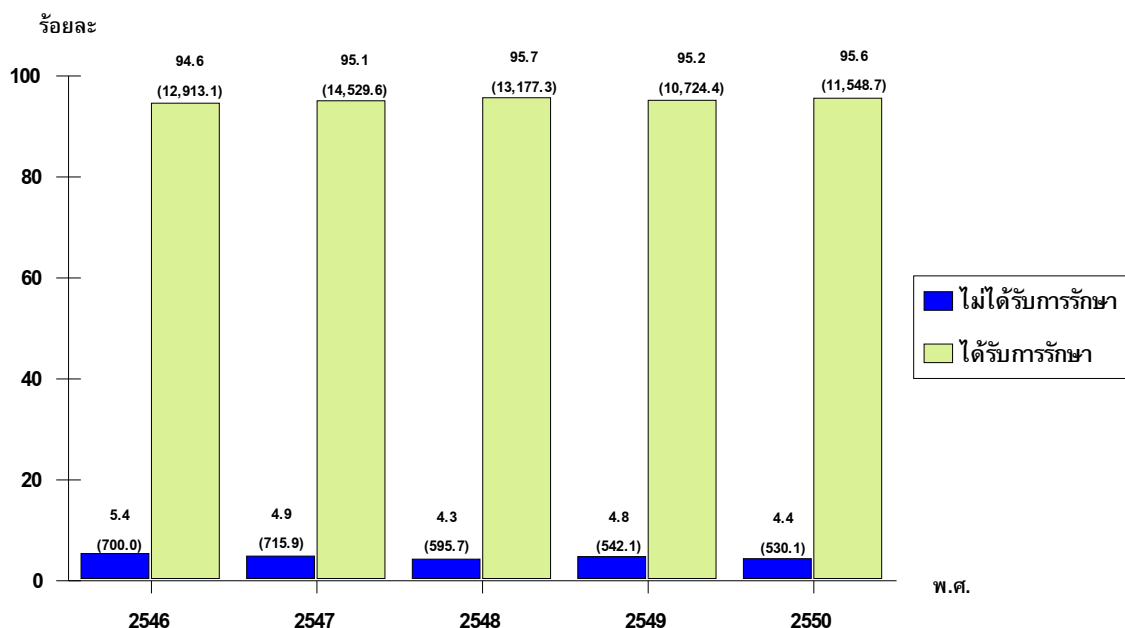
(จำนวน : พันคน)

ปีพ.ศ. / เพศ	รวม	ป่วย	ไม่ป่วย
พ.ศ. 2546	100.0	18.7	81.3
	(63,884.5)	(11,959.3)	(51,925.2)
ชาย	100.0	16.2	83.8
	(31,818.2)	(5,154.1)	(26,664.1)
หญิง	100.0	21.2	78.8
	(32,066.3)	(6,805.2)	(25,261.1)
พ.ศ. 2547	100.0	20.6	79.4
	(65,112.7)	(13,420.6)	(51,692.1)
ชาย	100.0	18.6	81.4
	(32,432.8)	(6,027.5)	(26,405.3)
หญิง	100.0	22.6	77.4
	(32,679.9)	(7,393.1)	(25,286.8)
พ.ศ. 2548	100.0	19.7	80.3
	(65,287.8)	(12,865.0)	(52,422.8)
ชาย	100.0	17.7	82.3
	(32,519.6)	(5,757.2)	(26,762.4)
หญิง	100.0	21.7	78.3
	(32,768.2)	(7,107.8)	(25,660.4)
พ.ศ. 2549	100.0	16.3	83.7
	(65,183.0)	(10,633.2)	(54,549.8)
ชาย	100.0	14.5	85.5
	(32,004.8)	(4,638.9)	(27,365.9)
หญิง	100.0	18.1	81.9
	(33,178.2)	(5,994.3)	(27,183.9)
พ.ศ. 2550	100.0	17.4	82.6
	(65,644.4)	(11,449.9)	(54,194.5)
ชาย	100.0	15.3	84.7
	(32,214.7)	(4,923.5)	(27,291.2)
หญิง	100.0	19.5	80.5
	(33,429.7)	(6,526.4)	(26,903.4)

แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 - 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

ในจำนวนผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายได้ใช้วิธีการรักษาในหลายๆ รูปแบบด้วยกันโดยได้มีการรักษาพยาบาลในปี 2546 – 2550 ประมาณร้อยละ 95 จากผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายทั้งหมด

แผนภูมิ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ได้รับการรักษาและไม่รักษาจากอาการป่วย / รู้สึกไม่สบายทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550 (จำนวน : พันคน)



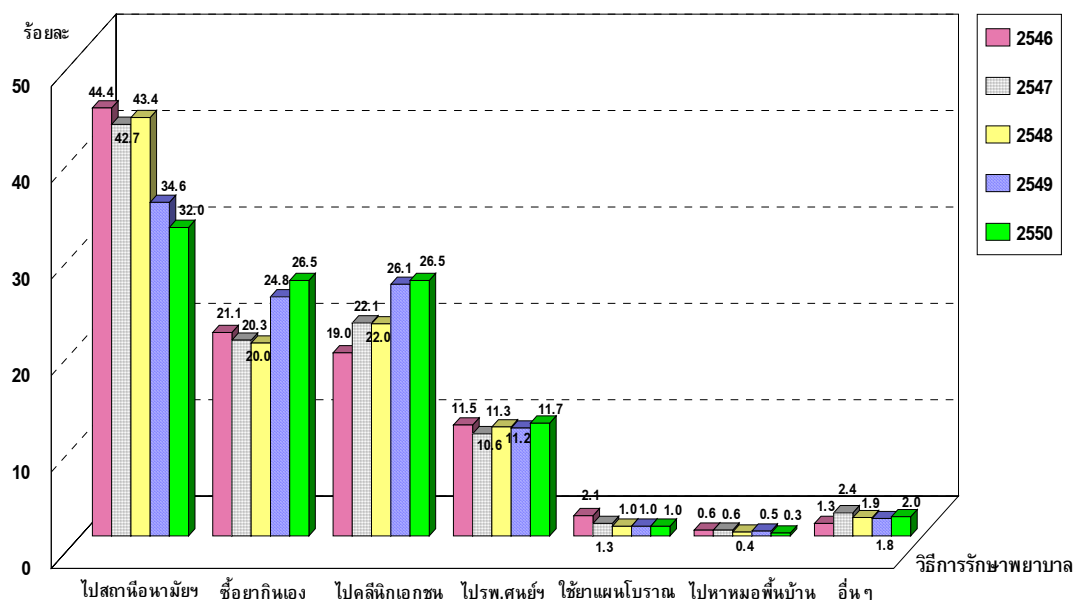
แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

5.2 วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ในการสอบถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับการป่วยครั้งสุดท้ายในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ผู้ตอบสามารถตอบวิธีการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ได้มากกว่า 1 คำตอบ เนื่องจากในการป่วยแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจจะมีวิธีการรักษาพยาบาลหลายวิธี จากผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปสถานอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงสุด (ร้อยละ 32.0 ในปี 2550) รองลงมาคือ ซื้อยากินเอง และการรักษาพยาบาลโดยไปคลินิก / ไปโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 26.5 ในปี 2550)

สำหรับการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประชากรเลือกใช้ โดยที่ในปี 2546 ใช้วิธีนี้ร้อยละ 2.1 ลดลงเหลือร้อยละ 1.3 ในปี 2547 และร้อยละ 1.0 ในปี 2548 2549 และ 2550 ในการใช้วิธีการรักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่าในช่วง 5 ปีนี้ไม่มีความแตกต่างกันคือ คิดเป็นประมาณเกือบร้อยละ 1.0

แผนภูมิ 2 ร้อยละของประชากรจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย ทัวราชอาณาจักร
พ.ศ. 2546 – 2550



แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

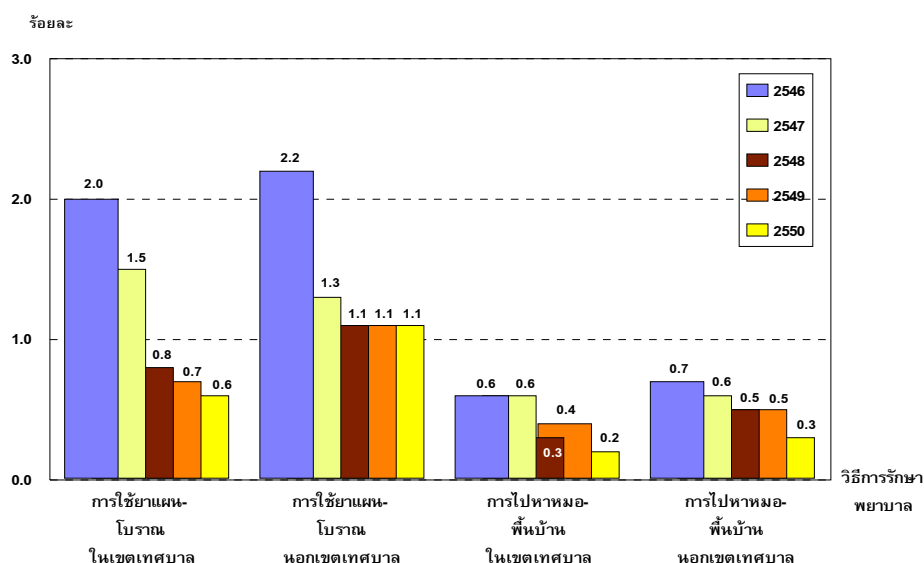
5.3 การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของประชากร ซึ่งได้แก่ พื้นที่อยู่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ดังนี้

1) พื้นที่อยู่อาศัย

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยแยกตามพื้นที่อยู่อาศัยพบว่า ในช่วงปี 2546 – 2550 ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณน้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ปี 2546 ในเขตเทศบาลร้อยละ 2.0 และ 0.6 ในปี 2550 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 2.2 ในปี 2546 และ 0.7 ในปี 2550 ซึ่งจะมีรูปแบบที่คล้ายกันทุกปี)

แผนภูมิ 3 ร้อยละของประชากรที่รักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามเขตการปกครอง ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550

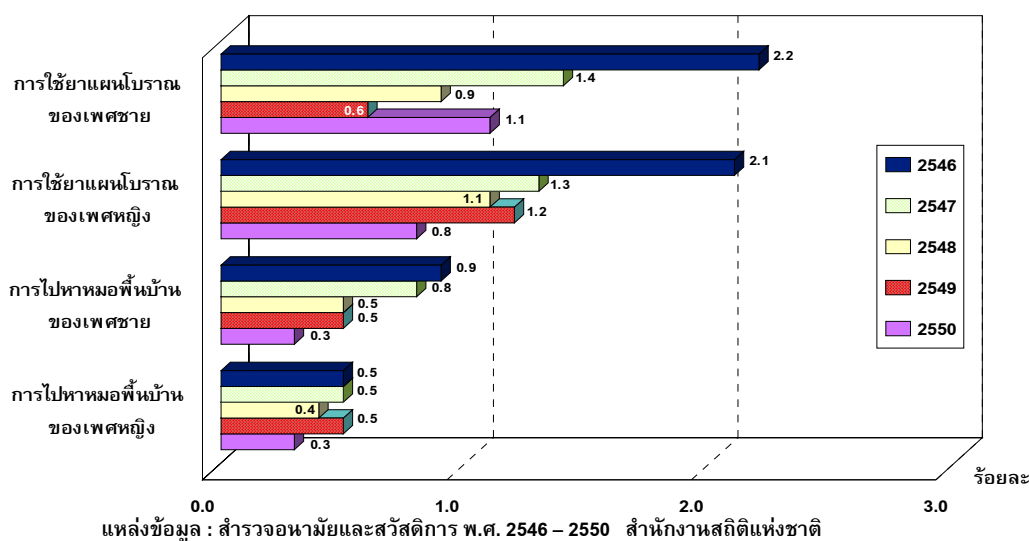


แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

2) ประชากรจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วย / รู้สึไม่สบายโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณพบว่า มีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยที่ชายจะใช้วิธีการรักษาดังกล่าวสูงกว่าหญิงเล็กน้อย (ชายคิดเป็นร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.8 สำหรับหญิงในปี 2550)

แผนภูมิ 4 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามเพศ ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลในการป่วย / รู้สึกไม่สบาย
จำแนกตามเขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เขตการปกครอง	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2546	100.0	2.1	0.6	21.1	44.4	11.5	19.0	1.3
	(12,213.0)	(261.1)	(77.8)	(2,571.3)	(5,418.7)	(1,408.2)	(2,316.6)	(159.2)
ในเขตเทศบาล	100.0	2.0	0.6	25.7	21.3	18.6	29.9	2.1
	(3,302.5)	(64.9)	(18.8)	(848.0)	(702.7)	(613.5)	(986.7)	(67.9)
นอกเขตเทศบาล	100.0	2.2	0.7	19.3	52.9	8.9	14.9	1.0
	(8,910.5)	(196.2)	(59.1)	(1,723.3)	(4,716.0)	(794.7)	(1,329.9)	(91.3)
พ.ศ. 2547	100.0	1.3	0.6	20.3	42.7	10.5	22.1	2.4
	(13,813.7)	(184.9)	(86.6)	(2,804.3)	(5,904.7)	(1,456.8)	(3,048.0)	(328.4)
ในเขตเทศบาล	100.0	1.5	0.6	27.2	19.2	16.6	32.2	2.6
	(3,491.7)	(51.7)	(22.0)	(949.7)	(671.4)	(579.6)	(1,126.1)	(91.2)
นอกเขตเทศบาล	100.0	1.3	0.6	18.0	50.7	8.5	18.6	2.3
	(10,322.0)	(133.2)	(64.6)	(1,854.6)	(5,233.2)	(877.3)	(1,921.9)	(237.2)
พ.ศ. 2548	100.0	1.0	0.4	20.0	43.4	11.3	21.9	1.9
	(13,179.3)	(132.8)	(58.7)	(2,640.8)	(5,717.6)	(1,490.4)	(2,892.1)	(246.9)
ในเขตเทศบาล	100.0	0.8	0.3	26.5	19.8	18.7	32.4	1.5
	(3,269.0)	(24.9)	(10.6)	(865.5)	(648.7)	(610.3)	(1,059.5)	(49.4)
นอกเขตเทศบาล	100.0	1.1	0.5	17.9	51.1	8.9	18.5	2.0
	(9,910.4)	(107.9)	(48.0)	(1,775.3)	(5,068.9)	(880.1)	(1,832.7)	(197.4)
พ.ศ. 2549	100.0	1.0	0.5	24.8	34.6	11.2	26.1	1.8
	(10,724.4)	(104.2)	(52.4)	(2,662.4)	(3,712.7)	(1,200.8)	(2,804.1)	(187.8)
ในเขตเทศบาล	100.0	0.7	0.4	29.1	16.3	16.7	35.3	1.4
	(2,735.6)	(20.0)	(10.9)	(796.9)	(446.3)	(456.4)	(965.7)	(39.4)
นอกเขตเทศบาล	100.0	1.1	0.5	23.4	40.9	9.3	23.0	1.9
	(7,988.8)	(84.1)	(41.5)	(1,865.5)	(3,266.4)	(744.4)	(1,838.4)	(148.4)
พ.ศ. 2550	100.0	1.0	0.3	26.5	32.0	11.7	26.5	2.0
	(11,548.7)	(111.0)	(33.0)	(3,063.5)	(3,698.1)	(1,346.0)	(3,060.7)	(236.4)
ในเขตเทศบาล	100.0	0.6	0.2	33.1	15.0	17.4	31.9	1.9
	(3,275.4)	(19.6)	(6.8)	(1,083.1)	(491.8)	(569.5)	(1,043.3)	(61.2)
นอกเขตเทศบาล	100.0	1.1	0.3	23.9	38.8	9.4	24.4	2.1
	(8,273.3)	(91.4)	(26.2)	(1,980.4)	(3,206.3)	(776.5)	(2,017.3)	(175.2)

แหล่งข้อมูล : สำนวนอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลในการป่วย / รู้สึกไม่สบาย
จำแนกตามเพศ ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เพศ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ ที่บ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2546	100.0	2.1	0.6	21.1	44.4	11.5	19.0	1.3
	(12,213.1)	(261.1)	(77.8)	(2,571.3)	(5,418.7)	(1,408.2)	(2,316.6)	(159.2)
ชาย	100.0	2.2	0.9	22.7	44.2	11.1	17.7	1.1
	(5,221.7)	(113.2)	(46.3)	(1,185.3)	(2,309.2)	(582.2)	(925.9)	(59.1)
หญิง	100.0	2.1	0.5	19.8	44.5	11.8	19.9	1.4
	(6,991.9)	(147.9)	(31.5)	(1,386.0)	(3,109.5)	(826.0)	(1,390.7)	(100.1)
พ.ศ. 2547	100.0	1.3	0.6	20.3	42.7	10.6	22.1	2.4
	(13,813.6)	(184.9)	(86.6)	(2,804.3)	(5,904.7)	(1,456.8)	(3,047.9)	(328.5)
ชาย	100.0	1.4	0.8	22.4	41.3	10.0	21.5	2.6
	(6,151.3)	(86.2)	(47.0)	(1,378.6)	(2,542.7)	(614.5)	(1,323.3)	(159.0)
หญิง	100.0	1.3	0.5	18.6	43.9	11.0	22.5	2.2
	(7,662.3)	(98.7)	(39.6)	(1,425.7)	(3,362.0)	(842.3)	(1,724.6)	(169.5)
พ.ศ. 2548	100.0	1.0	0.4	20.0	43.4	11.3	22.0	1.9
	(13,179.3)	(132.8)	(58.7)	(2,640.8)	(5,715.6)	(1,490.4)	(2,892.1)	(246.9)
ชาย	100.0	0.9	0.5	21.2	42.6	11.4	21.4	2.0
	(5,830.1)	(50.6)	(29.9)	(1,233.1)	(2,486.0)	(665.7)	(1,246.9)	(117.8)
หญิง	100.0	1.1	0.4	19.1	44.0	11.2	22.4	1.8
	(7,349.2)	(82.2)	(28.8)	(1,407.7)	(3,231.5)	(824.7)	(1,645.2)	(129.1)
พ.ศ. 2549	100.0	1.0	0.5	24.8	34.6	11.2	26.1	1.8
	(10,724.4)	(104.2)	(52.4)	(2,662.4)	(3,712.7)	(1,200.8)	(2,804.1)	(187.8)
ชาย	100.0	0.6	0.5	27.6	34.0	10.4	25.2	1.7
	(4,661.1)	(29.8)	(22.1)	(1,285.2)	(1,584.4)	(485.7)	(1,174.2)	(79.6)
หญิง	100.0	1.2	0.5	22.7	35.1	11.8	26.9	1.8
	(6,063.3)	(74.3)	(30.3)	(1,377.1)	(2,128.3)	(715.1)	(1,629.9)	(108.2)
พ.ศ. 2550	100.0	1.0	0.3	26.5	32.0	11.7	26.5	2.0
	(11,548.7)	(111.0)	(33.0)	(3,063.5)	(3,698.1)	(1,346.0)	(3,060.7)	(236.4)
ชาย	100.0	1.1	0.3	28.2	31.0	13.1	24.8	1.4
	(4,971.5)	(55.7)	(14.4)	(1,402.7)	(1,543.4)	(649.7)	(1,233.8)	(71.8)
หญิง	100.0	0.8	0.3	25.3	32.8	10.6	27.8	2.5
	(6,577.1)	(55.3)	(18.7)	(1,660.8)	(2,154.6)	(696.3)	(1,826.9)	(164.6)

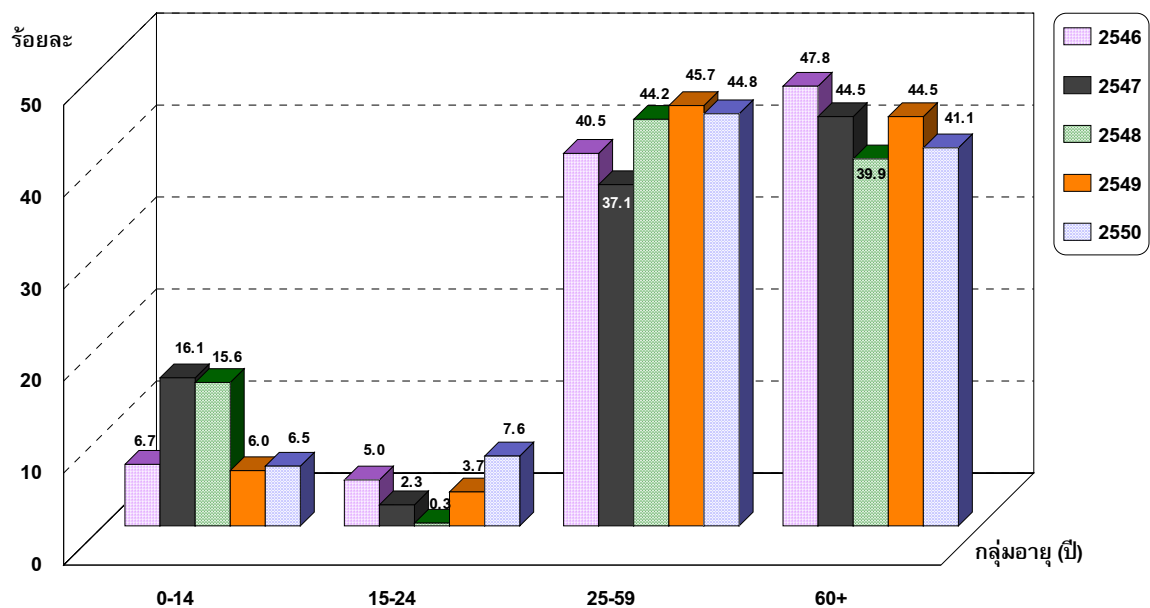
แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

3) โครงสร้างอายุของประชากร

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน จึงได้แบ่งโครงสร้างอายุของประชากรออกเป็น 4 ช่วงอายุด้วยกันคือ อายุ 0-14 ปี (วัยเด็ก) 15-24 ปี (วัยรุ่น) 25-59 ปี (วัยทำงาน) และ 60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) ได้ผลดังนี้

เมื่อพิจารณาตามวิธีการรักษาพยาบาลในแต่ละวัย จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ที่ใช้จ่ายแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากที่สุดในช่วงปี 2546 – 2547 คือประชากรสูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 47.8 และ 44.5 ตามลำดับของผู้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ทั้งหมด รองลงมาคือ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี แต่ในปี 2548 – 2550 กลับพบว่าผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี กลับเป็นผู้ที่มีอัตราร้อยละของการใช้จ่ายแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุคือ ร้อยละ 44.2, 45.7 และ 44.8 ตามลำดับ

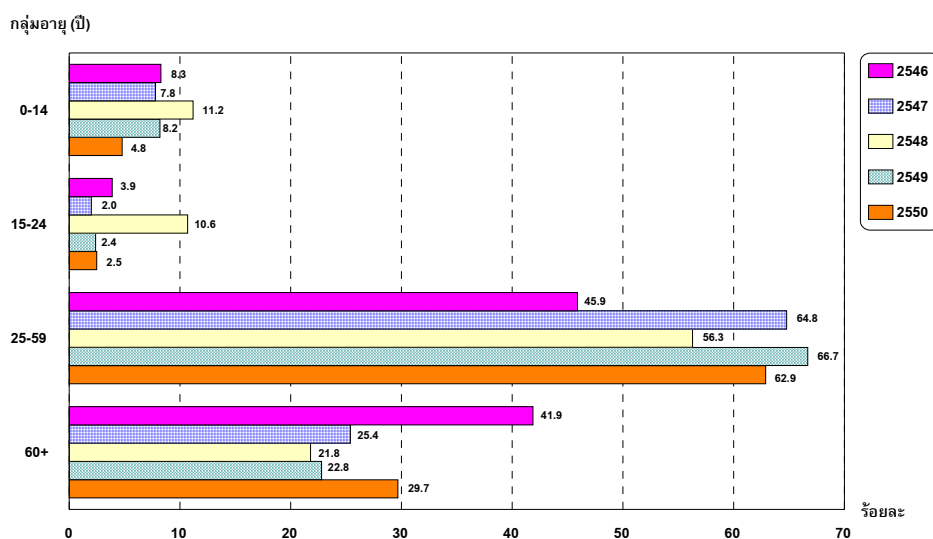
แผนภูมิ 5 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้จ่ายแผนโบราณ / ยาสมุนไพร จำแนกตามโครงสร้างอายุทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับผู้รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณมากที่สุดในปี 2546 - 2550 คือกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 45.9, 64.8, 56.3, 66.7 และ 62.9 ตามลำดับ รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 41.9, 25.4, 21.8, 22.8 และ 29.7 ตามลำดับ

แผนภูมิ 6 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามโครงสร้างอายุ ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550

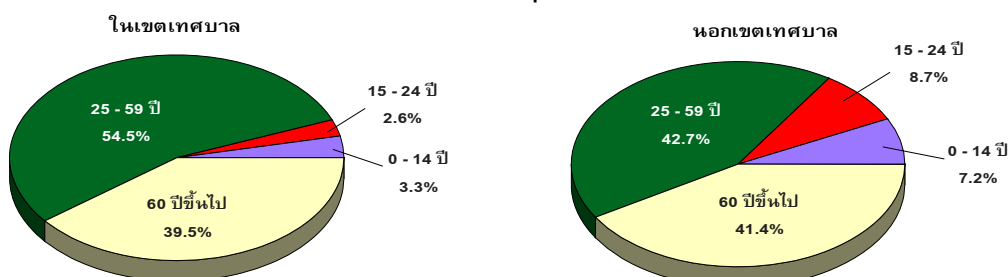


แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

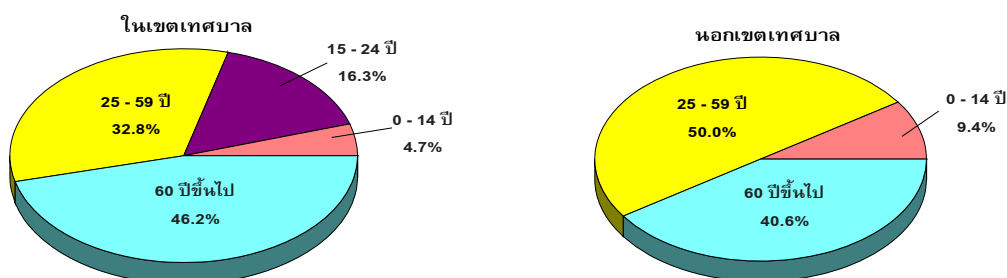
เมื่อทำการเปรียบเทียบตามพื้นที่อยู่อาศัยคือระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจำแนกตาม 4 ช่วงอายุดังกล่าวข้างต้นก็จะพบว่ามีรูปแบบเดียวกัน (ตาราง 5 และแผนภูมิ 7)

แผนภูมิ 7 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามโครงสร้างอายุ และเขตการปกครอง ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2550

การใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร พ.ศ. 2550



การไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พ.ศ. 2550



แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล โครงสร้างอายุ และ เขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

ปีพ.ศ. / เขตการปกครอง / โครงสร้างอายุ (ปี)	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ.สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2546	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(12,213.1)	(261.1)	(77.8)	(2,571.3)	(5,418.7)	(1,408.2)	(2,316.6)	(159.2)
0-14	22.9	6.7	8.3	14.0	28.4	16.8	26.8	11.2
15-24	8.2	5.0	3.9	11.5	7.0	8.0	8.3	6.8
25-59	48.4	40.5	45.9	60.2	43.1	47.4	48.9	55.2
60+	20.4	47.8	41.9	14.2	21.5	27.7	16.0	26.8
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(3,302.5)	(64.9)	(18.8)	(848.0)	(702.7)	(613.5)	(986.7)	(67.9)
0-14	21.6	7.9	4.7	11.2	34.1	18.7	25.9	4.5
15-24	10.4	3.8	16.3	15.1	5.6	8.9	10.9	12.4
25-59	48.7	37.2	32.8	60.1	38.4	45.0	48.2	68.7
60+	19.3	51.2	46.2	13.6	21.9	27.4	15.1	14.4
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(8,910.5)	(64.9)	(18.8)	(848.0)	(702.7)	(613.5)	(986.7)	(67.9)
0-14	23.4	6.4	9.4	15.4	27.6	15.4	27.5	16.1
15-24	7.4	5.4	0.0	9.8	7.2	7.3	6.3	2.7
25-59	48.3	41.5	50.0	60.3	43.8	49.3	49.4	45.1
60+	20.8	46.7	40.6	14.5	21.4	28.0	16.7	36.0
พ.ศ. 2547	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(13,813.7)	(184.9)	(86.6)	(2,804.3)	(5,904.7)	(1,456.9)	(3,048.0)	(328.4)
0-14	26.8	16.1	7.8	17.5	31.0	19.2	32.9	20.3
15-24	9.3	2.3	2.0	13.3	7.5	11.3	8.9	8.6
25-59	45.0	37.1	64.8	56.6	40.4	43.4	43.4	51.3
60+	18.8	44.5	25.4	12.6	21.1	26.1	14.9	19.9
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(3,491.7)	(51.7)	(22.0)	(949.7)	(671.4)	(579.6)	(1,126.1)	(91.2)
0-14	26.0	13.4	5.6	18.3	31.3	22.0	32.7	20.2
15-24	10.5	1.8	3.1	14.0	7.8	9.9	10.4	5.1
25-59	47.1	52.8	71.5	56.9	39.3	43.3	44.2	51.7
60+	16.4	32.0	19.9	10.7	21.5	24.7	12.6	22.9
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(10,322.0)	(133.2)	(64.6)	(1,854.6)	(5,233.2)	(877.3)	(1,921.9)	(237.2)
0-14	27.1	17.2	8.6	17.1	30.9	17.3	32.9	20.3
15-24	8.9	2.5	1.7	12.9	7.4	12.2	8.0	9.9
25-59	44.4	30.9	62.5	56.4	40.6	43.5	42.9	51.1
60+	19.7	49.3	27.3	13.6	21.0	27.0	16.2	18.7

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล โครงสร้างอายุ และ เขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550) (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

ปีพ.ศ. / เขตการปกครอง / โครงสร้างอายุ (ปี)	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2548	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(13,179.3)	(132.8)	(58.7)	(2,640.8)	(5,717.6)	(1,490.4)	(2,892.1)	(246.9)
0-14	27.5	15.7	11.2	16.7	32.7	16.9	34.3	15.6
15-24	8.8	0.3	10.6	14.5	6.9	7.8	7.4	18.4
25-59	44.2	44.2	56.3	55.2	38.9	46.8	42.7	49.3
60+	19.5	39.9	21.8	13.6	21.5	28.6	15.6	16.8
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(3,269.0)	(24.9)	(10.6)	(865.5)	(648.7)	(610.3)	(1,059.5)	(49.4)
0-14	27.5	25.6	0.0	17.0	38.6	18.4	35.4	12.0
15-24	9.3	1.5	4.9	13.4	5.0	8.4	9.2	11.0
25-59	45.1	43.6	54.1	56.5	35.6	45.2	41.0	57.5
60+	18.1	29.4	41.0	13.2	20.7	28.0	14.3	19.4
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(9,910.4)	(107.9)	(48.0)	(1,775.3)	(5,068.9)	(880.1)	(1,832.7)	(197.4)
0-14	27.5	13.4	13.7	16.6	31.9	15.8	33.6	16.5
15-24	8.6	0.0	11.9	15.0	7.1	7.4	6.3	20.2
25-59	43.9	44.3	56.8	54.5	39.4	47.8	43.7	47.2
60+	20.0	42.3	17.6	13.8	21.6	29.0	16.3	16.1
พ.ศ. 2549	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(10,724.4)	(104.2)	(52.4)	(2,662.4)	(3,712.7)	(1,200.8)	(2,804.1)	(187.8)
0-14	25.0	6.0	8.2	16.6	29.6	16.7	32.2	14.6
15-24	8.6	3.7	2.4	10.4	8.1	9.1	7.7	8.7
25-59	47.3	45.7	66.7	60.3	39.6	45.8	44.8	55.8
60+	19.1	44.5	22.8	12.8	22.6	28.5	15.3	20.9
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(2,735.6)	(20.0)	(10.9)	(796.9)	(446.3)	(456.4)	(965.7)	(39.4)
0-14	25.7	11.8	4.4	15.5	30.4	19.8	35.8	13.0
15-24	8.7	1.8	2.5	11.7	6.2	6.9	8.4	6.0
25-59	48.6	41.8	75.1	62.4	40.2	45.4	42.3	52.8
60+	17.0	44.7	18.0	10.4	23.2	27.8	13.5	28.1
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(7,988.8)	(84.1)	(41.5)	(1,865.5)	(3,266.4)	(744.4)	(1,838.4)	(148.4)
0-14	24.8	4.7	9.2	17.0	29.5	14.7	30.3	15.0
15-24	8.6	4.2	2.4	9.9	8.4	10.4	7.3	9.5
25-59	46.8	46.7	64.5	59.3	39.5	46.0	46.2	56.5
60+	19.8	44.5	24.0	13.8	22.6	28.9	16.3	19.0

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล โครงสร้างอายุ และ เขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550) (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

ปีพ.ศ. / เขตการปกครอง / โครงสร้างอายุ (ปี)	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ.สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2550	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(11,548.7)	(111.0)	(33.0)	(3,063.5)	(3,698.1)	(1,346.0)	(3,060.7)	(236.4)
0-14	23.1	6.5	4.8	16.5	27.0	15.9	30.1	10.2
15-24	7.4	7.6	2.5	9.4	5.5	7.1	7.6	11.8
25-59	49.2	44.8	62.9	60.2	42.9	48.7	45.5	56.4
60+	20.3	41.1	29.7	13.9	24.6	28.3	16.8	21.6
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(3,275.4)	(19.6)	(6.8)	(1,083.1)	(491.8)	(569.5)	(1,043.3)	(61.2)
0-14	22.8	3.3	8.8	16.7	27.0	15.8	32.1	9.9
15-24	8.2	2.6	0.0	11.0	6.2	6.5	7.5	6.2
25-59	50.2	54.5	50.1	59.8	40.9	49.1	44.5	61.6
60+	18.8	39.5	41.1	12.4	25.8	28.6	16.0	22.3
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(8,273.3)	(91.4)	(26.2)	(1,980.4)	(3,206.3)	(776.5)	(2,017.3)	(175.2)
0-14	23.3	7.2	3.8	16.3	27.0	16.0	29.1	10.3
15-24	7.1	8.7	3.2	8.5	5.4	7.5	7.6	13.7
25-59	48.8	42.7	66.3	60.4	43.2	48.5	46.0	54.6
60+	20.8	41.4	26.8	14.8	24.4	28.0	17.3	21.3

แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

4) การศึกษา

ผลการศึกษาวีธีการรักษาพยาบาลของประชากรพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ไม่ว่าจะสำเร็จ การศึกษาระดับใดยังนิยมรักษาพยาบาลโดยไปสถานอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.ชุมชนอาจเนื่องจากความสะดวกและตั้งอยู่ในชุมชนนั้น

เมื่อศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร ในช่วงปี 2546 - 2550 ของประชากรที่สำเร็จการศึกษาแตกต่างกันพบว่า ในกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร ในแต่ละระดับการศึกษามีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยกลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษา / ต่ำกว่าประถมศึกษาคิด เป็นร้อยละ 2.8, 1.9, 1.6, 1.9 และ 1.3 ของประชากรในกลุ่มนี้ทั้งหมดของปี 2546 - 2550 ขณะที่จากผู้มี การศึกษาระดับอุดมศึกษาทั้งหมดเลือกใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร ร้อยละ 2.2, 1.7, 0.7, 0.5 และ 0.4 ตามลำดับ ขณะที่ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอยู่ในอัตราใกล้เคียงกัน

สำหรับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณใน แต่ละระดับการศึกษาที่สำเร็จจะไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งในปี 2546 - 2550 โดยรวมแล้วทุกระดับ การศึกษาจะมีผู้ที่ใช้วิธีนี้รักษาพยาบาลประมาณเกือบร้อยละ 1.0

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล การศึกษาที่สำเร็จ และ เขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

การศึกษา ที่สำเร็จ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ
พ.ศ. 2546	100.0 (10,606.0)	2.4 (248.3)	0.7 (75.0)	22.8 (2,419.0)	42.6 (4,513.7)	12.1 (1,285.6)	18.0 (1,913.4)	1.4 (151.0)
ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	100.0	2.8	0.8	20.3	47.7	11.1	16.1	1.2
ประถมศึกษา	100.0	1.6	0.5	26.1	40.6	10.3	19.0	1.8
มัธยมศึกษา	100.0	1.3	0.5	28.1	30.9	15.9	21.5	1.8
ต่ำกว่าอนุปริญญา/อนุปริญญา	100.0	1.4	0.8	25.9	29.1	11.3	29.9	1.6
อุดมศึกษา	100.0	2.2	0.4	31.0	10.2	23.5	30.5	2.2
การศึกษาอื่น	100.0	--	--	--	64.1	--	35.9	--
พ.ศ. 2547	100.0 (11,744.6)	1.5 (173.7)	0.8 (83.3)	22.4 (2,631.0)	41.2 (4,835.1)	11.1 (1,302.1)	20.6 (2,423.9)	2.5 (295.5)
ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	100.0	1.9	0.9	19.8	46.2	10.6	18.4	2.2
ประถมศึกษา	100.0	0.4	0.2	27.6	40.1	8.7	20.1	2.9
มัธยมศึกษา	100.0	0.9	0.3	27.1	31.7	12.8	24.4	2.8
ต่ำกว่าอนุปริญญา/อนุปริญญา	100.0	0.7	2.4	31.4	17.3	16.0	27.9	4.3
อุดมศึกษา	100.0	1.7	0.9	22.2	11.9	17.3	41.7	4.3
การศึกษาอื่น	100.0	--	--	17.9	70.5	11.6	--	--
พ.ศ. 2548	100.0 (11,249.7)	1.1 (125.8)	0.5 (58.7)	21.7 (2,436.1)	42.3 (4,753.0)	12.1 (1,357.4)	20.3 (2,289.0)	2.0 (229.7)
ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	100.0	1.6	0.6	17.8	48.7	11.4	18.3	1.6
ประถมศึกษา	100.0	0.4	0.8	26.3	44.4	9.0	17.1	2.0
มัธยมศึกษา	100.0	0.3	0.1	29.6	29.0	13.0	24.6	3.4
ต่ำกว่าอนุปริญญา/อนุปริญญา	100.0	--	0.3	29.2	11.1	17.9	39.3	2.2
อุดมศึกษา	100.0	0.7	--	27.0	9.5	26.0	34.1	2.7
การศึกษาอื่น	100.0	5.0	--	31.7	38.3	3.1	11.8	10.1
พ.ศ. 2549	100.0 (9,169.4)	1.1 (101.5)	0.6 (50.8)	26.9 (2,470.5)	33.6 (3,076.7)	11.9 (1,093.5)	24.0 (2,199.2)	1.9 (177.1)
ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	100.0	1.9	0.6	21.7	42.9	9.5	21.4	2.0
ประถมศึกษา	100.0	1.2	0.7	25.9	36.9	11.3	22.1	1.9
มัธยมศึกษา	100.0	0.5	0.2	30.0	26.5	13.5	27.3	1.9
ต่ำกว่าอนุปริญญา/อนุปริญญา	100.0	1.2	--	36.9	16.5	14.6	29.1	1.8
อุดมศึกษา	100.0	0.5	0.2	34.0	8.3	17.4	37.1	2.6
การศึกษาอื่น	100.0	--	--	53.1	--	5.9	41.0	--

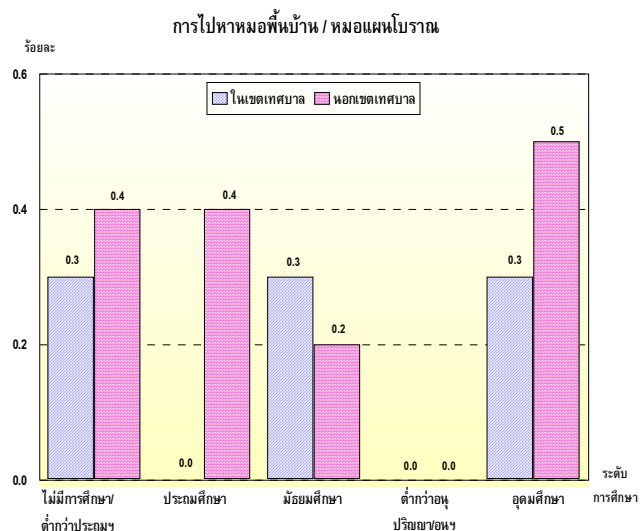
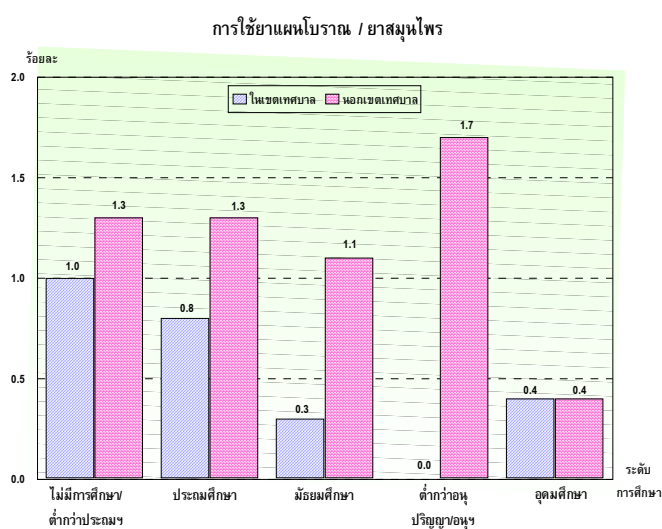
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล การศึกษาที่สำเร็จ และเขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

การศึกษา ที่สำเร็จ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2550	100.0	1.1	0.3	28.5	30.8	12.6	24.7	2.1
	(9,866.4)	(110.0)	(31.6)	(2,809.4)	(3,039.7)	(1,239.9)	(2,433.3)	(202.5)
ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	100.0	1.3	0.4	24.8	37.1	11.1	23.5	1.8
ประถมศึกษา	100.0	1.2	0.3	33.5	27.9	11.2	23.9	2.0
มัธยมศึกษา	100.0	0.9	0.2	37.0	19.1	15.5	25.2	2.1
ต่ำกว่าอนุปริญญา/อนุปริญญา	100.0	0.7	--	39.0	18.0	17.9	24.0	0.4
อุดมศึกษา	100.0	0.4	0.4	27.6	12.1	20.5	34.6	4.4
การศึกษาอื่น	100.0	--	--	38.6	40.4	9.4	--	11.7

แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 - 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิ 8 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามการศึกษาที่สำเร็จ และเขตการปกครอง ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2550



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5) อาชีพ

ในการศึกษาคั้งนี้ได้แบ่งการทำงานออกเป็น 2 หมวดใหญ่ๆ คือในภาคเกษตรกรรม และนอกภาคเกษตรกรรม พบว่าในปี 2546 - 2550 ผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมเป็นผู้ที่ใช้วิธีรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมโดยคิดเป็นร้อยละ 62.7, 56.5, 68.9, 62.0 และ 64.5 ของผู้ที่ใช้วิธีการรักษาโดยวิธีนี้ตามลำดับ

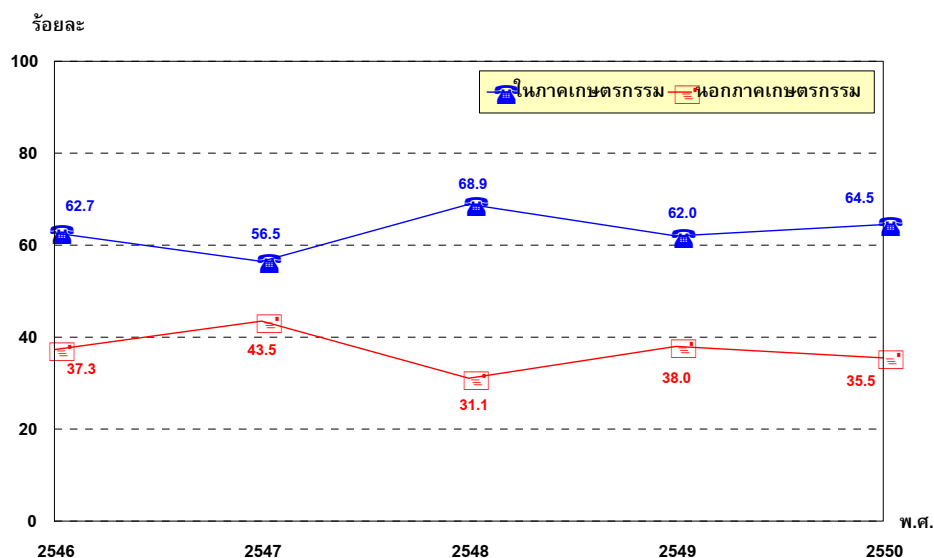
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกการทำงานตามประเภทอุตสาหกรรม และวิธีการรักษาพยาบาล ทศวรรษอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / ประเภทของอุตสาหกรรม	รวมที่รับการรักษาพยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	ซื้อยากินเอง	ไปสถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ไป รพ.ของมหาวิทยาลัย/ไป รพ.สังกัดอื่นของรัฐ	ไปคลินิกเอกชน/ไป รพ.เอกชน	อื่นๆ
พ.ศ. 2546	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(6,523.5)	(147.9)	(47.1)	(1,680.1)	(2,666.1)	(674.3)	(1,210.1)	(98.0)
ในภาคเกษตรกรรม	51.3	62.7	48.2	45.9	66.8	32.7	34.5	41.3
นอกภาคเกษตรกรรม	48.7	37.3	51.8	54.1	33.2	67.3	65.5	58.7
พ.ศ. 2547	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(7,054.5)	(77.2)	(52.7)	(1,832.4)	(2,761.1)	(658.5)	(1,496.3)	(176.3)
ในภาคเกษตรกรรม	49.2	56.5	54.4	40.6	65.6	36.3	35.3	42.1
นอกภาคเกษตรกรรม	50.8	43.5	45.6	59.4	34.4	63.7	64.7	57.9
พ.ศ. 2548	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(6,678.8)	(53.5)	(36.4)	(1,681.0)	(2,636.9)	(713.4)	(1,408.4)	(149.2)
ในภาคเกษตรกรรม	47.1	68.9	49.5	37.3	63.9	33.0	33.6	48.9
นอกภาคเกษตรกรรม	52.9	31.1	50.5	62.7	36.1	67.0	66.4	51.1
พ.ศ. 2549	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(5,787.8)	(62.4)	(36.2)	(1,753.8)	(1,784.9)	(602.4)	(1,432.2)	(115.9)
ในภาคเกษตรกรรม	49.0	62.0	57.5	43.8	66.4	39.4	38.5	30.7
นอกภาคเกษตรกรรม	51.0	38.0	42.5	56.2	33.6	60.6	61.5	69.3
พ.ศ. 2550	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(6,336.4)	(75.6)	(23.9)	(1,998.5)	(1,866.9)	(665.3)	(1,549.9)	(156.4)
ในภาคเกษตรกรรม	46.5	64.5	57.4	41.8	62.2	33.0	39.1	41.4
นอกภาคเกษตรกรรม	53.5	35.5	42.6	58.2	37.8	67.0	60.9	58.6

แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

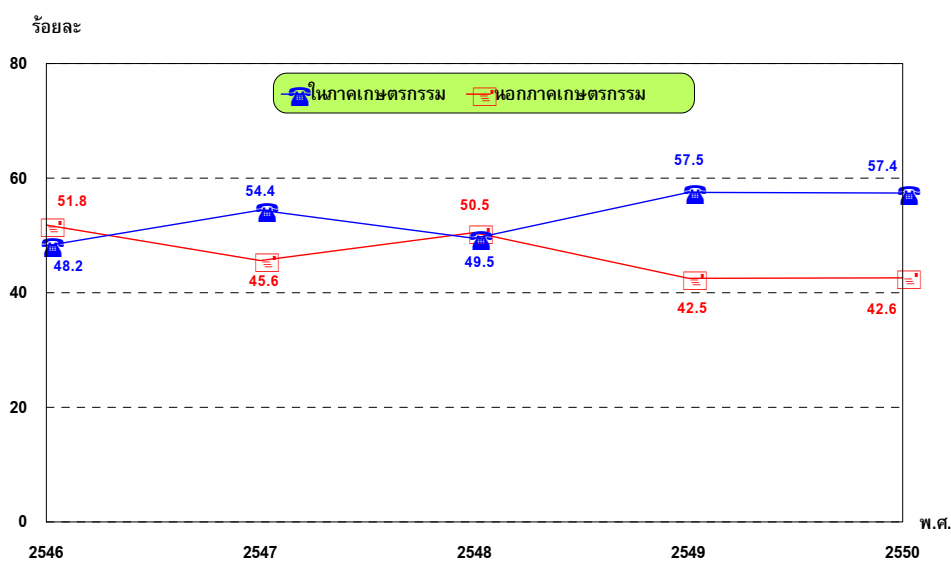
แผนภูมิ 9 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร จำแนกตามประเภทของอุตสาหกรรม ทศวรรษอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณในปี 2546 - 2550 มีสัดส่วนใกล้เคียงกันโดยในปี 2546 และ 2548 เป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมต่ำกว่านอกภาคเกษตรกรรมเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 48.2 และ 49.5 ตามลำดับ แต่ในปี 2547, 2549 และ 2550 นั้นผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม จะสูงกว่าในภาคเกษตรกรรมคือคิดเป็นร้อยละ 51.8, 50.5 และ 57.4 ตามลำดับ

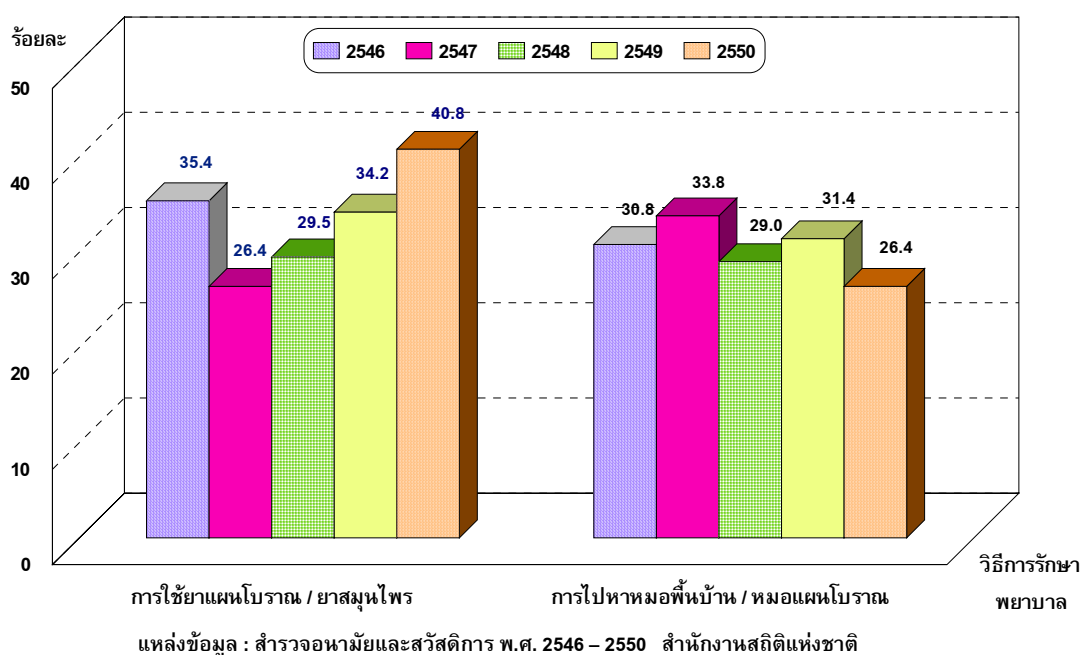
แผนภูมิ 10 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ จำแนกตามประเภทของอุตสาหกรรม ทศวรรษอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อแยกรายละเอียดของอาชีพตาม 10 หมวดอาชีพ พบว่าผู้ที่รักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรสูงสุดเป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรและประมงในช่วงปี 2546 - 2550 คือร้อยละ 35.4, 26.4, 29.5, 34.2 และ 40.8 เมื่อพิจารณาอาชีพที่รักษาด้วยวิธีนี้รองลงมาคือ อาชีพชั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 7.1, 8.8 และ 9.0 ในปี 2546, 2549 และ 2550) ส่วนอาชีพที่รักษาด้วยวิธีนี้รองลงมาในปี 2547 และ 2548 คือ งานด้านฝีมือและธุรกิจ (ร้อยละ 6.5) และพนักงานบริการ (ร้อยละ 5.2) ตามลำดับ

แผนภูมิ 11 ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณสูงสุดคือ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรและประมง ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



สำหรับการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่าผู้ประกอบอาชีพเกษตรและประมงมีสัดส่วนสูงกว่าอาชีพอื่นๆ ประมาณร้อยละ 30.8, 33.8, 29.0, 31.4 และ 26.4 ตามลำดับ รองลงมาคือผู้ประกอบอาชีพชั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 11.9 ในปี 2546 และร้อยละ 22.0 ในปี 2550) อาชีพพนักงานบริการ (ร้อยละ 10.8 และ 18.5 ในปี 2547 และ 2548) และอาชีพผู้บัญญัติกฎหมาย (ร้อยละ 21.0 ในปี 2549)

เมื่อศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลตามอาชีพและการอยู่อาศัยของประชากรพบว่า มีความแตกต่างกันในการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณโดยที่ในช่วงปี 2546 – 2550 ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลที่ประกอบอาชีพพนักงานบริการ อาชีพพื้นฐานจะมีสัดส่วนการรักษาโดยวิธีใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณมากกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น ในขณะที่เดียวกันผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่จะรักษาโดยวิธีการดังกล่าวมากกว่าอาชีพอื่นๆ

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล อาชีพ และเขตการปกครอง
ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เขตการปกครอง / อาชีพ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2546	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(9,412.5)	(243.5)	(71.4)	(2,210.6)	(3,879.4)	(1,171.0)	(1,695.2)	(141.4)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	4.8	3.7	3.4	5.0	4.1	3.9	6.8	5.5
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	1.6	2.2	1.6	2.2	0.6	2.6	1.9	6.3
3. ช่างเทคนิค	1.7	0.4	1.8	1.8	0.6	2.7	3.5	4.1
4. เสมียน	1.5	0.6	0.0	2.2	0.4	2.1	3.0	1.5
5. พนักงานบริการ	8.1	4.7	5.0	9.9	5.8	10.4	10.4	8.0
6. เกษตรและประมง	32.0	35.4	30.8	31.3	41.2	17.1	22.3	26.1
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.6	6.0	7.8	8.8	7.1	7.1	8.3	3.6
8. เครื่องจักร	4.0	0.7	3.6	4.6	2.0	5.6	7.3	4.7
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	7.9	7.1	11.9	10.3	7.0	6.1	7.7	9.5
10. ไม่ได้ทำงาน	30.7	39.3	34.0	24.0	31.3	42.4	28.6	30.7
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(2,588.4)	(59.8)	(17.9)	(752.9)	(462.9)	(498.7)	(731.4)	(64.8)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	7.5	4.7	8.2	5.1	8.8	4.9	11.3	4.8
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	3.5	1.3	6.4	2.7	2.3	4.5	3.7	11.2
3. ช่างเทคนิค	4.0	0.0	0.0	3.6	2.4	4.0	5.4	8.9
4. เสมียน	3.9	0.0	0.0	4.0	0.8	4.6	5.8	3.3
5. พนักงานบริการ	13.8	11.8	9.1	15.9	12.2	12.8	13.8	14.1
6. เกษตรและประมง	7.1	6.1	10.6	6.5	16.9	3.1	3.6	14.8
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	9.1	3.0	1.1	12.2	6.3	7.8	9.6	4.9
8. เครื่องจักร	6.7	2.8	9.1	8.0	3.1	4.9	9.5	4.2
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	10.3	13.7	17.9	14.7	9.4	7.6	7.7	12.1
10. ไม่ได้ทำงาน	34.0	56.6	37.8	27.3	37.8	45.8	29.5	21.6
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(6,824.1)	(183.7)	(53.5)	(1,457.7)	(3,416.5)	(672.3)	(963.7)	(76.6)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	3.7	3.3	1.7	5.0	3.4	3.1	3.4	6.2
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	0.9	2.4	0.0	1.8	0.4	1.1	0.5	2.2
3. ช่างเทคนิค	0.9	0.6	2.5	0.9	0.3	1.7	2.1	0.0
4. เสมียน	0.6	0.7	0.0	1.2	0.3	0.3	1.0	0.0
5. พนักงานบริการ	6.0	2.4	3.7	6.8	4.9	8.6	7.9	2.8
6. เกษตรและประมง	41.5	45.0	37.6	44.1	44.5	27.5	36.5	35.6
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.1	6.9	10.1	7.0	7.2	6.7	7.2	2.5
8. เครื่องจักร	3.0	0.0	1.7	2.9	1.8	6.1	5.7	5.1
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	7.0	5.0	9.9	8.1	6.7	5.1	7.7	7.2
10. ไม่ได้ทำงาน	29.4	33.6	32.8	22.3	30.4	39.9	27.9	38.4

