

รายงานผลการวิจัย

การศึกษบทบาทและสมรรถนะ

เภสัชกรด้านสมุนไพร

ในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ในกระทรวงสาธารณสุข

Role and competency of pharmacist on herbal medicine development
in the government hospitals and provincial public health offices

คณะผู้วิจัย

ผศ.ภญ.ดร. รวงทิพย์ ตันติปิฎก	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภก.ดร. ยงศักดิ์ ตันติปิฎก	หน่วยวิจัยระบบภูมิปัญญาสุขภาพ
ภญ. ผกากรอง ขวัญข้าว	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ภก. พินิต ชินสร้อย	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
ภญ. ปิยะนุช ทิมคร	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ภก. วสันต์ ชูชัยมงคล	โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท
ภก. ธนพงศ์ เพ็งผล	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

คำนำ

การศึกษาบทบาทและสมรรถนะเภสัชกรด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข เป็นโครงการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ ศึกษานโยบายเกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศ ศึกษาความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs) จัดทำข้อเสนอกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ตั้งอยู่บนฐานการวิเคราะห์ตัวนโยบายกับการประเมินผลนโยบาย รวมทั้งการรวบรวมปัญหาอุปสรรคและจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และในกระบวนการจัดสรรทุนของ สวรส. คณะผู้วิจัยได้รับคำแนะนำที่มีค่ายิ่งต่อการวิจัยถึงสองครั้ง ครั้งแรก ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการขยายขอบเขตของงาน ผ่านการให้โอกาสในการปรับปรุงข้อเสนอโครงการและให้โอกาสในการปรับปรุงงบประมาณ ครั้งที่สอง คณะผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการที่ปรึกษาของ สวรส. ในคราวที่คณะผู้วิจัยได้ไปนำเสนอความก้าวหน้าของโครงการให้กับคณะกรรมการที่ปรึกษา ซึ่ง ณ เวลานั้นที่นำเสนอความก้าวหน้าของโครงการนั้น การวิจัยได้ดำเนินการไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีคำแนะนำที่เสนอให้คณะผู้วิจัยให้ความสำคัญมากขึ้นต่อการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยเสนอให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านนโยบาย และด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยในกรณีหลังนี้ คณะกรรมการฯ ได้ให้แนวทางว่าควรมองไปถึงการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ โดยไม่จำกัดอยู่ที่การเพิ่มอัตรากำลัง หรือพัฒนาบุคลากรให้เป็นไปตามร่างสมรรถนะเท่านั้น ข้อเสนอเหล่านี้ คณะผู้วิจัยน้อมรับมาดำเนินการด้วยความขอบคุณยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นคำแนะนำที่ช่วยให้งานวิจัยนี้ ตอบโจทย์ปัญหาของประเทศได้ชัดเจนมากขึ้น และเป็นคำแนะนำที่สอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บได้ ในเชิงปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาที่เภสัชกรที่ทำงานด้านนี้ได้ประสบมาเป็นระยะเวลายาวนาน และยังไม่ได้รับการแก้ไขในเชิงระบบ แม้ปัจจุบันนโยบายที่เกี่ยวกับสมุนไพรและภูมิปัญญาสุขภาพจะมีสถานะเป็นนโยบายของรัฐบาลและได้รับการบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญแล้วก็ตาม

อย่างไรก็ตาม ด้วยเวลาที่จำกัด ทำให้การออกแบบการวิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก มีการขยายประเด็นการเก็บข้อมูลเพิ่ม โดยการเพิ่มรอบการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยให้ข้อมูลแล้ว และมีการเพิ่มจำนวนผู้ให้ข้อมูลมากกว่าจำนวนที่ได้วางแผนไว้ คณะผู้วิจัยทราบดีว่างานชิ้นนี้ยังไม่สมบูรณ์ และยินดีน้อมรับข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานวิจัยนี้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติให้มากที่สุด

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สวรส. และท่านผู้เกี่ยวข้องข้างต้น ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของ สวรส. ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับแก้ข้อเสนอโครงการฯ และการปรับแก้รายงานต่าง ๆ ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเภสัชกรและผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2561

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมุนไพรเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาความเจ็บป่วยในระบบบริการสุขภาพของประเทศ และสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการผลิตเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม อันจะกระจายผลประโยชน์ไปสู่เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรได้ด้วย นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสมุนไพรของประเทศที่จัดทำขึ้นได้อาศัยผลงานเชิงประจักษ์ของหน่วยงานระดับปฏิบัติการในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดเป็นแนวทางในการจัดทำ ซึ่งผลงานเหล่านี้มีบุคลากรสุขภาพสายวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นผู้ปฏิบัติการสำคัญมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการออกแบบการศึกษาเป็น 3 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์นโยบายและการพัฒนาสมุนไพรของประเทศ 2) การค้นหาและวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพ (Health needs) ในกลุ่มประชากรที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การศึกษาบทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ในการทำงานพัฒนาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการนำภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมมาพัฒนาและใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ ผลิตเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และสร้างเศรษฐกิจในชุมชนที่มีการปลูกพืชสมุนไพรเป็นวัตถุดิบทางยา ดังนั้นในการขับเคลื่อนนโยบายและแผนพัฒนาสมุนไพรตามนโยบายประเทศไทย 4.0 ในแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร และการทำงานเพื่อตอบโจทย์ความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถอดบทเรียนและประสบการณ์การทำงานของเภสัชกรเหล่านี้ เพื่อพัฒนาเป็นกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร และพัฒนาให้มีเภสัชกรด้านสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพอย่างจริงจัง กรอบสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วย 1) สมรรถนะส่วนบุคคล อันได้แก่ แรงจูงใจ อุปนิสัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีม และสำนึกในความเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ 2) สมรรถนะด้านการแก้ไขปัญหา 3) สมรรถนะด้านการจัดการและองค์กร 4) สมรรถนะด้านการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพ 5) สมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร อันได้แก่ การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร การผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรที่เหมาะสม การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพร โดยวิเคราะห์ให้เห็นว่าสมรรถนะในแต่ละด้านต้องใช้ความรู้และทักษะอะไรบ้าง

การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นปัญหาอุปสรรคที่เภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ ปัญหาความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับโครงสร้างและระบบงาน ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรบุคคลในการปฏิบัติงานเภสัชกรรมสมุนไพรซึ่งเป็นงานใหม่ ปัญหาการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้งทางด้านการวิชาการ ด้านเทคนิค ด้านงบประมาณ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายและแผนไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญคือ

1. รัฐบาลควรปฏิรูปโครงสร้างในระดับนโยบายโดยกำหนดให้มีกลไกที่มีอำนาจในการตัดสินใจสามารถกำกับนโยบายและประสานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาสมุนไพรในระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่สอดคล้องกันของหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจกับหน่วยงานปฏิบัติการในภูมิภาค

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรปรับระบบบริการสุขภาพให้มีลักษณะเชิงรุก เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มากขึ้น โดยคำนึงถึงโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วย และโครงสร้างวิถีคิด ทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีต่อโรคเรื้อรัง การใช้เครือข่ายทางสังคมและชุมชน การเสริมพลังผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้สมุนไพร เพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและการใช้ยาจากสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียโอกาสในการดูแลรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังอย่างถูกต้อง และอาจนำไปสู่การเกิดผลแทรกซ้อนจากการรุกรานของโรค ซึ่งจะสร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับระบบบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยเภสัชกรเป็นบุคลากรหลักในการปฏิบัติการกิจนี้ ซึ่งไม่เพียงตั้งรับอยู่ในสถานบริการสุขภาพ แต่ต้องทำงานเชิงรุกในภาคส่วนสุขภาพภาคประชาชน (popular sector) และควรร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์เพื่อผลิตเภสัชกรที่สามารถให้บริการเภสัชกรรมบริบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้สามารถติดตามการใช้ยาและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อันเกี่ยวเนื่องกับยาที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

ในด้านโครงสร้างการบริหารงานเกี่ยวกับสมุนไพร กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้มีการกิจด้านการพัฒนาระบบสมุนไพรในระดับจังหวัดและอำเภอ ทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและในโรงพยาบาล โดยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ระบุภารกิจไว้ในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งควรปรับชื่อกลุ่มงานเป็น "กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร" กำหนดระดับตำแหน่งให้เป็นระดับเชี่ยวชาญ หรือชำนาญการพิเศษ เช่นเดียวกับกลุ่มงานอื่น ๆ ส่วนในระดับโรงพยาบาล ควรกำหนดภารกิจด้านสมุนไพรไว้ในกลุ่มงานเภสัชกรรม

3. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรปรับโครงสร้างองค์กรและระบบงานให้สามารถปฏิบัติการกิจสนับสนุนหน่วยงานปฏิบัติระดับจังหวัดและอำเภอในการพัฒนางานด้านสมุนไพรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการนิเทศงานที่ต้องการบุคลากรที่มีทักษะในการร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับราชการส่วนกลาง

4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควรปรับภารกิจให้มีการสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผลิตโดยหน่วยผลิตในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้ครอบคลุมมากขึ้น

5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรปรับภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในด้านการส่งเสริม

การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับโรงพยาบาลที่มีการกักตุนด้านเภสัชกรรมสมุนไพรและคณะเภสัชศาสตร์

6. มหาวิทยาลัย โดยคณะเภสัชศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ และคณะวนศาสตร์ ควรมีบทบาทใน การทำงานสนับสนุนหน่วยงานปฏิบัติระดับจังหวัดและอำเภอให้มากขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนทางวิชาการ เกี่ยวกับการอนุรักษ์ การปลูก การปรับปรุงพันธุ์พืช และการส่งเสริมเกษตรกรในการปลูกพืชสมุนไพร การสกัด สารจากพืชสมุนไพร การพัฒนาสูตรตำรับ การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างนวัตกรรมจากสมุนไพร นอกจากนี้ คณะเภสัชศาสตร์ควรเป็นผู้นำในการนำองค์ความรู้ทางด้านเภสัชกรรมมาพัฒนาสมุนไพรให้ได้มาตรฐานตามสากล เพื่อสร้างการยอมรับของสังคมต่อสมุนไพรไทย โดยควรสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในการพัฒนา นอกจากนี้ การสนับสนุนทุนการวิจัยของมหาวิทยาลัยเกี่ยวกับสมุนไพรควรเป็นไปเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของประเทศด้วย

7. สภาเภสัชกรรม ควรกำหนดให้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมสมุนไพรเป็น สมรรถนะหนึ่งของเภสัชกร และพัฒนาให้เภสัชกรรมสมุนไพรเป็นสาขาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอีกสาขาหนึ่ง พัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพรอยู่ในปัจจุบัน สนับสนุนให้มีวิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพร เพื่อฝึกอบรมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสมุนไพรแก่เภสัชกร ดำเนินการให้มีอนุมัติบัตรและวุฒิบัตรด้านเภสัช กรรมสมุนไพร กำหนดบทบาทของเภสัชกรและมาตรฐานวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพรให้มีความชัดเจน ดำเนินการให้สมรรถนะเกี่ยวกับการใช้ยาจากสมุนไพรเป็นสมรรถนะร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และ ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ของเภสัชกรด้าน สมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข โดยการวิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและการพัฒนาระบบสมุนไพรของประเทศ และสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs)

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการออกแบบการศึกษาเป็น 3 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ทิศทางนโยบายและการพัฒนาสมุนไพรของประเทศ 2) การค้นหาและวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ในกลุ่มประชากรที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพร และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) การศึกษาบทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร เพื่อจัดทำข้อเสนอกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร วิธีการเก็บข้อมูล ใช้การรวบรวมเอกสาร การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม และการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความต้องการจากมุมมองของผู้ป่วย ความต้องการข้อมูลสารสนเทศด้านสมุนไพร และความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพร การวิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายเกี่ยวกับสมุนไพร การวิเคราะห์ประเมินแผนหลักในการพัฒนาสมุนไพร การวิเคราะห์กลไกปฏิบัติการและระบบสนับสนุน การวิเคราะห์แผนพัฒนาสมุนไพรในฐานะที่เป็นนวัตกรรมที่สร้างการเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์บทบาทของเภสัชกรที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบาย การวิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร นับตั้งแต่ยุคบุกเบิกจนถึงยุคปัจจุบัน ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งนำมาสู่การพัฒนารอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายซึ่งประกอบด้วย ข้อเสนอการปฏิรูปโครงสร้างและระบบงาน ข้อเสนอต่อบทบาทของหน่วยงานสนับสนุน และข้อเสนอต่อการสนับสนุนบทบาทของเภสัชกรด้านสมุนไพร

สารบัญ

คำนำ	ii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iii
บทคัดย่อ	vi
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย	6
ระยะเวลาการดำเนินงาน	6
ประโยชน์ที่จะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
สมรรถนะ กรอบสมรรถนะ และการนำไปใช้ประโยชน์	8
การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ	12
แนวคิดและหลักเกณฑ์การประเมินนโยบาย	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	28
รูปแบบการวิจัย และการเก็บข้อมูล	28
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	34
บทที่ 4 ความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพรรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	35
บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางประชากร และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	36
แบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง	44
สรุปภาพรวมของสาเหตุที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม	
และระบบบริการสุขภาพ	65
ความต้องการข้อมูลสารสนเทศด้านสมุนไพร	73
ประมวลภาพรวมเพื่อสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
และความจำเป็นทางสุขภาพ	76

ข้อเสนอเพื่อปรับระบบบริการสุขภาพในการตอบสนองต่อ	
ความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพ	78
สรุป	79
บทที่ 5 นโยบายและแผนการพัฒนาสมุนไพร	81
พัฒนาการในอดีตของนโยบายเกี่ยวกับสมุนไพรในประเทศไทย	82
นโยบายและแผนการพัฒนาสมุนไพรในยุคปัจจุบัน	83
นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกัสมุนไพรรองส่วนราชการ	94
วิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายเกี่ยวกับสมุนไพร	104
วิเคราะห์ประเมินแผนหลักในการพัฒนาสมุนไพร	108
วิเคราะห์กลไกปฏิบัติการและระบบสนับสนุน	110
วิเคราะห์แผนพัฒนาสมุนไพรในมุมมองเภสัชกร	113
วิเคราะห์แผนพัฒนาสมุนไพรในฐานะที่เป็นนวัตกรรมที่สร้างการเปลี่ยนแปลง	115
วิเคราะห์บทบาทของเภสัชกรที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบาย	117
สรุป	121
บทที่ 6 บทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร	122
ความเป็นมา	122
บทบาทและสมรรถนะ: จากอดีตถึงปัจจุบัน	125
1. การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ	126
2. การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร	132
3. การผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ	138
4. การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรที่เหมาะสม	148
5. การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร	161
6. การสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพร	162
ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ	164
สรุป	171
บทที่ 7 กรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร	173
โครงสร้างของกรอบสมรรถนะ	173
1. สมรรถนะส่วนบุคคล	174

2. สมรรถนะด้านการแก้ไขปัญหา	176
3. สมรรถนะด้านการจัดการและองค์กร	177
4. สมรรถนะด้านการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพ	177
5. สมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร	178
บทที่ 8 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	189
การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ	189
การปฏิรูปโครงสร้างและระบบงาน	189
บทบาทของหน่วยงานสนับสนุน	190
การสนับสนุนบทบาทของเภสัชกร	191
การศึกษาวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป	191
สิ่งที่สามารถดำเนินการได้ทันที	191
เอกสารอ้างอิง	193
สารบัญญัตินำ	
ตาราง 1 แสดงลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล 5 พื้นที่	37
ตาราง 2 แสดงชนิดของโรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ให้ข้อมูล	43
ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้ยาจากสมุนไพรแบบที่ 1 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ	46
ตาราง 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.1 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ	50
ตาราง 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.2.1 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ	53
ตาราง 6 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.2.2 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ กลุ่มที่ 1	59
ตาราง 7 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.2.2 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ กลุ่มที่ 2	61
ตาราง 8 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.3 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ	64
ตาราง 9 แสดงลำดับลักษณะของคำถามข้อมูลสารสนเทศสมุนไพร 10 อันดับแรก	

ในการตอบคำถามผ่านเว็บไซต์ของฐานข้อมูลออนไลน์จำนวน 2 ฐาน	74
ตาราง 10 แสดงรายการ 10 อันดับแรกที่มีการขอข้อมูลมายัง หน่วยให้ข้อมูลสมุนไพรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง	74
ตาราง 11 แสดงพัฒนาการสำคัญของนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร	104
ตาราง 12 แสดงสมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร	179
สารบัญแผนภูมิ	
แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	6
แผนภูมิ 2 แสดงองค์ประกอบของสมรรถนะ	9
แผนภูมิ 3 แสดงการติดตามการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วย สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ	15
แผนภูมิ 4 แสดงกระบวนการทำงานในการบริหารทางเภสัชกรรม	15
แผนภูมิ 5 แสดง Health care system	20
แผนภูมิ 6 แสดงจุดเชื่อมต่อที่สุขภาพภาคประชาชนมีปฏิสัมพันธ์ กับภาคพื้นบ้านหรือภาควิชาชีพ	21
แผนภูมิ 7 แสดง 8 ขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงองค์กรของ Kotter กับกรอบการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของ Minnesota	27
แผนภูมิ 8 การอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อประเมินความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพร	32

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

โรคและความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในโลกสมัยใหม่และการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ที่ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อและความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย การบริโภคอาหารที่ต้องพึ่งพิงวัตถุดิบหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีสารเคมีตกค้างและปนเปื้อน การใช้แรงงานหรือการออกกำลังกายที่น้อยเกินไป และความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน ได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพจำนวนมากไปกับการแก้ไขปัญหา แม้การพัฒนาให้มีระบบหลักประกันสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเพื่อการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้มากขึ้น แต่ในมุมมองของผู้ป่วย การบริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแต่เพียงอย่างเดียว ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถบำบัดรักษาโรคและความเจ็บป่วยเหล่านี้ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมุ่งแสวงหาทางเลือกต่าง ๆ เพื่อบำบัดรักษาความเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้ด้วยตนเอง แม้ว่าการรักษาเหล่านี้จะยังไม่เป็นที่ยอมรับจากระบบบริการสุขภาพที่เป็นทางการ และยังไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพของประเทศ สมุนไพรซึ่งเป็นสิ่งที่ประชาชนเคยพึ่งพาอาศัยในอดีตเมื่อยามเจ็บป่วย ก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย และมักมีการใช้โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข แต่อาศัยข้อมูลที่ได้จากการบอกต่อ และการโฆษณาขายสินค้าทางสื่อประเภทต่าง ๆ โดยที่ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีขายในท้องตลาดมีทั้งที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนและผลิตตามกฎหมาย และที่ไม่ได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง บางส่วนเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีคุณภาพ บางผลิตภัณฑ์มีการปลอมปนสารสเตียรอยด์ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมา

ปัญหาและความต้องการของประชาชนเหล่านี้ได้กระตุ้นให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศต้องปรับตัวอย่างขนานใหญ่ ด้วยการนำเอาศาสตร์และองค์ความรู้ของการแพทย์นอกกระแสหลักมาใช้เพื่อตอบโจทย์ทางสุขภาพเหล่านี้มากขึ้น มีการผลักดันวาระการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จนบางส่วนถูกจัดให้เป็นวาระแห่งชาติ มีปฏิบัติการผ่านกรมกองและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดบริการการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้ในระบบบริการสุขภาพ จนบริการบางประเภทได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การปฏิรูประบบสุขภาพที่ดำเนินการขับเคลื่อนโดยความร่วมมือของภาคราชการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ คือ มีการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “การส่งเสริมการแพทย์แผนไทย” ไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 55 ความเป็น

รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง
เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิด
ประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวาระหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม
และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

(ราชกิจจานุเบกษา, 2560)

ในขณะที่การปฏิรูปประเทศซึ่งดำเนินการโดยสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ได้กำหนดวาระ
การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติไว้เป็นการเฉพาะ โดยมุ่งไปที่การปฏิรูป
อุตสาหกรรมและการตลาด (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559) และการวิจัยและพัฒนาและ
ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรอย่างเป็นระบบ รูปธรรมที่ชัดเจนของการปฏิรูป คือ การจัดทำแผนบริการสุขภาพ
(service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข,
2560) และการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 (กรม
พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงที่
เกี่ยวข้อง ได้กำหนดวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การปฏิรูปประเทศไว้ว่า "สมุนไพรไทยเพื่อความมั่นคง
ทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย" โดยมีพันธกิจหลัก 4 ประการ คือ 1) พัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็น
ที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีประสิทธิภาพ 2) สนับสนุนให้เกิดการผลิตที่ได้
มาตรฐาน มีคุณภาพ และสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3) เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของ
สมุนไพรไทยทั้งในประเทศและต่างประเทศ 4) ส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และการใช้สมุนไพรไทยอย่าง
ถูกต้องเหมาะสม ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักในศักยภาพของสมุนไพร และการมีนโยบายที่
ชัดเจนในระดับของรัฐบาล รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีใช้การตอบโจทย์ด้านสุขภาพและลดภาระ
ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศเท่านั้น แต่ยังมีความหมายที่ครอบคลุมไปถึงด้านเศรษฐกิจ และความ
มั่นคงในการพึ่งตนเองของประเทศอีกด้วย

นโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวข้างต้นมิได้เป็นสิ่งที่คิดขึ้นมาอย่างเลื่อนลอย หรือเป็นเพียงการ
โฆษณาของรัฐบาลที่อาจเป็นจริงได้ยาก แต่มีผลงานเชิงประจักษ์ของหน่วยงานระดับปฏิบัติการในระดับตำบล
อำเภอ และจังหวัดจำนวนหนึ่งเป็นฐานในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านี้ หน่วยงานระดับ
ปฏิบัติการบางหน่วยงานประสบความสำเร็จในการพัฒนางานด้านสมุนไพรจนมีชื่อเสียงทั้งในประเทศ และ
ต่างประเทศ บางหน่วยงานมีการพัฒนาสมุนไพรทั้งระบบและครบวงจรของความเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ
แม้จะเป็นหน่วยงานด้านบริการสุขภาพก็ตาม กล่าวคือ มีการพัฒนาสมุนไพรตั้งแต่ต้นน้ำในวงจรชีวิตของยา
คือ การปลูก การเก็บเกี่ยว การแปรรูป การจัดหาวัตถุดิบ และกลั่นน้ำ คือ การผลิตยา และการควบคุม
คุณภาพยา หลายหน่วยงานมีผลงานโดดเด่นในช่วงปลายน้ำ คือ ตั้งแต่การจัดหายา การเก็บรักษายา การ
กระจายยา การจ่ายยา การเฝ้าระวังและติดตามผลการใช้ยา ความสำเร็จเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึง สมรรถนะ
ส่วนบุคคล (personal competencies) และสมรรถนะด้านบริหารจัดการและด้านองค์กร (management
and organization competencies) ที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

