

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการเขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

POTENTIAL FACTORS AFFECTING UTILIZATION OF THAI TRADITIONAL AND
ALTERNATIVE MEDICINE SERVICES UNDER SERVICE HEALTH AREA AMONG
PUBLIC HOSPITAL

ดร. ภาณุ มณฑกา อีร์ชัยสกุล
สำนักงานประเมินมาตรฐานและเทคโนโลยี
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
Health Systems Research Institute (ISRI)



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	i-ii
บทที่ 1: บทนำ	1 - 4
บทที่ 2: ทบทวนวรรณกรรม	5 -12
บทที่ 3: เครื่องมือและวิธีวิจัย	13-15
บทที่ 4: ผลการวิจัย	16-30
บทที่ 5: สรุปและอภิปรายผล	31-36
ภาคผนวก	
แบบเก็บข้อมูล	

ชื่อเรื่องภาษาไทย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการเขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายใต้เขตสุขภาพ มุมมองของผู้ให้บริการ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ: POTENTIAL FACTORS AFFECTING UTILIZATION OF THAI TRADITIONAL AND ALTERNATIVE MEDICINE SERVICES UNDER SERVICE HEALTH AREA AMONG PUBLIC HOSPITALS

บทคัดย่อ

การส่งเสริมและบูรณาการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยมุ่งเน้นการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและยั่งยืนเป็นสิ่งจำเป็น เพราะปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการการแพทย์แผนไทยจัดเป็นบริการพื้นฐานที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญให้ประชาชนไทยพึงได้รับ นอกจากนั้นยังเป็นการนำภูมิปัญญาของชาติมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนเพิ่มศักยภาพให้ประเทศไทยพึ่งตนเองได้ทางด้านสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสะท้อนผ่านจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือนคือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 จากแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด โครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ โดยอาศัยการกระจายและรวบรวมแบบเก็บข้อมูลจากผู้แทนงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกประจำจังหวัด ขนาดตัวอย่างของการศึกษาใช้สูตรคำนวณของทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การหาความสัมพันธ์ใช้ Pearson's Correlation และ Independent t-test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเส้นตรง (Multiple linear regressions) ด้วย enter method

ผลจากการศึกษา พบว่า มีอัตราการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับทั้งสิ้นร้อยละ 58.33 (266 ฉบับ จาก 456 ฉบับ) ซึ่งมีแบบข้อมูลตอบกลับที่สามารถนำมาประมวลผลได้ทั้งสิ้น 231 ชุด หรือคิดเป็นร้อยละ 86.84 ในจำนวนแบบเก็บข้อมูลที่ตอบกลับพบว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 80.52 (186 แห่งจาก 231 แห่ง) และจัดบริการทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร้อยละ 19.48 (45 แห่งจาก 231 แห่ง) ซึ่งพบว่าจุดเริ่มต้นของการบริการการแพทย์แผนไทยมาจากโรงพยาบาลชุมชน ขณะที่จุดเริ่มต้นของบริการแพทย์ทางเลือกเริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่ที่จัดบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลคือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมไม่น้อยกว่า 330 ชั่วโมง ขณะที่บุคลากรส่วนใหญ่ที่จัดบริการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลคือ แพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับการอบรมฝังเข็ม โดยงบประมาณที่สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเข้ารับการอบรมนั้นพบว่า งบประมาณที่สนับสนุนเพื่อเข้ารับการอบรมแพทย์ทางเลือกมีมูลค่าสูงกว่าการอบรมด้านการแพทย์แผนไทย

นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วยงาน (p -value<0.001) ศักยภาพในการจัดบริการผู้ป่วยใน (p -value=0.002) จำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาทต่อเดือน (p -value=0.017) การได้รับการยอมรับให้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงานของสถาบันการศึกษา (p -value=0.011) จำนวนปีที่เปิดให้บริการ (p -value=0.004) ตลอดจนมูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร (p -value <0.001)

สรุปและวิจารณ์: ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า จำนวนสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการ

จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบ ผลการวิจัยสนับสนุนให้หน่วยงานเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องควรกำหนดกรอบอัตรากำลังในหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนโดยครอบคลุมถึงการจ้างในตำแหน่งที่ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การให้ความสำคัญแก่การพัฒนาศักยภาพทางคลินิกของแพทย์แผนไทยอย่างน้อยเพื่อการจัดบริการผู้ป่วยใน ตลอดจนการสร้างเครือข่ายและพันธมิตรจากสถาบันการศึกษา นอกจากนี้ การสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ต้องเน้นย้ำถึงการให้บริการที่ต่อเนื่องด้วย

คำสำคัญ: บริการการแพทย์แผนไทย บริการการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 1

บทนำ

จากรายงานผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาาระบบบัญชีรายจ่ายด้านยาแห่งชาติปี 2553 (1) พบว่า อัตราการบริโภคยาในประเทศมีมูลค่าสูงขึ้น คิดเป็นมูลค่าในราคาผู้บริโภคเท่ากับ 134,482,077,585 บาท หรือราวร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด โดยมีสัดส่วนการนำเข้ายาจากต่างประเทศสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยรองอธิบดีกรมการแพทย์กล่าวว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มการนำเข้ายาจากต่างประเทศในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 46.06 เป็นร้อยละ 65.64 ในช่วงระหว่างปี 2543-2550 (2) อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากรายงานสุขภาพทางเลือกของ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (3) กล่าวว่า กระแสความตื่นตัวเรื่องศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยนั้นเริ่มก่อตัวอย่างเด่นชัดเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2530 โดยเริ่มต้นจากการนำสมุนไพรมาใช้ การรื้อฟื้นภูมิปัญญาการแพทย์แบบพื้นบ้าน ไปจนถึงการแสวงหารูปแบบ/วิธีการรักษาแบบต่าง ๆ จากต่างประเทศมาใช้กันอย่างหลากหลาย สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (4) ที่กล่าวว่า การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกยังมีความจำเป็นต่อระบบสาธารณสุขของโลก ในบางประเทศการแพทย์แผนดั้งเดิมยังคงเป็นหัวใจหลักในการให้บริการสาธารณสุขระดับชาติ และหลายรายงานกล่าวตรงกันว่า ในปัจจุบันความต้องการการใช้ประโยชน์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (5-7) นอกจากนี้ มีรายงานการวิจัยในต่างประเทศหลายฉบับ (8, 9) สนับสนุนว่า การใช้การแพทย์แผนดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกมีต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ต่ำกว่าการใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน

ในประเทศไทยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการจัดตั้งและแบ่งส่วนราชการอย่างชัดเจน ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2545 ซึ่งนับเป็นก้าวแรกที่ภาครัฐแสดงความชัดเจนเชิงนโยบายที่จะสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบสาธารณสุขของประเทศ ณ ปัจจุบันการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกของสถานบริการ เป็นสิ่งที่สามารถพบเห็นได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ในระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการในสังกัดของรัฐ ยิ่งไปกว่านั้นบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจัดเป็นบริการพื้นฐานที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งถูกกำหนดไว้ในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ซึ่งความคุ้มครองนี้หมายรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถนะ (10) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มขับเคลื่อน จัดสรร และสนับสนุนงบประมาณให้แก่การจัดบริการด้านแพทย์แผนไทยอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

การสนับสนุนและส่งเสริมบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขของประเทศไม่เพียงแต่เป็นหัวใจหลักของการดำเนินงานกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเท่านั้น แต่ยังเป็นภูมิปัญญาที่ถูกกำหนดไว้ให้ได้รับการส่งเสริม ถูกนำไปใช้ และสมควรได้รับการพัฒนามาตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552 อันครอบคลุมไปถึงการกำหนดให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบที่มีมาตรฐาน(11) ดังนั้นการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานจะอยู่อย่างยั่งยืนในพื้นที่หนึ่ง ๆ ได้นั้น ผู้กำหนดนโยบายโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งถือเป็นองค์กรระดับชาติที่มีหน้าที่หลักในการสนับสนุน ส่งเสริม และผลักดันให้เกิดการนำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ประโยชน์ในระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชน ช่วยให้ประเทศไทยมีความ

มั่นคงทางยา สามารถลดทอนการพึ่งพิงยาแผนปัจจุบันลง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่สามารถสะท้อนภาพรวมในระดับประเทศได้

ยิ่งไปกว่านั้น ยังไม่เคยมีผู้ใดทั้งในและต่างประเทศศึกษาว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสะท้อนผ่านจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานของบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตของเนื้อหา: งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัย (x_i) ที่ศึกษาต่อจำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ขอบเขตของข้อมูล: งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาโดยอาศัยข้อมูลทุติยภูมิ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2557 (1 ตุลาคม 2556 - 31 มีนาคม 2557) ที่มีการลงบันทึกในฐานข้อมูล 2 แหล่งคือ ฐานข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และฐานข้อมูลจากสถานบริการ ทั้งนี้โดยอาศัยฐานข้อมูลจากการนิเทศงานประจำปีงบประมาณ 2557 ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นเครื่องมือสุ่มเพื่อการตรวจสอบข้อมูล

นิยามของตัวแปร

1. การจัดบริการเขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนครั้งบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจ รักษาพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ การรักษาด้วยยาสมุนไพร, การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ, การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ, การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ, การบำบัดหัตถการ, การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, การให้คำแนะนำการสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทย, การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน
4. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ การฝึกสมาธิบำบัด /มนตราบำบัด /โยคะบำบัด และการฝังเข็ม
5. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

6. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
7. จำนวน (ครั้ง) ผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความหมายเพื่อการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้
 - 6.1 การตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันและมีการส่งจ่ายยาสมุนไพรร่วมด้วย ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.2 การตรวจวินิจฉัยโรคเวชกรรมไทย โดยแพทย์แผนไทย หรือแพทย์ทางเลือก รวมถึงการส่งจ่ายยาสมุนไพร ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.3 การบริการนวด อบ ประคบ ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.4 การบริการด้านการผดุงครรภ์ เช่น การทำหัตถ์เกลือ ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.5 การบริการฝังเข็ม ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.6 การบริการสมาธิบำบัด หรือมนตราบำบัด หรือโยคะบำบัด หรือการฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน(มีการบันทึกในเวชระเบียน) ให้นับเป็น 1 ครั้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนข้อมูลด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะมีผลต่อการบริหารจัดการ Service Plan ด้านการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในอนาคต
2. มีข้อมูลพื้นฐานสำหรับการต่อยอดการกำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวงฯ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คนไทยบริโภคยาปี 53 พุ่งกว่าหนึ่งแสนสามหมื่นล้าน [press release]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 19 สิงหาคม 2554.
2. คม ชัด ลึก. คนไทยใช้ยาเฉลี่ยวันละ 128 ล้านเม็ด. 2555. 15 มีนาคม 2555.
3. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานสุขภาพทางเลือก. เอกสารอัดสำเนา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
4. World Health Organization. WHO: Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. American journal of public health. 2002;92(10):1582-91.
6. Debas HT, Laxminarayan R, Straus SE. Complementary and Alternative Medicine. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. Washington (DC) 2006.
7. Shmueli A, Shual J. Use of complementary and alternative medicine in Israel: 2000 vs. 1993. The Israel Medical Association journal : IMAJ. 2004;6(1):3-8.
8. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. Forschende Komplementarmedizin. 2011;18(6):315-20.
9. Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. BMC complementary and alternative medicine. 2005;5:11.