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล อาชีพ และเขตการปกครอง
ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เขตการปกครอง / อาชีพ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2547	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(10,109.5)	(155.1)	(79.8)	(2,313.6)	(4,075.3)	(1,177.3)	(2,046.6)	(261.8)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	4.5	2.5	1.4	5.4	3.7	3.8	6.0	3.6
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	1.8	0.6	4.5	1.3	0.8	3.3	3.5	1.6
3. ช่างเทคนิค	1.9	0.0	0.0	2.4	0.5	1.8	4.4	1.4
4. เสมียน	1.3	1.6	0.0	1.3	0.7	2.2	2.0	1.7
5. พนักงานบริการ	8.7	6.4	10.8	12.2	5.1	9.2	11.5	11.3
6. เกษตรและประมง	30.3	26.4	33.8	27.3	39.3	18.2	23.4	24.8
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.9	6.6	8.3	9.9	7.1	6.1	8.2	11.5
8. เครื่องจักร	3.9	1.6	0.3	5.4	2.0	3.5	6.3	6.1
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	9.5	4.3	6.9	14.1	8.7	7.8	7.9	5.2
10. ไม่ได้ทำงาน	30.1	50.2	34.0	20.7	32.0	44.1	26.9	32.7
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(2,584.3)	(44.8)	(20.8)	(775.7)	(461.1)	(451.8)	(757.4)	(72.8)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	7.6	2.0	2.1	8.5	6.0	6.3	9.2	6.0
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	3.8	0.8	0.0	2.1	1.5	5.8	5.9	3.7
3. ช่างเทคนิค	4.2	0.0	0.0	3.8	2.0	2.9	7.3	1.9
4. เสมียน	3.4	5.4	0.0	3.2	3.9	4.0	2.7	6.2
5. พนักงานบริการ	17.2	19.6	24.8	21.7	12.5	11.6	17.5	25.3
6. เกษตรและประมง	6.2	6.8	4.8	4.5	16.1	2.5	3.9	7.1
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	8.4	4.1	5.3	10.5	6.1	4.5	10.3	9.7
8. เครื่องจักร	5.6	5.4	1.1	7.2	2.7	4.9	6.1	6.7
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	11.9	6.4	11.4	15.9	13.5	9.5	9.4	3.2
10. ไม่ได้ทำงาน	31.8	49.5	50.6	22.5	35.7	47.9	27.8	30.3
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(7,525.2)	(110.3)	(59.0)	(1,537.9)	(3,614.1)	(725.5)	(1,289.2)	(189.0)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	3.5	2.8	1.2	3.8	3.5	2.1	4.2	2.7
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	1.1	0.5	6.1	0.9	0.7	1.7	2.0	0.8
3. ช่างเทคนิค	1.1	0.0	0.0	1.6	0.4	1.1	2.7	1.2
4. เสมียน	0.6	0.0	0.0	0.3	0.3	1.0	1.6	0.0
5. พนักงานบริการ	5.9	1.0	5.8	7.5	4.2	7.7	8.0	5.9
6. เกษตรและประมง	38.6	34.4	44.0	38.8	42.3	28.1	34.8	31.6
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.8	7.5	9.4	9.6	7.2	7.1	7.0	12.3
8. เครื่องจักร	3.3	0.0	0.0	4.5	1.9	2.6	6.4	5.9
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	8.7	3.4	5.4	13.2	8.1	6.8	7.0	6.0
10. ไม่ได้ทำงาน	29.5	50.5	28.2	19.7	31.6	41.7	26.3	33.6

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล อาชีพ และเขตการปกครอง
ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เขตการปกครอง / อาชีพ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2548	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(9,558.9)	(112.0)	(52.1)	(2,198.5)	(3,849.2)	(1,238.8)	(1,899.8)	(208.4)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	4.8	5.0	5.0	5.9	3.6	3.7	6.6	4.4
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	2.1	0.5	0.0	2.4	0.7	4.0	3.3	2.6
3. ช่างเทคนิค	1.9	1.2	0.0	2.2	0.7	2.8	3.6	1.3
4. เสมียน	1.8	0.0	0.0	2.4	0.3	3.9	2.6	2.3
5. พนักงานบริการ	8.8	5.2	18.5	11.6	6.5	8.0	10.7	8.4
6. เกษตรและประมง	30.0	29.5	29.0	24.8	40.2	17.1	23.3	33.6
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.1	2.6	2.7	10.5	6.1	5.7	6.4	7.2
8. เครื่องจักร	5.2	0.6	1.2	5.7	2.6	5.7	10.0	4.1
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	8.4	3.1	13.4	11.0	7.8	6.7	7.7	7.7
10. ไม่ได้ทำงาน	30.1	52.2	30.2	23.5	31.5	42.4	25.9	28.4
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(2,370.9)	(18.5)	(10.6)	(718.7)	(398.2)	(497.8)	(683.5)	(43.5)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	6.9	4.0	13.4	7.1	4.4	4.3	9.4	16.8
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	4.0	0.4	0.0	3.3	2.7	4.8	5.1	4.9
3. ช่างเทคนิค	4.1	7.5	0.0	4.6	2.3	3.3	5.3	1.9
4. เสมียน	3.5	0.0	0.0	4.2	0.7	3.9	3.9	7.3
5. พนักงานบริการ	16.6	15.7	33.6	18.9	16.0	12.2	17.6	13.4
6. เกษตรและประมง	7.0	8.7	7.5	5.5	20.1	2.7	4.1	5.8
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	8.4	8.7	1.5	11.3	7.2	6.2	7.8	8.3
8. เครื่องจักร	8.1	0.0	0.5	10.7	3.4	5.3	10.9	2.3
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	8.3	7.9	7.3	10.0	7.1	8.0	7.3	13.8
10. ไม่ได้ทำงาน	33.1	47.1	36.3	24.5	36.0	49.4	28.6	25.5
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(7,188.0)	(93.5)	(41.5)	(1,479.8)	(3,451.0)	(741.0)	(1,216.3)	(164.9)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	4.1	5.2	2.8	5.3	3.5	3.3	5.0	1.2
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	1.5	0.6	0.0	2.0	0.5	3.6	2.2	2.0
3. ช่างเทคนิค	1.2	0.0	0.0	0.9	0.5	2.4	2.6	1.1
4. เสมียน	1.2	0.0	0.0	1.5	0.3	4.0	1.9	1.0
5. พนักงานบริการ	6.2	3.1	14.6	8.1	5.4	5.2	6.8	7.0
6. เกษตรและประมง	37.5	33.6	34.5	34.1	42.5	26.8	34.1	40.9
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	6.6	1.4	3.1	10.1	6.0	5.3	5.6	6.9
8. เครื่องจักร	4.2	0.8	1.4	3.3	2.5	5.9	9.5	4.6
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	8.4	2.2	15.0	11.5	7.9	5.8	7.9	6.2
10. ไม่ได้ทำงาน	29.2	53.2	28.6	23.1	31.0	37.7	24.4	29.2

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล อาชีพ และเขตการปกครอง
ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เขตการปกครอง / อาชีพ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2549	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(7,998.4)	(97.9)	(48.2)	(2,210.3)	(2,599.8)	(986.9)	(1,896.7)	(158.7)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	7.6	6.5	21.0	9.1	5.5	6.5	8.9	10.1
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	2.1	1.7	0.0	2.0	0.8	4.3	2.6	3.6
3. ช่างเทคนิค	2.1	2.7	3.1	2.2	0.8	2.7	3.7	0.6
4. เสมียน	2.2	0.4	0.6	2.3	0.9	2.2	4.3	2.0
5. พนักงานบริการ	8.7	5.1	2.4	10.7	6.9	8.0	9.7	8.4
6. เกษตรและประมง	28.4	34.2	31.4	26.4	37.4	19.3	24.0	14.8
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.1	2.7	6.8	9.7	5.2	6.5	6.7	11.3
8. เครื่องจักร	4.4	1.7	0.8	5.1	2.8	2.7	6.5	8.8
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	9.6	8.8	9.0	11.8	8.3	8.6	9.0	13.2
10. ไม่ได้ทำงาน	27.7	36.3	24.9	20.7	31.3	39.2	24.5	27.0
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(2,011.0)	(17.7)	(10.4)	(665.6)	(310.1)	(353.4)	(619.6)	(34.3)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	8.9	9.7	6.4	9.1	8.1	6.4	10.5	8.6
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	4.7	1.6	0.0	4.8	2.9	5.9	4.3	15.7
3. ช่างเทคนิค	4.3	4.4	5.9	4.7	1.3	4.0	5.7	2.9
4. เสมียน	4.0	2.1	2.7	3.6	0.9	2.2	7.3	0.0
5. พนักงานบริการ	14.8	6.9	10.9	19.0	12.2	12.4	13.5	11.6
6. เกษตรและประมง	6.4	14.8	9.6	4.4	17.2	2.6	4.7	12.2
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	8.0	4.9	5.5	10.0	6.5	6.4	7.8	4.6
8. เครื่องจักร	6.8	2.6	3.8	8.1	4.1	3.1	9.2	5.9
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	9.3	13.7	23.4	9.9	9.8	10.3	7.6	7.6
10. ไม่ได้ทำงาน	32.7	39.4	31.8	26.2	37.1	46.7	29.4	30.8
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(5,987.4)	(80.2)	(37.7)	(1,544.7)	(2,289.8)	(633.5)	(1,277.0)	(124.4)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	7.2	5.8	25.1	9.1	5.2	6.5	8.1	10.6
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	1.2	1.7	0.0	0.8	0.5	3.4	1.8	0.3
3. ช่างเทคนิค	1.4	2.3	2.3	1.1	0.7	2.0	2.7	0.0
4. เสมียน	1.6	0.0	0.0	1.7	0.9	2.3	2.8	2.6
5. พนักงานบริการ	6.7	4.7	0.0	7.1	6.2	5.6	7.9	7.6
6. เกษตรและประมง	35.8	38.4	37.4	35.8	40.1	28.6	33.4	15.6
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	6.7	2.2	7.2	9.5	5.0	6.5	6.2	13.1
8. เครื่องจักร	3.6	1.5	0.0	3.9	2.7	2.4	5.3	9.6
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	9.7	7.8	5.0	12.6	8.1	7.7	9.7	14.8
10. ไม่ได้ทำงาน	26.0	35.6	22.9	18.4	30.6	35.0	22.1	25.9

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล อาชีพ และเขตการปกครอง
ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ. / เขตการปกครอง / อาชีพ	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่น ๆ
พ.ศ. 2550	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(8,874.9)	(103.8)	(31.4)	(2,560.7)	(2,701.1)	(1,127.4)	(2,138.2)	(212.3)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	7.1	6.2	4.9	7.9	5.5	5.2	9.0	7.6
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	2.4	0.7	4.3	1.8	1.2	4.4	3.4	5.1
3. ช่างเทคนิค	1.8	0.0	0.0	1.7	0.7	2.7	3.1	1.8
4. เสมียน	1.7	2.7	0.4	1.9	0.5	2.8	2.2	1.3
5. พนักงานบริการ	9.1	5.9	5.2	11.7	6.1	11.0	8.9	10.3
6. เกษตรและประมง	27.9	40.8	26.4	25.8	36.8	15.9	25.0	24.5
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	7.4	5.2	8.4	10.3	6.4	6.4	5.8	6.8
8. เครื่องจักร	4.2	2.4	4.5	4.9	1.9	2.5	7.0	5.2
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	9.9	9.0	22.0	12.0	9.9	7.8	8.1	11.1
10. ไม่ได้ทำงาน	28.6	27.1	24.0	22.0	30.9	41.3	27.5	26.3
ในเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(2,528.9)	(18.9)	(6.2)	(903.4)	(358.8)	(478.0)	(708.3)	(55.2)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	7.9	1.6	2.3	8.3	5.8	5.3	10.5	5.9
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	4.7	3.7	0.0	3.2	3.3	5.6	6.4	8.8
3. ช่างเทคนิค	4.1	0.0	0.0	3.6	2.2	2.8	6.6	4.5
4. เสมียน	3.7	5.4	1.9	4.1	1.5	4.1	4.0	4.9
5. พนักงานบริการ	16.2	18.7	26.1	19.7	15.2	14.9	13.0	14.3
6. เกษตรและประมง	5.7	13.3	7.4	5.0	13.0	2.7	4.6	4.8
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	9.2	3.9	0.0	12.2	9.8	6.2	7.3	6.3
8. เครื่องจักร	6.0	7.8	0.0	7.3	3.5	2.8	8.3	1.8
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	9.5	16.9	8.8	11.8	9.7	7.2	7.5	13.5
10. ไม่ได้ทำงาน	33.1	28.7	53.6	24.7	36.0	48.3	31.8	35.1
นอกเขตเทศบาล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(6,346.0)	(84.8)	(25.2)	(1,657.3)	(2,342.3)	(649.3)	(1,430.0)	(157.1)
1. ผู้บัญญัติกฎหมาย	6.7	7.2	5.5	7.7	5.5	5.1	8.3	8.2
2. วิชาชีพด้านต่างๆ	1.6	0.0	5.4	1.1	0.9	3.6	2.0	3.7
3. ช่างเทคนิค	0.9	0.0	0.0	0.7	0.4	2.6	1.4	0.8
4. เสมียน	0.8	2.1	0.0	0.7	0.4	1.8	1.3	0.0
5. พนักงานบริการ	6.3	3.1	0.0	7.3	4.7	8.1	6.9	8.9
6. เกษตรและประมง	36.7	46.9	31.2	37.2	40.4	25.7	35.0	31.4
7. ด้านฝีมือและธุรกิจ	6.7	5.5	10.4	9.2	5.9	6.4	5.0	7.1
8. เครื่องจักร	3.4	1.2	5.6	3.6	1.6	2.3	6.3	6.4
9. อาชีพขั้นพื้นฐาน	10.0	7.3	25.2	12.0	10.0	8.2	8.4	10.3
10. ไม่ได้ทำงาน	26.9	26.8	16.7	20.4	30.1	36.2	25.4	23.3

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5.4 การวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ

จากการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่สำคัญต่างๆ พบว่า มีกลุ่มโรคที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาพยาบาลมากที่สุดแบ่งได้เป็น 6 กลุ่มโรคที่สำคัญๆ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ และโรคติดเชื้อ

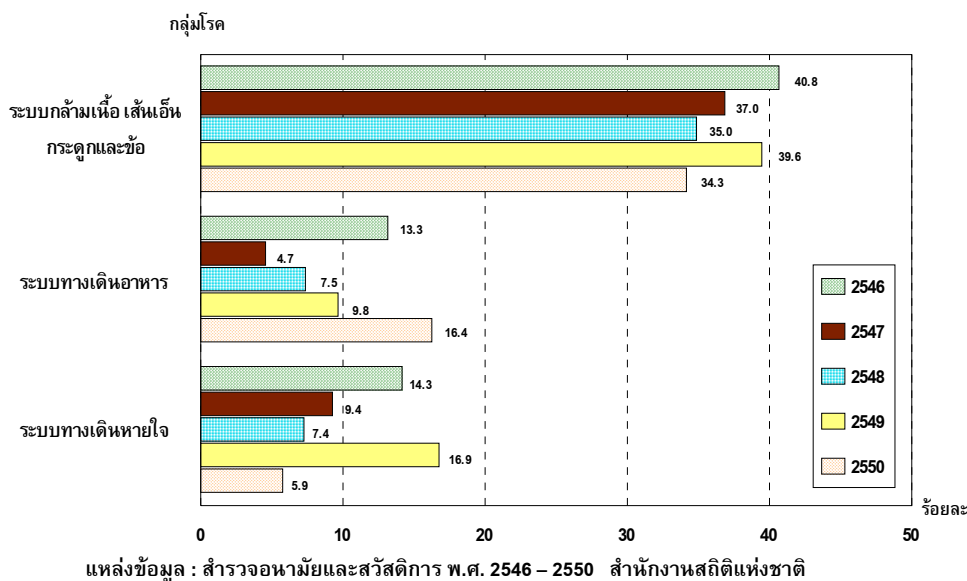
1) วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ โดยพิจารณาวิธีการรักษาด้วยการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ ก่อนที่นำเสนอในรายละเอียดของวิธีการรักษาโดยวิธีดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยภาพรวมแล้วกลุ่มโรคที่มีการรักษาพยาบาลมากที่สุดในปี 2546 - 2550 ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 40.1, 43.3, 45.1, 44.2 และ 41.6 ตามลำดับ รองลงมาคือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ประมาณร้อยละ 14.5, 11.4, 11.3, 11.1 และ 11.2 กลุ่มโรคที่มีการรักษาเป็นลำดับที่สามคือ โรคระบบทางเดินอาหาร ประมาณร้อยละ 10.8, 9.5, 9.7, 10.0 และ 9.8 ตามลำดับ

2) การรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร

เมื่อพิจารณาวิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรตามกลุ่มโรคในช่วงปี 2546 - 2550 พบว่าผู้ที่เป็โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ นิยมใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็โรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 40.8, 37.0, 35.0, 39.6 และ 34.3 ตามลำดับ นอกจากนั้นลำดับรองลงมาคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร

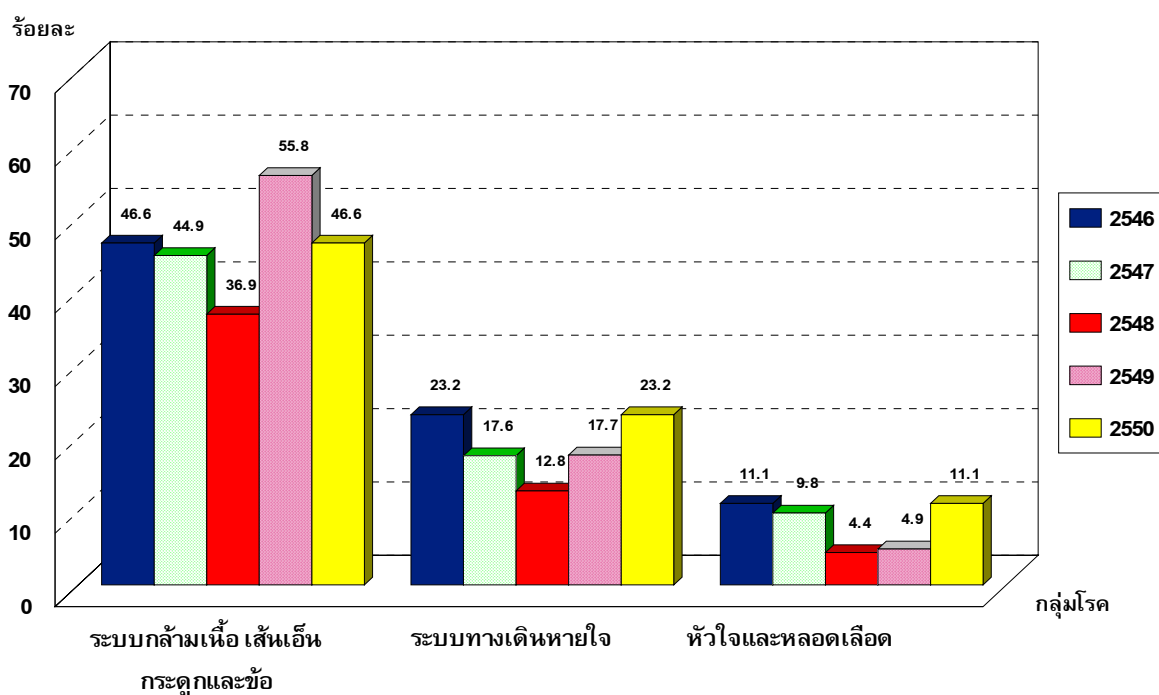
แผนภูมิ 12 ร้อยละของประชากรจำแนกตาม 3 อันดับแรกของกลุ่มโรคที่รักษาโดยการใช้อยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



3) การรักษาโดยวิธีการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ

ผู้ที่นิยมรักษาโดยวิธีนี้มากที่สุดคือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 46.9, 44.9, 36.9, 55.8 และ 46.6 ในปี 2546 - 2550 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคอื่นๆ ทั้งหมด รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (สำหรับปี 2546) และโรกระบบทางเดินหายใจ (สำหรับปี 2547, 2549 และ 2550) สำหรับลำดับรองลงมาของปี 2548 คือ โรคติดเชื้อ

แผนภูมิ 13 ร้อยละของประชากรจำแนกตาม 3 อันดับแรกของกลุ่มโรคที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 - 2550



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 - 2550 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มโรคสำคัญ 6 อันดับแรก และวิธีการรักษา-
พยาบาล ที่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2546 – 2550

(จำนวน : พันคน)

กลุ่มโรค	รวมที่รับ การรักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาสมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานอนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ.สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ
พ.ศ. 2546	(12,211.9)	(261.1)	(77.8)	(2,571.4)	(2,863.4)	(3,962.4)	(2,316.6)	(159.2)
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	40.1	14.3	7.8	49.4	50.1	27.1	44.4	27.2
2. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	14.5	40.8	46.9	16.8	12.2	13.7	11.8	20.0
3. โรคระบบทางเดินอาหาร	10.8	13.3	5.2	7.0	10.2	13.2	11.9	3.7
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด	6.6	3.5	10.7	1.1	6.1	10.9	6.6	4.3
5. โรคของต่อมไร้ท่อ	4.7	--	5.6	--	2.4	9.6	4.2	2.1
6. โรคติดเชื้อ	--	3.6	0.4	0.7	--	--	--	--
พ.ศ. 2547	(11,704.0)	(184.9)	(86.6)	(2,803.7)	(5,857.7)	(1,443.0)	(999.7)	(328.4)
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	43.3	9.4	17.6	55.9	44.1	26.4	37.5	38.2
2. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	11.4	37.0	44.9	10.5	10.1	12.5	11.1	14.8
3. โรคระบบทางเดินอาหาร	9.5	4.7	4.2	6.7	11.2	9.7	10.4	4.6
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด	5.8	7.3	9.8	0.5	6.8	12.5	5.1	2.7
5. โรคของต่อมไร้ท่อ	3.4	--	--	--	4.1	6.3	3.7	--
6. โรคติดเชื้อ	--	14.4	0.8	1.8	--	--	--	1.2
พ.ศ. 2548	(13,160.9)	(132.6)	(58.7)	(2,640.8)	(6,783.9)	(423.8)	(2,874.2)	(246.9)
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	45.1	7.4	12.8	56.0	41.1	27.0	49.5	48.0
2. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	11.3	35.0	36.9	12.9	10.5	7.6	10.1	15.5
3. โรคระบบทางเดินอาหาร	9.7	7.5	3.2	7.3	10.5	9.3	10.7	5.2
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด	6.1	5.6	4.4	0.7	8.2	16.3	5.1	2.8
5. โรคของต่อมไร้ท่อ	4.6	--	--	--	6.6	9.0	3.3	1.6
6. โรคติดเชื้อ	--	14.3	22.5	1.2	--	--	--	--
พ.ศ. 2549	(10,724.4)	(104.2)	(52.4)	(2,662.4)	(3,712.7)	(1,200.9)	(2,804.1)	(187.8)
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	44.2	16.9	17.7	55.9	41.6	22.5	47.8	39.8
2. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	11.1	39.6	55.8	12.3	9.1	9.8	11.3	11.2
3. โรคระบบทางเดินอาหาร	10.0	9.8	5.1	7.3	11.0	11.2	11.3	4.0
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด	6.3	7.2	4.9	0.8	8.8	14.1	5.4	1.6
5. โรคของต่อมไร้ท่อ	4.2	4.8	3.0	0.6	6.7	8.6	2.9	0.4
6. โรคติดเชื้อ	0.9	2.2	--	0.2	1.5	0.8	0.7	1.1
พ.ศ. 2550	(11,548.7)	(111.0)	(33.0)	(3,063.5)	(3,698.1)	(1,346.0)	(3,060.7)	(236.4)
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	41.6	5.9	23.2	53.4	38.3	18.5	45.7	36.7
2. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	11.2	34.3	46.6	11.9	9.3	11.5	11.4	10.9
3. โรคระบบทางเดินอาหาร	9.8	16.4	--	8.5	9.9	10.5	10.7	7.5
4. โรคหัวใจและหลอดเลือด	7.1	2.4	11.1	1.3	9.4	14.5	7.2	6.5
5. โรคของต่อมไร้ท่อ	5.3	1.1	0.5	0.7	8.4	12.5	3.1	4.1
6. โรคติดเชื้อ	1.1	5.6	4.8	0.3	1.2	2.0	1.2	--

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

6. สรุปและข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2546 – 2550) ในครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบและข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับแนวโน้มและข้อมูลวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเวลาเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหลายประเด็น ทำให้ทราบข้อมูลและแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายแยกตามวิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งได้แก่ พื้นที่อยู่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ รวมทั้งกลุ่มโรคที่สำคัญที่นิยมใช้การรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ สามารถนำผลที่ได้ไปวางแผน กำหนดนโยบาย และวางแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง เพิ่มเติมคำนิยามเพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานร่วมกันของประเทศ ซึ่งคำนิยามจะเป็นส่วนสำคัญและมีผลต่อข้อมูลเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังได้นำผลจากการศึกษาที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงข้อมูลในการสำรวจเพื่อให้ได้รายละเอียดที่ครอบคลุมมากขึ้น ผลจากการศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ระเบียบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คำนิยาม ขอบข่ายการเก็บข้อมูล ฯลฯ ต้องได้มาตรฐานและเป็นรูปแบบเดียวกัน
2. การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยต้องคำนึงถึงนิยามที่นำมาใช้ในการสำรวจ / เก็บรวบรวมข้อมูล เพราะจะมีผลต่อข้อมูลที่ได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นต้องมีการปรับเปลี่ยนคำนิยาม เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกัน และสามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานของประเทศ
3. ควรศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์และแนวโน้มอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งศึกษารายละเอียดในระดับพื้นที่ย่อย เช่น เขตเมือง / เขตชนบท (ในเขตเทศบาล / นอกเขตเทศบาล) และระดับจังหวัดเพื่อที่จะใช้วางแผนได้สอดคล้องและครอบคลุมทุกพื้นที่
4. ควรมีการสำรวจเฉพาะในด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก เพื่อให้ได้ความชัดเจนและรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น
5. ควรมีการพัฒนาข้อมูล และศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มและรายละเอียดของข้อมูลและควรนำมาจัดทำฐานข้อมูล (Database) เพื่อสะดวกในการสืบค้น และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน
6. พัฒนาการจัดทำตัวชี้วัดด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลในเรื่องต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. ควรมีการประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ในด้านต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาข้อมูลในด้านดังกล่าว



การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์การบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

รัชนี้ จันท์เกษ* ประพจน์ เกตุรากาศ* จิราพร ลิ้มปานานนท์**

* กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

** คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการเพื่อทราบสถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย วิเคราะห์ข้อมูลกำลังคนผู้ให้บริการเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551) ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ จำนวนสถานบริการ จังหวัดและภาค ประเภทการบริการ ปริมาณและมูลค่าการใช้จ่าย หลักสูตรการอบรม และจำนวนชั่วโมง

ผลการศึกษาแบ่งเป็นสี่ส่วน สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

การกระจายการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ และจากแบบสำรวจที่ตอบกลับ 3,478 ฉบับ พบว่า มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย 2,521 แห่ง ร้อยละ 72.48 โดยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 80.05 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 76.74

โดยพบการกระจายการบริการอยู่ในภาครัฐครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขในส่วนโรงพยาบาลทุกระดับ เป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 96.98

ส่วนที่ 2 ประเภทการให้บริการ

ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทย สถานบริการส่วนใหญ่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่า 1 ประเภท ซึ่งประเภทการบริการที่สถานบริการนิยมให้บริการมากที่สุด คือ การรักษาด้วยยาสมุนไพร ร้อยละ 59.26 รองลงมาการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การนวดเพื่อรักษา การอบ ประคบ ร้อยละ 35.19, 35.08 และ 33.29 ตามลำดับ

จำนวนผู้รับบริการ จำแนกตามประเภทการบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการนวดมากที่สุด ร้อยละ 29.20 รองลงมารักษาด้วยยาสมุนไพร การอบประคบ

ร้อยละ 29.20 และ 25.51 และในทุกภาคพบว่า ผู้รับบริการได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรด้วยยาสมุนไพรมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพร

ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในการให้บริการการแพทย์แผนไทยพบว่า มีปริมาณหรือรายการการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุดร้อยละ 79.71 ซึ่งแหล่งที่มาที่พบมากที่สุดจะใช้วิธีการจัดซื้อจากหน่วยงานที่มีการผลิต รองลงมาผลิตเอง

ส่วนที่ 4 ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย

จำนวนผู้ให้บริการ จำแนกตามประเภทอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการเป็นผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ (ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ) มากที่สุด ร้อยละ 81.59 รองลงมาเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ร้อยละ 8.24

การกระจายกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่า อยู่ภาคใต้มากที่สุด ในอัตราส่วน 1: 2.2 หมายความว่าสถานบริการหนึ่งแห่งมีกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยประมาณ 2 คน รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ แต่อย่างไรก็ตามอัตรากำลังโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1:1.7

กำลังคนผู้ให้บริการที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย 372 คน สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 31 คน ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่เป็นผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ) จำนวน 3,524 คน

หลักสูตรการอบรมผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการนิยมอบรมการนวดไทย ร้อยละ 49.69 และเมื่อจำแนกตามรายชั่วโมงพบว่า เข้าอบรมน้อยกว่า 150 ชั่วโมงมากกว่าร้อยละ 50

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล สนับสนุนให้จัดทำแผนที่ระบบข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และพัฒนาระบบข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนในระดับยุทธศาสตร์ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อติดตามสถานการณ์ แนวโน้มอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์

ข้อเสนอต่อการวิจัย การใช้ยาจากสมุนไพร หากมีการศึกษาประเด็นการใช้ยา (การสั่งยา) จากสมุนไพรนั้น ว่าใครเป็นผู้สั่งยาจากสมุนไพร อาทิเช่น การใช้ยาจากสมุนไพร เพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันในบางกลุ่มอาการ หรือตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทย เพื่อสะท้อนให้เป็นทิศทาง

ในการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ ประเภทการบริการควรแยกให้ได้ว่าเป็นการบริการประเภทเวชกรรมไทย การส่งจ่ายยาจากสมุนไพร

ข้อเสนอทางนโยบาย มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ มีระบบและสร้างกลไกในการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศระดับชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และการส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างระบบกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอย่างเป็นระบบ ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาข้อมูลร่วมกัน

บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับจากประชาชนผู้ใช้บริการอย่างกว้างขวาง การแพทย์แผนไทยมีสถานภาพเป็นการแพทย์กระแสหลักอีกระบบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ในปี พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์มากขึ้น ในระบบสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้กรมบัญชีกลางเห็นควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกค่าบริการรักษายาบาลด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นระบบจ่ายตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ แต่จะต่างจากระบบจ่ายตรงทั่วไป โดยกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการพร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของผู้ให้บริการ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การประเมินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลการบริการและผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค

นโยบายดังกล่าวพบว่ายังขาดข้อมูลสถานการณ์กำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยทั้งปริมาณและคุณภาพ จึงได้สำรวจการบริการและผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ภายใต้โครงการวิจัยบูรณาการ การแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ในปี 2550 ต่อเนื่องเป็นปี 2551 ได้พัฒนาเป็นฐานข้อมูลการบริการและผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ โดยความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

การสำรวจครั้งนี้ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประเภทหน่วยงาน ประเภทการให้บริการ การแพทย์แผนไทย จำนวนผู้มารับบริการ ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการ ปีงบประมาณ 2549 จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการได้รับการอบรมด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ (ผู้ช่วย) และจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยส่งแบบสำรวจทางไปรษณีย์ไปยังสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวน 818 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 75 แห่ง สถานีอนามัย จำนวน 9,760 แห่ง รวมทั้งสิ้น 10,653 แห่ง (ฐานข้อมูลการมีบริการจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เดือนมกราคม 2550) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กันยายน 2550 และได้รับการตอบกลับ จำนวน 3,748 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 32.65 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

บทความนี้ได้นำข้อมูลจากฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ที่บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ตอบกลับจำนวน 3,478 ฉบับ ซึ่งพบว่ามีการจัดบริการแพทย์แผนไทย 2,521 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.48 มาเป็น

ประเด็นที่สำคัญในการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลสถานบริการที่ให้บริการ ประเภท การบริการ จำนวนผู้รับบริการ ปริมาณ/มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรรักษาผู้ป่วย ให้บริการ อาทิ เช่น ผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (เป็นผู้ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ) ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในส่วนภูมิภาค
2. วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการเพื่อทราบสถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย
3. วิเคราะห์ข้อมูลกำลังคนผู้ให้บริการเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน

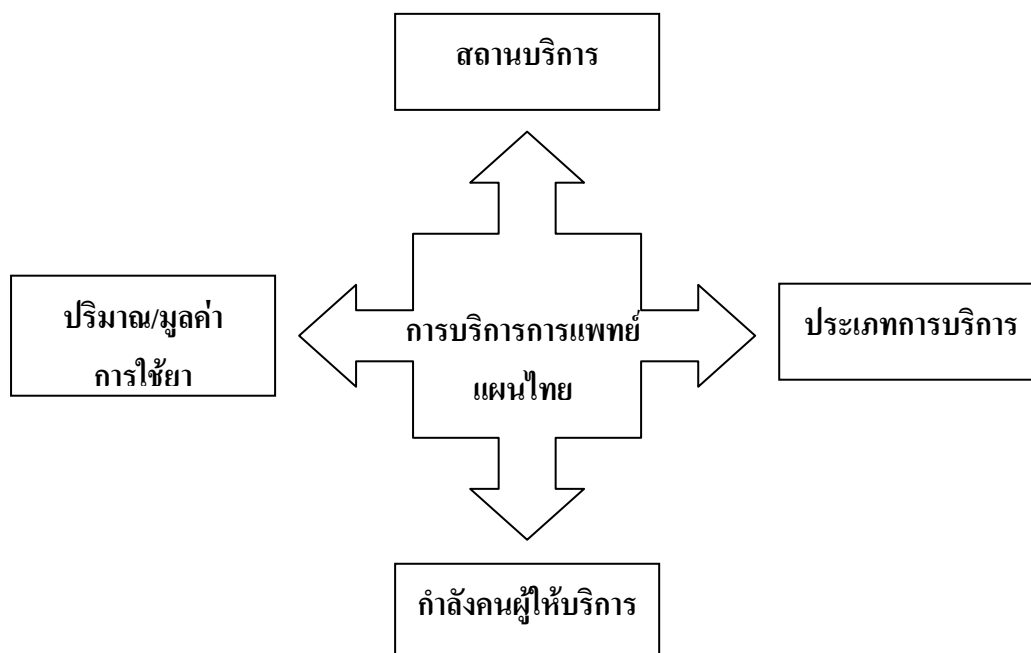
วิธีการศึกษา

1. ใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐของศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551)
2. รวบรวมข้อมูลแฟ้มทะเบียนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนผู้ให้บริการ การแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ กุมภาพันธ์ 2551) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถาม
3. ตรวจสอบข้อมูลผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ตอบแบบสอบถามกับแฟ้มทะเบียน ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. ปรับปรุงข้อมูลโดยขอใบประกอบโรคศิลปะจากผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยเพื่อ แนบไฟล์ในฐานข้อมูลดังกล่าว
5. พัฒนารายงานสถานการณ์ในภาพรวม และใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2003, Microsoft SQL Server 2000 วิเคราะห์ค่าสถิติและสร้างกราฟประเด็นรายละเอียด

ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์

- จำนวนสถานบริการ
- จังหวัดและภาค
- ประเภทการบริการ
- ปริมาณและมูลค่าการใช้ยา
- หลักสูตรการอบรม
- จำนวนชั่วโมง

แนวทางการนำเสนอผลการศึกษา



ผลการศึกษา สถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลการบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนที่ไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ สามารถแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

การกระจายการบริการการแพทย์แผนที่ไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาค และจากแบบสำรวจที่ตอบกลับ 3,478 ฉบับ พบว่า มีการจัดบริการแพทย์แผนที่ไทย 2,521 แห่ง (ร้อยละ 72.48) โดยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 80.05) รองลงมาเป็นภาคกลาง (ร้อยละ 76.74) และภาคเหนือ (ร้อยละ 65.47) (ตาราง 1)

ตาราง 1 การกระจายการบริการการแพทย์แผนที่ไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

จำแนกรายภาค

ภูมิภาค	จำนวนสถาน บริการที่ส่ง (แห่ง) ทั้งหมด	จำนวนสถาน บริการตอบกลับ (แห่ง/ร้อยละ) = A	จน.ที่มีการบริการแพทย์ แผนที่ไทย (แห่ง/ร้อยละของ จน.ตอบกลับ) = B	อัตราส่วน (B: A)*100
เหนือ	2,427	921 (37.95)	603 (65.47)	65.47
อีสาน	3,765	1,193 (31.69)	955 (80.05)	80.05
กลาง	2,789	821 (29.44)	630 (76.74)	76.74
ใต้	1,672	543 (32.48)	333 (61.33)	61.33
รวม	10,653	3,478 (32.65)	2,521 (72.48)	72.48

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

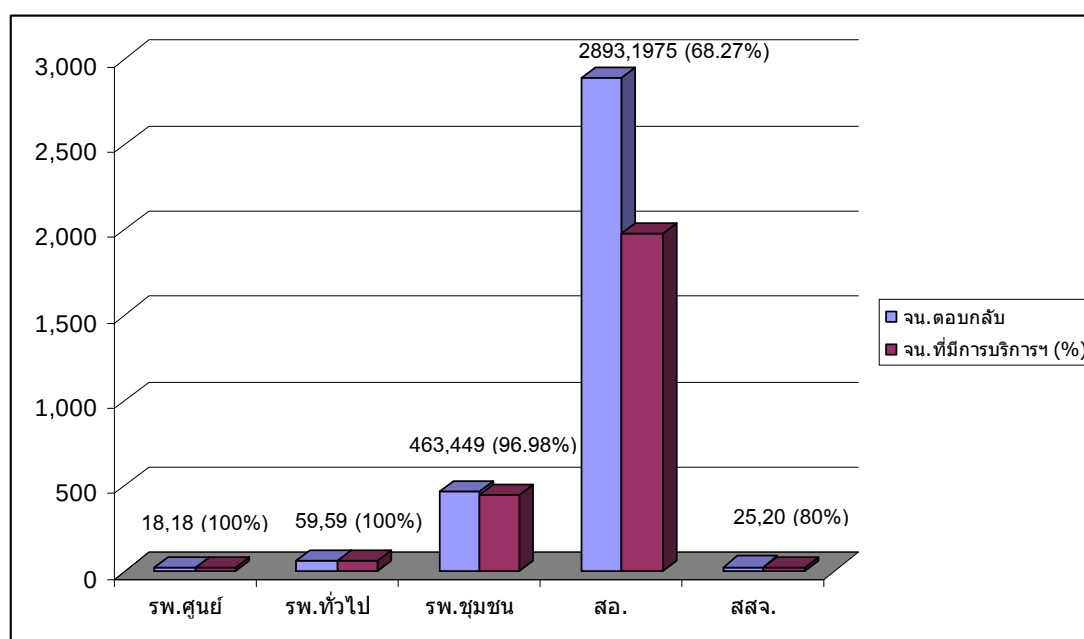
โดยพบการกระจายการบริการอยู่ในภาครัฐครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขในส่วนโรงพยาบาลทุกระดับ เป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 96.98) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 80) และสถานีอนามัย (ร้อยละ 68.27) (ตาราง 2, แผนภูมิ 1)

ตารางที่ 2 การกระจายการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนตอบกลับ (แห่ง)	จน.ที่มีการบริการ แพทย์แผนไทย (แห่ง)	ร้อยละ
รพ.ศูนย์	18	18	100.00
รพ.ทั่วไป	59	59	100.00
รพ.ชุมชน	463	449	96.98
สถานีอนามัย	2,893	1,975	68.27
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	25	20	80.00
รวม	3,478	2,521	72.48

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 1 การกระจายการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ



แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

เมื่อศึกษาข้อมูลในระดับจังหวัด พบว่า 10 อันดับแรกที่มีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐจะเห็นว่า มีสถานบริการภาครัฐที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยโดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 75 พบมากในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ อาทิเช่น อุบลราชธานี ขอนแก่น นครราชสีมา ศรีสะเกษ อุตรธานี

ตาราง 3 รายชื่อ 10 อันดับแรกที่มีการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐ

จังหวัด	สถานบริการภาครัฐ (แห่ง)	มีการบริการแพทย์แผนไทย (แห่ง)
อุบลราชธานี	124	99
ขอนแก่น	111	91
นครราชสีมา	105	82
ศรีสะเกษ	82	75
อุตรธานี	93	70
ลำปาง	101	64
บุรีรัมย์	71	64
ร้อยเอ็ด	95	63
สกลนคร	82	63
เขียงราย	90	61

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

ส่วนที่ 2 ประเภทการให้บริการ

ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า สถานบริการส่วนใหญ่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่า 1 ประเภท ซึ่งประเภทการบริการที่สถานบริการนิยมให้บริการมากที่สุด คือ การรักษาด้วยยาสมุนไพร ร้อยละ 59.26 รองลงมาการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การนวดเพื่อรักษา การอบ ประคบ ร้อยละ 35.19, 35.08 และ 33.29 ตามลำดับ (ตาราง 4, แผนภูมิ 2)

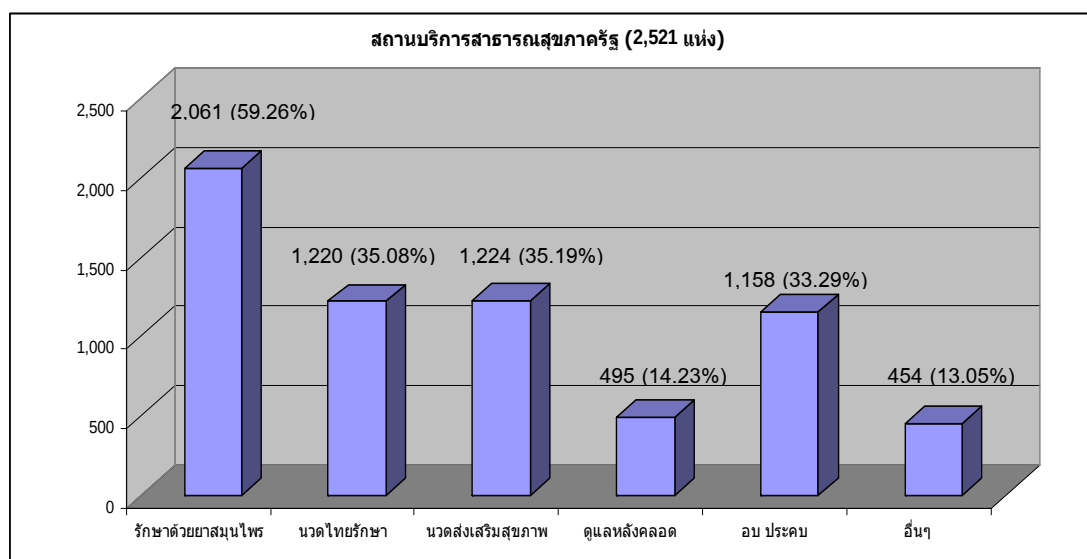
ตาราง 4 ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขสุภาพาครรัฐ 2,521 แห่ง
ที่มีการบริการการแพทย์แผนไทย

ประเภทการบริการ	สถานบริการสาธารณสุขสุภาพาครรัฐ (2,521 แห่ง)	ร้อยละ
รักษาด้วยยาสมุนไพร	2,061	59.26
นวดไทยเพื่อรักษา	1,220	35.08
นวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	1,224	35.19
ดูแลหลังคลอด	495	14.23
อบ ประคบ	1,158	33.29
อื่นๆ	454	13.05

หมายเหตุ สถานบริการหนึ่งแห่ง มีประเภทการบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 2 ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขสุภาพาครรัฐ



หมายเหตุ สถานบริการหนึ่งแห่ง มีประเภทการบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

เมื่อศึกษาในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคอีสาน มีสถานบริการที่ให้การบริการการแพทย์แผนไทยในทุกประเภทการบริการสูงสุด และในทุกภาคของประเทศพบว่า สถานบริการนิยมให้การรักษาดด้วยยาสมุนไพร ซึ่งไม่ได้หมายความว่าสถาน

บริการส่วนใหญ่รักษาด้วยเวชกรรมไทยอย่างเดียว รองลงมาเป็นการนัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การนัดเพื่อรักษา และการอบประคบสมุนไพร (ตาราง 5)

ตาราง 5 ประเภทการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
จำแนกรายภาค

ประเภทการบริการ	ภูมิภาค (แห่ง)			
	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้
รักษาด้วยยาสมุนไพร	524	729	549	256
นัดไทยเพื่อรักษา	279	513	271	154
นัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	262	574	235	150
ดูแลหลังคลอด	120	206	107	62
อบ ประคบ	283	514	245	116
อื่นๆ	133	152	97	69

หมายเหตุ สถานบริการหนึ่งแห่ง มีประเภทการบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

จำนวนผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามประเภทการบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้รับบริการได้รับการรักษาด้วยการนัดมากที่สุด ร้อยละ 30.35 รองลงมา รักษาด้วยยาสมุนไพร การอบประคบ ร้อยละ 29.20 และ 25.51 ตามลำดับ โดยที่ผู้รับบริการหนึ่งราย สามารถได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่า 1 ประเภท (ตาราง 6, แผนภูมิ 3)

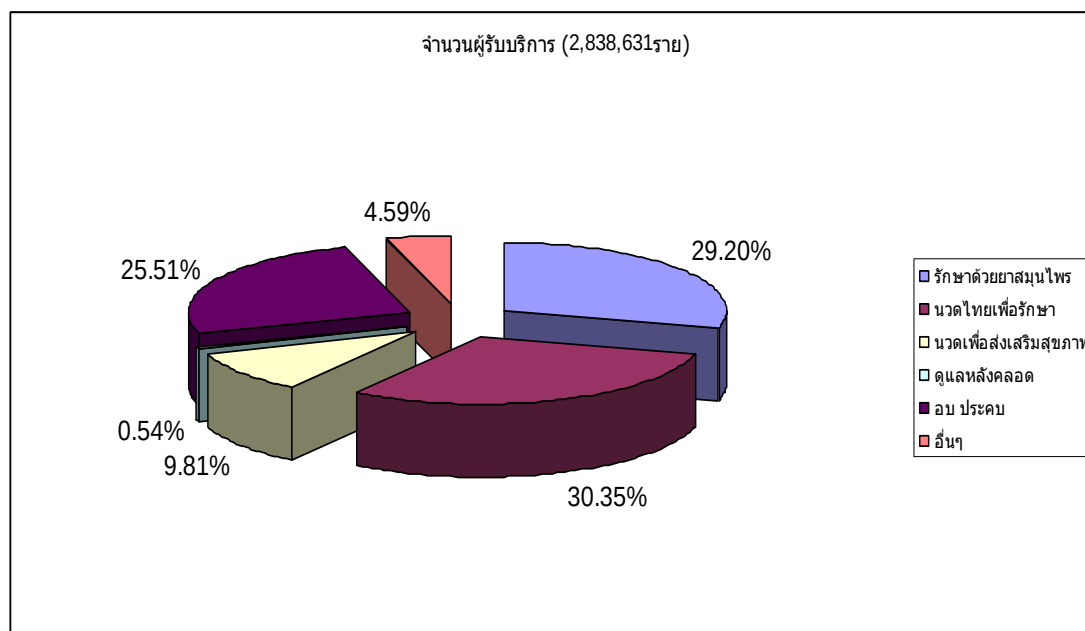
ตาราง 6 จำนวนผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
จำแนกตามประเภทการบริการ

ประเภทการบริการ	จำนวนผู้รับบริการ(ราย)	ร้อยละ
รักษาด้วยยาสมุนไพร	829,016	29.20
นัดไทยเพื่อรักษา	861,525	30.35
นัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	278,596	9.81
ดูแลหลังคลอด	15,262	0.54
อบ ประคบ	724,034	25.51
อื่นๆ	130,198	4.59
รวม	2,838,631	100.00

หมายเหตุ ผู้รับบริการ (ราย) อาจได้รับการบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 3 จำนวนผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยแต่ละประเภทในสถานบริการสาธารณสุข
ภาครัฐ



หมายเหตุ ผู้รับบริการ (ราย) อาจได้รับการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

เมื่อศึกษาในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคอีสาน มีสถานบริการที่ให้การบริการการแพทย์แผนไทยสูงสุดในทุกประเภทการบริการ (ตาราง 5) และมีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 35.85 รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ ร้อยละ 31.04 และ 17.96 และในทุกภาคของประเทศพบว่า ผู้รับบริการได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรด้วยยาสมุนไพรมากที่สุด ยกเว้นในภาคอีสานที่ผู้รับบริการได้รับการรักษาด้วยการนวด และอบประคบสมุนไพร (ตาราง 7)

ตาราง 7 จำนวนผู้รับบริการ (ราย) การแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
จำแนกตามภูมิภาค

ประเภทการบริการ	ภูมิภาค (ผู้รับบริการ/ราย)			
	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้
รักษาด้วยยาสมุนไพร	128,094	260,242	224,677	207,723
นวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	55,331	103,417	88,485	31,363
ดูแลหลังคลอด	2,365	6,852	2,251	3,794

ประเภทการบริการ	ภูมิภาค (ผู้รับบริการ/ราย)			
	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้
หมวดไทยเพื่อรักษา	120,293	399,654	167,358	36,729
อบ ประคบ	184,560	218,188	312,957	144,020
อื่นๆ	17,230	25,771	82,318	4,879
รวม (ร้อยละ)	507,873 (17.96)	1,014,124 (35.85)	878,046 (31.04)	428,508 (15.15)

หมายเหตุ ผู้รับบริการ (ราย) อาจได้รับบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

ส่วนที่ 3 การใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพร

ผลการศึกษาปริมาณและมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในการให้บริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พบว่า มีการใช้ยาจากสมุนไพรใน “บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ.2549” ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2547 ที่เป็นยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งเป็นตำรับเดี่ยวจำนวน 8 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน ขิง ชุมเห็ดเทศ บัวบก พญาเสือโคร่ง ไพล และฟ้าทะลายโจร และเป็นยาแผนไทย ซึ่งเป็นยาตำรับ จำนวน 11 รายการ ได้แก่ ยาแก้ไอหำราก ยาเขียวหอม ยาเหลืองปิดสมุทร ยาจันทร์ลีลา ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาประสะไพล ยาประสะมะแว้ง ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ซึ่งรายการยาที่นอกเหนือจาก 19 รายการนี้ถือเป็นยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

กรณีการใช้ยาจากสมุนไพรในการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า มีปริมาณหรือรายการการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุดร้อยละ 79.71 ซึ่งแหล่งที่มาที่พบมากที่สุดจะใช้วิธีการจัดซื้อจากหน่วยงานที่มีการผลิต รองลงมาผลิตเอง ยกเว้นในบางรายการที่เมื่อผลิตไม่เพียงพอก็ต้องจัดซื้อไว้เพิ่มเติม (ตาราง 8, แผนภูมิ 4) และในระดับจังหวัดพบว่า จังหวัดขอนแก่นมีรายการการใช้ยาจากสมุนไพรมากที่สุด รองลงมาเป็นจังหวัดสกลนคร ปราจีนบุรี อุบลราชธานี อุตรธานี ตามลำดับ (ตาราง 9)

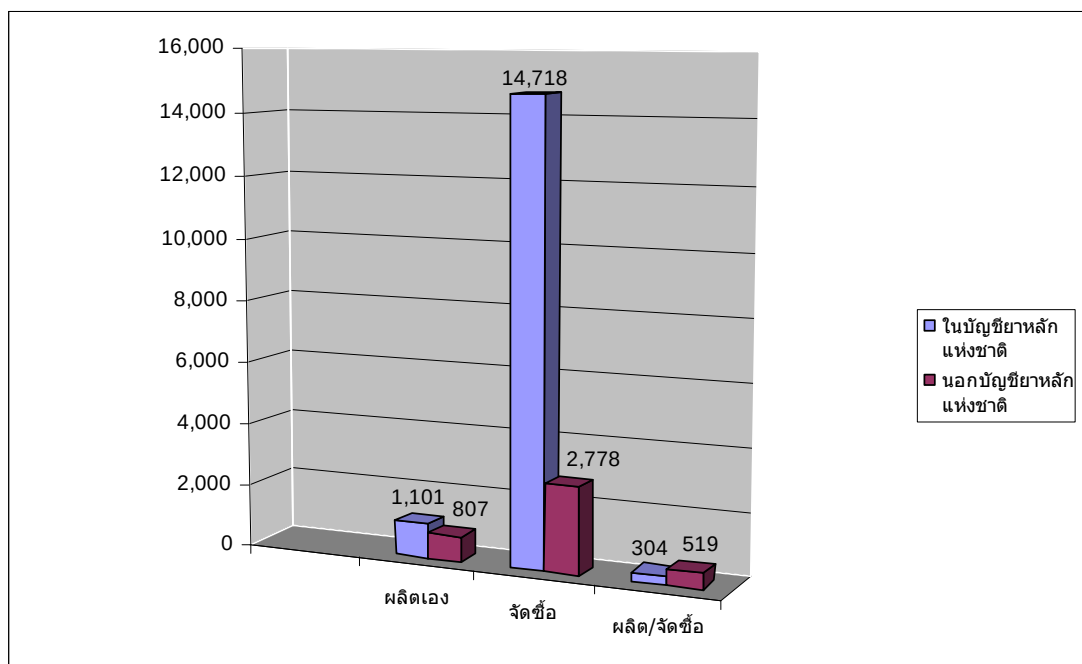
ตาราง 8 รายการการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
ปีงบประมาณ 2549 จำแนกตามแหล่งที่มา

ใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	รวม (ร้อยละ)	แหล่งที่มา :		
		ผลิตเอง	จัดซื้อ	ผลิตเองและจัดซื้อ
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	16,123 (79.71)	1,101	14,718	304
นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	4,104 (20.29)	807	2,778	519
รวม	20,227 (100.00)	1,908	17,496	823

หมายเหตุ สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า 1 รายการ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 4 รายการการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข 2,521 แห่ง



หมายเหตุ สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า 1 รายการ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

