



รายงานการศึกษาวิจัย

เรื่อง สถานการณ์ด้านการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย
ตาม พรบ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1) (ก)
กรณีศึกษาพื้นที่ภาคใต้

โดย

นางสาวศิรินทร์ภรณ์ อัจจิมางกูร

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันสุขภาพวิถีไทย (สสว.)

ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ประจำปี พ.ศ. 2554

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (1) (ก) เพื่อศึกษาและติดตามการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ของผู้ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (3) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (ก) โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคือ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะและรับการทดสอบความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาแพทย์แผนไทย ปี 2554 ทั้ง 2 เขตในภาคใต้ครอบคลุมทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ ได้ตัวอย่างที่ศึกษารวม 429 คน แบ่งเป็นตัวอย่างจากเขต 11 จำนวน 209 ตัวอย่าง และเขต 12 จำนวน 220 ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 13 ราย มี 2 สถานศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช สัมภาษณ์ครู 4 คน นักเรียน 5 คน ในจังหวัดสงขลา มี 3 สถาบันการศึกษา สัมภาษณ์ ครู 4 คน และเข้าร่วมการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนทั้ง 2 แห่งจังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะเวลาการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ – กันยายน พ.ศ. 2554

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 429 คน ในเขต 11 มีภูมิสำเนาที่จังหวัดนครศรีธรรมราชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 28.7 ในเขตที่ 12 กลุ่มตัวอย่างมีภูมิสำเนาที่จังหวัดสงขลามากที่สุด ร้อยละ 36.6 รองลงมา จังหวัดพัทลุง คิดเป็นร้อยละ 10.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ระหว่าง 41-50 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 44.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.2 ปี ด้านการศึกษา มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 35.8 ด้านการประกอบอาชีพ คือ การรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีรายได้ประจำ ได้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 24.2 ด้านอาชีพเสริม ประกอบอาชีพเสริม คิดเป็นร้อยละ 55.1

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (ก)

ส่วนผู้เรียน การเรียนการสอนแพทย์แผนไทยเป็นการเรียนการสอนแบบผู้ใหญ่ตามความสมัครใจมีอายุที่แตกต่างกันตั้งแต่อายุ 21 ปี -80 ปี มีพื้นฐานการศึกษาตั้งแต่อ่านออกเขียนได้ -ระดับปริญญาตรี เป็นผู้ที่มีการประกอบอาชีพด้านแพทย์แผนไทยกับผู้ที่ไม่มีการประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย มีการประกอบอาชีพการสอบตั้งแต่ 1 – 10 ครั้ง ความหลากหลายของผู้เรียนดังกล่าวย่อมเป็นการยากที่จะทำให้เกิดคุณภาพในการจัดการเรียนการสอน แต่ข้อจำกัดของสถานศึกษา และจำนวนครูที่สอนแต่ประเภททำให้ไม่สามารถจัดชั้นเรียนให้ตรงกับคุณลักษณะของผู้เรียนได้ ในทางปฏิบัติมีแบ่งชั้นเรียนตามประเภทหลักสูตร เช่น หลักสูตรเวช

กรรมเรียนวันเสาร์ เกสัชกรรม การเรียนวันอาทิตย์ โดยผู้เรียนทุกคนเรียนพร้อมกัน เมื่อผู้เรียนมีการรับรู้ที่ไม่เท่ากัน ครูจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนส่วนใหญ่ และหาวิธีเพิ่มเติมความรู้ให้กับผู้ที่รับรู้ช้า เช่น การสอนแบบบทกลอน การแลกเปลี่ยนความรู้จากตำรา กับประสบการณ์ของผู้เรียน นอกจากครูยังมีเพื่อนนักเรียนที่เรียนดีจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน เช่น การบันทึกภาพและเสียงของครูทุกวิชา เพื่อนำมาทบทวนความรู้แต่ละครั้ง การร่วมกันจัดกิจกรรมทำยาสมุนไพร เช่น น้ำมันไพล ยาหม่อง ยาลม ซึ่งจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายจากประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นในกลุ่มของผู้มอบตัวศิษย์ที่ต้องการศึกษาด้วยตนเองโดยไม่รับรู้การมอบตัวศิษย์ (คือไม่รับรู้ชื่อครู สถานศึกษา ปีพ.ศ.ที่สอบตัวศิษย์ ปีพ.ศ.ที่สอบได้ จำนวนครั้งที่สอบ) ที่อาจเรียนรู้ผ่านตัวอักษรจากตำราอย่างเดียวและทดสอบผ่าน แต่ขาดความรักและความศรัทธาในวิชาที่เรียน ซึ่งมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนที่มอบตัวศิษย์ทั้งหมด นี่เป็นวิกฤติหนึ่งของคุณภาพของกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีสมองแต่ขาดด้านจิตวิญญาณในวิชาชีพ

ส่วนครู ครูที่รับมอบตัวศิษย์ต้องมีหน้าที่ในการอบรมให้ความรู้กับศิษย์ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด แต่ในปัจจุบันครูบางกลุ่มเป็นเพียงสะพานทางเชื่อมผ่านให้ผู้เรียนมีสิทธิ์ในการทดสอบความรู้เท่านั้น ซึ่งมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 44) ของการมอบตัวศิษย์ ที่ผู้เรียนไม่รับรู้การมอบตัวศิษย์ในส่วนของประเภทเวชกรรมมากที่สุดรองลงมาประเภทผดุงครรภ์ การนวดไทย และเภสัชกรรม (ร้อยละ 32 30 และ 14 ตามลำดับ) ในส่วนการรับรู้ชื่อครูรับมอบตัวศิษย์ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประเภทเวชกรรมจะรับรู้ชื่อครูระดับน้อยที่สุด ประเภทผดุงครรภ์และการนวดไทยรับรู้ชื่อครูระดับปานกลาง ส่วนประเภทที่รับรู้ชื่อครูมากที่สุด คือเภสัชกรรม สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อครูไม่ได้รับการอบรม ส่งเสริมและพัฒนาวิธีการเป็นครูที่ดีมีคุณธรรมจริยธรรม ไม่มีองค์กรครูที่หมั่นตรวจสอบและสร้างขวัญกำลังใจ ครูแพทย์แผนไทยจึงอยู่แบบโดดเดี่ยว เป็นปัจเจกชน ไร้องค์กรสังกัด รับมอบตัวศิษย์ได้ในเขตพื้นที่การศึกษาซึ่งกว้างมาก ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลในทางปฏิบัติทั้งพฤติกรรม คุณธรรมและจริยธรรมของครู ครูที่ดีที่มีใจรักในวิชาชีพ รับผิดชอบการเรียนการสอนในสถานศึกษาแบบให้เปล่า ไม่มีค่าตอบแทน ไม่มีการยกย่องทางสังคม ไม่มีกระบวนการพัฒนาต่อยอด และการสร้างขวัญกำลังใจ แต่ด้วยใจรักในวิชาชีพครู ต้องการอนุรักษ์ให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอยู่คู่กับสังคมไทย ยึดมั่นในอุดมการณ์ จึงสามารถยืนหยัดถ่ายทอดความรู้มาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 30 – 40 ปี จึงทำให้มีการเรียนการสอนจนถึงปัจจุบัน

ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อการเรียนแพทย์แผนไทย

การเรียนการสอนแพทย์แผนไทยอาจมีข้อจำกัดด้านคุณภาพทั้งครู ผู้เรียน กระบวนการถ่ายทอดความรู้ และสถานที่ฝึกปฏิบัติ แต่มีผู้เรียนเพิ่มขึ้นทุกปีในสัดส่วนที่ลดลง เพียงเพราะผู้เรียนต้องการใบประกอบโรคศิลปะ (ร้อยละ 75) รองลงมาต้องการความรู้ การพัฒนาความรู้

เดิม การสืบทอดความรู้ ร้อยละ 67 57 และ 54 ตามลำดับ ทำให้ผู้เรียนมากขึ้นในการหาความรู้ และเข้าร่วมการทดสอบนับสิบครั้ง สอบแล้วสอบอีกจนกว่าจะสอบผ่าน ทำให้ผู้เรียนมุ่งการสอบ มากกว่าการให้เชิงคุณค่าของวิชาชีพที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เป็นวิทยาทานกับประชาชน

ด้านการใช้ประโยชน์จากใบประกอบโรคศิลปะ

ผู้เรียนมีความต้องการใช้ใบประกอบโรคศิลปะในการประกอบอาชีพประเภทเภสัชกรรม และการให้คำปรึกษาด้านแพทย์แผนไทยมากที่สุด (ร้อยละ 42) รองลงมาให้บริการนวด อาชีพ การสอน การรักษา ในส่วนที่ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชีวิตมีเพียงร้อยละ 4

แนวทางในการปรับปรุงเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (ก)

ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาระบบการเรียนการสอน การแพทย์แผนไทยประเภท(ก) ของแต่ละสถานศึกษาภายใน – ภายนอกภูมิภาค ทั้งรัฐและ เอกชน จัดทำตำราที่เหมาะสมกับพื้นที่และบูรณาการร่วมกับหลักสูตรกลาง ส่งเสริมบทบาท การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นองค์กรร่วมในการพัฒนาการแพทย์แผน ไทย ทั้งด้านการพัฒนากำลังคน ด้านระบบข้อมูล ด้านระบบกองทุนสุขภาพ จัดทำระบบติดตาม การเฝ้าระวังครูที่รับมอบตัวศิษย์ เพื่อป้องกันกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อการค้า

คำนำ

รายงานการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งที่สถาบันสุขภาพวิถีไทยภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขต้องการให้มีการทบทวนและศึกษาสถานการณ์ด้านการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยตาม พรบ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (1) (ก) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย(ก) การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ที่ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ และแนวทางในการปรับปรุงเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภท ก ซึ่งรายงานนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์เบื้องต้นของสถานศึกษา ผู้เรียน ผู้สอน กระบวนการเรียนการสอน การสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ ความคิดเห็นต่อการแพทย์แผนไทย การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์และแนวทางการปรับปรุงเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนและการรับใบอนุญาตฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการเรียนการสอนที่เหมาะสม รวมทั้งทิศทางการหนุนเสริมจากรัฐกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไทย รศ.แสงเทียน อัจจิมากร ที่ให้การสนับสนุนด้านความรู้ แนวทางการศึกษาการบริหารโครงการและงบประมาณ

ผู้ทำวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้ที่สนใจที่จะพัฒนาและปรับปรุงการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ศรินทร์ภรณ์ อัจจิมากร

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก-1
คำนำ	ข-1
สารบัญ	ค-1
สารบัญแผนภูมิ	ค-2
สารบัญตาราง	ค-3
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	17
บทที่ 4 ผลการศึกษา	20
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	37
บรรณานุกรม	42

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขตพื้นที่การทดสอบความรู้ ปี พ.ศ. 2554	20
แผนภูมิที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิลำเนาในเขตการเรียนรู้การสอน ที่ 11	20
แผนภูมิที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิลำเนาในเขตการเรียนรู้การสอน ที่ 12	21

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	22
ตารางที่ 2 ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย	23
ตารางที่ 3 การรับรู้ด้านด้านการแพทย์แผนไทย	24
ตารางที่ 4 การรับรู้ข่าวสารและการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม	26
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สอบในแต่ละสาขา	27
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ด้านการมอบตัวศิษย์	29
ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การมอบตัวศิษย์ในแต่ละประเภท	31
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อเหตุผลที่ต้องการขอขึ้นทะเบียน	32
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต้องการประกอบอาชีพ	32
ตารางที่ 10 การประเมินรายได้ของกลุ่มตัวอย่างในการประกอบอาชีพแพทย์ แผนไทย	33
ตารางที่ 11 ความยากง่ายในการเรียนการแพทย์แผนไทย	33
ตารางที่ 12 ความคิดเห็นต่อการเรียนการแพทย์แผนไทย	35

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 -2554) ได้ให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาคุณภาพคน โดยกำหนดให้ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” นำไปสู่การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ “การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 -2554” ที่เน้นการพัฒนากำลังคนและสร้างการมีส่วนร่วมด้านการแพทย์พื้นบ้านและระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากในอดีตระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มีรากฐานมาจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ แต่ได้ถูกละเลยและไม่ได้ได้รับการพัฒนามานาน ตั้งแต่เริ่มมีการนำระบบการแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ในการรักษาและถูกให้ความสำคัญในฐานะที่เป็นการแพทย์กระแสหลักของประเทศ

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 มาตรา 33 บัญญัติว่า ความรู้และคุณสมบัติของผู้ที่จะขออนุญาตและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนไทยดังนี้

ประเภท (ก) เป็นผู้ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุขและได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว

ประเภท (ข) เป็นผู้ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษา(ระดับอุดมศึกษา) ที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจทดสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด

ประเภท (ค) เป็นผู้มีส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

ที่เปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์แผนไทยยังคงมีการสืบทอดและมีการใช้ประโยชน์ในสังคมไทยที่สืบเนื่องมาจากบรรพบุรุษ และเมื่อพิจารณาทั้ง 3 ประเภทของหมอแผนไทยแล้ว มีประเภท (ก) ที่เป็นรูปแบบดั้งเดิมที่รัฐยังให้ออกาสกับชุมชนที่ยังนิยมใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพในลักษณะของหมอกกลางบ้าน ได้เรียนรู้โดยผ่านการสอนของสมาคมหรือชมรมแพทย์แผนไทยหรืออาจารย์ที่รับมอบตัวศิษย์ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้สมัครสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท(ก) จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

แต่มีผู้ที่สอบผ่านการขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะน้อยมาก จากข้อมูลการศึกษากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยของ ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (2550) พบว่ามีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นครูรับมอบตัวศิษย์ประเภทเวชกรรมไทย 881 คน แต่ครูที่มีการรับศิษย์จริงเพียง 430 คน (ร้อยละ 49) เฉลี่ยครู 1 คน รับศิษย์ 30 คน และครูที่รับศิษย์มากที่สุด 905 คน และการพัฒนาครูรับมอบศิษย์ใช้วิธีการจัดอบรมครั้งละจำนวนมากหลายร้อยคนระยะสั้นเพียง 3 วัน ไม่มีการฝึกปฏิบัติ และไม่มี การประเมินทดสอบความรู้ความสามารถก่อนได้รับอนุญาต ให้สามารถรับมอบตัวศิษย์ตลอดจนไม่มีการติดตามและพัฒนาด้านการศึกษาต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า การแพทย์แผนไทยยังขาดการพัฒนาในการยกระดับมาตรฐานด้านการจัดการเรียนการสอนและระบบการจัดสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หน่วยงานที่ดูแลการแพทย์แผนไทยที่สำคัญคือ กองการประกอบโรคศิลปะ มีการจัดสรรบุคลากรที่รับผิดชอบและงบประมาณเพื่อการดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยน้อยมาก (วิชัย โชควิวัฒน์, 2551, น.15) ทำให้ไม่สามารถดำเนินการด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการพัฒนามาตรฐานการเรียนการสอนของโรงเรียน หรือสมาคมแพทย์แผนโบราณที่ทำการสอนการแพทย์แผนไทยสาขาต่าง ๆ ที่ขาดการดูแลเชิงระบบจากรัฐ ไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ หรือแม้แต่กระบวนการจัดการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่รัฐจัดขึ้นก็ไม่ได้ให้องค์กรที่เป็นกลุ่มโรงเรียน หรือสมาคมแพทย์แผนโบราณเข้าไปมีส่วนร่วม ทำให้ทั้งระบบการเรียนและการสอบมีปัญหาคุณภาพมาตรฐานทั้งด้านทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เช่นไม่สามารถจัดการเรียนการสอนและการสอบในภาคปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ภายหลังการสอบ การจัดอบรมของภาครัฐให้กับผู้ที่สอบผ่านก็ขาดคุณภาพเน้นเชิงปริมาณมากกว่า ทำให้ไม่เป็นหลักประกันในเรื่องความรู้และทักษะ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2551) ในแต่ละปี นอกจากจะมีจำนวนผู้ที่สอบได้ไม่มากนัก ผู้ที่สอบได้ยังขาดทักษะด้านการปฏิบัติ ส่งผลให้ไม่มีความเชื่อมั่นในการประกอบโรคศิลปะ (ไพเราะ รอดระกำ , 2538, ทรัพยากร จันทลาล, 2540) (วิชัย โชควิวัฒน์, 2551)