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือบริหารงบกองทุนพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2554. นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน,บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
11. เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์, และ, คณะ. การทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556.

บทที่ 2

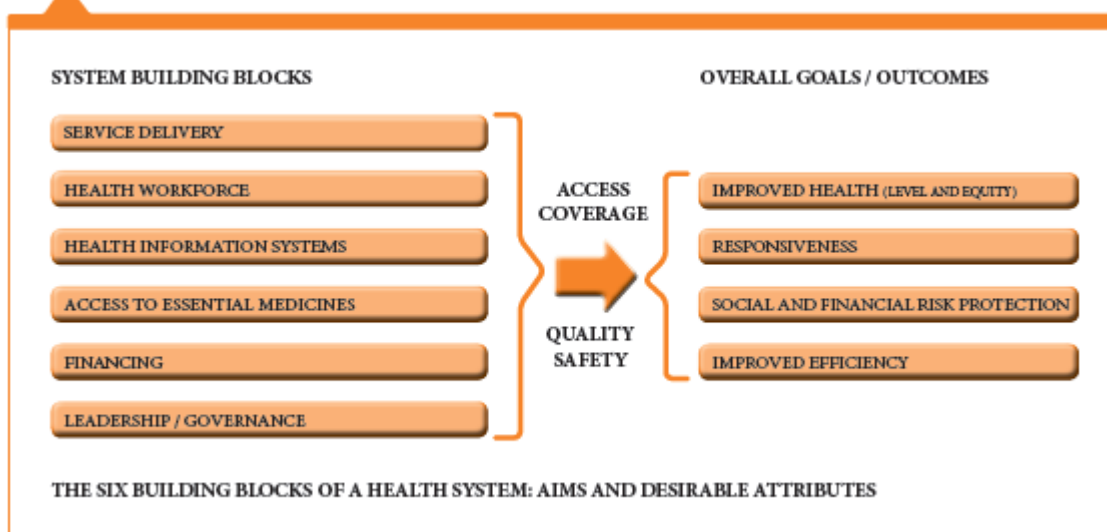
ทบทวนวรรณกรรม

ก. ระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

จากพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ในอดีตคำว่า **สุขภาพ** เน้นความหมายทางสุขภาพกายเป็นหลักซึ่งได้รับการยืนยันแล้วว่า สุขภาพกายดีเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพได้อย่างปกติสุข ดังนั้นในปัจจุบันคำว่าสุขภาพจึงมีความหมายกว้างขึ้นมาก นอกจากจะรวมถึงสุขภาพทางใจแล้ว ยังกล่าวรวมไปถึงมิติทางสังคมและทางจิตวิญญาณด้วย ยิ่งไปกว่านั้นในแต่ละมิติทางสุขภาพยังมีองค์ประกอบของการนำไปปฏิบัติ 4 ประการคือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

ในปัจจุบันการทำความเข้าใจสุขภาพทั้งหมดเพื่อสังเคราะห์เป็นภาพรวมของประเทศ จำเป็นต้องเข้าใจกรอบและแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพ กล่าวคือ ความสัมพันธ์ของสุขภาพ ในมิติของปัจเจกบุคคล มิติของสิ่งแวดล้อม ร่วมกับมิติของระบบบริการสุขภาพ ที่มีอยู่ในสังคมหนึ่งๆ ซึ่งกรอบและแนวคิดในการทำความเข้าใจเพื่อประเมินระบบสุขภาพที่พบได้บ่อยและได้รับความนิยมคือ แนวคิด Six Building Block Framework ขององค์การอนามัยโลก (1) ที่กล่าวว่า การประเมิน/การทำความเข้าใจระบบสุขภาพควรมองจากมุมทั้ง 6 ด้าน คือ 1) การส่งมอบบริการทางการแพทย์ (Service Delivery), 2) กำลังคน/บุคลากรด้านสาธารณสุข (Health Workforce), 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information Systems), 4) ช่องทางการเข้าถึงยาที่จำเป็น (Access to Essential Medicines), 5) การเงินและการคลัง (Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership/Governance) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 Six Building Block Framework ขององค์การอนามัยโลก

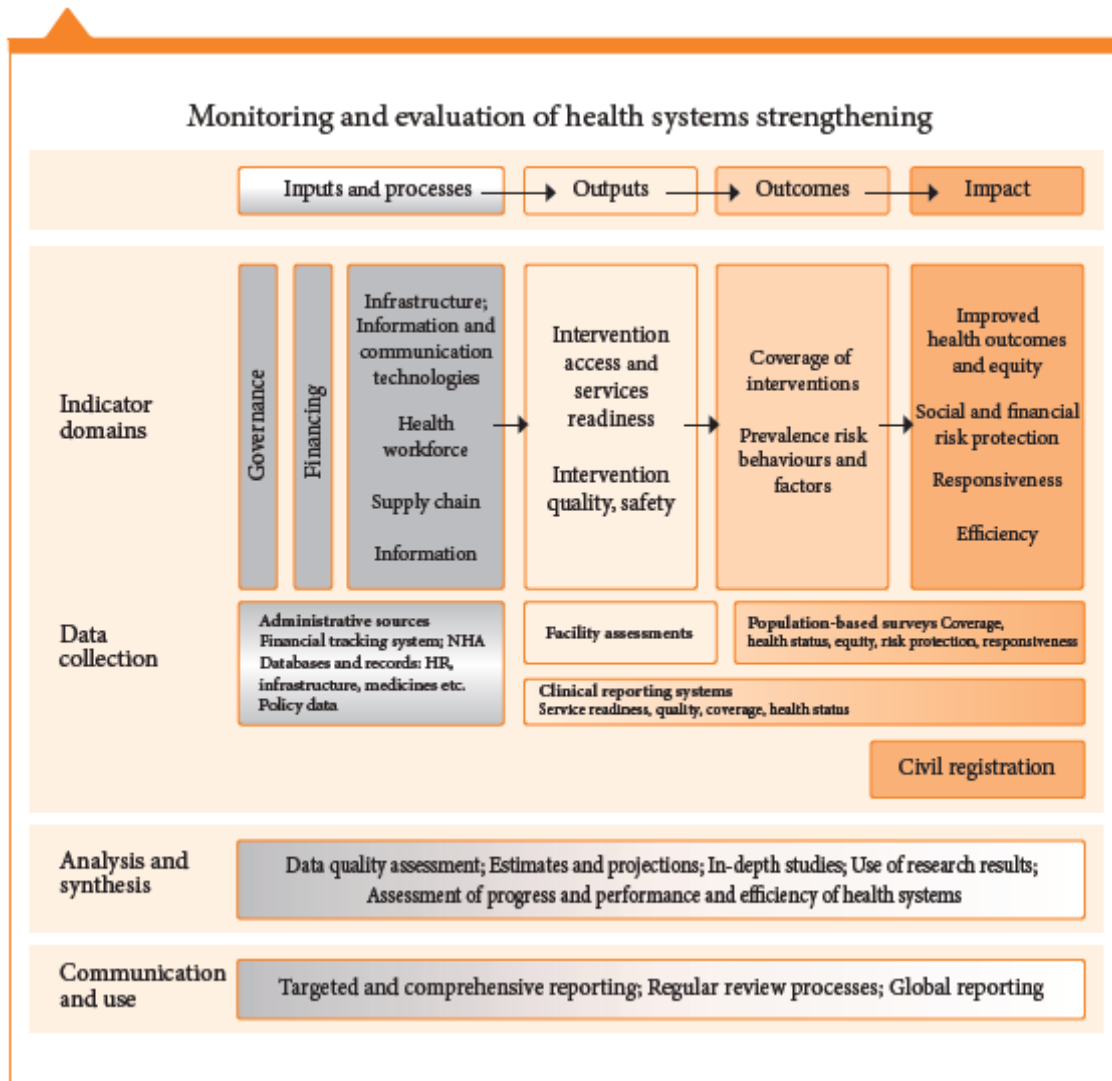


ที่มา World Health Organization, 2010

นอกจากนี้ WHO ได้กำหนดแนวทางในการติดตามและประเมิน (Monitoring and Evaluation) งานทั้งระบบสุขภาพโดยกำหนดการติดตามและประเมินไว้ทั้งสิ้น 4 ระดับคือ 1) ระดับ Input และ Process โดยใช้ข้อมูลจากหน่วยบริหาร อาทิ เช่น เอกสารการเงิน การกำหนดนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน ข้อมูลบุคลากร ฯลฯ, 2) ระดับ Output,

3) ระดับ Output, Outcome และ Impact เช่น คุณภาพการบริการ, ความครอบคลุม เป็นต้น และ 4) ระดับ Outcome และ Impact เช่น ความเท่าเทียมของการได้รับบริการ, การบริหารความเสี่ยง, สถานะทางสุขภาพ ฯลฯ กรอบการติดตามและประเมินงานทั้งระบบสุขภาพดังแสดงในแผนภาพที่ 2 ซึ่งเป็นแนวความคิดหลักที่นำไปสู่การกำหนดประเด็นการติดตามและประเมินระบบสุขภาพของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก

แผนภาพที่ 2 การกำกับและติดตามระบบสุขภาพภายใต้ Six Building Block Frameworks



ที่มา World Health Organization, 2010

จากข้างต้น จะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยระบบบริการสุขภาพจะมุ่งเน้นไปที่การบริการสุขภาพใดๆ ทั้งเป็นไปเพื่อ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบหลักที่ต้องพิจารณาอยู่ 5 ส่วน (ดร ตุนท์ ชมชื่น, Health System and Health Care System) กล่าวคือ 1) ทรัพยากร ซึ่งรวมถึง บุคลากรสาธารณสุข, โครงสร้างพื้นฐานอันได้แก่ อาคาร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และ ยา/เวชภัณฑ์ ต่าง ๆ 2) รูปแบบและโครงสร้างองค์กร, 3) การจัดการ หมายถึงมีการกำหนดนโยบายที่เป็น

แนวทางเดียวกัน และมีวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน การเก็บรวบรวมและสรุปข้อมูลเพื่อการนำมาใช้ประโยชน์, 4) การเงินการคลัง และ 5) แบบแผนการให้บริการ (Delivery of Health Services) คือ รูปแบบและจุดเน้นของการให้บริการ การส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ

ข. การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ

หลายรายงานกล่าวตรงกันว่า ในปัจจุบันความต้องการการใช้ประโยชน์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (2-4) องค์การอนามัยโลกระบุว่า จากประเทศสมาชิกทั้งสิ้น 191 ประเทศ มีราว 25 ประเทศที่มีนโยบายด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกในระดับชาติ (2) อีกทั้งมีหลายรายงานค้นพบว่า ประชากรมากกว่าครึ่งในหลากหลายประเทศหันมาใช้บริการการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก (5-8) ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรูปแบบความเจ็บป่วยของประชากรในยุคนี้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อไปสู่โรคไม่ติดต่อแต่เรื้อรังแทน หลายรายงานกล่าวตรงกันถึงความล้มเหลวของแพทย์ที่จะรับประทานยาที่เป็นสารเคมีไปตลอดชีวิตและไม่มีโอกาสหายจากโรคเรื้อรังดังกล่าว

การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกที่เป็นระบบ โดยส่วนใหญ่แล้วจะอาศัยองค์ประกอบจากหลายมิติ ทั้งกาย จิต และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมและวัฒนธรรมของการกินอยู่ เข้ามามีส่วนในการดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่มักมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคเป็นหลัก