ตาราง 9 รายชื่อ 10 อันดับแรกที่มีรายการการใช้ยาจากสมุนไพรมากที่สุดในประเทศไทย

จังหวัด	จำนวนรายการ
ขอนแก่น	1,344
สกลนคร	1,159
ปราจีนบุรี	1,152
อุบลราชธานี	953
อุดรธานี	877
ลพบุรี	858
เชียงราย	844
หนองบัวลำภู	794
สระแก้ว	711
สมุทรปราการ	591

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

สำหรับมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุดร้อยละ 52.81 ซึ่งแหล่งที่มาที่พบมากที่สุดคือการผลิตเอง รองลงมาใช้วิธีการจัดซื้อจากผู้ผลิตอื่น และในบางรายการที่ผลิตเองและเมื่อไม่เพียงพอก็ต้องจัดซื้อ (ตาราง 10, แผนภูมิ 5) เมื่อศึกษาในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดในภาคกลางจะมีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรจำนวนมากได้แก่ ชัยนาท นครนายก สุพรรณบุรี สระแก้ว ปราจีนบุรี เป็นต้น จะสังเกตได้ว่า ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลอุ้มทองที่ผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อจำหน่าย สระแก้วมีโรงพยาบาลวังน้ำเย็นที่ผลิตยาสมุนไพรเพื่อจำหน่าย ปราจีนบุรี พบว่ามีโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่ผลิตยาเพื่อจำหน่ายเช่นกัน (แผนภูมิ 6)

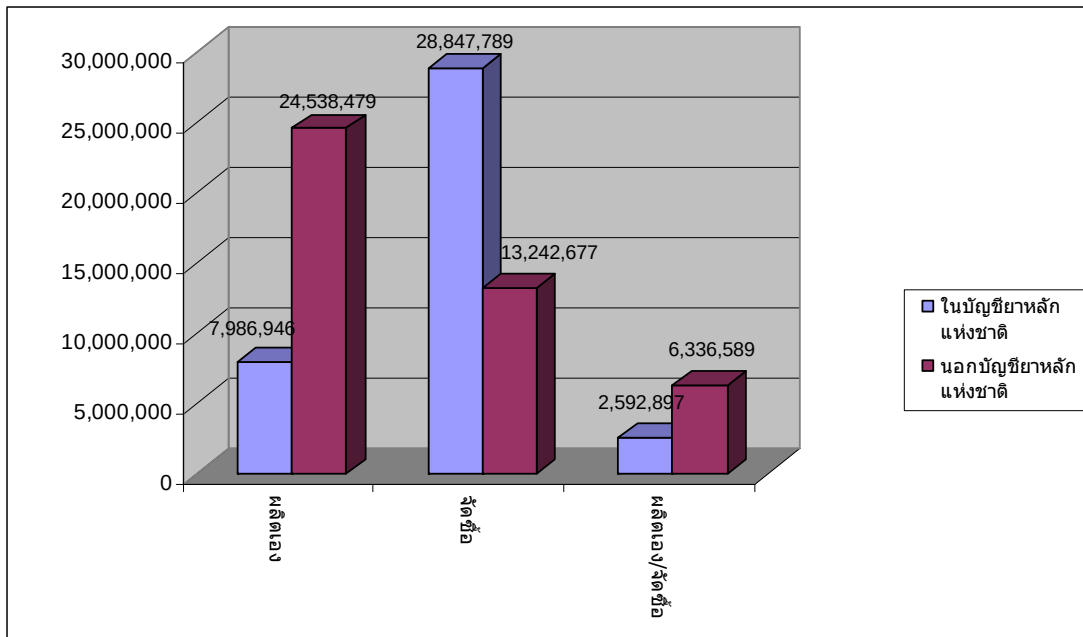
ตาราง 10 มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
ปีงบประมาณ 2549 จำแนกตามแหล่งที่มา

ใบ/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	รวม (ร้อยละ)	แหล่งที่มา : (บาท/ปี)		
		ผลิตเอง	จัดซื้อ	ผลิตเองและจัดซื้อ
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	39,427,632.24 (47.19)	7,986,945.84	28,847,789.31	2,592,897.09
นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	44,117,745.87 (52.81)	24,538,479.46	13,242,677.32	6,336,589.09
รวม	83,545,378.11 (100.00)	32,525,425.30	42,090,466.63	8,929,486.18

หมายเหตุ สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า 1 รายการ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

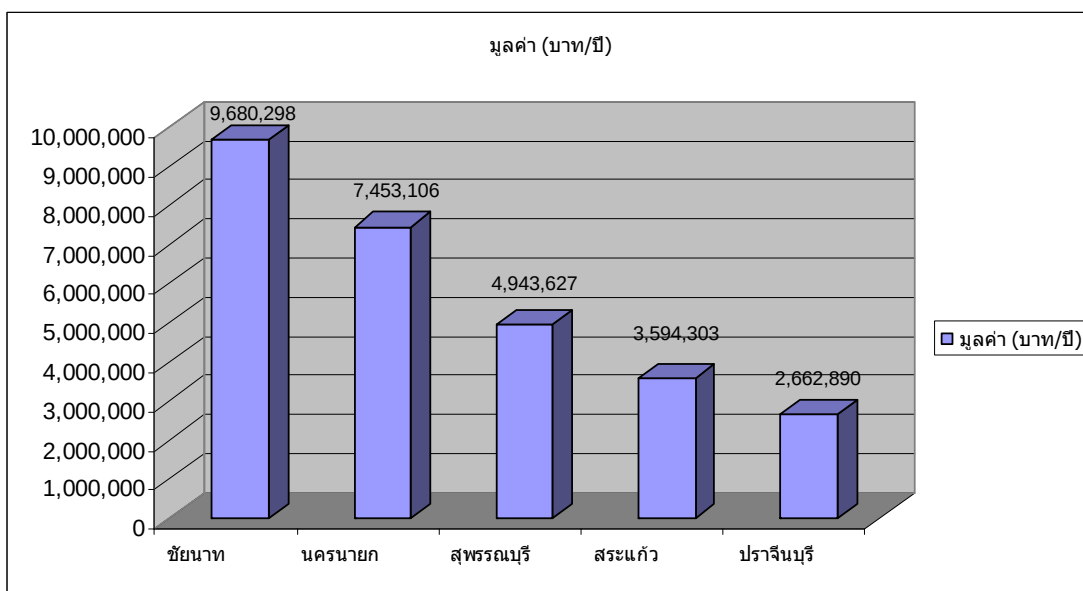
แผนภูมิ 5 มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง



หมายเหตุ: สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า 1 รายการ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 6 รายชื่อ 10 อันดับแรกที่มีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรสูงที่สุด โดยพิจารณาจากมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรมากที่สุดอย่างเดียว



หมายเหตุ: สถานบริการหนึ่งแห่งสามารถผลิตเองหรือจัดซื้อได้มากกว่า 1 รายการ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

ส่วนที่ 4 ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐ

จำนวนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ (ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ) มากที่สุด ร้อยละ 81.59 รองลงมาเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ร้อยละ 8.24 พยาบาล ร้อยละ 5.77 (ตาราง 11, แผนภูมิ 7)

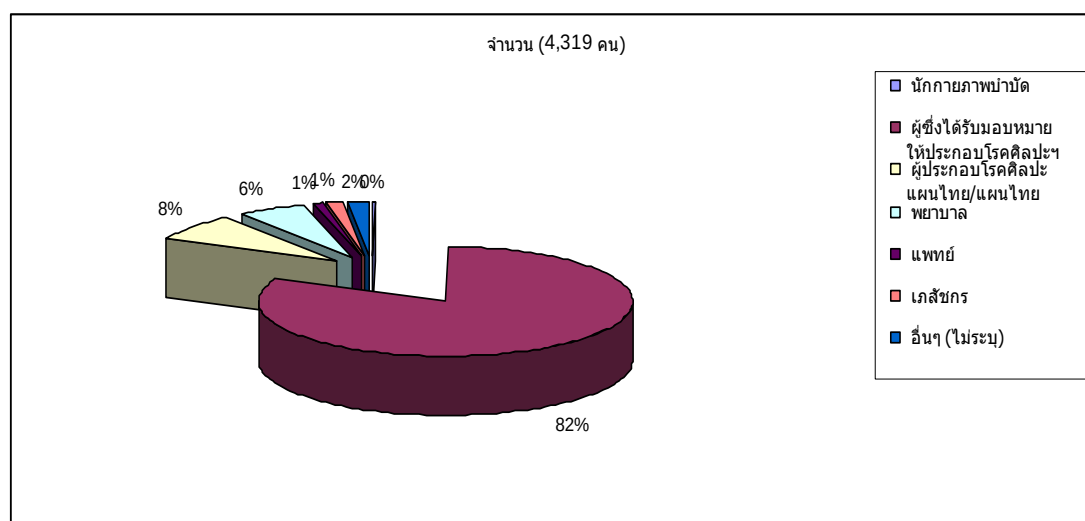
ตาราง 11 จำนวนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง
จำแนกตามอาชีพ

ประเภทอาชีพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
นักรักษาภาพบำบัด	7	0.16
ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะฯ	3,524	81.59
ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทย/แผนไทยประยุกต์	356	8.24
พยาบาล	249	5.77
แพทย์	44	1.02
เภสัชกร	61	1.41
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	78	1.81
รวม	4,319	100.00

หมายเหตุ พยาบาลมีใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย 24 คน เภสัชกร มีใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย 6 คน

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 7 จำนวนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ 2,521 แห่ง



แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

การกระจายกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่า อยู่ที่ภาคใต้มากที่สุด ในอัตราส่วน 1: 2.2 หมายความว่าสถานบริการหนึ่งแห่งมีกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยประมาณ 2 คน รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคเหนือ อัตราส่วน 1:1.8, 1:1.7 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามอัตราค่าจ้างโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1:1.7 (ตาราง 12)

ตาราง 12 การกระจายกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกรายภาค

ภูมิภาค	จำนวนตอบกลับ (แห่ง)	จน.ที่มีการบริการแพทย์ แผนไทย (แห่ง/ร้อยละ) = A	จำนวน (คน) = B	อัตราส่วน (B: A)
เหนือ	921	603 (65.47)	1,025	1:1.7
อีสาน	1,193	955 (80.05)	1,439	1:1.5
กลาง	821	630 (76.74)	1,135	1:1.8
ใต้	543	333 (61.33)	720	1:2.2
รวม	3,478	2,521 (72.48)	4,319	1:1.7

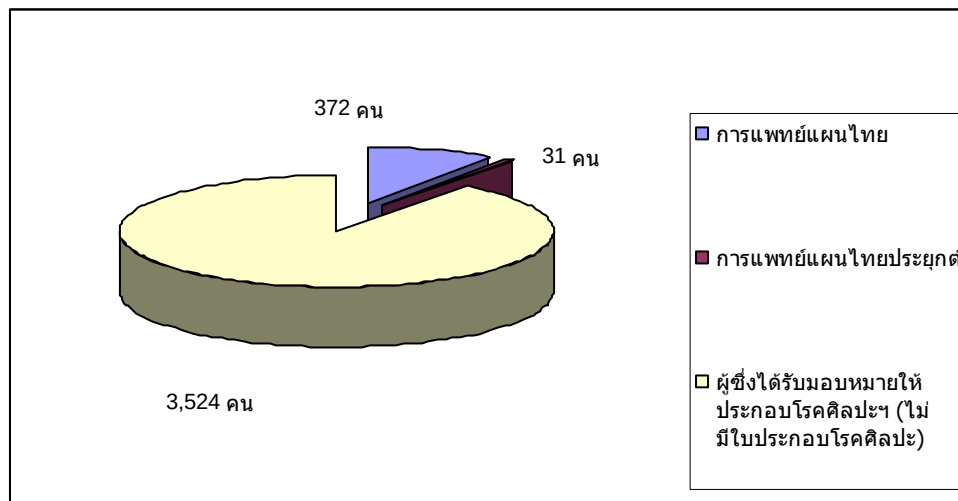
แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

เมื่อศึกษากำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย 372 คน สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 31 คน (แผนภูมิ 8) ในจำนวนนี้ พบว่า มีผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะทั้งสองสาขาจำนวน 14 คน ผู้ให้บริการที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยมีใบประกอบโรคศิลปะมากกว่าหนึ่งประเภท พบใบประกอบโรคศิลปะประเภทเภสัชกรรมไทยมากที่สุด รองลงมาเป็นเวชกรรมไทย (แผนภูมิ 9)

อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบข้อมูลข้าราชการตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเฉพาะผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐ พบว่ามีจำนวน 478 คน (ฐานข้อมูลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ กุมภาพันธ์ 2551) บางรายไม่สอบใบประกอบโรคศิลปะ เนื่องจากคุณสมบัติของตำแหน่งไม่ต้องการใบประกอบโรคศิลปะ

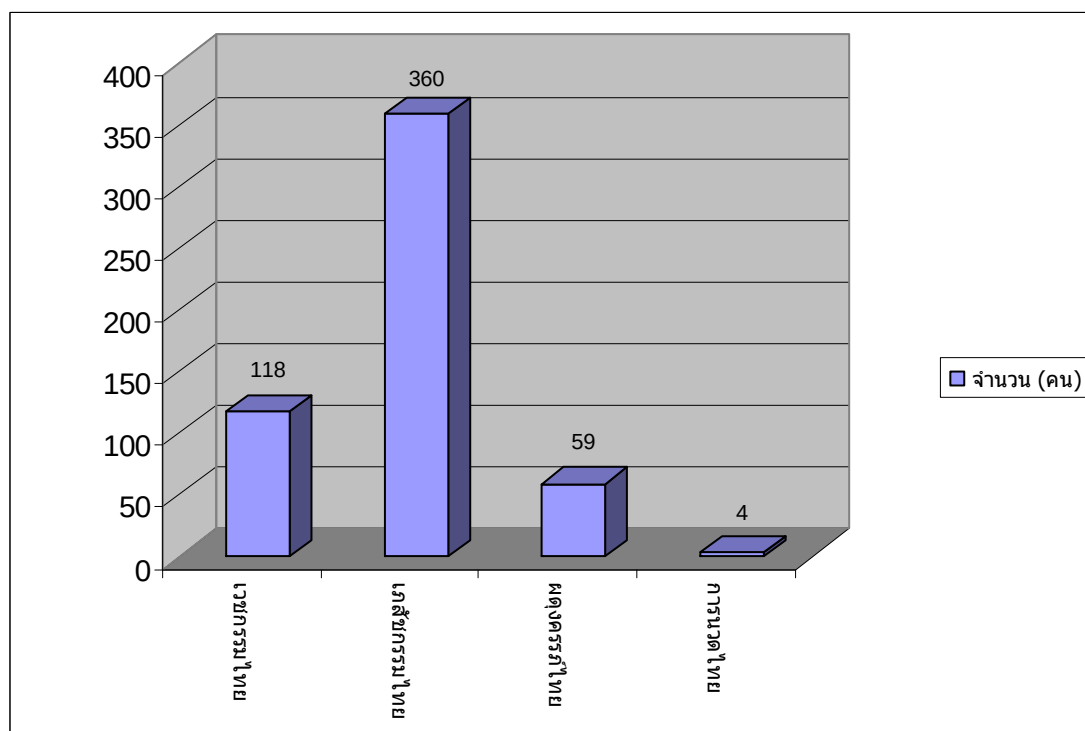
จะเห็นได้ว่ากำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่เป็นผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ) จำนวน 3,524 คน ทั่วประเทศ

แผนภูมิ 8 ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกตามใบประกอบโรคศิลปะ



หมายเหตุ ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยมีใบประกอบโรคศิลปะทั้งสองสาขาจำนวน 14 คน
แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 9 ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกตามประเภทใบประกอบโรคศิลปะ



หมายเหตุ ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยหนึ่งคนมีใบประกอบโรคศิลปะมากกว่าหนึ่งใบ
แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

หลักสูตรการอบรมที่ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐได้รับ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ได้รับการอบรมหลักสูตรการนวดไทย ร้อยละ 49.69 รองลงมา การนวดอื่นๆ ร้อยละ 13.60 หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหลักสูตรขั้นต่ำที่ได้รับการรับรองจากกองการประกอบโรคศิลปะและกำหนดให้ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐจบหลักสูตรดังกล่าว แต่ในปัจจุบันผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยที่จบหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมงทั่วประเทศ จำนวน 108 คน (ตาราง 13, แผนภูมิ 10) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยได้รับการอบรมมากกว่า 1 หลักสูตร

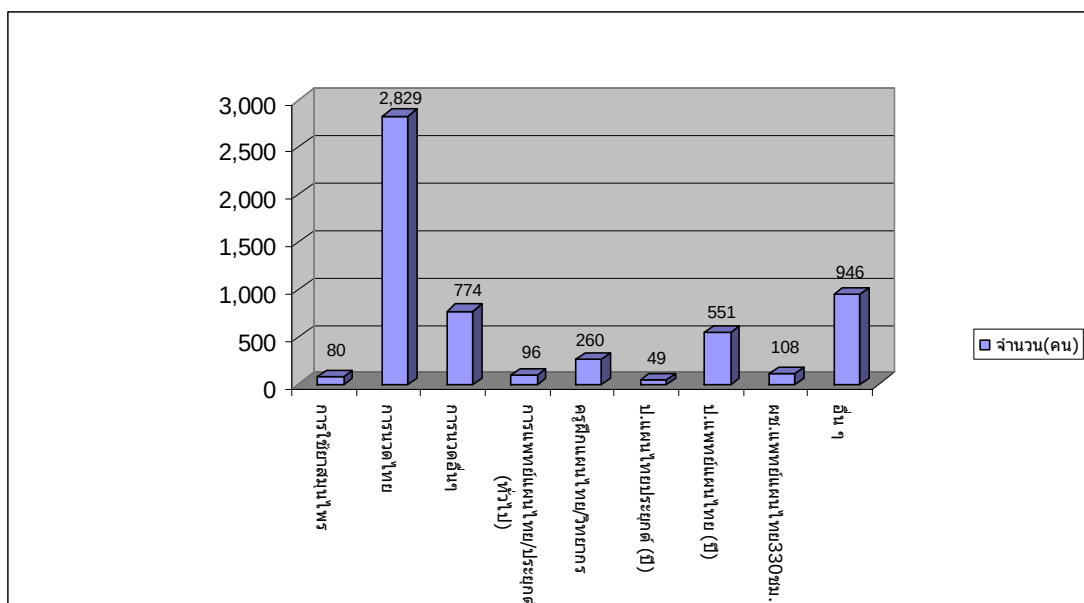
ตาราง 13 หลักสูตรการอบรมผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
จำแนกตามประเภทหลักสูตร

ประเภทหลักสูตรการอบรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การใช้อาสนมุนไพรรอบประคบ	80	1.41
การนวดไทย	2,829	49.69
การนวดอื่นๆ	774	13.60
การแพทย์แผนไทย/ประยุกต์ (ทั่วไป)	96	1.69
ครูฝึกแพทย์แผนไทย/วิทยากร	260	4.57
ป.แผนไทยประยุกต์ (ปี)	49	0.86
ป.แพทย์แผนไทย (ปี)	551	9.68
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง	108	1.90
อื่น ๆ	946	16.62
รวม	5,693	100.00

หมายเหตุ : ผู้ให้บริการหนึ่งคนสามารถผ่านการอบรมได้มากกว่าหนึ่งหลักสูตร

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 10 หลักสูตรการอบรมผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ



หมายเหตุ : ผู้ให้บริการหนึ่งคนสามารถผ่านการอบรมได้มากกว่าหนึ่งหลักสูตร

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

ในระดับภูมิภาค พบว่า ผู้ให้บริการผ่านการอบรมการนวดไทยมากที่สุดในทุกภาค และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง (ตาราง 14) ในการอบรมแต่ละประเภทเมื่อจำแนกตามจำนวนชั่วโมงในการได้รับการอบรมแต่ละหลักสูตร พบว่า ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าร้อยละ 50 อบรมหลักสูตรน้อยกว่า 150 ชั่วโมง รองลงมา มากกว่า 330 ชั่วโมง แต่น้อยกว่า 800 ชั่วโมง ช่วงระหว่าง 150 – 330 ชั่วโมง ร้อยละ 23.94, 23.20 ตามลำดับ (ตาราง 15, แผนภูมิ 11)

ตาราง 14 หลักสูตรการอบรมผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกตามรายภาค

ประเภทหลักสูตรการอบรม	จำนวน(คน)			
	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้
การใช้ยาสมุนไพร/อบประคบ	14	28	9	28
การนวดไทย	594	817	737	594
การนวดอื่นๆ	154	267	142	159
การแพทย์แผนไทย/ประยุกต์ (ทั่วไป)	17	48	20	11
ครูฝึกแพทย์แผนไทย/วิทยากร	61	71	53	35
ป.แผนไทยประยุกต์ (ปี)	11	19	12	6
ป.แพทย์แผนไทย (ปี)	133	198	112	76
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง	70	4	4	16
อื่น ๆ	255	292	234	136

หมายเหตุ : ผู้ให้บริการหนึ่งคนสามารถผ่านการอบรมได้มากกว่าหนึ่งหลักสูตร

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

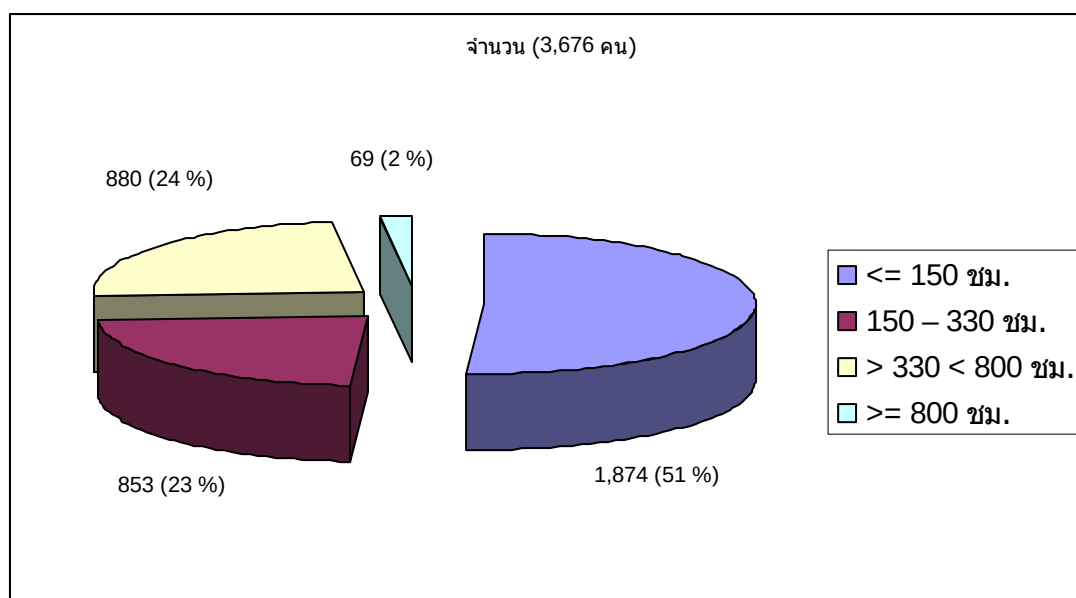
ตาราง 15 หลักสูตรการอบรมผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
จำแนกตามจำนวนชั่วโมง

จำนวนชั่วโมง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 150 ชั่วโมง	1,874	50.98
150 – 330 ชั่วโมง	853	23.20
มากกว่า 330 แต่น้อยกว่า 800 ชั่วโมง	880	23.94
มากกว่า หรือเท่ากับ 800 ชั่วโมง	69	1.88
รวม	3,676	100.00

หมายเหตุ : ผู้ให้บริการหนึ่งคนสามารถผ่านการอบรมได้มากกว่าหนึ่งหลักสูตร

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

แผนภูมิ 11 หลักสูตรการอบรมผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
จำแนกตามจำนวนชั่วโมง



หมายเหตุ : ผู้ให้บริการหนึ่งคนสามารถผ่านการอบรมได้มากกว่าหนึ่งหลักสูตร

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2551, <http://118.175.70.91:8088>)

จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบข้อมูล ต่อการวิจัย และต่อทางนโยบาย ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

1. สนับสนุนให้จัดทำแผนที่ระบบข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และพัฒนาระบบข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนในระดับยุทธศาสตร์
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบริการและกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาคีรัฐอย่างต่อเนื่อง
3. การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อติดตามสถานการณ์ แนวโน้มอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องเพื่อใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์

ข้อเสนอต่อการวิจัย

1. การใช้ยาจากสมุนไพร ควรมีการศึกษาประเด็นผู้สั่งยาจากสมุนไพรและวัตถุประสงค์การใช้เพื่อ
 - การทดแทนยาแผนปัจจุบันในบางกลุ่มอาการ
 - การใช้ยาจากสมุนไพร ตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทย
 เพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์การใช้ยาจากสมุนไพรอย่างแท้จริงเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอทางนโยบาย

1. ควรมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
2. ควรมีระบบและสร้างกลไกในการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศระดับชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
3. ควรส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างระบบกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอย่างเป็นระบบ
4. ควรประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาข้อมูลร่วมกัน

การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์หมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย

รัชณี จันทรเกษ* นพ.ประพจน์ เกตุธรรมาศ* ดร.วิชัย จันทรภักดีวัฒน์*

* กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

ที่มา

ตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 มาตรา 13 กำหนดให้อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นนายทะเบียนกลาง และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นนายทะเบียนจังหวัด มีหน้าที่ร่วมกันรวบรวมข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อจัดทำทะเบียนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยกลุ่มต่างๆ ได้แก่ หมอพื้นบ้าน ผู้ประกอบโรคศิลป์ องค์กรเอกชนพัฒนาการแพทย์แผนไทย ผู้ปลูกหรือผู้แปรรูปสมุนไพร ผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาสมุนไพร และนักวิชาการ ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 โดยในกฎกระทรวงนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้มีการจัดเก็บข้อมูลหมอพื้นบ้าน โดยประสานงานกับหน่วยงานภูมิภาคได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการจัดเก็บข้อมูลขึ้นตามแบบที่กำหนดไว้ เพื่อจัดทำเป็นทำเทียบบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยขึ้น

การศึกษาได้นำข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้านของสำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 38,830 คน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งมีประเด็นสำคัญ คือ กำลังคนหมอพื้นบ้านประเภทหมอพื้นบ้าน การได้รับความรู้ บทบาทในฐานะหมอพื้นบ้าน แหล่งวัตถุดิบ สถานที่บำบัดและความชำนาญโรคในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานะข้อมูลประชากรหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศ
2. วิเคราะห์ข้อมูลประชากรหมอพื้นบ้านเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในปัจจุบัน

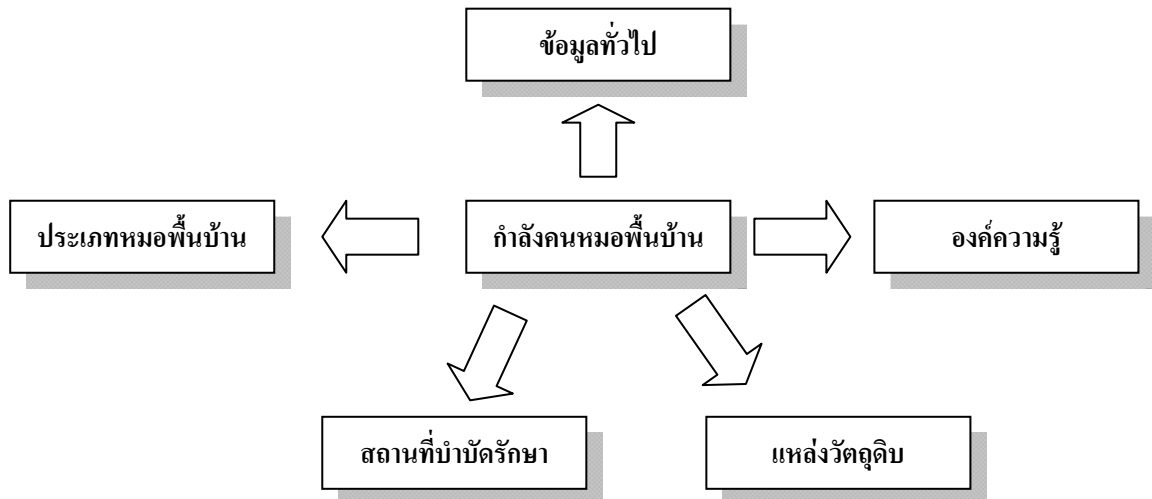
วิธีการศึกษา

1. ใช้ไฟล์ข้อมูลทะเบียนบุคลากรข้อมูลเฉพาะกลุ่มหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศไทยของสำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)
2. พัฒนารายงานสถานการณ์ในภาพรวม และใช้โปรแกรม Microsoft SQL Server 2005, Microsoft Excel 2003 วิเคราะห์ค่าสถิติและสร้างกราฟประเด็นรายละเอียด

ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์

- ประเภทหมอพื้นบ้าน
- จังหวัดและภาค
- องค์ความรู้ แหล่งความรู้
- จำนวนปี
- สถานที่บำบัดรักษา
- แหล่งวัตถุดิบ

แนวทางการนำเสนอผลการศึกษา



คำจำกัดความ

หมอพื้นบ้าน ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 ของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่าสิบคน หรือเป็นผู้ได้รับการรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดประเภทหมอพื้นบ้านผู้ทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลของทำเนียบบุคลากรข้อมูลเฉพาะหมอพื้นบ้านได้จัดเป็น 4 ประเภท ตามแบบสอบถามที่กำหนดไว้เดิมประกอบด้วย หมอไสยศาสตร์ หมอยาสมุนไพร/ยาแผนโบราณ หมอนวด ประคบสมุนไพร และหมอดำยา ซึ่งในฐานข้อมูลที่จัดเก็บได้ปรับแก้หมอไสยศาสตร์ เป็น หมอพิธีกรรมฉะนั้นในการวิเคราะห์จะใช้เป็นหมอพิธีกรรม โดยที่คู่มือการใช้งานระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และโปรแกรมการจัดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไม่มีการให้ความหมายหมอพื้นบ้านแต่ละประเภทไว้ชัดเจนว่า หมอแต่ละประเภทมีอะไรบ้าง ดังนั้นจึงใช้ข้อมูลการจัดกลุ่มประเภทหมอพื้นบ้านภาคเหนือในงานวิจัยองค์ความรู้หมอเมือง ของ ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ และงานวิจัยหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านของ สมใจ ศรีหล้า (2535: 21-3) และข้อมูลหมอพื้นบ้านงานวิจัยแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน

สุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนของมูลนิธิสุขภาพไทยมาเทียบเคียง และจัดประเภทหมอพื้นบ้านเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

1. หมอพิธีกรรม ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ในการรักษาโดยการใช้อำนาจที่เหนือธรรมชาติ มนต์ คาถา สิ่งเหนือธรรมชาติและบางรายยังใช้สมุนไพรประกอบในการรักษาอีกด้วย
 - หมอดู หมอมอ หรือหมอส่อง เป็นผู้ที่ทายโชคชะตาราศีหรือหาสาเหตุเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เลือกแหล่ง วิธีการ และฤกษ์ยามในการรักษา
 - หมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเสียเคราะห์ ทำหน้าที่สะเดาะเคราะห์ให้แก่ชาวบ้านเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีต่างๆ ที่ชาวบ้านเชื่อว่าจะนำโชคร้าย หรือโรคร้ายมาสู่ตนเองและครอบครัวการสะเดาะเคราะห์มักจะทำทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยระยะพักฟื้น เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจของผู้ป่วย
 - หมอมนต์ หมอน้ำมนต์ หมอเสก หรือหมอเป่า เป็นผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ มีการพรมน้ำมนต์บริเวณบาดเจ็บและหมอมักรักษาผู้ป่วยกระดูกเคลื่อน กระดูกหัก โดยใช้เวทย์มนต์คาถา น้ำมนต์และสมุนไพร
 - หมอผี เป็นผู้ที่ใช้คาถาอาคมที่เกี่ยวกับภูตผี ในการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดจากการกระทำของผีร้าย
 - หมอธรรม เป็นผู้ที่เรียนเวทย์มนต์คาถาเพื่อปราบผี ช่วยรักษาผู้ที่ถูกผีทำ โดยใช้เวทย์มนต์คาถา
 - หมอลำผีฟ้า เป็นผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยการรำและร้องไปรอบๆ ผู้ป่วยพร้อมกับอ้อนวอนขอให้ผีฟ้า เทวดา รวมทั้งวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายมาช่วยรักษา
 - หมอทำขวัญ เป็นผู้มีความชำนาญในการทำพิธีที่เกี่ยวกับขวัญ เป็นการทำให้ขวัญป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งทำพิธีเรียกขวัญให้แก่ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย
 - หมอทรง เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาและมีความสามารถในการติดต่อกับวิญญาณของบุคคลสำคัญ เพื่อให้วิญญาณเหล่านั้นบอกยาและกรรมวิธีการรักษา
2. หมอยาสมุนไพร หมอยา หรือหมอยาหม้อ เป็นผู้ที่ให้การรักษาโดยใช้สมุนไพร ในลักษณะยาเดี่ยวหรือตำรับ ตามตำรับยาไทย และยาพื้นเมือง
3. หมอนวด เป็นผู้ที่ให้การรักษาด้วยการจับเส้นในร่างกาย บิบนวดให้หายจากความเจ็บป่วย รวมถึงการใช้การอบประคบ การเหยียบเส้น แหก ย่ำขาг เหยียบเหล็กแดง การใช้น้ำมันนวด และอื่นๆ ที่มีลักษณะการรักษาทางกายภาพ
4. หมอดำแย หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญในการทำคลอดด้วยวิธีแผนโบราณหรือแบบพื้นบ้าน ซึ่งมีความรู้ในการดูแลแม่ และเด็ก ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

ภูมิภาค ความหมายที่ให้ไว้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดพื้นที่ภูมิภาค ประกาศ ณ วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2546 ให้ภูมิภาคต่อไปนี้เป็นพื้นที่ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 75 จังหวัด โดยบริเวณพื้นที่ภาคใดประกอบด้วยจังหวัดใด ให้เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

บริเวณพื้นที่ภาคเหนือ ประกอบด้วย 17 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี ตาก สุโขทัย กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ ลำปาง เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน

บริเวณพื้นที่ภาคกลาง ประกอบด้วย 25 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สมุทรปราการ สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท นครนายก สุพรรณบุรี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ตราด จันทบุรี ระยอง ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม

บริเวณพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 19 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มหาสารคาม ขอนแก่น เลย หนองคาย อุตรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร กาฬสินธุ์ อุดรราชธานี อำนาจเจริญ นครพนม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ และยโสธร

บริเวณพื้นที่ภาคใต้ ประกอบด้วย 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ข้อจำกัดของข้อมูล การศึกษารั้งนี้ใช้ฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมและใช้การจัดเก็บโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตามแบบการเก็บข้อมูลที่กำหนดไว้แล้ว ทำให้เกิดข้อจำกัดที่ไม่อาจแก้ไขได้ ซึ่งประเด็นต่างๆ ถูกกำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์ของผู้ใช้คือ เป็นฐานข้อมูลในการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ของสำนักงานคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อจำกัดของคำจำกัดความ เนื่องจากการแบบสอบถามนี้ ใช้คำจำกัดความตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. 2546 ของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ให้หมายความครอบคลุมพื้นบ้านไว้ว่า บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชนโดยมีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่าสิบคน หรือเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองจากองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยมีได้มีการกำหนดในเรื่องประสบการณ์ การจัดประเภทหมอฟันบ้าน ซึ่งข้อแตกต่างในการให้คำจำกัดความนี้มีผลต่อการจัดเก็บค่อนข้างมาก

3. ข้อจำกัดของผู้เก็บโดยส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ใช้การทำความเข้าใจต่อคำจำกัดความที่ส่วนกลางได้กำหนดไว้ หรือทำความเข้าใจตามประสบการณ์ของตนเอง ทำให้ได้มีการเก็บข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้สมุนไพรบ้างหรือ หมอนวด ที่เรียนนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (นวดผ่อนคลาย) ประมาณ 60-150 ชั่วโมงเข้ามาในกลุ่มหมอฟันบ้านด้วย

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศ สามารถแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหมอฟันบ้าน

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหมอฟันบ้าน ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และช่วงอายุของหมอฟันบ้าน

ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหมอฟันบ้านจำนวน 38,830 คน ของสำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551) พบว่า จำนวนหมอฟันบ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.7 (20,867 คน) รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 22.6 (8,755 คน) และน้อยสุดที่ภาคกลาง ร้อยละ 11.7 (4,542 คน)

หมอฟันบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.8 โดยที่ภาคเหนือมีสัดส่วนหญิงต่อชายมากที่สุด 1:2.0 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1:1.9 และต่ำสุดคือภาคกลาง สัดส่วน 1:1.0 (ตาราง 1)

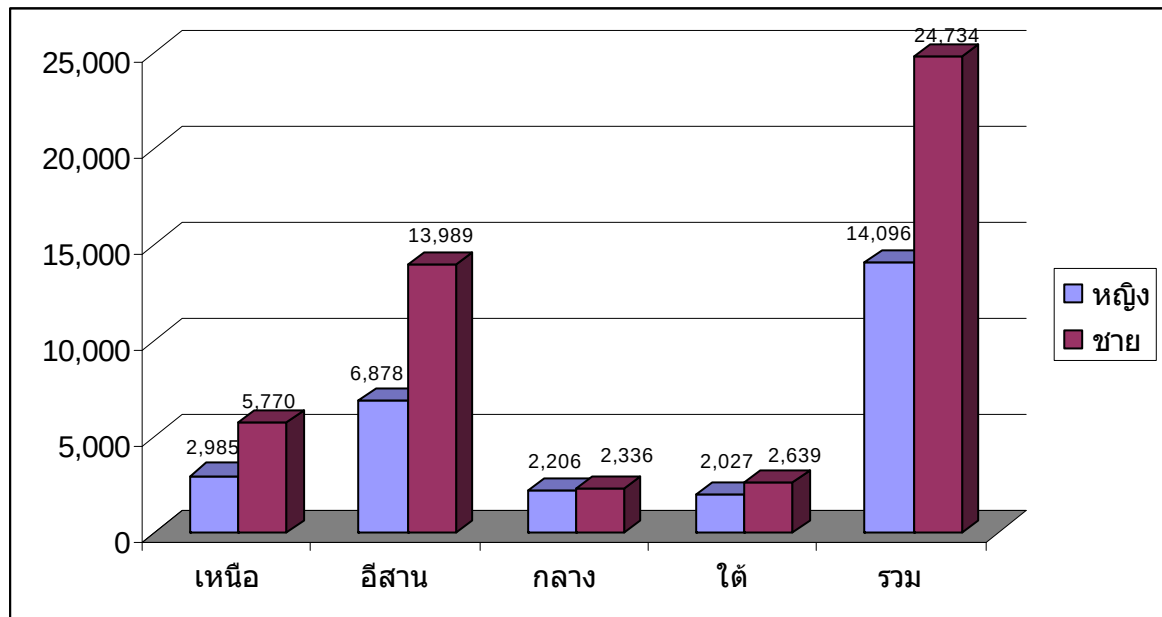
จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่สนใจศึกษาเป็นหมอฟันบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย **ซึ่งอาจจะต้องมีการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นนี้ต่อไป (แผนภูมิ 1)**

ตาราง 1 จำนวนหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามเพศ

ภูมิภาค	หญิง	ชาย	รวม (ร้อยละ)	อัตราส่วน หญิง:ชาย
เหนือ	2,985	5,770	8,755 (22.6)	1:1.9
อีสาน	6,878	13,989	20,867 (53.7)	1:2.0
กลาง	2,206	2,336	4,542 (11.7)	1:1.1
ใต้	2,027	2,639	4,666 (12.0)	1:1.3
รวม (38,830)	14,096	24,734	38,830 (100.0)	1:1.8

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

แผนภูมิ 1 จำนวนหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามเพศ



แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ข้อมูลระดับการศึกษา

จากข้อมูลหมอฟันบ้าน จำนวน 38,830 คน มีผู้ที่ระบุระดับการศึกษา จำนวน 13,473 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 9,970 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1,225 คน ร้อยละ 3.2 และจำนวน 822 คน ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าหมอฟันบ้านจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 (ตาราง 2)

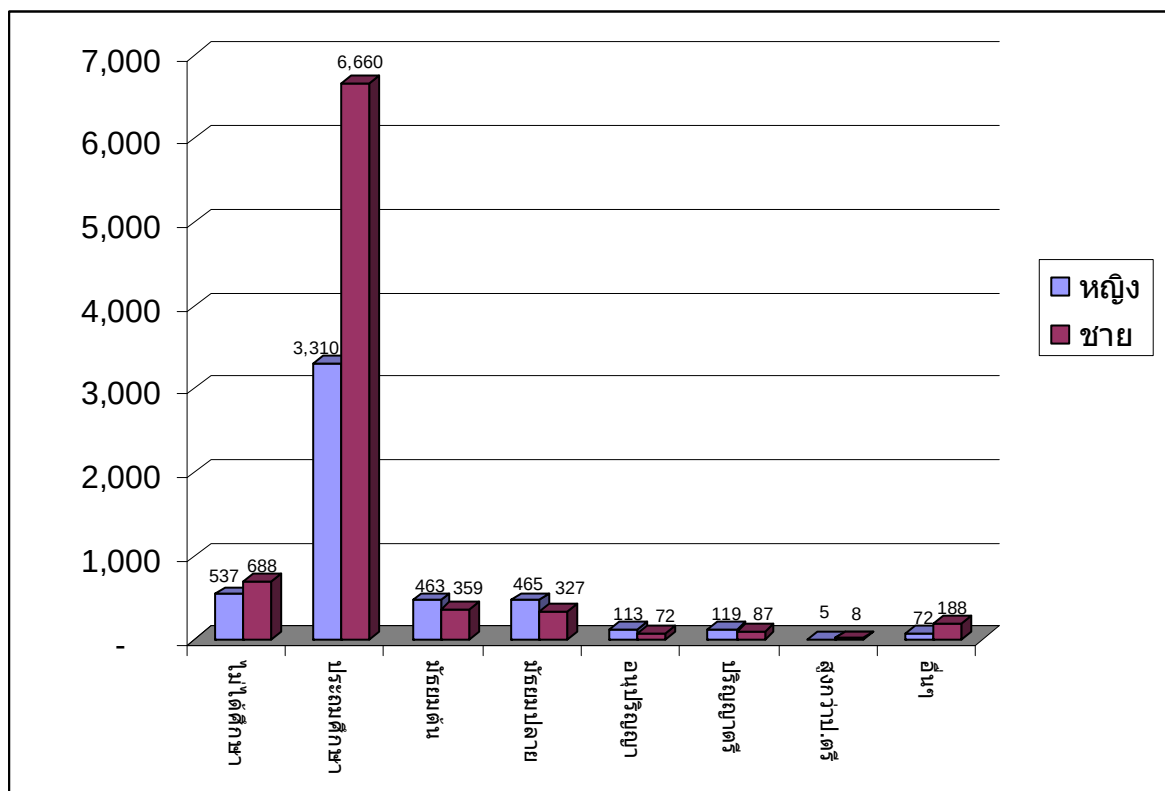
ผู้ที่ระบุระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 8,389 คน (ร้อยละ 21.6) มากกว่าเพศหญิง 5,084 คน (ร้อยละ 13.1) สัดส่วนโดยเฉลี่ยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.8 โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:2.0 (ตาราง 2, แผนภูมิ 2)

ตาราง 2 จำนวนหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่วนภูมิภาค จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	หญิง	ชาย	รวม (ร้อยละ)	อัตราส่วน หญิง:ชาย
ไม่ได้รับการศึกษา	537	688	1,225 (3.2)	1:1.3
ประถมศึกษา	3,310	6,660	9,970 (25.7)	1:2.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	463	359	822 (2.1)	1:0.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	465	327	792 (2.0)	1:0.7
อนุปริญญา/ปวส.	113	72	185 (0.5)	1:0.6
ปริญญาตรี	119	87	206 (0.5)	1:0.7
สูงกว่าปริญญาตรี	5	8	13 (0.0)	1:1.6
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	72	188	260 (0.7)	1:2.6

ระดับการศึกษา	หญิง	ชาย	รวม (ร้อยละ)	อัตราส่วน หญิง:ชาย
ไม่ระบุ	9,012	16,345	25,357(65.3)	1:1.8
รวม	14,096	24,734	38,830 (100.0)	1:1.8

แผนภูมิ 2 จำนวนหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่วนภูมิภาค จำแนกตามระดับการศึกษา



หมายเหตุ การแสดงกราฟแท่งแสดงเฉพาะผู้ที่ระบุระดับการศึกษา (13,473 คน)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ข้อมูลอาชีพ

หมอฟันบ้านที่ระบุประเภทอาชีพทั้งหมดจำนวน 38,281 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์) 28,580 คน ร้อยละ 73.6 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง 4,604 คน ร้อยละ 11.9 แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิงส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพหลัก (ตาราง 3, แผนภูมิ 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทอาชีพ

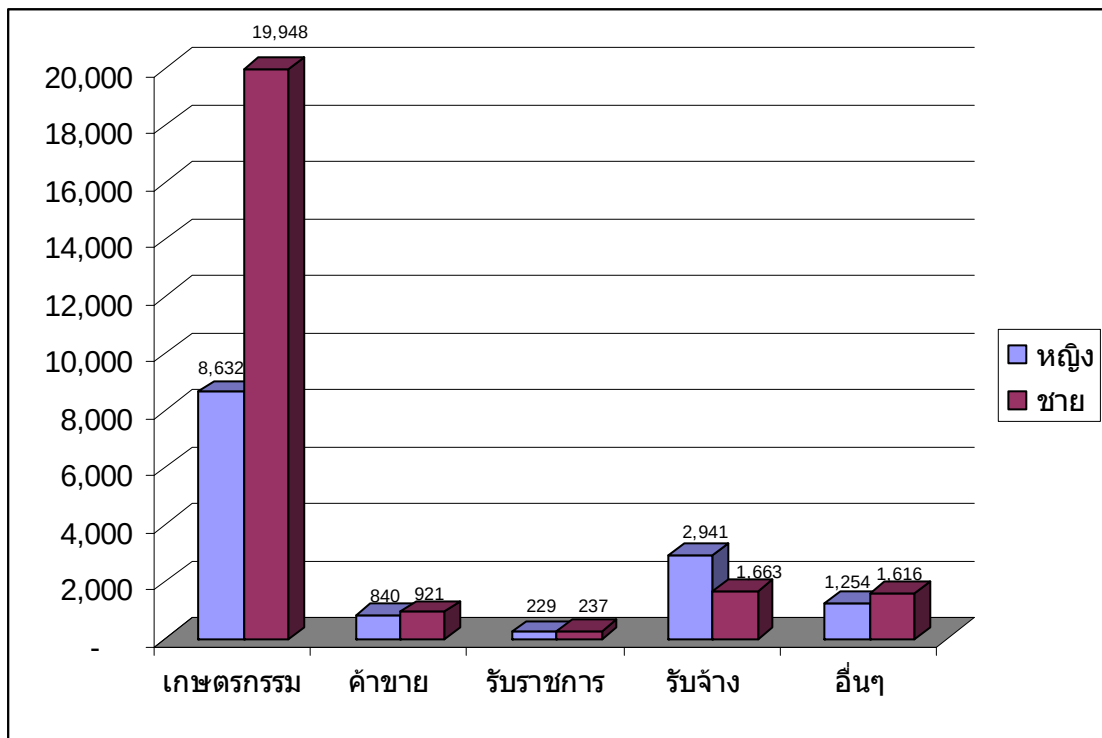
อาชีพ	หญิง (ร้อยละ)	ชาย (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
เกษตรกรรม			
(ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์)	8,632 (22.2)	19,948 (51.4)	28,580 (73.6)
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	840 (2.2)	921 (2.4)	1,761 (4.5)
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	229 (0.6)	237 (0.6)	466 (1.2)

อาชีพ	หญิง (ร้อยละ)	ชาย (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
รับจ้าง	2,941 (7.6)	1,663 (4.3)	4,604 (11.9)
อื่นๆ เช่น เกษียณ พระ หมอ	1,254 (3.2)	1,616 (4.2)	2,870 (7.4)
ไม่ระบุ	200 (0.5)	349 (0.9)	549 (1.4)
รวม	14,096 (36.3)	24,734 (63.7)	38,830 (100.0)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

หมายเหตุ อาชีพอื่นๆ เช่น เกษียณ พระสงฆ์ หมอพื้นบ้าน หมอนวด แพทย์ประจำตำบล แพทย์แผนไทย แม่บ้าน ฯลฯ

แผนภูมิ 3 จำนวนหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทอาชีพ



หมายเหตุ การแสดงกราฟแบ่งแสดงเฉพาะผู้ที่ระบุอาชีพ (38,281 คน)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

หมายเหตุ อาชีพอื่นๆ เช่น เกษียณ พระสงฆ์ หมอพื้นบ้าน หมอนวด แพทย์ประจำตำบล แพทย์แผนไทย แม่บ้าน ฯลฯ

ข้อมูลช่วงอายุ

หมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาคจำนวน 38,830 คน ผู้ที่ระบุช่วงอายุจำนวน 9,703 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 3,094 คน ร้อยละ 8 รองลงมาอายุระหว่าง 60 ถึง 69 ปี จำนวน 2,407 คน ร้อยละ 6.2 (ตาราง 4, แผนภูมิ 4)

จากการพิจารณาในแต่ละช่วงอายุ สัดส่วนระหว่างเพศหญิงต่อเพศชาย ในช่วงอายุที่น้อยกว่า 50 ปี มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มหมอฟันบ้านรุ่นใหม่ มีแนวโน้มที่เป็นเพศหญิง ในขณะที่หมอฟันบ้านในช่วงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอดีตผู้สนใจเป็นหมอฟันบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (แผนภูมิ 4)

ข้อสังเกตพบว่า มีหมอฟันบ้านที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งโดยความหมายของหมอฟันบ้านแล้วไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ จึงเชื่อว่าข้อมูลที่เก็บมีการตีความ ความหมายของหมอฟันบ้านที่แตกต่างจากงานวิจัยโดยทั่วไป

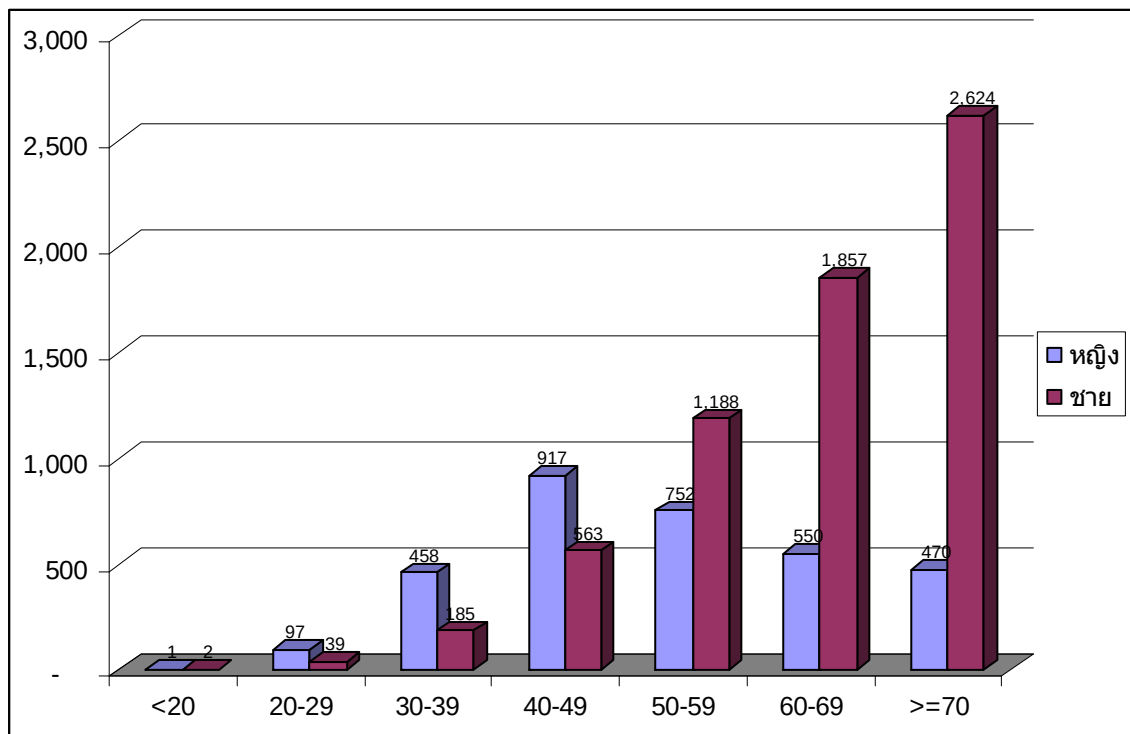
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่วนภูมิภาค จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	หญิง	ชาย	รวม (ร้อยละ)
<20	1	2	3 (0.0)
20-29	97	39	136 (0.4)
30-39	458	185	643 (1.6)
40-49	917	563	1,480 (3.8)
50-59	752	1,188	1,940 (5.0)
60-69	550	1,857	2,407 (6.2)
>=70	470	2,624	3,094 (8.0)
ไม่ระบุ	10,851	18,276	29,127 (75.0)
รวม	14,096	24,734	38,830 (100.0)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ข้อสังเกต ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน พบว่าเป็นหมอนวด หมอยาสมุนไพร

แผนภูมิ 4 จำนวนหมอฟันบ้านหญิง ชายในส่วนภูมิภาค จำแนกตามช่วงอายุ



หมายเหตุ การแสดงกราฟแบ่งเฉพาะผู้ที่ระบุวันเดือนปีเกิด (9,703 คน)

ข้อสังเกต ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน พบว่าเป็นหมอนวด หมอยาสมุนไพร

ส่วนที่ 2 ประเภทหมอฟันบ้าน

จากการศึกษาข้อมูลได้มีการแบ่งประเภทหมอฟันบ้านเป็น 4 ประเภท ได้แก่ หมอฟิธีกรรม หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอดำยา ซึ่งหมอฟันบ้านหนึ่งคนมีความสามารถมากกว่าหนึ่งประเภท จะเห็นได้จากจำนวนครั้งการเลือกประเภทหมอฟันบ้าน พบว่าหมอฟันบ้านมากกว่าร้อยละ 70 มีความสามารถมากกว่าหนึ่งประเภท และหมอฟันบ้านที่มีความสามารถ 3 ประเภท มีมากที่สุด จำนวน 20,251 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 (ตาราง 6) เพราะฉะนั้นข้อมูลตารางนี้สะท้อนศักยภาพหมอฟันบ้านในภาพรวมได้

ตาราง 6 จำนวนครั้งการเลือกประเภทหมอฟันบ้าน จำแนกตามเพศ

การเลือกประเภทหมอฟันบ้าน (ครั้ง)	หญิง (ร้อยละ)	ชาย (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
1	4,237 (10.9)	6,764 (17.4)	11,001(28.3)
2	2,301 (5.9)	3,587 (9.2)	5,888 (15.2)
3	6,950 (17.9)	13,301 (34.3)	20,251 (52.2)
4	469 (1.2)	942 (2.4)	1,411 (3.6)
5	63 (0.2)	62 (0.2)	125 (0.3)
ไม่ระบุ	76 (0.2)	78 (0.2)	154 (0.4)
รวม	14,096 (36.3)	24,734 (63.7)	38,830 (100.0)