การเติบโตของการทำงานของหน่วยงานระดับปฏิบัติการหลายหน่วยงานเกิดขึ้นก่อนที่จะมีนโยบายจากส่วนกลาง เมื่อได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา การเติบโตยังเห็นได้อย่างเด่นชัดมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนค่าจ้างบุคลากรเพื่อขยายงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การเติบโตอย่างต่อเนื่องทำให้เห็นการส่งต่อจากบุคลากรรุ่นบุกเบิกมาสู่รุ่นกลาง และรุ่นใหม่ ผ่านการอบรม (training) การฝึกฝนด้วยการเป็นลูกมือของผู้มีประสบการณ์ (apprenticeship/ experiential learning) แต่การส่งต่องานนี้ยังคงเป็นการส่งต่อภายในหน่วยงานตามความถนัดของหน่วยงานเป็นหลัก ยังไม่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานระดับปฏิบัติการด้วยกันมากนัก การขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการจัดการอย่างมีเป้าหมาย ทำให้ยังไม่มีกรอบสมรรถนะ (Competency Framework, CF) ซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ส่งผลให้ไม่มีการระบุสมรรถนะย่อยต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาสร้างสรรคงานด้านสมุนไพรได้อย่างครอบคลุม ทำให้ยังไม่มีเพิ่มเติมสมรรถนะย่อยที่แต่ละหน่วยงานยังมีไม่สมบูรณ์ให้แก่นักและกัน

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า กรอบสมรรถนะเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนางานด้านสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่มีการศึกษาวิจัยกันอย่างแพร่หลายในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา สำหรับในแวดวงการศึกษา กรอบสมรรถนะเป็นตัวกำหนดการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้บัณฑิตมีสมรรถนะทางวิชาชีพตามที่กำหนดและมีประโยชน์อย่างสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่ต่อเนื่อง (Continuing Professional Development, CPD) ซึ่งจะเป็นหลักประกันสำคัญในการทำให้บุคลากรในสายวิชาชีพนั้น ๆ มีสมรรถนะตามบทบาทความรับผิดชอบของตนที่สอดคล้องกับสถานการณ์หรือบริบทของระบบบริการสุขภาพและความจำเป็นทางสุขภาพของสังคม ในกรณีประเทศอังกฤษ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องได้ประยุกต์ใช้ Competency Framework เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินตนเองของบุคลากรในระบบที่มีต่อสมรรถนะย่อยต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด เปรียบเทียบกับกรอบ (มาตรฐาน) ของวิชาชีพ การประเมินตนเองนอกจากจะช่วยให้รู้ว่าคุณเองจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม ฝึกฝน เพิ่มเติมในเรื่องใดบ้างแล้ว ยังเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการฝึกอบรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (CoDEG, 2007) โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดการฝึกอบรมต้องวิเคราะห์ความต้องการเพิ่มพูนสมรรถนะ (need analysis) เพื่อใช้เป็นตัวกำหนดเนื้อหาและวิธีการฝึกอบรม ผลการวิเคราะห์ความจำเป็นที่ชัดเจน และถูกต้องแม่นยำมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร รายงานการศึกษาจำนวนมากบ่งชี้ว่า การฝึกอบรมที่ไม่ตรงกับความต้องการของบุคลากร นอกจากจะทำให้สมรรถนะของบุคลากรแทบจะไม่เปลี่ยนแปลงแล้ว ยังทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

จะเห็นได้ว่า กรอบสมรรถนะเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร เมื่อประกอบเข้ากับองค์ประกอบสำคัญอื่น ๆ ของการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ทางสุขภาพ (Human Resource for Health, HRH) อันได้แก่ การประมาณจำนวนบุคลากรที่ต้องการให้เพียงพอ ภายใต้เงื่อนไขที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบาย และแผนแม่บทด้านต่าง ๆ จะทำให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้

เกิดขึ้นได้จริง ดังคำจำกัดความของการวางแผน HRH ที่ Hall and Mejia ได้ให้ไว้เมื่อปี 1978 ดังนี้ (Hall and Mejia, 1978 quoted in Dreesch et al., 2005)

[It] is the process of estimating the number of persons and the kind of knowledge, skills and attitudes they need to achieve predetermined health targets and ultimately health status objectives. Such planning also involves specifying who is going to do what, when, where, how and with what resources for what population group or individuals, so that the knowledge and skills necessary for adequate performance can be made available according to predetermined policies and time schedules. This planning must be a continuing and not a sporadic process, and it requires continuous monitoring and evaluation.

การศึกษานี้จึงมุ่งที่จะศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอเรื่องกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร โดยเลือกที่จะศึกษาจากเภสัชกรที่มีบทบาทเด่นในการพัฒนางานด้านสมุนไพรตั้งแต่ในยุคเริ่มแรก (กว่า 30 ปีที่ผ่านมา) จนถึงยุคปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อการขับเคลื่อนนโยบายของประเทศ

อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2560 สภาเภสัชกรรมได้เริ่มดำเนินการจัดทำ (ร่าง) เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมสมุนไพร หรือการกำหนดสมรรถนะ (competency) ของเภสัชกรด้านเภสัชกรรมสมุนไพร แต่การดำเนินการดังกล่าวใช้วิธีการจัดประชุมระดมความคิดเห็นของเภสัชกรในภาคการศึกษา ร่วมกับเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญบางท่านที่ทำงานด้านสมุนไพร ซึ่งเป็นการเน้นที่การกำหนดสมรรถนะทางการศึกษา (education-based competency) กระบวนการที่สภาเภสัชกรรมใช้อาจจะยังไม่ได้นำผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ มาใช้ในการดำเนินการมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรเหล่านั้นทำงานได้ผลสำเร็จในช่วงยุคสมัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งรวมถึงปัจจัยสนับสนุนทางนโยบาย และผลการศึกษาเกี่ยวกับ health needs ของผู้ป่วยหรือประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่สมุนไพรสามารถตอบโจทย์ทางสุขภาพให้ได้

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่ครอบคลุมความต้องการกล่าวมาข้างต้น โดยที่การศึกษาประเด็นนโยบายจะมุ่งรวบรวมและวิเคราะห์สาระสำคัญของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร หรือที่เอื้อให้เกิดการพัฒนางานด้านสมุนไพรตามลำดับของเวลา ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ด้วยเวลาอันจำกัด ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลนโยบายในอดีต และการศึกษาตัวนโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทำได้ค่อนข้างยาก ผู้วิจัยจึงเน้นไปที่การศึกษามุมมองของผู้ปฏิบัติงานว่าได้รับการสนับสนุนอะไร และอย่างไร และเกิดปัญหาและอุปสรรคอะไร เหตุที่ต้องศึกษาลงไปในรายละเอียดเช่นนี้ เนื่องจากนโยบายของรัฐและกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอกขององค์กร ที่ส่งผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนางานด้านสมุนไพรขององค์กร เพราะงานดังกล่าวเป็นงานบริการที่เป็นนวัตกรรม (innovation service) ที่จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยมาตรการ

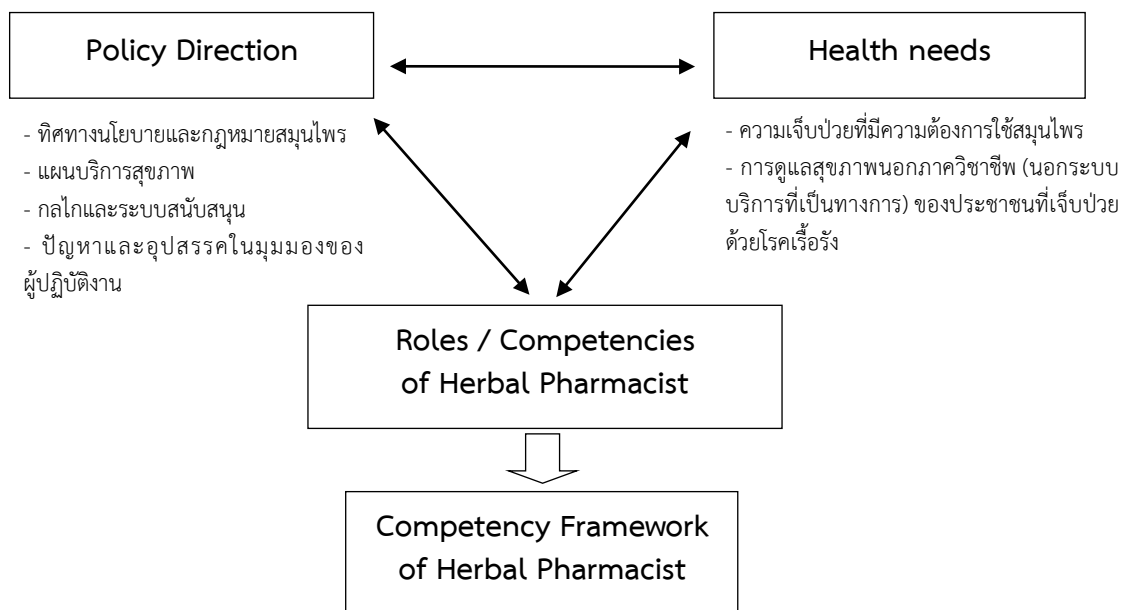
หรือกลยุทธ์ที่มีเป้าหมายจำเพาะเจาะจง แตกต่างจากการปฏิบัติงานที่เป็นงานประจำ (Alexander and Hearld, 2011)

สำหรับการศึกษาในประเด็น health needs ที่เกี่ยวกับสมุนไพร พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่การศึกษาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ มักเป็นการศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุข และใช้แนวคิดและวิธีการทางระบาดวิทยาในการทำความเข้าใจถึงภาวะการเกิดโรคและความเสี่ยงที่เกิดในกลุ่มประชากรต่าง ๆ แต่ในการศึกษานี้ จะศึกษาความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพรโดยใช้แนวคิดและวิธีการทางมานุษยวิทยา เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมความต้องการในการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยด้วยมุมมองทางวัฒนธรรม เพราะการใช้สมุนไพรมีการใช้สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน อิทธิพลของวัฒนธรรมดั้งเดิมนี้ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างเหนียวแน่น ยากที่จะเปลี่ยนแปลงโดยฉับพลัน ในขณะที่การพัฒนาระบบบริการต่าง ๆ สามารถออกแบบให้ตอบโจทย์ของชาวบ้านได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ ความเชื่อและระบบคุณค่าที่ชาวบ้านยึดถือ อาจไม่ใช่สิ่งที่ไม่ถูกต้องที่จะต้องไปเปลี่ยนแปลงเสมอไป หากสามารถทำความเข้าใจความเชื่อของผู้ป่วยได้มากขึ้น การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมทำให้ดีขึ้นเช่นกัน เช่น การอธิบายว่า เพราะผู้ป่วยยังต้องใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับยาสมุนไพร ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาทั้งสองแผน เป็นต้น การประนีประนอมเช่นนี้เป็นข้อเสนอของนักวิชาการด้านมานุษยวิทยาหลายท่าน ที่สำคัญคือ Arthur Klienman จิตแพทย์และศาสตราจารย์ด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ (Klienman, 1980) นอกจากนี้ การศึกษา health needs ของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีความเปราะบางในสังคม ยังจะนำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพที่ไม่ละเลยกลุ่มคนผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ (underserved clients) อีกด้วย

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อวิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและการพัฒนาระบบสมุนไพรของประเทศ
- 2) เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ในกลุ่มประชากรที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพร และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 3) เพื่อพัฒนาร่างกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข และ
- 4) จัดทำบทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพื่อตอบโจทย์นโยบายด้านสมุนไพร และความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่สนใจศึกษาวิจัย คือ เภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรในชุมชนหรือร้านยา และเภสัชกรที่อยู่ในภาคการผลิตและภาคการบริการเภสัชกรรมของโรงพยาบาลเอกชน

การวิจัยมีข้อจำกัดในการสำรวจความจำเป็นทางสุขภาพในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังไม่อาจเป็นตัวแทนที่ครอบคลุมตัวแปรที่มาจากความหลากหลายของกลุ่มประชากร หลากหลายในเชิงลึก เพราะต้องใช้ทรัพยากรและเวลาจำนวนมากในการดำเนินการ

ระยะเวลาการดำเนินงาน

มิถุนายน 2560 – มีนาคม 2561

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สภาเภสัชกรรม และคณะเภสัชศาสตร์ ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและกรอบแนวทางในการผลิตและพัฒนาเภสัชกรเพื่อทำงานด้านเภสัชกรรมสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. ได้แนวทางในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ในการพัฒนาและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

3. ได้กรอบองค์ความรู้ด้านเภสัชศาสตร์และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

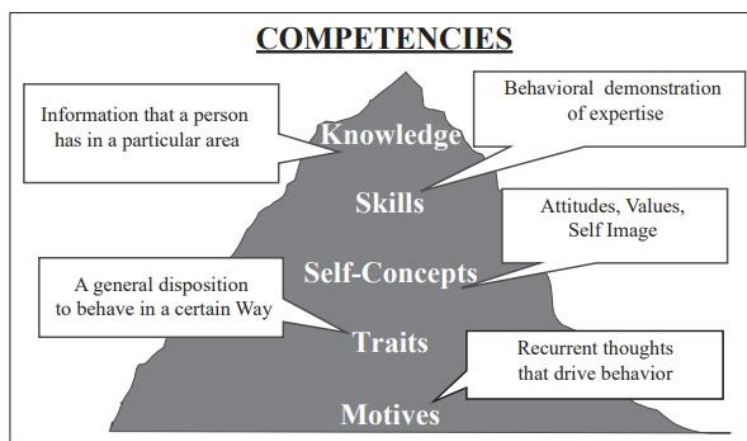
การศึกษานี้เป็นการศึกษาบทบาทและสมรรถนะเภสัชกรด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แบ่งการนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัยเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สมรรถนะ กรอบสมรรถนะและการนำไปใช้ประโยชน์ 2) การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพร (herbal medicine related needs) และ 3) แนวคิดและหลักเกณฑ์การประเมินนโยบาย

สมรรถนะ กรอบสมรรถนะ และการนำไปใช้ประโยชน์

ในที่นี้จะแบ่งการนำเสนอเป็น 4 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ความหมายของสมรรถนะ 2) กรอบสมรรถนะและประโยชน์ 3) กรอบสมรรถนะแตกต่างจากกรอบองค์ความรู้และทักษะ และ 4) โครงสร้างของกรอบสมรรถนะ ดังนี้

1. ความหมายของสมรรถนะ (Competency)

McClelland (1973) ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยา มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และผู้ก่อตั้ง McBer and Company ได้เขียนบทความวิชาการขึ้นสำคัญชื่อ Testing for Competence Rather than Intelligence โดย McClelland เสนอว่า สิ่งที่ใช้ทำนายผลการปฏิบัติงานที่ดี เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่อยู่เบื้องลึกและอยู่คงทน ซึ่งเขาเรียกว่า competencies หรือที่แปลเป็นภาษาไทยว่า สมรรถนะ เขาที่ใช้ทฤษฎีภูเขาน้ำแข็ง หรือ iceberg theory ซึ่งเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาในการวิเคราะห์สมรรถนะ จนเป็นที่ยอมรับและมีการนำมาใช้ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์กันอย่างกว้างขวาง ทฤษฎีนี้กล่าวว่า คุณลักษณะพื้นฐานที่จะทำให้คนมีพฤติกรรมในการทำงานเป็นแบบใด ขึ้นกับองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ แรงจูงใจ (motive) อุปนิสัย (traits) มโนทัศน์ (self-concept) ความรู้ (knowledge) และ ทักษะ (skill) โดยแต่ละองค์ประกอบสังเกตเห็นได้ยากง่ายต่างกัน เปรียบดั่งก้อนน้ำแข็งที่โผล่พ้นผิวน้ำทะเลกับส่วนที่อยู่ต่ำกว่า ดังแสดงไว้ในแผนภูมิ 1 และ เขายังได้ให้คำอธิบายของแต่ละองค์ประกอบ สรุปโดยย่อได้ดังต่อไปนี้



แผนภูมิ 2 แสดงองค์ประกอบของสมรรถนะ (McClelland, 1973)

1. แรงจูงใจ (motive) เป็นสิ่งที่บุคคลคิดถึงหรือมีความต้องการ เป็นตัวผลักดันหรือแรงขับให้บุคคลมีพฤติกรรม หรือตัวกำหนดทิศทางหรือทางเลือกในการกระทำเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย หรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ไม่พึงปรารถนา เช่น เมื่อบุคคลตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย จะทำให้เขามีความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้น และมุ่งมั่นที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ และจะใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อทำงานให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

2. อุปนิสัย (traits) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่จะแสดงออกมาเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นแบบแผนคงเส้นคงวา อุปนิสัยเป็นสิ่งที่เกิดจากการศึกษา การอบรมเลี้ยงดู ประสบการณ์ และการเรียนรู้ของบุคคล ตัวอย่างสมรรถนะด้านอุปนิสัย เช่น การควบคุมอารมณ์ภายใต้สภาวะความกดดัน ความคิดริเริ่ม เป็นต้น

3. อัตมโนทัศน์ (self-concept) หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง อาจรวมถึงทัศนคติ (attitude) ค่านิยม (Value) จินตภาพส่วนบุคคล (self-image) เป็นต้น

4. ความรู้ (knowledge) หมายถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในหลักการแนวคิดต่างๆ ที่บุคคลจำเป็นต้องมีในสาขาวิชาชีพนั้นๆ หรือกล่าวอย่างสั้นๆ ก็คือ “บุคคลต้องมีความรู้อะไรบ้าง” เช่น เจ้าหน้าที่ด้านบุคคล ต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการบริหารทรัพยากรบุคคล ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายแรงงาน เป็นต้น

5. ทักษะ (skill) หมายถึง ความสามารถ ความชำนาญหรือความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานทั้งการใช้วัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือการใช้สมองเพื่อคิดสิ่งต่างๆ หรือกล่าวอย่างสั้น ๆ ก็คือ “บุคคลต้องทำอะไรได้บ้าง” เช่น อายุรแพทย์ต้องมีสมรรถนะ “ความเชี่ยวชาญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้านอายุรศาสตร์” จิตแพทย์ต้องมีสมรรถนะ “ความเชี่ยวชาญในการตรวจ วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด” เป็นต้น

ความรู้และทักษะมีแนวโน้มที่สามารถสังเกตเห็นและวัดได้ เป็นส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่พ้นน้ำขึ้นมาหรือเป็นเปลือกนอกของต้นไม้ ความรู้และทักษะจึงสามารถพัฒนาได้ง่ายที่สุด ส่วนที่อยู่ใต้น้ำหรือส่วนที่เป็นแก่นของต้นไม้ หรือซ่อนเร้นอยู่ลึก ๆ ภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ อุปนิสัย และอัตมโนทัศน์

คุณลักษณะเหล่านี้จะยากต่อการวัดและพัฒนา บางครั้งคุณลักษณะด้านอัตมโนทัศน์สามารถสังเกตเห็นได้ บางครั้งก็ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ด้วยการฝึกอบรม การบำบัดทางจิตวิทยา และหรือพัฒนาโดยการให้ประสบการณ์ทางบวกแก่บุคคล แต่ก็เป็นที่พัฒนาค่อนข้างยากและต้องใช้เวลานาน โดยทั่วไปแล้ว องค์กรส่วนใหญ่จะทำการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรโดยพิจารณาจากความรู้และสมรรถนะด้านทักษะเป็นส่วนใหญ่ เพราะสามารถทำได้ง่าย โดยอาจพิจารณาจากผลการศึกษา หรือการทดสอบความรู้ ความสามารถ ส่วนแรงจูงใจ อัตมโนทัศน์ และอุปนิสัยนั้น จะไม่ค่อยวัดและประเมินมากนัก เพราะเชื่อว่ามิอยู่ในตัวบุคคลแล้ว ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว หากสามารถเลือกได้ เราควรพิจารณาจากแรงจูงใจ อัตมโนทัศน์ และอุปนิสัย ของผู้สมัครเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นส่วนที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล เป็นส่วนที่พัฒนายากที่สุด ส่วนความรู้และทักษะนั้นเป็นสิ่งที่เราสามารถสอน ฝึกฝน และพัฒนาได้ง่ายกว่า

คุณลักษณะด้านแรงจูงใจ อัตมโนทัศน์ และอุปนิสัย จะเป็นตัวทำนายทักษะพฤติกรรมและการกระทำ และสุดท้ายจะทำนายผลการปฏิบัติงาน (outcome) คุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจ อุปนิสัย มโนทัศน์ และความรู้ เป็นสมรรถนะพื้นฐานของบุคคล เมื่อบุคคลแสดงเจตนาหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติงาน เขาจะมีความมุ่งมั่นพยายามแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติงาน และสุดท้ายก็จะทำให้เกิดผลการปฏิบัติงานนั่นเอง เช่นสมรรถนะด้านความมุ่งมั่นความสำเร็จ เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงเจตนาที่จะปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ เมื่อเขาต้องการประสบความสำเร็จ เขาก็จะตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติงานให้มีความท้าทาย และเขาก็จะพยายามรับผิดชอบโดยปฏิบัติงานให้เสร็จ พยายามทำงานให้สูงกว่าเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ รวมทั้งนำผลงานที่ผ่านมาเป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาผลงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านคุณภาพ ผลผลิต ยอดขาย และรายได้ หากบุคคลใดก็ตามที่มีลักษณะกล้าเสี่ยง (Risk Taking) ก็จะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทั้งด้านผลิตภัณฑ์ใหม่ บริการ และกระบวนการใหม่ ๆ ในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ กลุ่มพัฒนาและประเมินสมรรถนะ (The Competency Development and Evaluation Group, CoDEG) ประเทศสหราชอาณาจักร ได้ให้ความหมายของสมรรถนะในทำนองเดียวกันว่า

Competence is the ability to carry out a job or task. A competency is a quality or characteristic of a person related to effective or superior performance. It is made up of many things such as motives, traits and skills. A behavioural competency describes typical behaviour observed when effective performers apply motives, traits or skill to job relevant tasks.