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาที่ใช้เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนชาวไทยมาอย่างยาวนาน (9, 10) หลักฐานทางประวัติศาสตร์ชิ้นแรกที่ทำให้เชื่อได้ว่า การแพทย์แผนไทยมีอยู่ ได้รับการยอมรับ และมีการใช้จริงในประวัติศาสตร์ของชาติคือ กฎหมายตราสามดวง ที่ตราขึ้นใน พ.ศ. 1998 ซึ่งกล่าวถึงระบบศักดินาของข้าราชการพลเรือนที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการแพทย์ในตำแหน่งต่าง ๆ ตามลำดับ และนอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงความสำคัญของแพทย์ปรงยาที่ใช้เครื่องยาจากสมุนไพรต่าง ๆ และเรื่องการนวด ที่เป็นการรักษาพื้นฐานในสมัยนั้น (11)

อาจกล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทยเจริญรุดหน้าสูงสุดในสมัยของพระเจ้าจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ดังระบุไว้ในสมัยนั้น หมอฝรั่งซึ่งส่วนใหญ่เป็นมิชชันนารีได้เข้ามาตั้งโรงพยาบาลแผนตะวันตกกันมากและได้รับความนิยมจากประชาชนมากขึ้นเรื่อย ๆ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าอยู่หัวได้มีพระราชหัตถเลขาแสดงความห่วงใยไว้ เมื่อ พ.ศ. 2433 ความตอนหนึ่งว่า "...ขอเตือนว่าหมอฝรั่งนั้นดีจริง แต่ควรให้ยาไทยสมุนไพรหรือไม่ หมอไทยควรจะไม่ให้มีต่อไปภายหน้า หรือควรมีไว้บ้าง ถ้าว่าส่วนตัวฉันเองสมัครนิยยาไทย แลยังวางใจหรืออุ่นใจในหมอไทยมาก ถ้าหมอไทยจะรักษาแบบฝรั่งหมด คุณจะเยือกเย็นเหมือนเห่นอื่น ไม่เห่นพระเห่นสงฆ์เลยเหมือนกัน แต่ตัวฉันอายุมากแล้ว เห่นจะไม่ได้อยู่จน เห่นหมอไทยหมดดอก คนภายหน้าจะพอใจอย่างฝรั่งกันทั่วไป จะไม่เห่นดร้อนเช่นฉันดอกกระมัง เป็นแต่ลองเตือนดูตามหัวเก่าๆ ที่หนึ่งเท่านั้น..." พร้อมทั้งได้โปรดเกล้าให้จัดตั้งโรงศิริราชพยาบาลใน พ.ศ.2430 เพื่อเป็นสถานพยาบาลและบำบัดโรคทั้งแผนดั้งเดิมและแผนตะวันตก ทั้งนี้เมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จสวรรคตได้ 5 ปี จึงมีการยกเลิกการสอนแพทย์แผนไทยในโรงเรียนราชแพทยาลัยและยกเลิกการจ่ายยาไทยในโรงพยาบาลศิริราช ประกอบกับการออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ.2466 ทำให้การแพทย์แผนไทยพ้นจากระบบบริการสุขภาพของชาติโดยมีการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาแทนที่อย่างสมบูรณ์ (11)

การแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างจริงจังอีกครั้งโดยเริ่มต้นจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เริ่มกำหนดให้มีการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ การศึกษาและการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) โดยการส่งเสริมให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านเช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร และการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการสาธารณสุข โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 ได้ระบุชัดให้มีการสนับสนุนการพัฒนาเภสัชกรรมไทยและการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง (12) สอดรับกับกระทรวงสาธารณสุขรับข้อตกลงของการประชุมองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วง แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (10) ในปี พ.ศ.2536 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นหน่วยงานระดับกองในสังกัดของกรมการแพทย์ ซึ่งนับแต่ปี 2539 เป็นต้นมา สถาบันการแพทย์แผนไทยได้มีนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดบริการคลินิกแพทย์แผนไทย(12)

จากนั้นในปี 2544 ตามนโยบายรัฐบาล ณ ขณะนั้นได้แถลงต่อรัฐสภาให้งานการแพทย์แผนไทยเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขในข้อ 10.1 ว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาการจัดระบบองค์ความรู้และมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย และสืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2545 โดยรัฐบาลได้กำหนดขอบเขตและความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ มีผลทำให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างบทบาทภารกิจ อัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น โดยโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทย ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน และศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือกมาสังกัดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ดัดขึ้นใหม่ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดินและพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (13)

ผลการศึกษาการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลของรัฐของหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์ สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2549 (10) โดยส่งแบบสำรวจทั้งสิ้น 812 ฉบับ ได้รับการตอบกลับทั้งสิ้น 397 ฉบับ(ร้อยละ 48.89) พบว่า มีโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 318 แห่ง(ร้อยละ 39.16 ของโรงพยาบาลรัฐที่สำรวจทั้งหมด) และ จากรายงานการศึกษาสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ปี 2540 (14) ดำเนินการสำรวจการให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการส่วนภูมิภาคทั้งสิ้น 253 แห่งทั่วประเทศโดยไม่รวมการให้บริการการแพทย์แผนไทยนั้น พบว่า มีสถานบริการที่ตอบแบบสำรวจกลับมาทั้งสิ้น 133 แห่ง (ร้อยละ 52.57) ในจำนวนนี้มีสถานบริการทั้งสิ้น 59 แห่ง (ร้อยละ 23.32 ของสถานบริการทั้งหมด) ที่มีการให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือก ขณะที่ในปี 2546 สำนักการแพทย์ทางเลือกดำเนินการศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ทางเลือก อีกครั้ง (15) โดยสำรวจสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งสิ้น 1,092 แห่ง โดยไม่รวมการให้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่า มีสถานบริการที่ตอบแบบสำรวจกลับมาทั้งสิ้น 377 แห่ง (ร้อยละ 34.52) ในจำนวนนี้มีสถานบริการทั้งสิ้น 129 แห่ง (ร้อยละ 11.81 ของสถานบริการทั้งหมด) ที่มีการให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือก รายละเอียดผลการศึกษาที่เปรียบเทียบได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการศึกษาศาสนาการแพทย์ทางเลือกปี 2540 และ ปี 2546

	สถานการณการแพทยทางเลือก		สถานการณการแพทยทางเลือก	
	ปี 2540		ปี 2546	
	จำนวน ตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนสถาน บริการที่ ตอบกลับ (แห่ง, ร้อยละ)	จำนวน ตัวอย่าง (แห่ง)	จำนวนสถาน บริการที่ ตอบกลับ (แห่ง, ร้อยละ)
สถานบริการที่สงแบบสอบถาม	253	133 (52.57)	1092	377 (34.52)
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	93	53 (56.99)	92	63 (68.48)
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการแพทยทางเลือก	93	13 (13.98)	92	48 (52.17)

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปเพียง 6 ปี จำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเปิดให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกเพิ่มสูงขึ้นเกือบสามเท่า โดยสรุปจากรายงานดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า อันที่จริงแล้วการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นสิ่งที่มียู่จริงในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจากผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งอาจอนุมานได้ว่า ปัจจุบันมีสถานบริการของรัฐที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อยกว่าร้อยละ 40 ดังนั้นการวางแผนกำหนดนโยบาย การพัฒนา และการสนับสนุนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานบนหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง

ค. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จากรายงานการถอดบทเรียนการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยจังหวัดสุราษฎร์ธานี (9) ซึ่งเน้นการถอดบทเรียนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานให้บริการ 5 แห่ง พบปัญหาและอุปสรรคต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยสรุปเป็นรายประเด็นได้ดังนี้

1. บุคลากรการแพทย์แผนไทย
 - 1.1 ขาดแคลนบุคลากร
 - 1.2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ รายได้น้อยไม่เพียงพอแก่ค่าครองชีพที่สูงขึ้นในปัจจุบัน, การขาดสวัสดิการที่เหมาะสม (เช่น บ้านพักสำหรับแพทย์แผนไทย)
 - 1.3 ศักยภาพบุคลากรไม่เพียงพอ
2. การยอมรับและความเชื่อมั่นด้านการแพทย์แผนไทยจากเพื่อนต่างวิชาชีพ

ซึ่งในประเด็นเรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้นตรงกันกับผลจากรายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน (16) นอกจากนี้ จากรายงานการวิจัยเรื่องการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของ ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (17) พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การใช้บริการ การเข้ารับการประชุม สัมมนา ฝึกอบรม ความชัดเจนต่อนโยบาย และความเพียงพอของงบประมาณ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับโดยรวมในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขและไม่มี ความสัมพันธ์ต่อการยอมรับด้านประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยของผู้บริหาร ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากรายงานดังกล่าวข้างต้นระบุถึงความสำคัญของปัจจัยหลัก ๆ 4 อย่างที่ส่งผลต่อการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยกล่าวคือ จำนวนบุคลากร, แรงจูงใจ, ศักยภาพ และการยอมรับ ซึ่งหากวิเคราะห์ตามทฤษฎีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ในเรื่องการทำงาน การที่คนทำงานมีจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานแตกต่างกัน ผลลัพธ์จึงแตกต่างกัน ดังนั้น แรงจูงใจจึงถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคลโดยตรง มีผู้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติในหน้าที่รับผิดชอบแตกต่างกันภายใต้สถานการณ์เดียวกันนั้น มิได้เป็นเพราะมีความรู้ ความสามารถ สถิติปัญญา หรือประสบการณ์ที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่ปัจจัยที่สำคัญยิ่งคือ การปฏิบัติงานได้รับแรงจูงใจที่ต่างกัน เป็นเหตุให้แต่ละคนเต็มใจที่จะใช้พลังความสามารถในการปฏิบัติงานที่ต่างกันด้วย ชูเกียรติ ยิ้มพวง (18) กล่าวสรุปความหมายของ“แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน”ว่า เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติเชิงบวกของบุคคลที่มีต่อการทำงาน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังหรือความต้องการได้รับการตอบสนองจากองค์กร

ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (19) กล่าวถึงแรงจูงใจที่เป็นมูลเหตุกระตุ้นให้คนแต่ละคนทำงานผลงานจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ต่อไปนี้

1. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน อาทิ สถานที่ แสงสว่าง บรรยากาศ ฯลฯ
2. เศรษฐกิจ เป็นผลตอบแทนจากการทำงาน อาทิ ค่าจ้าง ค่าแรง โบนัส ฯลฯ
3. ฐานะทางสังคม อาทิ ตำแหน่ง หน้าที่ การยอมรับซึ่งจะทำให้เกิดความภูมิใจ ฯลฯ
4. เจตคติต่องาน เป็นความรู้สึกว่างานนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นต้น
5. ความอิสระในการทำงาน คือ ความสามารถที่จะได้รับความรู้ แสดงความสามารถได้เต็มที่โดยไม่ต้องมีใครบังคับ เป็นต้น