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

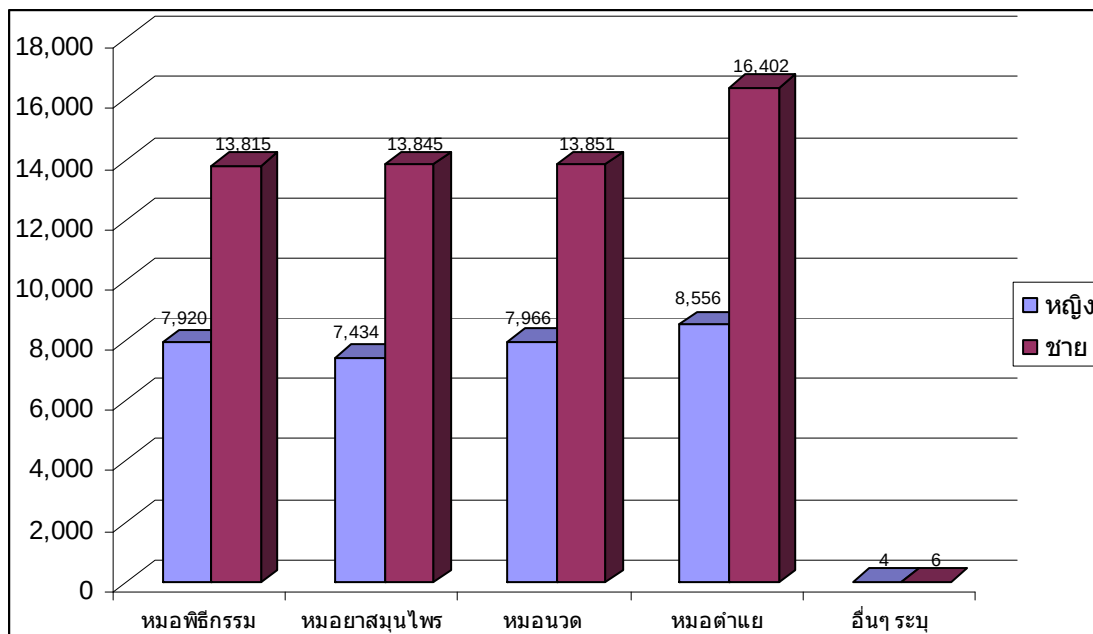
เมื่อศึกษาการกระจายกำลังคนหมอพื้นบ้านตามประเภทหมอพื้นบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ระบุเป็นหมอตำแย หมอนวด และหมอพิธีกรรม (ตาราง 7, แผนภูมิ 5) และเมื่อจำแนกตามภาค พบว่าส่วนใหญ่ยังระบุเป็นหมอตำแยและหมอนวดมากที่สุดตามลำดับ โดยพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเฉลี่ยทุกประเภทมากกว่า ร้อยละ 45 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ภาคกลาง ประมาณ ร้อยละ 23, 12 ตามลำดับ (แผนภูมิ 6, ตาราง 8) ซึ่งข้อมูลตารางนี้นอกจากทำให้เห็นภาพการกระจายกำลังคนหมอพื้นบ้านแล้ว ยังเห็นความสามารถของหมอพื้นบ้านในแต่ละสาขาในภาพรวมได้

ตาราง 7 จำนวนหมอพื้นบ้านหญิง ชายจำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน

เพศ	หมอพิธีกรรม	หมอยาสมุนไพร	หมอนวด	หมอตำแย	อื่น ๆ
หญิง	7,920	7,434	7,966	8,556	4
ชาย	13,815	13,845	13,851	16,402	6
รวม	21,735	21,279	21,817	24,958	10

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท และประเภทหมออื่นๆ ระบุเป็นหมอฝังเข็ม
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

แผนภูมิ 5 จำนวนหมอพื้นบ้านหญิง ชายจำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน



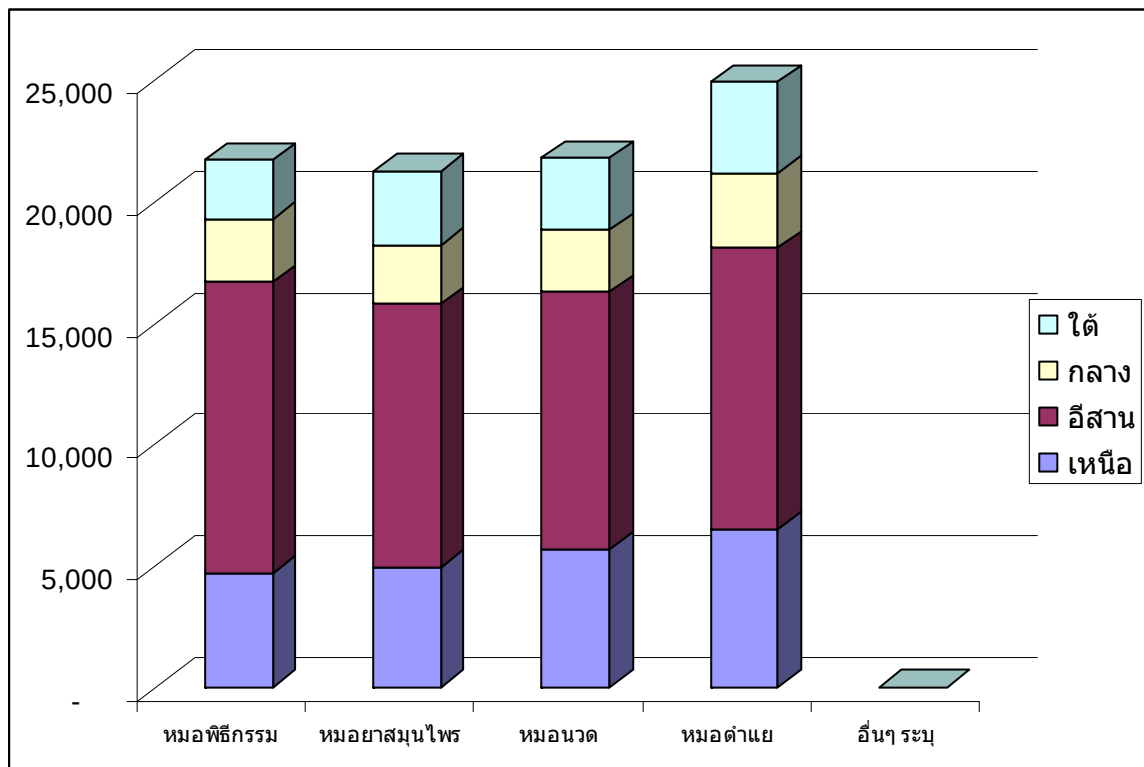
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน

ภูมิภาค	หมอพิธีกรรม (คน/ร้อยละ)	หมอยาสมุนไพร (คน/ร้อยละ)	หมอนวด (คน/ร้อยละ)	หมอตำแย (คน/ร้อยละ)	อื่น ๆ (คน/ร้อยละ)
เหนือ	4,736 (21.8)	4,971(23.4)	5,676(26.0)	6,522(26.1)	2(20.0)
อีสาน	11,978 (55.1)	10,817(50.8)	10,623(48.7)	11,593(46.5)	3(30.0)
กลาง	2,595 (11.9)	2,458(11.6)	2,550 (11.7)	3,057(12.2)	2(20.0)
ใต้	2,426 (11.2)	3,033(14.3)	2,968(13.6)	3,786(15.2)	3(30.0)
รวม	21,735 (100.0)	21,279(100.0)	21,817(100.0)	24,958(100.0)	10 (100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท และประเภทหมออื่นๆ ระบุเป็นหมอฝังเข็ม
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

แผนภูมิ 6 จำนวนหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน



หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท และประเภทหมออื่นๆ ระบุเป็นหมอฝังเข็ม
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

การวิเคราะห์ พบว่าหมอแต่ละประเภทที่ระบุอายุ คือ หมอพิธีกรรมจำนวน 10,813 คน หมอตำแยจำนวน 10, 755 คน หมอยาสมุนไพร จำนวน 9,771 คน หมอนวด จำนวน 6,045 คน และหมอประเภทอื่นๆ 10 คน

จากข้อมูลพบว่าช่วงอายุน้อยกว่า 50 เป็นหมอพิธีกรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ส่วนใหญ่เป็นหมอพิธีกรรม จำนวน 2,737 คน รองลงมาเป็นกลุ่มหมอตำแย หมอยาสมุนไพร จำนวน 2, 724 คน และ 2,528 คน ตามลำดับ

ช่วงอายุตั้งแต่ 50 ขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นหมอพิธีกรรมจำนวน 8, 076 คน รองลงมาเป็นหมอตำแย หมอยาสมุนไพร หมอนวด จำนวน 8,031 คน 7,243 คน และ 5,229 คน ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านทุกประเภทส่วนใหญ่จะมีอายุตั้งแต่ 60 ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 50 ถึง 59 ปี และ 40 ถึง 49 ปี จะเห็นว่าหมอพื้นบ้านกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งหมายความว่าองค์ความรู้แฝง (Tacit knowledge) ที่อยู่ในตัวหมอพื้นบ้านทั้งด้านความชำนาญ ประสบการณ์การรักษา หากไม่มีกระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบอาจส่งผลให้องค์ความรู้ขาดกระบวนการการสืบทอดและองค์ความรู้สูญหายไป (ตาราง 9, แผนภูมิ 7)

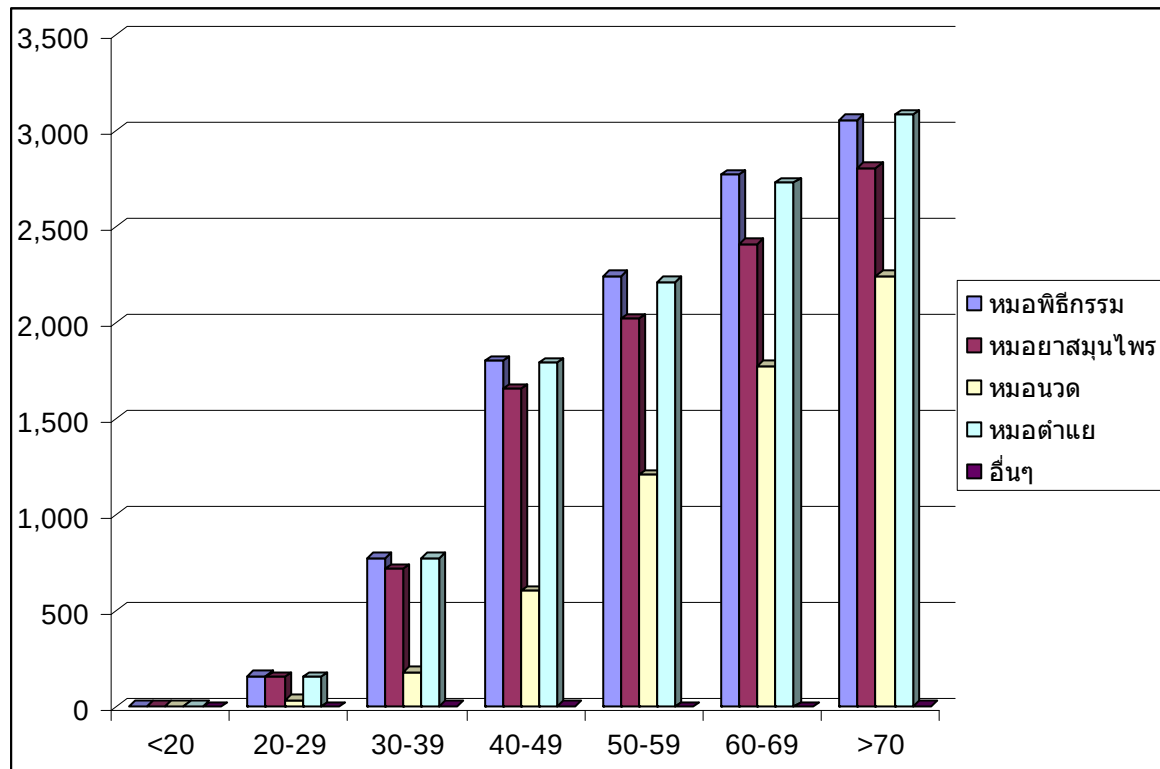
ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของช่วงอายุหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน

ช่วงอายุ	หมอพิธีกรรม (ร้อยละ)	หมอยาสมุนไพร (ร้อยละ)	หมอนวด (ร้อยละ)	หมอตำแย (ร้อยละ)	อื่น ๆ (ร้อยละ)
<20	1 (0.0)	2 (0.0)	2 (0.0)	2 (0.0)	0
20-29	159 (0.7)	152 (0.7)	35 (0.2)	157 (0.6)	0
30-39	776 (3.6)	720 (3.4)	179 (0.8)	776 (3.1)	1 (10.0)
40-49	1,801 (8.3)	1,654 (7.8)	600 (2.8)	1,789 (7.2)	1 (10.0)
50-59	2,246 (10.3)	2,024 (9.5)	1,207 (5.5)	2,214 (8.9)	0
60-69	2,770 (12.7)	2,411 (11.3)	1,777 (8.1)	2,730 (10.9)	0
>70	3,060 (14.1)	2,808 (13.2)	2,245 (10.3)	3,087 (12.4)	1 (10.0)
ไม่ระบุ	10,922 (50.3)	11,508 (54.1)	15,772 (72.3)	14,203 (56.9)	7 (70.0)
รวม	21,735 (100.0)	21,279(100.0)	21,817(100.0)	24,958(100.0)	10 (100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภทและประเภทหมออื่นๆ ระบุเป็นหมอฝังเข็ม
ข้อสังเกต มีหมอพื้นบ้านอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน ซึ่งทำหน้าที่หมอมากกว่าหนึ่งประเภท

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

แผนภูมิ 7 ช่วงอายุหมอฟันบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอฟันบ้าน



หมายเหตุ การแสดงกราฟแบ่งเฉพาะผู้ที่ระบุวันเดือนปีเกิด (9,703 คน)

ข้อสังเกต หมอฟันบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภท มีหมอฟันบ้านอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน ซึ่งทำหน้าที่หมอมากกว่าหนึ่งประเภท
ประเภทหมอฟันอื่นๆ ระบุเป็นหมอฟันฝังเข็ม

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ส่วนที่ 3 องค์ความรู้

ในส่วนผลการศึกษาองค์ความรู้ ประกอบด้วย ที่มาของความรู้ ได้แก่ บรรพบุรุษ บุคคลอื่น เช่น ครู อาจารย์ โรงเรียนหรือสถาบันที่เปิดสอน การศึกษาเองจากตำรับตำรา การศึกษาค้นคว้าเองจากประสบการณ์ และอื่นๆ โปรดระบุไว้ในลักษณะใด

หมอฟันบ้านที่แต่ละคนได้รับความรู้หรือเพิ่มพูนความรู้ด้านการแพทย์การรักษามากกว่าหนึ่งแหล่ง และพบว่าหมอยาสมุนไพร ร้อยละ 44.6 หมอพิธีกรรม ร้อยละ 43.2 ส่วนใหญ่ศึกษาเองจากตำราและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจากประสบการณ์เป็นความรู้เชิงประจักษ์

ส่วนในกลุ่มหมอนวด หมอดำแย ส่วนใหญ่เริ่มจากการศึกษาในโรงเรียนหรือสถาบัน และแล้วจึงเพิ่มเติมศึกษาเองจากตำรา และประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 69.3 และ 69.0 ตามลำดับ (ตาราง 10)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละที่มาของความรู้หมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน

ที่มาของความรู้	หมอพิธีกรรม (ร้อยละ)	หมอยาสมุนไพร (ร้อยละ)	หมอนวด (ร้อยละ)	หมอตำแย (ร้อยละ)	อื่นๆ (ร้อยละ)
บรรพบุรุษ	12,530 (19.6)	10,928 (15.3)	7,373 (10.8)	10,620 (12.1)	8 (22.9)
ครู อาจารย์	9,535 (14.9)	11,538 (16.2)	12,566 (18.3)	15,085 (17.2)	5 (14.3)
โรงเรียน/สถาบันที่ เปิดสอน	12,774 (20.0)	15,785 (22.1)	17,352 (25.3)	21,264 (24.3)	7 (20.0)
ศึกษาเองจากตำรา	14,967 (23.5)	16,503 (23.1)	15,826 (23.1)	19,892 (22.7)	6 (17.1)
ศึกษาค้นคว้าจาก ประสบการณ์	12,598 (19.7)	15,348 (21.5)	14,344 (20.9)	19,264 (22.0)	7 (20.0)
อื่นๆ	1,417 (2.2)	1,230 (1.7)	1,094 (1.6)	1,406 (1.6)	2 (5.7)
รวม	63,821 (100.0)	71,332 (100.0)	68,555 (100.0)	87,531 (100.0)	35 (100.0)

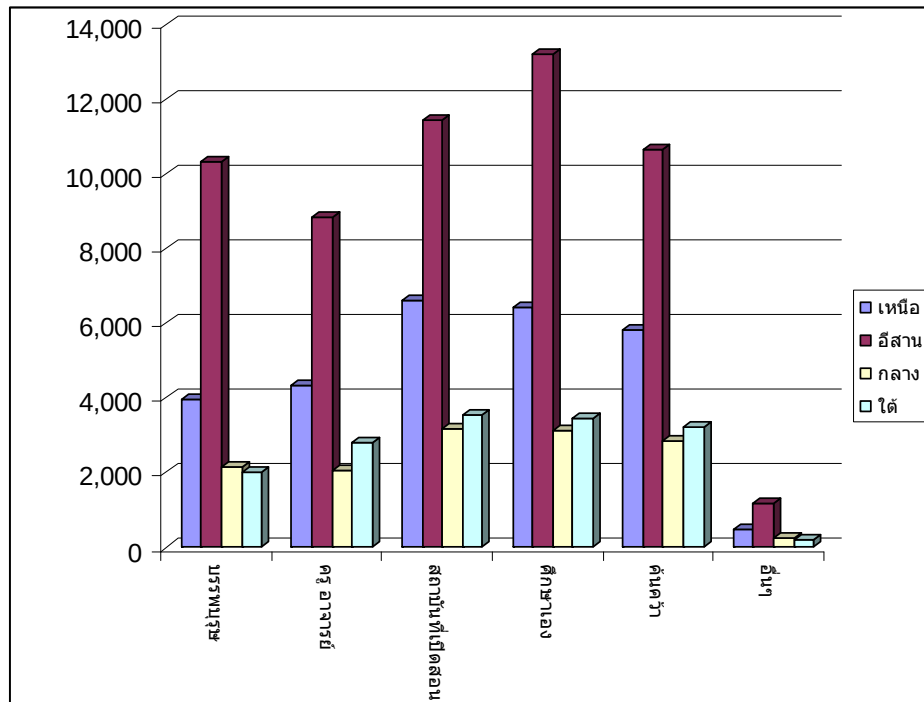
ที่มาของความรู้อื่นๆ เช่น นิมิต ความฝัน ทำยาสมุนไพร กศน.ร่างทรง พระพุทธรูป ฯลฯ

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภทและได้ความรู้มากกว่าหนึ่งแหล่ง

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

จากการพิจารณาเป็นรายภูมิภาค พบว่า แหล่งความรู้สำคัญของหมอพื้นบ้าน คือ การศึกษาเอง
จากตำราคิดเป็นร้อยละ 23.4 รองมาคือโรงเรียนหรือสถาบัน และค้นคว้าจากประสบการณ์ ร้อยละ 22.1
และ 20.1 ตามลำดับ (แผนภูมิ 8, ตาราง 11)

แผนภูมิ 8 จำนวนที่มาของความรู้หมอฟันบ้าน จำแนกตามภูมิภาค



หมายเหตุ หมอฟันบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภทและได้ความรู้มากกว่าหนึ่งแหล่ง
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละที่มาของความรู้หมอฟันบ้าน จำแนกตามภูมิภาค

ภาค/ ที่มาของความรู้	บรรพบุรุษ	ครู อาจารย์	โรงเรียน/ สถาบัน	ศึกษาเอง จากตำรา	ค้นคว้าจาก ประสบการณ์	อื่นๆ
เหนือ (ร้อยละ)	3,979 (14.4)	4,309(15.6)	6,620(24.0)	6,415(23.2)	5,835(21.1)	475(1.7)
อีสาน (ร้อยละ)	10,336 (18.6)	8,826(15.9)	11,452(20.6)	13,195(23.7)	10,647(19.1)	1,185(2.1)
กลาง (ร้อยละ)	2,144 (15.8)	2,074(15.3)	3,185(23.4)	3,117(22.9)	2,845(20.9)	232(1.7)
ใต้ (ร้อยละ)	1,995 (13.1)	2,777(18.2)	3,532(23.2)	3,459(22.7)	3,238(21.3)	217(1.4)
รวม (ร้อยละ)	18,454 (16.5)	17,986 (16.0)	24,789 (22.1)	26,186 (23.4)	22,565 (20.1)	2,109 (1.9)

หมายเหตุ หมอฟันบ้านหนึ่งคน ทำหน้าที่เป็นหมอมากกว่าหนึ่งประเภทและได้ความรู้มากกว่าหนึ่งแหล่ง
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

จากการศึกษาบทบาทในการประกอบกิจกรรมในฐานะหมอฟันบ้าน พบว่าหมอฟันบ้านทุกประเภทจะ
ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การรักษาโดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 67.5 รองลงมาเป็นผู้ผลิตยาสมุนไพรหรือยาแผน
โบราณ ผู้ถ่ายทอดและ ผู้จำหน่ายยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ ตามลำดับ (ตาราง 12)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละบทบาทของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน

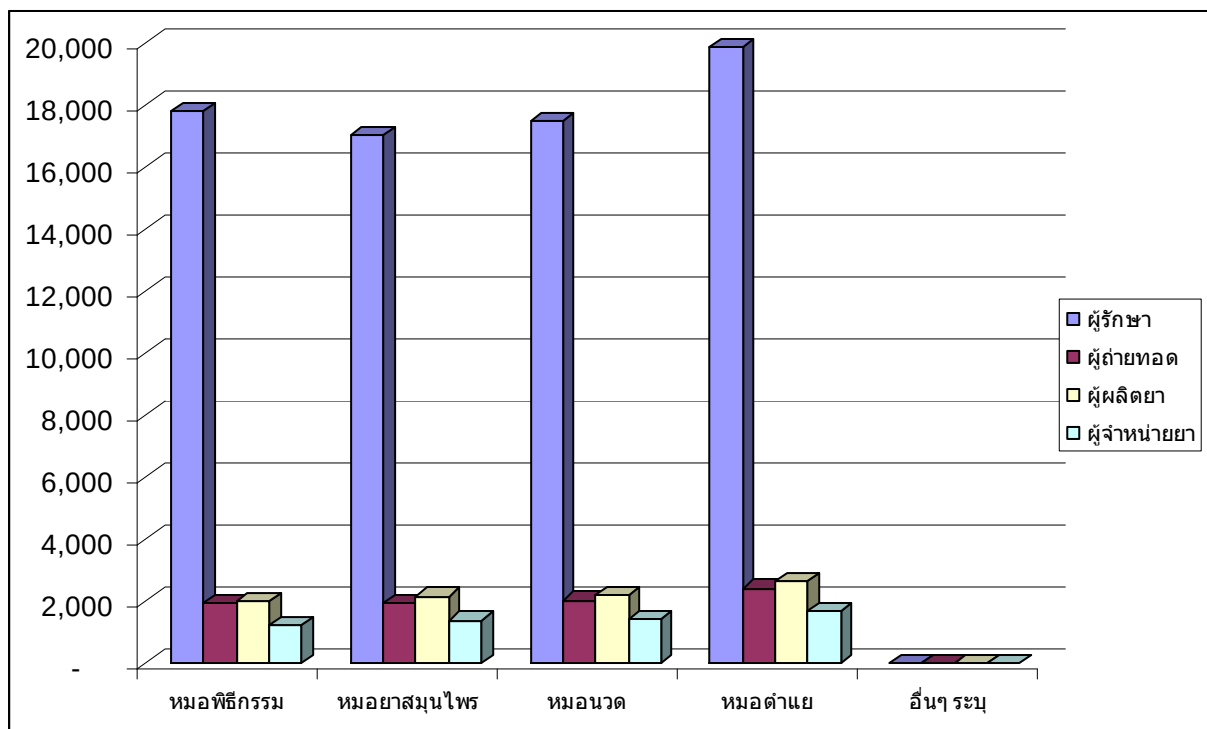
บทบาท	หมอพิธีกรรม (ร้อยละ)	หมอยาสมุนไพร (ร้อยละ)	หมอนวด (ร้อยละ)	หมอดำยา (ร้อยละ)	อื่น ๆ (ร้อยละ)
ผู้รักษา	17,803 (77.5)	17,041 (75.7)	17,503 (75.8)	19,883 (74.7)	7 (70.0)
ผู้ถ่ายทอดความรู้	1,944 (8.5)	1,948 (8.6)	2,024 (8.8)	2,413 (9.1)	2 (20.0)
ผู้ผลิตยาสมุนไพร/ ยาแผนโบราณ	1,987 (8.6)	2,157 (9.6)	2,166 (9.4)	2,648 (10.0)	1 (10.0)
ผู้จำหน่ายยา สมุนไพร/ยาแผน โบราณ	1,241 (5.4)	1,376 (6.1)	1,400 (6.1)	1,668 (6.3)	-
รวม	22,975 (100.0)	22,522 (100.0)	23,093 (100.0)	26,612 (100.0)	10 (100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน เป็นหมอหลายประเภทและมีบทบาทมากกว่าหนึ่งบทบาท

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

จากการเปรียบเทียบข้อมูลบทบาทหมอพื้นบ้านกับภูมิภาค พบว่า ในทุกภูมิภาคของประเทศหมอพื้นบ้านมีบทบาทในการเป็นผู้รักษามากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ผลิตยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ และผู้ถ่ายทอดความรู้ (แผนภูมิ 9, ตาราง 13)

แผนภูมิ 9 จำนวนหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามบทบาท



ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามบทบาท

ภาค/ บทบาท	ผู้รักษา	ผู้ถ่ายทอด	ผู้ผลิต	ผู้จำหน่าย	รวม
เหนือ (ร้อยละ)	6,382 (66.1)	1,094 (11.3)	1,336 (13.8)	851 (8.8)	9,663 (100.0)
อีสาน (ร้อยละ)	17,911 (83.0)	1,550 (7.2)	1,263 (5.9)	850 (3.9)	21,574 (100.0)
กลาง (ร้อยละ)	3,548 (77.1)	417 (9.1)	390 (8.5)	245 (5.3)	4,600 (100.0)
ใต้ (ร้อยละ)	3,745 (73.1)	396 (7.7)	631 (12.3)	351 (6.9)	5,123 (100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน เป็นหมอหลายประเภทและมีบทบาทมากกว่าหนึ่งบทบาท

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ในการวิเคราะห์ความชำนาญของหมอพื้นบ้านพบว่าหมอพื้นบ้านมีความชำนาญมากกว่า หนึ่งประเภท และเมื่อนำความชำนาญของหมอพื้นบ้าน 5 อันดับแรกมาจัดกลุ่มอาการของโรคพบว่า 10 อันดับแรก ของความชำนาญของหมอพื้นบ้าน คือ ปวดเมื่อยร่างกาย กล้ามเนื้อ มีมากกว่า 9,000 ราย รองลงมาคือการบายศรีสู่ขวัญ สะเดาะเคราะห์ ดูหมอ จำนวน 4,151 ราย งามวัด คางทูม ไฟลามทุ่ง อีสุกอีใส (ติดเชื้อไวรัส) 2,118 ราย กระดูกหัก โรคกระเพาะอาหารฯ ริดสีดวงทวาร ไข้หวัด/ไข้ทับระดู อัมพฤกษ์ อัมพาต ตาแดง และเบาหวาน ตามลำดับ

ข้อสังเกต พบว่าหมอพื้นบ้านมีความชำนาญในเรื่องการใช้พิธีกรรมในการบำบัดรักษา ซึ่งไม่พบในการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน (ตาราง 14)

ตาราง 14 จำนวนของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามกลุ่มอาการที่ชำนาญ

กลุ่มอาการที่ชำนาญ	จน.หมอพื้นบ้าน ที่ชำนาญ (คน)
1. ปวดเมื่อยตามร่างกาย กล้ามเนื้อ หลัง ไหล่ ฯลฯ	9,549
2. การบายศรีสู่ขวัญ สะเดาะเคราะห์ ดูหมอ	4,151
3. งามวัด คางทูม ไฟลามทุ่ง อีสุกอีใส (ติดเชื้อไวรัส)	2,118
4. กระดูก	1,566
5. โรคกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ	1,034
6. โรคริดสีดวงทวาร	818
7. เป็นไข้หวัด ไข้ทับระดู	679
8. ตาแดง	607
9. อัมพฤกษ์ อัมพาต	551
10. เบาหวาน	537

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน มีความชำนาญโรคมากกว่าหนึ่งอาการ

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ส่วนที่ 4 สถานที่บำบัดรักษา

ในส่วนผลการศึกษาสถานที่บำบัดรักษาของหมอพื้นบ้านแต่ละประเภท แบ่งเป็น 5 แห่ง ได้แก่ การบำบัดรักษาที่บ้านของตนเอง วัดหรือสำนักสงฆ์ สถานประกอบการหรือการเปิดร้านให้บริการ (ร้านโรงงาน ฯลฯ) ชมรมหรือสมาคม และประเภทอื่นๆ

สถานที่บำบัดรักษาการของหมอพื้นบ้านทุกประเภท พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านของตนเอง รองลงมาคือใช้สถานประกอบการให้บริการ เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่ามีลักษณะสอดคล้องกันคือ การใช้บ้านตนเองเป็นสถานบริการ โดยมีภาคอีสานมีสัดส่วนมากที่สุด (แผนภูมิ 10, ตาราง 15)

เมื่อพิจารณาในรายภูมิภาค จะเห็นว่าสถานที่บำบัดผู้ป่วยในแต่ละภูมิภาคมากกว่าร้อยละ 80 ใช้บ้านเป็นสถานที่บำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกัน (ตาราง 16)

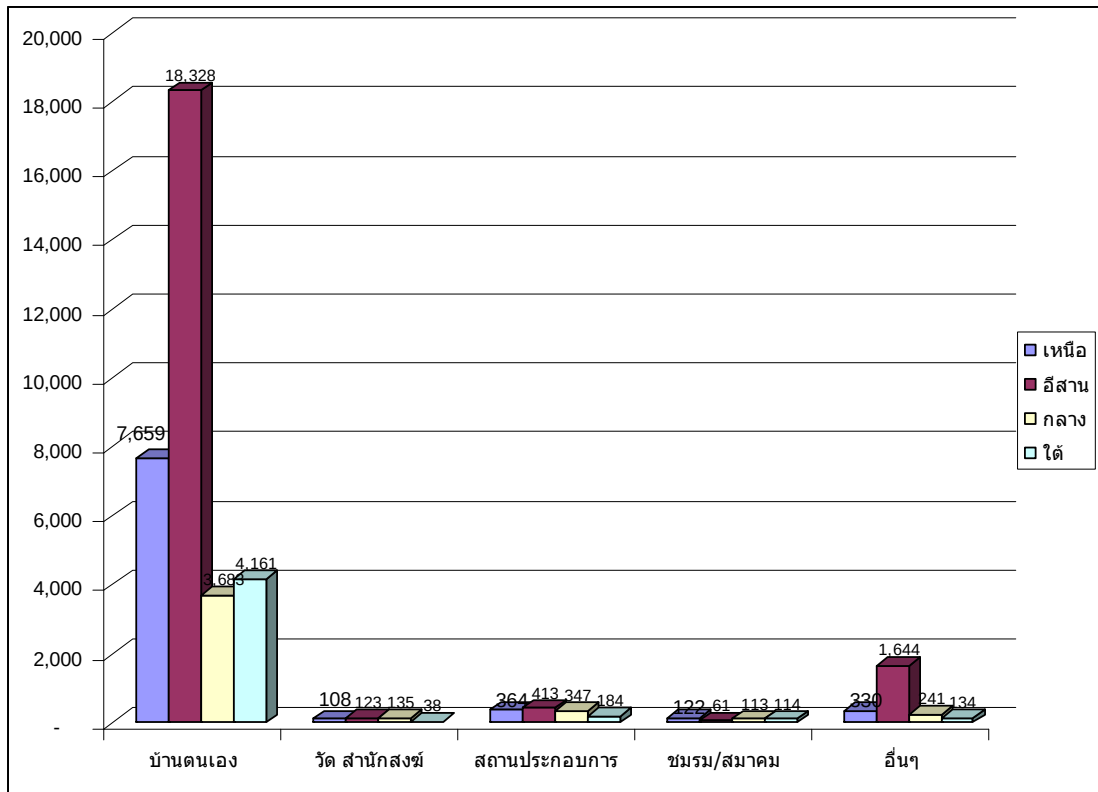
ตาราง 15 จำนวนและร้อยละสถานที่บำบัดของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอพื้นบ้าน

สถานที่บำบัด	หมอพิธีกรรม (ร้อยละ)	หมอยาสมุนไพร (ร้อยละ)	หมอหวด (ร้อยละ)	หมอดำแย (ร้อยละ)	อื่นๆ (ร้อยละ)
บ้านของตนเอง	18,928 (88.4)	18,675 (88.6)	19,060 (88.4)	21,958 (88.8)	8 (80.0)
วัด/สำนักสงฆ์	232 (1.1)	226 (1.1)	214 (1.0)	265 (1.1)	-
สถานประกอบการ (ร้าน/โรงงาน ฯลฯ)	722 (3.4)	715 (3.4)	743 (3.4)	816 (3.3)	1 (10.0)
ชมรม/สมาคม	234 (1.1)	226 (1.1)	265 (1.2)	283 (1.1)	-
อื่นๆ	1,289 (6.0)	1,225 (5.8)	1,284 (6.0)	1,418 (5.7)	1 (10.0)
รวม	21,405 (100.0)	21,067 (100.0)	21,566 (100.0)	24,740 (100.0)	10 (100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน มีสถานที่บำบัดมากกว่าหนึ่งแห่ง

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

แผนภูมิ 10 จำนวนของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามสถานที่บำบัด



หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน มีสถานที่บำบัดมากกว่าหนึ่งแห่ง

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามสถานที่บำบัด

ภูมิภาค	บ้านของตนเอง	วัด/สำนักสงฆ์	สถานประกอบการ (ร้าน/โรงงาน ฯลฯ)	ชมรม/สมาคม	อื่นๆ	รวม
เหนือ						
แห่ง (ร้อยละ)	7,659 (89.2)	108 (1.3)	364 (4.3)	122 (1.4)	330 (3.8)	8,583 (100.0)
อีสาน						
แห่ง (ร้อยละ)	18,328 (89.1)	123 (0.6)	413 (2.0)	61 (0.3)	1,644 (8.0)	20,569 (100.0)
กลาง						
แห่ง (ร้อยละ)	3,683 (81.5)	135 (3.0)	347 (7.7)	113 (2.5)	241 (5.3)	4,519 (100.0)
ใต้						
แห่ง (ร้อยละ)	4,161 (89.9)	38 (0.8)	184 (3.9)	114 (2.5)	134 (2.9)	4,631 (100.0)

หมายเหตุ หอมพื้นบ้านหนึ่งคน มีสถานที่บำบัดมากกว่าหนึ่งแห่ง

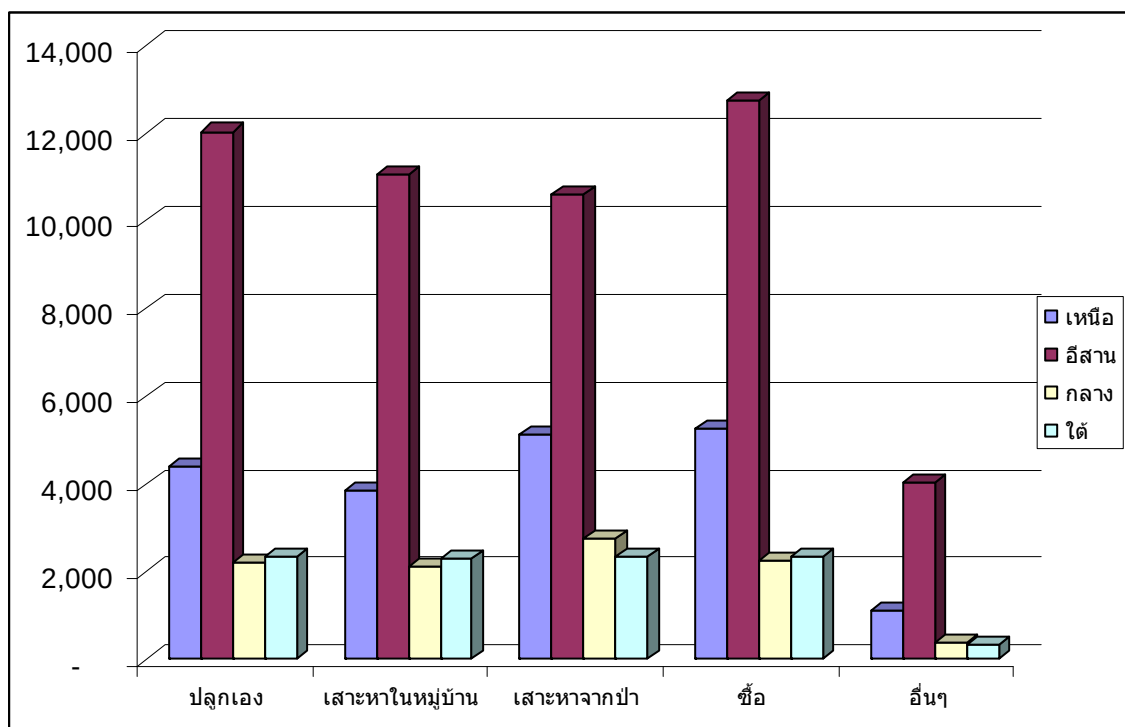
แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ส่วนที่ 5 แหล่งวัตถุดิบสมุนไพร

การศึกษาข้อมูลแหล่งวัตถุดิบของหอมพื้นบ้านมีการจัดกลุ่ม ได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ การปลูกสมุนไพรในบ้านหรือในสวนของตนเอง การเสาะหาในหมู่บ้านหรือในชุมชน การเสาะหาจากป่า การหาซื้อตามร้านขายยา และกลุ่มอื่นๆ โปรดระบุว่าอยู่ในลักษณะใด

~~แหล่งวัตถุดิบของหอมพื้นบ้านมีที่มาจากหลายแหล่งในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันโดยในภาคอีสานและภาคเหนือจะได้จากร้านขายยามากที่สุด ส่วนภาคกลางและภาคใต้ได้จากการเสาะหาจากป่ามากที่สุด ส่วนอันดามันมีความแตกต่างไปตามภูมิภาค โดยอีสานจะมีการปลูกเองเป็นอันดั้บรอง และมี การเสาะหาในชุมชน กับการเสาะหาในป่า ตามลำดับ ส่วนภาคเหนือมีการหาจากป่า การปลูกเองและ การเสาะหาในชุมชนตามลำดับในภาคกลางและภาคใต้ จะมีความใกล้เคียงกันมากในสามแหล่งที่เหลือ แหล่งวัตถุดิบของหอมพื้นบ้านมีที่มาจากหลายแหล่งในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทั้งปลูกเองในบ้านในสวน หาในหมู่บ้าน/ชุมชน หาจากป่า หรือหาซื้อตามร้านขายยา ซึ่งแหล่งวัตถุดิบส่วนใหญ่ จะนิยมปลูกเองและหาในชุมชนในหมู่บ้าน มากกว่าร้อยละ 40 ในทุกภาคของประเทศ รองลงมาไปเสาะหาจากป่า และหาซื้อตามร้านขายยา ตามลำดับ (แผนภูมิ 11, ตาราง 17)~~

แผนภูมิ 11 จำนวนของหอมพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามแหล่งวัตถุดิบ



หมายเหตุ หอมพื้นบ้านหนึ่งคน มีแหล่งวัตถุดิบมากกว่าหนึ่งแห่ง

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามแหล่งวัตถุดิบ

ภูมิภาค	ปลูกเองในบ้าน ในสวน	เสาะหาใน หมู่บ้าน/ชุมชน	เสาะหาจากป่า	หาซื้อตามร้าน ขายยา	อื่น ๆ	รวม
เหนือ (ร้อยละ)						19,759
	4,397 (22.3)	3,850 (19.5)	5,142 (26.0)	5,260 (26.6)	1,110 (5.6)	(100.0)
อีสาน (ร้อยละ)						50,456
	12,040 (23.9)	11,042 (21.9)	10,587 (21.0)	12,766 (25.3)	4,021 (7.9)	(100.0)
กลาง (ร้อยละ)						9,672
	2,190 (22.6)	2,110 (21.8)	2,758 (28.5)	2,238 (23.2)	376 (3.9)	(100.0)
ใต้ (ร้อยละ)						9,640
	2,337 (24.2)	2,288 (23.7)	2,354 (24.4)	2,338 (24.3)	323 (3.4)	(100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน มีแหล่งวัตถุดิบมากกว่าหนึ่งแห่ง

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

ในการพิจารณาแหล่งวัตถุดิบตามประเภทของหมอพื้นบ้านพบว่า ส่วนใหญ่ของหมอพื้นบ้านทุก
ประเภทหาซื้อยาสมุนไพรตามร้านขายยามากที่สุด รองลงมาโดยการเสาะหาจากป่า ปลูกเองในบ้าน ใน
สวน การเสาะหาในหมู่บ้าน ในชุมชน ตามลำดับ (ตาราง 18)

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละแหล่งวัตถุดิบของหมอพื้นบ้านในส่วนภูมิภาค จำแนกตามประเภทหมอ

แหล่งวัตถุดิบ	หมอพิธีกรรม (ร้อยละ)	หมอยาสมุนไพร (ร้อยละ)	หมอหวด (ร้อยละ)	หมอตำแย (ร้อยละ)	อื่น ๆ (ร้อยละ)
ปลูกเองในบ้าน ในสวน	11,677 (23.1)	11,631 (22.8)	11,925 (22.7)	13,813 (22.5)	5 (23.8)
เสาะหาในหมู่บ้าน/ชุมชน	10,799 (21.4)	10,719 (21.0)	10,987 (20.9)	12,771 (20.8)	4 (19.0)
เสาะหาจากป่า	11,584 (23.0)	11,732 (23.0)	12,136 (23.1)	14,111 (23.0)	5 (23.8)
หาซื้อตามร้านขายยา	12,540 (24.8)	13,021 (25.5)	13,245 (25.3)	15,763 (25.7)	6 (28.6)
อื่น ๆ	3,873 (7.7)	3,938 (7.7)	4,159 (7.9)	4,804 (7.8)	1 (4.8)
รวม	50,473 (100.0)	51,041 (100.0)	52,452 (100.0)	61,262 (100.0)	21 (100.0)

หมายเหตุ หมอพื้นบ้านหนึ่งคน มีแหล่งวัตถุดิบมากกว่าหนึ่งแห่งและเป็นหมอหลายประเภท

แหล่งข้อมูล : สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2551)

บรรณานุกรม

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2550). พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 พร้อมด้วย กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สุวีริยาปริ้นตติ้งเฮาส์.

กัญญา ดิวิเศษ และคณะ. (2551). คู่มือการใช้งานระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และโปรแกรมการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2551). ข้อมูลหมอเมืองจากชุดโครงการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าภาคเหนือ ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2551. เชียงราย: วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. (แฟ้มข้อมูล).

วีรพงษ์ เกรียงสินยศ. (2551). ข้อมูลหมอพื้นบ้านจากชุดโครงการแผนงานพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน ณ 30 ตุลาคม 2551. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสุขภาพไทย. (แฟ้มข้อมูล).

สมใจ ศรีหล้า. (2535). หมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

1. หากต้องการข้อมูลที่ชัดเจนในส่วนของเพศ ชื่อ วันเดือนปีเกิด ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย จะทำให้ระบบฐานข้อมูลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. การพัฒนาโครงสร้างข้อมูลเพิ่มเติม อาทิเช่น การเพิ่มประเภทของหมอพื้นบ้าน “หมอกระดูก” ควรมีการจัดการข้อมูลในส่วนของความชำนาญโรคว่าใครมีความชำนาญด้านนี้ก็จัดการแยกข้อมูลโดยใช้เทคนิคการเขียนโปรแกรมจัดการข้อมูลในโครงสร้างข้อมูล
3. การให้คำนิยามหมอพื้นบ้านในการเก็บข้อมูล ยังไม่ชัดเจน อาจส่งผลให้ผู้เก็บข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจและตอบคำถามไม่ตรงตามความต้องการของผู้สำรวจ
4. การวิเคราะห์ และสังเคราะห์สารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในหน่วยงานเพื่อติดตามสถานการณ์ แนวโน้มอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและใช้ในการพัฒนาการวางแผนยุทธศาสตร์
5. ข้อมูลที่ได้จัดเก็บควรมีการตรวจสอบข้อมูลที่จัดเก็บได้ ว่าตรงตามคำจำกัดความและประเด็นหรือไม่ และเป็นสากลหรือไม่ ซึ่งจากการเปรียบเทียบข้อมูลที่ดำเนินการจัดเก็บระหว่างข้อมูลหมอพื้นบ้านภาคเหนือประมาณ 7 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ ลำปาง ลำพูน โดยผ่านงานวิจัยของ ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย กับมูลนิธิสุขภาพไทย และฐานข้อมูลทำเนียบบุคลากรข้อมูลเฉพาะกลุ่มหมอ

พื้นบ้านในส่วนภูมิภาคของประเทศของสำนักงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการวิเคราะห์นี้ พบว่า มีข้อแตกต่างในจำนวนหมอฟพื้นบ้านอย่างมาก

ตาราง 19 จำนวนหมอฟพื้นบ้าน จำแนกตามแหล่งข้อมูล

จังหวัด	จำนวนหมอฟพื้นบ้าน (คน)		
	(ผศ.ยิ่งยง)	มูลนิธิสุขภาพไทย	(สนง.คุ้มครอง)
เชียงราย	44	36 (1ตำบล)	359
เชียงใหม่	8	65 (5อำเภอ)	664
น่าน	88	56 (1ตำบล)	1162
พะเยา	54	171 (6อำเภอ)	484
แพร่	20	21 (11ตำบล 4 อำเภอ)	309
ลำปาง	25	27 (7ตำบล 2อำเภอ)	642
ลำพูน	69	---	190
แม่ฮ่องสอน	---	109	506

ซึ่งความแตกต่างของจำนวนหมอฟพื้นบ้านที่เกิดขึ้นนี้ น่าจะเกิดจากการให้คำจำกัดความหมอฟพื้นบ้านที่แตกต่างกัน มูลนิธิสุขภาพไทย ได้มีการสำรวจหมอฟพื้นบ้านในโครงการเครือข่าย และได้ให้คำจำกัดความหมอฟพื้นบ้านไว้เป็น 2 กลุ่ม คือ หมอฟใหญ่ กับหมอฟพื้นบ้าน โดยหมอฟใหญ่หมายถึง หมอฟพื้นบ้านที่มีองค์ความรู้ รู้จักต้นไม้ รู้จักยาเป็นอย่างดี รู้จักอาการของโรคและการวินิจฉัยโรค มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 20 ปี เป็นคนดี มีคุณธรรม สัตย์ซื่อ ชุมชนให้การยอมรับ ส่วนหมอฟพื้นบ้านหมายถึง หมอฟพื้นบ้านที่มีองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษาแบบพื้นบ้านอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เป็นคนดี มีคุณธรรม สัตย์ซื่อ ชุมชนให้การยอมรับซึ่งได้แบ่งออกเป็น 11 ประเภท คือ หมอสมุนไพรหรือหมอฮากไม้ หมอเป่า หมอน้ำมันต์หรือหมอมนต์หรือหมอเสก หมอนวดจับเส้นหรือหมอเอ็นหรือหมอนวด หมอพระ หมอเหยาหรือหมอลำผีฟ้าหรือหมอลำผีทรง หมอธรรม หมอสูตรหรือหมอพรหรือหมอสู่วัณหรือพาน (พราหมณ์) หมอดำแย หมอเหยียบเท้าไฟ หมอสักน้ำมันหรือหมอสักยาสมุนไพรหรือหมอฝังเข็ม

ส่วนคำจำกัดความงานวิจัยของ ผศ.ดร.ยิ่งยง ที่ได้ให้ไว้ เป็นการจัดกลุ่มการดูแลสุขภาพของหมอฟเมืองเป็น 4 กลุ่ม คือ พิธีกรรมบำบัด (จิตบำบัด) กายภาพบำบัด (รวมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย) สมุนไพรบำบัด และอาหารบำบัด โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย

1. พิธีกรรมบำบัด (จิตบำบัด) เป็นการประกอบพิธีตามวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมาแต่บรรพชน โดยมีทั้งส่วนที่กระทำเพื่อตรวจสอบเหตุปัจจัยแห่งความไม่สบายและทำการบำบัด บรรเทา กระทำเพื่อการขจัดปัดเป่าและบำบัดรักษา กระทำเพื่อการสร้างขวัญและกำลังใจกระทำการเพื่อการเจริญสติและทำให้ให้พร้อมรับสภาพความจริง และส่วนที่กระทำเพื่อเป็นสิริมงคลและบันดาลให้เกิดความสงบเย็น ดังนี้

- กลุ่มดูเมื่อและทำนายฤกษ์ยาม
 - กลุ่มขจัดปัดเป่า เช่น ส่งเกิดหรือวานเกิด ส่งเคราะห์ ส่งจน ส่งผีตะวัน บูชาเทียน ฯลฯ
 - กลุ่มสร้างขวัญกำลังใจ เช่น จ้อย/ซอ (Musical therapy) ส่งปู่/ย่า/อาม แกว่งข้าว หน ขวัญ/ฮ้องขวัญ/สู่ขวัญ สืบชะตา ฯลฯ
 - กลุ่มเจริญสติและทำใจ เช่น ทำสมาธิ ฟังธรรม กุมผ้าสังฆา/สวดบาตร บังสุกุลดิบ ฯลฯ
 - กลุ่มสร้างความร่มเย็นและเป็นสิริมงคล เช่น ขอมมาผีปู้ยา หรือขึ้นผีปู้ยา/ผีเจ้านาย ทาน ขันข้าว บูชาธาตุสี่ (สะดวก) ยันต์ ฯลฯ
2. กายภาพบำบัด (รวมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย) เป็นกลุ่มการดูแลสุขภาพที่ใช้การบีบ นวด คลึง หรือ ใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น แหก ดี เช็ด เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและมีพลังขึ้น ประกอบด้วย
- บีบ ตอก เส้น บีบ/เอาเอ็น ดัดดึง เข้าเผือก ขวากชุย เช็ด /แหก ย่ำขาง ดีซ้อน/ นมไม้ จอบพิษ เหน่น (คล้ายกดจุดคลายเส้น) ลั่นม่าน เอาม่าน (นวดพื้นบ้าน)
 - สับสาร (สับที่สารหรือแผลให้เลือดออกแล้วหนีบยาบริเวณนั้น)
 - ฮมคว้น/ฮมไฟ (รมคว้น รมไฟ สมุนไพร)
3. สมุนไพรบำบัด การใช้สมุนไพรในรูปแบบต่างๆรักษา เช่น ยาหม้อต้ม ยาฝน ยาผง ลูกกลอน ยาสูบ ยาตอง ฯ
4. อาหารบำบัด (การกรรมกิน) ด้วยการควบคุมการกินอาหาร เช่น อาหารแสลง กินผิด-กินสาป อาหารร้อน-เย็น อาหารปรับธาตุ อาหารตามฤดู อาหารบำรุง อาหารอายุวัฒนะ อาหารตามรส อาหารอยู่เดือน ฯ

ส่วนงานของ สมใจ ศรีหล้า(2535).เรื่อง หมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน. ได้จัดกลุ่มหมอพื้นบ้านไว้ดังนี้

1. หมอไสยศาสตร์ (หมอพิธีกรรม) ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ในการรักษาโดยการใช้อำนาจเวทย์มนต์คาถา และบางรายยังใช้สมุนไพรประกอบในการรักษาอีกด้วย
 - หมอดู หมอมอ หรือหมอส่อง เป็นผู้ทำนายโชคชะตาราศีหรือหาสาเหตุเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เลือกแหล่งและวิธีการในการรักษา
 - หมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเสียเคราะห์ ทำหน้าที่สะเดาะเคราะห์ให้แก่ชาวบ้านเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีต่างๆ ที่ชาวบ้านเชื่อว่าจะนำโชคร้าย หรือโรคร้ายมาสู่ตนเองและครอบครัวการสะเดาะเคราะห์มักจะทำทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยระยะพักฟื้น เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจของผู้ป่วย
 - หมอผี เป็นผู้ใช้คาถาอาคมที่เกี่ยวกับภูตผี ในการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดจากการกระทำของผีร้าย
 - หมอมนต์ เป็นผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยการ ใช้เวทย์มนต์คาถาและสมุนไพรในการรักษา
 - หมอธรรม หมายถึง ผู้ที่เรียนเวทย์มนต์คาถาเพื่อปราบผี ช่วยรักษาผู้ที่ถูกผีทำ โดยใช้เวทย์มนต์คาถา

- หมอลำผีฟ้า หมายถึง ผู้ที่รักษาผู้ป่วยที่เกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยการรำและร้องไปรอบๆ ผู้ป่วยพร้อมกับอ้อนวอนขอให้ผีฟ้า เทวดา รวมทั้ง วิญญาณศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายมาช่วยรักษา
 - หมอเป่า บางแห่งเรียกหมอมนต์ หมายถึง ผู้ที่ชำนาญในการรักษา โดยใช้เวทย์มนต์ คาถาเป่าเสกไปยังร่างผู้ป่วย
 - หมอทำขวัญ เป็นผู้มีความชำนาญในการทำพิธีเกี่ยวกับขวัญ เป็นการทำให้ขวัญป้องกัน และรักษาไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งทำพิธีเรียกขวัญให้แก่ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการบำรุงขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย
 - หมอทรง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาและมีความสามารถในการติดต่อกับ วิญญาณของบุคคลสำคัญ เพื่อให้วิญญาณเหล่านั้นบอกยาและกรรมวิธีการรักษา
2. หมอยา หมอยาหม้อ หรือหมอยาสมุนไพร เป็นผู้ที่มีความชำนาญในการใช้สมุนไพรในการรักษา นอกจากนี้หมอยายังมักจะเป็นผู้ที่มีความอาวุโสในชุมชน ช่วยกิจการต่างๆ ในชุมชน เช่นเดียวกับ หมอไสยศาสตร์ (หมอพิธีกรรม) เช่น ทำหน้าที่เป็นมัตถายกวัด
 3. หมอนวด หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญการจับเส้นในร่างกาย บีบนวดให้หายจากความเจ็บป่วย
 4. หมอดำแย หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญในการทำคลอดด้วยวิธีโบราณ

จากความแตกต่างของคำจำกัดความของหมอพื้นบ้านทำให้ฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานจัดเก็บจึงแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยงาน แต่ละโครงการ ทำให้การเปรียบเทียบทำได้ยาก อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ทำให้ทราบแหล่งข้อมูลพื้นฐานในแต่ละแหล่งว่ามีข้อมูลหมอพื้นบ้านเป็นอย่างไร และเป็นการก่อรูปของการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลหมอพื้นบ้านร่วมกันได้ อาจส่งผลให้การพัฒนา ระบบข้อมูลหมอพื้นบ้านในครั้งต่อไป ควรจะมีการทำความเข้าใจและกำหนดคำจำกัดความคำว่าหมอพื้นบ้านให้ตรงกัน เพื่อให้การเก็บข้อมูลหมอพื้นบ้านได้มีการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นจริง

ข้อเสนอต่อการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยกลุ่มหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ ว่าเป็นหมอกกลุ่มใด
2. เนื่องจากกลุ่มหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอพิธีกรรมและหมอสมุนไพรมีแนวโน้มลดลงควรมีการศึกษา บัณฑิตที่ส่งผลให้ความสนใจในเรื่องนี้ลดลง
3. ศึกษาหารูปแบบในการถ่ายทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อรักษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านให้คง อยู่ในชุมชนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอทางนโยบาย

1. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ สารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประโยชน์ ในการวางแผนและพัฒนาข้อมูลร่วมกัน

การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย

ดร. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และพีระพงศ์ วงศ์อุปราช
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยมุ่งศึกษา พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ในด้านแนวคิด แบบแผนการใช้ เหตุผลการใช้ และไม่ใช่ ความพึงพอใจ กระบวนการเข้าสู่การใช้ การแพทย์ทางเลือก รวมทั้งปัจจัยกำหนดการใช้ โดยการวิจัยสถานการณ์พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยนี้ ศึกษาตัวอย่างใน พื้นที่ 8 จังหวัด ใน 4 ภาค มีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 40 ราย ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่หลากหลายของลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และประสบการณ์พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ส่วนตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และใช้การสำรวจโดยแบบสอบถามจำนวน 1,099 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนให้ความหมายของการแพทย์ทางเลือก คือ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและ บูรณาการ, การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, การ “ตัดสินใจเลือก”ของประชาชนในการดูแลสุขภาพ, การดูแลสุขภาพที่เน้นหลักธรรมชาติ, การแพทย์ที่นอกเหนือการแพทย์ตะวันตก, การแพทย์ที่มีความค้ำประกันศักดิ์ศรีว่าการแพทย์กระแสหลัก, การป้องกันและดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย, ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับ สังคม วัฒนธรรม ทั้งนี้ รูปแบบการแพทย์ทางเลือก ที่ใช้มากที่สุด คือการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร การนวด ควบคุมอาหาร การบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์ จากธรรมชาติ การปรับวิถีการดำเนินชีวิต

ปัจจัยการทำนายการใช้การแพทย์ทางเลือก ในด้านลักษณะทางสังคมประชากร พบว่าคือตัวแปร การเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และเพศ ส่วนตัวแปรด้านความพึงพอใจ ที่ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าเป็น ปัจจัยด้านความพึงพอใจในประสิทธิผล และความปลอดภัย ในด้านตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกในเชิงเหตุผลการตัดสินใจใช้การแพทย์ทางเลือกได้แก่ การนำไปปฏิบัติได้เอง และการใช้เพื่อการเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพ และใช้เพื่อการปรับความสมดุลในร่างกาย

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอ ให้มียุทธศาสตร์การบูรณาการการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพแห่งชาติ และประกันสุขภาพ โดยมีกลไกที่ทำหน้าที่เฉพาะ ในการจัดการความรู้ และการประสานงานทุกระดับเพื่อเป็นประกันคุณภาพและมาตรฐานการใช้ และการเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ รวมทั้งการสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพ และกลุ่ม ชมรมสุขภาพทุกระดับ

คำสำคัญ การแพทย์ทางเลือก พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ประเทศไทย

Abstract

This study used qualitative and quantitative methods to explore the use of alternative medicine in term of meaning, prevalence and predictors of alternative medicine usage. The sample was taken from 8 provinces in 4 regions of Thailand. The qualitative study consisted of 40 cases that were purposely selected, using different measures, to reflect different social backgrounds and use of alternative medicine. The quantitative sample consisted of 1,099 that were randomly withdrawn using different random sampling methods.