สมรรถนะเป็นความสามารถในการดำเนินงานหรือภารกิจ เป็นคุณภาพหรือคุณลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพหรือให้ผลที่เหนือกว่า ประกอบด้วยหลายสิ่ง ได้แก่ แรงจูงใจ อุปนิสัย และทักษะ สมรรถนะเชิงพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่สามารถเห็นได้เมื่อบุคคลกระทำการกิจ โดยใช้แรงจูงใจ อุปนิสัย หรือทักษะที่สอดคล้องกับภารกิจนั้น (CoDEG, 2007: 7)

ความหมายของสมรรถนะอาจแตกต่างกันได้ในแต่ละแบบจำลอง ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายที่จะนำข้อกำหนดสมรรถนะไปใช้ในด้านใดด้านหนึ่ง เช่น

1. สมรรถนะตามแบบจำลองเชิงผลลัพธ์หรือมาตรฐาน (outcome (standards) model) มีจุดเริ่มมาจากมาตรฐานอาชีพระดับชาติ ซึ่งวางรูปแบบตามคุณวุฒิทางอาชีพหรือวิชาชีพ เป็นสมรรถนะที่อิงกับความคาดหวังในการทำงานหรือบทบาทการงานเป็นสำคัญ สมรรถนะตามแบบจำลองนี้ช่วยในการพิจารณาว่าคน ๆ นั้นทำงานในด้านหนึ่งด้านใดอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

2. สมรรถนะตามแบบจำลองเชิงการศึกษา (educational model) ให้ความสำคัญกับสิ่งที่บุคคลจำเป็นต้องรู้หรือสามารถทำได้เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม มักอยู่ในรูปของผลลัพธ์การเรียนรู้ การประเมินมักใช้วิธีการอิงมาตรฐานหรือแบ่งระดับ

3. สมรรถนะตามแบบจำลองส่วนบุคคล (personal model) สนใจคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณสมบัติเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และอุปนิสัยส่วนบุคคล มักใช้ในการบริหารจัดการขององค์กร ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรม (behavioural indicators) และใช้ในการประเมินและพัฒนาตนเอง

กรอบเกี่ยวกับความรู้และทักษะและแนวทางการทบทวนการพัฒนาขององค์กรบริการสุขภาพประเทศสหราชอาณาจักร (National Health Service, NHS) ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้วิธีการผสมผสานแบบจำลองต่าง ๆ เข้าด้วยกัน (hybrid approach)

2. กรอบสมรรถนะและประโยชน์

กรอบสมรรถนะ (competency framework) เป็นการรวมสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเป็หัวใจที่นำไปสู่การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กรอบสมรรถนะนี้ควรจะเอื้อให้มีการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้บุคคลและผู้สอนระบุความรู้และทักษะที่ยังขาด (gaps in knowledge and skills) ได้ รวมทั้งระบุความจำเป็นในการอบรมและพัฒนา ตลอดจนจัดหาการสนับสนุนเชิงเอกสารสำหรับการประเมินผลและการให้บริการ (National Institute for Health and Care Excellence, 2013)

จากกรอบสมรรถนะที่ตอบสนองต่อการให้บริการของหน่วยงานระดับใดระดับหนึ่ง CoDEG ได้พัฒนา “กรอบสมรรถนะทั่วไป (General level framework, GLF) ของเภสัชกรที่ให้บริการทางเภสัชกรรม” ขึ้น CoDEG ได้ใช้การผสมผสาน model ทั้งสามข้างต้น เนื่องจากจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้แตกต่างกัน

3. กรอบสมรรถนะแตกต่างจากกรอบองค์ความรู้และทักษะ

ตามความหมายของสมรรถนะข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีความหมายที่กว้างกว่ากรอบองค์ความรู้และทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของคุณสมบัติของบุคคล เช่น แรงจูงใจ ทศนคติ หรือระบบคุณค่าที่บุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการปลูกฝังและอบรมบ่มเพาะ และจะเป็นพื้นฐานที่มั่นคง แข็งแรง เพื่อให้เกิดทักษะหรือความชำนาญ และความเชี่ยวชาญในเชิงปฏิบัติการยิ่ง ๆ ขึ้นไป

4. โครงสร้างของกรอบสมรรถนะ

CoDEG (2007) ได้แบ่งกรอบสมรรถนะในการให้บริการทางเภสัชกรรมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการให้บริการ (delivery of patient care)
- 2) ด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving)
- 3) ด้านบุคคล (personal)
- 4) ด้านการจัดการและองค์กร (management and organisation)

โดยแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกัน ตัวอย่างของกรอบสมรรถนะในด้านการให้บริการประกอบด้วย

- 1) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย (patient consultation)
- 2) การพิจารณาความจำเป็นในการใช้ยา (need for the drug)
- 3) การคัดเลือกยา (selection of drug)
- 4) ประเด็นเฉพาะเกี่ยวกับยา (drug specific issues)
- 5) การจัดหายา (provision of drug product)
- 6) ข้อมูลสารสนเทศด้านยาและการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย (medicines information and patient education)
- 7) การติดตามการบำบัดด้วยยา (monitoring drug therapy)
- 8) การประเมินผลลัพธ์ (evaluation of outcomes)

เนื่องจากกรอบสมรรถนะนี้ เป็นกรอบที่เน้นงานบริการทางเภสัชกรรม (pharmacy practice) ซึ่งเป็นบทบาทในช่วงปลายน้ำของวงจรชีวิตของยา ตามบทบาทของเภสัชกรที่ทำงานในประเทศในทวีปยุโรป มากกว่าบทบาทในช่วงต้นน้ำ (การค้นหายาชนิดของสมุนไพรที่มีศักยภาพทางยา การวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับ และการผลิตหรือแปรรูปสมุนไพรให้เป็นผลิตภัณฑ์ยา) ดังนั้นการศึกษานี้ จะนำโครงสร้างของกรอบสมรรถนะนี้มาเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล เฉพาะในส่วนของงานบริการเภสัชกรรมที่เน้นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างเหมาะสม

การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพร (herbal medicine related needs): การประเมินกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ในที่นี้จะแบ่งการนำเสนอเป็น 4 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ความหมายและความสำคัญของการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs assessment) 2) วิธีการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพร 3) โรคเรื้อรังกับการใช้สมุนไพร และ 4) แนวคิดทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. ความหมายและความสำคัญของการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs assessment)

สถาบันสุขภาพและความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) ประเทศสหราชอาณาจักร ได้ให้ความหมายของการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพไว้ดังนี้ (Health Development Agency, 2005)

การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพเป็นวิธีการเชิงระบบในการทบทวนประเด็นทางสุขภาพที่ประชากรกำลังเผชิญอยู่ เพื่อนำมาซึ่งความเห็นพ้องเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญและการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งจะปรับปรุงสุขภาพและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

จากความหมายข้างต้น การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ มุ่งหมายที่จะลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่ง ๆ โดยตัวกระบวนการประเมินมักจะเปิดโอกาสให้กลุ่มประชากรนั้น ๆ ได้นำเสนอปัญหาความจำเป็นที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผนการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ นอกจากกลุ่มประชากรเป้าหมายแล้ว กระบวนการประเมินยังเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคม หรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและสร้างสรรค์โครงการเพื่อตอบโจทยความจำเป็นทางสุขภาพดังกล่าว

2. วิธีการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องยาจากสมุนไพร (herbal medicine related needs)

การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ การประเมินในภาพรวมครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ หรือการประเมินที่กระทำในกลุ่มประชากรที่จำเพาะกลุ่มหนึ่ง ๆ วิธีการประเมินมีได้หลายวิธีตั้งแต่การประเมินแบบง่าย เช่น 1) ประเมินโดยกลุ่มผู้ให้บริการอย่างเดียว หรือ 2) การประเมินโดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมายร่วมให้ข้อมูลด้วย หรือ 3) การประเมินที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยมีบุคคลจากหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่นภาคประชาสังคม และหรือ ผู้มีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรในระดับท้องถิ่น หรือในระดับชาติร่วมด้วย

ในการศึกษานี้เลือกใช้วิธีที่ 2 เนื่องจากรายงานการศึกษาที่เน้นมุมมองของประชากรกลุ่มเป้าหมายทางด้านนี้ยังมีจำนวนน้อย และกลุ่มประชากรที่เลือกศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีรายงานการศึกษาหลายรายงานที่สนับสนุนว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะใช้สมุนไพรมากเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังรายงานการวิจัยที่จะกล่าวถึงต่อไป

นอกจากนี้การประเมินความจำเป็นในการศึกษานี้ยังมุ่งหมายให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพจากเดิมที่คุ้นเคยกับการมองความจำเป็นทางสุขภาพในมิติของปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกาย มาสู่การมองความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องตอบโจทย “ความทุกข์” อันสืบเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ พิจารณาความจำเป็นทางสุขภาพในมุมมองแบบผู้ป่วย

เพื่อให้เข้าใจอย่างชัดเจนก่อนว่าพวกเขามีจำเป็น หรือความต้องการอะไรบ้าง บ่อยครั้งที่เรามองไม่เห็นความจำเป็น หรือความต้องการเหล่านั้นว่ามีความสมเหตุสมผล (Good, 1994) เพราะอาจนำไปสู่ผลเสียที่อันตราย หรือทำให้เสียทรัพยากรโดยไม่จำเป็น ทำให้บุคลากรทางสุขภาพจำนวนไม่น้อยมองสาเหตุของปัญหาว่า มีต้นตอมาจากตัวของผู้ป่วยเอง ที่มีความคิดหรือการตัดสินใจแบบไม่สมเหตุสมผล ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การมองเช่นนี้จะทำให้ฝ่ายผู้ให้บริการไม่คิดจะปรับปรุงการให้บริการของตนเพื่อตอบสนองต่อโจทย์ของผู้ป่วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เป็นการบริการที่มีได้ใช้แนวคิดการบริการแบบ "ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง"

การทำความเข้าใจสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วย วิธีคิด และการตัดสินใจ ตลอดจนการเข้าใจถึง “ความทุกข์” ของผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีความสลับซับซ้อนเพราะเกี่ยวข้องกับหลายมิติของการดำเนินชีวิต และบางส่วนถูกซ่อนไว้ หรือมักเก็บเป็นความลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าความคิดความเชื่อ และวิถีปฏิบัติของตน แตกต่างจากสิ่งที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์เชื่อถือหรือยอมรับ

สำหรับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ ใช้กรอบการให้บริบาลเภสัชกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีทางด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ ทั้งสองกรอบนี้มีการนำไปใช้ในการวิเคราะห์ในต่างประเด็นกัน ดังนี้

2.1 การให้บริบาลเภสัชกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Cipolle และคณะ (2012)¹ ผู้เขียนตำรา ชื่อ Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 เพื่อเป็นคู่มือหรือแนวทางให้กับทุกวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่เป็น practitioner ทางด้านยา โดยผู้นิพนธ์ได้นำเสนอกระบวนการการบริการทางเภสัชกรรมไว้ (Pharmaceutical care process) 3 ขั้นตอน ได้แก่

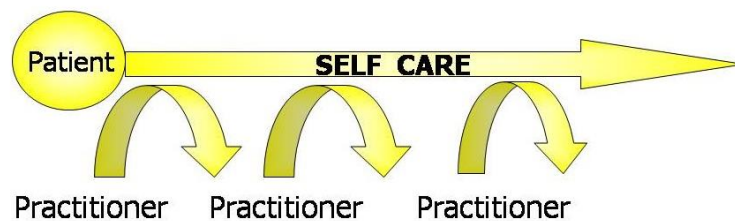
- 1) การประเมินผู้ป่วย (patient assessment)
- 2) การวางแผนการดูแลรักษา (care plan)
- 3) การติดตามประเมินผล (follow-up evaluation)

โดยทั้งสามขั้นตอนนี้ยึดหลักสำคัญ 2 ประการ เพื่อให้สามารถทำงานได้บรรลุความสำเร็จ คือ

ประการแรก คือ establish "a therapeutic relationship" หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อนำผู้ป่วยไว้วางใจที่จะให้ข้อมูล และให้ความเชื่อถือ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการรักษาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ซึ่งจะเกิดประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้เภสัชบำบัด

¹ ผู้นิพนธ์ทั้งสามท่านประกอบด้วย Robert J. Cipolle, Linda M. Strand และ Peter C. Morley สองท่านแรกเป็นศาสตราจารย์ด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม ส่วนท่านสุดท้ายเป็นศาสตราจารย์ด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ หนังสือเล่มนี้จึงเป็นตำราที่มีฐานคิดของทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์อยู่ด้วย โดยเป็นแนวคิดหลัก (principle) ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในทุกขั้นตอน

ประการที่สอง คือ continuous follow-up การดูแลรักษาที่ได้ผลดี จะต้องมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยเองได้ประเมินผลการใช้เภสัชบำบัดหรือผลการรักษาด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อปรับเปลี่ยนการแสวงหาการรักษา โดยอาจไปหาแหล่งบริการทางสุขภาพแหล่งใหม่ เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งกระบวนการนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Klienman, 1980) ดังแผนภูมิ 3 ผู้ให้บริการจึงควรติดตามผลการรักษา และรับฟังประสบการณ์การใช้ยาของผู้ป่วย (patient medication experiences) ทุกครั้งที่มีการให้บริการ



แผนภูมิ 3 แสดงการติดตามการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ (Cipolle et al., 2004)

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแอลเบอร์ตา ประเทศแคนาดา ได้นำหลักการของ Cipolle และคณะมาประยุกต์ใช้ สรุปเป็นแผนภูมิกระบวนการทำงานในการบริหารทางเภสัชกรรมไว้ดังนี้

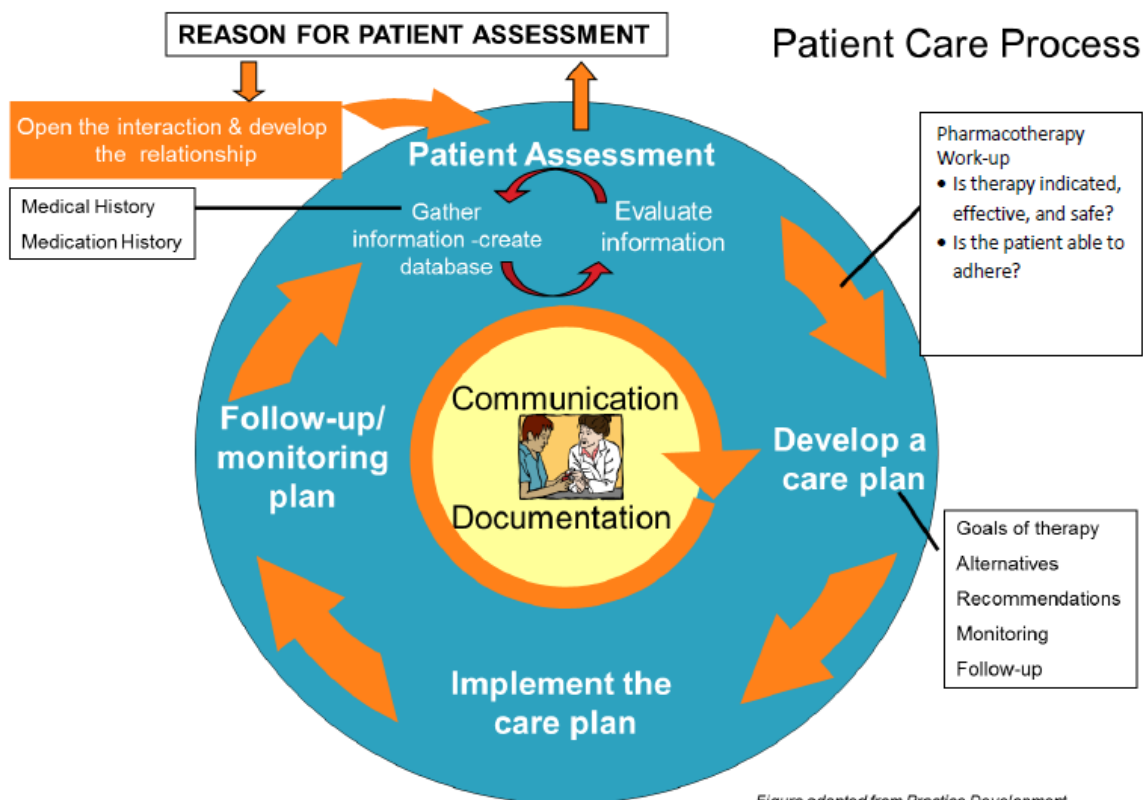


Figure adapted from Practice Development
Practice Skills Bootcamp
Faculty of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences,
University of Alberta

แผนภูมิ 4 แสดงกระบวนการทำงานในการบริหารทางเภสัชกรรม (Cipolle et al. 2012)

การศึกษานี้ได้นำแนวทางการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 1 คือ การประเมินผู้ป่วย (patient assessment) มาใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์เพื่อให้การประเมิน drug related need สามารถทำได้อย่างเป็นระบบ ซึ่ง Cipolle และคณะ (2012) ได้แบ่งการทำงานออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย แสดงไว้ในแผนภูมิ 4 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 gather information แบ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้ป่วย และการศึกษาประวัติการเจ็บป่วยจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีการบันทึกไว้ ในการวิจัยนี้ทำได้เฉพาะการรวบรวมข้อมูลในส่วนแรก ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่เป็น 1) อัตวิสัยของผู้ป่วย (subjective data) คือเป็นข้อมูลที่ผ่านความเข้าใจหรือการตีความของผู้ป่วย หรือเป็น 2) ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผ่านการจดจำของผู้ป่วยเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 pharmacotherapy work-up (การจัดบริหารทางเภสัชบำบัด) เป็นการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้เภสัชบำบัดของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการศึกษาและประมวลข้อมูลเพื่อประเมินใน 4 ประเด็นหลักต่อไปนี้ ดังแสดงในแผนภูมิ 4 (ในกรอบสี่เหลี่ยมด้านขวาของแผนภูมิ)

- 1) indicated เป็นการประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ นั้น มีข้อบ่งใช้เป็นไปตามสถานะการเจ็บป่วยหรือไม่
- 2) effective เป็นการประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ นั้น มีประสิทธิผลในการรักษาอย่างเพียงพอหรือไม่
- 3) safe เป็นการประเมินว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ นั้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีอาการอันไม่พึงประสงค์ หรือเกิดอันตรกิริยาต่อกันหรือไม่
- 4) medication adherence เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือมีการปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำของผู้ให้บริการหรือไม่

การวิจัยนี้จะจำกัดการประเมินอยู่ที่ประเด็นที่ 3 และ 4 คือ “การประเมินด้านความปลอดภัย” และ “ผลลัพธ์ที่เกิดจากปัญหาการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย” โดยจะเป็นการประเมินในเบื้องต้นเท่านั้น เนื่องจากการใช้สมุนไพรในแต่ละครั้ง มักอยู่นอกระบบการบริการสุขภาพที่เป็นทางการของหน่วยบริการต่าง ๆ การเก็บข้อมูลโดยผ่านการให้ข้อมูลจากผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว ทำให้การประเมินครั้งนี้ ยังขาดข้อมูลสำคัญๆ หรืออาจมีความคลาดเคลื่อนในส่วนที่เป็นตัวเลขหรือข้อมูลเชิงปรนัยต่าง ๆ เช่น ชื่อยา ขนาดความแรงของยา และค่าผลการตรวจต่าง ๆ จากห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าระดับน้ำตาล หรือน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด ค่าการทำงานของตับและไต เป็นต้น

การประเมินในเบื้องต้นนี้จะทำใน 2 มิติ ได้แก่ 1) มิติของภาวะโรคหรือความปลอดภัย (clinical aspect) 2) มิติด้านค่าใช้จ่าย หรือการสูญเสียทรัพยากร (economic aspect) โดยยึดการสั่งใช้ยาในระบบบริการเป็นฐานการประเมิน ส่วนมิติด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (humanity aspect) แม้จะสามารถเก็บข้อมูลได้จากผู้ป่วยโดยตรง แต่การวิจัยนี้ มิได้ทำการประเมิน ทั้งนี้ด้วยความจำกัดของระยะในการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยนี้ จะนำเสนอในแง่ของความทุกข์ใจของผู้ป่วย ที่จะต้องปรับตัว

ปรับพฤติกรรมการกิน การอยู่ รวมทั้งการยอมรับกับการที่จะต้องใช้เวลาไปตลอดชีวิต ซึ่งมักเป็นประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งการใช้สมุนไพรแทน

2.2 การใช้แนวคิดทฤษฎีทางด้านมานุษยวิทยาการแพทย์

เพื่อช่วยให้การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความลุ่มลึกมากขึ้น ซึ่งจะช่วยหาถึงสาเหตุที่เป็นรากเหง้า (root causes) ของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้ทฤษฎีทางวัฒนธรรมในการวิเคราะห์ให้เห็นถึง “ทัศนคติ ความเชื่อ และวิถีคิด” ที่อยู่เบื้องหลังแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ค่อย ๆ สืบสมมาจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ด้วยตนเอง หรือรับรู้จากคนใกล้ชิด เช่นคนในครอบครัว หรือบ่มเพาะจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ในชุมชนและสังคม สืบเนื่องเป็นเวลายาวนาน กลายเป็นระบบคุณค่าบางอย่างที่ผู้ป่วยยึดถือ ให้คุณค่า ให้ความสำคัญ การวิเคราะห์วัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่ผู้ป่วยยึดถือนี้ มิใช่เป็นเพียงการศึกษาความคิด ความเชื่อระดับบุคคล หรือของคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นโครงสร้างความคิดที่มีแบบแผน มีรากฐานมาจากความคิดความเชื่อของชุมชนและสังคมที่สนับสนุนค้ำจุนอยู่ด้วย รายละเอียดของทฤษฎีเชิงวัฒนธรรมจะได้กล่าวถึงในหัวข้อแนวคิดทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพในลำดับต่อไป

การเข้าใจถึงความเจ็บป่วย สาเหตุของความเจ็บป่วยจากมุมมองของผู้ป่วย พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพและแหล่งพึ่งพิงทางสุขภาพ และการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วย นอกจากจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ตอบโจทย์ปัญหาของผู้ป่วยได้ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจความต้องการทางสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้บริการที่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) จะสามารถร่วมมือกับผู้ป่วยในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงความจำเป็นทางสุขภาพและการแสวงหาข้อมูลและพึ่งพิงทางสุขภาพที่จะสอดคล้องกับความจำเป็นนั้นได้ดียิ่งขึ้น

3. โรคเรื้อรังกับการใช้สมุนไพร

3.1 นิยามโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง เป็นโรคที่เป็นอยู่เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน เป็นโรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพยายไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น (อดุลย์, 2548) โรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองตีบ/แตก และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคนไทยป่วยสะสมด้วยโรคเหล่านี้กว่า 2 ล้านคน (สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553) การรักษาด้วยยาในโรคเหล่านี้มักจะไม่ไ้ผล ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการงดเว้นอาหารบางอย่างที่ทำให้โรคเหล่านี้กำเริบมากขึ้น รวมถึงการลดน้ำหนักและออกกำลังกาย (อดุลย์, 2548)

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- 1) ความทุกข์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการแสวงหาบริการ

Ayer (2007) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และสรุปคำอธิบายต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ป่วยไว้อย่างน่าสนใจดังนี้

ในมุมมองของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งที่ขัดขวาง (disruption) และความไม่แน่นอน (uncertainty) เพราะการเกิดขึ้นของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ขัดขวางสิ่งที่ผู้คนรู้สึกว่าเป็นปกติ ขัดขวางการใช้ชีวิตในอนาคต และทำลายชีวิตประจำวันทั้งในทางกายภาพ ทางอารมณ์ และทางสังคม มันรบกวนโครงสร้างและความรู้ในการใช้ชีวิตประจำวัน เพราะบีบบังคับให้ผู้คนต้องหันมาใส่ใจอย่างจริงจังกับร่างกาย ความทุกข์ ความเจ็บปวด และความตายที่อาจเกิดขึ้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังยังรบกวนความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน (sense of self) มันบังคับให้คนต้องจัดวางความสัมพันธ์ใหม่กับความเป็นส่วนตัวที่เป็นอยู่และเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่เดิม... เนื่องจากมันจำกัดความสามารถในการทำหน้าที่และการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

เมื่อความเจ็บป่วยเรื้อรังรบกวนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมและชุมชนของผู้ป่วย รวมทั้งยังอาจสร้างความรู้สึกถูกตีตรา (stigma) หมายถึงการถูกรังเกียจ และหรือถูกดูถูกเหยียดหยาม ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องระดมทรัพยากรใหม่ ๆ และแสวงหาการบริการ การสนับสนุนช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อรับมือกับความเจ็บป่วยนี้ (Ayer, 2007)