ในงานวิจัยชิ้นนี้กำหนดปัจจัยที่นำมาสู่การศึกษาผ่านปัญหาการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและผลจากการวิจัยเบื้องต้นโดยเทียบเคียงกับทฤษฎีต่าง ๆ และกำหนดปัจจัยที่จะศึกษาภายใต้กรอบโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ โดยในปัจจัยโครงสร้างได้ระบุถึงคุณภาพของสถานที่และสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานผ่านคะแนนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) (20) และความอิสระในการดำเนินงานผ่านคำถามหัวหน้างานแพทย์แผนไทยเป็นแพทย์ไทยหรือไม่ สะท้อนแรงจูงใจทางด้านเศรษฐกิจผ่านคำถามเรื่องค่าตอบแทน การได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในงานของตนผ่านศักยภาพการเขียนงานวิชาการ การทำวิจัย การตีพิมพ์ผลงาน ความสามารถในการจัดการบริการผู้ป่วยใน การได้เป็นแหล่งศึกษาดูงานของนักศึกษาจากมหาวิทยาลัย ตลอดจนการที่แพทย์สั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: Switzerland: World Health Organization, 2010.
2. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. American journal of public health. 2002;92(10):1582-91.
3. Debas HT, Laxminarayan R, Straus SE. Complementary and Alternative Medicine. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. Washington (DC) 2006.
4. Shmueli A, Shuval J. Use of complementary and alternative medicine in Israel: 2000 vs. 1993. The Israel Medical Association journal : IMAJ. 2004;6(1):3-8.
5. Adams D, Dagenais S, Clifford T, Baydala L, King WJ, Hervas-Malo M, et al. Complementary and alternative medicine use by pediatric specialty outpatients. Pediatrics. 2013;131(2):225-32.
6. Grant SJ, Bin YS, Kiat H, Chang DH. The use of complementary and alternative medicine by people with cardiovascular disease: a systematic review. BMC public health. 2012;12:299.
7. Kim JH, Nam CM, Kim MY, Lee DC. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in children: a telephone-based survey in Korea. BMC complementary and alternative medicine. 2012;12:46.
8. Ock SM, Choi JY, Cha YS, Lee J, Chun MS, Huh CH, et al. The use of complementary and alternative medicine in a general population in South Korea: results from a national survey in 2006. Journal of Korean medical science. 2009;24(1):1-6.
9. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ถอดบทเรียนการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยจังหวัดสุราษฎร์ธานี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ; 2554.
10. ประพจน์ เกตุราภาศ, จิราพร ลิ้มปานานนท์, และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม, คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่33 เรื่องที่8 [Internet]. <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=33&chap=8&page=t33-8-infodetail02.html>. [cited 5 กุมภาพันธ์ 2557].
12. ประวัติการจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย [Internet]. http://ittm.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=158.
13. กระทรวงสาธารณสุข (2546, 3 ตุลาคม). กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2546.
14. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานสุขภาพทางเลือก. เอกสารอัดสำเนา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

15. มนทิพา ทรงพานิช และคณะ. สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2546.
16. ฐิติวรดา อัครภาณุวัฒน์, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, วรางคณา จันทร์คง, บรรณาธิการ. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2; 2555 4-5 กันยายน 2555; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
17. สุขล แว่นแก้ว. การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์]: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
18. ชูเกียรติ ยิ้มพวง. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน:กรณีศึกษา บริษัทบางกอกกล๊าส จำกัด โรงงานจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
19. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมวิชาการ. 2544.
20. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สถาบันการแพทย์แผนไทย. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2556.

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) สํารวจข้อมูล 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2557 กล่าวคือ 1 ตุลาคม 2556 - 31 มีนาคม 2557 ด้วยแบบเก็บข้อมูล

3.1 ขนาดตัวอย่างและกลุ่มประชากร

การศึกษานี้มุ่งสํารวจแบบสอบถามจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 76 จังหวัดทั่วประเทศผ่านการกระจายและเก็บแบบเก็บข้อมูลจากผู้แทนงานแพทย์แผนไทยประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรคำนวณของ ทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

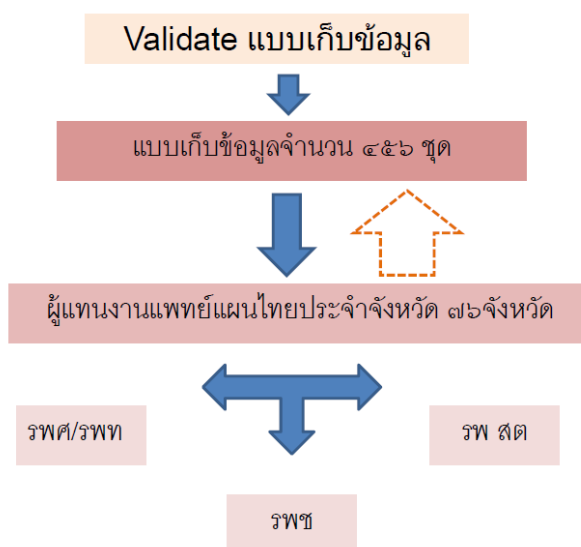
$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

โดย n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดกลุ่มประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีทั้งสิ้น 96 แห่ง ระดับโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งสิ้น 788 แห่ง และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสิ้น 9770 แห่ง ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงต้องการกลุ่มประชากรที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย 99 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 89 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป อย่างน้อย 49 แห่ง วิธีการกระจายและรวบรวมแบบสอบถามดังแสดงในแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 แนวทางการกระจายและรวบรวมแบบเก็บข้อมูล

ทั้งนี้เมื่อประมาณอัตราการตอบกลับ (Respond Rate) ที่ร้อยละ 50 จึงกำหนดขอความร่วมมือให้จังหวัดทุกจังหวัดส่งแบบเก็บข้อมูลที่กรอกแล้วกลับมายังคณะผู้วิจัย โดยประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปไม่น้อยกว่า 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่า 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่น้อยกว่า 3 แห่ง

3.2 การพัฒนาแบบเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้หลักวิเคราะห์ปัจจัยตามกรอบการวัดการบริการตามหลักการของโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ ซึ่งเป็นหลักการที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง (1) โดยตัวแปรอิสระ (x_i) บางส่วนถูกกำหนดจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม รายละเอียดดพอสั่งเขปดังแสดงในแผนภาพที่ 3.2

แผนภาพที่ 3.2 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบเก็บข้อมูล

จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



โครงสร้าง (Structure)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcome)
1. ขนาดสถานที่และ ความเพียงพอของอุปกรณ์พื้นฐาน	1. แรงจูงใจ (รายได้ขั้นต่ำ, การศึกษาต่อเนื่อง, สวัสดิการเพื่อ การพัฒนาตนเอง, การรวมตัว)	1. บริการ (ชนิดของบริการ, จำนวนปีที่เปิดบริการ, นวัตกรรมของบริการ)
2. จำนวนและประเภทของบุคลากร	2. การยอมรับ (สหวิชาชีพ, วัสดุและ ยาสมุนไพร, เครือข่าย)	2. มูลค่าการใช้จ่าย
3. ศักยภาพบุคลากร		3. จำนวนผู้มารับบริการ
4.ความเพียงพอของวัสดุและยาสมุนไพร		

แบบเก็บข้อมูลถูกพัฒนาขึ้นและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตลอดจนมีการชี้แจงและสอบถามผู้แทนงานแพทย์แผนไทยประจำจังหวัดทุกจังหวัด ผู้วิจัยจึงนำผลสะท้อนดังกล่าวมาแก้ไขปรับปรุงแล้วจึงส่งแบบเก็บข้อมูลที่ปรับปรุงแล้วไปเพื่อเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้มีข้อคำถามทั้งสิ้น 33 ข้อ ข้อมูลที่นำมาตอบจะเป็นข้อมูลที่มาจาก 2 แหล่งหลัก คือ 1) ระบบรายงาน (21 แฟ้ม หรือ 43 แฟ้ม) และ 2) เป็นข้อมูลของหน่วยงาน อาทิ เช่น ข้อมูลจำนวนบุคลากร วุฒิการศึกษา เป็นต้น โดยมีแบบเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 3 ประเภท ได้แก่ 1)แบบเก็บข้อมูลเฉพาะบริการแพทย์แผนไทย, 2)แบบเก็บข้อมูลเฉพาะบริการแพทย์ทางเลือก และ 3) แบบเก็บข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรณีไม่สามารถแยกข้อมูลของบริการทั้งสองประเภทออกจากกันได้ (มีการใช้คนและสถานที่ร่วมกัน) รายละเอียดแบบสอบถามดังแสดงในภาคผนวก ทั้งนี้ข้อมูลที่ส่งกลับมากจะมีกรสุ่มตรวจข้อมูลโดยอาศัยฐานข้อมูลจากการนิเทศงานประจำปีงบประมาณ 2557

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ การหาความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's correlation, Independent t-test และการศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่าง ๆ ต่อตัวแปรตามโดยใช้สมการถดถอย

3.4 นิยามของตัวแปร

ตัวแปรตาม (Y) คือ จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- โดย
1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจ รักษาพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ การรักษาด้วยยาสมุนไพร, การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ, การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ, การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ, การทำหัตถ์เกลือ, การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, การให้คำแนะนำการสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทย, การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน
 3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ การฝึกสมาธิบำบัด / มนตราบำบัด / โยคะบำบัด และการฝังเข็ม
 4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 6. จำนวน (ครั้ง) ผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความหมายเพื่อการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้
 - 6.1 การตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบันและการส่งจ่ายยาสมุนไพรร่วมด้วย ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.2 การตรวจวินิจฉัยโรคเวชกรรมไทย โดยแพทย์แผนไทย หรือแพทย์ทางเลือก รวมถึงการส่งจ่ายยาสมุนไพร ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.3 การบริการนวด อบ ประคบ ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.4 การบริการด้านการผดุงครรภ์ เช่น การทำหัตถ์เกลือ ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.5 การบริการฝังเข็ม ให้นับเป็น 1 ครั้ง
 - 6.6 การบริการสมาธิบำบัด หรือมนตราบำบัด หรือโยคะบำบัด หรือการฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน (มีการบันทึกในเวชระเบียน) ให้นับเป็น 1 ครั้ง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในบทนี้ คณะผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 หัวข้อ กล่าวคือ ก) เป็นการนำเสนออัตราการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับ ข) ข้อมูลบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวม และ ค) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวม

ก. อัตราการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับ (Respond Rate)

อัตราการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับจากจังหวัดต่าง ๆ และในภาพรวมของเขตสุขภาพดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงอัตราการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับรายจังหวัด

เขต	ลำดับ	จังหวัด	จำนวนแบบเก็บข้อมูลที่ส่งกลับ	จำนวนข้อมูลที่ใช้ไม่ได้	อัตราตอบกลับ (ร้อยละ)
เขต 1	1	เชียงใหม่	7	2	4 จาก 8
	2	เชียงราย	7	2	จังหวัด
	3	พะเยา	6		(50)
	4	ลำปาง	4		
เขต 2	5	สุโขทัย	9		3 จาก 5
	6	เพชรบูรณ์	9	1	จังหวัด
	7	พิษณุโลก	6		(60)
เขต 3	8	นครสวรรค์	7	1	
	9	กำแพงเพชร	7	2	4 จาก 5
	10	พิจิตร	8	1	จังหวัด
	11	อุทัยธานี	6		(80)
เขต 4	12	นครนายก	5		
	13	ลพบุรี	6		5 จาก 8
	14	สระบุรี	6		จังหวัด
	15	ปทุมธานี	4		(62.5)
	16	อ่างทอง	8	1	
เขต 5	17	นครปฐม	3		3 จาก 8
	18	กาญจนบุรี	4	1	จังหวัด
	19	เพชรบุรี	3		(37.5)
เขต 6	20	ตราด	6	2	
	21	จันทบุรี	6		
	22	ฉะเชิงเทรา	6		6 จาก 8
	23	ปราจีนบุรี	7	1	จังหวัด
	24	สมุทรปราการ	6		75
	25	ชลบุรี	6		
เขต 7	26	ขอนแก่น	6	6	1 จาก 4
					จังหวัด
					(25)