This study found that for lay people the meanings of alternative medicine were: Integrated self-care, the decision of choice to care, holistic care, naturalistic care, non-western medicine, the inferior medicine, the preventive medicine and the cultural wisdom medicine. The most popular therapies are exercise, herbs, massage, natural nutrition, lifestyle management.

The predictive factors of alternative use that were found in this study included : Memberships of health group together with health status and sex. In addition, satisfaction from the effectiveness and safety were also predictors of using alternative medicine. The reason of using alternative medicine in term of ability to self-care and promotion and maintaining of health and balance to health were also found to be the predictors of alternative medicine use.

Following these results, we suggest strategies for developing alternative medicine and integrating it into national health care systems and national insurance programs, to develop mechanism to ensure appropriate, safe and effective use of traditional medicine which include: Increasing access to alternative medicine information and the development of health network in all social levels.

Key words : Alternative medicine, health seeking behavior

สถานการณ์พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย

ดร. เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และพีระพงศ์ วงศ์อุปราช

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นที่ประจักษ์ชัดแล้วว่าพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกได้แพร่หลายมากขึ้นในทุกสังคม แม้ในประเทศแถบตะวันตกที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการแพทย์กระแสหลักมีบทบาทสำคัญ ต่อระบบสุขภาพและการรับรู้ของประชาชน ทั้งประเทศในแถบตะวันตกและตะวันออก รวมทั้งประเทศไทย ปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือกสะท้อนถึงความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ หรือพหุลักษณะทางการแพทย์ (pluralistic medical systems) ที่ดำรงอยู่ในทุกสังคม ที่ชี้ความตื่นตัวด้านสุขภาพ การเคลื่อนไหวของกระแสผู้บริโภค และแบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปจนการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่งไม่สามารถให้คำตอบที่น่าพึงพอใจ ยิ่งไปกว่านั้น ยังแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการจัดการสาธารณสุขภายใต้ระบบการแพทย์แผนตะวันตกมีข้อจำกัด รวมทั้ง ยังสะท้อนถึงนิยามสุขภาพเชิงวัฒนธรรม และอำนาจในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของภาคประชาชน ซึ่งประชาชนเป็นผู้นิยาม เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ บนฐานของการใช้ความรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่ และมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะเป็นวิถีทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับวิถีคิด และปฏิบัติของประชาชน ความนิยมของการแพทย์ทางเลือกถือเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ไม่อาจปฏิเสธเพราะส่งผลต่อระบบสุขภาพ ทำให้ประชาชนตื่นตัวเข้ามามีส่วนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น มีทางเลือกที่หลากหลาย และมีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ด้านผู้ให้บริการเกิดการแข่งขัน มีการขยายระบบการตลาดเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย แบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชนเกิดขึ้นตามธรรมชาติ และเป็นไปอย่างกว้างขวางดังกล่าว จำเป็นต้องมีความเข้าใจความคิด และประสบการณ์ของผู้ใช้การแพทย์ทางเลือก รวมทั้งแนวคิดต่อผลลัพธ์ ผลกระทบต่อสุขภาพ และระบบสุขภาพจากมุมมองของประชาชนในฐานะผู้ใช้ ทั้งนี้ ฐานข้อมูลที่จะเข้าใจแบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและคุ้มครองผู้บริโภคยังขาดแคลน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อทราบแบบแผนการใช้ วิถีคิด และผลกระทบของการใช้บริการดังกล่าว อันจะนำไปสู่การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกและการเป็นข้อมูลในการวางแผนคุ้มครองผู้บริโภค

เอกสารนี้ เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัย ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชนไทยในปัจจุบัน โดยเน้นที่การศึกษาแนวคิด ประสบการณ์ ความแพร่หลาย พฤติกรรมการใช้ และปัจจัยกำหนดการใช้ การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

1. การแพทย์ทางเลือก : ความหมายและแนวคิด

ความหมายของการแพทย์ทางเลือก มีผู้นิยามไว้หลากหลายลักษณะ แต่มีนัยและความหมายไปที่ว่า คือรูปแบบการแพทย์ใดๆที่ไม่ใช่การแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น คือการแทรกแซงของ

การแพทย์ทั้งหลาย ที่ไม่มีการสอนในโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา หรือโดยทั่วไปไม่มีให้บริการอยู่ในโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา (Eisenberg, 1993:246) หรือ รูปแบบการวินิจฉัย การรักษา และหรือการป้องกัน ที่เสริมการแพทย์กระแสหลัก โดยการใช้แนวคิดทางการแพทย์ที่แตกต่างออกไป เพื่อตอบสนองต่อการบรรลุสุขภาพที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองได้ (Ernst, 2000: 252) นักวิชาการที่ประเทศอังกฤษ กล่าวไว้ในหนังสือ *Alternative Medicine in Britain* ว่า หมายถึง การรักษาแบบแผน (Unorthodox therapies) ทุกชนิด นับตั้งแต่การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร การแพทย์แบบโฮมิโอพาตี หรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน การบำบัดรักษาแบบโครแพร็คติก หรือการนวดกระดูกสันหลัง การบำบัดแบบออสตีโอพาตี หรือการนวดกล้ามเนื้อและกระดูก ตลอดจนการบำบัดรักษาทางจิตใจ ทั้งนี้ศูนย์การแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) ให้คำนิยามชัดไปเลยว่า คือ กลุ่ม ของระบบการแพทย์การปฏิบัติและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพต่างๆ ที่ไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนักวิชาการ อาจอธิบายเสริมไปว่า การแพทย์ทางเลือก/เสริมคือ “การวินิจฉัย การรักษา และ/หรือ การป้องกันที่ช่วยเสริมให้การแพทย์ในระบบมาตรฐานมีความสมบูรณ์มากขึ้น ช่วยสนองความต้องการของประชาชนทั่วไป หรือช่วยเติมเต็มกรอบการให้บริการทางการแพทย์ (Ernst, 2000)

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้นิยามว่า การแพทย์ทางเลือก (Alternative /complementary Medicine) หมายถึง เทคนิค การดูแลสุขภาพ หรือวิธีการทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ระบบทางการแพทย์กระแสหลัก หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่เน้นการบำบัดโดยศาสตร์หรือองค์ความรู้ ซึ่งต้องฝึกอบรมพิเศษเฉพาะทาง นอกเหนือจากการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย โดยมีการแบ่งแยกจัดกลุ่มความหมายของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ไว้ดีกว่า เป็นเทคนิควิธีการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์กระแสหลัก หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือไม่ได้มีการสอนในโรงเรียนแพทย์ หรือไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาลหรือสถานประกอบการแพทย์แผนปัจจุบัน เทคนิคเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีลักษณะ “ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง” หรือ “ไม่ใช่เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี” และเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มาจากสังคมและวัฒนธรรมอื่น

กลุ่มนักวิชาการไทยส่วนหนึ่งได้นิยาม การแพทย์ทางเลือก หมายถึง รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาความเจ็บป่วยต่างๆ ที่ไม่เน้นเฉพาะการใช้ยา การใช้สารเคมีใดๆ การผ่าตัดซึ่งเป็นรูปแบบปกติที่ปฏิบัติกันอยู่ในระบบการแพทย์ปัจจุบันทั้งนี้บุคคลสามารถมีสิทธิเลือกวิถีใดวิธีหนึ่งหรือหลายๆ วิธีที่คิดว่าสอดคล้องกับชีวิตและความต้องการของตนเอง โดยไม่ใช่ตัวแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นผู้ผูกขาดกำหนดรูปแบบวิธีการรักษาเหมือนที่ผ่านมาเพียงผู้เดียว โดยการแพทย์ทางเลือก อาจมีรูปแบบเป็นได้ทั้งที่เป็นระบบการแพทย์หรือเทคนิคการบำบัดรักษาตัวผลิตภัณฑ์ หรือพฤติกรรมทั้งปัจเจก และกลุ่มในการดูแลสุขภาพ ที่มิใช่เป็นระบบการแพทย์กระแสหลัก คือ การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แผนตะวันตก ดังนั้น การแพทย์ทางเลือกจึงมีความหมายโดยกว้างๆ ว่า คือ การแพทย์ทั้งหลายที่ไม่ใช่แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ตะวันตก และไม่ได้มีบทบาทหลักในการเยียวยารักษาในสังคม (เลื้อซัย, 2549)

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายต่อการแพทย์ทางเลือกมีข้อสังเกตอยู่อย่างน้อย 2 ประการ ประการหนึ่ง คือ การแพทย์ทางเลือก ในฐานะที่เป็นปรากฏการณ์ของสังคมที่สื่อความหมายถึงบทบาทหรือฐานะที่เป็นรองต่อการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งอยู่ในฐานะและบทบาทเป็นกระแสหลัก หากพิจารณาในประเด็นนี้ร่วมกับสิ่งที่ระบบการแพทย์ทางเลือกได้กระทำหรือแสดงบทบาทในบางสังคมเช่น สังคมจีนที่มีแพทย์แผนจีนหรืออินเดียที่มีแพทย์อายุรเวทนั้น การแสดงบทบาทของแพทย์พื้นบ้านของทั้งสองประเทศนี้มีได้แสดงบทบาทในฐานะที่เป็นรอง เนื่องจากประชาชนทั้งสองประเทศได้ให้ความยอมรับต่อระบบการแพทย์ของพวกเขามีได้ด้อยไปกว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้นการที่จะให้คำนิยามต่อการแพทย์ทางเลือกว่าเป็นรองและช่วยเสริมการแพทย์กระแสหลักนั้นอาจใช้ไม่ได้ในบางบริบทหรือบางสังคม เนื่องจากเมื่อการนิยามปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือกนั้นขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมว่าต้องการนิยามว่าแพทย์ระบบใดเป็นกระแสหลักหรือเป็นกระแสรอง ดังนั้นจึงไม่จำเป็นว่าระบบการแพทย์กระแสหลักจะต้องเป็นระบบการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น อีกประการหนึ่ง การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์กระแสหลักก็มีความแตกต่างกันอยู่โดยตัวของมันเอง โดยแนวคิด ทักษะต่อความเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างกัน เพราะวาระบบการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่เน้นความเป็นองค์รวม ไม่ได้แยกสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมออกจากกัน แต่ระบบการแพทย์กระแสหลักมีทักษะที่แยกออกเป็นส่วน ๆ ออกจากกัน ซึ่งทักษะตรงนี้ถือเป็นเป็นกระบวนการของระบบการแพทย์ทั้งสองระบบ ความแตกต่างตรงแนวคิดเบื้องต้นนี้ก็นำไปสู่วิธีการรักษาที่แตกต่างกันต่อไป แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันเมื่อระบบการแพทย์ทั้งสองได้หิบบัณฑิตศาสตร์หรือรูปแบบการรักษา วิจัย การป้องกันระหว่างกันมากขึ้น ซึ่งก็พบได้ตามโรงพยาบาลที่มีการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกมาปรับใช้มากขึ้น และศาสตร์สมัยใหม่ในบางอย่างก็ถูกนำไปใช้กับแพทย์ทางเลือกด้วยเช่นกัน หรือแม้แต่ผลิตภัณฑ์ที่เป็นพวกอาหารเสริม วิตามิน ก็ได้มีการรับรองด้วยวิทยาศาสตร์ก่อนที่จะนำมาใช้บริโภค จะเห็นได้ว่าการหิบบัณฑิต การผสมผสานศาสตร์ระหว่างระบบการแพทย์ทั้งสองก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

2. มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการก่อเกิดการแพทย์ทางเลือก

2.1 พหุลักษณะของระบบการแพทย์

ระบบการแพทย์เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม เป็นทั้งระบบสังคมและระบบวัฒนธรรมย่อยที่ประกอบด้วยส่วนต่างๆ อันสลับซับซ้อน นับแต่ความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน จนถึงเทคนิค และเครื่องมือเครื่องมือต่างๆ การเป็นระบบวัฒนธรรมจึงทำให้ระบบการแพทย์ในแต่ละท้องถิ่น มีความแตกต่างหลากหลาย เป็นพหุลักษณะทางการแพทย์ โดยที่ศาสตร์ทางการจัดการกับสุขภาพนั้นหลากหลายและต่อเนื่อง นิยามของสุขภาพที่ดีก็แตกต่างจากทักษะของการแพทย์สมัยใหม่ โดยเชื่อว่าศาสตร์ทางการแพทย์เป็นสิ่งอันใดที่มีได้แยกขาดจากชุมชนแต่เป็นสิ่งที่หลวมรวมกับวิถีชีวิต วิธีคิดของชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน พหุลักษณะทางการแพทย์จึงอยู่บนพื้นฐานความจริงที่ว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบย่อยทางวัฒนธรรมย่อยจึงทำให้มีความหลากหลายของระบบการแพทย์ นอกจากนั้นในสังคมหนึ่งยังมีการยอมรับระบบการแพทย์จากวัฒนธรรมอื่นๆ เข้ามาในสังคม เช่น การรับเอาระบบการแพทย์ตะวันตก และการปรับตัวเปลี่ยนแปลงภายในระบบนั้นๆ ระบบการแพทย์ไม่แยกออกจากกัน แต่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เช่นการฝังเข็มในโรงพยาบาล นอกจากนั้นความ

หลากหลายของระบบการแพทย์ยังดำรงอยู่เพราะไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่สามารถตอบสนองความพึงพอใจ และมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน หรือปัญหาความทุกข์ยากอันเกิดจากความเจ็บป่วยทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม เศรษฐกิจ โดยมีราคาไม่แพง สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และสามารถตอบสนองได้ทุกด้าน

การแพทย์ทางเลือกที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ที่เป็นพหุลักษณะของสังคม ดำรงอยู่ท่ามกลางการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นกระแสหลัก ซึ่งตัวระบบการแพทย์ทางเลือกได้คอยช่วยเสริมหรือชดเชยส่วนที่ไม่สมบูรณ์ของการแพทย์กระแสหลัก คอยรองรับความต้องการที่หลากหลายของสังคมซึ่งตรงกับทัศนะขององค์การอนามัยโลกที่ยอมรับการดำรงอยู่ของการแพทย์ทางเลือกและเสนอทัศนะว่าความเป็นไปได้ของแต่ระบบการแพทย์ที่จะเสริม หรือชดเชยส่วนที่ระบบการแพทย์ขาดหายไป หรือไม่สมบูรณ์ ซึ่งการเสริมหรือชดเชยนี้เรียกว่าเป็น Complementary Medicine โดยที่จุดเด่นของศาสตร์สุขภาพทางเลือกส่วนใหญ่ คือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นอกจากนี้การยอมรับของประชาชนต่อระบบการแพทย์ทางเลือกมิได้เกิดจากความไม่สมบูรณ์ของระบบการแพทย์กระแสหลักเท่านั้น แต่ด้วยความโดดเด่นของศาสตร์ทางเลือกด้วยจึงทำให้การยอมรับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

2.2 ความเคลื่อนไหวด้านกระบวนทัศน์สุขภาพ

“กระแสสุขภาพนิยม. หรืออีกนัยหนึ่งคือ“จิตสำนึกใหม่ทางด้านสุขภาพและความแข็งแรง” (new health and fitness consciousness) ซึ่งก้าวไปถึงจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองในการมี “หน้าที่ที่จะต้องมีความสุขที่ดี” (duty to be healthy) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและเด่นชัดมากขึ้นเรื่อยๆ หลังจากที่สังคมได้ตระหนักว่าชีวิตและสุขภาพของปัจเจก ต้องตกอยู่ภายใต้อำนาจการตัดสินใจของวิชาชีพแพทย์และผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นไปพร้อมกับความเคลื่อนไหวของกระแสสังคมด้านอื่นๆ ที่เน้นการตระหนักถึงสิทธิ หน้าที่ของภาคประชาชนมากขึ้นเช่น สิทธิสตรี สิทธิแรงงาน สิทธิผู้บริโภค การอนุรักษ์ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมด้วย

บริโภคนิยมได้ขับเคลื่อนกระแสการแพทย์ทางเลือก งานวิจัยพบว่า (สุภาพรณ ปิติพร, 2547) ผู้ใช้ส่วนหนึ่งยึดติดกับข้อกังขาสังคมและระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ไม่มีทางเลือก ต้องการหนีสารเคมีมาใช้สมุนไพร ต้องการดูแลสุขภาพตัวเอง ไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์ ความต้องการเหล่านี้ก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ทางเลือกขึ้นมากมายในสังคม ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นเหล่านี้จึงไม่ได้เกิดขึ้นจากความเป็นเหตุเป็นผลในการใช้ประโยชน์ตามปรัชญายุคสมัยใหม่ ความต้องการการแพทย์ทางเลือกที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความต้องการเพื่อตอบสนองต่อจิตสำนึกด้านสุขภาพและความรู้สึกด้านใน

แนวคิดสุขภาพนิยมวางจุดเน้นไว้ที่การพัฒนาตัวเอง (self-development) ความพึงพอใจ (pleasure) ที่มาพร้อมกับแนวทางที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ควบคุมตนเอง และปลดปล่อยตนเองเพื่อให้เกิดความสุขความพึงพอใจ ภายใต้สังคมความรู้ที่ไร้พรมแดน ทั้งนี้ด้านหนึ่งคือการต่อต้านการครอบงำด้านสุขภาพของสังคม อันได้แก่ กระแสบริโภคนิยม ทั้งที่ครอบงำด้วยแบบแผนของอาหาร และการบริโภค รวมทั้งกับร่างกายของปัจเจก การตระหนักในปัญหาของสิ่งแวดล้อมและสิ่งรอบตัวที่คุกคามต่อสุขภาพ

อีกด้านหนึ่งคือการจัดการกับตนเอง การหันกลับมาในสิ่งที่ตนควบคุมได้ซึ่งก็คือตนเอง การดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรง ปลอดภัย รวมทั้งกลับไปยั้งรากเหง้าของธรรมชาติและท้องถิ่น ข้อมูลจากการวิจัยหลายชิ้นเกี่ยวกับปรากฏการณ์ชีวิตในสังคมไทย ชี้ชัดว่า เป็นนวัตกรรมที่ทวนกระแสด้านสุขภาพ ที่ประชาชน ต้องการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ และความคับข้องใจกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ ไปสู่การหวนกลับไปสู่รากเหง้าเดิมของสังคม ทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตที่เรียบง่าย การตั้งคำถามตรวจสอบการระบบการแพทย์ตะวันตก และแสวงหาทางเลือกต่างๆ ที่เหมาะสมกับตน

2.3 การเปลี่ยนผ่านด้านประชากรและ แบบแผนการเกิดโรค (Health transition)

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนในด้านสุขภาพอนามัยก็คือ ประชาชนตายเนื่องจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ โรคเบาหวานและโรคไต รวมทั้งโรคติดต่อร้ายแรง คือโรคเอดส์ ตลอดจนภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต และโรคจากอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวโน้มที่มีความชัดเจนของปรากฏการณ์ด้านสุขภาพของประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศที่พัฒนาแล้วด้วย การเปลี่ยนแปลงของลักษณะสังคม เศรษฐกิจในระดับสังคมโลก เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสังคม เศรษฐกิจในประเทศไทย แน่นอนว่าการเปลี่ยนแปลงได้ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มในสังคม ในขณะที่ การแพทย์กระแสหลัก ให้นิยามการให้ ความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แยกส่วน โดยแยกสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกัน แยกสุขภาพออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับร่างกายเฉพาะแห่ง เน้นทฤษฎีการเกิดโรคที่เชื่อว่าสาเหตุของโรคนั้นเฉพาะเจาะจง ซึ่งการรักษาจึงเน้นไปที่การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วย ทักษะเช่นนี้ย่อมที่จะปรากฏรูปแบบการรักษาไปที่การกำจัดโรค หรือความผิดปกติออกจากร่างกายที่เป็นกายภาพ แยกส่วนเฉพาะปัญหา ไม่ได้พิจารณาทั้งระบบ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ห่างเหิน ไม่เท่าเทียมและเป็นระบบพึ่งพา ละเลยต่อภาวะจิตใจ และจิตสำนึกของผู้ป่วยเพราะเชื่อว่าไม่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพและการเยียวยารักษาโรค ซึ่งปัจจุบันมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อระบบการแพทย์กระแสหลักต้องมาแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง ที่สาเหตุของโรคมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วย สาเหตุของโรคที่เกิดจากระบบของชีวิต วิถีชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นทักษะของระบบการแพทย์กระแสหลักจึงถูกท้าทายมากยิ่งขึ้น และมีการตั้งคำถามต่อประสิทธิภาพในการรักษาของระบบการแพทย์กระแสหลักทั้งๆที่มีเครื่องมือ เทคโนโลยีที่ล้ำหน้ามากมาย การกลับมาของระบบการแพทย์อื่นๆ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกจึงได้รับการนิยมนับมาอีกครั้ง ด้วยแนวคิดของแพทย์ทางเลือกที่เน้นความเป็นองค์รวมมองคร่าวๆ ไม่แยกร่างกายที่เป็นกายภาพ ออกจากจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกจึงเป็นทางเลือกที่เด่นชัดมากขึ้นของภาคประชาชน

3. วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณจะดำเนินการโดยการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional study) การการศึกษาเชิงสำรวจใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์แบบลึกกับกรณีศึกษาทั้งประชาชน และผู้ให้บริการที่มีความน่าสนใจเพื่อทราบรายละเอียดวิธีคิด การให้ความหมาย แบบแผนพฤติกรรม และปัจจัยเชิงบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

3.1 กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณ กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนในฐานะผู้ใช้บริการ ใช้การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามให้กรอกเอง หรือสัมภาษณ์รายบุคคลกรณีไม่สามารถกรอกได้ด้วยตนเอง ในพื้นที่จังหวัด 8 จังหวัด รวม 4 ภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เพชรบุรี เชียงราย พิชณุโลก นครราชสีมา ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และสงขลา การคัดเลือกจังหวัด และตัวอย่างที่ศึกษา เป็นการสุ่มสำรวจอย่างง่าย เพื่อให้ได้ตัวอย่าง จังหวัดละประมาณ 100-120 คน โดยเป็นพื้นที่เขตเทศบาล 50-60 คน และนอกเขตเทศบาลอีก 50-60 คน โดยกรุงเทพกำหนดสุ่มในพื้นที่เขตชั้นใน ชั้นกลางและ ชั้นนอก การศึกษาครั้งนี้ ได้ตัวอย่างที่ศึกษารวม 1,099 ราย แบ่งเป็นตัวอย่างจากกรุงเทพ ร้อยละ 38.6 (424 ราย) เพชรบุรี ร้อยละ 10.3 (101 ราย) เชียงราย ร้อยละ 11.0 (108 ราย) นครราชสีมา ร้อยละ 10.9 (107 ราย) นครศรีธรรมราช ร้อยละ 12.5 (122) สงขลา ร้อยละ 10.0 (126 ราย)

การศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก จำนวน 35 ราย และผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือก อีก 5 ราย โดยใช้วิธีการเลือกหลายวิธีประกอบกัน เพื่อให้ได้ความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. การหาข้อมูลเบื้องต้นในจังหวัดเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดโดยการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ผู้ให้บริการสาธารณสุข เป็นต้น
2. Snowball คือ เลือกโดยการแนะนำจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง โดยแหล่งที่แนะนำ มีผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือกทั้งจากสถานการณ์ทางการแพทย์ และองค์กรชุมชน ประชาชนทั่วไปแนะนำแหล่งบริการการแพทย์ทางเลือกที่เป็นที่นิยมในพื้นที่ และจากนั้นให้ผู้ให้บริการนี้แนะนำผู้รับบริการต่อไป
3. การได้อาสาสมัครโดยมีส่วนร่วมอย่างสมัครใจ ผ่านการ post ไปที่ internet โดยการชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

รวมผู้รับบริการการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด 35 รายและ เป็นผู้ให้บริการในระบบการแพทย์ทางเลือก และผู้ให้บริการในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมุ่งเพื่อทราบทัศนะ ความเห็นของการใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ อีก 5 ราย

3.2 เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

1. แบบสำรวจโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนสำคัญคือ

- a. คุณลักษณะของผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกอันได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ถิ่นที่อยู่อาศัย ปัญหาสุขภาพ สิทธิด้านประกันสุขภาพ
 - b. พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยสำรวจ 38 วิธีการของแพทย์ทางเลือก ถึงการรู้จัก การใช้ที่ผ่านมา และ การใช้ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่ใช้
 - c. การวัดระดับความพึงพอใจ เหตุผลการใช้ และไม่ใช้ การแพทย์ทางเลือก ระดับของการได้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกจากแหล่งต่างๆ โดยให้มีการวัดเป็นค่า scale จากมากที่สุดไป น้อยที่สุด รวม 5 scale
 - ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจ ในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มีทั้งหมด 7 คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha=.91
 - ข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุผลที่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มีทั้งหมด 12 คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha=.87
 - ข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุผลที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มีทั้งหมด 8 คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha=.91
 - ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก มีทั้งหมด 10 คำถาม โดยจากการทดสอบค่าความเที่ยง ได้ค่า Cronbach's Alpha=.86
 - d. แบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยวัดเป็นค่า scale จากทุกครั้ง ไปจนถึง ไม่เคย ทั้งหมด 4 scale มีคำถามทั้งหมด 6 คำถาม และจากการทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) มีค่า Cronbach's Alpha=.90
 - e. การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่ม ชมรม สุขภาพ โดยวัดเพียง 2 ค่า คือ เข้าร่วม และไม่เข้าร่วม และความถี่ของการเข้าร่วม
2. แนวการสัมภาษณ์แบบลึกกับประชาชนผู้รับบริการ มุ่งเพื่อทราบประสบการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกของประชาชนทั้งวิถีคิด ประสบการณ์ ปัญหาและการจัดการปัญหา โดยใช้แนวคำถามที่ได้พัฒนาขึ้น
 3. แนวการสัมภาษณ์แบบลึกกับผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือก มุ่งเพื่อทราบวิถีคิดของการให้บริการการแพทย์ทางเลือก และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาในระบบบริการสาธารณสุข

3.3 การวิเคราะห์และประมวลผล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้ SPSS .ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติทั้งในการพรรณนา การทดสอบค่า ไค แสควร์, one way ANOVA เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปร และการวิเคราะห์สถิติ ด้วย, multiple logistic regression เพื่อที่จะค้นหาตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยในด้านประสบการณ์การใช้ การให้ความหมาย เหตุผลต่อการตัดสินใจในการใช้การแพทย์ทางเลือก รวมทั้ง

ปัญหาอุปสรรคจากประสบการณ์การใช้ โดยการนำเสนอข้อมูล จะเน้นการเล่าเรื่อง (**narrative**) การวิเคราะห์จากเรื่องที่เล่า ผู้การได้ประเด็นข้อค้นพบที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์

4. ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างที่ศึกษา

การสำรวจครั้งนี้มีตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 1,099 ราย จากพื้นที่จังหวัดในกรุงเทพมหานคร เพชรบุรี ขอนแก่น นครราชสีมา เชียงราย พิชณุโลก นครศรีธรรมราช และสงขลา โดยเป็นตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 60.7 และร้อยละ 39.3 ตามลำดับ อายุของผู้ถูกศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 66.3 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (มากกว่า 25 ปีเป็นต้นไป) โดยมีสถานะภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสร้อยละ 37.9 ที่เหลือเป็นบุตร หรือ บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของหัวหน้าครัวเรือน ระดับการศึกษาของตัวอย่างครั้งนี้ ร้อยละ 54 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือมากกว่า และอีกร้อยละ 34 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยม ประกาศนียบัตร ที่เหลืออยู่ระดับ ประถมศึกษาและไม่ได้เรียน ส่วนอาชีพของผู้ถูกศึกษาครั้งนี้ 1 ใน 4 ทำงานเป็นพนักงาน ร้อยละ 20 รับราชการ อีกร้อยละ 20 อาชีพรับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 13 ค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว ที่เหลือเกษียณอายุ หรือไม่ได้ทำงาน รายได้ของกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 18 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 43 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นบัตร ประกันสังคม และบัตร 30 บัตร

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของตัวอย่างจากการสำรวจ

ลักษณะส่วนบุคคล		ร้อยละ (n)
1. เพศ	1. ชาย	39.3 (429)
	2. หญิง	60.7 (662)
2. อายุ	1. น้อยกว่า 26 ปี	33.7 (370)
	2. 26-35 ปี	32.5 (356)
	3. 36-45 ปี	19.3 (212)
	4. 46-59 ปี	11.4 (125)
	5. มากกว่า 60 ปี	3.1 (34)
3. สถานภาพในครัวเรือน	1. หัวหน้าครอบครัว	21.8 (238)
	2. คู่สมรส	16.1(176)
	3. บุตร	48.1(526)
	4. บิดา/มารดา	3.9 (43)
	5. พี่น้อง/ญาติและอื่นๆ	10.1(111)
4. ศาสนา	1. พุทธ	92.5 (1013)
	2. คริสต์	3.6(39)
	3. อิสลาม	3.9(43)
5. การศึกษา	1. ไม่ได้เรียน	0.8 (9)
	2. ประถมศึกษา	9.5(104)
	3. มัธยมศึกษา	25.2(277)
	4. ปวช./ปวส.	8.9 (98)
	5.ปริญญาตรี	50.7(556)
	6. สูงกว่าปริญญาตรี	4.7 (52)
6. อาชีพ	1. ไม่ได้ทำงาน/เกษียณอายุ	18.1(197)
	2. รับจ้างแรงงาน	16.4(179)
	3. เกษตรกร	5.0(55)
	4. รับราชการ	20.6(225)
	5. พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	25.6(279)
	6. ธุรกิจส่วนตัว	12.9(141)
	7. อื่นๆ	1.4(15)
7. สถานภาพสมรส	1 โสด	56.2(604)
	2 คู่	39.5(425)

ลักษณะส่วนบุคคล		ร้อยละ (n)
	3. หม้าย	2.7(29)
	4. หย่า แยก	1.6(17)
8. รายได้	1. น้อยกว่า 10,000 บาท	48.1(493)
	2. 10,001-20000 บาท	33.3(342)
	3. 20,001- 30,000 บาท	12.9(132)
	4. 30,001-50,000 บาท	3.6(37)
	5. มากกว่า 50,000 บาท	2.1(22)
9. สิทธิประกันสุขภาพที่มีอยู่	1. ข้าราชการ	20.3(216)
	2. ประกันสังคม	34.3(365)
	3. ประกันเอกชน	8.9(95)
	4. บัตรสูงอายุ	0.6(6)
	5. บัตร 30 บาท	32.5(347)
	6. อื่นๆ	3.4(36)

สำหรับตัวอย่างที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ มีรวม 40 คน เป็นผู้ให้บริการการแพทย์ทางเลือก 35คนและ อีก 5 คน เป็นผู้ให้บริการและใช้บริการการแพทย์ทางเลือกควบคู่กันด้วย โดย 22 รายเป็นผู้หญิง อีก 18 รายเป็นชาย ทั้งนี้ อายุของตัวอย่างที่ศึกษา 13 รายอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อีก 21 รายอายุมากกว่า 40 ปีจนถึง 59 ปี และที่เหลือ 7 รายมีอายุต่ำกว่า 39 ปีจนถึง 23 ปี ครึ่งหนึ่งมีการศึกษาขั้นสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และอีกครึ่งหนึ่งมีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี คือ ปวส. ปวช. มัธยมและ ประถมศึกษา กรณีตัวอย่างที่ศึกษาเชิงลึก จะมีประสบการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือกในหลายมิติ ทั้ง ไทเก๊ก ฝังเข็ม พลังจักรวาล ชีวจิต อาหารสุขภาพ การปรับวิถีชีวิต ฤๅษีตัดตน Mind and body ไร่ไม้พลอง

4.2 สุขภาพคืออะไร: ความหมายของประชาชน

สุขภาพเป็นพื้นฐานของการมีชีวิตของมนุษย์ ในความหมายของชาวบ้าน มีความหมายที่มากกว่าการไม่เป็นโรค หรือไม่มีความเจ็บป่วย แต่ยังเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆของการดำเนินชีวิต ความสมดุล และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งความสำคัญกับดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย และขึ้นอยู่กับพฤติกรรม และมองทั้งคน(Whole person) ทั้งปัจจัยที่อาจเชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆภายในร่างกายเอง ทั้งด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสรรพสิ่งแวดล้อม

การศึกษครั้งนี้พบว่าชาวบ้านให้ความหมายสุขภาพ ในหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาพ คือ ความไม่เจ็บป่วย

เป็นมิติของการอธิบายสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สุด คือการไม่มีโรค การไม่มีอาการบ่งบอกถึงความเจ็บไข้ได้ป่วย ทั้งนี้สาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากหลายสาเหตุทั้งทางพฤติกรรม กรรมพันธุ์ ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพดีก็คือไม่เจ็บไม่ไข้ สุขภาพไม่ดีก็คือมีการเจ็บป่วย เจ็บไข้ ไม่ดี เรื้อรัง”

2. สุขภาพ คือ ความแข็งแรงของกายและใจ

มุมมองของชาวบ้าน ไม่ได้มองสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับร่างกายเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับเรื่องจิตใจ ที่ส่งผลซึ่งกันและกันระหว่างกายและใจ กายจะสมบูรณ์แข็งแรง ต้องมาจากสุขภาพจิตใจที่ดีด้วย

“สุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนคือ กายและใจ ซึ่งมันก็เกี่ยวข้องกัน สุขภาพกายดี สุขภาพใจก็ดีไปด้วย พี่อารมณ์ไม่ค่อยเสีย มองทุกเรื่องในแง่บวก”

3. สุขภาพ คือ ความสุข คือ สุขภาวะในองค์รวม

นี่เป็นอีกมิติหนึ่งของคำอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน การศึกษานี้พบว่ามุมมองชาวบ้าน ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่เป็นความสุขแบบ องค์รวม องค์รวมในที่นี้ คือร่างกาย จิตใจ ต้องสมดุลกัน นอกจากนั้น ยังกินความไปถึง จิตวิญญาณ ความคิดความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวอีกด้วย

“สุขภาพต้องเป็นองค์รวม คือ สุขภาพทั้งหมดรวมทั้งร่างกายและจิตใจคือมันต้องสมดุลกัน เกี่ยวข้องกัน การแพทย์ทางเลือกใช้หลักการเดียวกัน คือร่างกายเจ็บป่วยส่งผลถึงจิตใจ จิตใจห่อเหี่ยวส่งผลถึงร่างกายด้วยเช่นกัน ต้องให้ร่างกายอยู่ในสมดุล ถ้าร้อนก็ต้องทำให้มันเย็นลง อาการเจ็บปวดเป็น Sign ของอาการผิดปกติก็ต้องหาทางให้มันเข้าสู่ภาวะปกติให้ได้”

4. สุขภาพ คือ ความแข็งแรง การมีภูมิคุ้มกันที่ดี

ตามแนวคิดประชาชน สุขภาพควรเป็นเรื่องความแข็งแรง การมีภูมิคุ้มกันที่ดีด้วย เช่นการฟื้นฟูตัวเองภายในเวลาอันรวดเร็ว การไม่เจ็บป่วยนาน เพราะร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ดี

“ถึงแม้ว่าจะป่วยแต่ก็สามารถฟื้นฟูตัวเองภายในเวลาอันรวดเร็ว และก็ไม่เจ็บป่วยหนักหรือนานหนัก เพราะร่างกายมีความแข็งแรงอยู่ในสถานะที่ (27 ชาย กินเจ)

5. สุขภาพมาจากความสมดุลภายในร่างกาย

แนวคิดของชาวบ้านอธิบายสุขภาพ อันเนื่องจากอวัยวะภายในที่สมดุล ต้องประสานกันระหว่างภายในและภายนอก สุขภาพที่ดีต้องมาจากภายในที่มีความแข็งแรง

“สุขภาพมาจากข้างใน เราจะป้องกันดูแล ทำให้สุขภาพดี เราต้องประสานกัน ในความรู้สึกระหว่างกัน ออกกำลังกาย ประสานระหว่างยาสมุนไพร คิดว่าตัวเองต้องดูแลร่างกายด้วย ต้องให้เหงื่อออกด้วยการออกกำลังกาย”

6. สุขภาพคือการดูแลตนเอง

มุมมองของประชาชนให้ความหมายสุขภาพ คือความสามารถในการดูแลตนเองด้วย ไม่ได้ให้อยู่ในมือของแพทย์เท่านั้น เพราะการดูแลตนเองจะสามารถจัดการสุขภาพในแบบองค์รวมทั้งกายและใจ รวมทั้งจิตวิญญาณได้

“สุขภาพแบบองค์รวม มันเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง โดยมองทุกอย่างว่าสัมพันธ์กับธรรมชาติของมนุษย์ คือ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การอารมณ์ เรื่องอากาศ เรื่องการกิน เรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งต้องดูแลปฏิบัติให้สม่ำเสมอ และที่ว่าเกี่ยวข้องโดยตรงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ ถ้าทุกคนทำได้ ก็จะเป็นจริง”

4.3 การแพทย์ทางเลือก: ความหมายของในมุมมองของประชาชน

ตารางที่ 2 จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อความหมายของการแพทย์ทางเลือก พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนร้อยละ 62 ให้ความหมายว่าเป็นการแพทย์แบบผสมผสาน รองลงมาเป็นที่น่าสนใจมากคือประชาชนให้ความหมายว่าเป็นการแพทย์ที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือก คิดเป็นร้อยละ 54 และร้อยละ 41 ให้ความหมายว่าเป็นการแพทย์แบบองค์รวม อีกร้อยละ 35 และร้อยละ 25 บอกว่าเป็นการแพทย์นอกแบบแผน ไม่เป็นทางการ และ เป็นการแพทย์ที่ไม่ใช่แผนตะวันตกตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความหมายของการแพทย์ทางเลือกในมุมมองของประชาชน

ความหมายของการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละที่ตอบว่าใช่ %(N)
1. การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน	61.8 (679)
2. การแพทย์ที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือก	54.4(598)
3. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	40.5 (455)
4. การรักษาแบบแผน ไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่เป็นทางการ	34.7(381)
5. การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แบบตะวันตก	24.2(266)

ทั้งนี้ในข้อมูลเชิงคุณภาพ จากตัวอย่างที่ศึกษาเชิงลึก ให้ความหมายการแพทย์ทางเลือกที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยให้รายละเอียดถึงการให้ความหมายแบบต่างๆ เช่นการแพทย์ทางเลือกหมายถึงระบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน คือการรักษาที่ใช้วิธีการหลายอย่างประกอบกัน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือ

การดูแลทั้งกาย ใจและปัญญา การดูแลรักษาสุขภาพที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือก มีอำนาจในการดูแลตนเอง ตัดสินใจเอง การรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์ตะวันตก และการรักษาที่ไม่ใช่การแพทย์กระแสหลักหรือการมีลักษณะรอง โดยประเด็นที่ได้เพิ่มเติมจากการศึกษาเชิงคุณภาพคือ การดูแลที่เน้นหลักการธรรมชาติ อยู่กับธรรมชาติ

1. การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและ บูรณาการ

การแพทย์ทางเลือกในความหมายของประชาชนอีกประการคือการผสมผสานการดูแลรักษาสุขภาพ หลายๆอย่างประกอบกัน คือมีมิติในการดูแลหลายอย่างทั้ง อาหาร การออกกำลังกาย พลังจิต เป็นการบูรณาการ ทุกส่วน ไม่เป็นอันตรายกับสุขภาพ เพราะสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์

“สำหรับเรื่องสุขภาพดีมันมีหลายอย่าง มันต้องกินให้ดี ออกกำลังกายก็นอกจากออกไปรำไม้พลองแล้ว ก็กินอาหารมีประโยชน์กินข้าว น้ำพริก ผัก ของพวกนี้ขาดไม่ได้เลย โดยเฉพาะพวกน้ำพริก น้ำพริกปลาทุ น้ำพริกบ้านเรานี้แหละ ถ้าไปดูฉันทกินข้าวจะเห็นในกะละมังมีผักเยอะมาก ขยายไม่กินผักต้ม กินแต่ผักสดนะ กินมะเขือ ผักกระถิน ผักชะอม พวกนี้” (หญิง อายุ 70 รำไม้พลอง)

2. การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ในมุมมองของชาวบ้านการแพทย์ทางเลือกหมายถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งหมายถึงทั้งการดูแลทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องการการดูแลควบคู่กัน ร่างกายคือการกิน การอยู่ การออกกำลังกาย จิตใจคือการทำจิตใจผ่องใส ไม่เครียด ทางจิตวิญญาณคือการคิดดี แบ่งปันคนอื่น ทุกระบบต้องสมดุลกัน จึงจะทำให้มีสุขภาพดี องค์รวมอีกประการคือ การจัดระบบความสัมพันธ์ ทั้งต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งต้องมีระบบความสัมพันธ์ที่ดี สมดุลกัน

“การแพทย์ทางเลือกคือระบบการแพทย์ที่มีหลายระบบ ซึ่งมีรากฐานวิธีคิดที่มีเหตุผลแตกต่างกันไป ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ คือการมองโลกแบบองค์รวมมากกว่าการแพทย์แบบตะวันตก ตะวันตกค่อนข้างมองความเจ็บป่วยเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วน ที่ที่เคยเห็นการแพทย์ทางเลือกแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ การใช้การบำบัดแบบวิถีธรรมชาติ การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนไทย (หญิง อายุ 46 ปี สุขภาพวิถีธรรมชาติ)

3. การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการ“ตัดสินใจเลือก”ของประชาชนในการดูแลสุขภาพ

ความหมายนี้มีความสำคัญ โดยมุมมองประชาชนให้ความหมายว่า การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การตัดสินใจเลือกดูแลตนเองของประชาชน การมีอำนาจ มีอิสระในการเลือกดูแลตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นหลักการของ

การดำเนินชีวิตของมนุษย์ และโยงไปถึงว่าเป็นหลักการของสามัญชน ที่มีแต่ความเรียบง่าย เข้าถึงง่ายเป็นเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ป่วย โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมแต่ละคนแต่ละวัย

“หลักของการแพทย์ทางเลือกมันอาจจะอยู่ที่ความเรียบง่ายและเข้าถึงได้ง่าย มันเป็นเรื่องของการดูแลตัวเองไม่ให้ป่วย โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละวัยซึ่งมันก็มีหลายวิธี” (ชาย อายุ 61 ปี.4)

4. การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการดูแลสุขภาพที่เน้นหลักธรรมชาติ

การดูแลสุขภาพที่เน้นหลักการธรรมชาติ เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีชีวิต โดยชี้ไปที่การกิน อยู่แบบธรรมชาติ การรู้จักธรรมชาติของตัวเอง และสิ่งรอบตัว การไม่เบียดเบียนคนอื่นและธรรมชาติ การแพทย์ทางเลือก ใช้แนวทางที่มองมนุษย์เป็นไปตามธรรมชาติ รักษาด้วยวิถีธรรมชาติ มีวิธีการที่เหมาะสมกับธรรมชาติของมนุษย์มากกว่าสารเคมี หรือยาปฏิชีวนะ สุขภาพในความหมายของการแพทย์ทางเลือกจึง หมายถึงการดูแลตัวเอง การไม่ทำร้ายร่างกายตัวเอง กินอยู่อย่างธรรมชาติ อาจรวมไปถึงการให้ความหมายประสิทธิผลของการรักษาของการแพทย์ทางเลือก ว่าด้วยคนมีธรรมชาติต่างกัน หรืออีกความหมายหนึ่ง คือมี “ธาตุ” ต่างกัน ประสิทธิผลของการรักษาอาจแตกต่างกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“แนวคิดหลักของเขายู่ที่การเข้าถึงธรรมชาติ การอยู่กับธรรมชาติ ไม่ฝืน เข้าใจมัน เป็น การประพุดิตนสอดคล้องกับธรรมชาติ พลังธรรมชาติ เป็นการแพทย์เชิงป้องกันและบำบัดรักษาไปในตัวและเขาไม่ได้มีแค่การบำบัดรักษาอย่างเดียว เขายังสอนความดี สอนให้รักผู้อื่นมากกว่าตนเอง ให้คิดถึงคนอื่นก่อนตนเอง ถ่อมตน เสียสละ อย่าทำตัวเย่อหยิ่ง พร้อมให้อภัยคือถ้าเราทำอย่างที่ทำ สอนเราก็ไม่เครียดไม่วิตกกังวล ไม่เกิดโรคร้าย” (หญิง อายุ 62 ปี.เต๋ต่อซิง)

5. การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการแพทย์ที่นอกเหนือการแพทย์ตะวันตก

ความหมายการแพทย์ทางเลือกคือการแพทย์ที่นอกเหนือการแพทย์ตะวันตก พบน้อยในวิถีคิดชาวบ้าน แต่ก็มีการกล่าวถึงอยู่บ้าง โดยให้ความหมายว่าเป็นความรู้ดั้งเดิม เก่าแก่ มีมาก่อนการแพทย์แบบตะวันตก

“การแพทย์ทางเลือกคือ การแพทย์ที่นอกเหนือจากการแพทย์แบบตะวันตก ถือเป็นความรู้ที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิม เป็นองค์ความรู้เก่าแก่ แล้วปัจจุบันก็เอาทฤษฎีไปจับไปปรับใหม่ ซึ่งบางตัวอาจได้รับการยกฐานะขึ้นเป็นศาสตร์แล้ว ...” (ชาย อายุ 25, พลังจักรวาล)

6. การแพทย์ทางเลือกคือการแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์หลัก มีความด้อยด้านศักดิ์ศรีกว่า

ความหมายว่าด้วยเรื่องการแพทย์ทางเลือกเป็นการแพทย์รอง ด้อยกว่าการแพทย์หลัก พบน้อยในการศึกษาเชิงลึกครั้งนี้ โดยเน้นการมองเรื่องฐานะศักดิ์ศรีการถูกยอมรับที่ไม่เท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการให้ฐานะที่เป็นรองกว่า เนื่องอำนาจของวิชาชีพแพทย์กระแสหลัก

7. การแพทย์ทางเลือกคือการป้องกันและดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย

ความหมายของการแพทย์ทางเลือกอีกประการในมุมมองชาวบ้าน คือ การป้องกันสุขภาพเป็นการมองปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ คือป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ใช่การรักษาความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพที่ปลายเหตุ เช่นการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...แพทย์ทางเลือกจริงๆมันใช้เป็นการป้องกันก่อนมันจะเกิดโรค เพราะถ้าเกิดขึ้นมาแล้ว แพทย์ทางเลือกคงไม่สามารถ 100 % เต็ม มันเข้าไปเสริมเท่านั้นเอง เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้วเนี่ยะ เสริมแรงเท่านั้นเอง การป้องกันทำหน้าที่ได้ดีกว่า เหมือนกับคนเราสร้างรั้วให้ดินแข็งแรง ไม่สามารถมีอะไรที่จะบุกเข้าไปได้ แต่ว่าเมื่อรั้วคุณพัง บ้านคุณพัง กว่าที่จะซ่อมกลับไปเหมือนเดิม มันไม่ใช่การใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง คุณจะต้องขุดดิน หรือทำอย่างอื่นเสริมเข้าไปด้วย เพราะฉะนั้น มันจะต้องใช้หลายๆอย่างเข้าไปช่วย”

8. การแพทย์ทางเลือกเป็นภูมิปัญญาทางสังคมวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับ

สังคม

มุมมองของประชาชนให้ความหมายการแพทย์ทางเลือกในมิติของการเป็นภูมิปัญญา ที่มีการสะสมถ่ายทอดมาช้านานผ่านกระบวนการเรียนรู้ลองผิดลองถูก พิสูจน์จนกลายเป็นความจริงที่มีการถ่ายทอดจนถึงปัจจุบัน ภูมิปัญญานี้มีความสำคัญเพราะมีความสอดคล้องกับสภาพทางสังคมวัฒนธรรม และมีความยืดหยุ่น มีระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษา และผู้ป่วยที่ใกล้ชิด เอื้ออาทร และมีความร่วมมือกันระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย

“แพทย์ทางเลือกเป็นภูมิปัญญาของพื้นที่นั้น ๆ มันเป็นภูมิปัญญาที่มีอยู่นานแล้ว เกิดก่อนเรา แล้วเอาภูมิปัญญามาใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ สิ่งแวดล้อมนั้น ๆ แต่แพทย์แผนปัจจุบันไปทั่วโลกเหมาคุณเป็นอันนี้ก็ใช้อันนี้ เป็นหัตถ์ก็พารา อะม็อกซี่ คนที่ยุโรปก็ยานั่นคนที่นี้ก็ยานั้น นั่นคือคำตอบใช้ได้หมดที่นี้ใครแพ้ไม่แพ้ค่อยว่ากันอีกที แต่ตอนนี้เขามีให้เลือกแพทย์ทางเลือกมันไม่ตายตัว แต่แพทย์แผนปัจจุบันตายตัว เขามีตำราควบคุมหมดเขาศึกษาแล้วต้องอย่างนั้น ๆ”

กล่าวโดยสรุป ความหมายของประชาชนต่อการแพทย์ทางเลือก มีความแตกต่างจากแนวคิดที่เป็นทางการที่ว่าการจัดกลุ่มเทคนิค วิธีการ ศาสตร์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนตะวันตกเท่านั้น หรือไปไกลจนถึงว่าเป็นระบบการแพทย์ที่ไม่ใช่กระแสหลัก แต่ชาวบ้านให้ความหมายที่หลากหลาย ทั้งการมองกระบวนการวิธีการรักษาที่ใช้การรักษาแบบผสมผสาน บูรณาการ เป็นดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง กาย ใจ จิตวิญญาณ หรือการจัดระบบความสัมพันธ์ที่สมดุล ทั้งตัวเอง สิ่งแวดล้อมและสังคม ไปจนกระทั่งถึงการมองเรื่องอำนาจการตัดสินใจ ในการเลือก การมีทางเลือกของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

4.5 พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือก	รู้จัก หรือเคยได้ยิน (ร้อยละที่ตอบว่าใช่)	เคยใช้ (ร้อยละที่ตอบว่าใช่)	คุณใช้ด้วยตนเอง ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละที่ตอบว่า ใช่)
1. การใช้สมุนไพร	80.2(881)	53.9(592)	37.5(415)
2. การนวด	73.4(807)	43.2(475)	32.5(357)
3. การออกกำลังกาย	85.4(939)	65.6(721)	51.7(568)
4. การปรับวิธีการดำเนินชีวิต	50.3(552)	30.0(330)	23.0(253)
5. การบำบัดด้วยวิตามิน	41.0(451)	16.0(176)	12.2(134)
6. การบำบัดด้วยน้ำผักผลไม้	56.1(617)	27.2(299)	20.7(228)
7. การควบคุมอาหาร	69.6(765)	38.6(424)	28.8(316)
8. การฝังเข็ม	54.0(593)	5.0(55)	4.5(50)
9. การกดจุด	49.1(540)	7.0(77)	4.8(53)
10. จั๊ปปี้ (เมะ)	44.1(485)	10.1(111)	6.3(69)
11. ไทเก็ก	44.5(489)	3.5(39)	3.0(33)
12. ชี่กง	33.1(365)	3.6(40)	3.0(33)
13. โยคะ	61.7(678)	18.9(208)	12.7(140)
14. ฝึกลมหายใจแบบจักระ	29.6(325)	9.0(99)	6.4(70)
15. การอดอาหารเพื่อล้างพิษ	32.1(353)	7.6(84)	5.3(58)
16. พลังจักรวาล พลังกายทิพย์	17.5(192)	3.8(42)	2.4(26)
17. โยเร	17.9(197)	3.5(39)	2.7(30)
18. บำบัดโดยใช้กระแสแม่เหล็กไฟฟ้า ชีวภาพในร่างกาย (เช่น biospectrum)	20.7(228)	3.2(35)	1.5(17)