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดคำถามว่า ทำอย่างไรการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในส่วนของภาคประชาชนที่เป็นการพัฒนาการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยแบบดั้งเดิมดังกล่าว มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล ซึ่งสถาบันสุขภาพวิถีไทยได้เห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้กำหนดให้มีการศึกษาสถานการณ์ด้านการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในมาตรา 33 (1)(ก) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงที่มาของหมอหรือแพทย์แผนไทย ในประเด็นที่เกี่ยวกับการเรียนการสอนและการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ในส่วนการเรียนการสอนของศูนย์ชมรม สมาคมหรือโรงเรียนและลักษณะการเรียนการสอนว่ามีสภาพปัญหาอย่างไร ในด้านของครูผู้สอน นักเรียนหรือผู้เรียนและการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคด้านอื่น ๆ อันได้แก่การสอบใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ระเบียบข้อกฎหมาย และการสนับสนุนจากรัฐ เพื่อจะหาแนวทางพัฒนาหมอแผนไทยให้เป็นระบบ มีคุณภาพน่าเชื่อถืออันจะนำไปสู่การพัฒนา

การสร้างและการจัดการความรู้ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทยเพื่อความเป็นธรรมและยั่งยืนของระบบสุขภาพภาคประชาชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (ก)

1.2.2 เพื่อศึกษาและติดตามการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ของผู้ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

1.2.3 เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (ก)

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1) (ก) ได้กำหนดให้ภาคใต้ มีเขตการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 2 เขต ดังนี้

เขต 11 ประกอบด้วย จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต

เขต 12 ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษา พื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชและสงขลา ซึ่งเป็นตัวแทนทั้ง 2 เขต และเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมายาวนาน รวมทั้งเป็นจังหวัดที่จัดให้มีการสอบในส่วนภูมิภาคของแต่ละเขตมาอย่างต่อเนื่องทุกปี

1.4 นิยามศัพท์

การแพทย์แผนไทย (Thai traditional medicine) หมายถึงการแพทย์แผนโบราณของไทย ที่มีระบบการสอบและขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

ระบบการสอน / ระบบการเรียนการสอน (Teaching / Instruction / Model) คือแบบแผนการดำเนินการสอนที่ได้รับการจัดเป็นระบบ อย่างสัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎี / หลักการเรียนรู้หรือการสอนที่รูปแบบนั้นยึดถือและได้รับการพิสูจน์ ทดสอบว่ามีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายเฉพาะของรูปแบบนั้น ๆ โดยทั่วไปแบบแผนการดำเนินการสอนดังกล่าว มักประกอบด้วยทฤษฎี / หลักการที่รูปแบบนั้นยึดถือและกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะ อันจะนำผู้เรียนไปสู่จุดมุ่งหมายเฉพาะที่รูปแบบนั้นกำหนดซึ่ง

ผู้สอนสามารถนำไปใช้เป็นแบบแผนหรือแบบอย่างในการจัดและดำเนินการสอนอื่น ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะเช่นเดียวกันได้

การเรียนรู้ หมายถึง การปรับเปลี่ยนทัศนคติแนวคิดและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ ซึ่งควรเป็นการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

การเรียนรู้นอกระบบ หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่นใน การกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ วิธีการจัดการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษา การวัดผลประเมินผล ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสำเร็จการศึกษา โดยเนื้อหาและหลักสูตรจะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มแต่ละกลุ่ม

การเรียนรู้ตามอัธยาศัย หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ความถนัด โดยศึกษาจากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม ธรรมชาติ หรือแหล่งความรู้อื่น ๆ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในบทนี้ จะเป็นการทบทวนงานวิจัยหรือบทความที่ได้ทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของการแพทย์แผนไทย(Traditional Medicine) และระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภท (ก) โดยจะเสนอสภาพปัญหา สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อประมวลงานการศึกษาเท่าที่มีอยู่ และประเมินการศึกษาเหล่านี้โดยชี้ให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของการศึกษา พร้อมกับนำเสนอแนวทางการศึกษา ครั้งนี้

ด้านพัฒนาการของการแพทย์แผนไทย

การเรียนการสอนหรือการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย มีมายาวนาน ทั้งในรูปแบบของการถ่ายทอดในลักษณะภพาวาด หรือการถ่ายทอดในลักษณะครูกับศิษย์ การถ่ายทอดผ่านการบันทึกเป็นตัวอักษร เช่น จารึกลงในแผ่นหิน ไม้ โลหะ หรือในเอกสารโบราณ เช่น สมุดข่อย ใบลาน บุตดำ บุตขาว เป็นต้น ซึ่งสามารถแบ่งตามยุคสมัยต่าง ๆ ดังนี้

สมัยสุโขทัย มีการใช้ยาสมุนไพรแบบต้มหรือพอก มีการถ่ายทอดความรู้ผ่านการวาดภาพจารึกลงในสมุดข่อยหรือใบสา

สมัยอยุธยา เริ่มมีความสัมพันธ์กับต่างประเทศ มีการนำการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพ มีการรวบรวมตำรายาไทยต่าง ๆ เรียกว่า “ตำราโอสถพระนารายณ์” ซึ่งได้สืบทอดและใช้อยู่ถึงปัจจุบัน

สมัยกรุงธนบุรี มีการรบอยครั้งทำให้ตำราทางการแพทย์ถูกเผาทำลาย

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ยังคงมีการสืบทอดองค์ความรู้และพัฒนาตำรายามาตรวจทานคัดลอกเก็บไว้ใช้เป็นตำราในกรมหมอลหลวง จนถึงสมัยรัชกาลที่ 6 เริ่มมีการใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการแพทย์แผนไทยและกฎกรตรอนบทบาทและยุติการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนแพทย์รายละเอียดดังนี้

ในปี พ.ศ. 2458 (สมัยรัชกาลที่ 6) พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นไชนนาทนเรนทร ได้ทรงแก้ไขปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาแพทย์โดยยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์ไทยโดยให้เหตุผลว่า

“...การสอนวิชาแพทย์แผนโบราณคือการสอนให้รู้จักใช้ยาไทย ด้วยนั้นเหตุที่ได้อ้างไว้นั้น ฟังดูหยาบคาย แต่ความจริงไม่ได้ประโยชน์อย่างใดเลย การสอนวิชาการแพทย์ตามแบบไทยนั้นไม่เข้ากับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมีนงงและเสียเวลาไปเปล่า ๆ ส่วนยานั้น ยาฝรั่งเขาทำอย่างประณีตตามตำรา ส่วนยาไทยนั้นเป็นยาส่วนตัวของแพทย์ผู้ใช้นั้นเอง โดยมากมีการ

ปิดบังหวงตำราแข่งขันกัน เครื่องยาเป็นสมุนไพรที่ต่างกัน ถ้าเป็นผู้เชี่ยวชาญในทางนั้นก็ไม่ต้องไปทางไหน และแพ้หรือไม่ ดีหรือไม่ดี ก็เหลือที่คนไม่ชำนาญจะรู้ได้ ร้านขายยาที่มีน้อยลงทุกที่ จนเกือบจะไม่มีเลย ที่ใช้กันอยู่ก็เป็นยาส่วนตัวที่เรียกว่ายากกลางบ้าน ซึ่งมีไม่กี่ขนาน เพราะฉะนั้นการที่จะให้แพทย์ที่ได้เรียนไปจากโรงเรียนแพทย์ออกไปหาสมุนไพรเองนั้น ข้าพเจ้าเห็นว่าทำไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ ข้าพเจ้าจึงเห็นว่าการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณในโรงเรียนแพทย์นี้เป็นการเสียเปล่า ป่วยการเปล่า เอาเวลามาเพิ่มใช้ในการเรียนวิชาแพทย์แผนปัจจุบัน ดีกว่า ทั้งนักเรียนก็ไม่ต้องกังวลในเรื่องยาไทย จึงได้เลิกการสอนวิชาแพทย์อย่างไทยเสียทีเดียว”

ในปี พ.ศ. 2461 ได้รวบรวมงานสาธารณสุขทั้งหมดไว้ด้วยกันแล้วเปลี่ยนชื่อกรมประชาภิบาลเป็นกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย โอสถศาลารัฐบาลได้รับการยกฐานะเป็นกองโอสถศาลารัฐบาล และได้ยกเลิกการสอนวิชายาไทยในหลักสูตรแพทย์ปรุง นับแต่นั้นมา การแพทย์แผนไทยก็ถูกทอดทิ้งจากนักวิชาการสมัยใหม่

ในปี พ.ศ. 2466 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าฯ โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยมีพระราชโองการว่า “โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดย ณ กาลบัดนี้ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปลอ่ยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตราย อันเกิดแต่การประกอบแห่งผู้ไร้ความรู้ และมีได้ฝึกหัด ทรงพระราชดำริห์เห็นสมควรควบคุม วางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงขึ้น” การยกเลิกการสอนวิชาแพทย์แผนไทยในโรงเรียนราชแพทยาลัยและการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้กำหนดลำดับชั้นต่าง ๆ ของผู้ประกอบโรคศิลปะ เป็นเหตุให้การแพทย์แผนไทยตกต่ำและเสื่อมโทรมลง ทั้งยังมีผลต่อการพัฒนาการใช้สมุนไพรในรูปแบบยาไทยไม่ได้รับความนิยมนแพร่หลายเหมือนแต่ก่อน

ในปีพ.ศ. 2472 จึงได้ออกกฎหมายแบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณซึ่งกำหนดว่า”

(ก) ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น โดยอาศัยการศึกษาตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

(ข) ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกตความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้งหรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณมิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์ ทั้งยังจำแนกสาขาเป็นสาขาบำบัดโรคทางยา สาขาการปรุงหรือจำหน่ายยา สาขาหมอตำแย และสาขาหมอนวด

การให้นิยามการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์แผนโบราณดังกล่าวเป็นการปิดกั้นการพัฒนาของแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีการผลิตยาแผนไทยโดย

กองโสตศาดารัฐบาล 10 ขนานอย่างต่อเนื่องจนถึง พ.ศ. 2484 จึงเลิกผลิตนับเป็นการยุติบทบาทการแพทย์แผนไทยซึ่งให้บริการโดยรัฐอย่างสิ้นเชิง

ในปี พ.ศ. 2479 มีการตรา พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ โดยยกเลิก พ.ร.บ. การแพทย์ พ.ศ. 2466 กฎหมายฉบับนี้ให้ยกเลิกสาขาการนวดไทย

ในปี พ.ศ. 2494 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงมีพระราชปรารภว่า วัดโพธิ์เป็นแหล่งรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว เหตุใดจึงไม่จัดให้มีโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทยในวิชาเวชกรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวช และเภสัชกรรม ทำให้คณะกรรมการวัดพร้อมด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังหลงเหลืออยู่ได้สนองพระราชปรารภ และได้จัดตั้งหลักสูตรโรงเรียนแผนไทยขึ้น โดยแบ่งออกเป็นหลักสูตร คือ เวชกรรม เภสัชกรรม และหัตถเวช

ในปีพ.ศ. 2495 มีการก่อตั้งสมาคมเภสัชกรรมไทยโบราณแห่งประเทศไทย มีสำนักงานตั้งอยู่ที่ร้านไทยวัฒนาโสต (ข้างโรงไฟฟ้าวัดเลียบ) มีหมอบแดง ต้นเวชกุล เป็นนายกสมาคมคนแรก

ในปีพ.ศ. 2516 มีการก่อตั้ง “สมาคมเภสัชและอายุเวชแผนโบราณ จังหวัดสงขลา” ที่วัดเลียบ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ในปีพ.ศ. 2523 มีการก่อตั้ง “ชมรมแพทย์แผนไทย วัดศาลาลำดวน” ที่วัดศาลาลำดวน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าแพทย์แผนไทยได้ถูกละเลยมานาน จำเป็นต้องใช้วิกฤตเหล่านี้ เป็นโอกาสในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยการค้นคว้าหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขข้อบกพร่องการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ดังที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุต แสงวีเชียร (2521) ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของจุดจบการแพทย์แผนไทยไว้ว่า เป็นเพราะแพทย์ไทยต่างเกี่ยงกันไม่ยอมมาทำงานในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาไม่เหมือนกันและการปฏิบัติไม่ลงรอยเดียวกัน ไม่มีหลักสูตรและวิธีการปฏิบัติรักษาแน่นอนจริงจัง การเรียนต้องท่องจำอย่างเดียว ขาดความประทับใจและน่าเบื่อ ตำราก็มีจำกัดอยู่เฉพาะตำราหลวง การสอนปฏิบัติมีบันทึกแต่เพียงอย่างเดียว คือ วิธีให้ยาโดยไม่ปรากฏมีวิธีปฏิบัติ ซึ่งผิดกับการแพทย์แผนตะวันตกที่ถือการตรวจและวินิจฉัยเป็นสำคัญก่อน

ระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภท (ก) ที่ดำเนินการในปัจจุบันประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านกฎหมาย เนื่องจากการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย อยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมดูแลผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยดังนี้

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2550

ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มีบทบัญญัติให้คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย มีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ออกใบอนุญาตให้ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านกำลังคน องค์ความรู้ กระบวนการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะ มีการพัฒนาการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ซึ่งในปัจจุบันพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

ด้านกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

จากการสำรวจข้อมูลสถานบริการภาครัฐ พ.ศ. 2550 ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานมีจำนวน 356 คน มีสถานบริการด้านแพทย์แผนไทยภาคเอกชน จำนวน 476 แห่ง และจากข้อมูลของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะได้แสดงจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในแต่ละประเภทดังนี้

สถิติผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยปี 2548 – 2552

ผู้ประกอบโรคศิลปะ	2548		2549		2550		2551		2552	
	เพิ่ม	ทั้งหมด	เพิ่ม	ทั้งหมด	เพิ่ม	ทั้งหมด	เพิ่ม	ทั้งหมด	เพิ่ม	ทั้งหมด
การแพทย์แผนไทย	1,407	39,906	1,430	41,336	3,048	44,384	1,951	46,335	142	46,447
1. เวชกรรมไทย	311	15,612	133	15,745	456	16,201	755	16,956	45	17,001
2. เกษตรกรรมไทย	443	20,553	932	21,485	1,472	22,957	404	23,361	48	23,409
3. ผดุงครรภ์ไทย	573	3,661	364	4,025	1,013	5,038	683	5,721	14	5,735
4. นวดไทย	80	80	1	81	107	188	109	297	35	332

นอกจากจำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะจะมีเพิ่มขึ้นทุกปีในสัดส่วนที่ลดลง แล้วยังมี ผู้ประกอบโรคศิลปะที่ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ที่เรียกว่า ครูรับมอบตัวศิษย์ และการพัฒนาครูรับมอบตัวศิษย์ใช้วิธีการจัดอบรมครั้งละจำนวนมากหลายร้อยคน ระยะสั้นเพียง 3 วัน ไม่มีการฝึกปฏิบัติ และไม่มีการประเมินทดสอบความรู้ความสามารถก่อนได้รับอนุญาต ให้สามารถรับมอบตัวศิษย์ ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณด้านกำลังคนดังกล่าวก็ยังไม่สามารถยืนยันได้แน่ชัด สืบเนื่องมาจากรัฐไม่มีระบบการติดตามหรือการแจ้งตัวตนของแพทย์แผนไทยซึ่งพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยจะไม่มีการแจ้งต่อนายทะเบียน กรณีผู้ประกอบวิชาชีพย้ายที่อยู่ ดาย หรือเลิกประกอบอาชีพนี้แล้ว ทำให้นายทะเบียนไม่สามารถติดต่อหรือปรับทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวให้ทันสมัย มาตรา 34 กำหนดให้คณะกรรมการวิชาชีพสามารถออกกฎกระทรวงมาแก้ไขปัญหานี้ได้ โดยการกำหนดให้มีการต่อ

อายุใบอนุญาต ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องติดต่อนายทะเบียนตามช่วงระยะเวลาของอายุใบอนุญาต และในการต่อใบอนุญาต อาจมีการกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องเข้ารับการศึกษาคือเรื่องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดก่อน สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพมีการศึกษาต่อเนื่องด้วย ปัจจุบันคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะและคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย มีนโยบายให้มีการต่อใบอนุญาตผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทยทุก 5 ปี แต่ยังคงไม่มีการปฏิบัติจริง

หากพิจารณาด้านคุณภาพของหมอ ด้านความรู้ความสามารถก็ไม่เด่นชัด แพทย์แผนไทยที่เก่งๆ หายาก ที่จะเป็นครูถ่ายทอดความรู้ได้ ส่วนผู้ที่สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะได้ ก็มีความรู้ไม่แน่น เพราะขาดการฝึกฝนและทดสอบภาคปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันจึงมองว่าเป็นเพียงหมอกระดาษคืออยู่ในฐานะที่พอจะรู้ทฤษฎีแต่ก่อนปฏิบัติ (ยงศักดิ์-รวงทิพย์ ตันติปัญญ, 2547: 76) และถูกมองว่าอาจถึงขั้นไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้จริง (วิชัย โชควิวัฒน์, 2551, น.13) หมอแผนโบราณไม่ค่อยมีบทบาทในการพัฒนาวิชาชีพ มีจำนวนมากที่ใช้ใบประกอบโรคศิลปะในการควบคุมร้านขายยาแผนโบราณตามกฎหมายโดยไม่ได้ดำเนินกิจการเอง (รุจิราภรณ์ อรรถสิขุ และคณะ (2529)

ด้านองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย จากการศึกษาพบว่า องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยนั้นยังเป็นองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตำราดั้งเดิม ซึ่งมาจากตำราการแพทย์แผนไทยของชาติจำนวน 4 ตำรา ตำราหลักดังกล่าวยังขาดการอธิบายความ การศึกษาและวิจัยในเชิงประจักษ์ ตำราอื่นๆ ที่ใช้ในการเรียนการสอนนั้นก็เป็นการขยายความโดยครูแพทย์แผนไทยบางท่าน การศึกษาวิจัยโดยเฉพาะการวิจัยคลินิกมีจำนวนน้อย อีกทั้งภาษา การให้ความหมายของศัพท์เฉพาะที่มีความแตกต่างกันตามบริบทวัฒนธรรมของท้องถิ่น หรือแม้แต่ชื่อพืชสมุนไพรที่ปรากฏในตำรากับที่มีอยู่จริงในท้องถิ่นอาจแตกต่างกันทั้งการพ้องชื่อหรือพ้องคุณลักษณะของพืช ทำให้เกิดการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ แต่อย่างไรก็ตาม การออกกฎ / ระเบียบ/ประกาศ ของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยให้มีผลบังคับใช้ ทำให้ทุกสถาบันการศึกษาต้องมีเอกสารหรือตำราร่วมกันทั้งประเทศย่อมส่งผลดีต่อมาตรฐานการเรียนการสอนในแต่ละสถาบัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก.ตำราแพทย์แผนไทยที่เป็นตำราระดับชาติ ได้แก่

- 1) คัมภีร์ไอสถพระนารายณ์
- 2) จารึกตำรายาวัตรราชโอรสารามราชวรวิหาร
- 3) ศิลาจารึกวัดพระเชตุพนฯ ฉบับสมบูรณ์
- 4) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ 5 เล่มที่ 1 , 2 (ปัจจุบันจัดพิมพ์เป็นแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์)

ข.ตำราแพทย์แผนไทยตามประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2550) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิชาการแพทย์ไทย สำหรับผู้ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย โดยมีรายชื่อตำราดังต่อไปนี้

- 1) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1 2 3 โดยกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2549
- 2) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม โดยกองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2541
- 3) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาคงกรรม โดยกองการประกอบโรคศิลปะสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2549
- 4) ตำราเวชศึกษา ของพระยาพิษณุประสาทเวช เล่ม 1 2 และ 3
- 5) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 1 2 เกี่ยวกับการตรวจรักษา
- 6) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม 1 2 และ 3
- 7) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 2 และ 3
- 8) ตำราเวชศึกษาและตำราประมวลหลักเภสัช ของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ(วัดพระเชตุพน)
- 9) คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราช 5 ธันวาคม พ.ศ. 2542
- 10) สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ฉบับปรับปรุง) โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2542
- 11) ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่มที่ 1 เล่มที่ 2 กรมศิลปากร กระทรวงศึกษาธิการ พุทธศักราช 2542
- 12) จารึกตำรายาวัดราชโอรสารามราชวรวิหาร กรมศิลปากร กระทรวงศึกษาธิการ พุทธศักราช 2545
- 13) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พร้อมด้วยพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2541

14) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พร้อมด้วยกฎกระทรวงและประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

15) พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2501 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา ฉบับที่ 2 ฉบับที่ 3 ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 กฎกระทรวง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

ค. ดำเนินการประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551) (เพิ่มเติม)

1) พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2550

ง. ตำราและหนังสือที่ใช้ในการเรียนการสอนหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผน

ไทย พ.ศ. 2550 เพิ่มเติมจากตำราในข้อ ข และข้อ ค ข้างต้น

1) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ จัดพิมพ์เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2) ตำราหมอนวดวัดโพธิ์ จารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม

3) ตำราการนวดไทย เล่ม 1 มุลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา พิมพ์ครั้งที่ 3 (กันยายน 2550) และพิมพ์ครั้งที่ 4 (เมษายน 2552)

ด้านการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทย

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 บัญญัติว่า ความรู้และคุณสมบัติของผู้ที่จะขออนุญาตและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนไทย มีดังนี้

ประเภท (ก) เป็นผู้ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว

การเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทยตาม (ก) กำหนดความรู้ของผู้เรียนเพียงอ่านออกเขียนได้ แบ่งเป็น 4 ประเภท (หลักสูตร) คือ

1) ประเภทเวชกรรม ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่น้อยกว่า

3 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปในสาขาเวชกรรม โดยมีหนังสือรับรองของผู้ให้การอบรมศึกษาเป็นหลักฐาน

2) **ประเภทเภสัชกรรมไทย** ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่

น้อยกว่า 1 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปในสาขาเวชกรรมหรือเภสัชกรรม โดยมีหนังสือรับรองของผู้ให้การอบรมศึกษาเป็นหลักฐาน

3) **ประเภทการผดุงครรภ์ไทย** ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสืบเนื่องกันไม่

น้อยกว่า 1 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปในสาขาการผดุงครรภ์ โดยมีหนังสือรับรองของผู้ให้การอบรมศึกษาเป็นหลักฐาน

4) **ประเภทการนวดไทย** ปัจจุบันคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผน

ไทยได้กำหนดให้มีหลักสูตรการนวดไทย 2 หลักสูตร คือ

1. หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2540 (330 ชั่วโมง)
2. หลักสูตรวิชาชีพการนวดไทย (800 ชั่วโมง)

และกำหนดให้สถาบันหรือสถานพยาบาลที่จะจัดการเรียนการสอนหลักสูตรเหล่านี้ต้องยื่นขออนุญาตให้เป็นสถาบันที่จะจัดการเรียนการสอนและยื่นหลักสูตรของสถาบันต่อคณะกรรมการวิชาชีพ ให้รับรองเป็นสถาบันการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด ตามมาตรา 23 (5) กำหนดให้คณะกรรมการวิชาชีพมีอำนาจหน้าที่ “ให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น” อำนาจหน้าที่ตามอนุमतรานี้เปิดโอกาสให้คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยสามารถพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาการแพทย์แผนไทยได้อย่างกว้างขวาง

ขณะที่รัฐพยายามใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับระบบการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทย(ก) เพื่อให้การเรียนการสอนของทุกสถาบันการศึกษามีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานเดียวกัน และสามารถผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่ดีได้ แต่การที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยไม่ได้ให้ความสำคัญกับระบบการติดตามประเมินผล ในระดับปฏิบัติการของทุกสถาบัน ขาดมุมมองในมิติทางสังคม ไม่มีระบบการสร้างเครือข่ายในการเชื่อมความสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างศิษย์ต่างสำนัก มีการปล่อยปละละเลย ทำให้สถาบันการศึกษาหรือครูผู้สอน ไม่ได้นำหลักเกณฑ์ที่กำหนดไปใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง ทำให้การเรียนการสอนขาดคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นและรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า

“แพทย์ไทยไม่มีหลักสูตรและวิธีปฏิบัติรักษาแน่นอนจริงจัง ผิดกับการแพทย์แผนปัจจุบัน การเรียนแพทย์แผนไทยต้องท่องจำตายตัว วิธีการสอนไม่น่าสนใจ ไม่มีการดัดแปลงแก้ไขทำให้ขาดความประทับใจและน่าเบื่อหน่าย ตำรามีจำกัดอยู่เฉพาะตำราของหลวง การสอน

ปฏิบัติมีบันทึกแต่เพียงอย่างเดียว คือ การให้ยา ไม่ปรากฏมีวิธีปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ถือการตรวจและการวินิจฉัยโรคเป็นสำคัญ” (สุต แสงวิเชียร 2521: 20-28)

การที่องค์ความรู้ทางการแพทย์ดั้งเดิม ขาดความเป็นวิทยาศาสตร์ ไม่ชัดเจน อิงกับไสยศาสตร์และความเชื่อของท้องถิ่น มีความหลากหลาย ไม่เป็นระบบ ถูกละเลย ไม่ได้รับการยอมรับจากรัฐและขาดการพัฒนามานาน ทำให้มีปัญหาสถานภาพที่ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมสมัยใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน และทำให้มีพัฒนาการที่ล่าช้าทั้งที่ผ่านมาและในอนาคต

วิชัย โชควิวัฒน์ (2546,น.29-347) ได้วิเคราะห์มูลเหตุที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณร่วงโรยไปจากโรงพยาบาลศิริราชในอดีตไว้สองประการ ประการหนึ่ง คือ การปกปิดวิชาและยอมรับแต่พวกพ้อง ประการสอง คือการขาดการพัฒนาทั้งทฤษฎีและรูปแบบยา โดยชี้ว่า พฤติกรรมการปกปิดวิชาของหมอแผนโบราณมีมาแต่เก่าก่อน ตั้งเมื่อราชการจะรวบรวมตำรายาเพื่อจารึกไว้ที่วัดโพธิ์ ก็พบพฤติกรรม ที่ระบุว่า “ปิดพรางตำรายาดีของตนเสีย” ส่วนพฤติกรรมยอมรับแต่พวกพ้องนั้น สอดคล้องกับบทวิเคราะห์ของ สุต แสงวิเชียร (2521:20-28) ที่มองว่า หมอแผนโบราณ มีพฤติกรรม ถือตัวถือพวก เนื่องจากหมอแต่ละแนวคิดมีการใช้ยาไม่เหมือนกัน และการปฏิบัติไม่ลงรอยเดียวกัน

ส่วนระบบการสืบทอดผ่านการรับฝากตัวศิษย์ ที่มีการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติสามารถเข้าสอบรับการประเมินเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะนั้น มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า มีปัญหาด้านคุณภาพการเรียนการสอน การเรียนการสอนของโรงเรียนการแพทย์แผนโบราณของสมาคมต่างๆ มีปัญหาด้านคุณภาพ ไม่ได้จัดการเรียนการสอนตามเกณฑ์มาตรฐานที่กองการประกอบโรคศิลปะกำหนด เช่นตามที่มีข้อกำหนดว่า ครูที่รับมอบศิษย์ต้องทำแผนการสอน และให้ทำการสอบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้ครบตามชั่วโมงที่กำหนด เช่น สาขาเวชกรรม 900 ชั่วโมง ในระยะเวลาต่ำกว่า 3 ปี แต่ในความเป็นจริง โรงเรียนหรือครูส่วนใหญ่ไม่มีการทำแผนการสอน ไม่มีการจัดหลักสูตรที่แน่นอน ไม่มีการปรับปรุงตำราเรียน ไม่ได้จัดการเรียนการสอนตามเกณฑ์จำนวนชั่วโมงที่กำหนดและไม่ได้จัดให้มีการฝึกภาคปฏิบัติ สถานที่เรียนไม่เหมาะสม ขาดอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอน ครูไม่ได้เตรียมตัวสอน เป็นการสอนตามอรรถาธิบาย เน้นการถ่ายทอดเรียนรู้จากตัวบุคคล อธิบายเมื่อผู้เรียนถามข้อสงสัย หรือเป็นการกวาดวิชาเพื่อการสอบมากกว่าการสอนอย่างเป็นระบบ (ไพเราะ รอดระกำ ,2538,รพีพรรณ จันทลาช, 2540, ยงศักดิ์-รวงทิพย์ ดันติปัญญ,2547:70-71,เปรม ชินวันทนนานนท์และคณะ 2547,น.125, สมทรง ณ นคร(ศุภศิลป์)และคณะ 2529)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่คุณภาพครูผู้สอนแพทย์แผนไทย เดิมทีคุณสมบัติครูที่จะสามารถรับมอบตัวศิษย์ได้ตามกฎหมายกำหนดต้องได้รับใบประกอบโรคศิลปะมาแล้วไม่น้อย

กว่า 2 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่น้อยมาก ทำให้มีปัญหา ปัจจุบันรัฐกำหนดเพิ่มจากเดิมเป็น 5 ปี และต้องได้รับการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข แต่การอบรมที่รัฐจัดให้ ไม่เป็นหลักประกันที่จะได้ครูที่ดีมีคุณภาพเท่าที่ควร เป็นการจัดการอบรมเพียงแค่ 3 วัน ครั้งละจำนวนมาก หลายร้อยคน ไม่มีการฝึกปฏิบัติ ไม่มีการประเมินทดสอบความรู้ความสามารถหลังการอบรม และไม่มี การติดตามและจัดการศึกษาต่อเนื่อง (วิชัย โชควิวัฒน์, 2551, น.34-35) ไม่ได้มีการกำหนดว่าครูแต่ละคนจะสามารถรับศิษย์ได้กี่คน ครูบางคนรับศิษย์ถึง 905 คน ทำให้การจัดการศึกษาให้มีคุณภาพมาตรฐานทำได้ยาก (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก 2550, น.44-75) นอกจากนี้โรงเรียนหรือสมาคมมักไม่ค่อยพิถีพิถันในการคัดเลือกครู ให้ค่าตอบแทนครูต่ำมาก พบว่าครูส่วนมากมีพื้นฐานการศึกษาต่ำ ขาดทักษะการสอน และขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง (ไพเราะ รอดระกำ , 2538)