เขต	ลำดับ	จังหวัด	จำนวนแบบเก็บข้อมูลที่ส่งกลับ	จำนวนข้อมูล ที่ใช้ไม่ได้	อัตราตอบกลับ (ร้อยละ)
เขต 8	27	อุดรธานี	4		4 จาก 7
	28	เลย	5		จังหวัด
	29	นครพนม	6		(57.14)
	30	สกลนคร	8		
เขต 9	31	สุรินทร์	5		3 จาก 4
	32	นครราชสีมา	7	2	จังหวัด
	33	ชัยภูมิ	8	3	(75)
เขต 10	34	มุกดาหาร	4		2 จาก 5
	35	อุบลราชธานี	14	3	จังหวัด (40)
เขต 11	36	กระบี่	6	3	
	37	พังงา	5		6 จาก 7
	38	ภูเก็ต	5	2	จังหวัด
	39	ชุมพร	5	1	(85.7)
	40	นครศรีธรรมราช	5		
	41	สุราษฎร์ธานี	6		
เขต 12	42	ตรัง	7	1	3 จาก 7
	43	ยะลา	6		จังหวัด
	44	สตูล	2		(42.86)
รวม			266	35	44 จาก 76 (57.89)

จากตารางที่ 4.1 จะเห็นว่ามียอดการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับ ร้อยละ 57.89 กล่าวคือ ทั้งสิ้น 44 จังหวัดจาก 76 จังหวัด หรือร้อยละ 58.33 จากแบบเก็บข้อมูลที่ตอบกลับมาทั้งสิ้น 266 ชุดจาก 456 ฉบับ โดยมีจังหวัดที่กรอกแบบเก็บข้อมูลผิดแบบและกรอกข้อมูลส่วนของผลลัพธ์ขาดไปทั้งหมดจึงทำให้ไม่สามารถนำแบบเก็บข้อมูลดังกล่าวมาประมวลผลได้ทั้งสิ้น 35 ชุด จึงเหลือแบบเก็บข้อมูลที่นำมาประมวลผลได้ทั้งสิ้น 231 ชุด

ตารางที่ 4.2 แสดงแบบเก็บข้อมูลตอบกลับจำแนกตามระดับสถานพยาบาลและเขตสุขภาพ

จำนวนแบบเก็บข้อมูลที่ตอบกลับ	n= 231 ชุด (ร้อยละ)
แบบเก็บข้อมูลตอบกลับจำแนกตามระดับสถานพยาบาล	
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	28 ชุด (12.12)
โรงพยาบาลชุมชน	86 ชุด (37.23)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	117 ชุด (50.65)

จำนวนแบบเก็บข้อมูลที่ตอบกลับ	n= 231 ชุด (ร้อยละ)
แบบเก็บข้อมูลตอบกลับจำแนกตามเขตสุขภาพ	
เขตสุขภาพที่ 1	20 ชุด (8.66)
เขตสุขภาพที่ 2	23 ชุด (9.96)
เขตสุขภาพที่ 3	24 ชุด (10.39)
เขตสุขภาพที่ 4	28 ชุด (12.12)
เขตสุขภาพที่ 5	9 ชุด (3.90)
เขตสุขภาพที่ 6	34 ชุด (14.72)
เขตสุขภาพที่ 7	0 ชุด (0)
เขตสุขภาพที่ 8	23 ชุด (9.96)
เขตสุขภาพที่ 9	15 ชุด (6.49)
เขตสุขภาพที่ 10	15 ชุด (6.49)
เขตสุขภาพที่ 11	26 ชุด (11.25)
เขตสุขภาพที่ 12	14 ชุด (6.06)

ตารางที่ 4.2 แสดงสัดส่วนการตอบแบบเก็บข้อมูลกลับจำแนกตามระดับสถานพยาบาล และจำแนกรายเขตสุขภาพ ซึ่งจะเห็นว่า แบบเก็บข้อมูลตอบกลับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดคือ ร้อยละ 50.65 และ แบบเก็บข้อมูลตอบกลับจากเขตสุขภาพที่ 6 คิดเป็นสัดส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 14.72

ข. ข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

จากแบบเก็บข้อมูลที่ตอบกลับพบว่า มีสถานพยาบาลจัดบริการเฉพาะแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 186 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.52 และมีสถานพยาบาลที่จัดบริการทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกทั้งสิ้น 45 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.48 ทั้งนี้มีสถานพยาบาลที่จัดบริการทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกตอบแบบเก็บข้อมูลแบบแยกรายละเอียดทั้งสิ้น 226 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.83 และไม่สามารถแยกรายละเอียดได้ทั้งสิ้น 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.16

ตารางที่ 4.3 แสดงรายละเอียดการจัดบริการและชนิดแบบสอบถามที่ตอบกลับตามระดับสถานพยาบาล

	ภาพรวม (n = 231; ร้อยละ)	รพ.ศูนย์/ทั่วไป (n = 28; ร้อยละ)	รพ.ชุมชน (n = 86; ร้อยละ)	รพ.สต. (n = 117; ร้อยละ)
การจัดบริการ				
จัดบริการแพทย์แผนไทยอย่างเดียว	186(80.52)	7(25)	64(74.42)	115(98.29)
จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ ทางเลือก	45(19.48)	21(75)	22(25.58)	2(1.71)
ชนิดแบบสอบถามที่ตอบกลับ				
แยกแบบสอบถาม	226(97.83)	26(92.86)	83(96.51)	117(100)
ไม่สามารถแยกแบบสอบถามได้	5(2.16)	2(7.14)	3(3.49)	0(0)

ตารางที่ 4.3 แสดงรายละเอียดการจัดบริการและชนิดแบบสอบถามที่ตอบกลับตามระดับสถานพยาบาล ซึ่งพบว่า สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีการจัดบริการทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกันมากกว่าบริการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียวกล่าวคือ คิดเป็นร้อยละ 75 ขณะที่สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียวมากกว่ากล่าวคือ คิดเป็นร้อยละ 74.42 และร้อยละ 98.29 ตามลำดับ ทั้งนี้โดยมีเพียงสถานพยาบาล 5 แห่ง ระบุว่าไม่สามารถตอบแบบสอบถามแยกข้อมูล ระหว่างแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้ซึ่งแบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ซึ่ง ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงไม่สามารถแสดงรายละเอียดในรายงานได้

ตารางที่ 4.4 แสดงรายละเอียดข้อมูลตอบกลับแยกเฉพาะบริการการแพทย์แผนไทยตามระดับสถานพยาบาล (n=226)

	ภาพรวม (n=226)	รพ. ศูนย์/ทั่วไป (n=26)	รพ. ชุมชน (n=83)	รพ. สต (n=117)
ก. โครงสร้าง				
1) สถานที่				
ได้ประเมินมาตรฐาน รพ. สต. พท* (ร้อยละ)		21(80.77)	64(77.11)	87(74.36)
คะแนน รพ. สต. พท (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	89.51±11.06	88.81±9.74	89.30±10.60	89.60±11.78

	ภาพรวม (n=226)	รพ ศูนย์/ทั่วไป (n=26)	รพ ชุมชน (n=83)	รพ สต (n=117)
2) บุคลากร				
2.1) ผู้ให้บริการในกลุ่มงาน (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วย	6.54±8.47	21.08±13.38	7.89±6.70	2.35±1.56
สัดส่วนข้าราชการในหน่วยงานเฉลี่ย	20.10±27.29	20.60	26.68	15.45
จำนวนแพทย์แผนไทย	1.77±1.51	3.46±2.27	2.43±1.44	0.93±0.41
จำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรม	1.11±0.89	1.68±1.21	1.38±1.07	0.80±0.46
จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง หรือ มากกว่า	4.08±6.48	14.65±10.59	4.92±5.54	1.15±1.13
จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 150 ชั่วโมง	0.28±1.09	1.00±2.40	0.23±0.82	0.16±0.67
บุคลากรอื่นๆ	0.37±1.31	1.73±3.30	0.31±0.68	0.10±0.40
แพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ)	141(62.39)	10(38.46)	50(60.24)	81(69.23)
2.2) ศักยภาพบุคลากร (ร้อยละ)				
ได้รับเชิญเป็นวิทยากรนอกจังหวัด	59(26.11)	10(38.46)	27(32.53)	22(18.80)
มีงานเขียนที่เกี่ยวข้องได้รับการเผยแพร่	45(19.92)	6(23.08)	18(21.69)	21(17.95)
มีการจัดบริการผู้ป่วยใน	97(42.92)	19(73.08)	72(86.75)	6(5.13)
มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นที่จำเป็น	173(76.55)	23(88.46)	75(90.36)	75(64.10)
มีการทำวิจัยในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา	53(23.46)	10(38.46)	20(24.10)	23(19.66)
3) วัสดุและยาสมุนไพร (ร้อยละ)				
วัสดุขาดแคลน	77(34.07)	8(30.77)	22(26.51)	47(40.17)
ยาสมุนไพรขาดแคลน	80(35.40)	12(46.15)	25(30.12)	43(36.75)

	ภาพรวม (n=226)	รพ ศูนย์/ทั่วไป (n=26)	รพ ชุมชน (n=83)	รพ สต (n=117)
ข. กระบวนการ				
1) <u>แรงจูงใจ</u>				
มีบุคลากรได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ)	109(48.23)	20(76.92)	49(59.04)	40(34.19)
จำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือน อย่างน้อย 15,000 บาท/เดือน (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.48±3.36	4.50±7.16	1.99±3.08	0.43±0.78
จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรม (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.06±1.95	2.65±3.42	1.41±1.98	0.45±0.99
งบประมาณที่ได้รับสำหรับการ การอบรมในรอบ 6 เดือน (บาท) (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3,411.09±8,050.63	10,103.69±15,924.94	4,580.49±7,670.13	1,074.30±3,541.42
ได้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียน รู้ภายในอำเภอ/จังหวัด (ร้อยละ)	197(87.16)	24(92.31)	73(87.95)	100(85.47)
มีการรวมตัวของผู้ให้การ รักษาภายในอำเภอ/จังหวัด (ร้อยละ)	138(61.07)	17(65.38)	53(63.85)	68(58.12)
2) <u>การยอมรับ</u> (ร้อยละ)				
เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงาน ของสถาบันการศึกษา	110(48.67)	20(76.92)	50(60.24)	40(34.19)
มีหน่วยอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารับ บริการ	162(71.68)	25(96.15)	79(95.18)	58(49.57)
มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรโดย แพทย์แผนปัจจุบัน	175(77.44)	25(96.15)	81(97.59)	69(58.97)
ยาสมุนไพรที่ใช้ได้คุณภาพ ตามมาตรฐาน GMP	217(96.02)	25(96.15)	79(95.18)	113(96.58)
วัสดุที่ใช้มีมาตรฐานอ้างอิง	213(94.25)	25(96.15)	81(97.59)	107(91.45)
ค. ผลลัพธ์ (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
จำนวนปีที่เปิดบริการ (ปี)	7.34±4.86	9.68±3.52	10.98±4.66	4.11±2.51
จำนวนชนิดของบริการ (ชนิด)	4.45±1.77	4.74±1.36	4.90±1.85	4.06±1.71