การขัดขวางและรบกวนต่าง ๆ เหล่านี้สร้างความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา ผลกระทบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยทั่วไป ผู้คนมักเห็นว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรคเป็นสิ่งที่มีความถูกต้องแน่นอน แต่สำหรับโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่กลับไม่มีคำตอบให้พวกเขาได้ มันจึงสร้างความไม่แน่นอนให้เกิดขึ้น ท่ามกลางการเห็นถึงข้อจำกัดของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยังสามารถเกิดจากการมีเวลาในการพบแพทย์ที่ลดน้อยลง เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ (expert knowledge) ได้อย่างเพียงพอ จากการมีเวลาเพียงสั้น ๆ ในการเข้าพบแพทย์ ทำให้พวกเขาต้องหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอื่นแทน (Ayer, 2007) สำหรับบริบทของประเทศไทย ผู้ป่วยพยายามรักษาทุนทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยไม่บอกความจริงว่าตนกำลังใช้ยาสมุนไพรอยู่ (Tantipidoke, 2007)

สำหรับผู้ป่วย พวกเขาไม่อาจอยู่เฉยได้เมื่อต้องเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอน พวกเขาแสวงหาความรู้อย่างแข็งขันที่จะช่วยให้ตนเองยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี แทนที่จะจำนนอยู่กับความไม่แน่นอน อันได้แก่ความต้องการความรู้ระดับผู้เชี่ยวชาญ การมีเวลาพบแพทย์เพียงน้อยนิด ความรู้ทางการแพทย์ที่ขัดแย้งกัน ผู้ป่วยเสาะหาคำอธิบายที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น และการจัดการกับความเจ็บป่วยที่มีความแน่นอนมากขึ้น ด้วยการได้มาซึ่งชุดความรู้ที่สะสมด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงสามารถสร้างแนวคิดและความหมายต่อโรคเรื้อรังขึ้นมาด้วยตนเอง (Ayer, 2007)

2) งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในประเทศไทย

การศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล มีรายงานวิจัยที่น่าสนใจ 3 รายงาน โดยเป็นการศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ต่อไปได้ กล่าวคือ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 331 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาสมุนไพรร่วมกับยาที่โรงพยาบาลจัดให้ร้อยละ 42 โดยผู้ป่วยเชื่อว่าการใช้ยาสมุนไพรสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ฤทธิชัย และคณะ, 2557)

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบการสำรวจภาคตัดขวาง โดยการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 333 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 40.5 ที่มีการใช้สมุนไพร ชนิดของสมุนไพรที่ใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ น้ำคั้นใบย่านาง ร้อยละ 17.5 น้ำต้มครอบฟันสี ร้อยละ 1.9 ว่านเอก ร้อยละ 1.6 มะรุม ร้อยละ 18.6 และอื่น ๆ ร้อยละ 10.4 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และกลุ่มที่ใช้เฉพาะยาแผนปัจจุบัน พบว่าไม่แตกต่างกัน (วิภา และคณะ, 2556)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินสมุนไพรเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบางหลวง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม โดยศึกษาในประชากรผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 111 คน พบว่า ร้อยละ 55.9 ใช้สมุนไพรเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) กินสมุนไพรควบคู่กับการกินยาแผนปัจจุบัน และร้อยละ 32.3 ลดการกินยาแผนปัจจุบัน และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินสมุนไพร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ฐานะทางเศรษฐกิจ การมียาสมุนไพรในท้องถิ่น และการสนับสนุนของเพื่อนผู้ป่วย (ธราดล และคณะ, 2558)

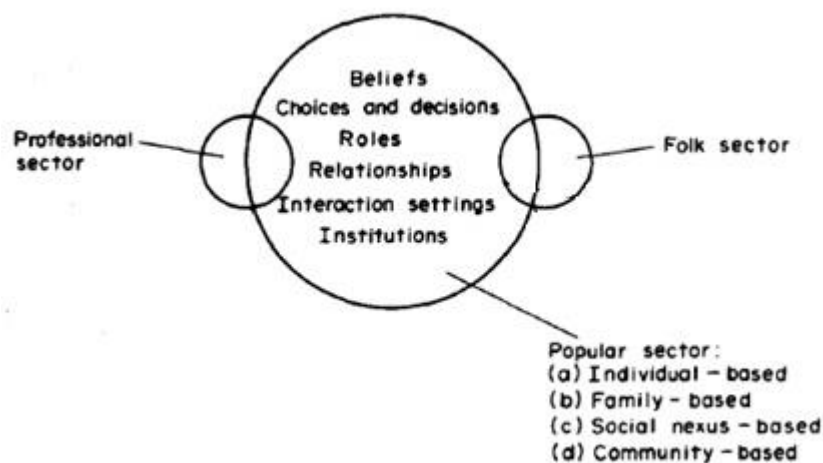
การศึกษา 3 รายงานข้างต้นนี้ มีข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันมีประมาณร้อยละ 40 ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีประมาณร้อยละ 55 ซึ่งทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันน่าจะมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยที่ผู้รับการรักษาบางส่วนอาจไม่ได้บอกความจริงแก่ผู้ศึกษา หากผู้ศึกษาเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลขนาดใหญ่

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ยังไม่สามารถให้ความเข้าใจที่มีต่อสมุนไพรจากมุมมองของผู้ป่วย การแสวงหาและการตัดสินใจ ประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่ใช้ยาสมุนไพรอย่างรอบด้าน และเพียงพอต่อการตัดสินใจปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ แม้ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจะบอกไว้เป็นนัยแล้วว่า ผู้ป่วยต้องการแสวงหาการรักษาเพื่อให้หายขาด แต่คำถามคือ มีผู้คิดเช่นนั้นในทุกวัฒนธรรมหรือไม่ และทำไมผู้ป่วยจึงคิดว่าสมุนไพรจะมีศักยภาพในการรักษาโรคให้หายขาดได้ และกล้าที่จะลอง หรือไม่กลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สมุนไพรโดยตรง หรือจากการที่โรคที่กำลังกำเริบมากขึ้น ผู้ป่วยมีความเชื่อถือในประสิทธิภาพของยาแผนปัจจุบันมาน้อยเพียงใด มีการปรับขนาดของยาแผนปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร แนวคิดทางวัฒนธรรมจะช่วยให้คำอธิบายเหล่านี้ได้ชัดเจนขึ้น

4. แนวคิดทางวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ

4.1 พหุลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพ

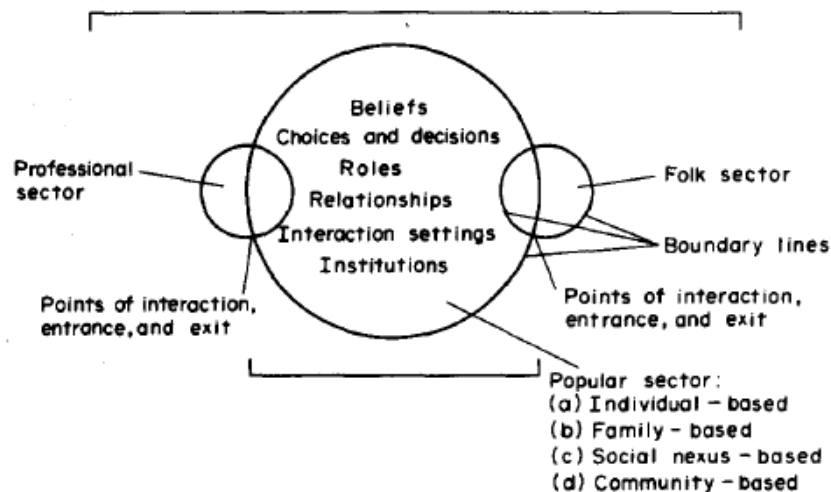
Kleinman (1980) นักมานุษยวิทยาการแพทย์อเมริกัน ได้พัฒนาคำอธิบาย "ระบบการดูแลสุขภาพ" (health care system) ด้วยมุมมองเชิงวัฒนธรรม บนกรอบแนวคิดที่ยอมรับถึงการดำรงอยู่ของความหลากหลายในการดูแลสุขภาพที่มีได้จำกัดอยู่ภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นทางการเท่านั้น ภายใต้โมเดลนี้ ระบบการดูแลสุขภาพประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ การดูแลสุขภาพของภาคประชาชน (popular sector) การดูแลสุขภาพในภาคท้องถิ่น เช่นการดูแลสุขภาพโดยหมอพื้นบ้าน (folk sector) และการให้บริการสุขภาพโดยภาควิชาชีพ (professional sector) ซึ่งก็คือระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นทางการดังแผนภูมิ 5 ระบบสุขภาพที่มีหลายภาคส่วนนี้จะพบได้ในทุกสังคมไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศยากจน



แผนภูมิ 5 แสดง Health care system (ปรับปรุงจาก Kleinman, 1980)

ประเด็นสำคัญที่ Kleinman อธิบายซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้คือ การดูแลสุขภาพของภาคประชาชนเป็นภาคการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด เพราะทุกขั้นตอนในกระบวนการรักษาเยียวยาจะจบลงที่การ

ประเมินผลการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในการดูแลสุขภาพของภาคประชาชนเป็นหลัก ถึงแม้บางครั้งอาจจะต้องเปลี่ยนไปรักษานอกภาคนี้ คือไปรักษากับหมอพื้นบ้านหรือผู้ให้การรักษาที่ไม่อยู่ในระบบที่เป็นทางการ การประเมินผลการรักษาก็จะกลับเข้ามาสู่ภาคประชาชนอีกครั้ง ดังนั้นเราจะเห็นจุดที่แสดงการเคลื่อนเข้าและออกจากภาคประชาชนอยู่ตลอดเวลา (ตามแผนภูมิ 6) และภาคประชาชนนี้จะซ้อนทับกับอีกสองภาคเสมอ แต่ทั้งสามภาคไม่จำเป็นต้องซ้อนทับกัน ดังที่แสดงในแผนภูมิ 6



แผนภูมิ 6 แสดงจุดเชื่อมที่การดูแลสุขภาพภาคประชาชนมีปฏิสัมพันธ์กับภาคท้องถิ่นหรือภาควิชาชีพ (Kleinman, 1980)

เมื่อบุคคลมีสภาวะที่ได้รับการประเมินว่าเกิด “ความเจ็บป่วย” (illness) ซึ่งมักเป็นการประเมินด้วยตนเอง ร่วมกับ (หรือได้รับอิทธิพลจาก) ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม เช่น ญาติพี่น้อง คนใกล้ชิด หรือใครก็ตามที่ผู้ป่วยไว้วางใจ หรือ เชื่อถือในความสามารถ (ซึ่งมักมีแนวคิดเดียวกันในระดับชุมชน) จำเป็นต้องแสวงหาการรักษาความเจ็บป่วยนั้น โดยไปหาแหล่งพึ่งพิงทางสุขภาพ (health resort) ใด ซึ่งอาจอยู่ในภาคประชาชน ภาควิชาชีพ หรือภาคท้องถิ่นดังกล่าว การประเมินมักเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน จนสิ้นสุดกระบวนการดูแลรักษา รวมทั้งขั้นตอนของการประเมินผลการรักษาดังที่ได้กล่าวมา ความสำคัญของสาระที่นำไปใช้ในการประเมินมีผลต่อการตัดสินใจในครั้งต่อ ๆ ไป ดังนั้นการวิจัยนี้จึงให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ สาระที่นำมาใช้ในการประเมินความเจ็บป่วยและผลการรักษาของผู้ป่วย

แนวคิดทฤษฎีนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกมีคำประกาศอัลมา-อะตา ที่ประกาศเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี ค.ศ. 2000 โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการมุ่งไปสู่เป้าหมายนั้น (World Health Organization, 1978) สิ่งที่เป็นแนวคิดร่วมกันของสองแนวคิดนี้ คือ ตัวประชาชนเองและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของตน ซึ่งรัฐจะต้องให้การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสริมพลังของภาคประชาชน

4.2 คำอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วย (explanatory model)

การศึกษานี้ให้ความสนใจกับการวิเคราะห์หาคำอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในมุมมองของผู้ป่วย หรือศึกษาเหตุผลที่เป็นหลักคิดของผู้ป่วย (reasoning) ซึ่งหลักคิดดังกล่าวเป็นผลมาจากเงื่อนไขชีวิต อาชีพการงานภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ตลอดจนบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้หรือที่เป็นอุปสรรค (Tantipidoke, 2007; Kleinman, 1980)

Kleinman และคณะ (1978) ได้นำเสนอแนวคิดที่พัฒนามาจากการศึกษาทางมานุษยวิทยาและการศึกษาข้ามวัฒนธรรม ซึ่งสามารถให้กรอบการทำงานสำหรับการกำหนดประเด็นปัญหาในการดูแลสุขภาพที่ต้องการแก้ไข ได้แก่

1) แนวคิดเรื่องความแตกต่างระหว่างโรค (disease) กับความเจ็บป่วย (illness) กล่าวคือ โรคในทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นความผิดปกติในการทำงานหรือการปรับตัวของกระบวนการทางชีววิทยาและจิตสรีรวิทยาของบุคคล ในขณะที่ ความเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์เชิงอัตวิสัย (subjective experience) ของบุคคลที่มีต่อโรคหรือความไม่สบาย โดยการรับรู้ การจัดประเภท การอธิบาย และการประเมินความไม่สบายนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยทางวัฒนธรรมของบุคคลนั้น และยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรม การที่ประสบการณ์ความเจ็บป่วยแนบชิดกับระบบความหมายของสังคม (social systems of meaning) และกฎเกณฑ์ทางพฤติกรรม (rules for behavior) จึงถือว่ามีนัยได้รับอิทธิพลอย่างมากจากวัฒนธรรม มันจึงเป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างทางวัฒนธรรม (culturally constructed) (Kleinman et al., 1978) การกล่าวถึงความเจ็บป่วยจึงมักจะเกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์ของความผิดปกติทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การแสวงหาการช่วยเหลือ ผลข้างเคียงจากการรักษา การตีตราทางสังคม การอธิบายสาเหตุ การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และผลต่อชีวิตครอบครัวและการทำงานของบุคคล (Kleinman, 1988)

2) แนวคิดเรื่องการประกอบสร้างทางวัฒนธรรมของความจริงทางคลินิก (cultural construction of clinical reality) ซึ่งอธิบายว่า ภายใต้บริบทในการรักษาผู้ป่วย ทั้งหมอและผู้ป่วยต่างก็สร้างความรู้ต่อความจริงเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคและความเจ็บป่วยตามกรอบทางวัฒนธรรมที่ตนเองได้รับการหล่อหลอมมา ซึ่งมักพบว่ามี ความแตกต่างในการอธิบายความเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับแพทย์ และกับหมอพื้นบ้าน เพราะความจริงที่มองเห็นมีความแตกต่างกัน ตามความรู้ การให้คุณค่า ความคาดหวัง และเป้าประสงค์ที่แตกต่างกัน (Kleinman et al., 1978)

นักมานุษยวิทยากลุ่มนี้ได้เสนอให้นำแนวคิดทางสังคมศาสตร์เหล่านี้มาพัฒนาเป็นกลยุทธ์และนำไปใช้ในปฏิบัติการทางคลินิก โดยการสกัดหรือศึกษาตัวแบบคำอธิบาย (explanatory model) ของผู้ป่วยออกมา ซึ่งจะช่วยให้แพทย์เข้าใจถึง 1) ความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง 2) การให้ความหมายของตนเองและของสังคมต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น 3) ความคาดหวังเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่แพทย์จะกระทำ รวมทั้ง 4) เป้าประสงค์ของการบำบัดรักษา จากนั้นแพทย์หรือผู้ให้บริการควรได้เปรียบเทียบความแตกต่างของคำอธิบายที่ผู้ป่วยมีกับที่แพทย์มี แล้วแพทย์หรือผู้ให้บริการจะสามารถเห็นถึงความแตกต่างที่จะสร้างปัญหาตามมาและจะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการบำบัดรักษา เช่น ความไม่ร่วมมือในการ

รักษา หรือการจัดการรักษานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ความแตกต่างนี้จะช่วยให้แพทย์และผู้ให้บริการเห็นถึงมุมมองที่จำเป็นต้องอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียด และวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมทั้งทำให้เห็นถึงความขัดแย้งที่ไม่ใช่เป็นเพียงความแตกต่างของระดับความรู้ แต่เป็นความแตกต่างของการให้คุณค่าและความสนใจ (different values and interests) เมื่อเห็นถึงความแตกต่างเหล่านี้แล้ว กระบวนการทางคลินิกจึงจำเป็นต้องมีการประนีประนอมกันระหว่างตัวแบบคำอธิบายเหล่านี้

การศึกษานี้จะนำเอาแนวคิดนี้มาใช้ โดยการหาคำอธิบายพฤติกรรมการดูแลรักษาการเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วย และทำให้เข้าใจถึงที่มาของคำอธิบายเหล่านี้ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้ป่วยที่มีนัยใกล้เคียงกับความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับยาโดยตรงหรือโดยอ้อม (drug related need) ซึ่งจะสอดคล้องกับการให้บริการตามกรอบแนวคิดของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเพื่อโน้มน้าวให้เห็นว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่จำเป็นต้องไปเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ป่วยทั้งหมด หากความเชื่อและคำอธิบายนั้น ๆ ไม่ได้ส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของสุขภาพทางกายและใจของผู้ป่วย เพราะความเชื่อบางอย่างมาจากวัฒนธรรมของชุมชนหรือสังคมที่สั่งสมมานานยากที่จะเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเชื่อที่นำมาสู่ความสงบสุขของชุมชนและสังคม ชุมชนและสังคมนั้น ๆ จะให้คุณค่าต่อความเชื่อเหล่านี้แบบฝังลึก นอกจากความไม่จำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงความเชื่อดังกล่าวแล้ว บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่ควรอย่างยิ่งที่จะไปตัดสินว่าความเชื่อเหล่านั้นด้อยกว่าหรือต่ำต้อย (inferior) กว่าคำอธิบายที่เป็นวิทยาศาสตร์ของฝ่ายตน สิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพพึงกระทำคือ การประนีประนอม หรือต่อรองกับผู้ป่วยขยายมุมมองในการรับฟังคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีเหตุผลเชิงประจักษ์รองรับ และจัดให้หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับเงื่อนไขชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพแก้ไขได้ยากกว่า ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การอภิปรายผลการศึกษา และการให้ข้อเสนอแนะด้วย

แนวคิดและหลักเกณฑ์การประเมินนโยบาย

เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้มุ่งเน้นการประเมินนโยบายเป็นการเฉพาะ แต่เน้นการศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ตั้งอยู่บนฐานการวิเคราะห์ตัวนโยบาย การประเมินนโยบาย ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเชิงเอกสาร และการรวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากมุมมองของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรและการวิเคราะห์ของผู้วิจัย การออกแบบการวิจัยในการศึกษานี้ จึงไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลการทำให้นโยบายเกิดผลในทางปฏิบัติ (implementation) ทั้งจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดหรือการบริหารนโยบาย หรือขั้นตอนอื่นๆ ในกระบวนการนโยบาย (policy process) เช่น การกำกับนโยบาย (monitoring) อย่างเป็นระบบและรอบด้าน ในการนี้ เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการรวบรวมเอกสารและจากการสัมภาษณ์เภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาสมุนไพรแล้ว ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการทำให้นโยบายเกิดผลในทางปฏิบัติที่จะนำเสนอต่อไปนี้ ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในบางประเด็นเท่านั้น ได้แก่

3.1 เกณฑ์ในการประเมินแผนของ RAND Corporation (องค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร องค์กรด้านการพัฒนานโยบายและกระบวนการตัดสินใจผ่านการวิเคราะห์และวิจัย) ซึ่งเน้นเอาไปใช้ในการพัฒนาการวางแผนงานด้านบริการสุขภาพ มีเกณฑ์สำคัญ 3 ประเด็นหลัก คือ วิสัยทัศน์ (vision) การอภิบาล (governance) และความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (intelligence) ดังนี้

1) วิสัยทัศน์ มีการระบุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแผนงานด้านบริการสุขภาพ ซึ่งควรสอดคล้องกับเป้าหมายโดยรวมของการบริหารระบบสุขภาพ สะท้อนถึงทุกองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ และมีสายตาที่กว้างไกล

2) การอภิบาล เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้มีอำนาจตัดสินใจ และผู้นำแผนไปปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน ความสอดคล้องกันของการวางแผนกับการลงโทษหรือการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติ มีผู้มีส่วนได้เสียกับแผนเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างได้สมดุล และมีความสอดคล้องกันของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ

3) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ให้ความสำคัญกับการมีข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีขีดความสามารถในการวิเคราะห์และบริหารงานต่าง ๆ อย่างเพียงพอ มีการกำกับ และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ รวมถึงการปรับปรุงในระหว่างดำเนินการตามแผน และการประเมินผลสำเร็จของแผน ซึ่งจะต้องมีตัวชี้วัดที่เหมาะสม ที่สะท้อนความสำเร็จของแผนได้

3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการนำนโยบายด้านนวัตกรรมไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (Implementation of Innovation)

แม้การวิจัยนี้จะไม่ได้เน้นการประเมินนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขั้นตอนของการนำนโยบายไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (policy implementation) แต่จากหัวข้อการวิจัยเรื่องสมรรถนะด้านสมุนไพร ถือว่าเป็นเรื่องใหม่ในเชิงการพัฒนาทางวิชาชีพเภสัชกรรมของประเทศไทย (ในแง่ของการได้รับการยอมรับจากองค์กรวิชาชีพอย่างเป็นทางการ) หรือเป็นบทบาทใหม่ที่ได้มีการพัฒนาขึ้นในหมู่เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ การมีบทบาทใหม่ๆ ที่ส่งผลต่อประชาชนผู้รับบริการเกิดขึ้น ในแง่ของวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับนโยบายด้านบริการสุขภาพถือว่า บทบาทใหม่ๆ เหล่านั้นจำเป็น ได้รับการศึกษาพัฒนา แล้วขยายวง ให้แพร่หลาย (scaling up) เป็นเรื่องสำคัญที่วงวิชาการด้านการนำนโยบายไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ให้ความสำคัญ และให้ความสนใจอย่างมาก เห็นได้จากมีวรรณกรรมจำนวนหลายร้อยเรื่อง ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการนำนโยบายด้านนวัตกรรมไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติให้เกิดขึ้นเป็นการเฉพาะ การทบทวนวรรณกรรมในด้านที่กล่าวมานี้ จะช่วยให้สร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้ชัดเจนขึ้นได้

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือการไม่ให้ความสำคัญกับบทบาทใหม่ๆ เกิดขึ้น ได้แก่ ยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ที่มุ่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อหวังผลทางด้านเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการมีสุขภาพดี ยุทธศาสตร์นี้ อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนไปว่า นวัตกรรมมีความหมายจำกัดอยู่ที่ผลิตภัณฑ์เท่านั้น ซึ่งตรงข้ามกับความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการให้บริการ จึงมิได้ให้