ระบบการสืบทอดความรู้แบบนี้ยังไม่มีระบบคัดเลือกคนเข้าศึกษา ทั้งในแง่คุณวุฒิ และคุณธรรมจริยธรรมของผู้ที่เข้ามาฝากตัวเป็นศิษย์ ผู้เรียนต่างมีเป้าหมายเพื่อการให้สอบผ่านเพื่อให้ได้ใบประกอบโรคศิลปะเป็นหลัก โรงเรียนหรือครูมีสภาพเป็นเสมือนแค่ผู้รับมอบตัวศิษย์ และรับรองสิทธิในการเข้าสอบเท่านั้น (ไพเราะ รอดระกำ , 2538, รพีพรรณ จันทลาซ, 2540) จากปัญหาคุณภาพการเรียนการสอน ได้ส่งผลต่อคุณภาพผู้ที่สอบผ่าน แม้ผู้ที่สอบได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ก็ไม่มีความเชื่อมั่นในการประกอบโรคศิลปะ (ไพเราะ รอดระกำ , 2538, รพีพรรณ จันทลาซ, 2540)

ปัญหาเรื่องจำนวนแพทย์แผนไทยนั้นนอกจากจะมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับระบบการเรียนการสอนแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับระบบการจัดสอบ เกณฑ์การประเมินผลอีกด้วย ในแต่ละปี มีจำนวนผู้ที่สอบได้และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะไม่มากนัก ในช่วงปี พ.ศ.2527-2546 มีผู้สอบขึ้นทะเบียนได้ทั่วประเทศทุกสาขา(เวชกรรม เภสัชกรรม และผดุงครรภ์) จำนวน 2,028 คน (กองการประกอบโรคศิลปะ , 2547 อ้างใน ยงศักดิ์ ตันติปิฎก , 2547, น.60) เฉลี่ยเพียงปีละ 101 คนเท่านั้น

ซึ่งสาเหตุของปัญหาที่มีผู้สอบผ่านน้อยจากระบบการจัดสอบและเกณฑ์การประเมิน มีงานวิจัยพบว่า ข้อสอบมีความยากไปเมื่อเทียบกับพื้นฐานการประกอบโรคศิลปะจริง ให้ความสำคัญกับการทำข้อสอบไม่สอดคล้องกับความยากนั้น ๆ เกณฑ์การประเมินไม่เหมาะสมคือให้ความสำคัญกับวิชาทฤษฎีมากกว่าวิชาการแพทย์ คือถ้าทฤษฎีทฤษฎีก็ไม่ต้องตรวจคำตอบวิชาการแพทย์เลย (ไพเราะ รอดระกำ, 2538)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ให้สังคมยอมรับทั้งด้านคุณภาพ คุณธรรมและมีมาตรฐานแห่งวิชาชีพนั้น จำเป็นต้องมีวิธีการหนุนเสริม หรือการพัฒนาที่นอกเหนือจากที่รัฐได้กำหนดแนวทางไว้แล้วมาช่วยอุดหนุนและค้นหาโอกาสที่ช่วยในการสนับสนุนและสร้างเสริมการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยให้เกิดคุณภาพที่แท้จริงในทางปฏิบัติ

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

การเรียนการสอนแพทย์แผนไทยที่มีดี มีคุณภาพ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทั้ง ครู นักเรียน และกระบวนการเรียนการสอน ดังแนวคิดทฤษฎีที่จะกล่าวต่อไป

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการด้านการศึกษาทั่วไป

เฉลิมศรี นันทวรรณ (2528) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งประกอบไปด้วย

ก. ปัจจัยพื้นฐานที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการเรียนการสอน ได้แก่

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งของชุมชน โรงเรียน และตัวนักเรียนเอง
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนตัวของนักเรียนเอง เช่น เพศ อายุ ความถนัด เจตคติต่อวิชา โรงเรียน และสังคม เป็นต้น
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนตัวของผู้สอน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการสอน เป็นต้น

ข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนการสอน ได้แก่

1. ปัจจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสอนของครูโดยตรง เช่น บทบาท การสอน เนื้อหา การควบคุมชั้นเรียน ตลอดจนการประเมินผลนักเรียน
2. ปัจจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเรียนของนักเรียน ได้แก่ ความสนใจในชั้นเรียน นอกชั้นเรียน การรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนการสอน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน

จำเนียร ชวงโชติ และคณะ (2515) ได้กล่าวไว้ในเรื่องจิตวิทยาการเรียนรู้และเรียนรู้ว่า ประสบการณ์ที่แตกต่างกันทำให้เกิดการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน และทำให้ผู้เรียนเผชิญกับสถานการณ์ชนิดเดียวกันแตกต่างกัน การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการรู้จักของผู้เรียนให้ละเอียดและชัดเจนยิ่งขึ้น การเรียนรู้นอกจากจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปแล้วยังทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไปด้วย ซึ่งทัศนคตินั้นก็คือสภาพจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิด หรือความเห็นที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง พฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใด อาจจะเป็นเอกเทศหรือโดยรวม ๆ กันก็ได้ เช่น ความชอบ ความนิยม ความไม่ชอบ ความไม่นิยม ความไม่ศรัทธา ความหวังดี ความไม่หวังดี เป็นต้น

โดยทัศนคติก็จะมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การรับรู้จากสิ่งเร้าภายนอกและการคิดพิจารณาภายใน การเกิดอารมณ์ทำให้เกิดการประเมินค่านิยมในใจโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และพฤติกรรมที่เป็นผลของการรับรู้และการเกิดอารมณ์ นอกจากนั้นการเรียนรู้ยังมีส่วนสัมพันธ์กับแรงจูงใจอีกด้วย ซึ่งมูลเหตุจูงใจจะเกิดจากความปรารถนาและความต้องการกับคุณค่าและความสนใจอีกด้วย

วุฒิชัย จ่านอง (ม.ป.ป.) ได้กล่าวว่า การจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ และการสอนหรือการเรียนรู้จะเกิดขึ้นให้ผู้เรียนมีความพร้อมเสียก่อน นอกจากนั้นประสบการณ์เก่าจะทำให้สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ดี รวมทั้งพลังทางสังคมจะมีส่วนผลักดันให้เกิดแรงจูงใจต่อการเรียนรู้เพื่อแสวงหาเป้าหมายเพื่อชีวิตของตนอีกด้วย

แนวทางการศึกษา

- สถานการณ์ด้านการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทย ประเภทก. เป็นอย่างไร
- แต่ละหลักสูตรใช้ตำราอะไร ลักษณะการสอน สอนวันใดบ้าง ค่าเทอม
- ประเภทและครูที่เปิดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการสอบใบประกอบโรคศิลปะ ลักษณะการเรียนการสอน จำนวนครูต่อลูกศิษย์ ความสัมพันธ์และการถ่ายทอดความรู้ความสามารถเฉพาะของครู
- ศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียน เช่น อายุ เพศ อาชีพ หรือความเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย พื้นฐานการศึกษา เหตุผลในการศึกษา ความตั้งใจหรือความสนใจในการเรียน
- ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะ อายุ อาชีพ การเปลี่ยนแปลงอาชีพหลังจากได้ใบประกอบโรคศิลปะ จำนวนปีที่สอบ รายได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้ง การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และการวิจัยเอกสาร(documentary research) ร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง การสัมภาษณ์ระดับลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการค้นคว้าจากเอกสาร เพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ด้านการเรียนการสอนของกระบวนการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย (ก) ในปัจจุบัน ในด้าน 1) ครูผู้สอน เกี่ยวกับการเรียนการสอน หลักสูตร ความรู้ความสามารถ ประสิทธิภาพของผู้สอน ภาระความรับผิดชอบ รายได้ 2) ผู้เรียนเกี่ยวกับเหตุปัจจัยในการเรียน ประวัติของผู้เรียน เช่น สำเร็จ การศึกษาระดับใด ประกอบอาชีพหรือไม่ อย่างไร อายุ เพศ ความยากง่ายของการเรียน 3) ผู้บริหารโรงเรียน เกี่ยวกับจำนวนนักเรียน การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาครูผู้สอน จำนวนครู ต่อผู้เรียน จำนวนผู้เรียนที่สามารถสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะในแต่ละปี

กลุ่มเป้าหมาย / พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเขตพื้นที่การเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยที่ คณะกรรมการวิชาชีพสาขารแพทย์แผนไทยกำหนด ตามมาตรา 33(1) (ก) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ในภาคใต้ มี 2 เขตการศึกษา คือเขต 11 และเขต 12 โดยคัดเลือกจังหวัดที่เป็นแกนหลักสำคัญของเขต และเป็นสถานที่ทดสอบความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยของกองการประกอบโรคศิลปะ ตั้งแต่อดีต –ปัจจุบัน คือจังหวัด นครศรีธรรมราชและจังหวัดสงขลา

การศึกษาเชิงปริมาณ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบโรคศิลปะและรับการทดสอบความรู้จากคณะกรรมการวิชาชีพสาขารแพทย์แผนไทย ปี 2554 ทั้ง 2 เขตในภาคใต้ ครอบคลุมทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ ได้ตัวอย่างที่ศึกษารวม 429 คน แบ่งเป็นตัวอย่างจากเขต 11 จำนวน 209 ตัวอย่าง และเขต 12 จำนวน 220 ตัวอย่าง

การศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย เขต 11 มี 2 สถาบันการศึกษา สัมภาษณ์ครู 4 คน นักเรียน 5 คน เขต 12 มี 3 สถาบันการศึกษา สัมภาษณ์ ครู 4 คน และเข้าร่วมการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนทั้ง 2 สถาบันในเขต 11

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. แบบสำรวจ แบ่งเป็น

1.1 ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียน เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา

ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยก่อนมอบตัวศิษย์ การเลือกสถานที่ศึกษา

1.2 ข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย เหตุผลในการศึกษาแพทย์แผนไทยประเภท(ก).

ข้อมูลพื้นฐานผู้สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะ จำนวนปีที่สอบ รายได้ ความยากง่ายในการเรียน การแพทย์แผนไทย ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบลึกของผู้บริหารสถานศึกษา เพื่อทราบวิธีคิดการก่อตั้งสถาบัน จำนวนนักเรียน การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาครูผู้สอน จำนวนครูต่อผู้เรียน จำนวนผู้เรียนที่สามารถสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะในแต่ละปี

3. แนวทางของการสัมภาษณ์แบบลึกของครูผู้สอน เพื่อทราบ กระบวนการจัดการเรียนการสอน หลักสูตร การใช้สื่อการสอน วิธีการสอน ประสบการณ์ของผู้สอน ค่าตอบแทน การฝึกปฏิบัติ

4. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในระหว่างการเรียนรู้ เช่น ความสนใจในการเรียน การควบคุมชั้นเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับศิษย์

การรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการทดสอบความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ประจำปีพ.ศ. 2554 ทุกคน ระหว่างวันที่ 6 – 8 เมษายน พ.ศ. 2554 โดยส่งแบบสอบถามกลับเมื่อออกจากห้องสอบ ทุกวันของการสอบ ณ จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากการจดบันทึกการสัมภาษณ์ การสังเกต การถ่ายภาพ และการบันทึกเทปการสนทนา

การวิเคราะห์และประมวลผล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติทั้งในการพรรณนาและสถิติค่าร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้อธิบายคำตอบคำถามวิจัยใน ด้านความสัมพันธ์และกระบวนการถ่ายทอดความรู้ รวมทั้งข้อจำกัดในการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภท (ก)

ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนกันยายน พ.ศ. 2554

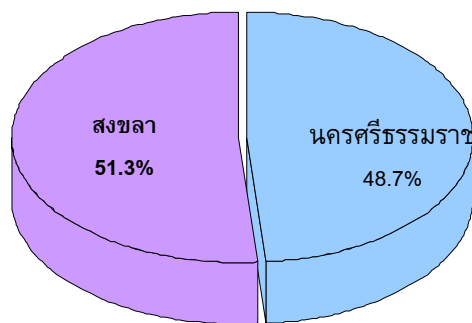
บทที่ 4

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างที่ศึกษา

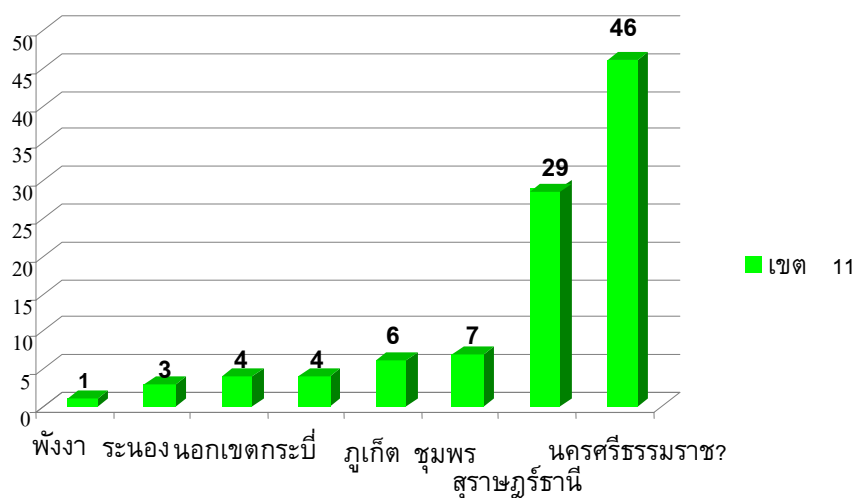
จำนวนตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้มีตัวอย่างที่ศึกษาจากเขตพื้นที่การทดสอบความรู้ ปี พ.ศ. 2554 เขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 209 คน น้อยกว่า เขต 12 จังหวัดสงขลาที่มี จำนวน 220 คน รวมทั้งสองเขต จำนวน 429 คน คิดเป็นร้อยละ 48.7 และ 51.3 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)



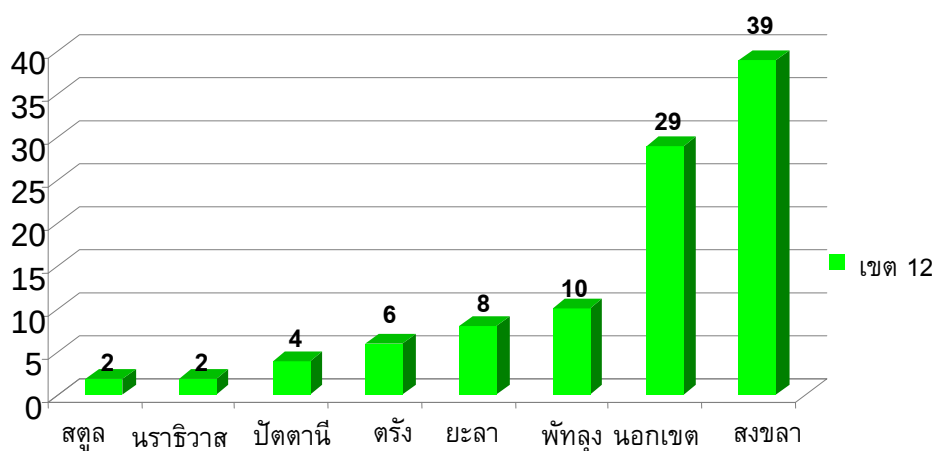
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขตพื้นที่การทดสอบความรู้ ปี พ.ศ. 2554