	ภาพรวม (n=226)	รพ ศูนย์/ทั่วไป (n=26)	รพ ชุมชน (n=83)	รพ สต (n=117)
มีบริการที่เป็นนวัตกรรม/อัตลักษณ์	29(12.83)	3(11.54)	6(7.23)	20(17.09)
มูลค่าการส่งจ่ายยาทั้งหมด (แสนบาท)	155.38±493.41	1,236.46±1,161.17	100.50±79.17	3.43±5.88
มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร (แสนบาท)	1.99±3.75	6.94±7.89	3.07±3.27	0.31±0.43
ร้อยละมูลค่ายาสมุนไพร (เปรียบเทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ของสถานบริการ)	1.31	0.85	4.22	17.62
จำนวนรายการยาทั้งหมด	299.36±209.89	704.21±143.87	414.63±122.87	145.40±68.73
จำนวนรายการยาสมุนไพร	18.03±14.93	27.88±31.78	21.38±11.97	13.57±8.20
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการจากสถานพยาบาล (หมื่นครั้ง)	4.75±7.07	18.89±10.96	6.06±4.01	0.82±0.81
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ การแพทย์แผนไทย (หมื่นครั้ง)	0.52±0.83	1.54±1.54	0.75±0.77	0.15±0.16
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการ แพทย์แผนไทย(เปรียบเทียบกับ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ทั้งหมด)	11.88	9.56	13.69	20.53
ผ่านตัวชี้วัดที่ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยไม่ น้อยกว่าร้อยละ 16	82(36.28)	4(15.38)	23(27.71)	55(47.00)

หมายเหตุ * มาตรฐาน รพ สต พท อ้างถึง มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตารางที่ 4.4 แสดงรายละเอียดข้อมูลตอบกลับแยกเฉพาะบริการการแพทย์แผนไทยตามระดับสถานพยาบาล จะเห็นว่า สถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (รพ สต พท) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ทางโครงสร้าง อาทิ เช่น ขนาดห้อง การถ่ายเทของอากาศ อุปกรณ์ พื้นฐาน ความสะอาด ฯลฯ ไม่แตกต่างกัน ขณะที่จำนวนบุคลากรเฉลี่ยของหน่วยงานแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด กล่าวคือ มีบุคลากรเฉลี่ยอยู่ที่ 21.08 ± 13.38 คน โดยมีสัดส่วนเฉลี่ยของข้าราชการอยู่ระหว่างร้อยละ 15 ถึง 27 และจำนวนบุคลากรที่มากที่สุดในหน่วยงานแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับคือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมงหรือมากกว่า กล่าวคือ มีจำนวนเฉลี่ยอยู่ที่ 14.65 ± 10.59 คน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป, 4.92 ± 5.54 คน ในโรงพยาบาลชุมชน และ 1.15 ± 1.13 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้จำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพแล้ว ยังคงมีปริมาณน้อยและอาจกล่าวได้ว่าขาดแคลนในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กล่าวคือ มีจำนวนเฉลี่ย 0.80 ± 0.46 คน

แพทย์แผนไทยในกลุ่มงานแพทย์แผนไทยระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปเป็นหัวหน้างานโดยตรงคิดเป็นสัดส่วนน้อยที่สุด กล่าวคือ มีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปเพียงร้อยละ 38.46 เท่านั้นที่มีแพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้างาน ขณะที่เมื่อสอบถามถึงศักยภาพของแพทย์แผนไทยโดยสะท้อนจากความสามารถทางวิชาการ กล่าวคือ การเป็นวิทยากร, งานเขียนที่ได้รับการเผยแพร่ และการทำวิจัย บุคลากรในหน่วยงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปกลับมีสัดส่วนร้อยละที่สูงที่สุดในทุกด้าน ขณะที่หากสะท้อนศักยภาพบุคลากรด้านบริการผ่านการจัดการบริการที่ซับซ้อนขึ้น อาทิ เช่น บริการผู้ป่วยใน และการส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรในหน่วยงานแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนกลับมีสัดส่วนร้อยละสูงที่สุด

เมื่อสอบถามถึงความขาดแคลนวัสดุและยาสมุนไพรในโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีสัดส่วนร้อยละความขาดแคลนวัสดุสูงที่สุด (ร้อยละ 40.17) ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปกลับมีสัดส่วนร้อยละของการขาดแคลนยาสมุนไพรสูงที่สุด (ร้อยละ 46.15)

ในหมวดของแรงจูงใจ จากตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่า เมื่อสอบถามถึงจำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือนในอัตราที่ไม่น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ตลอดจนการเข้ารับการอบรมและการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาบุคลากร รวมทั้งแรงจูงใจในแง่ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการรวมตัวของเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีสัดส่วนร้อยละที่สูงที่สุด นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปยังมีสัดส่วนร้อยละของการยอมรับเป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงานสูงที่สุด ส่วนการยอมรับในแง่ของสหวิชาชีพคือ มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยงานนั้น ทั้งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนร้อยละสูงใกล้เคียงกันกล่าวคือ มากกว่าร้อยละ 90

จากแบบเก็บข้อมูลพบว่ามาตรฐานของวัสดุและยาสมุนไพรในสถานพยาบาลทั้งสามระดับมีสัดส่วนร้อยละที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้จำนวนปีที่เปิดบริการและจำนวนชนิดบริการมีสัดส่วนร้อยละสูงสุดอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ขณะที่นวัตกรรมและบริการที่มีความเป็นอัตลักษณ์ ตลอดจนร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ แพทย์แผนไทย และสัดส่วนร้อยละการผ่านตัวชี้วัดที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกวิเคราะห์พบค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 4.5 แสดงรายละเอียดข้อมูลตอบกลับแยกเฉพาะบริการการแพทย์ทางเลือกตามระดับสถานพยาบาล (n=20)

	รพ ศูนย์/ทั่วไป (n=11)	รพ ชุมชน (n=8)	รพ สต (n=1)
ก. โครงสร้าง			
1) บุคลากร			
1.1) ผู้ให้บริการในกลุ่มงาน (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วย	3.91±2.34	2.88±1.36	2
สัดส่วนข้าราชการในหน่วยงานเฉลี่ย	72.80	43.75	0
จำนวนแพทย์แผนจีน	0.09±0.30	0.75±0.71	0

	รพ ศูนย์/ทั่วไป (n=11)	รพ ชุมชน (n=8)	รพ สต (n=1)
จำนวนแพทย์แผนปัจจุบันที่ฝังเข็ม	2.27±1.68	0.75±0.71	1
จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนจีน	0	0.13±0.35	0
บุคลากรอื่นๆ	1.55±1.69	1.25±1.03	1
แพทย์แผนจีน/แพทย์เป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ)	10(90.91)	6(75)	0(0)
2.2) ศักยภาพบุคลากร (ร้อยละ)			
ได้รับเชิญเป็นวิทยากรนอกจังหวัด	4(36.36)	3(37.50)	0(0)
มีงานเขียนที่เกี่ยวข้องได้รับการ เผยแพร่	1(9.09)	1(1.25)	0(0)
มีการจัดบริการผู้ป่วยใน	9(81.82)	6(75)	0(0)
มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นที่ จำเป็น	10(90.91)	8(100.00)	0(0)
มีการทำวิจัยในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา	3(27.27)	0(0)	0(0)
3) วัสดุและยาสมุนไพร (ร้อยละ)			
วัสดุขาดแคลน	4(36.36)	1(12.50)	0(0)
ไม่มีบริการยาสมุนไพรทางเลือก	8(72.73)	6(75)	1(100)
ข. กระบวนการ			
1) <u>แรงจูงใจ</u>			
จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรม (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	0.73±1.01	0.25±0.46	0
งบประมาณที่ได้รับสำหรับการ การอบรมในรอบ 6 เดือน (บาท) (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15,045.18±31,085.52	5,075.00±10,126.87	0
ได้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียน รู้ภายในอำเภอ/จังหวัด (ร้อยละ)	2(18.18)	2(25)	0
มีการรวมตัวของผู้ให้การ รักษาภายในอำเภอ/จังหวัด (ร้อยละ)	4(36.36)	0	0

	รพ ศูนย์/ทั่วไป (n=11)	รพ ชุมชน (n=8)	รพ สต (n=1)
2) การยอมรับ (ร้อยละ)			
เป็นแหล่งศึกษา/ฝึกงาน ของสถาบันการศึกษา	6(54.54)	4(50)	0
มีหน่วยอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารับ บริการ	11(100)	8(100)	1(100)
วัสดุที่ใช้มีมาตรฐานอ้างอิง	11(100)	8(100)	1(100)
ค. ผลลัพธ์ (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
จำนวนปีที่เปิดบริการ (ปี)	7.40±5.04	5.14±3.48	1
จำนวนชนิดของบริการ (ชนิด)	2.91±2.07	3.71±1.80	1
มีบริการที่เป็นนวัตกรรม/อัตลักษณ์	1(9.09)	1(12.50)	0
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการจากสถานพยาบาล (หมื่นครั้ง)	18.89±10.96	6.06±4.01	0.82±0.81
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการ แพทย์ทางเลือก (หมื่นครั้ง)	0.17±0.16	0.12±0.12	NA
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการ แพทย์ทางเลือก(เปรียบเทียบกับจำนวน ครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด)	1.10	1.85	NA

จากแบบเก็บข้อมูลตอบกลับแสดงถึงจำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มีทั้งสิ้น 45 แห่ง โดยมี 5 แห่งที่ไม่สามารถแยกรายละเอียดของบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้ ทั้งนี้มีแบบเก็บข้อมูลตอบกลับของสถานบริการที่แยกรายละเอียดได้เพียง 20 แห่ง (ร้อยละ 50) ที่สามารถนำมาประมวลผลได้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.5

จากข้อมูลในตารางที่ 4.5 จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วยแพทย์ทางเลือกมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 ถึง 4 คน โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปซึ่งมีส่วนร้อยละของข้าราชการสูงถึง 72.80 ทั้งนี้บุคลากรหลักที่ให้บริการแพทย์ทางเลือก (ทั้งหมดเป็นบริการฝังเข็ม) เป็นแพทย์ที่ได้รับการอบรมด้านการฝังเข็ม มีค่าเฉลี่ยของบุคลากรแพทย์แผนจีนเพียง 0 ถึง 1 คน เท่านั้น ซึ่งจากแบบเก็บข้อมูลที่ตอบกลับพบว่า ระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีแพทย์แผนจีนปฏิบัติงานเพียง 1 แห่ง (1 คน) จากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทั้งสิ้น 11 แห่ง ส่วนระดับโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์แผนจีนปฏิบัติงานทั้งสิ้น 5 แห่ง (6 คน) จากโรงพยาบาลชุมชนทั้งสิ้น 8 แห่ง โดยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีแพทย์แผนจีนปฏิบัติงานอยู่

โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในฝ่ายแพทย์ทางเลือกนั้นยังแสดงศักยภาพทางวิชาการค่อนข้างน้อยกล่าวคือ มีงานเขียนที่เกี่ยวข้องและได้รับการเผยแพร่น้อยกว่าร้อยละ 10 และระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องเลยในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ทว่าศักยภาพบุคลากรทางคลินิกนั้นค่อนข้างสูงกล่าวคือ มีการจัดบริการผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 75 ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและมากกว่าร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ตลอดจนมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นที่จำเป็นมากกว่าร้อยละ 90 ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 100) ทั้งนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของแบบเก็บข้อมูลตอบกลับเฉพาะบริการแพทย์ทางเลือกระบุว่า ไม่มีบริการยาสมุนไพรทางเลือก