ความสำคัญหรือให้ความสำคัญ แต่ไม่ได้พิจารณานำกรอบแนวคิดการทำให้นโยบายเกิดผลในทางปฏิบัติ ที่เป็นนวัตกรรมเชิงบริการมาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีความจำเพาะกับความเป็นนวัตกรรม ไม่ใช่กรอบของงานบริการที่ทำอยู่เป็นปกติ ดังที่ Moullin และคณะ (2015) ได้ให้ความหมายของ นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ (innovation in healthcare) ตามทฤษฎี Diffusion of innovations ไว้ว่า

นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ หมายความว่า ความคิด ชุดของพฤติกรรม กิจกรรม และ/หรือ วิธีการทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติภายในสถานบริการสุขภาพ

Moullin และคณะ (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดของการนำนวัตกรรมด้านบริการสุขภาพไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ และได้พบว่า ในการนำนวัตกรรมไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ มีแนวคิดหลักที่จำเป็นต้องคำนึงถึงคือ กระบวนการนำไปสู่การทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (process of implementation) ซึ่งมีหลายขั้นตอน แตกต่างกันตามประเภทของตัวนวัตกรรมเอง (innovation) บริบทที่นวัตกรรมจะถูกนำไปใช้ (context domain) ปัจจัยที่ส่งผล (influencing factors) กลยุทธ์ (strategies) และการประเมินผล (evaluations) ขั้นตอนในกระบวนการนำไปสู่การทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติอาจมีดังต่อไปนี้ การพัฒนา (development) การสื่อสาร (communication) การสำรวจ (exploration) การติดตั้ง (installation) การดำเนินการ (operation) การพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainability)

นอกจากนี้ Moullin และคณะ (2015) ยังได้พัฒนากลอบแนวคิดร่วมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น และได้พบว่า องค์ประกอบสำคัญในกรอบแนวคิดร่วมคือการมี “กลยุทธ์” ซึ่งจะมีความลึกแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของนวัตกรรมที่จะถูกนำไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

ในงานของ Sorensen และคณะ (2016) มีการนำกรอบการเปลี่ยนแปลงองค์กร 8 ขั้นตอนของ John Kotter² มาประยุกต์ใช้ในงานนวัตกรรมด้านการบริหารเภสัชกรรมให้ประสบความสำเร็จ ดังแสดงในแผนภูมิ 7 แผนภูมินี้แสดงกรอบการเปลี่ยนแปลงในระบบหรือองค์กร 8 ขั้นตอนของ Kotter โดยแบ่งช่วงของการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ช่วง คือ

1. ช่วงการสร้างบรรยากาศของการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้
 - 1.1 สร้างความรู้สึกว่าต้องเปลี่ยนแปลงอย่างเร่งด่วน (create a sense of urgency)
 - 1.2 ดึงทีมนำออกมารวมมือกัน (pull together the guiding team)
 - 1.3 พัฒนาวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ของการเปลี่ยนแปลง (develop the change vision and strategy)
2. ช่วงเข้าร่วมและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กร ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้
 - 2.1 สื่อสารเพื่อความเข้าใจ (communicate for understanding)
 - 2.2 เสริมพลังผู้อื่นเพื่อกระทำการ (empower others to act)

² John Kotter เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีภาวะผู้นำขององค์กร (John Kotter's organizational leadership theory)

2.3 สร้างผลสำเร็จระยะสั้น (produce short-term wins)

3. ช่วงทำให้เกิดผลและเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 ไม่ปล่อยมือ (don't let up)

3.2 สร้างวัฒนธรรมใหม่ (create a new culture)

เมื่อนำกรอบการเปลี่ยนแปลงในระบบหรือองค์กร 8 ขั้นตอนของ Kotter มาใช้เป็นแนวทาง ในการวิเคราะห์งานพัฒนาบริการด้านการบริหารทางเภสัชกรรม “แผนงานจัดการเกี่ยวกับการใช้เภสัชบำบัด” (Medication Therapy Management-MTM) ที่ริเริ่มขึ้นในระบบบริการสุขภาพของมหาวิทยาลัย Minnesota แล้วมีการขยายงาน MTM ไปสู่หน่วยงานต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ถือว่าเป็นแผนงานที่ประสบความสำเร็จแผนงานหนึ่ง ผลการศึกษานี้ พบว่าสามารถกำหนดประเด็นหลัก (theme) ได้ 13 ประเด็น ดังนี้

1. ช่วงการสร้างบรรยากาศของการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยประเด็นหลักดังต่อไปนี้

1.1 อิทธิพลจากภายนอก (external influences)

1.2 เภสัชกรในฐานะทรัพยากรที่ยังไม่ถูกใช้งานให้เต็มความรู้ความสามารถที่มีอยู่ หรือที่ได้ศึกษาฝึกฝนมาจากสถาบันการศึกษา (pharmacists as an untapped resource)

1.3 หลักการความเป็นวิชาชีพ หมายถึง การสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นให้เภสัชกรได้ตระหนักถึงภาระกิจและความรับผิดชอบของวิชาชีพที่มีต่อสังคม (principles and professionalism)

1.4 วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture)

2. ช่วงเข้าร่วมและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กร ประกอบด้วยประเด็นหลักดังต่อไปนี้

2.1 (momentum champions)

2.2 ความสัมพันธ์แบบร่วมมือกัน (collaborative relationships)

2.3 ส่งเสริมการให้บริการ (service promotion)

2.4 การดูแลเป็นทีม (team-based care)

3. ช่วงทำให้เกิดผลและเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยประเด็นหลักดังต่อไปนี้

3.1 ยุทธศาสตร์ที่ทำให้เกิดผล (implementation strategies)

3.2 เอาชนะความท้าทาย (overcoming challenges)

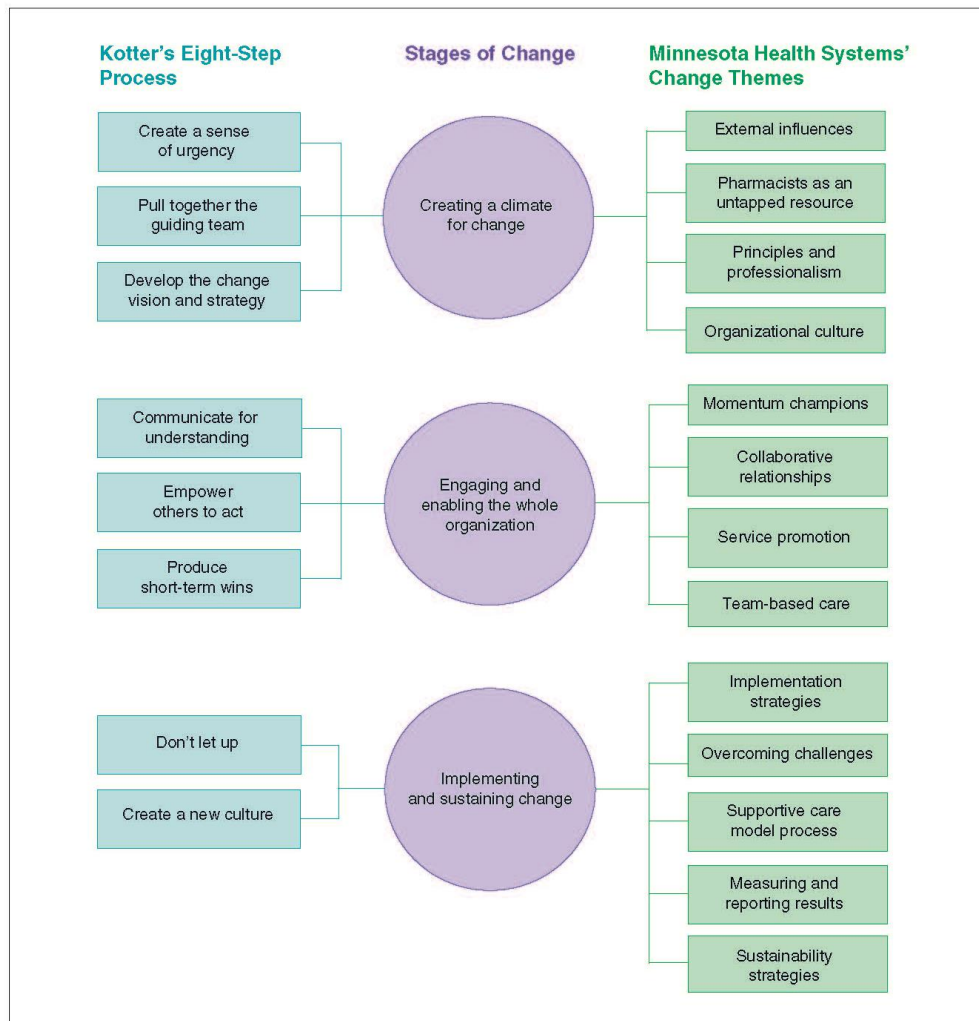
3.3 กระบวนการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง (supportive care model process)

3.4 การวัดและรายงานผล (measuring and reporting results)

3.5 ยุทธศาสตร์เพื่อความยั่งยืน (sustainability strategies)

การนำนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำโดยมีแนวคิดและขั้นตอนที่ต้องคำนึงถึงดังที่กล่าวมา การศึกษานี้จะนำเอาแนวคิดและขั้นตอนเหล่านี้ไปใช้ในการวิเคราะห์แผนพัฒนาสมุนไพรต่อไปในบทที่ 5

แผนภูมิ 7 แสดง 8 ขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงองค์กรของ Kotter กับกรอบการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของ Minnesota



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาบทบาทและสมรรถนะเภสัชกรด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อวิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายและการพัฒนาระบบสมุนไพรของประเทศ 2) เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ในกลุ่มประชากรที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรและเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) เพื่อพัฒนาร่างกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข และ 4) จัดทำบทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพื่อตอบโจทย์นโยบายด้านสมุนไพร และความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในบทนี้จะกล่าวถึงวิธีดำเนินการวิจัยที่แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์มาตรการนโยบายและการพัฒนาระบบสมุนไพรของประเทศและปัญหาเชิงนโยบายในมุมมองของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร 2) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาและวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพร และ 3) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาบทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร และ พัฒนาข้อเสนอกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร

รูปแบบการวิจัย และการเก็บข้อมูล

เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการพัฒนารอบสมรรถนะเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อสังเคราะห์กรอบสมรรถนะจากการถอดบทเรียนและประสบการณ์ของเภสัชกรที่ผ่านการปฏิบัติงานด้านสมุนไพรมาเป็นระยะเวลายาวนาน และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ทั้งในแง่ภาพรวมของงาน เช่นได้รับรางวัลด้านการเป็นหน่วยงานต้นแบบจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือเป็นหน่วยงานที่มีจุดเด่นในบางด้าน ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ หรือในหมู่เภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพรด้วยกัน การถอดบทเรียนและประสบการณ์ที่กล่าวมานี้ หมายถึงการถอดสิ่งเป็น แรงจูงใจ ทศนคติ ซึ่งเป็นที่มาของวิธีคิด วิธีการทำงาน ที่ใช้ในการสร้างสรรค์งาน ตลอดจนการถอดความรู้และทักษะสำคัญที่เภสัชกรได้ใช้ในการปฏิบัติงานด้านสมุนไพร การถอดบทเรียนและประสบการณ์นี้ มีกระบวนการคล้ายกับการถอดความรู้ขององค์กรที่มี best practice (มิใช่ lesson learned ตามความหมายในแวดวง Knowledge Management) ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นอย่างน้อย เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว (privacy) และมีความสลับซับซ้อน (complexity) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเภสัชกรจึงจำเป็นต้องใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการค้นหาหรือเข้าถึง ซึ่งนอกจากจะเป็นเรื่องของความรู้สึกด้านในของคนแล้ว ยังเป็นข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับบริบทภายในองค์กร

และสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ภายนอก เช่นเรื่องของนโยบาย และการสนับสนุนต่าง ๆ (contextualized data) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Cresswel, 2003)

นอกจากการสังเคราะห์สมรรถนะที่ดำรงอยู่ของเภสัชกรสมุนไพรในปัจจุบัน การวิจัยนี้ยังมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาว่า สมรรถนะที่ดำรงอยู่หรือที่ศึกษาพบนั้น มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ความเหมาะสมในที่นี้ยึดหลักการว่า สมรรถนะดังกล่าวตอบโจทย์ความต้องการหรือความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรหรือไม่ เพียงใด ความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้จะเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของวิชาชีพทางการแพทย์ในทุก ๆ วิชาชีพ ที่ต่างพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบโจทย์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาสมรรถนะให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรด้วยซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุผลคล้ายกันคือ ต้องการเข้าถึงข้อมูลที่มีความลึก เป็นเรื่องการใช้เหตุผลของผู้ป่วย (เป็นการตอบคำถาม why) เพื่อสร้างความเข้าใจในเหตุผลหรือที่มาของพฤติกรรมของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังเลือกที่จะศึกษาความจำเป็นทางสุขภาพของประชากรบางกลุ่มหรือเฉพาะกลุ่มเท่านั้น คือ เลือกศึกษากลุ่มที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยง หรือเป็นกลุ่มที่คาดว่าจะพบความต้องการหรือความจำเป็นที่จะได้รับการด้านสมุนไพรมากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพมักไม่ทราบปัญหาความต้องการต่าง ๆ หรือไม่ยอมรับว่าเป็นความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นเพราะมีมุมมองที่แตกต่างกัน การศึกษานี้จึงเลือก กลุ่มประชากรที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรและเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบการอภิปรายกลุ่ม 5 กลุ่ม ให้ครอบคลุมประชากรที่มีบริบทชีวิตทางวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกควบคู่กัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเชิงลึกว่าความต้องการ (want) ในการใช้สมุนไพรจากมุมมองของผู้ป่วยนั้น มีที่มาที่ไปอย่างไร มีความสมเหตุสมผล หรือมีความจำเป็นตามเงื่อนไขของบริบททางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจอย่างไร และมีวิธีคิดและความเชื่อที่แตกต่างจากมุมมองของฝ่ายวิชาชีพด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด และที่สำคัญวิธีคิดและความเชื่อเหล่านั้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายและทางใจของผู้ป่วยและชุมชนหรือไม่ ความเข้าใจเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานให้ฝ่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ นำมาวางแผนในการปรับระบบบริการให้เหมาะสมกับความจำเป็น ภายใต้บริบทชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นที่จะต้องไปลบล้างความเชื่อทั้งหมดของผู้ป่วย หากความเชื่อเหล่านั้นไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยดังที่กล่าวมา (Good, 1994)

สรุปว่า รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณในบางประเด็น แบ่งการออกแบบการเก็บข้อมูลเป็น 3 ส่วน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้างต้นดังนี้

1. วิเคราะห์นโยบายและการพัฒนาระบบสมุนไพรของประเทศและปัญหาเชิงนโยบายในมุมมองของเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพร

1.1 การวิจัยเชิงเอกสารเกี่ยวกับนโยบายและแผน

เป็นการวิเคราะห์นโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, แผนแม่บทว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564, แผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน, (ร่าง) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2560-2564, แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากฎระเบียบยาวิถีไทย 2560-2564, ร่าง พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์ปัญหาคุณภาพของผลิตภัณฑ์สมุนไพร, ผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี 2560 เป็นต้น

1.2 การสัมภาษณ์ประเด็นนโยบาย

เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับนโยบายจากเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 คน (เป็นผู้ให้ข้อมูลประเด็นบทบาทและสมรรถนะตามข้อ 3 มาแล้ว จำนวน 8 คน และเป็นคนใหม่ 10 คน) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การเลือกดังนี้

เภสัชกร

- 1) เป็นเภสัชกรในกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์
- 2) เป็นผู้ปฏิบัติงานและบริหารงานด้านเภสัชกรรมมานาน (เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงย้อนหลังเกี่ยวกับการสนับสนุนเชิงนโยบาย และปัญหาอุปสรรค)
- 3) เลือกผู้ที่มีผลงานที่แตกต่างกันให้ละกัน

บุคลากรสุขภาพในวิชาชีพอื่น

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2) เป็นแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในรุ่นบุกเบิก

การสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพในวิชาชีพอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและผลกระทบที่ชัดเจนมากขึ้น และเป็นการตรวจทานข้อมูลให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น (triangulation)

1.3 การทำแบบสอบถามออนไลน์และสัมภาษณ์ประเด็นนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร

เนื่องจากผู้วิจัยพบว่า เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานด้านสมุนไพรประสบกับปัญหาหลายประการเกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น ปัญหาด้านกำลังคน ปัญหาด้านการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ และปัญหาในการนำเสนอผลงานที่ตนได้พัฒนาขึ้นทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณของงาน ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข จึงได้จัดทำแบบสอบถามออนไลน์และขอความร่วมมือจากเภสัชกรให้ตอบแบบสอบถาม แล้วเลือกผู้ที่ตอบแบบสอบถามแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 คน เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่แตกต่างกัน และมาจากสถานบริการสาธารณสุขที่มีขนาดแตกต่างกัน หรือเป็นผู้ที่ได้สะท้อนประเด็นปัญหาที่น่าสนใจ

1.4 การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการประชุมที่จัดโดย สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายเมืองสมุนไพร และครั้งที่ 2 เกี่ยวกับการพัฒนางานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน GMP

2. การค้นหาและวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพ ในกลุ่มประชากรที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพร และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา และการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงสำรวจ (exploratory research) โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธี ได้แก่

2.1 วิเคราะห์ความต้องการข้อมูลสารสนเทศของผู้ใช้บริการ และปัญหาการใช้ยาจากสมุนไพรจาก ศูนย์ Adverse drug reaction (ADR) และ Drug information service (DIS) ที่มีการให้บริการทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งได้วิเคราะห์การใช้บริการในเชิงปริมาณแบบพรรณนาด้วย

2.2 การอภิปรายกลุ่ม

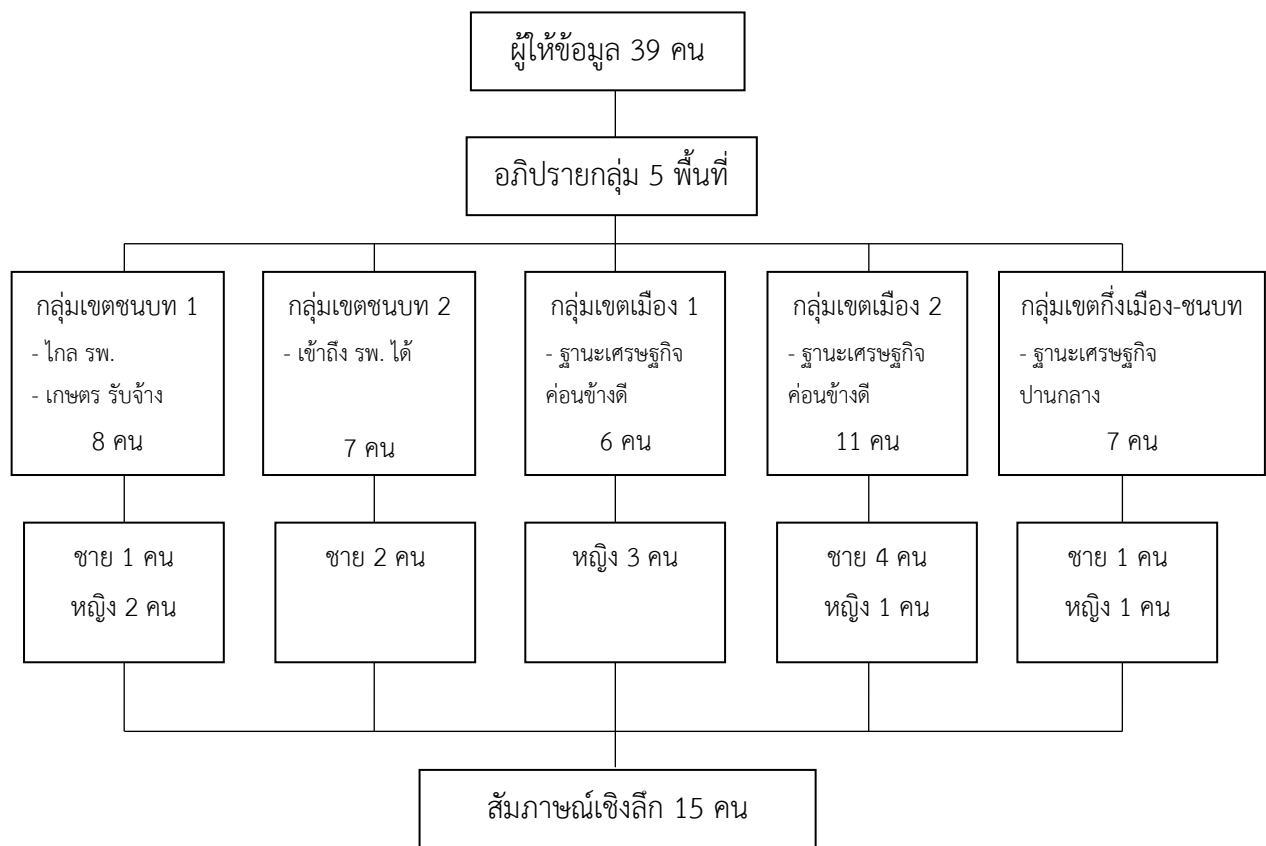
2.2.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข 3 แห่ง โดยให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การใช้ยาจากสมุนไพรสมัครใจร่วมพูดคุยอภิปรายกลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม (จากเดิมกำหนดไว้เพียง 3 กลุ่ม) กลุ่มละ 7-11 คน รวมทั้งหมด 39 คน (จากเดิมกำหนดไว้รวม 27 คน) (แผนภูมิ 8)

กลุ่มชนบท มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มชนบท 1 และกลุ่มชนบท 2 โดยที่กลุ่มชนบท 1 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคลากรสุขภาพได้ยาก กลุ่มชนบท 2 ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคลากรสุขภาพได้ง่าย (คือใกล้ชิดกับโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร) ทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

กลุ่มเขตเมือง (ซึ่งอยู่เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล) มี 2 กลุ่มเช่นกัน คือ กลุ่มเขตเมือง 1 และกลุ่มเขตเมือง 2 ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี

กลุ่มกึ่งเมืองกึ่งชนบท มี 1 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง

แผนภูมิ 8 การอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อประเมินความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพร



2.2.2 กลุ่มเภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการให้บริการจากหน่วยงานต่าง ๆ หน่วยงานละ 1 คน จำนวน 9 คน (1 ครั้ง) โดยได้ผนวกประเด็นนี้เข้าไปในการอภิปรายกลุ่มเภสัชกรด้านการผลิต และในการสัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกรเพื่อวิเคราะห์หาสมรรถนะ

2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไ้ยาจากสมุนไพรควบคู่กับการไ้ยยาแผนปัจจุบัน หรือผู้ป่วยที่ไ้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 5 พื้นที่ที่ได้จัดอภิปรายกลุ่มไปแล้ว (เดิมผู้วิจัยวางแผนว่าจะสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจากพื้นที่ใหม่ แต่เมื่อเก็บข้อมูลด้วยวิธีอภิปรายกลุ่มไปเพียง 1 กลุ่มแล้ว พบว่าผู้ป่วยบางคนมีข้อมูลที่น่าสนใจที่ควรสัมภาษณ์เชิงลึกต่อ จึงนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมในเวลาต่อมา และพบผู้ให้ข้อมูลเช่นนี้ในทุกกลุ่ม ผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 15 คน (จากเดิมวางแผนไว้ 24 คน) ทั้งนี้เนื่องจากได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการที่มีความอิ่มตัวและเพียงพอแล้ว (แผนภูมิ 8)