ในเขตที่ 11 กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาจากจังหวัดนครศรีธรรมราชมากที่สุด รองลงมา จังหวัดสุราษฎร์ธานี คิดเป็นร้อยละ 46.4 และ 28.7 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิลำเนาในเขตการเรียนการสอนที่ 11

ในเขตที่ 12 กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาจากจังหวัดสงขลามากที่สุด รองลงมาจังหวัดพัทลุง คิดเป็นร้อยละ 39 และ 10 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 3)



แผนภูมิที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิลำเนาในเขตการเรียนการสอนที่ 12

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (เชิงปริมาณ)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 429 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.3 และร้อยละ 34.7 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี ค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุ 44.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.2 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 32.2 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 41-50 ปี) รองลงมา คือกลุ่มอายุระหว่าง 51-60 ปี และกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 23.2 และ 21.0 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.1 โดยกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.5 (ตารางที่ 1)

ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมา คือการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.3 และกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 11.8 (ตารางที่ 1)

ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ เป็นนักศึกษาแม่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.8 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพหลัก คือ การรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีรายได้ประจำ ได้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 24.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 17.2 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ อาชีพร้านขายยา นวด สปา และวิทยากร ร้อยละ 8.9 และกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ อาหารสุขภาพ เสริมสวย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสมณะสงฆ์ จำนวน ร้อยละ 0.9

ด้านอาชีพเสริม กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเสริม ร้อยละ 44.9 และประกอบอาชีพเสริม ร้อยละ 55.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ (n=427 คน)		
ชาย	148	34.7
หญิง	279	65.3
อายุ (n=423 คน)		
อายุ 21 - 30 ปี	64	15.1
อายุ 31 - 40 ปี	89	21.0
อายุ 41 - 50 ปี	136	32.2
อายุ 51 - 60 ปี	98	23.2
อายุ 61 - 70 ปี	32	7.6
อายุ 71 - 80 ปี	4	0.9
อายุเฉลี่ย 44.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.2 ปี		
อายุน้อยที่สุด 21 ปี มากที่สุด 80 ปี		
ระดับการศึกษา (n=422)		
ประถมศึกษา	50	11.8
มัธยมศึกษา	128	30.3
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร/ปวช./ปวส.	43	10.2
อนุปริญญา	13	8.8
ปริญญาตรี	151	35.8
สูงกว่าปริญญาตรี	57	3.1
การประกอบอาชีพ (n=425)		
ไม่มีอาชีพ	30	7.8
รับราชการ/เอกชน/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	103	24.2
รับจ้าง	113	26.6
ร้านขายยาสมุนไพร	31	7.3
สถานพยาบาล/ร้านนวด/สปา/วิทยากร	38	8.9
พระ	4	0.9
เกษตรกร	73	17.2
อื่นๆ (อาหารสุขภาพ บ้านเช่า เสริมสวย ธุรกิจส่วนตัว)	33	7.8
การประกอบอาชีพเสริม (n=423)		
ไม่มีอาชีพและอาชีพเสริม	190	44.9
มีอาชีพเสริม	233	55.1

การเปรียบเทียบอายุของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่นครศรีธรรมราช มีอายุเฉลี่ย 47 ± 11 ปี และกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่สงขลามีอายุเฉลี่ย 42 ± 12 ปี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองพื้นที่พบว่าอายุเฉลี่ยของทั้งสองเขตมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้เรียนมีอายุมากกว่า 38 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีการประกอบอาชีพ เช่น อาชีพรับราชการ มีกิจการร้านยาสมุนไพรของครอบครัว เป็นหมอนวดไทยที่สถานพยาบาลที่มอบตัวศิษย์ เป็นต้น

ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 39.5 และผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 60.5 ได้แก่ มีประสบการณ์เพียงด้านเดียว ร้อยละ 44.9 ประสบการณ์ 2 และ 3 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 11.9 และ 3.5 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 0.2 จำแนกประสบการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างมี พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ด้านการนวดมากที่สุด คือ ร้อยละ 40.4 รองลงมา คือ ประสบการณ์ด้านสมุนไพร ร้อยละ 23.4 และประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย ร้อยละ 15 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ด้านการฝังเข็มมีเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย

ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย (n=428)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย	169	39.5
มี 1 ด้าน	192	44.9
มี 2 ด้าน	51	11.9
มี 3 ด้าน	15	3.5
มี 4 ด้าน	1	0.2
ด้านสมุนไพร (n=428)	100	23.4
ด้านคำปรึกษาด้านการแพทย์แผนไทย/แผนทางเลือก (n=428)	64	15.0
ด้านการรักษาฝังเข็ม (n=427)	2	0.5
ด้านบริการการนวด (n=428)	173	40.4
ด้านงานวิจัยและการสอน (428)	4	0.9

การรับรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อสถาบันหรือสถานพยาบาลที่มีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.9 ไม่รู้จักหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักหน่วยงานอย่างน้อย 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.9 และรู้จัก 2 หน่วยงานและ 3 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 8.9 และ 1.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.4 และร้อยละ 32.2 รู้จักหน่วยงาน/สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมที่ตั้งในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดสงขลาตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักหน่วยงานหรือสถาบันที่ตั้งในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และเชียงรายมีเพียงร้อยละ 0.2 และ 0.9 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รู้จักหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องในเขต

พื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ได้แก่ กรุงเทพฯ พิษณุโลก มหาสารคาม กระบี่ สุราษฎร์ธานี ตรัง ยะลา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การรับรู้ด้านด้านการแพทย์แผนไทย

การรับรู้ด้านการแพทย์แผนไทย	จำนวน	ร้อยละ
สถาบันที่ให้การอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ (n=429)		
ไม่รู้จัก	111	25.9
รู้จัก 1 แห่ง	274	63.9
รู้จัก 2 แห่ง	38	8.9
รู้จัก 3 แห่ง	6	1.3
สถาบันที่ให้การอบรมหรือถ่ายทอดความรู้		
จังหวัดเชียงใหม่ (n=429)	1	0.2
จังหวัดเชียงราย (n=429)	4	0.9
จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=429)	139	32.4
จังหวัดสงขลา (n=428)	138	32.2
สถาบันอื่นๆ (กรุงเทพฯ พิษณุโลก มหาสารคาม	86	20.0
กระบี่ สุราษฎร์ธานี ตรัง ยะลา) (n=429)		

รายชื่อสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่เกี่ยวกับการฝึกอบรมหรือถ่ายทอดความรู้เขตพื้นที่ 11 ที่กลุ่มตัวอย่างรู้จัก ได้แก่ ศูนย์การแพทย์แผนไทย วัดศาลามีชัย และสมาคมแพทย์แผนไทยโคกธาตุ วัดโคกธาตุ ส่วนที่เป็นสาขาย่อยเช่น ชมรม/ชุมนุมแพทย์แผนไทยอำเภอฉวาง โรงพยาบาลหัวไทร โรงพยาบาลทุ่งสง รร.วัดดอนสวรรค์ วัดขรัวช่วย (เป็นเครือข่ายของวัดศาลามีชัย) รายชื่อสถานพยาบาลขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่เกี่ยวกับการฝึกอบรมหรือถ่ายทอดความรู้เขตพื้นที่ 12 ที่กลุ่มตัวอย่างรู้จัก ได้แก่ ชมรมแพทย์แผนไทยอ.ควนเนียง (โรงพยาบาลควนเนียง) รร.วัดดอนแย้ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า จังหวัดสงขลาและนครศรีธรรมราชมีสถานศึกษาเก่าแก่ที่อาศัยวัดเป็นสถานที่ดำเนินการจัดการเรียนการสอนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 ถึงปัจจุบันกว่า 30 – 40 ปี ทำให้ลูกศิษย์ที่สอบได้ไปประกอบโรคศิลปะสามารถขยายสถานศึกษาไปอีกหลายแห่ง เช่น สมาคมเภสัชและอายุรเวชแผนโบราณ จังหวัดสงขลา ขยายไปที่ศูนย์ศึกษาพัฒนา การแพทย์แผนไทยภาคใต้ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา และชมรมการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลควนเนียง จ.สงขลา หรือที่จังหวัดนครศรีธรรมราช จาก ลูกศิษย์จากศูนย์การแพทย์แผนไทย จังหวัดนครศรีธรรมราช ไปตั้งสมาคมแพทย์แผนไทยโคกธาตุ วัดโคกธาตุ เป็นต้น ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่สนใจได้มีช่องทางเลือกมากขึ้น บางคนเลือกเรียนสถานศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายน้อย บางคนเลือกเรียนสถานศึกษาที่มีคุณค่าเชิงประวัติศาสตร์ที่มีคุณธรรมเน้นการสร้างคน ถึงจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่อื่นก็ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เลือกเรียนที่คนเก่าคนแก่มาเรียน เสียต่างมากก็ไม่ปรี๊ดได้วิชา” อีกสถานที่หนึ่งกล่าวว่า

“เขาว่าเรียนที่นี่ตะดี คนสอบได้มาก เสียค่าสมัคร 1 ครั้ง เรียนได้ 2 ประเภท”

ทุกสถาบันมีผู้บริหารการศึกษาตั้งแต่รุ่นก่อตั้ง -ปัจจุบัน ที่มุ่งมั่นตั้งใจในการอนุรักษ์แพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหาย มีสถานที่สำหรับให้ผู้สนใจได้เรียนการแพทย์แผนไทยโดยไม่ต้องไปแสวงหาครูรับมอบตัวศิษย์ ต่างพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล และที่สำคัญศิษย์ต้องมีความรู้ในประเภทที่รับมอบตัวศิษย์อย่างแท้จริงเพื่อรับการทดสอบความรู้ ทุกสถาบันมีการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายการเรียนการสอน มีสถานที่ที่เป็นเอกเทศ (แม้แต่ในวัดได้ออกเลขทะเบียนบ้านไว้เพื่อการคงอยู่ในอนาคต) มีห้องเรียนและอุปกรณ์การเรียนที่ไม่เน้นเทคโนโลยี ไม่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อการเรียนการสอน มีครูที่รับผิดชอบแต่ละประเภทการศึกษา รับศิษย์ทุกคนทุกศาสนา ที่หลักสูตรกำหนด ใช้หลักสูตร-ตำราเดียวกับที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด ให้ผู้เรียนมาเรียนได้โดยสมัครใจ แต่บางสถาบันเน้นให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม เช่น

“ที่นี้อาจารย์ตอกย้ำทุกรุ่นว่า ถ้าเดินไม่มีเวลาเรียนอย่ามาสมัคร เพราะไม่ใช่ทำของเล่นวิชาหมอถ้าไม่มีความรู้จริงไม่ได้ ไปทำให้คนอื่นเป็น คนอื่นตายไม่ได้”

“งานไม่พอใจนะที่เดินมาเรียน ให้ไปสมัครที่อื่นละ งานไม่ได้หวังเรื่องเงินของผู้สมัคร ต้องการถ่ายทอดวิชาจริง ๆ ให้รู้จริง ทำได้จริง นั่นคือจุดยืนตรงนี้”

“นั่งเฝ้าสถานที่ที่จากวันนั้นถึงวันนี้ ทำเพราะรักวิชา ใช้จ่ายเอง สร้างอาคารเอง เสียสละเวลา ไม่ได้ทำมาหากิน เดินจากบ้าน –วัด ทุกวันตลอดเวลา”

“นักเรียนต้องไม่ขาดครู ไม่เรียน สอบไม่ได้แน่”

“ตอนนี้มีการเรียนตามอัธยาศัย ไม่ต้องเรียนก็ได้ ไปสอบเอง พวกที่มีปริญญาจึงไม่มาเรียน”

การรับรู้ข่าวสารและการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

การรับรู้ข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างในด้านสถาบันอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 96.5) มีการรับรู้ข่าวสารด้านสถาบันอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากแหล่งต่าง ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3.5 ที่ไม่มีการรับรู้ข่าวสารจากแหล่งใด ๆ แหล่งข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อย่างน้อย 1 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 63.6 และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้จากแหล่งข่าวสาร 2 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 22.1 กลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ร้อยละ 10.8 รับรู้จากแหล่งข่าวสาร 3-6 แหล่ง

ประเภทของแหล่งข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมาจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 62.9 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่รัฐ (ร้อยละ 28.7) และจากการฝึกอบรมของแหล่งต่าง ๆ และสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 12.6 ตามลำดับ แหล่งข่าวสารจากสื่อโซเชียลมีเดีย ได้แก่ วิทยุ (ร้อยละ 9.3) โทรทัศน์ (ร้อยละ 8.2) และหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 7.2) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การรับรู้ข่าวสารและการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

ข่าวสารที่ได้รับ (n=429)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการรับรู้ข่าวสาร	15	3.5
รับรู้ 1 แหล่ง	273	63.6
รับรู้ 2 แหล่ง	95	22.1
รับรู้ 3 แหล่ง	26	6.1
รับรู้ 4 แหล่ง	12	2.8
รับรู้ 5 แหล่ง	6	1.4
รับรู้ 6 แหล่ง	2	0.5
ประเภทของแหล่งข่าวสาร		
สมาชิกในครอบครัว (n=429)	54	12.6
เพื่อน (n=429)	270	62.9
เจ้าหน้าที่รัฐ (n=429)	12.3	28.7
หนังสือพิมพ์ (n=429)	31	7.2
วิทยุ (n=429)	40	9.3
โทรทัศน์ (n=429)	35	8.2
อื่นๆ (ฝึกอบรม หนังสือ แผ่นพับ ป้ายประกาศ วัด	78	18.2
สมาคม อินเทอร์เน็ต (n=429)		
การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม (429)		
ไม่มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม	8	1.9
มี 1 แหล่ง	126	29.4
มี 2 แหล่ง	99	23.1
มี 3 แหล่ง	94	21.9
มี 4 แหล่ง	51	11.9
มี 5 แหล่ง	37	8.6
มี 6 แหล่ง	13	3.0
มี 7 แหล่ง	1	0.2
ประเภทของแหล่งที่หาความรู้เพิ่มเติม		
หมอพื้นบ้าน	215	50.1
เพื่อน/ครอบครัว	103	24.0
การฝึกอบรม	270	62.9
สื่อต่างๆ	129	30.1
ศึกษาด้วยตนเอง	232	54.1
สถานศึกษา	108	25.2
อื่น ๆ (บรรพบุรุษ ตำรา หน่วยงานรัฐ)	23	5.4

การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างในด้านสถาบันอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 98.1) มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.9 ไม่มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม แหล่งความรู้ที่กลุ่ม

ตัวอย่างใช้ศึกษาเพิ่มเติมอย่างน้อย 1 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 29.4 และกลุ่มตัวอย่างศึกษาเพิ่มเติมจากแหล่งข่าวสาร 2 แหล่ง และ 3 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 23.1 และ 21.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ร้อยละ 23.7 มีการศึกษาเพิ่มเติมจากแหล่งข่าวสาร 4-7 แหล่ง ประเภทของแหล่งข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างศึกษาเพิ่มเติมมาจากการฝึกอบรมมากที่สุด ร้อยละ 62.9 รองลงมา คือ ศึกษาด้วยตนเอง หมอพื้นบ้าน ร้อยละ 54.1 และ 50.1 ตามลำดับ และศึกษาเพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 30.1 การศึกษาเพิ่มเติมที่ได้จากสถานศึกษาการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย เพื่อนและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 25.2 และร้อยละ 24.0 ตามลำดับ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีการศึกษาเพิ่มเติมจากบรรพบุรุษ ตำรา และหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 5.4 (ตารางที่ 4)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้เรียนจะต้องศึกษาด้วยตนเองเป็นหลักจากตำราที่อาจารย์ให้การบ้าน แล้วนำบทเรียนนั้นมาแลกเปลี่ยนระหว่างอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียนในการเรียนครั้งต่อไป เนื่องจากเวลาเรียนมีจำกัด การสร้างความเข้าใจด้วยตนเองก่อนแล้วนำเสนอเฉพาะประเด็นที่สงสัยมาหาความชัดเจนในชั้นเรียน ซึ่งทำให้การเรียนรู้ไม่น่าเบื่อ สามารถใช้ประโยชน์จากเวลาที่มีอยู่ได้เต็มที่