จากตารางที่ 4.5 ในหมวดกระบวนการนั้น เรื่องแพทย์ทางเลือกยังมีแรงจูงใจค่อนข้างน้อยกล่าวคือ มีการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมความรู้ระหว่าง 0 ถึง 1 ครั้ง อีกทั้งมีการเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดน้อยกว่าร้อยละ 25 และไม่มีการรวมตัวของผู้ให้การรักษาในระดับตำบลและอำเภอเลย ขณะที่การยอมรับของการแพทย์ทางเลือกซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการโดยแพทย์นั้น ได้รับการยอมรับเป็นแหล่งศึกษาดูงานมากกว่าร้อยละ 50 โดยทั้งหมดเป็นแหล่งรับส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 100)

ในหมวดผลลัพธ์นั้น พบว่า การแพทย์ทางเลือกมีจำนวนปีเฉลี่ยที่เปิดให้บริการสูงสุดในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป คือ 7.40 ± 5.04 ปี โดยมีจำนวนชนิดของบริการระหว่าง 2 ถึง 4 ชนิด และมีจำนวนร้อยละผู้ป่วยนอกที่มารับบริการแพทย์ทางเลือกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 1.10 ± 1.29 หรือเฉลี่ย 1,700 ครั้งในรอบ 6 เดือน และ 1.85 ± 1.62 หรือเฉลี่ย 1,200 ครั้งในรอบ 6 เดือนในระดับโรงพยาบาลชุมชน

ค. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 4.6 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบสองตัวแปร (Bivariate Analysis; n = 224)

	จำนวนโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย/ จำนวน(ร้อยละ)	p- value
ก. โครงสร้าง			
1) สถานที่			
คะแนน รพ สส พท	172	89.51 ± 11.00	0.344
2) บุคลากร			
2.1) ผู้ให้บริการในกลุ่มงาน			
จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วย	224	6.78 ± 8.65	$<0.001^*$
สัดส่วนข้าราชการในหน่วยงานเฉลี่ย	218	20.51 ± 27.45	0.664
จำนวนแพทย์แผนไทย	224	1.80 ± 1.59	$<0.001^*$
จำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรม	222	1.13 ± 0.92	$<0.001^*$
จำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง หรือ มากกว่า	224	4.19 ± 6.53	$<0.001^*$
แพทย์แผนไทย/แพทย์ที่มีความรู้เป็นหัวหน้างาน	223	140(62.78)	0.017^+

	จำนวนโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย/ จำนวน(ร้อยละ)	p- value
2.2) ศักยภาพบุคลากร (ร้อยละ)			
ได้รับเชิญเป็นวิทยากรนอกจังหวัด	222	58(26.13)	0.007 [†]
มีงานเขียนที่เกี่ยวข้องได้รับการ เผยแพร่	222	44(19.82)	0.092
มีการจัดบริการผู้ป่วยใน	222	102(44.54)	<0.001 [†]
มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นที่ จำเป็น	222	173(77.93)	0.039 [†]
มีการทำวิจัยในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา	220	53(24.09)	0.046 [†]
3) วัสดุและยาสมุนไพร (ร้อยละ)			
วัสดุขาดแคลน	223	77(34.53)	0.147
ยาสมุนไพรขาดแคลน	223	80(35.87)	0.494
ข. กระบวนการ			
1) แรงจูงใจ			
มีบุคลากรได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาท/เดือน	223	110(49.33)	<0.001 [†]
จำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือน อย่างน้อย 15,000 บาท/เดือน	221	1.55±3.41	<0.001 [*]
จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรม	223	1.05±1.93	<0.001 [*]
งบประมาณที่ได้รับสำหรับการ การอบรมในรอบ 6 เดือน (บาท)	223	3,483.36±8,060.24	<0.001 [*]
ได้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียน รู้ภายในอำเภอ/จังหวัด	223	196(87.89)	0.072
มีการรวมตัวของผู้ให้การ รักษาภายในอำเภอ/จังหวัด (ร้อยละ)	223	139(62.33)	0.438
2) การยอมรับ (ร้อยละ)			
เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงาน ของสถาบันการศึกษา	223	111(49.77)	<0.001 [†]
มีหน่วยอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารับ บริการ	223	162(72.64)	<0.001 [†]
มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรโดย แพทย์แผนปัจจุบัน	223	176(78.92)	<0.001 [†]

	จำนวนโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย/ จำนวน(ร้อยละ)	p- value
ยาสมุนไพรที่ใช้ได้คุณภาพ ตามมาตรฐาน GMP	223	215(95.96)	0.075
วัสดุที่ใช้มีมาตรฐานอ้างอิง	223	211(94.62)	0.312
ค. ผลลัพธ์ (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
จำนวนปีที่เปิดบริการ (ปี)	216	7.42±4.87	<0.001 [*]
จำนวนชนิดของบริการ (ชนิด)	213	4.45±1.77	0.060
มีบริการที่เป็นนวัตกรรม/อัตลักษณ์	223	30(13.45)	0.869
มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร (แสนบาท)	174	2.07±3.83	<0.001 [*]
จำนวนรายการยาสมุนไพร	218	18.19±14.91	<0.001 [*]

* ค่า p-value <0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์โดย Pearson's correlation

† ค่า p-value <0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์โดย Independent t-test

จากตารางที่ 4.6 สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลคือ จำนวนบุคลากรทุกประเภท (p -value <0.001) ตลอดจนการที่แพทย์แผนไทย/แพทย์ที่มีพื้นความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นหัวหน้างาน (p -value = 0.017) นอกจากนี้ยังพบว่า ศักยภาพของบุคลากรทั้งด้านวิชาการและด้านคลินิกมีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล กล่าวคือ ศักยภาพทางคลินิก อันได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการทางการแพทย์อื่นที่จำเป็น (p -value = 0.039) และการจัดบริการผู้ป่วยใน (p -value <0.001) ส่วนศักยภาพทางวิชาการที่มีผลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญคือการได้รับเชิญเป็นวิทยากรนอกจังหวัด (p -value = 0.007) และการทำวิจัย (p -value = 0.046) ขณะที่ความขาดแคลนยาสมุนไพร (p -value = 0.494) และวัสดุที่ใช้ภายในหน่วยงาน (p -value = 0.147) ไม่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลในงานวิจัยชิ้นนี้

ในแง่ของแรงจูงใจพบว่า การที่บุคลากรได้รับค่าแรงสูงกว่าแรงงานขั้นต่ำ (อย่างน้อย 15,000 บาทต่อเดือน) มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (p -value <0.001) รวมทั้งแรงสนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรได้รับความรู้และเข้ารับการอบรม (p -value <0.001) มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลเช่นกัน

การยอมรับโดยเป็นแหล่งศึกษาดูงาน เป็นหน่วยรับส่งต่อ และมีแพทย์แผนปัจจุบันร่วมส่งจ่ายยาสมุนไพร นั้นล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน

โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) ทั้งนี้มาตรฐานของวัสดุและยาสมุนไพรไม่มีผลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนปีที่เปิดบริการมีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) รวมถึงจำนวนรายการยาสมุนไพรและมูลค่าการส่งยาสมุนไพรมีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เช่นกัน

ตารางที่ 4.7 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเส้นตรง (Multiple linear regressions) ด้วย enter method

	จำนวน โรงพยาบาล	p - value
ก.โครงสร้าง		
จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วย	220	$<0.001^*$
แพทย์แผนไทย/แพทย์ที่มีความรู้เป็นหัวหน้างาน	220	0.114
ได้รับเชิญเป็นวิทยากรนอกจังหวัด	220	0.808
มีการจัดบริการผู้ป่วยใน	220	0.002^*
มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นที่จำเป็น	220	0.561
มีการทำวิจัยในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา	220	0.785
ข.กระบวนการ		
มีบุคลากรได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาท/เดือน	221	0.251
จำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาท/เดือน	221	0.017^*
งบประมาณที่ได้รับสำหรับการอบรมในรอบ 6 เดือน (บาท)	221	0.082
เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงานของสถาบันการศึกษา	221	0.011^*
มีหน่วยอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ	221	0.219
มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนปัจจุบัน	221	0.056

	จำนวน โรงพยาบาล	p- value
ค.ผลลัพธ์		
จำนวนปีที่เปิดบริการ (ปี)	167	0.004 [*]
มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร (แสนบาท)	167	<0.001 [*]
จำนวนรายการยาสมุนไพร	167	0.391

^{*} ค่า p-value <0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้เมื่อนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเส้นตรงโดยแยกหมวดตามโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วยงาน (p -value <0.001) ศักยภาพในการจัดบริการผู้ป่วยใน (p -value=0.002) จำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาทต่อเดือน (p -value=0.017) การได้รับการยอมรับให้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงานของสถาบันการศึกษา (p -value=0.011) จำนวนปีที่เปิดให้บริการ (p -value=0.004) ตลอดจนมูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร (p -value <0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.7

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

ในปัจจุบันการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการแพทย์แผนไทยเป็นบริการพื้นฐานที่ประชาชนชาวไทยพึงได้รับจากสถานบริการ (1) อีกทั้งการบริการแพทย์แผนไทยยังได้รับการสนับสนุนโดยตรงทั้งจากนโยบายรัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (2) กล่าวคือ การมุ่งสนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร

การจัดบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกปี 2554-2556 (3) มีสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการอย่างน้อยคือ การจ่ายยาสมุนไพรไทยสูงถึงร้อยละ 76.97 (8,623 แห่ง จาก 11,203 แห่ง) ขณะที่การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่กลับไม่มีรายงานใดทั้งในและต่างประเทศศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและการจัดบริการมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเห็นความสำคัญของการสนับสนุนการบูรณาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ มุ่งเน้นให้เกิดการนำภูมิปัญญาของชาติไปสู่การใช้ประโยชน์และเกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประเทศ ดังนั้นการวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสะท้อนผ่านจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

5.1 เปรียบเทียบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จากแบบเก็บข้อมูลตอบกลับที่นำมาวิเคราะห์ผลได้ทั้งหมด (n=231) ระบุว่า มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการการแพทย์แผนไทยรวมกับการแพทย์ทางเลือกทั้งสิ้นคิดเป็นร้อยละ 19.48 (45 แห่ง) และจัดเฉพาะบริการแพทย์แผนไทยคิดเป็นร้อยละ 80.52 (186 แห่ง) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกปี 2554-2556 (3) ระบุว่า มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป) จัดบริการการแพทย์แผนจีน (ฝังเข็ม) อยู่ที่ร้อยละ 19.90 (166 แห่งจาก 834 แห่ง) ซึ่งมีแนวโน้มที่สอดคล้องกันกับการวิจัยชิ้นนี้

จากการสำรวจของวิจัยชิ้นนี้ระบุว่า ปริมาณบุคลากรในหน่วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะมีจำนวนมากขึ้นตามขนาดและภาระงานของโรงพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 5.1 โดยสัดส่วนข้าราชการของบุคลากรที่ให้บริการแพทย์ทางเลือกจะสูงกว่าบุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่าคือ มากกว่าร้อยละ 40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบริการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดเป็นบริการฝังเข็มซึ่งใช้บุคลากรเดิมของโรงพยาบาลไปพัฒนาต่อยอดเป็นแพทย์ฝังเข็มจึงทำให้สัดส่วนของความเป็นข้าราชการซึ่งสะท้อนถึงความมั่นคงในอาชีพของกลุ่มที่จัดบริการแพทย์ทางเลือกมีมากกว่า