การแพทย์ทางเลือก	รู้จัก หรือเคยได้ยิน (ร้อยละที่ตอบว่าใช่)	เคยใช้ (ร้อยละที่ตอบว่าใช่)	คุณใช้ด้วยตนเองภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละที่ตอบว่าใช่)
19. การดัดกระดูกสันหลัง	23.0(253)	4.9(54)	3.8(42)
20. การออกกำลังกายในน้ำ	47.0(51.7)	10.6(117)	7.1(78)
21. การบำบัดด้วยความร้อนเย็น	34.5(579)	7.0(77)	4.8(53)
22. วารีบำบัด การนวดด้วยน้ำ	32.7(359)	4.4(48)	3.1(54)
23. แมคโครไบโอติก	18.5(203)	3.5(39)	2.7(30)
24. มังสวิรัต และกินเจ	58.8(646)	26.8(29.4)	18.4(202)
25. การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง ออแกนิก	61.1(671)	31.1(342)	23.8(262)
26. การสวนล้างลำไส้	42.1(463)	5.0(55)	3.5(39)
27. การล้างพิษ	47.6(523)	6.2(68)	4.5(49)
28. การอดอาหารเพื่อสุขภาพ	42.3(465)	11.7(129)	8.4(92)
29. สมุนไพร	66.1(726)	28.8(316)	22(242)
30. การสะกดจิต	39.8(437)	3.3(36)	3.2(35)
31. จินตภาพบำบัด	36.7(403)	3.6(40)	2.8(31)
32. เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด	45.5(500)	17.9(197)	13.7(151)
33. การใช้น้ำหอม	42.1(463)	15.7(173)	11.7(129)
34. การใช้ไอโซน	29.7(326)	5.2(342)	4.7(52)
35. การใช้ศิลปะ/ ดนตรี/ เต้นรำเพื่อการ บำบัดและสุขภาพ	49.0(538)	18.8(207)	14.7(155)
36. การบำบัดด้วยยีสสาวะ	15.5(170)	3.4(37)	2.8(31)
37. การบำบัดด้วยพิษผึ้ง	19.8(218)	3.5(38)	2.7(30)
38. การบำบัดด้วยน้ำทะเล พอกโคลน	21.5(236)	3.0(33)	2.4(26)

จากตาราง 3 แสดงจำนวนและอัตราส่วนร้อยละ ของตัวอย่างที่รู้จักการแพทย์ทางเลือก และใช้การแพทย์ทางเลือกรูปแบบต่างๆ โดยพบว่า การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร เป็นรูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนรู้จักในอัตราที่สูง เป็นอันดับหนึ่ง และสอง คือร้อยละ 80 ขึ้นไป รองลงมา คือ การควบคุมอาหาร การนั่งสมาธิ โยคะ การนวด การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง ออแกนิก เป็นการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนรู้จักในลำดับที่รองลงคือ กว่าร้อยละ 60 ที่ระบุว่ารู้จัก ร้อยละ รู้จัก มังสวิรัต และอาหารเจ รองลงมาคือ การบำบัดด้วยน้ำผักผลไม้ การฝังเข็ม การปรับวิถีการดำรงชีวิต การใช้ศิลปะ ดนตรี เต้นรำ เพื่อ

การบำบัดสุขภาพ คือกว่าร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง กว่าร้อยละ 40 ระบุว่ารู้จัก การกดจุด การนวด การออกกำลังกายในน้ำ โยคะ การสวนลำไส้ การล้างพิษ การอดอาหารเพื่อสุขภาพ การสะกดจิต ที่รู้จักน้อยที่สุด คือ การบำบัดด้วยปัสสาวะ โดยพบว่า ร้อยละ 15.5 ระบุว่ารู้จัก

ในด้านพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าประชาชนเคยใช้วิธีการออกกำลังกายสูงสุดคือร้อยละ 65.6 การใช้สมุนไพร ร้อยละ 53.9 การนวด ร้อยละ 43.2 การควบคุมอาหาร ร้อยละ 38.6 การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ ร้อยละ 31.1 การปรับวิถีการดำเนินชีวิต ร้อยละ 30.0 การกินมังสวิรัต การบำบัดด้วยผลไม้ ร้อยละ 27.2 การใช้ศิลปะ/ดนตรี/เต้นรำเพื่อการบำบัดและสุขภาพ ร้อยละ 18.8 ใกล้เคียงกับ โยคะ และการอดอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่าประชาชนจากการศึกษาคั้งนี้ระบุว่าเคยใช้ร้อยละ 11.7

สำหรับพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 52 ใช้การออกกำลังกาย รองลงมาร้อยละ 38.6 ใช้สมุนไพร ใช้การนวดร้อยละ 32.5 ร้อยละ 28.8 ใช้การควบคุมอาหาร ร้อยละ 23 ได้มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต ร้อยละ 22 ใช้สมาธิในการดูแลสุขภาพในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา

4.6 แบบแผนพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากการสำรวจ พบว่าพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกทุกครั้ง ในการใช้เพื่อป้องกันโรค พบในสัดส่วนที่สูงที่สุด คือร้อยละ 9.5 รองลงมาเป็นการใช้เพื่อการรักษาโรค การใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพ พบร้อยละ 9.3 และร้อยละ 9.1 ตามลำดับ ในส่วนที่ระบุว่าใช้เป็นส่วนใหญ่ พบอีกว่าใช้เพื่อป้องกันโรค สูงที่สุดเช่นกันคือ ร้อยละ 34.9 รองลงมาเป็นการใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพและการรักษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับการใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นบางครั้ง พบว่า พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันพบสูงที่สุดคือร้อยละ 47.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะแบบแผนการใช้การแพทย์ทางเลือก	ทุกครั้ง %(N)	เป็นส่วนใหญ่ %(N)	บางครั้ง %(N)	ไม่เคย %(N)
1. ใช้ร่วมกับการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษา	7.8(73)	28.1 (262)	47.8(446)	16.3 (152)
2. ใช้เมื่อมีอาการไม่รุนแรง	5.8(53)	31.7(294)	42.0(389)	20.5(190)
3. ใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพ	9.1(85)	32.2 (299)	40.0(372)	18.6(173)
4. ใช้เพื่อป้องกันโรค	9.5(88)	34.9 (324)	35.9(333)	19.7(183)
5. ใช้เพื่อการรักษาโรค/ความเจ็บป่วย	9.3(86)	32.0(296)	41.2(381)	17.5(162)
6. ใช้ภายหลังเมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล	4.6(43)	24.3(225)	43.5(403)	27.6(256)

จากตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับความถี่พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า การใช้เพื่อการป้องกันพบคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 2.34 รองลงมา คือ การใช้เพื่อการรักษาโรคความเจ็บป่วย คือ 2.33 รองลงมาคือ การใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูร่างกาย พบค่าเฉลี่ย 2.31 ที่พบน้อยที่สุดคือ การใช้ภายหลังเมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน คือมีค่าเฉลี่ย เพียง 2.05

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1.ใช้ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน	933	1.00	4.00	2.2744	.82592
2.ใช้เมื่อมีอาการไม่รุนแรง	926	1.00	4.00	2.2268	.83723
3.ใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพ	929	1.00	4.00	2.3186	.87941
4.ใช้เพื่อป้องกันโรค	928	1.00	4.00	2.3416	.89991
5.ใช้เพื่อการรักษาโรค/ความเจ็บป่วย	925	1.00	4.00	2.3308	.87087
6.ใช้ภายหลังเมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผล	927	1.00	4.00	2.0593	.83765
Valid N (listwise)	904				

4.9 เหตุผล ที่เลือกใช้และไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์การใช้การแพทย์ทางเลือก(ฉบับเต็ม)

สำหรับเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าเป็นเหตุผลที่ให้ความสำคัญมากที่สุด คือเพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง โดยระบุร้อยละ 14.8 รองลงมาร้อยละ 12.4 คือเพื่อปรับความสมดุลในร่างกายร้อยละ 11.1 เป็นการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 6.2 เป็นการระบุเหตุผลในลำดับที่ให้ความสำคัญมากที่สุดในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย

สำหรับการให้ลำดับความสำคัญมากในการตัดสินใจเลือกการแพทย์ทางเลือก คือเหตุผลที่เกี่ยวกับการที่การแพทย์ทางเลือกสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง โดยพบร้อยละ 37.4 รองลงมาคือเหตุผล เพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง และเพื่อปรับความสมดุลในร่างกาย โดยพบร้อยละ 33.6 และ 31.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเหตุผลของการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า เหตุผลที่นำด้วยเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพและบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พบ 3.48 รองลงมาใกล้เคียงกันมากคือ การนำไปใช้ได้เอง คือ 3.42 รองมาอีก คือการปรับสมดุลของร่างกาย คือ 3.35 และประหยัดเป็นเหตุผลที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา

ตารางที่ 6 ระดับเหตุผลของการตัดสินใจใช้การแพทย์ทางเลือก

เหตุผลของการตัดสินใจใช้การแพทย์ทางเลือก	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. การแพทย์ทางเลือกถูก และ ประหยัด	931	1.00	5.00	3.3018	.87510
2. หาซื้อง่าย สะดวก	929	1.00	5.00	3.2282	.86952
3. นำไปปฏิบัติได้เอง	927	1.00	5.00	3.4229	.93656
4. มีผู้แนะนำให้ใช้	930	1.00	5.00	3.1376	.92355
5. เห็นผลของการรักษา	921	1.00	5.00	3.1520	.86898
6. การแพทย์แผนปัจจุบันใช้แล้วไม่ได้ผล	917	1.00	5.00	2.6827	.95228
7. เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อใช้คู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	918	1.00	5.00	3.2429	.93451
8. ไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน	923	1.00	5.00	2.7161	.97453
9. เพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง	925	1.00	5.00	3.4832	.95175
10. เพื่อปรับความสมดุลในร่างกาย	926	1.00	5.00	3.3575	.98896
11. พึงพอใจในปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย	922	1.00	5.00	3.1562	.89121
12. ไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์แผนปัจจุบัน	925	1.00	5.00	2.6584	1.02883
Valid N (listwise)	885				

ตารางที่ 7 เหตุผลของการตัดสินใจไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก

เหตุผลของการตัดสินใจไม่ใช้ การแพทย์ทางเลือก	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. ไม่แน่ใจผลการรักษา	958	1.00	5.00	3.1232	.91628
2. ไม่แน่ใจเรื่องความสะดวก	960	1.00	5.00	3.0677	.91711
3. ไม่เชื่อถือ เพราะไม่สามารถ พิสูจน์ได้ด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์	958	1.00	5.00	2.9322	.96034
4. ขาดการรับรองจากภาครัฐ	959	1.00	5.00	3.0229	.99029
5. กลัวอันตราย หรือผลข้างเคียง	959	1.00	5.00	3.1783	1.01683
6. เข้าถึงยาก และ ไม่สะดวก	957	1.00	5.00	3.0679	.95319
7. ไม่มีความรู้เพียงพอ	955	1.00	5.00	3.2429	1.00712
8. แพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาไม่ อนุญาต	955	1.00	5.00	2.8147	1.04721
Valid N (listwise)	933				

จากตาราง 7 เหตุผลการไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า เหตุผลที่ให้ค่าคะแนนมากที่สุด ยังคงเป็นเรื่องการไม่มีความรู้เพียงพอ โดยพบค่าเฉลี่ย 3.24 รองลงมา คะแนนค่าเฉลี่ย 3.17 เป็นเหตุผลของการกลัวอันตรายหรือผลข้างเคียง โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับเหตุผลที่ว่า ไม่แน่ใจผลการรักษา รองลงมาอีกคือการเข้าถึงยาก ไม่สะดวก การขาดการรับรองจากรัฐ การไม่สามารถพิสูจน์โดยวิทยาศาสตร์ และ สุดท้ายคือแพทย์แผนปัจจุบันไม่อนุญาต

4.10 ความพึงพอใจการแพทย์ทางเลือกของประชาชน

จากข้อมูลการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนความพึงพอใจในลำดับที่มากที่สุด คือด้านความปลอดภัย พบร้อยละ 9.8 รองมาเป็นเรื่องประสิทธิผล และการมีทางเลือกในการรักษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนระดับความพึงพอใจว่า มาก พบว่า เป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสูงที่สุด คือพบร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ ประสิทธิผล และการมีทางเลือก

ในตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนของความพึงพอใจต่อการแพทย์ทางเลือก เห็นได้ชัดว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจด้านประสิทธิผลของการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด คือพบค่าเฉลี่ย 3.34 รองลงมา ความพึงพอใจเรื่องความปลอดภัย ความสะดวก และการมีทางเลือกในการรักษา

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจในการใช้บริการทางแพทย์ทางเลือก-Descriptive Statistics

ความพึงพอใจในการ ใช้บริการทางแพทย์ ทางเลือก	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ประสิทธิผล	940	1.00	5.00	3.3447	.82578
ความสะดวก	936	1.00	5.00	3.2511	.87874
ราคา	934	1.00	5.00	3.0857	.85569
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รักษากับผู้ป่วย	931	1.00	5.00	3.1450	.87831
การได้รับข้อมูล	932	1.00	5.00	3.0730	.87882
มีทางเลือกในการรักษา	927	1.00	5.00	3.2481	.91480
ความปลอดภัย	920	1.00	5.00	3.2957	.93626
Valid N (listwise)	899				

ข้อดีของการแพทย์ทางเลือกได้อธิบายครอบคลุมประเด็นค่อนข้างกว้างขวาง กล่าวคือ ครอบคลุมทั้งตัว
เอง และสังคม ประการแรกสามารถสร้างความเข้าใจในเรื่องความเข้าใจการแพทย์ทางเลือกในสายตาของ
ภาคประชาชนตามที่อธิบายในความหมายของการแพทย์ทางเลือก สองเป็นข้อดีทั่วไปคือ การมีสุขภาพดี
ขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ประหยัด ปลอดภัยไม่มีผลข้างเคียง การมีทางเลือกเพิ่ม
มากขึ้นไม่ต้องพึ่งพาแต่การแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว มีอำนาจในการจัดการปัญหาสุขภาพของ
ตนเองมากขึ้น ใช้ได้ผลแต่ต้องใช้เวลาาน สาม การแพทย์ทางเลือกดีต่อสังคม สิ่งแวดล้อม เนื่องจาก
ศาสตร์ทางเลือกมุ่งในเรื่องความสันติสุข การปฏิบัติตนเอง การมีคุณธรรม การให้ การเอื้อทั้งตนเอง
สิ่งแวดล้อม และสังคมมากกว่าที่จะมุ่งคิดถึงแต่ตนเอง ลดการเห็นแก่ตัว เป็นผู้ให้มากขึ้น เพราะศาสตร์
ทางเลือกเหล่านี้สอนให้มีการปฏิบัติตัวที่ดีด้วยนอกจากแต่เพียงดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นผลดีที่
เกิดขึ้นจึงมากกว่าแค่การมีสุขภาพตนเองดีเท่านั้น แต่ยังทำให้คนอื่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัวสังคมดีขึ้น
ด้วย จะเห็นพลังของการแพทย์ทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนได้ทั้งใน
มิติทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและมิติพฤติกรรมจริยธรรม ซึ่งประเด็นนี้เห็นได้ชัดว่าการแพทย์แผน
ปัจจุบัน”

“เรื่องผลดีผมก็รู้สึกได้ว่าร่างกายแข็งแรงมากขึ้น มีภูมิด้านทานไม่เจ็บป่วยง่าย หรือถ้าเจ็บก็หายเร็วขึ้น ใจ
สงบ มีสมาธิ ส่วนเรื่องข้อเสียบางทีมันก็ใช้ไม่ได้ผลสำหรับบางคน คือถ้าจะหวังให้หายปุบปับคงไม่ได้
ต้องค่อยๆ ทำไป แล้วมันจะค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับเอง”

“พื้มองในแง่ความสะดวกด้วย อย่างพื้ เวลาเดินทางไปต่างจังหวัด ก็กินพวกเจสำเร็จรูปนิดหน่อย ราคา มันแพงกว่า คุณค่าก็ดีกว่า อย่างโปรตีนเกษตรก็ดีกว่าเนื้อ โปรตีนเกษตร 1 ถูง แชนน้ำได้เนื้อออกมาซึ่งมัน ประหยัดกว่ากินเนื้อเสียอีก แถมเน่าเสียยากกว่าเนื้อจริงๆ อีกด้วย”

“ผมคิดว่าการแพทย์ทางเลือกทำให้เราเห็นว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว และมันเป็นเรื่องเล็ก เพราะเราสามารถดูแล ควบคุมป้องกันมันได้”

4.11 ตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคมที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกโดยใช้ Logistic regression พบว่าจากตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ปัญหาสุขภาพอันได้แก่การมีประวัติการนอนโรงพยาบาลในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมาและการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมสุขภาพ พบว่า เพศ ปัญหาสุขภาพ และการเป็นสมาชิกกลุ่มชมรม มีอิทธิพลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก คือเมื่อพิจารณาจากค่า B บ่งบอกถึงน้ำหนักของตัวแปรในสมการ ทั้งหมด ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมากที่สุดนี้ในสมการนี้ คือ การเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสุขภาพ (B=.850) โดยพบว่าผู้ที่ เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือก มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกฯ ประมาณ 2.340 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .01 ตัวแปรทำนายลำดับต่อมาคือ ผู้มี ปัญหาสุขภาพมากมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้มีปัญหาสุขภาพน้อยประมาณ 2.1 เท่าที่ ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05 และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกตัว สุดท้ายคือ เพศ (B=.413) กล่าวคือ เพศหญิงมีแนวโน้มใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าชายประมาณ 1.511 เท่าที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05

ตารางที่ 9 Logistic Regression Model ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ด้วยตัวแปรลักษณะทาง ประชากรและสังคม

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
เพศ	.413	.178	5.386	1	.020	1.511
อายุ	-.076	.163	.215	1	.643	.927
ระดับการศึกษา	.163	.146	1.238	1	.266	1.176
อาชีพ	-.063	.106	.357	1	.550	.939
รายได้	.169	.221	.587	1	.444	1.185
สถานะภาพสมรส	.084	.211	.158	1	.691	1.088
สถานะสุขภาพ	.752	.368	4.186	1	.041	2.121

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
การเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมสุขภาพ	.850	.264	10.396	1	.001	2.340
Constant	-.455	.723	.396	1	.529	.635
-2 log likelihood	849.452					
Model ÷ 2, d.f.=1	.041					

ตารางที่ 10 Logistic Regression Model ทำนายการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยตัวแปรความพึงพอใจต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก

ตัวแปรความพึงพอใจ						
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ประสิทธิผล	.314	.151	4.330	1	.037	1.369
ความสะดวก	-.023	.142	.026	1	.872	.977
ราคา	-.050	.124	.162	1	.688	.951
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน	-.063	.142	.197	1	.657	.939
การได้รับข้อมูล	-.102	.147	.487	1	.485	.903
การมีทางเลือกในการรักษา	.043	.136	.102	1	.749	1.044
ปลอดภัย	.271	.129	4.412	1	.036	1.311
Constant	-.168	.356	.224	1	.636	.845
-2 log likelihood	972.625					
Model ÷ ² , d.f.=1	.035					

จากตาราง10 พบว่าตัวแปรความพึงพอใจในด้านประสิทธิผลมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด รองลงมาคือความพึงพอใจในด้านความปลอดภัย กล่าวคือ ผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านประสิทธิผลมากกว่าจะมีแนวโน้มในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านประสิทธิผลต่ำกว่าประมาณ 1.369 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านความปลอดภัยมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำกว่าประมาณ 1.311 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 Logistic Regression Model ทำนายการใช้การแพทย์ทางเลือกโดยตัวแปรเชิงเหตุผล

ตัวแปรเชิงเหตุผล

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ถูก และ ประหยัด	.128	.144	.792	1	.373	1.136
หาซื้อง่าย หรือสะดวกในการไปรับบริการ	-.235	.151	2.422	1	.120	.790
สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง	.630	.140	20.377	1	.001	1.877
มีผู้แนะนำให้ใช้	.155	.132	1.379	1	.240	1.168
เห็นผลของการรักษา	-.025	.149	.027	1	.869	.976
การแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ผล	-.128	.124	1.069	1	.301	.880
เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา	-.335	.143	5.476	1	.019	.715
ไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน	-.307	.132	5.384	1	.020	.736
เพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพ	.309	.154	4.024	1	.045	1.362
เพื่อปรับความสมดุลในร่างกาย	.289	.147	3.852	1	.050	1.335
พึงพอใจปฏิสัมพันธ์ ของผู้รักษากับผู้ป่วย	-.218	.149	2.137	1	.144	.804
ไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์แผนปัจจุบัน	-.020	.116	.030	1	.863	.980
Constant	.080	.390	.042	1	.838	1.083
-2 log likelihood	884.250					
Model $\div^2$, d.f.=1	.128					

จากตาราง 11 พบว่าตัวแปรในด้านเหตุผลการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกที่สามารถทำนายการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกได้มากที่สุดได้แก่ ความสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง ($B=0.63$) โดยผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะความสามารถนำไปปฏิบัติได้เองมากกว่าจะมีแนวโน้มว่าจะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพราะความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้เองน้อยกว่าประมาณ 1.877 เท่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ตัวแปรต่อมาได้แก่ ตัวแปรเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ($B=-0.335$) กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ต่อมาได้แก่ตัวแปรไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ($B=-0.307$) กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพราะไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ตัวแปรต่อมาได้แก่ ใช้เพื่อเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพ ($B=0.309$) กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะเพื่อเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้บริการเพื่อสร้างเสริมและบำรุงสุขภาพน้อยกว่าประมาณ 1.362 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่

ระดับน้อยกว่า .05 ตัวแปรสุดท้ายเป็นตัวแปรที่น่าสนใจถึงแม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05 แต่ก็เกือบมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ที่มีแนวโน้มเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกเพราะเพื่อปรับสมดุลในร่างกายมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเลือกใช้เพราะเพื่อปรับสมดุลในร่างกายน้อยกว่าประมาณ 1.335 เท่า

5. สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษานี้ พบว่า สุขภาพในความหมายของชาวบ้านมีความหมายในหลายมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพบความหมายของประชาชนได้แก่ 1) สุขภาพคือความไม่เจ็บป่วย 2) สุขภาพ คือ ความแข็งแรงของกายและใจ 3) สุขภาพ คือ ความสุข คือ สุขภาวะในองค์รวม 4) สุขภาพ คือ ความแข็งแรง การมีภูมิคุ้มกันที่ดี 5) สุขภาพมาจากความสมดุลภายในร่างกาย 6) สุขภาพคือการดูแลตนเอง

ข้อมูลจากคำอธิบายของชาวบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ นี้สะท้อนได้อย่างดี ว่าประชาชนให้ความหมายสุขภาพ ในมิติที่ลึกซึ้ง ทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ชาวบ้านไม่ได้มองสุขภาพโดยปลอดจากความไม่เจ็บป่วยเพียงประการเดียว แต่ยังรวมความเรื่อง ความสมดุล และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย รวมทั้งความสำคัญกับดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย และขึ้นอยู่กับพฤติกรรม และมองทั้งคน(Whole person) ทั้งปัจจัยที่อาจเชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆภายในร่างกายเอง ทั้งด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสรรพสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้น ประชาชนให้ความหมายสุขภาพในมิติของการดูแลสุขภาพ การมีความรับผิดชอบ ความรู้ เพราะสุขภาพ คือเป้าหมายของชีวิต เป็นวิถีชีวิต มิใช่เป็นเรื่องที่คนอื่นมามอบให้ นอกจากนั้นยัง มองสุขภาพในเชิงบวก เช่นความแข็งแรง การมีความสมดุล ระหว่าง กาย ใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความสุข สงบ อีกด้วย

2. การศึกษานี้พบว่า การแพทย์องค์รวมตามแนวคิดของประชาชนเน้นความสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างผสมกลมกลืนระหว่างชีวิต สังคม ธรรมชาติ และจิตวิญญาณ และไปไกลถึงว่าเป็นพลังแห่งการบำบัดตนเองตามธรรมชาติ และหัวใจของการเยียวยา และฟื้นฟู ผู้ป่วยคือผู้ที่รักษาตนเองได้อย่างแท้จริง ยาหรือสิ่งอื่นๆเป็นเพียงส่วนประกอบที่จะช่วยเหลือเท่านั้น โดยกระบวนการขั้นแรกสุดของการบำบัดรักษานั้น คนไข้ต้องเชื่อมั่นในพลังบำบัดตนเองตามธรรมชาติ “หมอ” หรือผู้รักษาเป็นเพียงผู้ให้การแนะนำ หรือให้กำลังใจ คนไข้จำเป็นต้องเข้าใจในเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้องเสียก่อน การรักษาจึงจะสัมฤทธิ์ผลการเน้นถึงบทบาทของบุคคลในการดูแลสุขภาพ และดำเนินวิถีชีวิตให้สอดคล้องและสมดุลเป็น จุดเด่นอีกประการหนึ่งของสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต และให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ และการสร้างความรับผิดชอบ หรือวินัยให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่สมดุล และสมบูรณ์

ข้อมูลนี้ ยืนยันให้เห็นว่า “สุขภาพ” ของชีวิตการแพทย์ที่เน้นการรักษา การขจัด จัดการกับปัญหา ตั้งอยู่บนปริมณฑลของสุขภาพเพียงส่วนเล็กๆ ส่วนเดียว คือ “โรค” ในขณะที่พื้นที่ที่เหลืออีกส่วนมาก เป็นพื้นที่ของความเจ็บป่วยที่นิยามไม่ได้ชัดเจน หรือโรคที่ไม่รู้สาเหตุ ตลอดจนพื้นที่ของการมีสุขภาพดีรวมอยู่ด้วย ระบบ

สุขภาพภาคประชาชนซึ่ง ให้ความหมายสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม ในฐานะที่เป็นระบบหรือมีลักษณะเป็น “องค์รวม” สุขภาพไม่ได้หมายความว่าแค่เพียงการกำจัดโรคให้สิ้นไปเท่านั้น สุขภาพถูกนิยามในความหมายของ สุขภาวะ (well-being) ที่อย่างน้อยจะต้องมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยเกี่ยวพันกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล ไม่เฉพาะวัดเพียงความบกพร่อง หรือค้นพบร่องรอยของโรคเท่านั้น แต่ยังมีมิติของการเสริมสร้าง ป้องกัน และการมีอำนาจในการ ความรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้วย

3. ความหมายของการแพทย์ทางเลือกในมุมมองของประชาชน พบความหมายของการแพทย์ทางเลือก ในหลายมิติ จากมุมมองของชาวบ้าน ได้แก่

- 1) การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและ บูรณาการ
- 2) การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการ”ตัดสินใจเลือก”ของประชาชนในการดูแลสุขภาพ
- 3) การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการดูแลสุขภาพที่เน้นหลักธรรมชาติ
- 4) การแพทย์ทางเลือกหมายถึงการแพทย์ที่นอกเหนือการแพทย์ตะวันตก
- 5) การแพทย์ทางเลือกคือการแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์หลัก มีความด้อยด้านศักดิ์ศรีกว่า
- 6) การแพทย์ทางเลือกคือการป้องกันและดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย
- 7) การแพทย์ทางเลือกเป็นภูมิปัญญาทางสังคมวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายสอดคล้องกับสังคม

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ความเข้าใจของภาคประชาชนต่อการแพทย์ทางเลือกนั้นพบว่า ประชาชนรวม การแพทย์แผนโบราณ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนตะวันออก อันได้แก่ การแพทย์จีน อายุรเวทว่า หมายถึงการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ มุ่งเน้นความเป็นธรรมชาติ เข้าใจและเข้าใจวิถีธรรมชาติ คำนึงถึงจิตใจและการดูแลตนเองเป็นสำคัญ และรวมถึงการมีอำนาจหรือมีสิทธิในการเลือกจัดการกับปัญหาสุขภาพ ไม่ใช่การบังคับ และไม่ตายตัวไม่เหมารวม มีความลื่นไหลมีความแตกต่างไปตามสถานที่เวลาหรือแต่ละบุคคล ทำให้มีการอธิบายที่แตกต่างกันมากทั้งเรื่องสาเหตุการเกิดโรค วิธีการรักษา คำแนะนำอะไรต่างๆ ของแต่ละศาสตร์ทางเลือก แต่อย่างไรก็ตามจุดมุ่งหมายรวมของศาสตร์ทางเลือกก็อยู่ที่การรักษาสุขภาพและสร้างภาวะที่สมดุลของกาย จิต เป็นสำคัญ ซึ่งแนวคิดการให้ความหมายการแพทย์ทางเลือกนี้ สอดคล้องกับการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีนัยที่กล่าวได้ว่าการแพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับระบบวัฒนธรรมสุขภาพอย่างแท้จริง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งประเด็นด้านความหมายของการแพทย์ทางเลือกที่น่าสนใจไว้อีกว่า คือการแพทย์ที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เลือก ไม่ใช่ให้ใครมาเลือก หรือมาบังคับให้ใช้ และนั่นทำให้เกิดความยั่งยืนของสุขภาพ เพราะเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องมีความรู้ มีความรับผิดชอบ รู้จักประเมิน ตรวจสอบกับอาการ หรือสิ่งต่างๆ รอบๆตัว การที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือก จะทำให้ประชาชนมองเห็นทางเลือก การแพทย์ทางเลือกจึงมีนัยของระบบการแพทย์ที่ประชาชนเห็นทางเลือกในการดูแลตนเองที่หลากหลาย มีลักษณะเป็นการแพทย์

แบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการ ใช้วิธีการผสมผสาน เน้นหลักการธรรมชาติ และเป็นการดูแลสุขภาพที่ต้นเหตุ คือการป้องกันสุขภาพ

ชาวบ้านบางกลุ่มเท่านั้นที่อธิบายความหมายการแพทย์ทางเลือกที่สะท้อนให้เห็นว่าได้รับอิทธิพลของวาทกรรมแนวคิดหลักของการแพทย์กระแสหลัก กล่าวคือการแพทย์ทางเลือกเป็นการแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์หลัก เป็นความรู้ที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิม เป็นองค์ความรู้เก่าแก่ มีฐานะเป็นรอง มีความด้อยกว่า

การแพทย์ทางเลือก ในความหมายของประชาชนดังกล่าว สะท้อน นอกจากเน้นการมองสุขภาพในระดับบุคคลแล้ว ยังมีหารวมถึงการมองสุขภาพในทางสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบวัฒนธรรม เพราะมุ่งให้คนคิดดี ทำดี ไม่เบียดเบียน และช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งจะทำให้คนมีสุขภาพจิต จิตวิญญาณที่ดี บริสุทธิ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพทางสังคมที่ดีตามมา กล่าวให้ชัด การแพทย์ทางเลือกในมุมมองของประชาชนยังมีหลักการสำคัญคือเน้นความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของมนุษย์และสังคมด้วย

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการรู้จักหรือเคยได้ยินวิธีการการแพทย์ทางเลือก พบว่า การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร เป็นรูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนรู้จักในอัตราที่สูง เป็นอันดับหนึ่ง และสอง คือร้อยละ 80 ขึ้นไป รองลงมา คือ การควบคุมอาหาร การนั่งสมาธิ โยคะ การนวด การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง ออแกนิก เป็นการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนรู้จักในลำดับที่รองลงคือ กว่าร้อยละ 60 ที่ระบุว่ารู้จัก ร้อยละ รู้จัก มังสวิรัติ และอาหารเจ รองลงมาคือ การบำบัดด้วยน้ำผักผลไม้ การฝังเข็ม การปรับวิถีการดำรงชีวิต การใช้ศิลปะ ดนตรี เต้นรำ เพื่อการบำบัดสุขภาพ ก็กว่าร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง กว่า ร้อยละ 40 ระบุว่ารู้จัก การกดจุด การเฆาะ การออกกำลังกายในน้ำ ไทเก็ก การสวนล้างลำไส้ การล้างพิษ การอดอาหารเพื่อสุขภาพ การสะกดจิต ที่รู้จักน้อยที่สุด คือ การบำบัดด้วยปัสสาวะ โดยพบว่า ร้อยละ 15 ระบุว่ารู้จัก

เมื่อนำเอาข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสาเหตุของการไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบได้อย่างชัดเจนว่า ตัวอย่างถึงร้อยละ 37.8 ว่าเป็นเพราะไม่มีความรู้ในเรื่องการแพทย์ทางเลือก โดยให้น่าหนักมากถึงมากที่สุด

ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความรู้ การรับรู้ และเหตุผลการไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกดังกล่าวมาข้างต้นนี้ สะท้อนให้เห็นว่า แหล่งความรู้ที่ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกยังคงเป็นสื่อสาธารณะที่จะได้รับอย่างกว้างๆ ส่วนใหญ่มีแนวโน้มว่ารู้จัก โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะได้รับสื่อประเภทเฉพาะเช่น นิตยสาร แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ และจากบุคลากรสาธารณสุข ส่วนสื่อบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนไม่มีความแตกต่างในระดับความรู้ แต่สื่อเหล่านี้ยังมีบทบาทน้อยกับการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก จึงส่งผลอย่างสำคัญที่ตัวอย่าง กว่า 1 ใน 3 ระบุว่าไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกเพราะไม่มีความรู้เพียงพอ ดังประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค ในด้านการแพทย์ทางเลือกที่สำคัญ คือการเพิ่มอำนาจด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก ว่าหมายถึงอะไร มีแนวคิดหลักการ และสิ่งที่พึงระวังอะไร โดยใช้สื่อ การตระหนักรู้ จึงเป็นเรื่องสำคัญ

5. พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าประชาชนเคยใช้วิธีการ ออกกำลังกายสูงสุดคือร้อยละ 65 การใช้สมุนไพร ร้อยละ 53 การนวด ร้อยละ 43 ควบคุมอาหาร ร้อยละ 38 การบริโภคผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ ร้อยละ 31 การปรับวิถีการดำเนินชีวิต ร้อยละ 30 การอดอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 28 การกิน

มังสวิรัต การบำบัดด้วยผลไม้ ร้อยละ 27 สำหรับพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 52 ใช้การออกกำลังกาย รองลงมาร้อยละ 38 ใช้สมุนไพร ใช้การนวดร้อยละ 33 ร้อยละ 29 ใช้การควบคุมอาหาร ร้อยละ 23 ได้มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต ร้อยละ 22 ใช้สมาธิในการดูแลสุขภาพในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยพบอีกว่า ร้อยละ 70 ใช้เงินไปเพื่อการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่า 1000 บาทในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมาด้วย

6. การเข้าสู่การใช้การแพทย์ทางเลือกครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอยู่ 3 กลุ่มคือ กลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหาความเจ็บป่วย แต่มุ่งใช้เพื่อการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยต้องการแสวงหาทางเลือกเพื่อบำบัดอาการความเจ็บป่วย และกลุ่มสุดท้ายเป็นกลุ่มที่เข้าสู่การแพทย์ทางเลือกเพราะการแนะนำ ส่งต่อมาจากบุคคลากรสาธารณสุข

ทั้งนี้จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ในด้านค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกจากมากที่สุดไปถึง น้อยที่สุด พบว่า การใช้เพื่อการป้องกันพบคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (2.34) รองลงมา คือ การใช้เพื่อการรักษาโรคความเจ็บป่วย (2.33) รองลงมาคือ การใช้เพื่อการบำรุงฟื้นฟูร่างกาย (2.31) ที่พบว่าการใช้ภายหลังเมื่อรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน คือมีค่าเฉลี่ย เพียง 2.05

ข้อมูลเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ประชาชนใช้การแพทย์ทางเลือก ทั้งสามด้านคือ ใช้เพื่อการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเห็นถึงความครอบคลุมของ บทบาทของการแพทย์ทางเลือกต่อมิติด้านการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจน

7. ในด้านพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า มี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้การแพทย์ทางเลือกเพียงอย่างเดียวนั้นพบได้กับคนใช้ศาสตร์พลังธรรมชาติบำบัดและแมคโครไบโอติก การออกกำลังกาย เช่น รำมวยจีน ฤๅษีดัดตน อาหารสุขภาพ เนื่องจากศาสตร์เหล่านี้มีวิถีปฏิบัติ คือ ไม่เพียงแต่รักษาโรคเท่านั้นแต่ยังครอบคลุมวิถีชีวิตในมิติอื่นๆอยู่ด้วยทั้งการใช้ชีวิตอย่างธรรมชาติ การกินการนอน ลดการพึ่งพิงเทคโนโลยี การใช้ยาหรือการรักษาแบบปัจจุบัน อีกทั้งศาสตร์ทั้งสองนี้มีวิธีการจัดการในเรื่องสุขภาพเป็นของตนเอง กลุ่มคนที่ใช้ศาสตร์ทั้งสองนี้จึงค่อนข้างมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพดี และสามารถปฏิบัติตัวเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้โดยใช้ศาสตร์ทางเลือกเพียงอย่างเดียว

ในกลุ่มที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่ จะเป็นกลุ่มที่มีอาการความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งบางสถานการณ์อาจจำเป็นต้องใช้การแพทย์ปัจจุบัน เพราะสามารถบำบัดได้อย่างรวดเร็วตรวจสอบได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันซึ่งจำเป็นต้องกินยา แต่ ก็ยังคงแสวงหาทางเลือกอื่นในการบำบัดโรคนั้น เช่นการปรับวิถีการปฏิบัติ อาหารสุขภาพ เป็นต้น

8. เหตุผลที่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าเหตุผลที่ให้ความสำคัญมากที่สุด คือเพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง และที่ใกล้เคียงกันมากคือ เป็นการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รองลงมาคือเพื่อปรับความสมดุลในร่างกาย

ข้อมูลนี้สะท้อนว่า การแพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับระบบวัฒนธรรมสุขภาพ ที่มีใฝ่มองสุขภาพ ในมิติทางด้านกาย หรือความเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นเรื่องวิถีชีวิต ด้วยแนวคิดเช่น การแพทย์ทางเลือก จึงมีวิธีการ

ดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับภูมิปัญญา ระบบวัฒนธรรม ไม่ใช่สิ่งแปลกปลอมที่เขาไม่มีความรู้ หรือเรียนรู้ไม่ได้ การแพทย์ทางเลือก จึงอาจแสดงถึงความรู้ของภาคประชาชน ที่พวกเขาพัฒนาระบบการสื่อสาร การเรียนรู้กันเอง ประชาชนจึง เข้าถึงง่าย และนำไปปฏิบัติได้เอง อีกด้านหนึ่งของความรู้แบบชาวบ้านเช่นนี้ ทำให้ผู้ใช้มีความภาคภูมิใจ ต่อการมีความรู้และใช้ความรู้ดังกล่าวในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้การมองปัญหาความเจ็บป่วยในอีกด้าน คือว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว และเป็นเรื่องเล็กน้อยเพราะประชาชนสามารถดูแล ควบคุม ป้องกันมันได้

9. เหตุผลการไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดเป็นเรื่องการไม่มีความรู้ที่น้อยอย่างเพียงพอ รองลงมาเป็นเหตุผลของการกลัวอันตรายหรือผลข้างเคียง โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับเหตุผลที่ว่า ไม่แน่ใจผลการรักษา รองลงมาอีกคือ ความ ไม่สะดวก การขาดการรับรองจากรัฐ การไม่สามารถพิสูจน์โดยวิทยาศาสตร์ และ สุดท้ายคือ แพทย์แผนปัจจุบันไม่อนุญาต

ข้อมูลนี้มีความสำคัญสะท้อน เรื่อง การขาดความรู้ที่เพียงพอ การไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร และการไม่แน่ใจผลการรักษา

10.ความพึงพอใจต่อการแพทย์ทางเลือก เห็นได้ชัดว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจด้านประสิทธิภาพของการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด รองลงมา ความพึงพอใจเรื่องความปลอดภัย ความสะดวก และการมีทางเลือกในการรักษา

ข้อมูลนี้สะท้อนว่ามุมมองของการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกของประชาชน ชาวบ้านมีการประเมินตรวจสอบ และรับรู้ได้ด้วยตนเอง ผู้ใช้บริการการแพทย์พึงพอใจด้านประสิทธิภาพ ทั้งเกิดกับตนเอง และครอบครัว ซึ่งผลของการรักษาขึ้นอยู่กับประเมินด้วยเหตุผลมากกว่าการยอมรับจากหน่วยงานของรัฐ ผู้รับบริการยอมรับว่าเมื่อได้ทดลองใช้การแพทย์ทางเลือกแล้วได้ผลจริง โดยเชื่อว่าการพิสูจน์ด้วยตนเองเท่านั้นที่เป็นการยืนยันผลของการรักษาว่ามีประสิทธิภาพ โดยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรองหน่วยงานของรัฐต่อการแพทย์ทางเลือกเพียงแต่การให้บริการที่ได้มาตรฐานของศาสตร์ทางเลือกนั้นและไม่ใช้การหลอกลวงหรือการมุ่งเพื่อการค้า แต่เป็นการเอื้อเฟื้อกันระหว่างผู้ที่ให้บริการรักษากับผู้รับบริการ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกระทำต่อกันอย่างให้เกียรติ ประสิทธิภาพของการแพทย์ทางเลือกจึงไม่เพียงแต่ผลที่พิสูจน์ได้แต่เป็นศาสตร์ที่เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์มากกว่าด้วย

11. สำหรับตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยใช้ Logistic regression

ตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคมกับพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า พบว่า เพศ ปัญหาสุขภาพ และการเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ $p=0.05$ กล่าวให้ละเอียดคือ เพศหญิง มีแนวโน้มมีพฤติกรรมใช้การแพทย์

ทางเลือกว่าชาย ผู้มีปัญหาสุขภาพ และเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมสุขภาพ มีแนวโน้มใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าคนที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ และไม่ได้เป็นสมาชิก ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์สูงสุดคือ การเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมสุขภาพ ตัวแปรที่ที่อำนาจทำนายรองลงมาคือการมีปัญหาสุขภาพ ระดับการศึกษา และ เพศ

ตัวแปรด้านความพึงพอใจต่อการการแพทย์ทางเลือกที่นำมาวิเคราะห์โดยใช้ Logistic Regression เพื่อทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้แก่ ประสิทธิภาพ ความสะดวก ราคา ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูล การมีทางเลือกในการรักษา และความปลอดภัย พบว่า ตัวแปรความพึงพอใจในด้านประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด รองลงมาคือความพึงพอใจในด้านความปลอดภัย กล่าวคือ ผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านประสิทธิภาพมากกว่าจะมีแนวโน้มในการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านประสิทธิภาพต่ำกว่าประมาณ 1.4 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .05 ส่วนผู้ที่มีความพึงพอใจในด้านความปลอดภัยมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำกว่าประมาณ 1.3 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .05

ตัวแปรทำนายการใช้การแพทย์ทางเลือก ในเชิงเหตุผลของการเลือกใช้ ได้แก่ ถูก ประหยัด สะดวก สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง มีผู้แนะนำให้ใช้ เห็นผลของการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ไม่พึงพอใจในการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อเสริมสร้างและบำรุงร่างกาย พึงพอใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย และไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์แผนปัจจุบัน จากการวิเคราะห์โดย Logistic regression พบว่า มีตัวแปรอิสระ 5 ตัว ในเชิงเหตุผลการใช้ คือ การที่สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง การเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน การไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน การใช้เพื่อเสริมสร้าง และบำรุงสุขภาพ และใช้เพิ่มปรับความสมดุลในร่างกาย สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่.05 เฉพาะตัวแปรเรื่องการที่การแพทย์ทางเลือกสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง พบว่าสัมพันธ์กับการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .00 ทั้งนี้พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกมากที่สุด คือ การที่มีเหตุผลว่าการแพทย์ทางเลือกสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกได้ดีที่สุด ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายรองลงมาคือ การแพทย์ทางเลือกใช้เพื่อการเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพ และการใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อการปรับความสมดุลในร่างกาย

ข้อมูลนี้สะท้อนได้เป็นอย่างดีถึง อำนาจความรู้ภาคประชาชนในการเสริมสร้างสุขภาพ และการมีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้ ประชาชนมีความต้องการใช้การแพทย์ทางเลือก เพราะเป็นเรื่องที่สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง เป็นเรื่องดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง ซึ่งต่างกับมิติสุขภาพของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้นความรู้ที่ให้ประชาชนเป็นผู้รับ เป็นผู้ปฏิบัติ ผู้พึ่งพิง ขึ้นต่อผู้รักษา เพราะชุดความรู้ทางการแพทย์อยู่นอกเหนือความสามารถของประชาชนคนธรรมดา (lay persons) เพราะเน้นความเชี่ยวชาญและเทคนิคเฉพาะ ผู้ป่วยจึงขาดการมีส่วนร่วม มีความอัดอั้นตันใจเพราะไม่มีอำนาจจัดการใดๆ กลุ่มประชาชนที่มีความสนใจด้านสุขภาพ ได้แก่ผู้หญิงที่มีแนวโน้มของการต้องสนใจสุขภาพ ตนเอง และคนในครอบครัว ก็จะ

แสวงหาทางเลือกอื่นๆ เพื่อให้ตนและครอบครัวมีสุขภาพดี รวมทั้งคนที่ปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว ก็ต้องดิ้นรน พ้นจากภาวะดังกล่าววนออกจากรุ่นกลุ่มคนที่มีการศึกษาดีกว่า มีอาชีพการงานที่ดีก็มีแนวโน้มของการเข้าถึง แหล่งหรือระบบการแพทย์ทางเลือกมากกว่าเป็นต้น

12. พฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก ชี้ให้เห็นเป็นอย่างดีถึงการ มองปัญหาความเจ็บป่วยที่ผูกโยง กับวิถีชีวิต วิถีคิด และความทุกข์ยากที่จะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยโลกของวิธีการบำบัดรักษา เป็นเพียง เลี้ยวหนึ่งของโลกสุขภาพของประชาชนเท่านั้น ระบบการแพทย์เป็นแบบพหุลักษณะ คือมีการดำรงอยู่ มีความ หลากหลายของวิถีการสุขภาพ นอกจากนั้น ยังแสดงถึงแนวคิดของประชาชนต่อสุขภาพ การบำบัดความ เจ็บป่วย ต้องเน้นที่ความสุข ความมีศักดิ์ศรี ความเป็นอิสระ ของผู้ป่วยด้วย วิถีคิดการใช้การแพทย์ทางเลือกของ ประชาชนจากการศึกษา สะท้อนปฏิกิริยาของประชาชนต่อระบบการแพทย์แผนตะวันตก และการแสดงพลัง อำนาจด้านการดูแลสุขภาพ ภูมิรู้ การจัดการความรู้ของประชาชน

5.3 ข้อเสนอแนะ

ระดับนโยบาย

ควรมียุทธศาสตร์เพื่อสร้างให้เกิดการบูรณาการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพแห่งชาติ และระบบ ประกันสุขภาพ ไม่ใช่เป็นการพัฒนาแบบคู่ขนาน หรือให้การแพทย์ทางเลือกเกิดขึ้นและถูกใช้ตามยถากรรม แต่ ต้องได้รับการพัฒนา การติดตามอย่างเข้าใจ ทั้งนี้ แม้ว่า ภาครัฐ จะแสดงออกถึงการมีความตื่นตัว การเห็น ความสำคัญ และการพยายามผลักดันเพื่อการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกในลักษณะต่างๆ แต่ข้อมูลจากการศึกษา ชี้ได้อย่างชัดเจนว่า กลไก ระบบ ต่างๆของภาครัฐ ยังไปไม่ถึงมือประชาชน การใช้การแพทย์ทางเลือกยังคงเป็น การใช้ตามความสนใจ ตามเครือข่ายสุขภาพที่เกาะเกี่ยวกันอยู่ และมีบ้างที่เป็นบทบาทของการสถานบริการ สาธารณสุขที่สนับสนุน ส่งต่อ และจัดบริการในเรื่องการแพทย์ทางเลือก แต่ยังเป็นส่วนน้อย เหตุผลสำคัญ คือ การเข้าใจแนวคิด การดำรงอยู่ของการแพทย์ทางเลือกที่ถูกต้อง เพื่อจะเห็นว่าจะพัฒนาไปอย่างไร การศึกษาวิจัย ทางสังคมศาสตร์ ที่สะท้อนแนวคิด และมีทิศทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้การแพทย์ทางเลือก แสดงให้เห็นอีก แก่มุมหนึ่งของฐานะการแพทย์ทางเลือก ที่เป็นอำนาจของประชาชนการดูแลสุขภาพ ยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการ ต้องวางตำแหน่งแห่งที่การแพทย์ทางเลือก (positioning) อย่างไม่มีอคติ และใช้ความรู้ในการ พัฒนายุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ

ระดับปฏิบัติการ

1. ควรมีกกลไกการดำเนินงานที่สามารถประสานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องผลักดันการพัฒนา การจัดการความรู้ เพื่อนำความรู้ไปใช้ เผยแพร่ กับผู้กำหนดนโยบายและ ปฏิบัติการ เช่น การพัฒนาองค์ความรู้ การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจให้ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้กำหนดนโยบาย การสนับสนุนข้อมูล/องค์ความรู้ในการพัฒนา นโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาผู้ให้บริการ และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการกำกับ ติดตามและประเมินผล

2. ควรมีกกลไกในการช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก อาจทำเป็น Hot line สายด่วน ในกรณีที่มีปัญหา

3. บทบาทของภาครัฐ ควรเข้ามามีบทบาทในการให้ความรู้เพิ่มช่องทางการให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย และให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือก ทั้งนี้ในด้านความปลอดภัยควรเน้นในการกำกับดูแล เพิ่มช่องทางการร้องเรียน สนับสนุนองค์กรประชาคมสุขภาพในระดับรากหญ้า นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการทำหน้าที่ในการตรวจสอบกันเอง การให้ความรู้ และเผยแพร่เสริมพลังกันและกันในการดูแลสุขภาพในชุมชน

4. พัฒนาระบบที่บูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์นอกกระแสหลักในสถานบริการ การจะพัฒนาระบบดังกล่าวขึ้นมาได้ ผู้ให้บริการจะเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อการแพทย์ระบบต่างๆ หากผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม เข้าใจจุดแข็งและข้อจำกัดของการแพทย์ระบบต่างๆ มีข้อมูลสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์แต่ละระบบ มีระบบส่งต่อข้อมูลการดูแล การประสานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างระบบการแพทย์ต่างๆ จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพ เนื่องจากการแพทย์ทางเลือก มีแบบแผนการให้บริการมีความแตกต่างกันสำหรับผู้ให้บริการแต่ละคน หลายกรณีจึงหา

ข้อสรุปได้ยาก แม้มีความพยายามอยู่บ้างในการประสานให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการ แต่ก็พบว่ายังไม่สามารถครอบคลุมกับปรากฏการณ์ในระดับสังคมและประชาชน

การพัฒนาการประกันคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกและองค์ความรู้ที่

เกี่ยวข้อง องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพ (professional organization) จะเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้มาตรฐานการให้บริการ รวมทั้งอาจทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการประกอบ

วิชาชีพของผู้ให้บริการด้วย

ภาคประชาชน

การเคลื่อนไหวทางสังคม และการมีกลุ่มประชาคมสุขภาพ ในระดับรากหญ้า ทั้งในระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด และชุมชน รวมทั้งการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มองค์กรสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนา เสริมสร้าง และติดตาม ตรวจสอบกันเอง ซึ่งเหล่านี้ จะมีส่วนในการสร้างสำนักแบบใหม่เพื่อสุขภาพ ในการจัดการกับสุขภาพของตนเองโดยไม่จำกัดตนเองอยู่ภายใต้กรอบที่รัฐและวิชาชีพการแพทย์เป็นฝ่ายกำหนดดังเช่นที่เคยเป็นมา ซึ่งน่าจะเป็นสิ่งที่ดีต่อการเพิ่มพลังในการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ จึงควรสนับสนุนส่งเสริมให้มีเครือข่าย กระบวนการเรียนรู้สุขภาพทางเลือกให้มากขึ้น

6. บรรณานุกรม

1. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. (1993) Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246- 252.
2. Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systemic review. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78(2), 252-257.