การเข้ารับการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยประเภท (ก)

กลุ่มตัวอย่างมีการสอบในด้านสาขาเวชกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 รองลงมา คือ สาขาด้านการนวดไทยและสาขาเภสัชกรรม คิดเป็นร้อยละ 27 และ 21 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 16.6 มีการสอบในสาขาด้านผดุงครรภ์ (ตารางที่ 5)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ทุกสถาบันการศึกษาจะรับผู้เรียนอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ไม่คัดเลือกผู้เรียน ใช้เวลาเรียน แต่ละประเภทตามที่หลักสูตรกลางกำหนด

“ไม่คัดเลือกคนเรียนคือเอาทุกเพศ-วัย ทุกศาสนา แต่จะถามบ่อย ๆ ว่าเคยทำผิดต้องโทษมาหรือไม่”

“สอนทั้งปี ปิดเดือนพฤษภาคม เดือนเดียว (ช่วงสอบ)”

ภาพรวมของการสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.1 ไม่เคยมีการสอบในสาขาใดเลย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.6) มีประสบการณ์การสอบ อย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ที่สอบสองครั้ง ร้อยละ 1.6 และเข้าสอบ 4 ครั้ง ร้อยละ 0.2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สอบในแต่ละสาขา

การสอบในสาขาต่าง ๆ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ด้านเวชกรรม (n=429)	140	32.6
ด้านเภสัชกรรม (n=429)	90	21.0
ด้านผดุงครรภ์ (n=429)	71	16.6
ด้านการนวดไทย (n=429)	116	27.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การสอบในสาขาต่าง ๆ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนครั้งในการสอบ		
ไม่เคยเข้าสอบ (n=429)	22	5.1
เข้าสอบ 1 ครั้ง (n=429)	399	93.6
เข้าสอบ 2 ครั้ง (n=429)	7	1.6
เข้าสอบ 4 ครั้ง (n=429)	1	0.2

ผู้ทดสอบความรู้ที่มอบตัวเป็นศิษย์

ด้านเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าทดสอบความรู้ด้านเวชกรรมไทย จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่จะมอบตัวศิษย์ในปี พ.ศ. 2550 (ระยะเวลา 5 ปี) คิดเป็นร้อยละ 35

ด้านเภสัชกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าทดสอบความรู้ด้านเภสัชกรรมไทย จำนวน 78 คน ส่วนใหญ่จะมอบตัวศิษย์ในปี พ.ศ. 2551 (ระยะเวลา 4 ปี) คิดเป็นร้อยละ 30

ด้านผดุงครรภ์

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าทดสอบความรู้ด้านผดุงครรภ์ไทย จำนวน 65 คน ส่วนใหญ่จะมอบตัวศิษย์ในปีพ.ศ. 2552 (ระยะเวลา 3 ปี) คิดเป็นร้อยละ 48

ด้านการนวดไทย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าทดสอบความรู้ด้านการนวดไทย จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่จะมอบตัวศิษย์ในปีพ.ศ. 2551 (ระยะเวลา 4 ปี) คิดเป็นร้อยละ 45

การรับรู้การมอบตัวศิษย์ในแต่ละด้าน

ด้านเวชกรรม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.8 ไม่มีการรับรู้รายละเอียดของการมอบตัวศิษย์ โดยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อการมอบตัวศิษย์ด้านเวชกรรม จะรับรู้ปี พ.ศ. ที่มอบตัวศิษย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92 รองลงมาระบุชื่อครูที่รับมอบตัวศิษย์ สถานศึกษา เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 85 รับรู้จำนวนครั้งที่สอบ คิดเป็นร้อยละ 52 และรับรู้เรื่องปี พ.ศ. ที่สอบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20

ด้านเภสัชกรรมไทย

พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 86) มีการรับรู้เรื่องการมอบตัวศิษย์ โดยส่วนใหญ่รับรู้ชื่อครูที่รับมอบตัวศิษย์ สถานศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือปี พ.ศ.ที่มอบตัวศิษย์ ปีพ.ศ.ที่สอบได้ และจำนวนครั้งที่สอบ คิดเป็นร้อยละ 58 49 และ31 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ด้านการมอบตัวศิษย์

การรับรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ด้านเวชกรรม(n=429)		
ไม่รับรู้ด้านใดๆ	188	43.8
มีการรับรู้	241	56.2
รายละเอียดการรับรู้		
ชื่อครู (n=241)	205	85
ชื่อสถานศึกษา (n=241)	204	84.6
ปีพ.ศ.ที่มอบตัว (n=241)	221	91.7
ปีพ.ศ.ที่สอบได้ (n=241)	47	19.5
จำนวนครั้งที่สอบ (n=241)	126	52
ด้านเภสัชกรรม (n=429)		
ไม่รับรู้ด้านใดๆ	60	14.0
มีการรับรู้	369	86.0
รายละเอียดการรับรู้		
ชื่อครู (n=369)	351	95
ชื่อสถานศึกษา (n=369)	349	95
ปีพ.ศ.ที่มอบตัว (n=369)	214	58
ปีพ.ศ.ที่สอบได้ (n=369)	115	31
จำนวนครั้งที่สอบ (n=369)	181	49
ด้านผดุงครรภ์ (n=429)		
ไม่รับรู้ด้านใดๆ	136	31.7
มีการรับรู้	293	68.3
รายละเอียดการรับรู้		
ชื่อครู (n=293)	282	96
ชื่อสถานศึกษา (n=293)	283	97
ปีพ.ศ.ที่มอบตัว (n=293)	138	47
ปีพ.ศ.ที่สอบได้ (n=293)	82	30
จำนวนครั้งที่สอบ (n=293)	115	39
ด้านนวดไทย (n=429)		
ไม่รับรู้ด้านใดๆ	128	29.8
มีการรับรู้	301	70.2

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รายละเอียดการรับรู้		
ชื่อครู (n=301)	293	97
ชื่อสถานศึกษา (n=301)	288	96
ปีพ.ศ.ที่มอบตัว (n=301)	136	45
ปีพ.ศ.ที่สอบได้ (n=301)	33	11
จำนวนครั้งที่สอบ (n=301)	90	30

ด้านผดุงครรภ์

พบว่า สองในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 68.3) มีการรับรู้การมอบตัวศิษย์ ส่วนใหญ่รับรู้ชื่อสถานศึกษา ระบุชื่อครูที่รับมอบตัวศิษย์มากที่สุด ร้อยละ 97 และ 96 ตามลำดับ รองลงมา รับรู้ปีพ.ศ.ที่มอบตัวศิษย์ จำนวนครั้งที่สอบ และปี พ.ศ.ที่สอบได้ คิดเป็นร้อยละ 47 39 และ 30 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.7 ที่ไม่มีการรับรู้ด้านการมอบตัวศิษย์

ด้านการนวดไทย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 รับรู้รายละเอียดของการมอบตัวศิษย์ โดยสามารถระบุชื่อครูรับมอบตัวศิษย์ สถานศึกษา ร้อยละ 97 และ 96 ตามลำดับ รองลงมา ปี พ.ศ. ที่มอบตัวศิษย์ ระบุจำนวนครั้งที่สอบ และปี พ.ศ. ที่สอบได้ คิดเป็นร้อยละ 45 30 และ 11 ตามลำดับ

สรุปภาพรวม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้ง 4 ประเภทการรับรู้ชื่อครูที่รับมอบตัวศิษย์ สถานศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95 ขึ้นไปโดยด้านเวชกรรมน้อยกว่าด้านอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมารับรู้ปี พ.ศ.ที่มอบตัวศิษย์ (ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านผดุงครรภ์และด้านการนวดไทย คิดเป็นร้อยละ 91.7 58 47 และ 45 ตามลำดับ) น้อยกว่าหรือครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้จำนวนครั้งที่สอบ (ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านผดุงครรภ์และด้านการนวดไทย คิดเป็นร้อยละ 52 49 39 30 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างระบุการรับรู้ได้น้อยที่สุด คือ ปี พ.ศ. ที่สอบได้ (ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านผดุงครรภ์ ด้านเวชกรรมและการนวดไทย คิดเป็นร้อยละ 31 30 19.5 และ 11 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับรู้การมอบตัวศิษย์พบว่าด้านเวชกรรมมากที่สุด รองลงมา ด้านผดุงครรภ์ ด้านการนวดไทยและเภสัชกรรมไทย (คิดเป็นร้อยละ 43.8 31.7 29 และ 14.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การมอบตัวศิษย์ในแต่ละประเภท

ระดับการรับรู้ชื่อครูในแต่ละสาขา	เวชกรรม	เภสัชกรรม	ผดุงครรภ์	นวดไทย
ไม่รับรู้	43.8	14	31.7	29.8
รับรู้	56.2	86	68.3	70.2
รับรู้ชื่อครูมอบตัวศิษย์	85.0	95	96.0	97.0
รับรู้ชื่อสถานศึกษา	84.6	95	97.0	96.0
รับรู้ปีพ.ศ.ที่มอบตัวศิษย์	91.7	58	47.0	45.0
รับรู้ปีพ.ศ.ที่สอบได้	19.5	31	30.0	11.0
รับรู้จำนวนครั้งที่สอบ	52.0	49	39.0	30.0

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ปัจจัยที่ผู้เรียนรับรู้ชื่อครูและสถาบันได้มากเนื่องจากในระหว่างการเรียนการสอน ครูจะจำชื่อลูกศิษย์ได้หมดทุกคนในกลุ่ม ที่มาเรียนสม่ำเสมอทุกครั้ง ประมาณ 7- 12 คนต่อห้อง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับศิษย์ มีความใกล้ชิด ใครมีอาชีพอะไร อยู่ที่ไหน มีการไปร่วมงานบุญต่าง ๆ ทั้งของศิษย์และครูเช่นงานบวช งานแต่งงาน งานศพ งานเลี้ยงน้ำชา ฯลฯ ทำให้ลูกศิษย์ก็จะรู้จักอาจารย์ที่ไม่เพียงแต่เป็นผู้ให้ความรู้เท่านั้น ยังมีสถานะทางสังคมอื่น ๆ ด้วย

ส่วนผู้เรียนอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มาเรียนจะรับรู้ชื่อครูเพียงไปรับมอบตัวศิษย์เท่านั้น

ครูบางคนได้ไปให้กำลังใจศิษย์ในขณะที่มีการทดสอบความรู้ตลอดทั้ง 3 วัน ที่สนามสอบ

ครูและศิษย์ได้การติดต่อภายหลังการสอบแต่ละประเภท โดยศิษย์ยังต้องพึ่งพาครูและสถาบันการเรียนการสอนในการติดตามผลการสอบของตน

เหตุผลของการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.3 ระบุเหตุผลของการขึ้นทะเบียน และร้อยละ 2.7 ไม่มีการระบุเหตุผล เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างระบุ จำนวน 1-5 เหตุผล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.5 ระบุจำนวนเหตุผลของการขึ้นทะเบียนจำนวน 3 เหตุผล โดยเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.8 คือ ต้องการไปประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย รองลงมา ต้องการความรู้ (ร้อยละ 67.4) ต้องการพัฒนาความรู้ (ร้อยละ 57.1) ต้องการสืบทอดความรู้ (ร้อยละ 53.8) กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 15.8 ให้เหตุผลด้านต้องการเปลี่ยนอาชีพ และร้อยละ 5.6 ต้องการช่วยเหลือคนอื่น (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อเหตุผลที่ต้องการขอขึ้นทะเบียน

เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลการขึ้นทะเบียน (429 คน)		
ไม่มี	12	2.7
มี 1 เหตุผล	81	18.9
มี 2 เหตุผล	56	13.1
มี 3 เหตุผล	174	40.5
มี 4 เหตุผล	68	15.9
มี 5 เหตุผล	38	8.9
รายละเอียดของเหตุผล		
ต้องการสืบทอดความรู้ (n=429)	231	53.8
ต้องการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย (n=429)	289	67.4
ต้องการพัฒนาความรู้เพิ่มเติม (n=429)	245	57.1
ต้องการเปลี่ยนแปลงทางอาชีพ (n=429)	67	15.6
ต้องการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (n=429)	321	74.8
อื่นๆ ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น (n=429)	24	5.6

สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้เรียนได้ชี้แจงเหตุผลการมาเรียนการแพทย์แผนไทยครั้งนี้ว่า มีความตระหนักและรู้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยและต้องการสืบทอดองค์ความรู้เหล่านี้ไม่ใหสูญหายและต้องการให้มีการใช้ประโยชน์ในวิถีชีวิตประจำวัน

การใช้ประโยชน์จากประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 มีการนำไปใช้ประกอบอาชีพด้านเภสัชกรรมไทย และการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์แผนไทย นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.2 นำไปใช้ประกอบอาชีพด้านการให้บริการการนวด สำหรับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.9 นำไปใช้ประกอบอาชีพเพื่อสอนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง และให้การรักษา (ร้อยละ 17) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชีวิต ร้อยละ 3.7 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต้องการประกอบอาชีพ

การใช้ประโยชน์จากประกอบโรคศิลปะ	จำนวน	ร้อยละ
เภสัชกรรมไทย (n=429)	184	42.9
ให้คำปรึกษาด้านการแพทย์แผนไทย (n=429)	180	42.0
ให้การรักษาด้าน (n=429)	73	17.0
บริการการนวด (n=429)	164	38.2
ครูสอนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง (n=429)	81	18.9
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆในชีวิตเลย (n=429)	16	3.7

รายได้ของกลุ่มตัวอย่างในการประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย

ด้านเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 13,673 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9,358 บาท รายได้น้อยที่สุด 10,000 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุด 40,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างประเมินรายได้ด้านเภสัชกรรมเฉลี่ยต่อเดือน 10,305 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10,278 บาท รายได้ด้านผดุงครรภ์เฉลี่ยต่อเดือน 10,300 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8,615 บาท และรายได้ด้านการนวดไทยเฉลี่ยต่อเดือน 11,929 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10,005 บาท (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 การประเมินรายได้ของกลุ่มตัวอย่างในการประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย

รายได้ด้าน	จำนวนผู้ประเมิน	รายได้ต่อเดือน (บาท)			
		น้อยที่สุด	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	SD
ด้านเวชกรรม	27	1,000	40,000	13,673	9,358
ด้านเภสัชกรรม	80	100	55,000	10,305	10,278
ด้านผดุงครรภ์	20	1,000	30,000	10,300	8,615
ด้านการนวดไทย	134	1,000	60,000	11,929	10,005

ความยากง่ายในการเรียนแพทย์แผนไทย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.8 เห็นว่าการสอบเพื่อให้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะเป็นสิ่งที่ยากมาก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.6 เห็นว่าการสอบภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อผ่านหลักสูตรยากมาก โดยหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างง่ายในการจัดสรรเวลาในการเรียนทฤษฎี จัดสรรเวลาเพื่อการฝึกปฏิบัติ และใช้จ่ายในการเรียนจนจบหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 33.6 32.0 และ 32.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 และ 68.8 เห็นว่าค่อนข้างยากในการทำความเข้าใจกับเนื้อหาทฤษฎีของวิชาเรียนและเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตามลำดับภาพรวมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.8 เห็นว่าการเรียนแพทย์แผนไทยมีความยาก และร้อยละ 32.2 ระดับความยากง่ายอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความยากง่ายในการเรียนการแพทย์แผนไทย