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่

- 1) มีแบบแผนการไ้ยยาที่ซับซ้อน
- 2) ไม่สามารถเก็บข้อมูลในรายละเอียดได้ทั้งหมดในการอภิปรายกลุ่ม
- 3) สามารถให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของแบบแผนการไ้ยยาสมุนไพรแต่ละแบบแผน
- 4) เป็นตัวแทนความใกล้ชิดกับแหล่งข้อมูลสุขภาพด้านสมุนไพร และ

5) เป็นตัวแทนของปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เช่น ตัวแทนของกลุ่มโรค ตัวแทนของกลุ่มประชากร (อายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ) หรือตัวแทนของบริบททางสังคมวัฒนธรรม ทั้งนี้ ขึ้นกับว่าผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่มแล้วพบว่า ปัจจัยบริบททางสังคม หรือลักษณะทางประชากรใดที่กล่าวมาข้างต้นมีความสำคัญต่อการอธิบายแบบแผนการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

3. ศึกษาบทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร และพัฒนาข้อเสนอ กรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพัฒนาเครื่องมือ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล 4 วิธี (จากเดิมที่กำหนดไว้ 2 วิธี ได้เพิ่มวิธีที่ 3 และ 4 ในข้อ 3.3 และ 3.4) ได้แก่

3.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร

(1) เภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์สูง และประสบความสำเร็จในการทำงานมากกว่า 10 ปี และยังมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จำนวน 7 คน

(2) เภสัชกรโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหลักในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรตามแผนบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เลือกตามที่ได้ข้อมูลจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและตามที่เครือข่ายเภสัชกรที่ทำงานด้านนี้แนะนำ 14 แห่ง จำนวน 18 คน ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมีงานด้านสมุนไพรที่เป็นงานหลักอยู่อย่างน้อย 2-3 งาน ได้แก่ งานด้านการผลิตยาสมุนไพร และงานด้านการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และงานด้านการเข้าถึงและศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้าน

(3) เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีผลงานเด่นชัดในด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เลือกตามที่ได้ข้อมูลจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและตามที่เครือข่ายเภสัชกรที่ทำงานด้านนี้แนะนำ 6 แห่ง จำนวน 6 คน

(4) เภสัชกรโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้าน Adverse drug reaction (ADR) และ Drug information service (DIS) เลือกตามที่ได้เครือข่ายเภสัชกรที่ทำงานด้านนี้แนะนำ 4 แห่ง จำนวน 5 คน

(5) เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่ทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค เลือกตามที่ได้เครือข่ายเภสัชกรที่ทำงานด้านนี้แนะนำ 6 แห่ง จำนวน 6 คน

3.2 อภิปรายกลุ่มเภสัชกรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานผลิตยาสมุนไพร โดยได้เปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จากเดิมวางแผนที่จะเลือกตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ในข้อ (1) - (5) ร่วมกับเภสัชกรซึ่งเป็นตัวแทนจากองค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษา 1 ครั้ง เพื่ออภิปรายเพิ่มเติมร่างกรอบสมรรถนะที่ผู้วิจัยยกสร้างขึ้น เหตุผลที่ทำการเปลี่ยนเพราะต้องการให้ได้ประเด็นสมรรถนะในงานด้านการผลิตยา ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะย่อยหลายด้าน และมีปัญหาที่สลับซับซ้อน และเกิดขึ้นมายาวนานมากกว่า อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์ยังมิได้เจาะลึกด้านนวัตกรรม จึงได้ดำเนินการเจาะลึกโดยดำเนินการต่อในหัวข้อ 3.3

3.3 จัดทำแบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มเภสัชกรที่ทำงานด้านการผลิตยาจากสมุนไพร และเลือกสัมภาษณ์ 15 ราย หัวข้อนี้กล่าวไว้ในข้อ 1.3 (การทำแบบสอบถามออนไลน์และสัมภาษณ์ เน้นประเด็นนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรของโรงพยาบาลและความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย)

3.4 จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ทั้งเชิงทฤษฎีและปฏิบัติ เกี่ยวกับสมรรถนะเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร เพื่อปรับปรุงข้อเสนอร่างกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร ที่ผู้วิจัยได้ยกร่างขึ้น (เดิมจะเป็นการจัดประชุมตัวแทนของหน่วยงานที่จะนำการศึกษานี้ไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ สมาเภสัชกรรมและตัวแทนจากคณะเภสัชศาสตร์ แต่เนื่องจากวันที่จะดำเนินการค่อนข้างกระชั้นชิด ตัวแทนดังกล่าวไม่สามารถมาประชุมได้ จึงเปลี่ยนไปเป็นการขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแทน) จำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ 1.1 (เอกสารนโยบาย), 1.3 (แบบสอบถามออนไลน์) และ 2.1 (ความต้องการข้อมูลสารสนเทศสมุนไพรที่ให้บริการผ่านอินเทอร์เน็ต) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งหมด โดยใช้ thematic analysis (ยกเว้น ในข้อ 1 (การวิเคราะห์นโยบายและการพัฒนาระบบสมุนไพรของประเทศและปัญหาเชิงนโยบายในมุมมองของเภสัชกร) และ 2.1 (ความต้องการข้อมูลสารสนเทศสมุนไพรที่ให้บริการผ่านอินเทอร์เน็ต))

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : การนำเสนอในรายงานฉบับนี้ มีการปกปิดชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ข้อมูล แต่จะระบุข้อมูลบางประการเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล เช่น อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ใด ทำงานอยู่ในหน่วยงานประเภทใด ระดับใด กรณีที่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้ชื่อสมมติเพื่อสะดวกในการสื่อสารเท่านั้น

บทที่ 4

ความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพร ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในบทนี้จะกล่าวถึงผลการศึกษาความจำเป็นทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพร (herbal medicine related needs) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงข้อเสนอกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพรที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การพัฒนารอบสมรรถนะในครั้งนี้ สามารถตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนที่มีต่อสมุนไพรในเชิงของความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ซึ่งเป็นความจำเป็นทางสุขภาพที่ควรมาจากหลายมุมมอง การวิจัยนี้เลือกศึกษาข้อมูลสะท้อนความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากมุมมองของผู้ป่วยเอง และใช้มุมมองทางการแพทย์ประเมินความจำเป็นทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับยาควบคู่ไปด้วย โดยใช้กรอบแนวคิดในการบริหารทางเภสัชกรรมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เห็นถึงปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาและการลุกลามของโรคที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดจากความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในกระบวนการรักษา หรือเกิดจากการใช้ยาแผนปัจจุบันที่ได้รับจากโรงพยาบาลโดยไม่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจจากยาที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ ซึ่งเป็นความจำเป็นทางสุขภาพในระดับบุคคล และนำไปสู่ความจำเป็นเชิงสังคมที่จะต้องลดผลกระทบจากการสูญเสียสิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็นของประเทศ

นอกจากนี้ ในการวิเคราะห์แบบแผนพฤติกรรม และการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์หาสาเหตุในระดับรากเหง้าของปัญหา และเน้นการวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งปรากฏให้เห็นในบริบทการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่ ปัญหาเชิงโครงสร้างเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดการตัดสินใจของผู้ป่วย การวิเคราะห์เหล่านี้จะช่วยให้การพัฒนาการบริการสุขภาพเกี่ยวกับสมุนไพรสามารถตอบโจทย์ที่เป็นจุดอ่อนของระบบบริการได้มากขึ้น รวมถึงช่วยทำให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องปรับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ซึ่งอาจเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในระดับของสาธารณชน (public knowledge/ belief) ด้วย โดยเฉพาะความเข้าใจและพฤติกรรมที่มีรากเหง้ามาจากวัฒนธรรมดั้งเดิมที่แผ่ชานอยู่ในชุมชนหรือสังคม การศึกษานี้จึงใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงมานุษยวิทยาวัฒนธรรมมาเป็นกรอบในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์เพื่อหาคำตอบเหล่านี้

นอกจากนี้ เพื่อให้ผลการศึกษาความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพรมีความชัดเจนมากขึ้น ในแง่ที่เห็นขนาดของปัญหาและความต้องการ การวิจัยนี้จึงใช้การศึกษาเชิงปริมาณมาประกอบ โดยรวบรวมข้อมูลการให้บริการตอบคำถามผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน 2 หน่วยงานที่ได้ให้บริการมายาวนานกว่าสิบปีและมีประชาชนสอบถามเข้ามาเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ของประเทศ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ด้วย

ผลการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จะมีทั้งส่วนของการพรรณนา (descriptive part) และการตีความและวิเคราะห์เพื่อหาคำอธิบายในเชิงเหตุผล (explanatory part) หรือการมองถึงสาเหตุเชิงโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ รวมทั้งโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วย (local world) ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิธีคิด แบบแผนความเชื่อ บรรทัดฐานต่าง ๆ ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งการอธิบายผลในเชิงความจำเป็นทางสุขภาพ ข้อเสนอแนะในการปรับระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสมุนไพร โดยจะแบ่งนำเสนอออกเป็น 5 ส่วนตามลักษณะของประเด็นสำคัญที่พบ และตามวิธีการเก็บข้อมูลหรือความลึกของข้อมูลที่เก็บได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางประชากร และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง

ส่วนที่ 3 สรุปภาพรวมของสาเหตุที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ

3.1 แหล่งข้อมูลด้านสมุนไพรที่เป็นที่พึ่ง

3.2 ช่องว่างที่เป็นอุปสรรค

3.3 การยอมรับว่าตนเองเป็น “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”

3.4 ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของยาสมุนไพร

3.5 การประเมินผลการรักษา

ส่วนที่ 4 ความต้องการข้อมูลสารสนเทศด้านสมุนไพร

ส่วนที่ 5 ประมวลภาพรวมเพื่อสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความจำเป็นทางสุขภาพ

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพด้านสมุนไพร

บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางประชากร และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ในส่วนที่ 1 นี้จะกล่าวถึงเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

ส่วนย่อยที่ 1 บริบทของพื้นที่ และลักษณะทางประชากร

ส่วนย่อยที่ 2 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

รายละเอียดของแต่ละส่วนมีดังนี้

1. บริบทของพื้นที่ และลักษณะทางประชากร

บริบทของพื้นที่ และลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มพื้นที่ 5 พื้นที่ ผลการศึกษแบ่ง เป็น 5 หัวข้อ ดังนี้

1.1 ภาพรวมลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลแต่ละพื้นที่

1.2 ลักษณะทางบริบทของพื้นที่เขตชนบท 1 และเขตชนบท 2

1.3 ลักษณะทางบริบทของพื้นที่เขตเมือง 1 และเขตเมือง 2

1.4 ลักษณะทางบริบทของพื้นที่เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท

1.5 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มพื้นที่

1.1 ภาพรวมลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลแต่ละพื้นที่

ลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลแต่ละพื้นที่แสดงไว้ในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 แสดงลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล 5 พื้นที่

ลักษณะทางประชากร	เขต ชนบท 1	เขต ชนบท 2	เขตกิ่งเมือง กิ่งชนบท (DM, HT)	เขตเมือง 1 (HT)	เขตเมือง 2 (DM)	รวม
เพศ						
ชาย	1	2	3	0	5	11
หญิง	7	5	4	6	6	28
รวม	8	7	7	6	11	39
อายุ (ปี)						
40-49	1	1	-	-	-	2
50-59	6	4	2	-	3	15
60-69	1	1	3	3	6	14
70-79	-	-	1	3	1	5
80-89	-	1	1	-	1	3
รวม	8	7	7	6	11	39
อาชีพและบทบาทด้านสุขภาพ						
- เกษตรกร/ทำไร่ทำสวน	2	-	1	-	1	4
- แร่งาน/รับจ้าง (ลูกจ้างของ รพ.)	3	4 (1)	-	1	-	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-	-	2	4	6	12
- แม่บ้าน	-	1	1	1	1	4
- อสม. และผู้นำชุมชน	3	1	1	-	-	5
- รับราชการ	-	1	-	-	-	1
- ข้าราชการบำนาญ	-	-	1	-	2	3
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ (สูงอายุ)	-	-	1	-	1	2
รวม	8	7	6	6	11	39

1.2 ลักษณะทางบริบทของพื้นที่เขตชนบท 1 และเขตชนบท 2

แสดงลักษณะสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ระยะทางจากที่พักถึง รพ.สต. หรือ รพช.หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด 2) ความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ 3) บริการสุขภาพแผนไทยและสมุนไพรในหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ (รพ.สต./รพช.) รายละเอียดในแต่ละประเด็นมีดังนี้

1.2.1 ระยะทางในการเดินทางไปโรงพยาบาล

เป็นพื้นที่อยู่ในต่างจังหวัดใกล้ชายแดนด้านตะวันออกของประเทศ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลที่อยู่ไกลจากตัวอำเภอ และไกลจากตัวจังหวัด การเดินทางมายังโรงพยาบาลในตัวอำเภอ และตัวจังหวัด โดยเฉลี่ย 10-30 และ 30-50 กิโลเมตร ตามลำดับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในพื้นที่เขตชนบท 1 อาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่าในพื้นที่เขตชนบท 2

1.2.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรของโรงพยาบาล

ในกลุ่มเขตชนบท 2 มีผู้ป่วย 2 ราย (ชาย 1 คน หญิง 1 คน) ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคลากรของโรงพยาบาล ผู้ป่วยชายมีภรรยาเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในการให้บริการการนวดไทย ผู้ป่วยหญิงทำหน้าที่เช่นเดียวกัน ในกลุ่มนี้ มีผู้ให้ข้อมูล 1 คนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ส่วนในกลุ่มเขตชนบท 1 มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็น อสม. 3 คน และในจำนวนนี้มี 1 คนที่เป็น อสม. มา นานตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโรงพยาบาล (ประมาณ 30 ปีเศษ) และเป็นผู้นำของกลุ่ม อสม. ในตำบลที่โรงพยาบาล ตั้งอยู่

1.2.3 บริการสุขภาพแผนไทยและสมุนไพรของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ ตั้งอยู่ริมถนนสายหลักระหว่างจังหวัดและ อำเภอ เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการด้านสมุนไพรมาประมาณ 30 ปี โดยมีคลินิกแพทย์แผนไทยเปิดให้บริการมา กว่า 10 ปี และปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นเป็นโรงพยาบาลผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย มีการกันเตียงคนไข้ในไว้ 5 เตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย มีพยาบาลอาวุโส เป็นหัวหน้ากลุ่มงานฯ และมีเภสัชกร 1 คนซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทย ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล งานวิชาการด้านแพทย์แผนไทย งานผลิตยาแผนไทย และเป็นวิทยากร หรือคณะทำงานให้กับกรรมการแพทย์ แผนไทยฯ จำนวน 1 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม สามารถเข้าถึงหรือคุ้นเคยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ง่ายและ เป็นอย่างดี เพราะได้มาประชุมในฐานะ อสม. ทุกเดือน และผู้ป่วยกว่าครึ่งเคยใช้ยาสมุนไพรที่ทางโรงพยาบาล แนะนำให้ใช้

1.3 ลักษณะทางบริบทของเขตเมือง 1 และเขตเมือง 2

แสดงลักษณะสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ระยะทางจากที่พักถึง รพ.สต. หรือ รพช.หรือโรงพยาบาล ประจำจังหวัด 2) ความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ 3) บริการสุขภาพแผนไทย และสมุนไพรในหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ (รพ.สต./รพช.) รายละเอียดในแต่ละประเด็นมีดังนี้

1.3.1 ระยะในการเดินทางไปโรงพยาบาล และความเป็นเมือง

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดที่เป็นปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เดินทางเข้ามาถึงโรงพยาบาลระดับอำเภอ (เป็น รพช.ขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา มีแพทย์ด้าน อายุรกรรม 1 คน) ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลประมาณ 3-5 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากโรงพยาบาล จังหวัดประมาณ 8-20 กิโลเมตร โรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เป็นเทศบาลเมืองขนาดใหญ่ (ใกล้เคียงกับ เทศบาลนคร) รายได้และความหนาแน่นของประชากรในภาพรวมจึงมีลักษณะเป็นพื้นที่เขตเมืองเมื่อ เปรียบเทียบกับอำเภออื่น ๆ ของประเทศไทย ส่วนหนึ่งเนื่องจากอำเภอนี้ เป็นพื้นที่ที่มีหมู่บ้านจัดสรร หลากหลายระดับอยู่เป็นจำนวนมาก ที่พักอาศัยเหล่านี้มีทั้งที่เป็นหมู่บ้านแบบทาวน์เฮาส์ ตึกของการเคหะ

และหมู่บ้านแบบบ้านเดี่ยวระดับเล็ก ระดับกลาง และระดับหรูหรา ส่วนรอบนอกของตัวอำเภอเป็นที่อยู่อาศัยของคนดั้งเดิมในพื้นที่ที่ทำอาชีพเกษตรกรรม อยู่ในบ้านเรือนแบบเดิม หรือย้ายเข้ามาอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรในบริเวณใกล้เคียงกับพื้นที่เดิม

1.3.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรของโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพกับประชากรหรือผู้ป่วยมีลักษณะแบบคนในเมือง คือ บุคลากรไม่รู้จักผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งเป็นการเฉพาะ ส่วนหนึ่งเนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราการหมุนเวียนของแพทย์สูงเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป และมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลมีจำนวนมากถึงประมาณ 3,500 คน (ตัวเลขตามปีงบประมาณ 2559) การมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากและเพิ่มขึ้นทุกๆปี ทำให้ในปีงบประมาณ 2561 ทางโรงพยาบาลได้ขยายเวลาการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง จากเดิมเป็นคลินิกที่เคยรวมอยู่ในวันเดียวกัน และให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน เพิ่มเป็นบริการโดยแยกคลินิกเป็นคนละวันกัน และแต่ละคลินิกเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังจัดทีมสหวิชาชีพ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ออกตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทั้งสองโรคนี้ที่ รพ.สต. ทุกวัน และในบางวันต้องจัดให้มีทีมสหวิชาชีพฯ 2 ทีมไปให้บริการที่ รพ.สต. 2 แห่งพร้อมกัน เพื่อให้ทุก รพ.สต. มีทีมสหวิชาชีพฯ จากโรงพยาบาลไปตรวจรักษาในช่วงเช้าและออกเยี่ยมบ้านในช่วงบ่าย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วัน) ได้ครบ แต่ก็ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุก รพ.สต. ในพื้นที่ที่ รพช. แห่งนี้รับผิดชอบอยู่ ดังนั้นทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้จัดสรรให้ทีมสหวิชาชีพบริการสุขภาพปฐมภูมิจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดไปให้บริการที่ รพ.สต. ที่เหลือ ภาวะการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทุกฝ่าย จึงส่งผลต่อ therapeutic relationship ของบุคลากรที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการดูแลรักษาและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ความสัมพันธ์เช่นนี้ยังส่งผลต่อการแสวงหาข้อมูลด้านสมุนไพรรักษาของผู้ป่วย และส่งผลถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและยาแผนปัจจุบันที่ตนเองกำลังใช้อยู่ แม้ผู้ป่วยจะได้รับบริการจากโรงพยาบาลมาเป็นเวลานานหลายปีแล้วก็ตาม ดังจะได้กล่าวถึงในลำดับต่อไป

1.3.3 บริการสุขภาพแผนไทยและสมุนไพรของโรงพยาบาล

ในด้านการบริการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของโรงพยาบาลแห่งนี้ พบว่า ยังไม่มีการบริการตรวจรักษาโรคแก่ผู้ป่วยนอกโดยแพทย์แผนไทยในลักษณะ OPD คู่ขนาน เนื่องจากยังผู้ปฏิบัติงานยังไม่มีความพร้อม (สัมภาษณ์แพทย์แผนไทย รองหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและงานกายภาพบำบัด ของโรงพยาบาล) งานบริการด้านการแพทย์แผนไทยจึงเน้นไปที่บริการการนวดไทย และมีการใช้ยาสมุนไพรที่เป็นยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (เป็นยาสมุนไพรเดี่ยวไม่ใช่ยาดำรับ) ยาสมุนไพรเหล่านี้มีที่ส่งจ่ายโดยแพทย์แผนปัจจุบันด้วย กรณีหลังนี้เป็นความพยายามของเภสัชกรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรโดยการให้ข้อมูลวิชาการเชิงประจักษ์เพื่อให้แพทย์ยอมรับที่จะทดลองใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการเพิ่มปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เภสัชกรหัวหน้ากลุ่มงานคนนี้ (ผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการของแผนงานบริการการแพทย์แผนไทยของจังหวัดด้วย) ได้

ให้ความเห็นว่าการกำหนดตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 18.5 ในปี 2560) นั้นทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีจำนวนมากและมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูง

เราคงยังไม่เริ่มที่จะใช้ยาสมุนไพรกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในขณะนี้ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด และในเขตสุขภาพนี้ ขาดแคลนทั้งปริมาณบุคลากรที่จะทำงานส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรและปัญหาความพร้อมของผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ขาดการสนับสนุนเชิงวิชาการจากหน่วยงานในระดับกระทรวงมาตลอด ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต้องทำงานเชิงรุกอย่างหนักเพื่อให้สามารถผ่านตัวชี้วัดนี้ เราต้องทำหน้าที่ยิ่งกว่าผู้แทนยาของบริษัท ในการแนะนำยาสมุนไพรให้กับแพทย์ และหากตัวเลขยังไม่ถึงทางโรงพยาบาลจะต้องไปเน้นการเพิ่มตัวเลขของบริการให้คำแนะนำกับผู้ป่วย

(สัมภาษณ์เภสัชกร 25, เภสัชกร รพช.)

การสะท้อนปัญหาต่าง ๆ ข้างต้นผ่านการตรวจราชการยังไม่สามารถคลี่คลายปัญหานี้ลงได้ รายละเอียดจะได้กล่าวถึงในบทที่ 5

ส่วนยาจากสมุนไพรที่ใช้ใน รพ.สต. ทุกแห่งในความรับผิดชอบและในโรงพยาบาลแห่งนี้ทั้งหมด กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ จัดซื้อจากโรงงานผลิตยาของภาคเอกชน ไม่ได้ผลิตขึ้นมาใช้เอง

1.4 ลักษณะทางบริบทของเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท

แสดงลักษณะสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ระยะทางจากที่พักถึง รพ.สต. หรือ รพช.หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด 2) ความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ 3) บริการสุขภาพแผนไทยและสมุนไพรในหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ (รพ.สต./รพช.) รายละเอียดในแต่ละประเด็นมีดังนี้

1.4.1 ระยะทางในการเดินทางไปโรงพยาบาล กับความเป็นชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท

ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่นี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.สต. แห่งหนึ่ง ในอำเภอเดียวกับพื้นที่เขตเมืองที่ได้ทำการศึกษา ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร แต่ รพ.สต. แห่งนี้อยู่ห่างจาก รพช. ของอำเภอนี้ประมาณ 15 กิโลเมตร แต่ไม่มีบริการรถสาธารณะระหว่างตัวอำเภอ หรือ รพช. ของอำเภอนี้ กับพื้นที่ของตำบลที่ รพ.สต. แห่งนี้ตั้งอยู่ และตำบลนี้เป็นตำบลที่อยู่ใกล้เขตรอยต่อกับจังหวัดที่อยู่รอบนอกออกไปจากปริมณฑล ผู้ป่วยที่มาใช้บริการจึงเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของตำบลนี้หรือพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีทั้งที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรรอบนอก หรือเป็นกลุ่มชาวบ้านดั้งเดิมในพื้นที่ ผู้ป่วยยินดีที่จะมาใช้บริการที่ รพ.สต. แห่งนี้ เพราะอยู่ใกล้บ้านและได้รับการตรวจรักษาจากทีมสหวิชาชีพฯ จาก รพช. ของอำเภอนี้ และยาที่ได้เป็นยาชนิดเดียวกันกับที่ใช้อยู่ใน รพช.