3. ลือชัย ศรีเงินขวง. (2547). การแพทย์ทางเลือกกับระบบสุขภาพ. *สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .
4. สุภาภรณ์ ปิติพร. (2547). บริโคนิยมและการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพร: กรณีศึกษาการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรอภัยภูเบศร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์การให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ และ รัชณี จันทรโกษ

หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 3 กำหนดให้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และในมาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุน โดยคำนึงถึง การพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนสมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (1 บาท/ประชากร) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานสามารถพัฒนาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม เพื่อให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืน และสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว โดยมอบหมายให้คณะกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาข้อเสนอแนวทางเพื่อการจัดระบบบริการ ประสาน สนับสนุนและบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ครั้งที่ 3/2551 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2550 ณ ห้องประชุม 4 ชั้น 27 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มอบหมายให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ร่วมกับหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันสุขภาพวิถีไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจัดทำโครงการ “พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์แผนไทย

การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์ และพัฒนากลไกกลางในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในนโยบายระดับชาติ โดยได้รับงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาระบบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นจำนวนเงิน 200,000 บาท ซึ่งเมื่อพัฒนาระบบดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ก็ดำเนินการติดตั้งระบบไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมีระบบแม่ข่ายที่มีประสิทธิภาพในการรองรับการบันทึกข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ มีหน่วย call center ที่ให้บริการถาม-ตอบตลอดเวลา และเพื่อให้ง่ายต่อการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการบำรุงรักษา ระบบต่อไป

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการบริการแพทย์แผนไทย เป็นการพัฒนาฐานข้อมูลรายงานการให้บริการนวดไทย ซึ่งระบบนี้จะทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการนวดแผนไทยทั่วประเทศ ซึ่งแต่ละสถานบริการนวดไทย แต่ละแห่งจะต้องนำข้อมูลส่งยัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบข้อมูลรายงานให้ บริการนวดไทย จะทำการเชื่อมต่อไปยัง หน่วยบริการต่างๆ นั้น จะใช้ระบบผ่าน เครือข่าย ที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอยู่ทั่วประเทศ โดยรายละเอียดการพัฒนาระบบเป็นดังนี้

รายละเอียดข้อมูลที่ต้องมีการรับรายงานต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้เก็บไว้ยังระบบ

- ปีงบประมาณที่ให้บริการ
- ชื่อหน่วยหรือสถานให้บริการ ซึ่งจะต้องเชื่อมกับระบบข้อมูลสถานบริการที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอยู่
- ประเภทผู้ป่วย OPD หรือ IPD
- วันที่เข้ารับบริการ
- เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งโปรแกรมจะตรวจสอบสิทธิผู้เข้ารับบริการให้โดยอัตโนมัติ ที่สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ
- อายุ เมื่อวันเข้ารับบริการ (กรณีบันทึกผ่านโปรแกรมฯ ระบบจะคำนวณให้)
- การวินิจฉัยโรค ให้ระบุรายละเอียดว่า ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ พร้อมระบุผลการวินิจฉัย ผู้บันทึกสามารถบันทึกระบุเป็นรายการ หรือรหัสโรค อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่ง
- จำนวนครั้ง และชนิดการให้บริการแต่ละประเภท เช่น การนวด กนแนะคบ อบสมุนไพร หรืออื่นๆ
- หมายเหตุ หรือ บันทึกข้อความต่างๆ

ปีงบประมาณ 2552 กรอบการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนสมทบค่าบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก วงเงิน 47.026 ล้านบาท (1 บาท/ประชากร) โดยการบริหารงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เน้นการนวดเพื่อรักษาและ

การฟื้นฟูสุขภาพ โดยจัดสรรตามอัตราการให้บริการคุณด้วยต้นทุนบริการ และให้มีการเบิกจ่ายงบสนับสนุนการจัดบริการจากสปสช. ไปให้หน่วยบริการโดยตรง ทั้งนี้ หน่วยบริการที่ไม่จัดบริการการแพทย์แผนไทยจะ
ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้ ส่วนหน่วยบริการที่จัดบริการแพทย์แผนไทยและมีผลงานบริการนวดไทย จะได้รับการจัดสรรงบประมาณ โดยจัดสรรงบให้ทั้งในส่วนจำนวนบริการที่สูงกว่าอัตราการให้บริการเฉลี่ยในภาพรวมของประเทศ และจัดสรรงบให้ตามจำนวนบริการให้กับทุกแห่งที่ให้บริการนวดไทย เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยคิดวงเงินให้แต่ละหน่วยบริการในลักษณะปลายเปิด (Closed end) ภายใต้วงเงิน 47.026 ล้านบาท ซึ่งหน่วยบริการต้องรายงานข้อมูลการให้บริการพร้อมตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ ผ่านโปรแกรมบันทึกผลการให้บริการนวดไทย ผ่าน website สปสช. เป็นรายงวดอย่างน้อยทุก 3 เดือน เมื่อ สปสช.สรุปรายงานการให้บริการแล้วจัดสรรให้โดยกำหนดการเบิกจ่ายเป็น 4 งวดๆ ละ 3 เดือน การใช้งบประมาณที่เพิ่มเติมส่วนที่จัดสรรตามผลงานนี้ จังหวัดหรือหน่วยบริการสามารถนำไปบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการแพทย์แผนไทยได้ดังนี้เพื่อพัฒนาศักยภาพที่ให้บริการนวดไทย ให้ผ่านหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยกำหนด เช่น หมอนวดต้องผ่านหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง จากสถาบันที่ได้รับการรับรอง เป็นต้น (รายละเอียดในแนวทางการบริหารงบประมาณการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2552 <http://www.nhso.go.th/>)

การศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากฐานข้อมูลการให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ณ 31 มีนาคม 2552) ของกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงานและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ของชาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญของการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางด้านการนวดไทย และการบริการการแพทย์แผนไทยอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับประเทศ เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของท้องถิ่นและประเทศ และเกิดการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสถานบริการภาครัฐ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของฐานข้อมูลการให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ณ วันที่ 12 มีนาคม 2552) ของกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. วิเคราะห์ข้อมูลฐานข้อมูลการให้บริการนวดไทยฯ เพื่อทราบสถานการณ์การให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน
3. วิเคราะห์ สังเคราะห์ภาพรวม พร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูล เสนอแนวทางการวิจัย และเสนอแนวทางนโยบาย

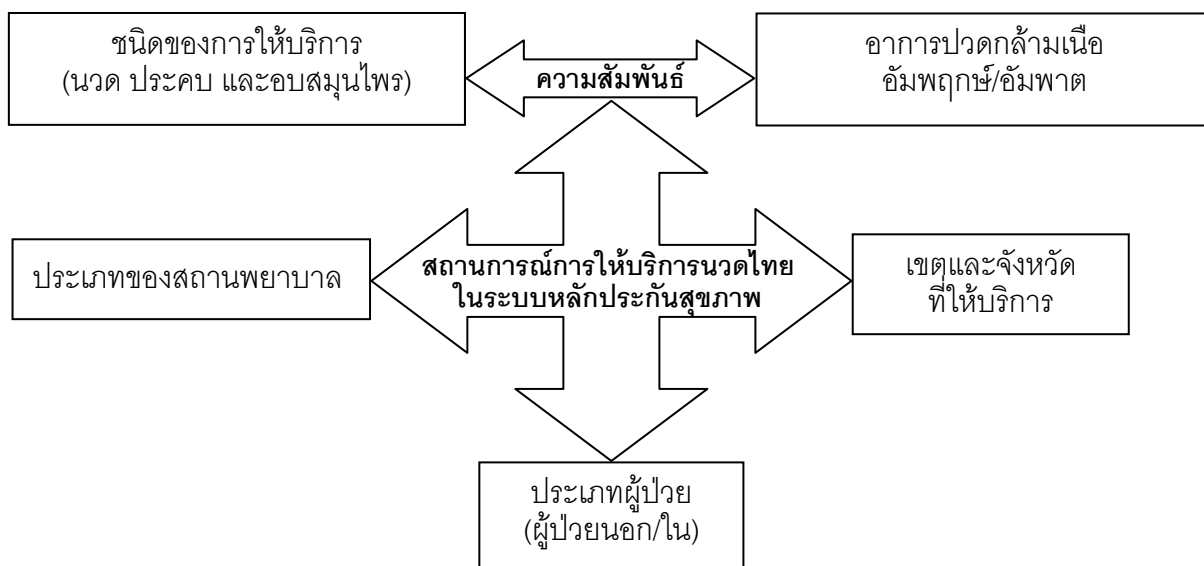
วิธีการศึกษา

วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากฐานข้อมูลการให้บริการนวดไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ณ 31 มีนาคม 2552) ของกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์

- ชนิดของการให้บริการ (นวด ประคบ อบสมุนไพร)
- อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และ อัมพฤกษ์/อัมพาต
- จังหวัดและเขตการให้บริการ
- ประเภทของสถานพยาบาล
- ประเภทผู้ป่วย

2. แนวทางการนำเสนอผลการศึกษา



ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้จำนวนครั้งของการให้บริการในตัวแปรข้างต้น ใน 4 ไตรมาส ของปี พ.ศ. 2551 และไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2552

แม้ว่าฐานข้อมูลได้เก็บข้อมูลในการวินิจฉัยอาการไว้ทั้งโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย แต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากลักษณะของข้อมูลที่เก็บไม่สามารถประมวลค่าที่จะเป็นประโยชน์

ในภาพรวมได้ จึงได้ประมวลเฉพาะความสัมพันธ์ของอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและอัมพฤกษ์/อัมพาต กับ ชนิดของการให้บริการในภาพรวม

ผลการศึกษา

1. การสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย สำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC)¹

สถานการณ์การให้บริการนวดไทยในระบบหลักประกันสุขภาพในการศึกษานี้ เป็นผลส่วนหนึ่งจากความพยายามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริหารจัดการงบกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนและพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยให้เป็นบริการสุขภาพทางเลือกที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน สามารถเชื่อมโยงควบคู่ไปกับบริการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบริบท เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน มีส่วนร่วม และสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

1.1. การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดบริการ

ในช่วงปี 2550 – 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งครอบคลุมบริการ นวด – อบ และประคบสมุนไพร ซึ่งในระยะ 2 ปีแรกของการสนับสนุน มีลักษณะการบริหารจัดการเป็นไปเพื่อการจ่ายชดเชยค่าบริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (นวด อบ ประคบ) ที่เป็นไปตามความเห็นและข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการการแพทย์แผนไทยฯ ที่ระบุว่า ต้นทุนที่แท้จริงของบริการสาธารณสุข (รวมบริการแพทย์แผนไทยฯ) ถูกคำนวณและประมาณการไว้ในงบเหมาจ่ายรายหัว ในส่วนของผู้ป่วยนอก (Out – Patient Cost) อยู่แล้ว ดังนั้นการสนับสนุนแบบสมทบให้ในอัตรา 1 บาทต่อหัวประชากรนี้ ให้เป็นไปเพื่อกระตุ้นบริการและสร้างแรงจูงใจในการบริการ/ส่งข้อมูลบริการผ่านระบบสารสนเทศของสำนักงานฯ

การจ่ายเงินเพิ่มเติม (On Top) ให้แก่หน่วยบริการ จึงเป็นการจ่ายให้เฉพาะหน่วยบริการ/โรงพยาบาลที่มีบริการและส่งข้อมูลการบริการแพทย์แผนไทย และมีผลงานบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งหมดของประเทศ โดยหน่วยบริการจะได้รับงบเพิ่มเติมในอัตรา 200 บาทต่อการเข้ารับบริการ คำนวณจ่ายให้เฉพาะบริการส่วนที่เกินค่าเฉลี่ย โดยสรุปคือ

โดยในช่วงที่ผ่านมา สปสช. มีพัฒนาการในระบบการจ่ายเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการที่ร่วมจัดบริการ ใน 3 ลักษณะ คือ

1.1.1. งบประมาณปี 2550 และปี 2551 (งวด 1)

สปสช. จัดสรรโอนเงินตรงไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง เพื่อเป็นทุนประเดิมก่อนเริ่มระบบ และให้ สสจ. มีหน้าที่จัดสรรต่อไปให้แก่อำเภอ/หน่วยบริการประจำ/สอ. ทุกแห่ง ที่ร่วมจัดบริการ นวด – อบ – ประคบ ตามสภาพ/บริบทของพื้นที่

¹ สนับสนุนข้อมูลโดย ชาลีมาศ ตันสุเทพวิรวงศ์ หัวหน้างาน กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักนโยบายและแผน , สปสช. (14 กันยายน 2552)

1.1.2. งบประมาณปี 2551

เป็นการจัดสรรเงินเพิ่มเติม/ On Top โดยโอนตรงให้แก่หน่วยบริการทุกแห่งที่ส่งข้อมูลการให้บริการ และมีบริการสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ จะได้รับเงิน On Top นี้ในอัตรา 200 บาท เฉพาะส่วนที่เกินค่าเฉลี่ย

1.1.3. งบประมาณปี 2552

คณะกรรมการการแพทย์แผนไทยฯ ได้มีมติให้จัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการและช่วยชดเชยต้นทุนบางส่วนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการทุกแห่ง ที่ส่งข้อมูลบริการนวด-อบ-ประคบ โดยจ่ายเงินในอัตราคงที่ (50 บาทต่อครั้ง) ในระยะเวลา 3 ไตรมาส ส่วนไตรมาสสุดท้าย และเงินส่วนที่เหลือจะเฉลี่ยจ่ายเพิ่มเติมให้ทุกแห่งย้อนหลังเพิ่มเติม

ซึ่งได้ประมาณการว่าปี 2552 นี้ หน่วยบริการที่จัดบริการแพทย์แผนไทยทุกแห่ง จะได้รับเงินสนับสนุนการบริการในอัตราเฉลี่ยประมาณ 90 – 100 บาทต่อครั้ง (ประมาณ 50% ของต้นทุนจริง) ซึ่งก็หมายความว่า หน่วยบริการ/รพ. จัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิมากเท่าใด ก็จะได้รับงบประมาณมากขึ้นเท่านั้น

สำหรับเหตุผลที่ทำให้ สปสช. ไม่สามารถจ่ายให้หน่วยบริการ เทียบเท่ากับการให้บริการแก่กลุ่มสิทธิข้าราชการที่สามารถเก็บเงินได้เต็มอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด (ปัจจุบัน มีอัตราค่าบริการนวดและประคบ ครั้งละ 250 บาท) นั้น เนื่องจาก ตั้งแต่ สปสช. ประกาศให้การสนับสนุนหน่วยบริการที่ให้บริการนวดไทย มีการบริหารจัดการเพื่อกระตุ้นและพัฒนาระบบบริการ ด้วยการจ่ายเงิน On Top นั้น ทำให้มีหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพและมีความพร้อม เข้าร่วมจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิหลักประกันมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่วงเงินกองทุนฯ ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ สปสช. จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณตามผลงานภายใต้วงเงินที่มีอยู่ (แบบ Closed – end budgeting allocation) ทำให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ ยังไม่สามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงได้ ซึ่งอาจกระทบต่อแรงจูงใจของผู้ให้บริการ และการเข้าถึงของผู้รับบริการได้

อย่างไรก็ดี สำหรับในปีงบประมาณ 2553 ที่จะถึงนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบกรอบการบริหารงบประมาณจ่ายรายหัว ให้สนับสนุนการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้นเป็น 2 บาทต่อหัวประชากร วงเงินรวมกว่า 94.0 ล้านบาท (มติคณะกรรมการหลักประกันฯ ครั้งที่ 7/2552 วันที่ 13 ก.ค. 2552) จึงคาดว่าจะทำให้การชดเชยต้นทุนบริการเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล ช่วยกระตุ้นบริการได้อย่างชัดเจนขึ้น อีกทั้งยังสามารถขยายขอบเขตการบริการไปสู่ประเภทอื่นๆ ได้มากขึ้น เช่น การบริการหลังคลอด การบริการผู้ป่วยเรื้อรังเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น

1.2. ผลการให้บริการการแพทย์แผนไทย มีดังนี้

สำนักงานฯ ได้สนับสนุนให้จังหวัดและหน่วยบริการร่วมจัดบริการ ตั้งแต่ มกราคม 2551 พร้อมส่งข้อมูลด้วยไฟล์แบบฟอร์ม Excel file และต่อมาจึงได้แจ้งให้หน่วยบริการส่งข้อมูลบริการผ่านโปรแกรมบันทึกผลการให้บริการแพทย์แผนไทย (นวด –อบ –ประคบ) ผ่านหน้าเว็บไซต์ สปสช. ตั้งแต่เดือนเมษายน 2551 ในภาพรวมมีผลการให้บริการแพทย์แผนไทย สรุปได้ข้อมูลในตารางต่อไปนี้

ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ สนับสนุน (ล้านบาท)	บริการสะสม (ครั้ง)	จำนวน ผู้รับบริการ	หน่วยบริการ** ที่รับงบสนับสนุน (*)
2550	28.2	-	-	-
2551	46.466	250,829	125,484*	391 แห่ง (34.3%)
2552*	47.026	429,228	250,166**	666 แห่ง (58.5%)
รวม	121.692	680,057	375,650	-

* จำนวนผู้รับบริการ ปี 2551 เป็นข้อมูลระหว่าง เดือน เม.ย. – ก.ย. 2551 และ

* ปี 2552 ข้อมูลผลการให้บริการข้อมูล 9 เดือน ถึงเดือนมิถุนายน 2552 (สิ้นไตรมาส 3)

** จำนวนหน่วยบริการสูงสุด ที่ได้รับงบสนับสนุน

(*) สัดส่วนหน่วยบริการที่ได้รับงบเพิ่มเติม ต่อหน่วยบริการประจำทั้งหมด ณ ต.ค. 2551 (1,138 แห่ง)

1.3. แนวทางการใช้จ่ายเงินงบประมาณ

ในปี 2551 - 2552 ที่ผ่านมา สปสช. ได้กำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ โดยมีหนังสือแจ้งให้จังหวัดและหน่วยบริการประจำ/รพช./ สอ. เพื่อทราบและถือปฏิบัติ โดยขอให้บริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบเงินบำรุง และให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.3.1. เพื่อพัฒนาบุคลากรที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ (ผู้ให้บริการนวดไทย)

จากหลักเกณฑ์ที่สภาวิชาชีพกำหนดให้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยต้องผ่านหลักสูตรอย่างน้อย 330 ชั่วโมง จากสถาบันฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการวิชาชีพด้านแพทย์แผนไทย หรือต้องมีผู้ให้บริการที่จบหลักสูตรแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากสถาบันฝึกอบรมที่ได้รับการรับรอง

1.3.2. เพื่อพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ในหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ในหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การจ่ายเป็นค่าตอบแทนการให้บริการของผู้นวด การพัฒนาสถานที่ให้บริการนวดไทย ให้ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช. เป็นต้น โดยเบิกจ่ายตามระเบียบของหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน และขอให้หน่วยบริการประจำมีภารกิจรับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. ลักษณะทั่วไปของข้อมูลการให้บริการนวด

2.1. เขตให้บริการประกอบด้วย

- เขต 1 เชียงใหม่ (เชียงใหม่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน)

- เขต 2 พิษณุโลก (ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์)
 - เขต 3 นครสวรรค์ (กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี)
 - เขต 4 สระบุรี (นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง)
 - เขต 5 ราชบุรี (กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี)
 - เขต 6 ระยอง (จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ สระแก้ว)
 - เขต 7 ขอนแก่น (กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด)
 - เขต 8 อุตรดิตถ์ (นครพนม เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุตรดิตถ์)
 - เขต 9 นครราชสีมา (ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์)
 - เขต 10 อุบลราชธานี (มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี)
 - เขต 11 สุราษฎร์ธานี (กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี)
 - เขต 12 สงขลา (ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล)
- 2.2. ช่วงการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 มีนาคม 2552 จึงนำเสนอข้อมูลเป็น ไตรมาส เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพของการให้บริการ
- 2.3. ข้อมูลที่เก็บได้มีทั้งสิ้น 477,334 รายการ จากสถานบริการทั่วประเทศที่ให้บริการนวดไทยทั้งสิ้น 1,314 แห่ง

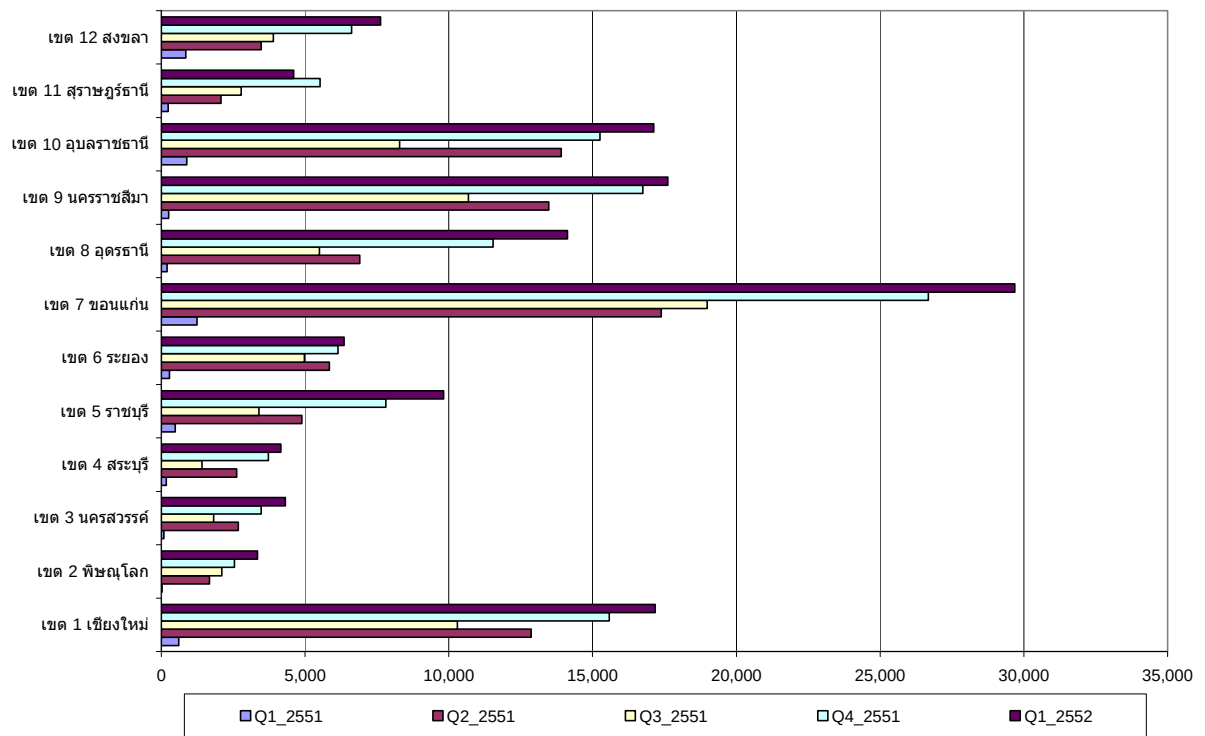
3. การให้บริการ (นวด ประคบ และอบสมุนไพร) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

3.1. การให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร จำแนกตามจังหวัดและเขต

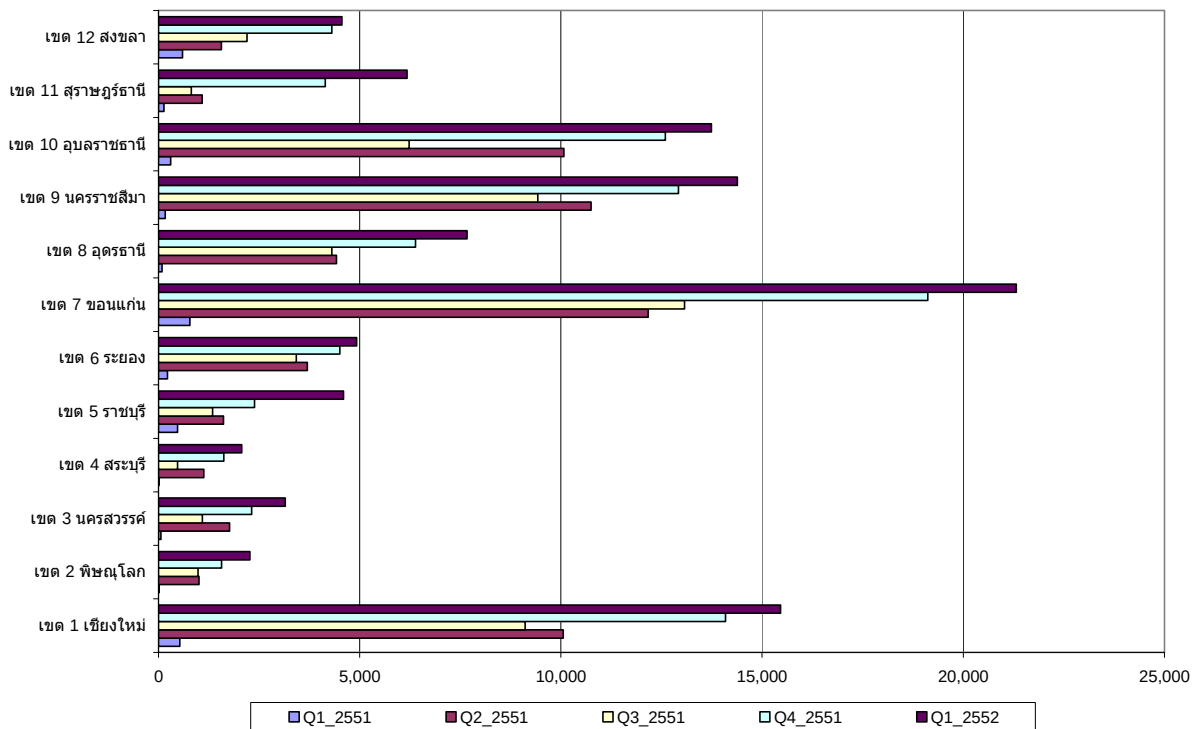
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการเหล่านี้ในระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับจังหวัด พบว่ามีการเพิ่มขึ้นทุกไตรมาสในทุกจังหวัด ดังแสดงในภาคผนวก (ตารางที่ ผ1, ผ2, และ ผ3)

เมื่อประมวลข้อมูลระดับเขต พบว่า ความนิยมใช้เรียงจากมากไปน้อย ดังนี้ เขต 7 ขอนแก่น เขต 9 นครราชสีมา เขต 1 เชียงใหม่ และ เขต 10 อุบลราชธานี ตามลำดับ นั่นคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ นิยมใช้บริการเหล่านี้ (รูปที่ 1, 2, และ 3)

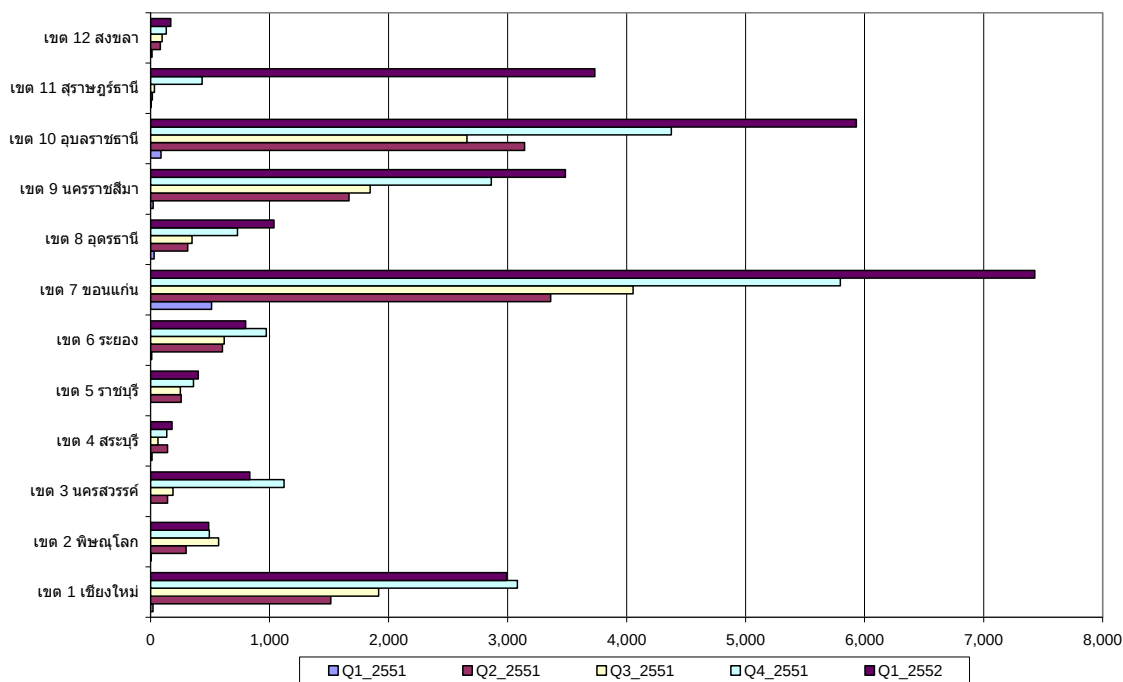
รูปที่ 1 การให้บริการนวดจำแนกตามเขต



รูปที่ 2 การให้บริการประคบน้ำร้อนตามเขต



รูปที่ 3 การให้บริการอบสมุนไพรตามเขต



3.2. ก
า
ร
ใ
ห้
บ
ริ
ก
า
ร
น
ว
ด

ประคบ และอบสมุนไพร ในผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

เนื่องจากฐานข้อมูลที่เก็บในประเด็นการวินิจฉัยโรค ไม่ว่าจะใช้ ICD10 ของการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย ยังมีปัญหามาก จึงเลือกวิเคราะห์ข้อมูลการวินิจฉัยในกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต

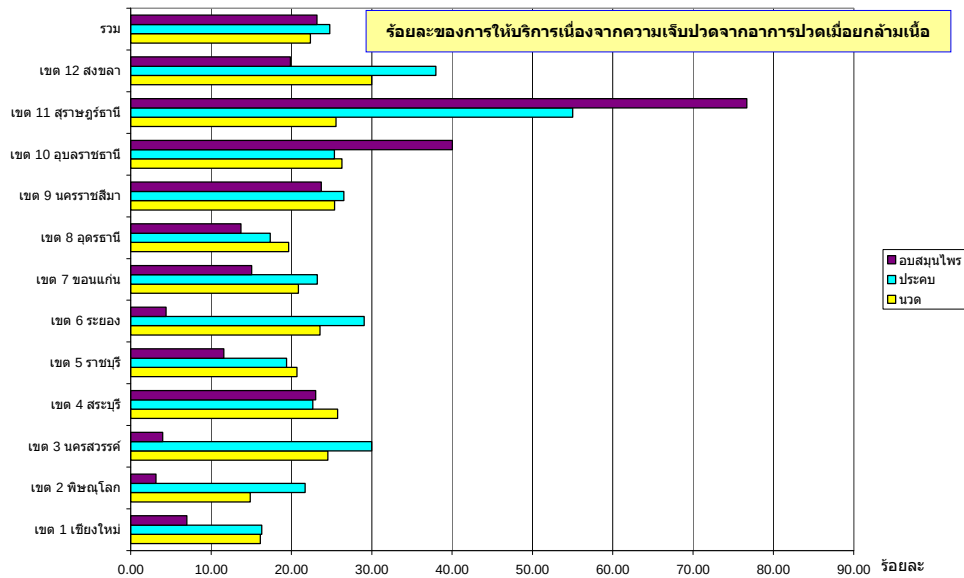
3.2.1. กลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลร้อยละของการให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร เมื่อมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จำแนกตามเขต ได้แสดงในรูปที่ 4 โดยภาพรวมแล้ว ร้อยละของอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้รับการรักษาด้วยการนวด ประคบ และอบสมุนไพร ดังนี้ 22.36, 24.77, และ 23.18 ตามลำดับ

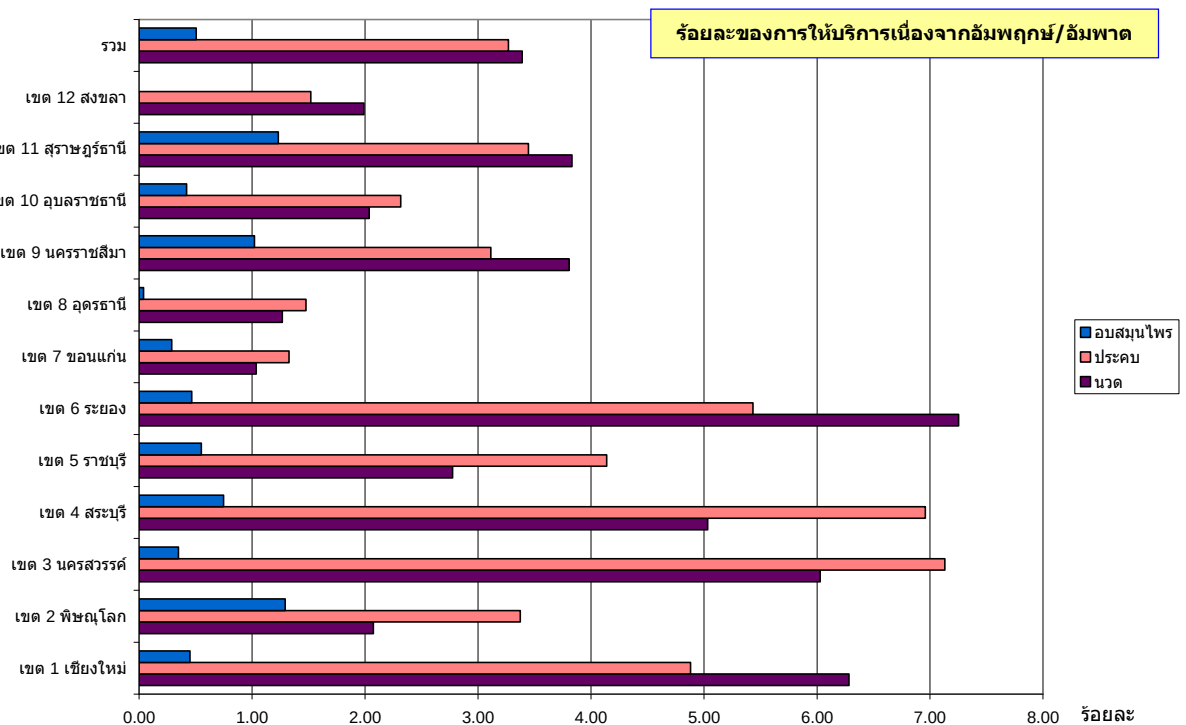
3.2.2. อาการอัมพฤกษ์/อัมพาต

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลร้อยละของการให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร เมื่อมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต จำแนกตามเขต ได้แสดงในรูปที่ 5 โดยภาพรวมแล้ว ร้อยละของอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต ได้รับการรักษาด้วยการนวด ประคบ และอบสมุนไพร ค่อนข้างน้อย ดังนี้ 3.39, 3.27, และ 0.51 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่ากรณีของปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

รูปที่ 4 ร้อยละของการให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร เมื่อมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จำแนกตามเขต



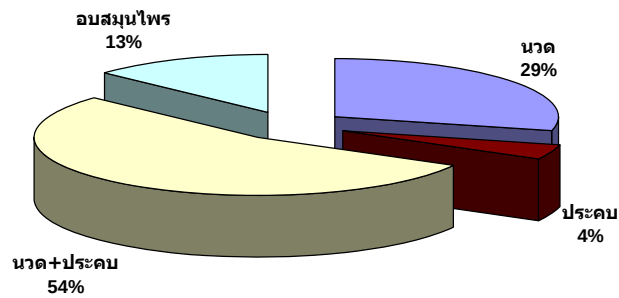
รูปที่ 5 ร้อยละของการให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร เมื่อมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จำแนกตามเขต



3.3. การให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร ในภาพรวม

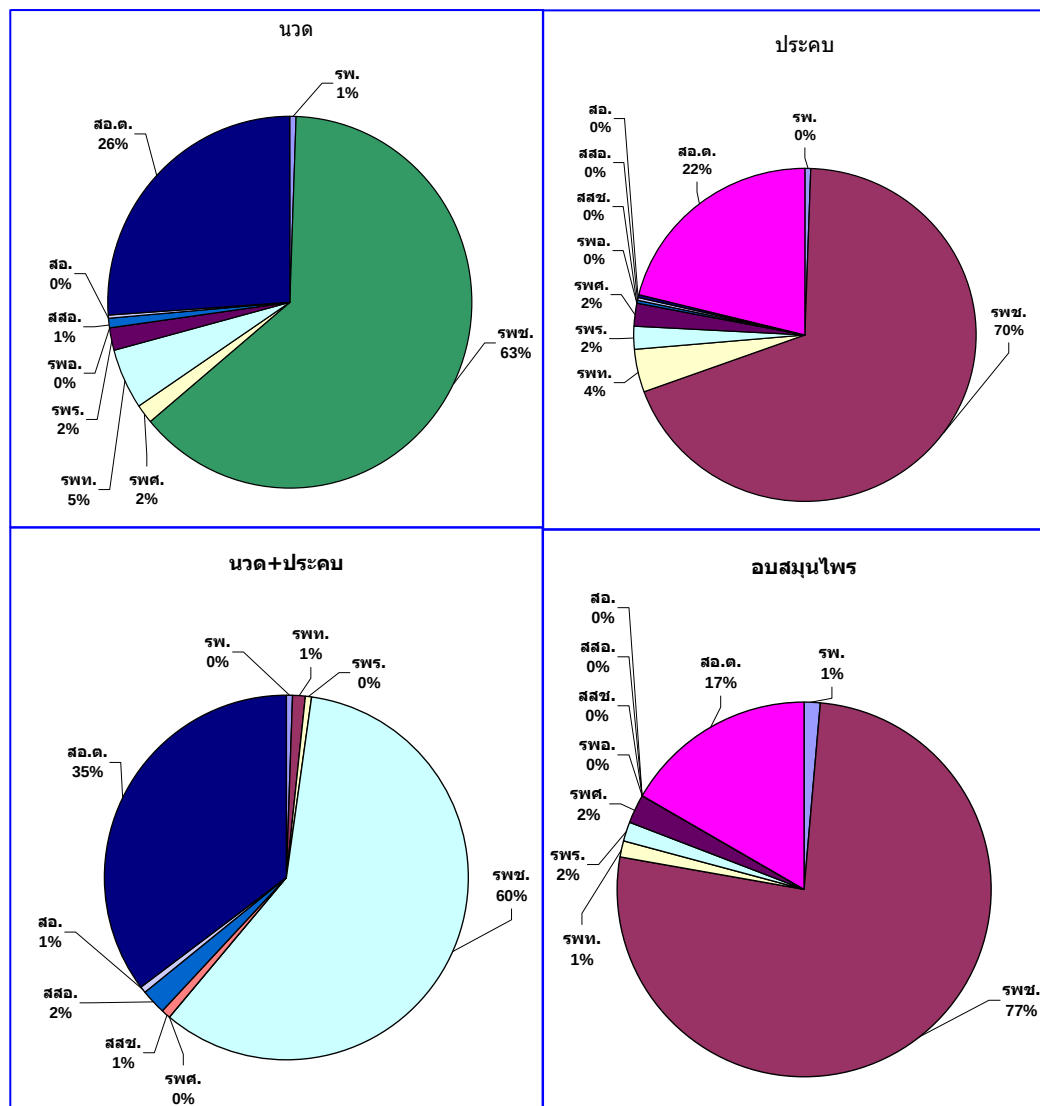
การให้บริการนวดส่วนใหญ่ให้ควบคู่กับการประคบ ถึงร้อยละ 54 โดยมีการนวด และประคบอย่างเดียว ร้อยละ 29 และ 6 ตามลำดับ และให้บริการอบสมุนไพร ร้อยละ 13

รูปที่ 6 ร้อยละการให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร ในระบบหลักประกันสุขภาพ



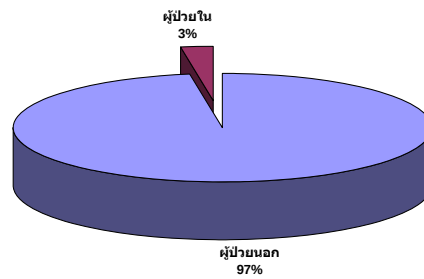
3.4. การให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร จำแนกตามสถานบริการ

การให้บริการส่วนใหญ่โดย โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย



3.5. การให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร จำแนกตามผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 97 เป็นผู้ป่วยนอก



ข้อเสนอ

1. ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

ฐานข้อมูลที่พัฒนาใช้โปรแกรม Microsoft Access ยังมีปัญหาในด้านโครงสร้างฐานข้อมูลและการกำหนดลักษณะของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ แม้จะมีข้อมูลในการวินิจฉัยโรคถึง 4 fields คือ การวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบัน การวินิจฉัยโดยแพทย์แผนไทย ICD9 และ ICD10 แต่กำหนด field เป็น memo ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยโรคและการให้บริการได้ ทั้งๆ ที่มีข้อมูลมากถึงสี่แสนกว่ารายงานก็ตาม

จากปัญหาดังกล่าวถ้ายังต้องการใช้ข้อมูลการให้บริการนวด ประคบ และอบสมุนไพร แยกออกจากข้อมูล 18 แพ้ม จำเป็นต้องปรับปรุงโครงสร้างฐานข้อมูล ซึ่งหลังจากแก้ไขปรับปรุงแล้ว จึงโอนข้อมูลที่มีอยู่มาใส่ แม้ว่าอาจทำให้ข้อมูลขาดหายไปบ้าง แต่เนื่องจากมีรายการข้อมูลมาก ความผิดพลาดนี้อาจไม่กระทบอย่างมีนัยสำคัญของข้อมูล

ข้อมูลชื่อของผู้ให้บริการใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายไม่ได้ ควรเปลี่ยนเป็นรหัสของผู้ให้บริการ เพื่อไปเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลผู้ให้บริการ

2. ข้อเสนอต่อการวิจัย

2.1. กลุ่มอาการที่ใช้การนวดไทย ได้ผลดีกว่าการทํากายภาพบำบัด

2.2. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ของสถานพยาบาล เพื่อให้ใช้การนวดในการฟื้นฟู

2.3. การนวดไทย ควบคู่ไปกับการประคบ ได้ผลสัมฤทธิ์ที่แตกต่างจากการนวดอย่างเดียวในกลุ่มอาการใดบ้าง

3. ข้อเสนอทางนโยบาย

3.1. พัฒนาฐานข้อมูลการให้บริการการนวด ประคบ และอบสมุนไพร ใหม่ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายด้านต่างๆ เช่น

3.1.1. บุคลากรผู้ให้บริการ

3.1.2. สถิติอาการป่วยที่ใช้บริการเหล่านี้

3.1.3. สถิติการใช้บริการตามตัวแปรที่ให้การส่งเสริม เช่น การจัดการเงินสนับสนุน เป็นต้น

3.2. มาตรการการเงินในการส่งเสริมการให้บริการนวดไทย ก่อให้เกิดการให้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ สมควรใช้ต่อไปอีกในปีต่อไป พร้อมทั้งการประเมินเชิงคุณภาพของบริการ

ภาคผนวก

ตารางที่ ผ 1 การให้บริการนวดจำแนกตามจังหวัด (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2552)

จังหวัด	Q1_2551	Q2_2551	Q3_2551	Q4_2551	Q1_2552	รวม
กระบี่	3	34	19	19	383	458
กาฬสินธุ์	4	800	1,131	1,131	2,065	5,131
กำแพงเพชร	42	208	315	315	851	1,731
ขอนแก่น	136	2,300	3,321	3,321	3,102	12,180
จันทบุรี	5	185	97	97	183	567
ฉะเชิงเทรา	24	604	427	427	1,226	2,708
ชลบุรี	64	933	1,045	1,045	1,443	4,530
ชัยนาท	10	201	124	124	677	1,136
ชัยภูมิ	9	812	740	740	1,299	3,600
เชียงใหม่	477	6,200	3,741	3,741	6,540	20,699
ตรัง	399	126	886	886	1,424	3,721
ตาก	18	738	1,115	1,115	1,035	4,021
นครนายก	1	274	197	197	338	1,007
นครพนม	2	698	503	503	1,031	2,737
นครราชสีมา	103	8,644	6,177	6,177	9,016	30,117
นครศรีธรรมราช	131	598	771	771	1,442	3,713
นครสวรรค์	6	400	457	457	571	1,891
นนทบุรี	122	141	178	178	223	842
นราธิวาส	42	538	323	323	987	2,213
น่าน	4	1,700	1,592	1,592	2,779	7,667
บุรีรัมย์	36	1,308	803	803	2,985	5,935
ประจวบคีรีขันธ์	9	311	270	270	1,136	1,996
ปราจีนบุรี	147	777	298	298	851	2,371
ปัตตานี	17	829	677	677	1,557	3,757
พะเยา	10	1,015	1,234	1,234	1,303	4,796
พังงา	1	122	26	26	115	290
พัทลุง	254	767	916	916	1,535	4,388
พิจิตร	31	956	587	587	1,173	3,334
เพชรบุรี	467	1,783	1,915	1,915	2,645	8,725
มหาสารคาม	244	1,873	1,711	1,711	2,322	7,861
มุกดาหาร	11	1,029	219	219	1,817	3,295
ยโสธร	79	999	1,092	1,092	1,859	5,121
ยะลา	3	390	319	319	316	1,347
ร้อยเอ็ด	857	12,412	12,819	12,819	22,197	61,104
ระนอง	4	142	189	189	282	806
ระยอง	21	197	236	236	377	1,067

จังหวัด	Q1_2551	Q2_2551	Q3_2551	Q4_2551	Q1_2552	รวม
ราชบุรี	5	649	851	851	1,563	3,919
ลพบุรี	5	439	222	222	810	1,698
ลำปาง	117	1,733	1,640	1,640	1,768	6,898
เลย	34	1,706	1,310	1,310	5,059	9,419
ศรีสะเกษ	146	10,250	5,015	5,015	9,773	30,199
สกลนคร	39	650	810	810	1,149	3,458
สงขลา	137	761	740	740	1,671	4,049
สมุทรปราการ	4	167	173	173	122	639
สระแก้ว	18	2,889	2,588	2,588	1,745	9,828
สระบุรี	34	427	187	187	444	1,279
สุราษฎร์ธานี	99	875	1,363	1,363	1,327	5,027
สุรินทร์	109	2,713	2,959	2,959	4,322	13,062
หนองคาย	23	555	873	873	1,942	4,266
อ่างทอง	10	823	449	449	1,061	2,792
อุดรธานี	101	2,736	1,583	1,583	4,051	10,054
อุตรดิตถ์	1	549	643	643	869	2,705
อุทัยธานี	1	912	337	337	1,047	2,634
อุบลราชธานี	650	1,198	1,200	1,200	1,426	5,674

ตารางที่ ผ 2 การให้บริการประคคจำแนกตามจังหวัด (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2552)

จังหวัด	Q1_2551	Q2_2551	Q3_2551	Q4_2551	Q1_2552	รวม
กระบี่	0	0	0	0	209	209
กาฬสินธุ์	3	268	485	485	1,314	2,555
กำแพงเพชร	43	221	274	274	857	1,669
ขอนแก่น	117	1,957	2,885	2,885	2,418	10,262
จันทบุรี	0	24	14	14	30	82
ฉะเชิงเทรา	19	674	452	452	1,355	2,952
ชลบุรี	65	886	853	853	1,455	4,112
ชัยนาท	0	92	41	41	430	604
ชัยภูมิ	5	569	389	389	1,094	2,446
เชียงราย	477	4,779	3,158	3,158	5,882	17,454
ตรัง	404	103	853	853	1,331	3,544
ตาก	12	174	241	241	148	816
นครนายก	1	187	127	127	213	655
นครพนม	5	786	615	615	1,015	3,036
นครราชสีมา	110	6,864	5,463	5,463	7,649	25,549
นครศรีธรรมราช	131	349	393	393	1,043	2,309
นครสวรรค์	1	174	160	160	271	766
นนทบุรี	0	37	1	1	81	120

จังหวัด	Q1_2551	Q2_2551	Q3_2551	Q4_2551	Q1_2552	รวม
นราธิวาส	40	195	154	154	455	998
น่าน	2	1,395	1,425	1,425	2,592	6,839
บุรีรัมย์	25	864	666	666	1,919	4,140
ประจวบคีรีขันธ์	8	210	99	99	489	905
ปราจีนบุรี	108	164	156	156	373	957
ปัตตานี	10	657	572	572	847	2,658
พะเยา	14	1,288	1,482	1,482	1,817	6,083
พังงา	0	3	0	0	0	3
พัทลุง	7	24	228	228	794	1,281
พิจิตร	15	551	388	388	748	2,090
เพชรบุรี	467	712	771	771	1,421	4,142
มหาสารคาม	181	1,602	1,519	1,519	1,858	6,679
มุกดาหาร	3	755	126	126	1,360	2,370
ยโสธร	32	922	764	764	1,594	4,076
ยะลา	0	78	129	129	162	498
ร้อยเอ็ด	480	8,346	8,184	8,184	15,732	40,926
ระนอง	4	130	141	141	221	637
ระยอง	21	166	199	199	388	973
ราชบุรี	0	352	359	359	489	1,559
ลพบุรี	0	47	18	18	331	414
ลำปาง	33	829	1,011	1,011	1,458	4,342
เลย	17	517	684	684	1,196	3,098
ศรีสะเกษ	76	7,559	3,870	3,870	7,666	23,041
สกลนคร	23	776	887	887	1,010	3,583
สงขลา	136	488	241	241	933	2,039
สมุทรปราการ	0	56	84	84	67	291
สระแก้ว	13	1,662	1,567	1,567	1,082	5,891
สระบุรี	7	178	14	14	289	502
สุราษฎร์ธานี	1	548	234	234	3,968	4,985
สุรินทร์	31	2,456	2,909	2,909	3,724	12,029
หนองคาย	22	623	758	758	1,809	3,970
อ่างทอง	4	379	205	205	361	1,154
อุดรธานี	22	1,328	1,109	1,109	2,008	5,576
อุตรดิตถ์	1	468	522	522	813	2,326
อุทัยธานี	1	728	228	228	845	2,030
อุบลราชธานี	191	426	720	720	928	2,985

การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

โดย

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์การใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในระบบข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานอนามัยทั่วประเทศ

รชนี จันทรเกษม ดร.วิชัย จันทรภักดีวัฒน์ นพ.ประพนธ์ เกตุรากาศ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายด้านระบบข้อมูลข่าวสาร โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นคลังข้อมูลในระดับจังหวัด ที่เก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และส่งข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม และ 12 แฟ้ม โดยมีรายละเอียดและข้อกำหนดที่ต้องปฏิบัติให้ส่วนกลาง โดยข้อมูลดังกล่าวได้ถูกนำไปประมวลผลในภาพรวม เพื่อแสดงข้อมูลสถานะสุขภาพของประเทศไทยเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการสาธารณสุขด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ตลอดจนเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้ต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ (<http://healthdata.moph.go.th>) เพื่อสนับสนุนนโยบาย E-Government ของรัฐบาล

ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในสถานอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลในแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้มของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นสถานการณ์ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรที่สำคัญของสถานอนามัยที่ต้องการวิเคราะห์เพื่อการใช้ประโยชน์ในการวางแผน การกำหนดนโยบาย ร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะงานด้านการพัฒนาไทยและยาสมุนไพรตามยุทธศาสตร์ 4 ของแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2550-2554 ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จึงขอข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในแฟ้มที่ 9 เรื่องการให้เวชภัณฑ์แก่ผู้ที่มารับบริการ ทั่วประเทศ ประกอบด้วย สถานที่ตั้ง (ระบุชื่อสถานที่ อำเภอและจังหวัด) รหัสยาแผนไทยหรือยาสมุนไพร จำนวนการใช้ และราคาทุน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในสถานอนามัยทั่วประเทศในครั้งนี้

บทความนี้เป็นผลจากการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม ในหัวข้อมการใช้ยาสมุนไพรในแฟ้มที่ 9 เรื่องการให้เวชภัณฑ์แก่ผู้ที่มารับบริการทั่วประเทศ (ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 มิถุนายน 2552) จากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อมูลจำนวน 278,571 รายการ มาเป็นข้อมูลในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในสถานอนามัย 75 จังหวัด ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ไม่มีข้อมูลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

พิษณุโลก หนองคาย เลย ตราด ลพบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี อ่างทอง และสมุทรสาคร เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงานและพัฒนาระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน รวมถึงการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. ศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์ ภาพรวมของการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในระดับสถานีนอนามัย จากฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัย ในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม (ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 มิถุนายน 2552) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นำเสนอแนวทางต่อการพัฒนาระบบข้อมูล การวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ แนวทางนโยบายการพัฒนาฐานข้อมูลการใช้ยาไทยและสมุนไพร

วิธีการศึกษา

1. ใช้ข้อมูลของฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม (ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 มิถุนายน 2552) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นไฟล์ข้อมูล text file สกุล cvs ในการศึกษา
2. ใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2003, Microsoft Access 2003 ตรวจสอบข้อมูล ปรับปรุงข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและไม่ถูกต้อง พบว่า ไม่มีข้อมูลในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก หนองคาย เลย ตราด ลพบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี อ่างทอง และสมุทรสาคร
3. พัฒนารายงานสถานการณ์ในภาพรวม และใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2003 วิเคราะห์ค่าสถิติและสร้างกราฟประเด็นรายละเอียดมูลค่า การกระจาย และชนิดยาไทย ยาสมุนไพร

รายละเอียดรหัสยาและรูปแบบยาของฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล

DR_DID (รหัสยา)	DR_NAME (ชื่อยา)	DR_PACK (ขนาดบรรจุ)	DR_UNIT (หน่วย)	DR_USAGE (รูปแบบการใช้)
9001	ประสะไพล	60	CAP	แคปซูล
9002	ยาหอมเทพจิตร			ยาผง ยาเม็ด
9003	ยาหอมนวโกฐ			ยาผง ยาเม็ด
9004	ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง			ยาเม็ด
9005	ยาธาตุบรรจบ			ยาผง ยาเม็ด ลูกกลอน
9006	ยาประสะกานพลู			ยาผง

DR_DID (รหัสยา)	DR_NAME (ชื่อยา)	DR_PACK (ขนาดบรรจุ)	DR_UNIT (หน่วย)	DR_USAGE (รูปแบบการใช้)
9007	ยาเหลืองปิดสมุทร			ยาเม็ด
9008	ยาประสะไพล			ยาผง
9009	ยาแก้ไอหำราก			ยาผง ยาเม็ด
9010	ยาเขียวหอม			ยาผง ยาเม็ด
9011	ยาประสะมะแว้ง			ยาเม็ด
9012	ขมิ้นชัน			ยาแคปซูล
9013	ขิง			ยาแคปซูล ยาผง
9014	ชุมเห็ดเทศ			ยาผง
9015	ฟ้าทะลายโจร			ยาแคปซูล ยาเม็ด
9016	ฟ้าทะลายโจร			ยาแคปซูล ยาเม็ด
9017	บัวบก			ยาครีม
9018	พญายอ			ยาครีม ยาโลชั่น
9019	พริก			ยาเจล
9020	ไพล			ยาครีม
9xxx	ไม่มีการระบุ	ไม่มีการระบุ	ไม่มีการระบุ	ไม่มีการระบุ

หมายเหตุ สถานื่อนามัยสามารถออกรหัสยาไทย/ยาสมุนไพร ที่ขึ้นต้นด้วย 9xxx ได้ ด้วยเหตุนี้ รหัสยาที่สถานบริการนั้นๆ ออกรหัสให้ จึงไม่สามารถระบุชื่อยาได้เนื่องจากไม่มี รหัส ชื่อยาใน ส่วนกลาง

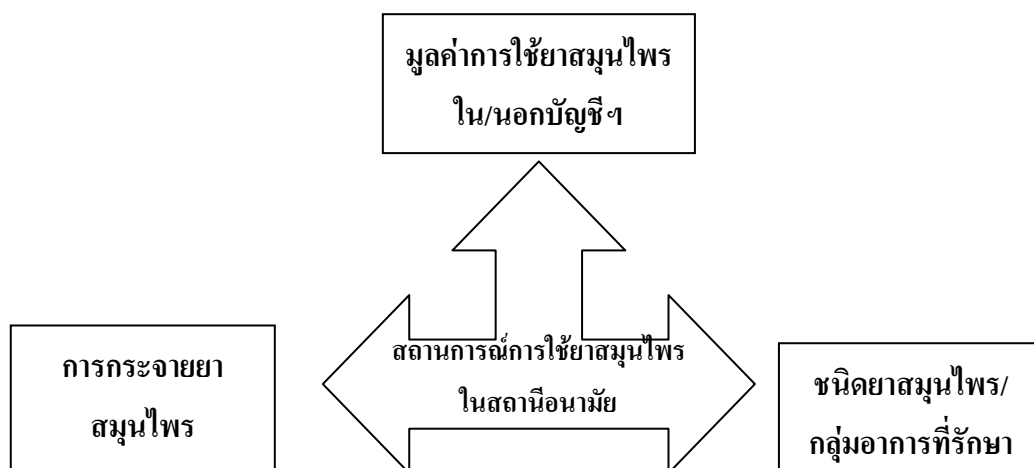
ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์

- **จังหวัดและภาค** : เป็นฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้มของสถานอนามัยในส่วนภูมิภาค 75 จังหวัด โดยแบ่งเป็น 4 ภูมิภาค
 - **ภาคเหนือ** ประกอบด้วย กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตากนครสวรรค์น่านพะเยา พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูนสุโขทัยอุตรดิตถ์ อุทัยธานี
 - **ภาคอีสาน** ประกอบด้วย กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมาบุรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด เลย ศรีสะเกษ สกลนครสุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อำนาจเจริญอุดรธานี อุบลราชธานี

- **ภาคกลาง** ประกอบด้วย กาญจนบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ชัยนาท ตราด นครนายก นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี อยุธยา เพชรบุรี ระยอง ราชบุรี ลพบุรี สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรีอ่างทอง
- **ภาคใต้** ประกอบด้วย กระบี่ ชุมพร ตรัง นครศรีธรรมราช นราธิวาส ปัตตานี พังงา พัทลุง ภูเก็ต ยะลา ระนอง สงขลา สตูล สุราษฎร์ธานี

- มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ประเภทและชนิดยาสมุนไพร
- กลุ่มอาการที่ใช้รักษา

แนวทางการนำเสนอผลการศึกษา



ผลการศึกษา สถานการณ์และแนวโน้มข้อมูลการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในระบบข้อมูล 18 แฟ้มของสถานอนามัยในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 การกระจายยาไทยและยาสมุนไพร

การกระจายการบริการการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในระบบข้อมูล 18 แฟ้มของสถานอนามัยและพื้นที่ทั่วประเทศ จำนวน 9,763 แห่ง พบว่า มีข้อมูลการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพร 1,651 แห่ง (ร้อยละ 16.91) โดยกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 30.25) รองลงมาเป็นภาคกลาง (ร้อยละ 11.30) ภาคเหนือ (ร้อยละ 9.38) และน้อยที่สุดที่ภาคใต้ (ร้อยละ 6.89)