ความยากง่ายในการเรียนการแพทย์แผนไทย	ง่ายมาก	ค่อนข้างง่าย	ค่อนข้างยาก	ยากมาก
1.ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาด้านทฤษฎีของวิชาเรียน (n=429)	0.5	17.9	73.0	8.6
2. ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ (n=428)	0.9	21.0	68.8	9.3
3. การสอบภาคทฤษฎี-ปฏิบัติเพื่อผ่านหลักสูตร (n=417)	1.2	12.2	71.0	15.6
4. ท่านสามารถจัดสรรเวลาเพื่อการเรียนทฤษฎี (n=428)	6.8	33.6	53.3	6.3
5. ท่านสามารถจัดสรรเวลาเพื่อการฝึกปฏิบัติ (n=425)	8.2	32.0	53.3	6.3
6. ท่านสามารถใช้จ่ายในการเรียนจนจบหลักสูตร (n=427)	11.5	32.8	48.9	6.8
7.ความยากง่ายในการสอบเพื่อให้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ (n=424)	0.7	7.8	63.7	27.8

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า

1) การสอบแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่ยากมาก เนื่องจากภาษาในตำราการแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างจากภาษาในชีวิตประจำวัน แต่จะเหมือนกับภาษาพระ (หรือในพระไตรปิฎก) ทำให้เป็นเรื่องง่ายสำหรับผู้ผ่านการบวชเรียนแล้วมาศึกษาด้านนี้

“ในตำรายาไทย เป็นภาษาพระมาก พุทธศาสนามีเกินครึ่ง พระไตรปิฎกกำหนดอาการธาตุ 5,6 มีในศาสนาหมด”

2) การจัดสรรเวลาเรียนและด้านค่าใช้จ่าย ทุกสถานศึกษากำหนดเวลาเรียนวันเสาร์-อาทิตย์ ทำให้ผู้เรียนที่ทำงานราชการหรือรับจ้างสามารถจัดเวลามาเรียนได้ตามที่หลักสูตรกำหนด และส่วนใหญ่ผู้เรียนประกอบอาชีพ มีรายได้ “ที่มาเรียนไม่หวังเรื่องค่าใช้จ่ายแต่ขอให้ได้วิชา”

3) ด้านความเข้าใจในเนื้อหาทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ ครูจะมีเทคนิคในการสอนให้ผู้เรียนจดจำได้ง่ายขึ้น และมีการแปลภาษาในตำราเป็นภาษาท้องถิ่นที่ผู้เรียนคุ้นเคย โดยเฉพาะประเภทเภสัชกรรม ครูจะสอนภาคปฏิบัติ เช่นการทำน้ำมันไพล หรือการเดินป่าไปเรียนรู้สมุนไพรและต้นไม้ต่าง ๆ ที่ใช้เป็นยา ทำให้ผู้เรียนได้ทั้งความรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมภาคปฏิบัติ เช่น

ครูสอนว่า “นางมีลาย (ย่านาง) ยายมีรู (ท้าวยายม่อม) สำลีอุดหู (ทองแตก)” หรือ “สี่เกลอ = กฤษณา ลำพืด ขอนดอก ชะนูด หรือ สามเกลอ = ลูกจันทน์ กระวาน กานพลู”

ความคิดเห็นต่อการเรียนแพทย์แผนไทย

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากและค่อนข้างมากในด้านที่เกี่ยวข้องกับ

การแบ่งประเภทการแพทย์ทั้ง 4 ด้าน เวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย (ร้อยละ 46.8 และ 42.2 ตามลำดับ)

การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรและระยะเวลาของหลักสูตรมีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 87.6 เท่ากัน

สถานที่เรียนและบุคลากรที่สอนมีความรู้ความเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 77.3 และ 82 ตามลำดับ

การเรียนจนจบหลักสูตรจะทำให้สามารถสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ และมีความคุ้มค่าต่อการเรียนหลักสูตรแพทย์แผนไทย ร้อยละ 85.8 และ 90.7 ตามลำดับ

ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.5) เห็นด้วยมากเกี่ยวกับปัจจุบันมีผู้สนใจเรียนการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 44.4 เกี่ยวกับขั้นตอนการรับสมัครตัวศิษย์ที่ควรต้องปรับปรุง

เมื่อเปรียบเทียบทุกความคิดเห็นในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นค่อนข้างไม่เห็นด้วย คือ ด้านสถานที่ฝึกปฏิบัติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.9 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นต่อการเรียนการแพทย์แผนไทย

ความคิดเห็นต่อการเรียนแพทย์แผนไทย	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยมาก
1. การกำหนดประเภทของการแพทย์ 4 ด้าน คือ เวชกรรม เกษตรกรรม ผดุงครรภ์ และ นวดไทย (n=427)	3.7	7.3	42.2	46.8
2. การกำหนดเนื้อหาหลักสูตร / ตำราเรียน (n=427)	2.1	10.3	52.9	34.7
3. ระยะเวลาของหลักสูตรมีความเหมาะสม (n=428)	2.1	10.3	54.7	32.9
4. สถานที่เรียน(ห้องเรียน)มีความเหมาะสม (n=427)	4.0	18.7	49.4	27.9
5. บุคลากรที่สอนมีความรู้ความเข้าใจ (n=428)	1.4	16.6	47.9	34.1
6. สถานที่ฝึกปฏิบัติมีความเหมาะสม (n=426)	2.8	20.9	48.6	27.7
7. ขั้นตอนการรับมอบตัวศิษย์ควรปรับปรุง (n=424)	4.7	18.6	44.4	32.3
8. ปัจจุบันมีผู้สนใจเรียนการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น (n=422)	1.9	7.3	39.3	51.5
9. การจบหลักสูตรจะทำให้ท่านสามารถสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะผ่าน (n=424)	1.9	12.3	48.5	37.3
10. มีความคุ้มค่าในการเรียนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย (n=428)	1.6	7.7	42.1	48.6

ภาพรวมของความคิดเห็นต่อการเรียนแพทย์แผนไทย พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.9) เห็นด้วยมากต่อการเรียนแพทย์แผนไทย รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.8 ค่อนข้างเห็นด้วยต่อการเรียนแพทย์แผนไทย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.4 ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการเรียนแพทย์แผนไทย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อปฏิบัติเพื่อการขอขึ้นทะเบียนและการสอบใบประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย

ประเด็น	ข้อเสนอแนะ
การเรียนการสอนและเอกสาร	เรียนตามตำราและประสบการณ์ของอาจารย์ผู้สอน ควรจัดอบรม โดยกรรมการลงไปให้ความรู้กับครูผู้สอน
ข้อสอบ	
ข้อสอบยาก ค่อนข้างใช้ความจำ	ควรปรับข้อสอบเป็นแนวประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน
ข้อสอบไม่ได้มาตรฐาน	ควรเพิ่มมาตรฐานในการตรวจข้อสอบ
ข้อสอบรั่วไหล	ควรมีการชี้แจงเมื่อตรวจข้อสอบ เพื่อแก้ไข, หากไม่มีการขายข้อสอบจะดีมาก
แนวของข้อสอบมีความสับสนมาก	ปรับปรุงความสมบูรณ์ของข้อสอบให้ดีขึ้น ภาคปฏิบัติให้นำสมุนไพรมานำมาให้ผู้สอบ
ภาษากลางและภาษาใต้ไม่เหมือนกัน	ข้อสอบกลาง ควรมีภาษาถิ่นกำกับ

ประเด็น	ข้อเสนอแนะ
ขั้นตอนการสอบ	
การสอบปีละ 1 ครั้ง	อยากให้มีการสอบปีละ 2 ครั้ง เปลี่ยนจากการสอบเป็นการอบรมสำหรับผู้สอบมากกว่า 5 ครั้ง
	ควรให้มีการประชุมชี้แจงก่อนสอบ
	สอบทฤษฎีได้แล้วควรมีการเข้าค่ายเพื่อฝึกปฏิบัติจริง
	มีการสื่อสารถึงผู้สอบหลายช่องทาง เช่น จดหมาย ,อินเทอร์เน็ต สถานศึกษา คุรุสมบัติฯ ฯลฯ
สถานที่สอบ	การสอบ 4 ประเภท ควรสอบภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในครั้งเดียวและสถานที่เดียวกันในแต่ละภูมิภาคหรือ จังหวัดเดียวกัน

ข้อเสนอแนะทั่วไป

- ควรมีวิชาแพทย์แผนไทยในทุกระดับการศึกษา เพื่อนำความรู้ไปช่วยเหลือสังคม
- รัฐควรตั้งศูนย์วิจัยถาวรเพื่อประยุกต์ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อสืบทอดแพทย์แผนไทย
- ควรมีการจัดตั้งเครือข่ายผู้มีใบประกอบโรคศิลปะแต่ละประเภทในทุกระดับและมีทะเบียนรายชื่อกลางที่สืบค้นได้สะดวก
- ควรกำหนดหลักสูตรหมอฟันแผนไทย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

บทนี้จะนำเสนอข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะในแต่ละประเด็น ของสถานการณ์ด้านการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภท(ก) ในภาคใต้

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท(ก)

1.1 ปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย

1.1.1 ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของสถานศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยภาคใต้ ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองเป็นสถานที่ทดสอบความรู้คือจังหวัดนครศรีธรรมราชและสงขลาและผู้เรียนส่วนใหญ่(ร้อยละ 60)รู้จักมานานกว่า 40ปี แรกเริ่มเป็นการจัดตั้งที่วัด ต่อมาขยายไปสู่สถาบันการศึกษาหรือโรงพยาบาลของรัฐทุกสถาบันมีผู้บริหารการศึกษาตั้งแต่รุ่นก่อตั้ง -ปัจจุบัน ที่มุ่งมั่นตั้งใจในการอนุรักษ์แพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหาย มีสถานที่สำหรับให้ผู้ที่สนใจได้เรียนการแพทย์แผนไทยโดยไม่ต้องไปแสวงหาครูรับมอบตัวศิษย์ ต่างพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล และที่สำคัญศิษย์ต้องมีความรู้ในประเภทที่รับมอบตัวศิษย์อย่างแท้จริงเพื่อรับการทดสอบความรู้ ทุกสถาบันมีการกำหนดวิสัยทัศน์เป้าหมายการเรียนการสอน มีสถานที่ที่เป็นเอกเทศ (แม้แต่ในวัดได้ออกเลขทะเบียนบ้านไว้เพื่อการคงอยู่ในอนาคต) มีห้องเรียนและอุปกรณ์การเรียนที่ไม่เน้นเทคโนโลยี ไม่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อการเรียนการสอน มีครูที่รับผิดชอบแต่ละประเภทการศึกษา ใช้หลักสูตร-ตำราเดียวกับที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด ให้ผู้เรียนมาเรียนได้โดยสมัครใจ แต่บางสถาบันเน้นให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบต่อตนเอง รักในวิชาที่เรียน ทุกสถาบันการศึกษาจะรับผู้เรียนอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ไม่คัดเลือกผู้เรียนรับศิษย์ทุกคน ทุกศาสนา ในทุกหลักสูตร ใช้เวลาเรียนวันเสาร์ – วันอาทิตย์ มีผู้เรียนเพียง 1 คนก็สอน ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสถานศึกษาต้องใช้จ่ายเงินส่วนตัวทั้งหมด ไม่มีค่าตอบแทนครู มีเพียงค่าพาหนะ ค่าลงทะเบียนเรียนใช้เกณฑ์ที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด บางแห่งกำหนดค่าลงทะเบียนเป็นรายปีต่อประเภท บางแห่งเก็บค่าลงทะเบียนครั้งเดียวเรียนได้จนจบหลักสูตร บางแห่งเก็บครั้งเดียวต่อปีเรียนได้ 2ประเภท

1.1.2 ลักษณะส่วนตัวผู้เรียน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 32.2 อยู่ในกลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี ค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุ 44.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.2 ปี ส่วนใหญ่(ร้อยละ 35.8)มีระดับการศึกษาปริญญาตรี เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือรับจ้างรองลงมามีรายได้ประจำ เกินกึ่งหนึ่งมีอาชีพเสริม เจตคติการเรียนแพทย์แผนไทยระดับดี มีผู้เรียนเพิ่มขึ้นทุกปีในสัดส่วนที่ลดลง เพราะผู้เรียนต้องการไปประกอบโรคศิลปะ (ร้อยละ 75) รองลงมาต้องการความรู้ การพัฒนาความรู้เดิม การสืบทอดความรู้ ร้อยละ 67 57 และ54

ตามลำดับ ทำให้ผู้เรียนบางคนนั้นในการหาความรู้และเข้าร่วมการทดสอบนับสิบครั้ง สอบแล้วสอบอีกจนกว่าจะสอบผ่าน ทำให้ผู้เรียนมุ่งการสอบมากกว่าการให้คุณค่าด้านวิชาความรู้ มีการเลือกเรียนสถานศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายน้อย บางคนเลือกเรียนสถานศึกษาที่มีคุณค่าเชิงประวัติศาสตร์ที่มีคุณธรรมเน้นการสร้างคน ถึงจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่อื่นก็ตาม

1.1.3 ลักษณะส่วนตัวผู้สอน ส่วนใหญ่เพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุระหว่าง 50 -70 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ครูที่รับมอบตัวศิษย์ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปต้องเข้ารับการอบรมเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้มีหน้าที่ในการอบรมให้ความรู้กับศิษย์ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด แต่เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีระบบการติดตาม กำกับจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ทำให้ครูบางกลุ่มไม่ได้ทำหน้าที่สอนเพียงแต่รับมอบตัวศิษย์เท่านั้นเปรียบเสมือนสะพานทางเชื่อมให้ผู้เรียนมีสิทธิ์ในการทดสอบความรู้เท่านั้น ซึ่งมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 44) ของการมอบตัวศิษย์ ที่ผู้เรียนไม่รับรู้การมอบตัวศิษย์ในส่วนของประเภทเวชกรรมมากที่สุดรองลงมาประเภทผดุงครรภ์ การนวดไทย และเภสัชกรรม (ร้อยละ 32 30 และ 14 ตามลำดับ) ในส่วนการรับรู้ชื่อครูรับมอบตัวศิษย์ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประเภทเวชกรรมจะรับรู้ชื่อครูระดับน้อยที่สุด ประเภทผดุงครรภ์และการนวดไทยรับรู้ชื่อครูระดับปานกลาง ส่วนประเภทที่รับรู้ชื่อครูมากที่สุด คือเภสัชกรรม สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อครูไม่ได้รับการอบรม ส่งเสริมและพัฒนาวิธีการเป็นครูที่ดีมีคุณธรรมจริยธรรม ไม่มีชมรมครูแพทย์แผนไทยระดับพื้นที่ที่หมั่นตรวจสอบและสร้างขวัญกำลังใจ ครูแพทย์แผนไทยจึงอยู่แบบโดดเดี่ยว เป็นปัจเจกชน ไร้องค์กรสังกัด รับมอบตัวศิษย์ได้ในเขตพื้นที่การศึกษาซึ่งกว้างมาก ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลในทางปฏิบัติทั้งพฤติกรรม คุณธรรมและจริยธรรมของครู แต่ยังมีครูอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นครูที่ดีที่มีใจรักในวิชาชีพรับผิดชอบการเรียนการสอนในสถานศึกษาแบบให้เปล่า ไม่มีค่าตอบแทน ไม่ได้รับการยกย่องทางสังคม ไม่มีกระบวนการพัฒนาต่อยอด และการสร้างขวัญกำลังใจ แต่ด้วยใจรักในวิชาชีพครูต้องการอนุรักษ์ห้องความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอยู่คู่กับสังคมไทย ยึดมั่นในอุดมการณ์ จึงสามารถยืนหยัดถ่ายทอดความรู้มาอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 30 – 40 ปี จึงทำให้มีการเรียนการสอนจนถึงปัจจุบัน