บุคลากรที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลให้เข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ระหว่าง 1 ถึง 3 ครั้งในรอบ 6 เดือน ขณะที่กลุ่มที่ให้บริการเฉพาะแพทย์ทางเลือกได้เข้ารับการอบรมน้อยกว่า กล่าวคือ 0 ถึง 1 ครั้ง แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการอบรมการแพทย์ทางเลือกกลับมีราคาสูงกว่าค่อนข้างชัดเจนซึ่งอาจแสดงได้ว่าการอบรมความรู้ด้านการแพทย์ทางเลือกมักต้องใช้วิทยากรจากต่างประเทศอาจส่งผลให้ต้นทุนของการอบรมมีราคาสูงขึ้น

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป

	รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รพ.ชุมชน	
	แพทย์แผนไทย (n=26)	แพทย์ทางเลือก (n=11)	แพทย์แผนไทย (n=83)	แพทย์ทางเลือก (n=8)
ก.โครงสร้าง				
จำนวนบุคลากรทั้งหมดของหน่วย (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	21.08 $\pm$ 13.38	3.91 $\pm$ 2.34	7.89 $\pm$ 6.70	2.88 $\pm$ 1.36
สัดส่วนข้าราชการ (ร้อยละ)	20.60	72.80	26.68	43.75
ได้รับเชิญเป็นวิทยากรนอก จังหวัด(ร้อยละ)	38.46	36.36	32.53	37.50
มีงานเขียนที่เกี่ยวข้องได้รับการ เผยแพร่ (ร้อยละ)	23.08	9.09	21.69	1.25
มีการจัดบริการผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	73.08	81.82	86.75	75
มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่นที่ จำเป็น (ร้อยละ)	88.46	90.36	90.36	100
มีการทำวิจัยในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ)	38.46	27.27	24.10	0
ข.กระบวนการ				
จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.65 $\pm$ 3.42	0.73 $\pm$ 1.01	1.41 $\pm$ 1.98	0.25 $\pm$ 0.46
งบประมาณที่ได้รับสำหรับการ อบรมในรอบ 6 เดือน (บาท) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	10,103.69 $\pm$ 15,924.94	15,045.18 $\pm$ 31085.52	4,580.49 $\pm$ 7,670.13	5,075 $\pm$ 10126.87
เป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงาน สถาบันการศึกษา (ร้อยละ)	76.92	54.54	60.24	50.00
มีหน่วยอื่นส่งต่อผู้ป่วยมารับ บริการ (ร้อยละ)	96.15	100	95.18	100

	รพ.ศูนย์/ทั่วไป		รพ.ชุมชน	
	แพทย์แผนไทย (n=26)	แพทย์ทางเลือก (n=11)	แพทย์แผนไทย (n=83)	แพทย์ทางเลือก (n=8)
ค.ผลลัพธ์				
จำนวนปีที่เปิดบริการ(ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9.68±3.52	7.40±5.04	10.98±4.66	5.14±3.48
จำนวนชนิดของบริการ(ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.74±1.36	2.91±2.07	4.90±1.85	3.71±1.80
มีบริการที่เป็นนวัตกรรม/อัตลักษณ์ (ร้อยละ)	11.54	9.09	7.23	12.50
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (หมื่นครั้ง; ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.54±1.54	0.17±0.16	0.75±0.77	0.12±0.12
ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9.56	1.10	13.69	1.85

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปีเฉลี่ยของการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะเห็นว่า จุดเริ่มต้นของการจัดบริการการแพทย์ทางเลือก (การแพทย์แผนจีน-ฝังเข็ม) อยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กล่าวคือมีจำนวนปีเฉลี่ยยาวนานถึง 9.68 ปี ขณะที่จุดเริ่มต้นของการให้บริการการแพทย์แผนไทยอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนกล่าวคือมีจำนวนปีเฉลี่ยยาวนานถึง 10.98 ปี และจากตารางเดียวกันเป็นที่ชัดเจนว่าการบริการการแพทย์ทางเลือกยังมีสัดส่วนน้อยกว่าการบริการการแพทย์แผนไทยอยู่มากซึ่งสอดคล้องกับอัตรากำลังพื้นฐานที่สำรวจได้

5.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หากวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามกรอบ โครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยทางโครงสร้างที่มีผลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคือ จำนวนบุคลากรทุกประเภท (p -value <0.001) ตลอดจนศักยภาพทางคลินิกที่สะท้อนผ่านการจัดการบริการผู้ป่วยใน (p -value=0.002) และปัจจัยทางกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคือ จำนวนบุคลากรที่ได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 15,000 บาท ตลอดจนการได้รับการยอมรับสะท้อนผ่านการเป็นแหล่งศึกษาดูงาน/ฝึกงานของสถาบันการศึกษา (p -value <0.011) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยเรื่อง

แบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ (4) กล่าวว่า ปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่สำคัญมากที่สุดคือ ปัจจัยการจัดการทรัพยากรบุคคลโดยมีองค์ประกอบที่กล่าวถึงคือ ความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ โดยปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่สำคัญรองลงมาคือ ปัจจัยระบบการบริหารจัดการ ซึ่งแสดงว่าตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมุ่งเน้นงานด้วยสวัสดิการและค่าตอบแทน

ปัจจัยทางผลลัพธ์ที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคือ จำนวนปีที่เปิดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ($p\text{-value} = 0.004$) ซึ่งสะท้อนถึงความยาวนานของการให้บริการ หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวว่า มีความยาวนานพอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้จักและเกิดความมั่นใจในการมารับบริการ นอกจากนี้ มูลค่าการส่งจ่ายยาสมุนไพร ($p\text{-value} < 0.001$) ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการอีกด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้นได้เข้าสู่วัฒนธรรมของการใช้ยาสมุนไพรกล่าวคือ ไม่ได้มีเฉพาะบริการทางหัตถเวชเท่านั้น ทว่าในงานวิจัยชิ้นนี้ไม่พบว่าความขาดแคลนยาสมุนไพรมีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดอยู่สองประเด็นที่ผู้วิจัยต้องกล่าวถึง คือ ข้อจำกัดแรกของงานวิจัยชิ้นนี้คือ อดีที่เกิดขึ้นจากกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของงานวิจัยชิ้นนี้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 50.65) ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยจะพบว่า จำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร มักจะมีสัดส่วนที่สูงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นอาจมีผลทำให้ผลค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งบริการ และมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร อาจมีมูลค่าสูงกว่าความเป็นจริงได้

ข้อจำกัดที่สองคือ กลุ่มประชากรในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ตอบแบบเก็บข้อมูลกลับมาได้น้อยกว่าความต้องการเป้าหมาย (ต้องการ 49 แห่ง แต่ตอบกลับเพียง 26 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.06) ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป อาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทั้งประเทศได้

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลสรุปจากการวิจัยชิ้นนี้ส่งผลให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งสะท้อนผ่านจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า จำนวนบุคลากรและศักยภาพทางคลินิก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นนโยบายที่ชัดเจนด้านกำลังคนและการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ทางคลินิกที่เพียงพออย่างน้อยแก่การจัดบริการผู้ป่วยใน เป็นสิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งให้ความสำคัญก่อน นอกจากนี้ ปัจจัยจำนวนบุคลากรในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกซึ่งมีผลต่อการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิจัยนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการของหน่วยงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ต้องการการสนับสนุนด้านบุคลากรการแพทย์แผนไทย (5) นั้นเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วนจริง

2) ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งสะท้อนผ่านจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่าแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนและการได้รับการยอมรับจากเครือข่ายผ่านการเป็นแหล่งฝึก/ศึกษาดูงาน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรเร่งและให้ความสำคัญแก่การบรรจุบุคลากรในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยในตำแหน่งที่ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม ตลอดจนการสร้างเครือข่ายและพันธมิตรทั้งจากสถาบันการศึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ยั่งยืน

3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งสะท้อนผ่านจำนวนครั้งของบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า จำนวนปีซึ่งสะท้อนถึงความต่อเนื่องของการให้บริการ และมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรซึ่งสะท้อนถึงการจัดการด้านเวชกรรมไทยของสถานพยาบาล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริการ ดังนั้นการสนับสนุนให้จัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ต้องเน้นย้ำถึงความต่อเนื่องโดยควรส่งเสริมให้มีการจัดการด้านเวชกรรมไทยด้วย

การประกาศนโยบายกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเรื่องการจัด OPD คู่มือในปีงบประมาณ 2558 (2) โดยมีข้อนิยามของการจัด OPD คู่มือในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปว่า ก) มีแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 2 วันทำการต่อสัปดาห์โดยสามารถยืดหยุ่นช่วงเวลาของการให้บริการได้ และ ข) มีกรอบรายการยาสมุนไพรไม่น้อยกว่า 30 รายการนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นให้เกิดการจัดบริการเวชกรรมไทยเพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ตลอดจนสนับสนุนให้แพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งเป็นการสร้างโอกาสให้แพทย์แผนไทยได้ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ จึงนับได้ว่าเป็นนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดการจัดบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการการแพทย์แผนไทยในระบบของกระทรวงสาธารณสุขและเปลี่ยนภาพลักษณ์ของบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขไปพอสมควร ทว่าสิ่งที่ต้องระวังคือ ความต่อเนื่องของนโยบาย ตลอดจนการผลักดันให้เกิดการจ้างบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์แผนไทย ในหน่วยที่จัดบริการให้ได้ตำแหน่งที่มีความมั่นคงและมีรายได้ที่เหมาะสม ตลอดจนการสร้างเสริมความพร้อมทักษะทางคลินิกให้แก่แพทย์แผนไทย อนึ่งแม้ว่างานวิจัยชิ้นนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ของการขาดแคลนยาสมุนไพรต่อการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ขณะนี้ การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกประกอบด้วยบริการที่หลากหลาย บริการเวชกรรมไทยเป็นเพียงหนึ่งในหลายบริการที่จัดขึ้นภายในหน่วย ทว่าในอนาคต หากรัฐจะมุ่งเน้นการจัดบริการเวชกรรมไทยอย่างจริงจัง สิ่งที่ต้องพึงระวังและให้ความสำคัญอย่างมากคือ ปริมาณและคุณภาพของวัตถุดิบตลอดจนการแปรรูปสมุนไพรโดยเฉพาะยาไทย ซึ่งรายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก (6) กล่าวว่า วัตถุดิบสมุนไพรของประเทศไทยยังขาดการจัดการ ขาดนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐทำให้การดำเนินงานไร้ทิศทาง

เอกสารอ้างอิง

- (1) ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญ. ตารางสรุปเจตนารมย์รายมาตราของร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2558.
- (2) สำนักยุทธศาสตร์. แผนงานโครงการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสู่การปฏิบัติ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปีงบประมาณ พ.ศ.2558. เอกสารอัดสำเนา: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2558.
- (3) สำนักงานข้อมูลและประเมินผล. รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ๒๕๕๔-๒๕๕๖. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2556.
- (4) เยาวภา ปฐมศิริกุล. แบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. วารสารบริหารธุรกิจ. 2554; 34 (130): หน้า 14-34.
- (5) โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ, ยงค์ดี ตันติปิฎก และคณะ. นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557.
- (6) ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์. รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ๒๕๕๑-๒๕๕๓. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2553.