1.4.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรของโรงพยาบาล

บุคลากรด้านสุขภาพประจำ รพ.สต. แห่งนี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรที่เป็นทีมสหวิชาชีพฯ ที่หมุนเวียนกันมาตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) แม้ว่าทีมสห

วิชาชีวะ จะให้บริการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในช่วงบ่ายด้วยทุกครั้งที่มีหมอนเวียนออกมาให้บริการที่ รพ.สต. แต่การออกเยี่ยมบ้านทำได้ครั้งละ 1-2 กรณีผู้ป่วยเท่านั้น ความใกล้ชิดของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มากกว่านี้ทำให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงชนิดของสมุนไพรที่เป็นที่นิยมใช้ในหมู่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมุนไพรที่ยังไม่ได้รับพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ยา เช่น กรณีสมุนไพรชื่อ หนานเฉาเหว่ย (ชาวบ้านใช้เพื่อลดน้ำตาลและลดความดันโลหิต) และข่อยดำ (ชาวบ้านใช้เพื่อรักษาโรคไต) จึงขอขยายพันธุ์จากชาวบ้านและนำมาปลูกไว้ที่พื้นที่สวนสมุนไพรหน้าอาคาร รพ.สต. เพื่อสาธิตและเผยแพร่ให้ชาวบ้านใช้

1.4.3 บริการสุขภาพแผนไทยและสมุนไพรของโรงพยาบาล

แม่บุคลากรของ รพ.สต. จะรู้จักสมุนไพรที่ชาวบ้านนิยมใช้ แต่ก็ยังไม่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้สมุนไพรที่เหมาะสม มีเพียงการให้บริการจ่ายยาจากสมุนไพร เพื่อให้ได้เป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 5 ในปี 2552) ได้สร้างปัญหาให้กับ รพ.สต. แห่งนี้ค่อนข้างมาก เพราะทำให้เป็นภาระด้านการเงิน แต่ผู้ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. แห่งนี้ก็ยังยินดีที่จะทำตามนโยบาย เพราะเห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และต้องการช่วยให้จังหวัดผ่านการประเมินตามตัวชี้วัดนี้ ตัวอย่างรูปธรรมเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นคือ การจ่ายยาฟ้าทะลายโจรเป็นเวลา 5 วัน แทนยาปฏิชีวนะในกรณีที่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน ราคาค่ายาแพงกว่ายาปฏิชีวนะกว่าเท่าตัว การที่ รพ.สต. แห่งนี้ยังพอประทับประทับรองสถานะทางการเงินไว้ได้ เพราะมีรายได้จากการให้บริการแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่นอกเขตตำบล หรือ เขตจังหวัด (ซึ่งไม่ได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรที่อยู่ใกล้ รพ.สต. ผู้ป่วยเหล่านี้ยอมจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลและค่ายา เพราะเห็นว่าเดินทางมา รพ.สต. ได้สะดวก และยังได้พบแพทย์กับทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลด้วย ส่วนตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 18.5 ในปี 2560) สามารถทำได้ไม่ยากนัก เพราะพยายามจ่ายยาเสริมยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาต้ม ยาหมอม หรือทดแทนยาแผนปัจจุบัน (สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ รักษาผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งนี้)

1.5 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของแต่ละกลุ่ม

1.5.1 เพศ

พบว่า ในทุกเขตพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชาย และเมื่อรวมทุกพื้นที่แล้วพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศชาย มีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 28) หรือเกือบ 1 ใน 3 ของทั้งหมด สาเหตุน่าจะมาจากการนัดหมายเวลาการประชุมกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยหญิงมีเวลาว่างในวันทำการมากกว่าผู้ป่วยชาย และ อสม.ส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิง ซึ่งการเตรียมกลุ่มเป้าหมายในเขตชนบท ได้อาศัย อสม. ช่วยประสานงานเพื่อเชิญผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล จึงมีแนวโน้มที่จะเชิญคนที่เพศเดียวกันก่อน และการวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดสัดส่วนของเพศเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และไม่ประสงค์จะให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนในเชิงปริมาณของตัวแปรเรื่องเพศ สำหรับกลุ่มประชากรที่มีประสบการณ์การใช้สมุนไพร หรือกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ตัวแปรเรื่องเพศ จะเป็นประเด็นสำคัญในการวิเคราะห์เรื่องการยอมรับต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ

จำนวนผู้ให้ข้อมูลมีมากถึง 11 คน ซึ่งครอบคลุมอาชีพที่หลากหลาย และภาระความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัว
หลากหลายระดับ

1.5.2 อายุ

พบว่าในพื้นที่เขตชนบท มีผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเขตเมือง คือ
อยู่ในช่วง 50-59 ปี น่าจะเป็นผลมาจากวิธีการประสานงานเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ และวันเวลาใน
การนัดหมายเพื่อประชุมกลุ่ม เช่นเดียวกัน สำหรับพื้นที่ในเขตชนบทมี อสม. ทำหน้าที่ช่วยประสานเพื่อเชิญ
ผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลและวันเวลาที่นัดหมายเป็นคนละช่วงเวลากับการมารับบริการที่โรงพยาบาล (ใช้
โรงพยาบาลเป็นสถานที่จัดประชุมกลุ่ม) ดังนั้นผู้ป่วยที่เดินทางมาสะดวกจึงมีอายุน้อยกว่า อีก 2 เขต ซึ่งนัด
หมายผู้ป่วยภายหลังจากการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. แล้ว ดังนั้นจึงมีส่วนของผู้ป่วยที่
มีอายุมากกว่า (ช่วง 60-69 ปี) ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีฐานะที่จะต้องรีบไปทำต่อในช่วงบ่าย และผู้ป่วยมี
ความกระตือรือร้นที่จะสื่อสารข้อมูลกับคณะผู้วิจัย

1.5.3 อาชีพและบทบาทด้านสุขภาพ

พบว่าในพื้นที่เขตชนบท มีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งทำงานรับจ้างใช้แรงงาน ซึ่งต่างกับในพื้นที่เขต
กึ่งเมืองกึ่งชนบท และพื้นที่เขตเมืองซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งทำอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว

2. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ตาราง 2 แสดงชนิดของโรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่เป็นโรคของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ชนิดของโรคเรื้อรัง และ ระยะเวลาที่ป่วยนับแต่รู้ว่าป่วย	เขต ชนบท 1	เขต ชนบท 2	เขตกึ่งเมือง กึ่งชนบท	เขตเมือง 1	เขตเมือง 2	รวม
เป็นโรคเรื้อรัง 1 โรค						
- ความดันโลหิตสูง						
1-5 ปี	1	1	-	-	-	2
5-10 ปี	1	2	1	2	-	6
10-15 ปี	-	-	1	2	-	3
15-20 ปี	-	-	1	2	-	3
รวม	2	3	3	6	0	14
- เบาหวาน						
1-5 ปี	4	-	-	-	-	3
5-10 ปี	-	1	1	-	5	7
10-15 ปี	-	-	1	-	3	5
15-20 ปีขึ้นไป	-	-	-	-	1	1
รวม	4	1	2	0	9	16
เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค						
- ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน						
1-5 ปี	-	-	-	-	-	0
5-10 ปี	-	-	-	-	1	1
10-15 ปี	1	1	-	-	-	2
15-20 ปี ขึ้นไป	-	1	-	-	-	1
รวม	1	2	0	0	1	4
เป็นโรคเรื้อรัง 3 โรค						
- ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ไขมันในเลือดสูง						
1-5 ปี	-	-	-	-	-	0
5-10 ปี	-	-	-	-	-	0
10-15 ปี	-	1	-	-	-	1
15-20 ปี	-	1	-	-	-	1
รวม	0	2	0	0	0	2
ภาวะอื่นๆ						
- ภาวะที่กำลังจะเป็นเบาหวาน						
1-5 ปี	1	-	-	-	-	1
- อาการปกติแล้ว	-	-	2	-	1	3
รวมอาการป่วยทั้งสิ้น	8	7	7	6	11	39

จากตาราง 2 พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชนบทกับเขตเมืองใกล้เคียงกันคือร้อยละ 39 และ 44 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 17

สำหรับชนิดของโรคเรื้อรังพบว่า มีผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 14 คน เบาหวานจำนวน 16 คน ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานจำนวน 4 คน ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและไตรกลีเซอไรด์สูงจำนวน 2 คน มีความปกติแล้วแต่ยังกินสมุนไพรในลักษณะป้องกันโรคหรือควบคุมโรคไว้จำนวน 3 คน

ส่วนระยะเวลาที่ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษานี้จำนวน 25 คน (ร้อยละ 64) ป่วยมานาน 5-15 ปี โดยป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าโรคอื่น ๆ และครึ่งหนึ่งอยู่ในพื้นที่เขตเมือง

แบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง

ผลการศึกษาและการอภิปรายผลในส่วนนี้ ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการอภิปรายกลุ่ม ทั้ง 5 กลุ่ม 7-11 คน รวมทั้งสิ้น 39 คน พบประเด็นร่วมของพฤติกรรมทางเลือกใช้สมุนไพร ที่ส่วนใหญ่สะท้อนภาพการแสวงหาบริการนอกระบบ และมีปัญหาการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนี้มีทั้งที่เป็นไปในลักษณะเดียวกัน และมีส่วนที่แตกต่างกัน ในขณะเดียวกันก็พบความแตกต่างในขนาดของปัญหา หรือมีระดับความรุนแรงของปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม เมื่ออธิบายแบบแผนพฤติกรรมที่พบด้วยทฤษฎีทางมานุษยวิทยาวัฒนธรรมในเบื้องต้น พบว่า เจาะลึกจากบริบทชีวิตหรือโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วย ตามลักษณะทางประชากร โครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งภาวะความรุนแรงของโรค ที่เหมือนและแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม มีส่วนกำหนดแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้

นอกจากแบบแผนพฤติกรรมข้างต้นแล้ว การอภิปรายกลุ่มยังมุ่งที่จะประเมินความเข้าใจและทัศนคติที่มีต่อยาจากสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันของผู้ป่วย แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นที่มาของความเข้าใจดังกล่าว การให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการใช้สมุนไพรที่ผู้ป่วยสนใจ

การนำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผลในส่วนแบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาจากสมุนไพรและการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งนี้ แบ่งได้เป็น 3 แบบแผน ดังนี้

แบบที่ 1 ใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเดียวเพื่อชะลอการใช้ยาแผนปัจจุบัน และยังคงไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน

แบบที่ 2 ใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในลักษณะต่าง ๆ

2.1 เริ่มใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาแผนปัจจุบัน

2.2 เริ่มใช้ยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาจากสมุนไพรร่วมด้วย

2.2.1 ใช้ยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลแนะนำเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน เมื่อพบว่ายังควบคุมโรคได้ไม่ดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการชักชวนจากโรงพยาบาลให้เข้าร่วมโครงการวิจัยยาจากสมุนไพรด้วย

2.2.2 ใช้ยาจากสมุนไพรที่แสวงหามาเองเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน มักใช้ภายหลังหรือในเวลาใกล้เคียงกัน

2.3 เริ่มใช้ยาแผนปัจจุบันเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคแสดงอาการรุนแรงแล้ว ต่อมาจึงใช้ยาจากสมุนไพรร่วมด้วย

แบบที่ 3 ใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน โดยใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลัก และใช้ยาจากสมุนไพรเสริม มักไม่มีการปรับขนาดของยาแผนปัจจุบัน

รายละเอียดของแต่ละแบบ มีดังนี้

แบบที่ 1 ใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเดียวเพื่อชะลอการใช้ยาแผนปัจจุบัน และยังคงไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน

เป็นการใช้ยาจากสมุนไพรในช่วงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากำลังจะเป็นโรค (เป็นการใช้เพื่อการป้องกันโรค) และ/หรือ เป็นการใช้ยาจากสมุนไพรในช่วงระยะเริ่มต้นที่เป็นโรค เพื่อชะลอการใช้ยาแผนปัจจุบันออกไป

การประเมินประสิทธิผลการใช้ยาจากสมุนไพร พบว่าทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลได้ติดตามผลการรักษาด้วยสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง และยังคงควบคุมโรคได้โดยยังไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมนี้จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเขตชนบท 1 ดังข้อความจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

เริ่มตั้งแต่มาอบรม อสม. ปี 2528 จะใช้สมุนไพรรักษามาตลอด เช่นเป็นไข้ หากไม่หายจริง ๆ จึงจะพืงยาแผน ปัจจุบัน ล่าสุดเป็นน้ำตาลสูงในเลือด มาเจาะวัดระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาล โดยคุณหมอให้กลับไปควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมก่อนทำให้ระดับน้ำตาลลดลงมาเหลือ 156 คุณหมอมองจะจ่ายยา เลยบอกคุณหมอว่า ยังคะ ขอไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน จึงมีหมอแนะนำให้รับประทานยาสมุนไพรก่อนนะ แล้วค่อยมากินยาแผนปัจจุบัน เริ่มกินมาได้ 2 ปี ตอนนี้เข้าปีที่ 3 ปีแล้วคะ ถ้ามีอาการเพลียหรือเวียนศีรษะ คุณหมอก็จะจ่ายยา ... ให้ไปรับประทาน จำชื่อยาไม่ได้ แต่เมื่อรับประทานยาตัวนี้แล้วมีผลด้านเจริญอาหาร

(สัมภาษณ์นางละออง (ชื่อสมมุติ), เขตชนบท 1)

เป็นความดันสูงตั้งแต่ปี 2557... จากครั้งแรกเป็นคนทำงานหนัก งานสวน งานไร่ ชอบเป็นตะคริวตั้งแต่ ปี 2557 จึงไม่กล้าทำงานหนัก เมื่อมาทำงานที่แพทย์แผนไทย ได้ปรึกษาหัวหน้างานสมุนไพรคนหนึ่ง บอกว่า รักษาอบสมุนไพร ทำแล้วหายไม่เป็นตะคริวอีกเลย นอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ปรึกษาคูณหมอ (เภสัชกรผู้ดูแลนักศึกษาฝึกงานแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทย) นักศึกษาฝึกงานแพทย์แผนไทย รู้สึกหัวใจเต้นเร็ว จึงได้ทานยาหอม 1 เดือนที่แล้ว พบว่าความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น 200 กว่า ๆ

เป็นครั้งแรกที่รู้ว่าเป็นโรค ... ยังไม่ทานยาปัจจุบัน ขอทานยาหอมให้นอนหลับก่อน
จากนั้นความดันก็ปกติ ประมาณ 112 ทานยาหอมเป็นประจำค่ะ

(สัมภาษณ์นางภา (ชื่อสมมุติ), เขตชนบท 1)

สรุปแบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และวิเคราะห์ความจำเป็นด้าน
บริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้ยาจากสมุนไพรแบบที่ 1 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ
1. ใช้ยาจากสมุนไพร อย่างเดียวเพื่อชะลอ การใช้ยาแผนปัจจุบัน และยังคงไม่ใช้ยาแผน ปัจจุบัน	1. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคลากร ของโรงพยาบาล 2. โรงพยาบาลมีบริการด้านสมุนไพร และติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง 3. อาการป่วยอยู่ในระยะเริ่มต้น 4. ผู้ป่วยมีประสบการณ์ด้านบวกต่อ การใช้สมุนไพร โดยได้รับคำแนะนำ จากโรงพยาบาล และ/หรือ ได้รับสืบทอด ความรู้สมุนไพรมา และศึกษา เพิ่มเติมเอง	1. การบริการที่ต้องสร้าง therapeutic relationship 2. การบริการด้านสมุนไพรที่มีการติดตาม ผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง 3. ความเข้าใจเรื่องโรคที่ถูกต้อง เน้นการ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ให้ลุกลาม 4. การติดตามประสบการณ์การใช้ยา และการ ใช้ยาจากสมุนไพรของผู้ป่วย (medication experiences) เพื่อประเมินปัญหาและทัศนคติ ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ ทันทั่วทั้ง

แบบที่ 2 ใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันในลักษณะต่าง ๆ

2.1 เริ่มใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดง
อาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาแผนปัจจุบัน

พบผู้ป่วย 3 คนที่ใช้ยาจากสมุนไพรก่อนใช้ยาแผนปัจจุบัน ได้แก่ นางเยา ประมาณปีเศษ นาง
สมศรี และลุงแจ๊ค ใช้ยาสมุนไพรมาหลายปี เพื่อชะลอการใช้ยาแผนปัจจุบัน ต่อมาจึงหันมาใช้ยาแผนปัจจุบัน

กรณีนางสมศรี (ชื่อสมมุติ) พยายามชะลอการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านของแม่
เมื่อจำเป็นต้องกินยาแผนปัจจุบัน ก็กินเพียงครั้งหนึ่งของขนาดที่ใช้ที่แพทย์สั่ง กรณีนางเยา (ชื่อสมมุติ) ให้ความ
ร่วมมือในการติดตามผลการตรวจรักษาโรคเป็นอย่างดี แต่ยังไม่ใช้ยาแผนปัจจุบันในช่วงแรก พยายามแสวงหา
ยาจากสมุนไพรมาใช้ แต่ไม่ได้ผล จนในที่สุดต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน ส่วนกรณีลุงแจ๊ค (ชื่อสมมุติ) ให้ความ
ร่วมมือในการรักษาไม่ดี และพยายามแสวงหายาจากสมุนไพรมาใช้เองอยู่ตลอดเวลาเพื่อทดแทนยาแผน
ปัจจุบัน เพราะกลัวว่ายาแผนปัจจุบันจะมีพิษต่อไต และใช้ยาจากสมุนไพรเพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการป่วยที่
ลุกลามและรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยต้องการรักษาโรคให้หายขาด

กรณีผู้ป่วย

นางสมศรี (เขตชนบท 1)

นางสมศรี (ชื่อสมมุติ) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เคยมีประวัติคลอดลูกน้ำหนักตัวเด็กมากกว่าปกติ (4,000 กรัม) เมื่อปี 2548 แพทย์สงสัยว่าน่าจะเป็นเบาหวาน ต่อมาปี 2554 แพทย์ตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาล 190 แต่แพทย์ยังไม่สั่งจ่ายยา จึงเริ่มกินยาต้ม (ประกอบด้วย ว่านงาช้าง อ่อมแซบ รากทองพันชั่ง) เมื่อมาตรวจอีกครั้ง ระดับน้ำตาลลดลงเหลือประมาณ 140 กว่า ๆ แพทย์ก็ยังไม่สั่งจ่ายยาอีก ต่อมา เกิดอาการเวียนศีรษะมาก มาพบแพทย์ตรวจพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์สั่งจ่ายยาลดความดันโลหิต ให้กินก่อนอาหาร เข้า-เที่ยง-เย็น แต่ตนเองยังยอมรับไม่ได้ วิตกกังวล นอนไม่หลับ จึงยังไม่กินยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล แต่กินยาสมุนไพรที่แม่ต้มให้กินแทน เพิ่งจะเมื่อสองสามปีที่ผ่านมา จึงเริ่มกินยาแผนปัจจุบันร่วมด้วย แต่ตนเองคิดว่าแพทย์ให้ยามามากเกินไป จึงกินยาเพียงวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แล้วบอกแพทย์ให้ทราบ ว่า กินยาเพียงมือเดียว ผลปรากฏว่าความดันโลหิตคงที่

จนถึงทุกวันนี้ ก็ไม่กินยาก่อนอาหาร กินแค่หลังอาหารเม็ดเดียวตอนเช้า ไม่มีอาการผิดปกติอะไร ความดันดีขึ้น หมอก็บอกว่าความดันปกติ หมอถามว่าไปทำอะไรมา ตอนนี้นั่งกินใบเตยมี มีรสขม ปลูกง่าย เหมือนต้นหม่อน ปลูกไว้ที่บ้าน เอาใบมาบดผงแล้วใส่แคปซูลไว้กินเอง กินแล้วมีน้ำมีนวลขึ้น เบาหวานก็ลด

นางเยา (เขตชนบท 1)

นางเยามีอาชีพเป็นแม่ค้าขายขนมหวาน เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและกรรมการชมรม อสม. ในตำบล จึงมีภาระงานมาก

เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ป่วยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ตอนนั้นอายุ 35 ปี เบาหวาน 18 ปี ... ตอนแรกก็ไม่ได้ใส่ใจเรื่องของการป่วย มาตามหมอนัด แต่จะไม่ทานยา เหมือนจะควบคุมตัวเองก่อนว่า ตัวเองทำได้มัย พยายามหาสมุนไพรเหมือนที่ป้าออง (นางละออง ผู้ร่วมอภิปรายกลุ่ม) ว่า สมุนไพรไหนที่ลดน้ำตาลได้ แต่หมอนัดก็มาทุกครั้ง ตอนแรก ระดับน้ำตาลก็พอประมาณ แต่พอนาน ๆ เข้าก็สูงขึ้น เราควบคุมไม่ได้ เพราะพฤติกรรม การกิน หมอก็ให้ยาอยู่แล้ว แต่บอกว่ารอบนี้ต้องเพิ่มยานะ ... ได้กินทั้งยาแผนปัจจุบัน และสมุนไพรของโรงพยาบาล เมื่อมาตรวจน้ำตาล ก็ยังควบคุมไม่ได้เหมือนกับไม่ลด น้ำตาลจะอยู่ในระดับสูงประมาณ 160-170 แทบทุกครั้งที่มาเจาะ จึงมาคุยว่าตนเองไม่เข้ากันกับสมุนไพรหรือเปล่า จึงฉีดยาอินซูลินน้ำซุ่น แต่ปัจจุบันควบคุมได้ มาตรวจก็ประมาณ 127 ... และก็กินสมุนไพรเสริมจากที่ครอบครัวทำ เช่น ฟ้าทะลายโจร ดาวอินคา

ลุงแจ๊ค³ (เขตเมือง 2)

ลุงแจ๊ค เป็นคนไทยที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกามานาน 30 ปี เขาทำงานในร้านอาหารแห่งหนึ่ง ซึ่งอนุญาตให้ลูกจ้างดื่มเครื่องดื่มในร้านได้โดยไม่ต้องจ่ายเงิน เขาดื่มเครื่องดื่มแทนน้ำนานถึงสองปี จึงเริ่มมีอาการผิดปกติ คือ ปัสสาวะบ่อย แต่ไม่รู้ว่าเป็นการของโรคเบาหวาน เขาไม่สนใจที่จะไปหาหมอเพื่อตรวจและรักษาอย่างจริงจัง ส่วนหนึ่งมาจากการรักษาที่เข้าถึงยาก (มีราคาแพง และต้องลางาน) แต่ได้คำแนะนำจากเพื่อนให้กินสมุนไพร

เพื่อนแนะนำให้กินสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ก็เลยกินแทนโดยไม่ไปตรวจกับหมอ คิดว่าของขมจะทำให้อาการดีขึ้น ก็อยู่ได้มาหลายปีกว่าจะมาหาหมอ แต่ก่อนไม่เคยมาหาหมอ กินอยู่หนึ่งถึงสองปี กินแบบผงชงดื่มวันละครั้งก่อนนอน ... ต่อมาได้ไปตรวจกับแพทย์และเคยได้กินยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งให้ ช่วงนั้นประมาณ 3 ปีก่อนกลับมา แต่ไม่ได้ใส่ใจที่จะต้องไปรักษามานาน ไม่ได้สนใจ อีกอย่างต้องลางาน ... เพิ่งกลับมาเมืองไทยตอนอายุ 59 ปี ถึงเพิ่งหาหมอ กลับมาเมืองไทยมีอาการตาพร่ามัวแล้ว ตาจะบอด ก็เลยไปโรงพยาบาล ... (เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง) หมอเช็คสายตาก็เลยรู้ว่าเบาหวานขึ้นตา และยิงเลเซอร์ขึ้นตา แล้วให้เข้าแผนกเบาหวานเพื่อที่จะคุมน้ำตาล น้ำตาลเลือดสูง 400 กว่า ... ช่วงแรกหมอให้ทานยาเป็นเม็ดแล้วไม่ได้ผล อาจจะได้ผลชั่วหมอกก็เลยให้ฉีดอินซูลิน ...”