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนการสอน

1.2.1 พฤติกรรมการสอนของครู ครูบางคนจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียนส่วนใหญ่ และหาวิธีเพิ่มเติมความรู้ให้กับผู้ที่รับรู้ช้า เช่น การสอนแบบบทกลอน การแลกเปลี่ยนความรู้จากตำรา กับประสบการณ์ตรงของผู้เรียน นอกจากนี้ครูยังมีผู้ช่วยครูคือเพื่อนนักเรียนที่เรียนดีจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน เช่น การบันทึกภาพและเสียงของครูทุกวิชา เพื่อนำมาทบทวนความรู้แต่ละครั้ง การร่วมกันจัดกิจกรรมทำยาสมุนไพร เช่น น้ำมันไพล ยาหม่อง ยาลม ซึ่งจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายจากประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้นในกลุ่มของผู้มอบตัวศิษย์ที่ต้องการศึกษาด้วยตนเองโดยไม่เข้าชั้นเรียน แต่ครูส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ

อบรมวิธีการเป็นครูอย่างต่อเนื่องทำให้ละเลยการเตรียมการสอน ไม่ได้ใช้เทคโนโลยีช่วยในการถ่ายทอดความรู้ ไม่มีการวัดผลหลังการสอนแต่ละครั้ง ไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมชั้นเรียน ทำให้ผู้เรียนมาเรียนได้ตามอัธยาศัย

-ในระหว่างการเรียนการสอน ครูจะจำชื่อลูกศิษย์ได้หมดทุกคนในกลุ่ม ที่มาเรียนสม่ำเสมอทุกครั้ง ประมาณ 7- 12 คน / ห้อง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับศิษย์ มีความใกล้ชิด ใครมีอาชีพอะไร อยู่ที่ไหน มีการไปร่วมงานบุญต่าง ๆ ทั้งของศิษย์และครูเช่นงานบวช งานแต่งงาน งานศพ งานเลี้ยงน้ำชา ฯลฯ ทำให้ลูกศิษย์ก็จะรู้จักอาจารย์ที่ไม่เพียงแต่เป็นผู้ให้ความรู้เท่านั้น ยังมีสถานะทางสังคมอื่น ๆ ด้วย

-ส่วนผู้เรียนอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มาเรียนจะรับรู้ชื่อครูเพียงไปรับมอบตัวศิษย์เท่านั้น

-ครูบางคนได้ไปให้กำลังใจศิษย์ในขณะที่มีการทดสอบความรู้ตลอดทั้ง 3 วัน ที่สนามสอบ

-ครูและศิษย์ได้มีการติดต่อภายหลังการสอบแต่ละประเภท โดยศิษย์ยังต้องพึ่งพาครูและสถาบันการเรียนการสอนในการติดตามผลการสอบของตน

1.2.2 พฤติกรรมการเรียน ผู้เรียนส่วนใหญ่(ร้อยละ 98)จะค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองโดยการฝึกอบรม ศึกษาด้วยตนเอง แต่ผู้เรียนบางกลุ่มที่เข้าชั้นเรียนจะต้องศึกษาด้วยตนเองเป็นหลักจากตำราที่อาจารย์ให้การบ้าน แล้วนำบทเรียนนั้นมาแลกเปลี่ยนระหว่างอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียนในการเรียนครั้งต่อไป เนื่องจากเวลาเรียนมีจำกัด การสร้างความเข้าใจด้วยตนเองก่อนแล้วนำเฉพาะประเด็นที่สงสัยมาหาความชัดเจนในชั้นเรียน ซึ่งทำให้การเรียนรู้สนุกไม่น่าเบื่อ สามารถใช้ประโยชน์จากเวลาที่มีอยู่ได้เต็มที่ กรณีที่ศิษย์ไม่รับรู้ชื่อครู สถานศึกษา ปีพ.ศ.ที่สอบตัวศิษย์ ปีพ.ศ.ที่สอบได้ จำนวนครั้งที่สอบแต่อาจเรียนรู้ผ่านตัวอักษรจากตำราอย่างเดียวและทดสอบความรู้ผ่านเป็นความสามารถส่วนตัวของผู้เรียน แต่ขาดความรักและความศรัทธาในวิชาที่เรียน ซึ่งมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนที่มอบตัวศิษย์ทั้งหมด นี่เป็นวิกฤติหนึ่งของคุณภาพของกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีสมองแต่ขาดด้านจิตวิญญาณในวิชาชีพ

2. ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อการเรียนแพทย์แผนไทย

การเรียนการสอนแพทย์แผนไทยอาจมีข้อจำกัดด้านคุณภาพทั้งครู ผู้เรียน กระบวนการถ่ายทอดความรู้ และสถานที่ฝึกปฏิบัติ แต่มีผู้เรียนเพิ่มขึ้นทุกปีในสัดส่วนที่ลดลง เพียงเพราะผู้เรียนต้องการใบประกอบโรคศิลปะ (ร้อยละ 75) รองลงมาต้องการความรู้ การพัฒนาความรู้เดิม การสืบทอดความรู้ ร้อยละ 67 57 และ 54 ตามลำดับ ทำให้ผู้เรียนมาเรียนในการหาความรู้และเข้าร่วมการทดสอบนับสิบครั้ง สอบแล้วสอบอีกจนกว่าจะสอบผ่าน ทำให้ผู้เรียนมุ่งการสอบมากกว่าการให้เชิงคุณค่าของวิชาชีพที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เป็นวิทยาทานกับประชาชน

3. ด้านการใช้ประโยชน์จากใบประกอบโรคศิลปะ

ผู้เรียนมีความต้องการใช้ใบประกอบโรคศิลปะในการประกอบอาชีพประเภทเภสัชกรรม และการให้คำปรึกษาด้านแพทย์แผนไทยมากที่สุด (ร้อยละ42) รองลงมาให้บริการนวด อาชีพ การสอน การรักษา ในส่วนที่ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชีวิตมีเพียงร้อยละ 4 ซึ่งสะท้อนถึงจำนวนผู้มีใจรักในวิชาชีพมีน้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการเชิงเศรษฐกิจ เห็นได้จาก รายได้ในการประกอบวิชาชีพที่มีมากพอสมควร ทำอย่างไรให้สัดส่วนของทั้งสองอย่างนี้มีเท่า ๆ กัน อาจใช้กฎหมายเป็นเครื่องมืออย่างเดียวยังคงไม่เพียงพอ ต้องสร้างความตระหนักและให้ คุณค่ากับการแพทย์แผนไทยที่เป็นมรดกทางวัฒนธรรมให้ซึมซับเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน ของคนไทย ที่ไม่พึงพึงหมอบเพียงแค่การรักษาแต่ร่วมกันให้เกิดจิตหมอบแผนไทยในด้านคุณค่า ทางวัฒนธรรมและเป็นส่วนหนึ่งของผู้ทำคุณประโยชน์เพื่อประเทศชาติ ทั้งด้านคุณธรรมและ จริยธรรมทางการแพทย์ การอนุรักษ์ทรัพยากรด้านสมุนไพร การสืบทอดองค์ความรู้

4. แนวทางในการปรับปรุงเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภท (ก)

4.1) ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาระบบการเรียนการสอน การแพทย์แผนไทยประเภท(ก) ของแต่ละสถานศึกษาภายใน – ภายนอกภูมิภาค ทั้งรัฐและ เอกชน ทั้งด้านโครงสร้างอาคารทั่วไป โครงสร้างด้านการบริหารองค์กรและด้านวิชาการ ระบบ กองทุนเพื่อพัฒนาแพทย์แผนไทยในชุมชน(กองทุนสุขภาพชุมชน)

4.2) จัดทำตำราที่เหมาะสมกับพื้นที่และบูรณาการร่วมกับหลักสูตรกลาง

4.3) ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นองค์กรร่วม ในการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ(ก)และจัดส่งผู้สนใจเข้ารับ การศึกษาแพทย์แผนไทย(ก) และให้กลับไปรับใช้ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4) ค้นหา รวบรวม พัฒนาครูด้านการแพทย์แผนไทยที่เชี่ยวชาญเป็นชุดข้อมูลของ ศูนย์รวมครู ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์กับชุมชนได้ต่อไป

4.5) ปรับอายุและระดับการศึกษาของผู้เรียนในระยะเวลา 10 ปี เช่น กำหนดอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปริญญาตรีขึ้นไป

4.6) ขั้นตอนการสอบ ผู้ออกข้อสอบต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเรียนการสอนแพทย์ แผนไทย และควรจัดทำข้อสอบหลาย ๆ ชุดแล้วสุ่มโดยระบบคอมพิวเตอร์

5. ข้อเสนอแนะทั่วไป

5.1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนในประสานการจัดตั้งสภาแพทย์แผนไทยในระดับตำบล หรือเครือข่ายแพทย์แผนไทยทั้งที่มีใบประกอบโรคศิลปะและไม่มีใบประกอบโรคศิลปะที่ทำหน้าที่อนุรักษ์แพทย์แผนไทยและระบบการเรียนการสอนให้มีการสืบทอดภูมิปัญญาที่ต่อเนื่อง

5.2) พัฒนาครูด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การเพิ่มทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้มีการสืบทอดสู่คนรุ่นหลัง

5.3) จัดทำระบบติดตามการเฝ้าระวังครูที่รับมอบตัวศิษย์ เพื่อป้องกันกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อการค้า และจัดสร้างฐานข้อมูลของครูที่รับมอบตัวศิษย์เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนให้เข้าถึงระบบการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4) มีการสนับสนุนกิจกรรมแพทย์แผนไทยผ่านกองทุนสุขภาพชุมชน

5.5) การให้สถาบันหลักทางการศึกษาร่วมกับท้องถิ่น เป็นที่ปรึกษาให้ข้อคิดเห็นกับองค์กรแพทย์แผนไทยในระดับชุมชนในด้านการเรียนการสอนและการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องจริงจัง

5.6) จัดรูปแบบเพื่อรองรับการเข้าถึงระบบการเรียนของประชาชนให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทั้งในด้านคุณค่าของวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการสร้างความตระหนักด้านวัฒนธรรมไทยผ่านรายการสารคดีที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง รายการที่เกี่ยวข้องกับอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น และควรเน้นย้ำการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านการแพทย์แผนไทยในการนำแนวทางของหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นหลักยึดเหนี่ยวการดำเนินชีวิต

บรรณานุกรม

- จำเนียร โชติช่วง. 2515. จิตวิทยาการรับรู้และเรียนรู้ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เฉลิมศรี นันทวรรณ. 2528. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบริบท พฤติกรรมการสอนของครูและ พฤติกรรมการเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในวิชาวิทยาการระบาดของนักเรียน พยาบาลโรงพยาบาลรามารบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข ศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เปรม ชินวันทนนานท์และคณะ. 2547. ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการ ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุราภาศ, ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, ภัทราพร ตั้งสุขฤทัย และกัณท์วีร์ วิวัฒน์พานิชย์. 2542. วิวัฒนาการ การเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยจากอดีตสู่ปัจจุบัน ในวารสารสุขุทัยธรรมมาธิราช ปีที่12(จ.3) กรุงเทพฯ: หน้า 30-37.
- ไพเราะ รอดระกำ. 2538. กระบวนการผลิตแพทย์แผนไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา วัฒนธรรมสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. 2550. การศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย: ภาพรวม ใน รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2548-2550.นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข หน้า 44-75.
- ยงศักดิ์ ตันติปิฎกและรวงทิพย์ ตันติปิฎก. 2547. สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาการ สนับสนุนเพื่อสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุราภาศ, ภูมิปัญญา ไทย สุขภาพวิถีไท. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- รพีพรรณ จันทลาซ. 2540. สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการผลิตบุคลากรการแพทย์ แผนไทยในภาคกลาง:ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวัฒนธรรมสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รุจิณาธ อรรถสิขฐ และคณะ. 2529. บทบาทของผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณสาขาเวชกรรม และเภสัชกรรม.
- วิชัย โชควิวัฒน์. 2546. นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย โชควิวัฒน์. 2551. การพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุธำมาศ (บก.) การพัฒนากำลังคน ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย โชควิวัฒน์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุธำมาศ. 2553. รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2552-2553 .พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- วุฒิชัย จำรงค์. (ม.ป.ป.) การเรียนรู้นวัตกรรมเบื้องต้นและการประยุกต์ กรุงเทพฯ: บำรุงสาส์น.
- สมทรง ณ นคร(ศุภศิลป์) และคณะ. 2529. สาเหตุที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยม, รายงานการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุด แสงวิเชียร. 2521. จุดจบของแพทย์แผนโบราณและการเริ่มต้นของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย,ใน วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. ปี 1(จ. 2) นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล น.20-28.
- สุพัตรา สันทนานุการ, ประพจน์ เกตุธำมาศและรัชณี จันทร์เกษ. 2554. การศึกษาความเป็นไปได้ในการก่อตั้งสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. 2550. แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ.2550-2554 นนทบุรี: คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.



สถานศึกษาและรายชื่อครู



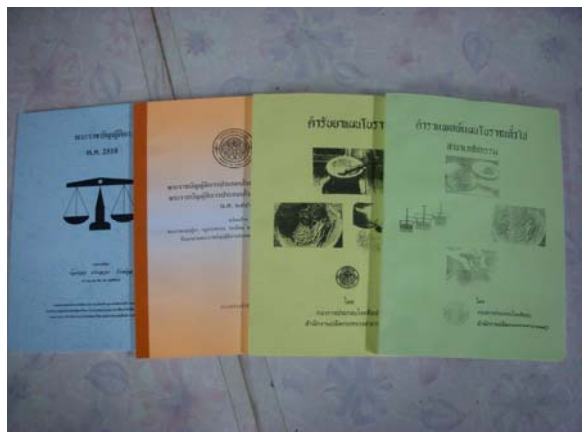
ห้องเรียนและการเรียนการสอน



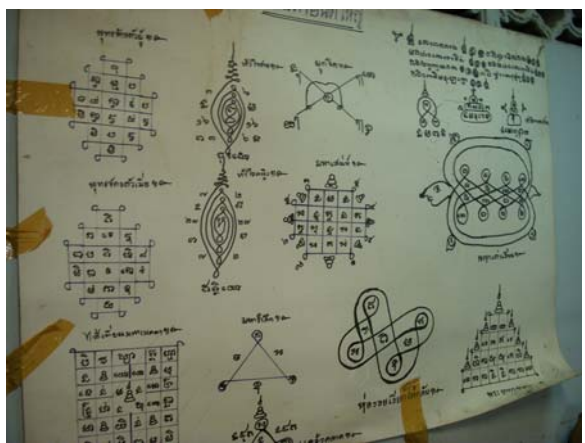
ห้องยาสมุนไพรเพื่อการเรียนรู้ด้านเภสัชกรรม



หุ่นสาธิตการศึกษาด้านเวชกรรม



ห้องสมุดและตำรา



สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้