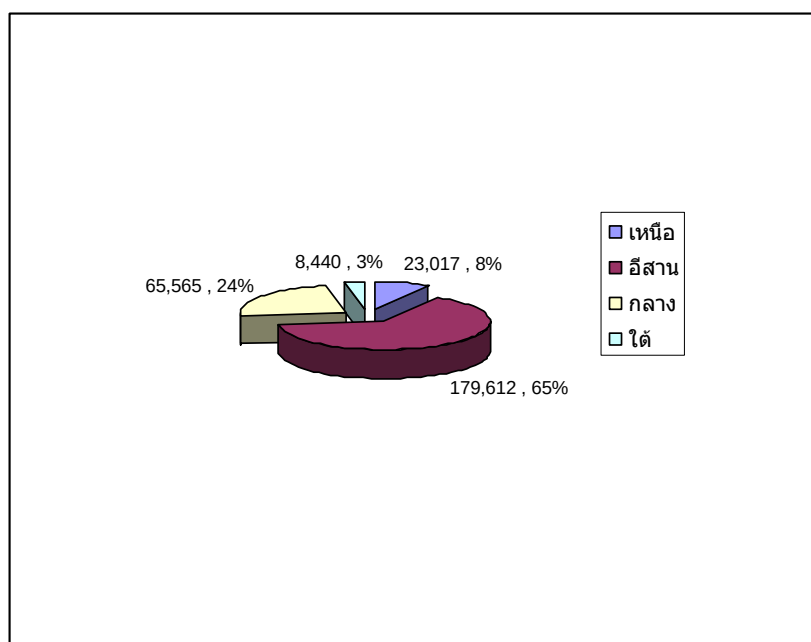
จำนวนผู้รับบริการฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้รับบริการสูงสุด (ร้อยละ 64.93) รองลงมาเป็นภาคกลาง (ร้อยละ 23.70) ภาคเหนือ (ร้อยละ 8.32) และภาคใต้ต่ำสุด (ร้อยละ 3.05) ส่วนอัตราส่วนผู้รับบริการที่ใช้ยาสมุนไพรต่อสถานบริการพบว่า ภาคกลางสูงสุด มีอัตราส่วน 226.87 รายต่อแห่ง ในขณะที่ภาคใต้ต่ำสุด ในอัตราส่วน 81.15 รายต่อแห่ง (ตาราง 1, แผนภูมิ 1)

ตาราง 1 การกระจายการบริการการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในระบบข้อมูล 18 แฟ้มของสถานอนามัย 1,651 แห่ง จำแนกรายภาค

ภูมิภาค	จำนวนแห่ง (ร้อยละ)	จน.กรอกข้อมูลแห่ง (ร้อยละการกระจาย)	จน.ผู้รับบริการ (ราย)	อัตราส่วน ผู้รับบริการ:สถาน บริการ
เหนือ	2,229 (22.83)	209 (9.38)	23,017 (8.32)	110.13
อีสาน	3,468 (35.52)	1,049 (30.25)	179,612 (64.93)	171.22
กลาง	2,557 (26.19)	289 (11.30)	65,565 (23.70)	226.87
ใต้	1,509 (15.46)	104 (6.89)	8,440 (3.05)	81.15
รวม	9,763 (100.00)	1,651 (16.91)	276,634 (100.00)	167.56

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิ 1 จำนวนผู้รับบริการการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรของสถานอนามัย จำแนกตามภูมิภาค



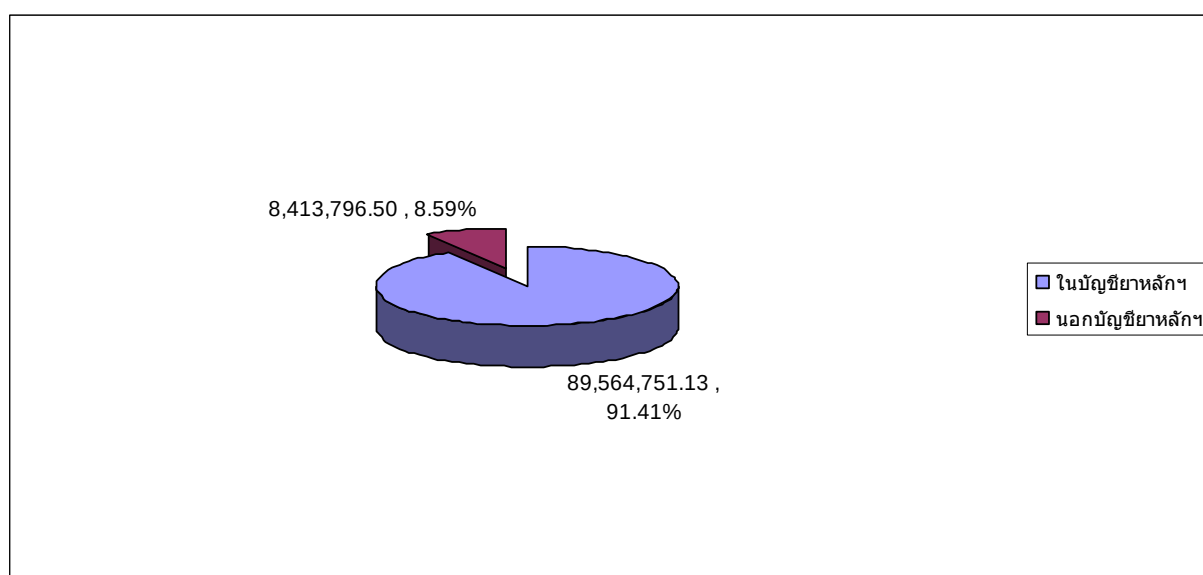
แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 มูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพร

ข้อมูลการใช้ยาจากสมุนไพรในการให้บริการการแพทย์แผนไทยของสถานื่อนามัยและพีชียู พบว่า มีการใช้ยาจากสมุนไพรใน "บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549" ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 มีจำนวน 19 รายการ ประกอบด้วยยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งเป็นตำรับยาเดี่ยว จำนวน 8 รายการ คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ไพล พญายอ ชุมเห็ดเทศ ขิง พริก บัวบก และเป็นยาแผนไทย ซึ่งเป็นยาตำรับจำนวน 11 รายการ คือ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุนครบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร ยาประสะไพล ยาแก้ไข้ห้ารอก ยาเขียวหอม ยาจันทร์ลีลา และ ยาประสะมะแว้ง ส่วนรหัสยาไทยของฐานข้อมูลมีจำนวน 10 ตำรับ โดยยาจันทร์ลีลาไม่มีรหัสยา และรายการยาที่นอกเหนือจาก 19 รายการนี้ถือเป็นยาสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามูลค่ารวมการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรใน/ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ล้านบาท) พบว่า มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักมีมากถึง 89.56 ล้าน หรือ ร้อยละ 91.41 และมูลค่าการใช้ยาไทยฯ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีมูลค่า 8.41 ล้านบาท หรือร้อยละ 8.59 (แผนภูมิ 2) หรือมีอัตราส่วนการใช้ยาในต่อนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ประมาณ 11:1

แผนภูมิ 2 มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานื่อนามัย 1,651 แห่ง



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

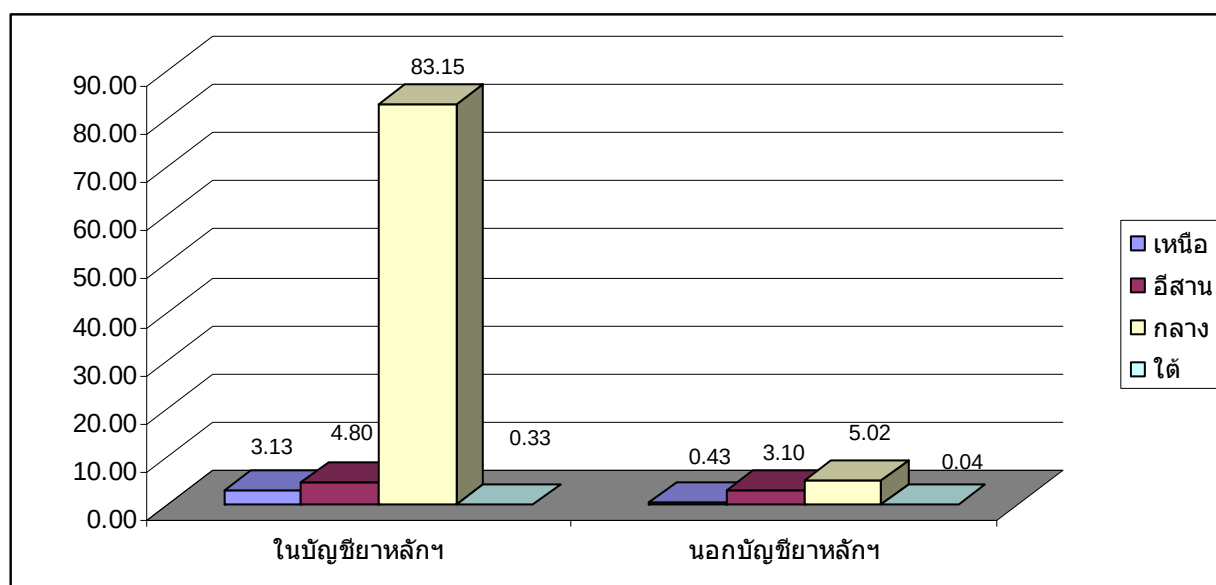
เมื่อนำมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรใน/ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานื่อนามัย มาจำแนกรายภาค พบว่า ภาคกลางมีมูลค่าการใช้ยาไทยฯ สูงสุดทั้ง 2 ส่วน 86.39 ล้านบาท หรือร้อยละ 88.18 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด โดยแยกเป็น ในบัญชียาหลักแห่งชาติ 81.47 ล้าน (ร้อยละ 83.15) และ ยาไทยนอกบัญชียาหลักฯ 4.92 ล้าน (ร้อยละ 5.02) รองลงมาเป็นภาคอีสาน รวมมูลค่าการใช้ยาทั้ง 2 ส่วน 7.74 ล้าน (ร้อยละ 7.90) (ตาราง 2, แผนภูมิ 3)

ตาราง 2 มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรใน/ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานื่อนามัย
1,651 แห่ง จำแนกรายภาค

ภูมิภาค (แห่ง)	มูลค่าในบัญชียาฯ ล้านบาท (ร้อยละ)	มูลค่านอกบัญชียาฯ ล้านบาท (ร้อยละ)	รวม
เหนือ	3,063,740.70 (3.13)	416,521.68(0.43)	3,480,262.38 (3.55)
อีสาน	4,704,467.21 (4.80)	3,037,190.11(3.10)	7,741,657.32 (7.90)
กลาง	81,473,146.26 (83.15)	4,922,218.16 (5.02)	86,395,364.42 (88.18)
ใต้	323,396.96 (0.33)	37,866.55 (0.04)	361,263.51 (0.37)
รวม	89,564,751.13 (91.41)	8,413,796.50 (8.59)	97,978,547.63 (100)

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

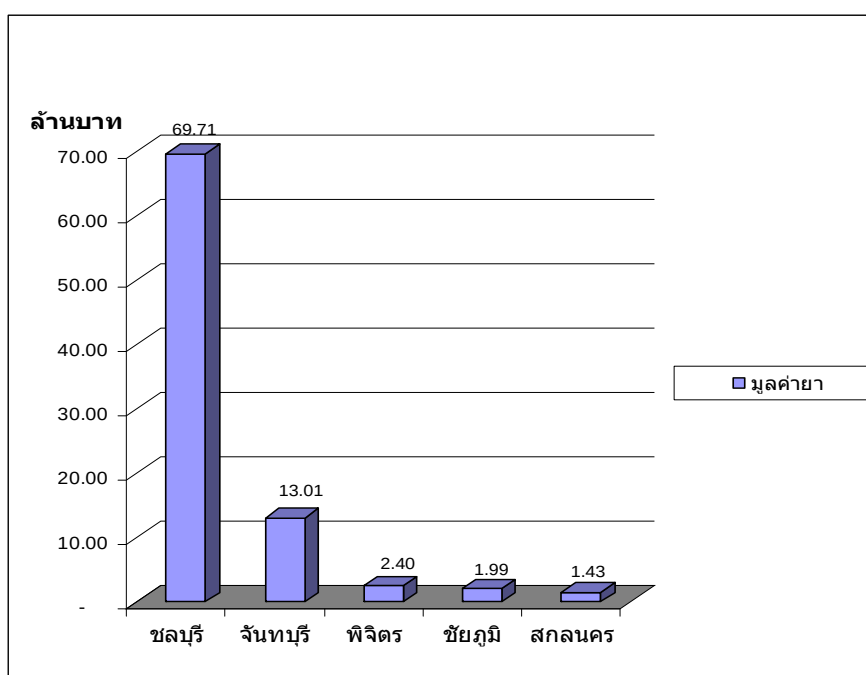
แผนภูมิ 3 มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรใน/ นอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานื่อนามัย
1,651 แห่ง จำแนกรายภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรทั้งใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระดับจังหวัด 5 จังหวัดที่มีการใช้สูงสุด พบว่า จังหวัดชลบุรีมีมูลค่าการใช้ยาไทยฯ มากที่สุด 69.71 ล้านบาทของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด รองลงมาเป็นจังหวัดจันทบุรี 13.01 ล้านบาท พิจิตร 2.40 ล้านบาท ชัยภูมิ 1.99 ล้านบาท และสกลนคร 1.43 ล้านบาทของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ตามลำดับ (แผนภูมิ 4)

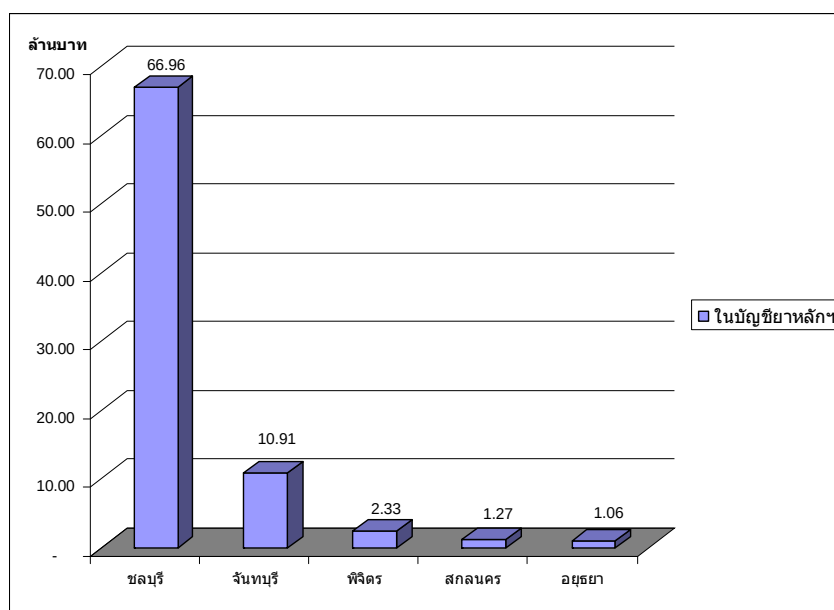
แผนภูมิ 4 5 อันดับแรก (จังหวัด) ที่มีมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรมากที่สุด



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาเฉพาะการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดชลบุรีมีมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรฯ สูงสุด 66.96 ล้านบาท ของมูลค่าทั้งหมดของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รองลงมาเป็นจังหวัดจันทบุรี 10.91 ล้านบาท และพิจิตร 2.33 ล้านบาท ของมูลค่าทั้งหมดของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามลำดับ (แผนภูมิ 5)

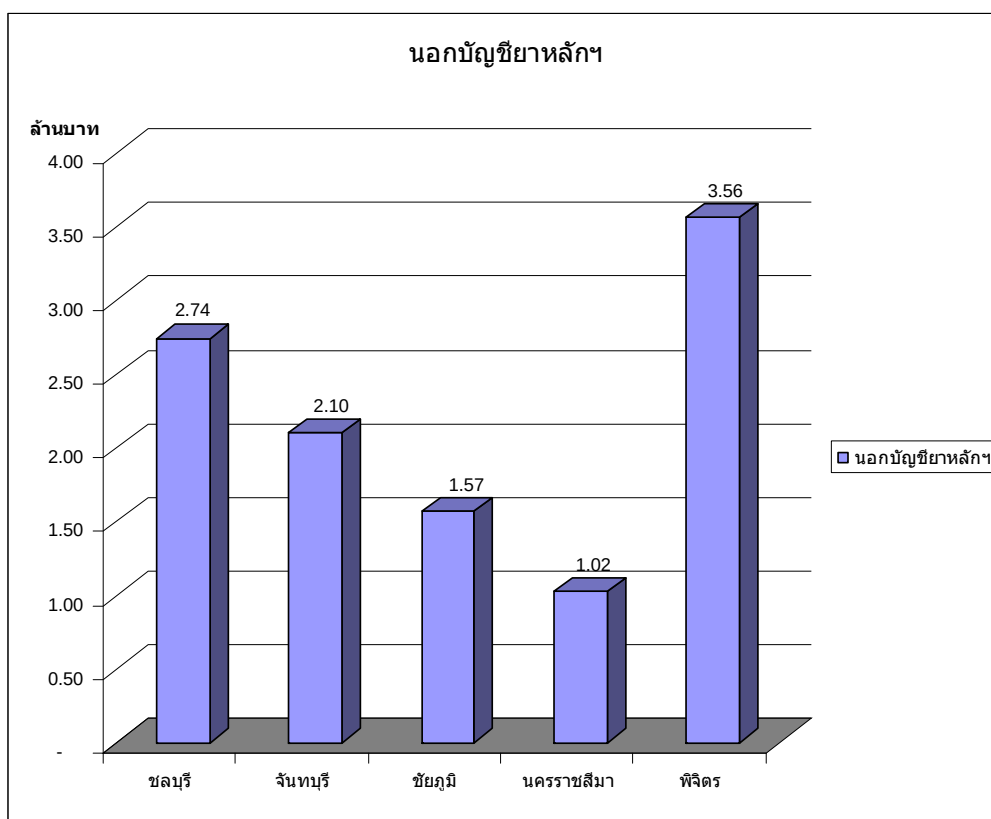
แผนภูมิ 5 อันดับแรก (จังหวัด) ที่มีมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุด



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรเฉพาะนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดชลบุรีมีมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรฯ สูงสุด 3.56 ล้านบาทของมูลค่าการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รองลงมาเป็นจังหวัดจันทบุรี 2.10 ล้านบาท และชัยภูมิ 1.57 ล้านบาท ของมูลค่าการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามลำดับ (แผนภูมิ 6)

แผนภูมิ 6 5 อันดับแรก (จังหวัด) ที่มีมูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรนอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุด



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

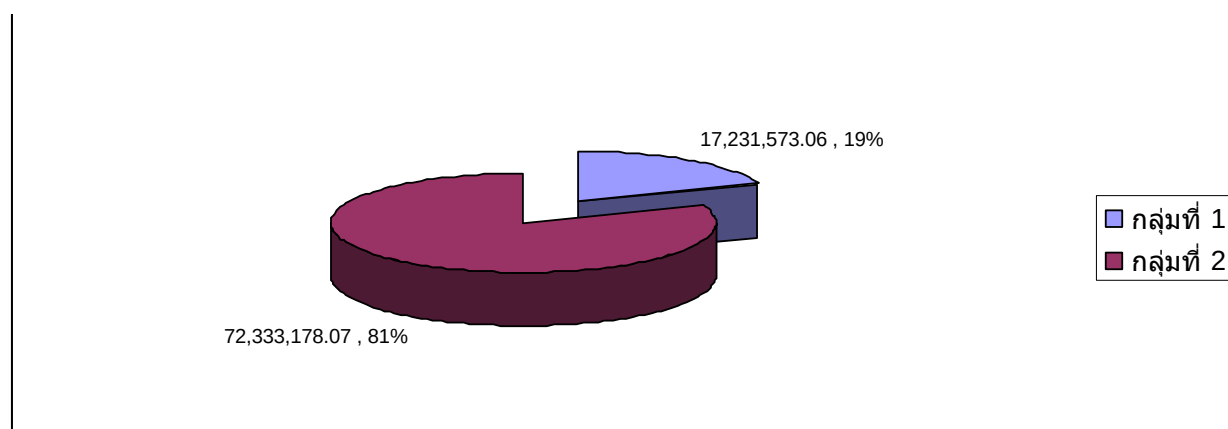
ส่วนที่ 3 ชนิดยาไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติกับกลุ่มอาการที่รักษา

การใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยของสถานื่อนามัย สามารถแบ่งได้ เป็น 2 กลุ่มอาการที่รักษา ประกอบด้วย **กลุ่มที่ 1 บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม เป็นยาแผนไทย** ซึ่งเป็นยาดำรับ มีจำนวน 11 รายการใน 5 กลุ่มอาการ 1) ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ 2) ยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร 3) ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้แก่ ยาประสะไพล 4) ยาแก้ไข้ ได้แก่ ยาแก้ไข้ห้าราก ยาเขียวหอม ยาจันทร์ลีลา (ไม่มีรหัสยา) และ 5) ยาแก้ไอและขับเสมหะ คือ ยาประสะมะแว้ง

กลุ่มที่ 2 บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร เป็นยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งเป็นยาเดี่ยว จำนวน 8 รายการใน 4 กลุ่มอาการ 1) ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ขมิ้นชัน ขิง ชุมเห็ดเทศ ฟ้ายะลวยโจร 2) ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจ คือ ฟ้ายะลวยโจร 3) ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนัง ได้แก่ บัวบก พญาขอ 4) ยาใช้ภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบ ได้แก่ พริก ใพล

จากการวิเคราะห์มูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในบัญชียาหลักฯ ของสถานื่อนามัย จำแนกตามกลุ่มบัญชียาหลักแห่งชาติ 2 กลุ่ม พบว่า มูลค่าการใช้ยาไทยฯ กลุ่มที่ 1 บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม เป็นยาแผนไทย ซึ่งเป็นยาตำรับเป็นส่วนข้างมาก 72.33 ล้านบาท ร้อยละ 81 ของมูลค่าการใช้ยาไทยในบัญชียาหลักฯ และกลุ่มที่ 2 บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร เป็นยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งเป็นยาเดี่ยวประมาณร้อยละ 19 (แผนภูมิ 7)

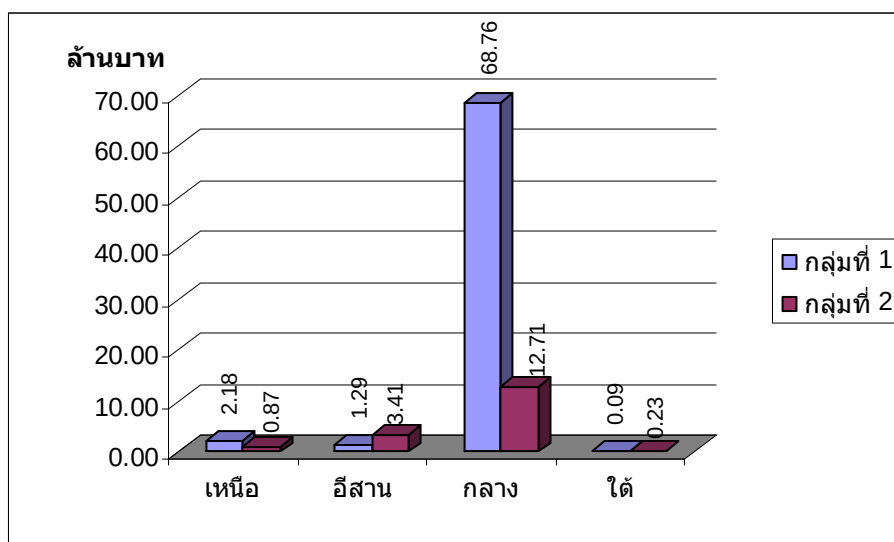
แผนภูมิ 7 มูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในสถานื่อนามัย 1,651 แห่ง จำแนกตามกลุ่มบัญชียาหลักฯ



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มูลค่าการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในการบริการของสถานื่อนามัยจำแนกตามกลุ่มบัญชียาหลักแห่งชาติ 2 กลุ่ม และจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคที่มีการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรมากที่สุด คือ ภาคกลางมีมูลค่าการใช้ยาไทยฯ มากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่ 1** บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม เป็นยาตำรับมาก ถึง 68.76 ล้านบาท ของมูลค่าการใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งหมด และ**กลุ่มที่ 2** บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร เป็นยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งเป็นยาเดี่ยว 13.00 ล้านบาท (แผนภูมิ 8)

แผนภูมิ 8 มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักๆ กลุ่มที่ 1 ยาตำรับ และกลุ่มที่ 2 ยาเดี่ยว
ในสถานื่อนามัย จำแนกตามภูมิภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อจำแนกมูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในการให้บริการของสถานื่อนามัย ตามยารักษากลุ่มอาการในระบบต่างๆ 8 ระบบและจำแนกตาม จะเห็นได้ว่า ภาคกลางมีมูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมากที่สุด มากกว่า 81.47 ล้านบาท (ร้อยละ 90.88) (ตาราง 3) ซึ่งจังหวัดที่มีการใช้ยาไทยๆ มากที่สุด คือ จังหวัดชลบุรี มากกว่า 66.96 ล้านบาท (แผนภูมิ 5)

การใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่ามีการใช้รักษาในกลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยาถ่ายดีเกลิอ์ฝรั่งเศส ยาธาตุนครจับ ยาประสะกานพลู ยาเหลียงปิดสมุทร มีมูลค่ามากกว่า 35.36 ล้านบาท รองลงมาในกลุ่มอาการทางทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คือ ยาประสะไพล มีมูลค่ามากกว่า 34.45 ล้านบาท กลุ่มอาการของระบบผิวหนัง ได้แก่ บัวบก พญายอ มีมูลค่ามากกว่า 10.70 ล้านบาท กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ คือ ฟ้าทะลายโจร มีมูลค่ามากกว่า 2.06 ล้านบาท และระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ มีมูลค่ามากกว่า 3.10 ล้านบาท ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 มูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรการให้บริการของสถานเอนามัย จำแนกตามยารักษากลุ่ม
อาการและภูมิภาค

กลุ่มอาการ/ ภูมิภาค	เหนือ ล้านบาท (ร้อยละ)	อีสาน ล้านบาท (ร้อยละ)	กลาง ล้านบาท (ร้อยละ)	ใต้ ล้านบาท (ร้อยละ)	รวม ล้านบาท (ร้อยละ)
ระบบไหลเวียน โลหิต	813,109.12 (26.21)	115,165.29 (3.71)	2,172,360.63 (70.03)	1,480.00 (0.05)	3,102,115.04 (100.00)
ระบบทางเดิน อาหาร**	1,020,193.86 (2.88)	1,993,264.35 (5.64)	32,220,386.58 (91.11)	131,208.69 (0.37)	35,365,053.48 (100.00)
ระบบทางเดิน หายใจ	352,432.51 (17.09)	1,061,547.09 (51.47)	588,303.90 (28.53)	59,996.69 (2.91)	2,062,280.19 (100.00)
ระบบผิวหนัง	25,222.17 (0.24)	75,035.41 (0.70)	10,596,686.50 (98.96)	11,124.00 (0.10)	10,708,068.08 (100.00)
อาการทางสูติ-นรี เวชวิทยา	402,287.59 (1.17)	34,488.16 (0.10)	33,999,637.20 (98.68)	17,686.80 (0.05)	34,454,099.75 (100.00)
ยาทาภายนอก บรรเทาอาการ ปวดและอักเสบ	110,864.64 (12.80)	492,958.29 (56.93)	223,812.67 (25.85)	38,211.00 (4.41)	865,846.60 (100.00)
แก้ไข้	279,695.50 (17.96)	56,720.72 (3.64)	1,220,773.10 (78.39)	20.00 (0.00)	1,557,209.31 (100.00)
แก้ไอและขับ เสมหะ	146,696.81 (9.55)	875,287.90 (56.95)	451,185.68 (29.36)	63,669.78 (4.14)	1,536,840.17 (100.00)
รวม	3,150,502.20 (3.51)	4,704,467.21 (5.25)	81,473,146.26 (90.88)	323,396.96 (0.36)	89,651,512.63 (100.00)

** หมายถึง ยาระบบทางเดินอาหาร ไม่รวม ฟัทะลายโจร

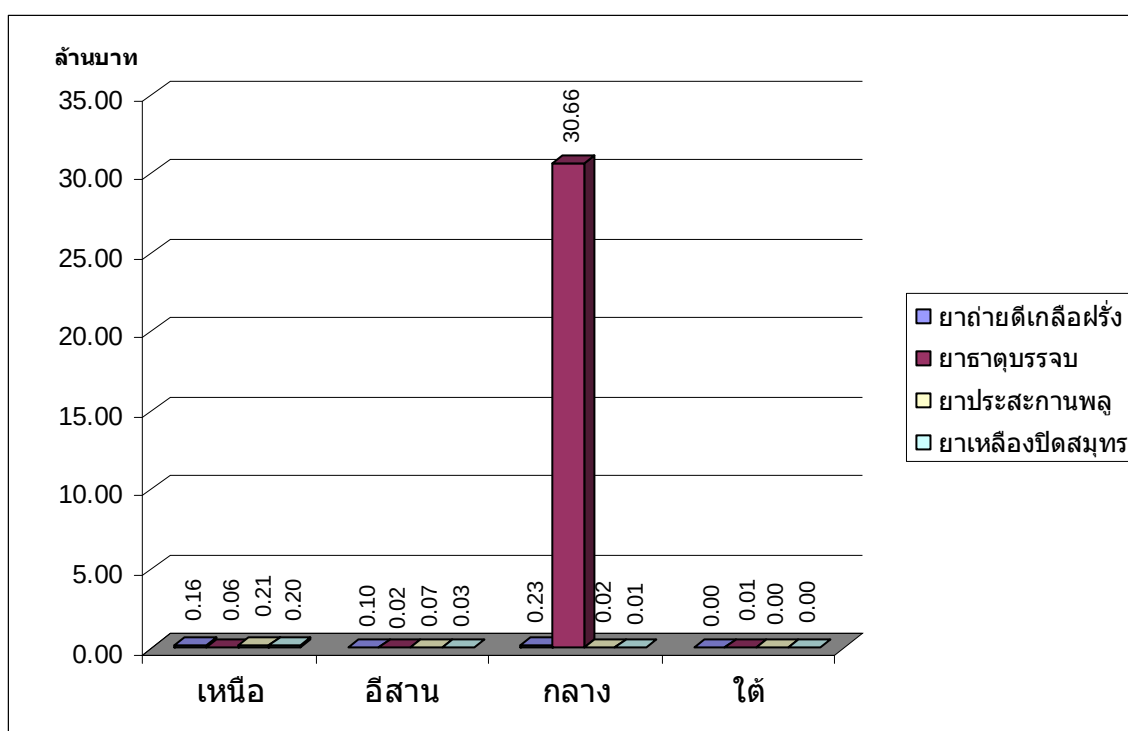
แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์ชนิดของยาที่ใช้ รักษากลุ่มอาการทั้ง 8 ระบบ ที่มีมูลค่าการใช้ยาไทยฯ สูงสุด 5 อันดับแรก อันดับที่ 1 ยากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร ที่เป็นยาตำรับ ได้แก่ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาระบายบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร (แผนภูมิ 9) และเป็นยาเดี่ยว ได้แก่ ขมิ้นชัน ขิง ชุมเห็ดเทศ โดยไม่รวมฟัทะลายโจร (แผนภูมิ 10) อันดับที่ 2 ยารักษาอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้แก่ ประสะไพล (แผนภูมิ 11) อันดับที่ 3 ยารักษาอาการของระบบผิวหนัง ได้แก่ บัวบก พญาขอ (ตาราง 5, แผนภูมิ 12) อันดับที่ 4 ยารักษาอาการของระบบทางเดินหายใจ คือ ฟัทะลายโจร (แผนภูมิ 13) และอันดับที่ 5 ยาแก้ไข้ ได้แก่ ยาแก้ไข้ห้าราก ยาเขียวหอม (แผนภูมิ 14)

อันดับที่ 1 ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร มีความนิยมใช้ในการรักษากลุ่มอาการนี้มีมูลค่ารวมใน 4 ภูมิภาคมากกว่า 35.36 ล้านบาท ประกอบด้วยยาตำรับ 4 ตำรับ (ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร) มูลค่ามากกว่า 31.76 ล้านบาท โดยมีการใช้ยาตำรับนี้มากในภาคกลาง มูลค่า 30.91 ล้านบาทหรือร้อยละ 97.32 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดของกลุ่มนี้ รองลงมาภาคเหนือ มูลค่า 0.62 ล้านบาท (ตาราง 4) ซึ่งใน 4 ตำรับนี้ยาที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ยาธาตุบรรจบมีมูลค่า 30.66 ล้านบาท ซึ่งพบได้ในภาคกลาง (แผนภูมิ 9)

แผนภูมิ 9 มูลค่าการใช้ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหารเป็นยาตำรับที่ให้บริการของสถานีนามัย จำแนกตามภูมิภาค

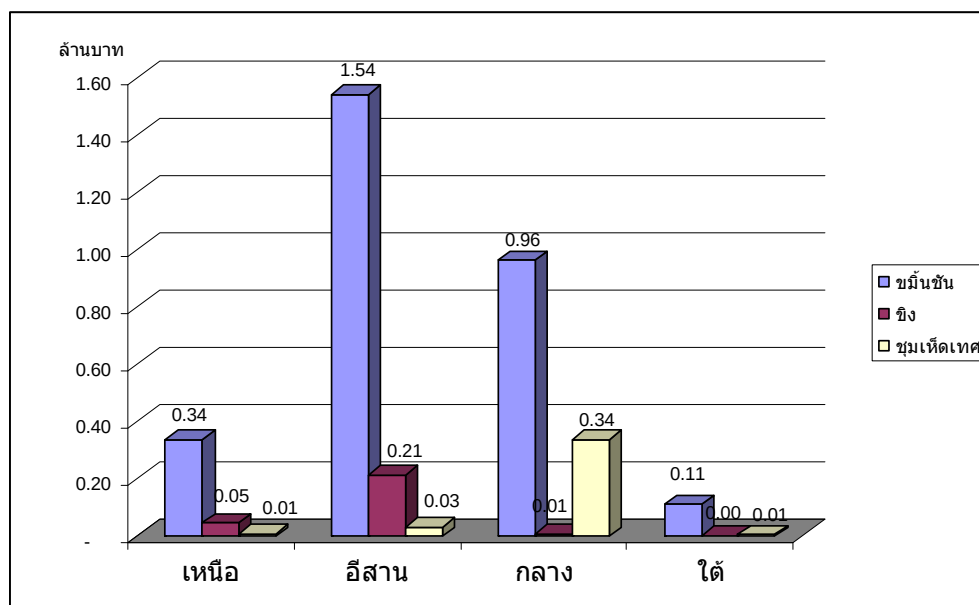


**หมายเหตุ ยาระบบทางเดินอาหาร ไม่รวม ฟัาทะลายโจร

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนยาจากสมุนไพรเดี่ยว 3 ชนิด ได้แก่ ขมิ้นชัน ขิง ขุมเห็ดเทศ โดยไม่รวมฟ้าทะลายโจร มูลค่ารวมรวมใน 4 ภูมิภาคมากกว่า 3.59 ล้านบาท มีการใช้ยาจากสมุนไพรเดี่ยวมาก ในภาคอีสาน มูลค่า 1.78 ล้านบาท ร้อยละ 49.60 ของมูลค่าการใช้ยาเดี่ยวในกลุ่มนี้ รองลงมาภาคกลาง มูลค่า 1.30 ล้านบาท (ตาราง 4) ซึ่งยาจากสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดข้างต้น ขมิ้นชันเป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุดในภาคอีสานมีมูลค่า 1.53 ล้านบาท รองลงมาเป็นภาคกลาง และภาคเหนือ มูลค่า 0.96, 0.33 ล้านบาท ตามลำดับ (แผนภูมิ 10)

แผนภูมิ 10 มูลค่าการใช้ยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหารเป็นยาเดี่ยวที่ให้บริการของ
สถานอนามัย จำแนกตามภูมิภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการจำแนกชนิดของการใช้ยาไทยกลุ่มระบบทางเดินอาหารตามภูมิภาค พบว่ามีความนิยมใช้ยาตำรับมากกว่ายาเดี่ยว โดยในยาตำรับยาธาตุบรรจบ เป็นอาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อ มีความนิยมใช้สูงสุด มูลค่า 30.74 ล้านบาทหรือร้อยละ 96.79 ของมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มนี้ ซึ่งใช้ในภาคกลางมากที่สุด 30.65 ล้านบาท หรือ ร้อยละ 99.70 ของการใช้ยาทั้ง 4 ภาค รองลงมาเป็นยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ซึ่งรักษาอาการท้องผูก มูลค่า 0.48 ล้านบาท ใช้มากในภาคกลาง มูลค่า 0.23 ล้านบาท และภาคเหนือ มูลค่า 0.16 ของการใช้ยาคัดนี้ในทุกภาค ยาเหลืองปิดสมุทร รักษาอาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อ และยาประสะกานพลู รักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ มูลค่า 0.41 ล้านบาท (ตาราง 4)

จากการพิจารณาในแต่ละภูมิภาค พบว่ามีการใช้ยาไทยในภาคกลางมากที่สุด โดยมีการใช้ยาธาตุบรรจบมากที่สุด มูลค่า 30.65 ล้านบาท หรือร้อยละ 99.70 ของการยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ทั้งหมดในภาคกลาง สะท้อนให้เห็นว่าภาคกลางนิยมใช้ยาตำรับในการบรรเทาอาการอุจจาระธาตุพิการ รักษาอาการท้องเสียที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่มีมูก หรือมีเลือดปนและท้องเสียชนิดไม่มีไข้ ในขณะที่ภาคเหนือมีการใช้ยาเหลืองปิดสมุทร และยาดีเกลือฝรั่งมากที่สุด ร้อยละ 40.32 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดยาในภาค ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาคเหนือนิยมรักษาอาการท้องผูกด้วยยาตำรับนี้ (ตาราง 4)

ในกรณียาเดี่ยว พบว่า มีการใช้ยาขมื่นชั้น รักษาจุลเสียด ท้องอืดท้องเฟ้อ มากที่สุด มูลค่า 2.94 ล้านบาท หรือร้อยละ 81.95 ของมูลค่าของการใช้ยาเดี่ยวทั้งหมด รองลงมาใช้ชุมเห็ดเทศ รักษาอาการท้องผูก มูลค่า 0.38 ล้านบาท ร้อยละ 10.65 และขิงรักษาจุลเสียด ท้องอืดท้องเฟ้อ มูลค่า 0.26 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.40 เมื่อพิจารณาในการใช้ยาเดี่ยวแต่ละภาค พบว่า ซึ่งในภาคอีสานมีการใช้ยาขมื่นชั้นมากที่สุด มูลค่า 1.53 ล้านบาท รองลงมาภาคกลางและภาคเหนือมูลค่า 0.96, 0.33 ล้านบาท ตามลำดับ การใช้ยาชุมเห็ดเทศพบว่ามีการใช้สูงสุดในภาคกลางมีมูลค่า 0.33 ล้านบาท (ตาราง 4)

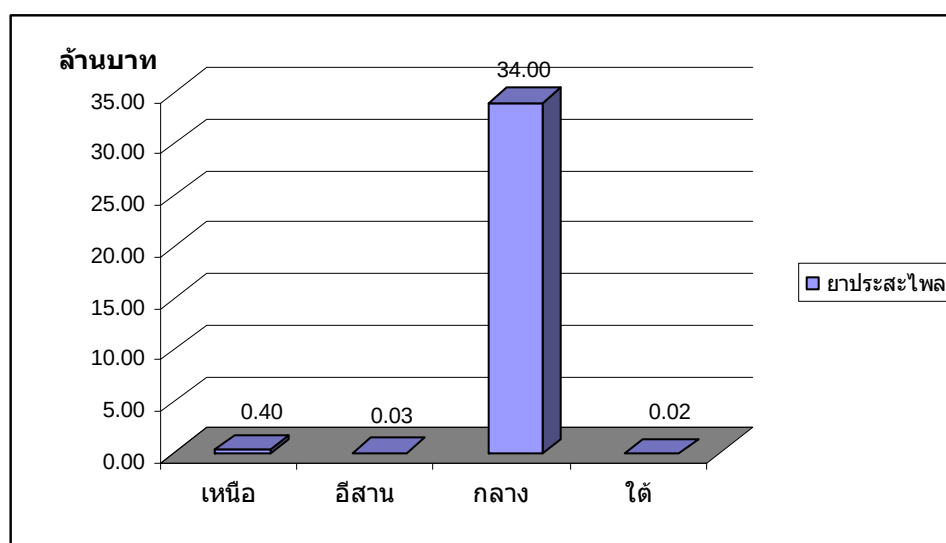
ตาราง 4 มูลค่าการใช้ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหารที่ให้บริการของสถานีอนามัย จำแนกตามชนิดของยาและภูมิภาค

ระบบทางเดินอาหาร / ภูมิภาค	เหนือ ล้านบาท(ร้อยละ)	อีสาน ล้านบาท(ร้อยละ)	กลาง ล้านบาท(ร้อยละ)	ใต้ ล้านบาท(ร้อยละ)	รวม ล้านบาท(ร้อยละ)
ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง	155,784.50 (15.27)	96,946.50 (4.86)	231,938.00 (0.72)	-	484,689.85 (1.37)
ยารักษาบรรจบ	61,877.30 (6.07)	15,872.26 (0.80)	30,657,536.50 (95.15)	13,330.50 (10.16)	30,748,718.57 (86.95)
ยาประสะกานพลู	213,051.80 (20.88)	70,543.50 (3.54)	18,678.12 (0.06)	400.00 (0.30)	302,697.90 (0.86)
ยาเหลืองปิดสมุทร	198,358.70 (19.44)	26,454.46 (1.33)	8,903.15 (0.03)	-	233,737.11 (0.66)
รวมมูลค่ายาตำรับ	629,072.30 (61.66)	209,816.72 (10.53)	30,917,055.77 (95.95)	13,730.50 (10.46)	31,769,843.43 (89.83)
ขมิ้นชัน	335,277.61 (32.86)	1,539,296.42 (77.22)	961,043.20 (2.98)	110,824.29 (84.46)	2,946,554.59 (8.33)
ขิง	46,363.60 (4.54)	211,740.73 (10.62)	6,765.50 (0.02)	1,271.40 (0.97)	266,156.42 (0.75)
ชุมเห็ดเทศ	9,480.35 (0.93)	32,410.48 (1.63)	335,522.11 (1.04)	5,382.50 (4.10)	382,799.04 (1.08)
รวมมูลค่ายาเดี่ยว	391,121.56 (38.34)	1,783,447.63 (89.47)	1,303,330.81 (4.05)	117,478.19 (89.54)	3,595,510.05 (10.17)
รวม	1,020,193.86 (100)	1,993,264.35 (100)	32,220,386.58 (100)	131,208.69 (100)	35,365,353.48 (100)

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค. 51 – 30 มิ.ย. 52) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อันดับที่ 2 ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีมูลค่ารวมใน 4 ภูมิภาคมากกว่า 34.45 ล้านบาท ในบัญชียาหลักแห่งชาติมียาประสะไพล่เพียงชนิดเดียว การใช้ในแต่ละภูมิภาคพบว่าการใช้ยาไทยกลุ่มนี้มากที่สุดในภาคกลาง มูลค่า 34 ล้านบาท ร้อยละ 98.68 รองลงมาภาคเหนือ มูลค่า 0.40 ล้านบาท ร้อยละ 1.17 และภาคอีสาน มูลค่า 0.03 ล้าน ร้อยละ 0.10 (แผนภูมิ 11)

แผนภูมิ 11 มูลค่าการใช้ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาที่ให้บริการของสถานอนามัย จำแนกตามชนิดของยาและภูมิภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

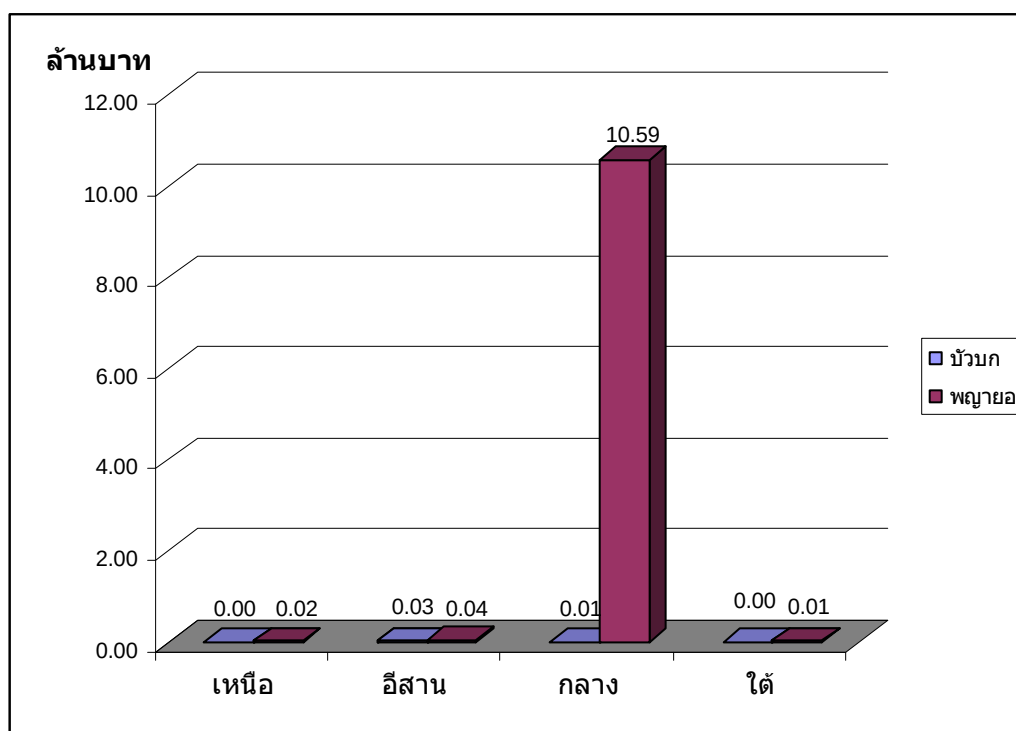
อันดับที่ 3 ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนัง มีมูลค่าใน 4 ภูมิภาคมากกว่า 10.70 ล้านบาท ในบัญชียาหลักแห่งชาติมีการใช้ยาสองชนิด คือ บั๊บก พญาหอ พบว่าภาคกลางมีมูลค่าการใช้พญาหอสูงสุด 10.59 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 99.29 ของการใช้ยาทั้งหมด มีการใช้น้อยในภาคใต้ (ตาราง 5, แผนภูมิ 12)

ตาราง 5 มูลค่าการใช้ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนังที่ให้บริการของสถานอนามัย จำแนกตามภูมิภาค

ระบบผิวหนัง	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้	รวม
บั๊บก	2,830.00	31,316.48	8,815.00	1,148.00	44,109.48
พญาหอ	22,392.17	43,718.93	10,587,871.50	9,976.00	10,663,958.60

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

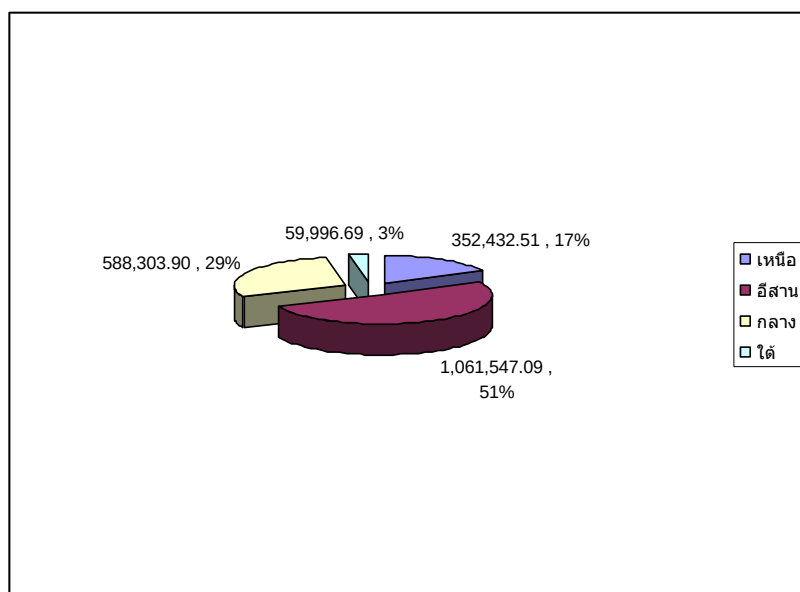
แผนภูมิ 12 มูลค่าการใช้ยารักษากลุ่มอาการของระบบผิวหนังที่ให้บริการของสถานีนามัย
จำแนกตามชนิดของยาและภูมิภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อันดับที่ 4 ยารักษาอาการของระบบทางเดินหายใจ มีมูลค่าใน 4 ภูมิภาคมากกว่า 2.06 ล้านบาท นิยมใช้กันมากในภาคอีสานมูลค่ามากที่สุด 1.06 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 51 รองลงมามีการใช้ยาชนิดนี้ในภาคกลางมีมูลค่า 0.58 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 29 ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการใช้ยาจากสมุนไพรรักษาอาการในกลุ่มนี้อยู่หนึ่งชนิด คือ ฟ้าทะลายโจร (แผนภูมิ 13)

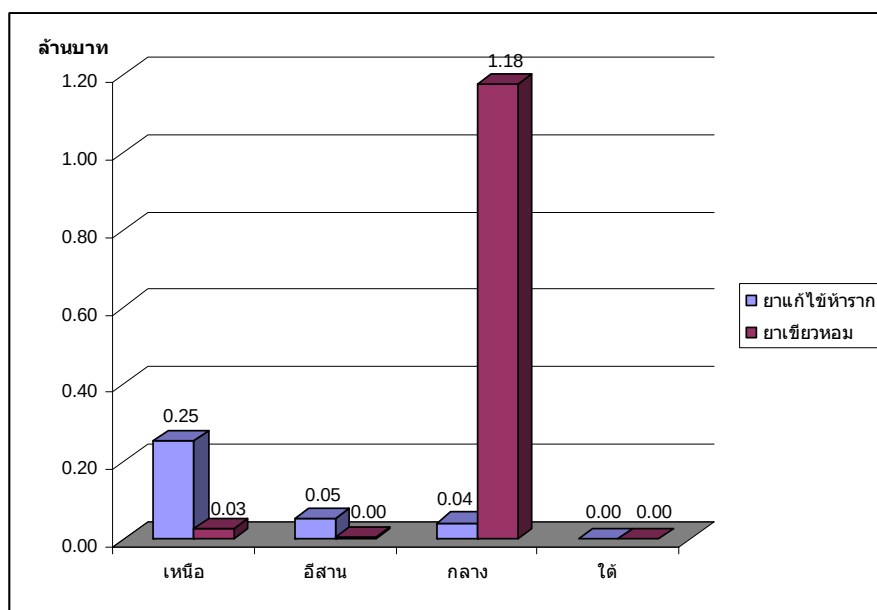
แผนภูมิ 13 มูลค่าการใช้ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจที่ให้บริการของสถานีนอนมัย
จำแนกตามชนิดของยาและภูมิภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อันดับที่ 5 ยาแก้ไอ มีมูลค่าใน 4 ภูมิภาคมากกว่า 1.55 ล้านบาท นิยมใช้กันมากในภาคกลาง
มูลค่ามากที่สุด 1.22 ล้านบาท ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการใช้ยาไทยแก้ไ้อยู่สองชนิด คือ ยาแก้ไอหำ
ราก ยาเขียวหอม พบว่า ยาแก้ไอหำราก เป็นยาที่มีการใช้ในทุกภาคของประเทศ ส่วนยาเขียวหอมเกือบ
ทั้งหมดใช้กันในภาคกลาง ร้อยละ 75.67 (แผนภูมิ 14)

แผนภูมิ 14 มูลค่าการใช้ยาแก้ไข้ที่ให้บริการของสถานเอนามัย จำแนกตามภูมิภาค



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลของประชาชนในพื้นที่ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม) (ณ 1 ต.ค.51-30 มิ.ย.52)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ความนิยมการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรนั้นมีการใช้มากในภาคกลาง และส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 91.41 ส่วนการใช้นอกบัญชียาหลัก ซึ่งทางสถานบริการสามารถออกหัตสยาได้เองและจัดเก็บเข้าในระบบนั้นมีร้อยละ 8.59 ซึ่งควรมีการศึกษาว่าเป็นยาชนิดใดบ้าง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อผลักดันเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติต่อไปในอนาคต ส่วนการใช้ในภูมิภาคอื่นๆ มีการใช้ยาสมุนไพรและยาไทยจำนวนน้อย กล่าวคือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคอีสาน มีการใช้เพียงร้อยละ 11.82 ของการใช้ทั้งหมด ควรมีการศึกษาว่าเป็นเพราะเหตุใด เพื่อนำไปสู่การแก้ไขการส่งเสริมการใช้ยาไทยและยาสมุนไพรต่อไป

ส่วนรูปแบบของยาแต่ละชนิด พบว่า ยารับประทาน เป็นยาบรรจุแคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน หรือเป็นยาผง ขึ้นอยู่กับความนิยมของสถานบริการหรือแหล่งผลิตยา แต่ส่วนใหญ่แล้วก็เป็นรูปแบบยาที่สะดวกใช้และง่ายต่อการสั่งใช้ยา

บรรณานุกรม

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.

ประพจน์ เกตุราภาศ จิราพร ลิ้มปานานนท์ รัชนี จันท์เกษ และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิชาการพิมพ์; 2551.

จิราพร ลิ้มปานานนท์ สุรัตนา อำนวยผล รัชนี จันท์เกษ ประพจน์ เกตุราภาศ วีรพงษ์ เกรียงสินยศ และอรนุช มะนิลา. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.

รัชนี จันท์เกษ ประพจน์ เกตุราภาศ จิราพร ลิ้มปานานนท์. สถานการณ์การบริการและกำลังคนผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ. สถานการณ์การแพทย์พื้นบ้าน แผนไทย ทางเลือก 2551; 2(2): 8 หน้า.

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

1. จากการศึกษาพบว่า การรายงานข้อมูล 18 แฟ้มนี้ พบว่า การกรอกข้อมูลในแฟ้ม 9 การใช้ยาไทยและสมุนไพร เพียง ร้อยละ 16.91 ของสถานื่อนามัยที่รายงาน 9,763 แห่ง ดังนั้นพัฒนาระบบข้อมูลการใช้ยาฯ ต้องเน้นให้สถานบริการสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของสถานบริการของตนเองและนำไปใช้ประโยชน์ ในการสร้างแผนงาน โครงการ การพัฒนาการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพรได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงของพื้นที่ตนเอง จึงจะเป็นการกระตุ้นเกิดการรายงานที่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดได้
2. การปรับรหัสยาแผนปัจจุบันเป็นระบบมาตรฐานสากล 24 หลัก ทำให้รหัสยาสมุนไพรที่มีอยู่ไม่ได้มาตรฐานและส่งผลให้การเก็บข้อมูลการใช้ยาไทย ยาสมุนไพรอาจไม่มีการบันทึกอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอต่อการวิจัย

- * การใช้ยาจากสมุนไพร ควรมีการศึกษาประเด็นผู้สั่งยาจากสมุนไพรและวัตถุประสงค์การใช้เพื่อ
 - การทดแทนยาแผนปัจจุบันในบางกลุ่มอาการ
 - การใช้ยาจากสมุนไพร ตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทย
 เพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์การใช้ยาจากสมุนไพรอย่างแท้จริงเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอทางนโยบาย

1. ควรมีการรายงานข้อมูลภายใต้ระบบข้อมูล 18 แฟ้ม อย่างถูกต้องครบถ้วนและครอบคลุมพื้นที่
2. ควรรีบดำเนินการพัฒนารหัสยาไทยและยาจากสมุนไพรเป็นระบบมาตรฐานสากล 24 หลัก โดยเร็ว เพราะทำให้สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐทั้งโรงพยาบาล สถานีอนามัยไม่สามารถเก็บข้อมูลการสั่งจ่ายยาไทยและยาจากสมุนไพรอย่างเป็นระบบส่งผลกระทบต่อภาระหัตถ์ชีวิต และการส่งเสริมการพัฒนายาไทยและยาจากสมุนไพรของกระทรวงสาธารณสุข
3. ควรประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ข้อมูลและสารสนเทศด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาข้อมูลร่วมกัน