ลุงแจ๊คเดินทางกลับมาอยู่เมืองไทยเมื่อ 8 ปีที่แล้ว ทำธุรกิจซื้อบ้านให้เช่า แล้วเก็บค่าเช่าเป็นรายได้ ต่อมาเขามีอาการตาพร่า ไปตรวจที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ พบว่าเป็นโรคเบาหวาน น้ำตาลในเลือดขึ้นสูงถึง 400 ต้องรักษาโดยใช้ยาฉีดอินซูลิน แพทย์ส่งต่อให้มารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

เมื่อสามปีที่แล้วน้องสาวของลุงแจ๊คพาลุงแจ๊คไปลองยาสมุนไพรของหมอคนหนึ่งที่มีคนไปหาจำนวนมาก

เวลาใครมีอะไรดีเกี่ยวกับสมุนไพร ปากต่อปาก เราก็เริ่มมาลอง คือเราลองมาหลายขนานแล้ว อย่างหมอ ... (บอกชื่อหมอ) ที่ (บอกชื่อจังหวัดแห่งหนึ่ง) ที่เขาไปต่อแถวกินสมุนไพร ไม่ว่าจะเป็นมะเร็ง เบาหวาน คนไปต่อ (แถวรับยา) เสาร์อาทิตย์ สองสามพันคน เราก็ให้แกไปทดลองดู ... เราสังเกตเวลากินสมุนไพรพวกนี้ ค่าเบาหวานขึ้นเยอะนะ ถึงสองร้อยกว่า แต่ร่างกายแข็งแรง ไม่เหนื่อยง่าย ไม่เพลียง่าย เราก็ไม่เข้าใจว่ามันเกี่ยวกับสมุนไพรหรือเปล่า ก็ไม่มีความรู้ด้านนี้

³ กรณีลุงแจ๊ค ครั้งที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์ผ่านน้องสาวซึ่งเป็นผู้ดูแล โดยผู้ป่วยนั่งอยู่ด้วยตลอดเวลาที่มีการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทรุดโทรม พูดช้า และรู้สึกเหนื่อยง่าย และได้สัมภาษณ์ต่อเนื่องอีก 2 ครั้ง รวมเป็น 3 ครั้ง

การไปรับยาสมุนไพรมากินในคราวนั้น เกิดผลเสียมากกว่าผลดี น้องสาวของลุงแจ้บอกว่า พี่ชายหันไปกินอาหารมากขึ้น ทั้งข้าวและขนม เพราะหมอที่จ่ายยาสมุนไพรบอกว่า ถ้ากินยาสมุนไพรของเขาแล้วสามารถกินอาหารได้ทุกอย่างตามปกติ

... มันมีผลทำให้น้ำตาลขึ้น เพราะเขาสอนว่าให้กินอาหารได้ทุกอย่าง แต่เราไปประมาณสี่ห้าเดือน เราก็ไม่ไปอีกเลย มันก็หลายอย่าง เราหันไปมองเห็นเพื่อนคนรอบข้างที่เป็นมะเร็ง ตาย ๆ จากไป เราก็มอง ถอยหลังดีกว่า ไม่เอาละ ขับรถไปไกลอีกต่างหาก

คนที่กินแล้วอยู่ได้ เขาต้องยาถึง หมายถึงถ้าเขามีเงิน ถ้าเขาบริจาคเยอะ เขาก็ได้ยาเยอะ แล้วกินวันหนึ่งต้องปริมาณเยอะ แต่ชาวบ้านที่มาต่อแถวเขาไม่ได้มาเสียเงิน ก็ได้ยาน้อย ได้อย่างละหนึ่งกระปุก กลับไปบ้านกินหนึ่งอาทิตย์แล้วกลับมาเอาอีก หนูมองว่ายาไม่ถึง ลุงก็คิดเหมือนกัน ก็ถอยออกมา

สรุปแบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.1 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ
2.1 เริ่มใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาแผนปัจจุบัน		
นางสมศรี (เขตชนบท 1)	1. บริบทชีวิต อาศัยอยู่กับแม่ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน จึงมีทัศนคติที่ดีและเชื่อมั่นในการใช้ยาจากสมุนไพร 2. เคยประสบความสำเร็จในการชะลอการใช้น้ำตาล เมื่อตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน จึงเชื่อว่าเป็นผลจากการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน 3. เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงพยายามชะลอการใช้ยาแผนปัจจุบันอีก แต่ไม่สามารถชะลอได้นานนัก ในที่สุดก็จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตสูง แต่ก็กินยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง เพราะกินยาสมุนไพรพื้นบ้านร่วมด้วย	1. การบริการที่ต้องมีการประเมินประสิทธิภาพของการใช้ยา และ treatment หรือ medication adherence อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขของบริบทชีวิตที่เป็นอุปสรรค เพื่อแก้ไขต่อไป 2. (ต่อเนื่องจากข้อ 1) หน่วยบริการด้านสมุนไพร ควรติดตามผู้ป่วยในเชิงรุก ให้เข้าถึงข้อมูลบริบทชีวิตของผู้ป่วยแบบ patient centered care เพื่อให้สามารถปรับการรักษาแบบผสมผสาน ให้เกิดขึ้นได้จริงและต่อเนื่อง 3. ความเข้าใจเรื่องโรคที่ถูกต้อง เน้นการอธิบายการลุกลามของโรค แม้ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ
นางเยา (เขตชนบท 1)	1. บริบทชีวิต เป็นแม่ค้าขายขนมหวาน เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเป็นกรรมการ อสม. 2. เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย จึงรับไม่ได้ มีภารกิจงานมาก จึงเอาใจใส่ในการดูแลตนเองได้น้อย ไม่สามารถจัดสรรเวลามารับบริการสุขภาพแผนไทยที่โรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง 3. แม้จะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรของโรงพยาบาล และได้ใช้บริการทั้งสองแผน แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ จนกระทั่งต้องเปลี่ยนเป็นการฉีดยาอินซูลิน และได้ยุติการใช้ยาจากสมุนไพรที่โรงพยาบาลสั่งใช้	4. การประเมินปัญหาของผู้ป่วยเชิงลึกในด้านสังคมวัฒนธรรม โดยต้องเข้าใจภาระหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ หรือตัวตนของผู้ป่วย เพื่อให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ (social support) ที่อาจนอกเหนือไปจากการรักษาโรคเท่านั้น
ลุงแจ๊ค (เขตเมือง 2)	1. มีปัญหาการเข้าถึงบริการช่วงที่อยู่ต่างประเทศ 2. ในระยะเริ่มต้น ขาดความเข้าใจในความรุนแรงของโรคที่ไม่ได้ขึ้นกับอาการแสดงที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ จึงยังวางใจว่าโรคไม่น่าจะลุกลามอย่างรวดเร็วได้ จึงยังพยายามหาทางเลือกอื่น เช่นสมุนไพรต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการไปก่อน 3. การเริ่มป่วยในช่วงที่ยังมีภาระทางครอบครัว จึงทำให้ยากที่ยอมรับการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	

2.2 เริ่มใช้ยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาจากสมุนไพรร่วมด้วย

แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มย่อย ตามจุดเริ่มต้นของการใช้สมุนไพร ได้แก่ กลุ่มที่ใช้สมุนไพรเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และกลุ่มที่ใช้สมุนไพรโดยแสวงหามาใช้ด้วยตนเอง และลดหรือเลิกการใช้ยาแผนปัจจุบัน ดังนี้

2.2.1 ใช้ยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลแนะนำเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวน 7 คน ยังควบคุมโรคได้ไม่ดี ทางโรงพยาบาลที่มีบริการการแพทย์แผนไทยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ตามการประเมินผลของผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ป่วย 5 คนใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันแล้วได้ผลดี
 - การประเมินประสิทธิผล อาศัยการประเมินจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการประเมินจากอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยรู้สึกได้
 - ผลการประเมิน พบว่า สมุนไพรใช้ได้ผลดี ดังนั้นผู้ป่วยยังคงใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันอยู่
2. ผู้ป่วย 2 คนใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันแล้วเกิดอาการข้างเคียงหรือไม่สะดวก จึงหยุดใช้ยาจากสมุนไพรเอง โดยไม่แจ้งปัญหาให้หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยทราบ
 - ผู้ป่วย 1 คน ใช้ยาจากสมุนไพรแล้วได้ผลดี แต่ไม่สะดวกที่มารอรับสมุนไพรจากอีกแผนกหนึ่ง จึงหยุดใช้สมุนไพรมาประมาณ 1 ปี
 - ผู้ป่วย 1 คน เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงเลิกใช้สมุนไพร แล้วไม่กลับมาแจ้งผลการใช้ และไม่ใช้บริการที่หน่วยบริการแพทย์แผนไทยอีก

กรณีผู้ป่วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วย 5 คนใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันแล้วได้ผลดี

เป็นความดันโลหิตสูงมา 4 ปี เข้าปีที่ 5 ความดัน 145/90 วัดสามรอบ ยังไม่ลง พอได้เข้ามาทำงานที่นี่ได้เข้าโครงการลดความดันของชากระเจี๊ยะ ชาช่วยขับปัสสาวะ กินชากระเจี๊ยะ อยู่ 3 เดือน ก็ลดลง เกือบปกติ 112 120 127 ตัวล่าง 77 80 75 ไม่เกิน 90 กิน ก่อนนอน 1 แก้ว ถ้ามีดอกสดก็ต้มกินได้ ได้ผลเยอะ พอแผนปัจจุบันนัด 3 เดือน มาตรวจก็ลด ... ตอนนี้กินยาความดัน เค้ายังไม่ให้เลิก

(สัมภาษณ์นางนี้, เขตชนบท 2)

เมื่อก่อนตอนตรวจไขมัน เกือบ 300 กินชากระเจี๊ยะช่วย ก็ลดลง ตอนนั้นหมอให้กินยาลดไขมัน 2 เม็ด เข้าเม็ด เย็นก่อนนอนเม็ด ตอนนั้นก็ลดลง เหลือกินครั้งละเม็ด หมอให้หยุด แต่ขอกินเพราะความดันปกติมาปีกว่า แค 110 กว่า ๆ แต่ไม่หยุดเอง ยังมีแอลกอฮอล์อยู่ (ยังดื่มสุราอยู่) กลัวน็อก เลยรับคู่กัน

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 13, เขตชนบท 2)

เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ปี 59 น้ำตาล 252 แล้วก็ถูกส่งไปอนามัย แล้วถูกส่งต่อไปโรงพยาบาล แรกๆ กินยาแผนปัจจุบัน ตอนหลังน้ำตาลก็ไม่ลดเท่าไร ก็เลยได้กินสมุนไพร เข้า 2 แคปซูล ก่อนอาหาร คู่กับยาแผนปัจจุบัน แล้วน้ำตาลก็ลดลงมาปกติ

เหลือ 160-170 ช่วงหลังเหลือ 137 โดยกินครั้งละ 2 แคปซูล เข้า เทียง เย็น แต่แรกๆ ก็ลองไม่กินตอนเที่ยง น้ำตาลก็ขึ้นอีก ทำให้ตอนหลังกิน ประจำ

(สัมภาษณ์นางสาว, เขตชนบท 1)

เป็นเบาหวานอย่างเดียว กินยาสมุนไพร แล้วจะท้องผูก ก็กินยาหมื่นชันด้วย ยาสมุนไพรเบาหวานเป็นแคปซูล เพิ่งมากิน ... ก่อนหลังกินแผนปัจจุบัน กินยาแผนปัจจุบัน มาสิบกว่าปี สมุนไพรกินได้ประมาณ 1 ปี หมอแผนปัจจุบันที่โรงพยาบาล บอกกิน ร่วมกันได้

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 15, เขตชนบท 2)

เป็นความดันมา 30 กว่าปีแล้ว เบาหวาน 10 ปี ตอนนี้อยู่กินยาเบาหวานเกือบ 2 ปีแล้ว เหลือความดันอย่างเดียว แต่ก็ปกติดี ที่หยุดยาเบาหวานได้ เพราะกินยาสมุนไพร แต่นานแล้ว กินของที่นี่⁴ เป็นยาแคปซูล กินสองเดือน พอมาเจาะแล้วน้ำตาล ไม่ขึ้น ตอนนี้อยู่ไม่ขึ้น เบาหวานลด ไม่ได้กินยาเบาหวาน น้ำตาลปกติมาสองปีแล้ว แล้ว

(สัมภาษณ์นางสาว, เขตชนบท 2)

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย 2 คนใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันแล้วเกิดอาการข้างเคียงหรือไม่สะดวก จึงหยุดใช้สมุนไพรด้วยตนเองโดยไม่แจ้งปัญหาให้หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยทราบ

เป็นคนไข้เบาหวานไม่นานค่ะ ตรวจพบเมื่อปี พ.ศ. 2558 ... ปีกลายนี้ คุณหมอให้ ยาสมุนไพรลดน้ำตาลในเลือดไปกิน ก็รู้สึกว่าจะลดลงอยู่ มาตรวจจาก 200 เหลือ 137 แต่เมื่อทานร่วมกับยาโรงพยาบาลแล้วรู้สึกคลื่นไส้ทุกครั้งทีกินค่ะ กินประมาณ 30 นาที จะคลื่นไส้ หลังกินยาพร้อมกัน เมื่อกินหมดแล้วไม่ได้มาขอต่อ จึงหยุดทาน ไม่ได้มาขอ อีก เลยทานยาโรงพยาบาลอย่างเดียว ... แต่สมุนไพรอื่นที่ยอมรับ ขมิ้นชันนี้ดี จริง ๆ ใช้ ประจำเพราะเป็นโรคกระเพาะ

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 3, เขตชนบท 1)

มาตรวจเบาหวาน หมอให้เอาสมุนไพรแก้เบาหวานไปกิน เคยกินหมื่นชัน ไม่ค่อย ชอบกินยา เป็นเบาหวานมา 3 ปี กินยาแผนปัจจุบันคู่กับสมุนไพรมาตั้งแต่แรก หมดสอง ชุด แล้วไม่ได้กินอีก เพราะไม่มีเวลา ต้องมารอนั่งรับของอีกแผนกหนึ่ง ... แผนปัจจุบัน เป็นยาเม็ด สมุนไพรเป็นแคปซูลกินครั้งละ 2 เม็ด กินแล้วดี แต่ไม่ค่อยได้มาเอาไปกิน กินง่ายทั้งสอง อย่าง กลืนง่ายลิ้นคอ ไม่ลำบากเท่าไร เพราะเป็นแคปซูล หยุดมาหนึ่งปี

⁴ หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการและทำโครงการวิจัยการใช้ยาตำรับสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

แล้ว แล้วก็ไม่ได้กินต่อกันเลย น้ำตาล 137, 138 ไม่เกิน 140 ไม่มีอาการผิดปกติอะไร
ตั้งแต่ต้นคะ ไม่เกิน 140

(สัมภาษณ์นางสน, เขตชนบท 1)

สรุปแบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และวิเคราะห์ความจำเป็นด้าน
บริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.2.1 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ
2.2 เริ่มใช้ยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ ยาจากสมุนไพรร่วมด้วย		
2.2.1 ใช้ยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลแนะนำเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน		
-ผู้ป่วย 5 คน ใช้แล้ว ได้ผลดี	1. โรงพยาบาลทำงานเชิงรุก คัดเลือก ผู้ป่วยที่ยังควบคุมโรคไม่ได้ เข้าร่วม โครงการบริการรักษาด้วยสมุนไพร และ ฝึกให้ผู้ป่วยใช้ผลจากการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการประกอบการประเมิน ประสิทธิผลในการรักษา 2. อาการป่วยอยู่ในระยะเริ่มต้น	1. ผู้ป่วยต้องการมีทางเลือกในการควบคุมโรค เสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน 2. ผู้ป่วยเปิดกว้างที่จะแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะอาการของโรคยังไม่ รุนแรงมาก หน่วยบริการควรประเมินความ เข้าใจในเรื่องโรคของผู้ป่วย เพื่อการให้ข้อมูลที่ ชัดเจนต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วย 2 คนใช้แล้ว เกิดอาการข้างเคียง หรือไม่สะดวก จึงหยุด ใช้สมุนไพรด้วยตนเอง โดยไม่แจ้งปัญหาให้ แผนกบริการการแพทย์ แผนไทยทราบ	1. ผู้ป่วยบางคนต้องการบริการที่รวดเร็ว เพราะภารกิจของผู้ป่วยอาจมีมาก หาก เสียเวลามาก ผู้ป่วยอาจยอมเลิกใช้ บริการแผนไทยได้โดยง่าย เพราะความ จำเป็นนั้นอาจมีน้ำหนักมากกว่าประเด็น เรื่องประสิทธิผลของสมุนไพร ซึ่งผู้ป่วยไม่ สามารถวัดได้อย่างชัดเจน 2. มีประสบการณ์ด้านยาเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน	1. ควรพิจารณาปรับปรุงบริการแบบ ผสมผสานให้ เกิดความรวดเร็ว โดยเน้นบริการ แบบ one stop service 2. ควรมีการติดตามประสบการณ์การใช้ยา และประเมินการใช้สมุนไพรของผู้ป่วย (medication experiences) ทุกครั้ง โดยเฉพาะความเสี่ยงในการเกิดอาการ ข้างเคียงต่างๆ ควรได้รับการชี้แจงให้ชัดเจน ว่าเป็นผลระยะสั้น หรือระยะยาว และจะ แก้ปัญหาได้อย่างไร

2.2.2 ใช้ยาจากสมุนไพรที่แสวงหามาเองเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน มักใช้ภายหลังหรือในเวลา
ใกล้เคียงกัน

กลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่หวังผลต่อการใช้สมุนไพรในลักษณะต่าง ๆ คือ

- ต้องการผลการรักษาที่โรครุนแรง และ/หรือ
- ต้องการใช้ยาสมุนไพรเสริมเพื่อช่วยในการควบคุมโรค

- ต้องการให้ยาสมุนไพรในช่วงที่เข้าถึงยาแผนปัจจุบันได้ยาก เช่น ไปทำงานในที่กันดาร หรือครอบครัวไม่สามารถพาไปโรงพยาบาลได้

- ต้องการหลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นเวลานาน

แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มย่อยตามความเชื่อมั่นหรือมีอุปสรรคในการเข้าถึงยา

กลุ่มที่ 1 เชื่อมั่นในผลการใช้สมุนไพรมาจากการที่ได้ทดลองใช้ จึงลดหรือเลิกการใช้ยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มที่ 2 ยังไม่มั่นใจว่าสมุนไพรที่ตนเองใช้อยู่ใช้ได้ผล จึงยังใช้ควบคู่เสริมกับยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในผลการใช้สมุนไพรมาก จึงลดหรือเลิกการใช้ยาแผนปัจจุบัน

การนำเสนอตัวอย่างกรณีผู้ป่วยต่อไปนี้ จะนำเสนอผู้ป่วยที่มีเหตุปัจจัยหลาย ๆ ประการร่วมกัน โดยพรรณนาถึงบริบทชีวิตที่เกี่ยวข้อง สาเหตุที่ทำให้ใช้สมุนไพร และความเชื่อมั่นที่มีต่อสมุนไพร ได้แก่ ป้าฤทัย (เขตเมือง 2) นายกล้า (เขตชนบท 2) นายระวี (เขตชนบท 2) และนางนุช (เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท) แล้วนำเสนอข้อมูลจากผู้ป่วยรายอื่นโดยเพิ่มเติมเฉพาะคำพูดที่แสดงถึงพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความเชื่อมั่นต่อสมุนไพรและลดหรือเลิกยาแผนปัจจุบัน

ป้าฤทัย (เขตเมือง 2)

ป้าฤทัย (ชื่อสมมุติ) ปัจจุบันอายุ 69 ปี ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเมื่ออายุ 60 ปี เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ต่อมา มีปัญหาการเดินทางไปรับการรักษา เพราะลูกไม่มีเวลาขับรถพาไปโรงพยาบาล จึงไม่ได้รับการรักษามานานถึง 3 ปี

ขาดการรักษามานานปี ไม่ได้รักษาอะไรเลย ก็เลยมาหายาทานเอง ยาสมุนไพร เลิกหาหมอเลย

การตัดสินใจไม่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั้ง ๆ ที่มีสิทธิในการรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ที่อยู่ไม่ไกลบ้านมากนัก เพราะกลัวยาแผนปัจจุบันจะทำให้ไตเสื่อม ต้องฟอกไต และเสียชีวิตเช่นเดียวกับสามี

แฟนเป็นเบาหวานมาก่อน แล้วแฟนฟอกไตเสียชีวิตไปแล้ว ตัวเองก็กลัวกินยา ที่เราจะต้องไปซื้อเอง ก็เลยไม่รู้ละ ก็เอาอย่างนี้ ไม่ได้ออกกำลังกาย แต่คุมอาหาร เพราะเราไม่ได้กินยา

นอกจากคุมอาหารแล้ว ป้าฤทัยแสวงหายาสมุนไพรมากินตามที่ได้รู้มาจากการโฆษณา

กินสมุนไพร ... (บอกชื่อการค้าของผลิตภัณฑ์สมุนไพร⁵) แก่เบาหวานความดัน กินเป็นช่วงๆ พอยาตัวนั้นหมด ก็หายาตัวใหม่ เห็นโฆษณาดีเราก็สนใจ จ้องไปทางสมุนไพรอย่างเดียว

⁵ จากการตรวจสอบข้อความโฆษณาของผลิตภัณฑ์สมุนไพรนี้ พบว่า ประกอบด้วย ผักเชียงดา หญ้าหวาน ใบเตยหอม อบเชย และสมุนไพรอื่น ๆ)

กินยาสมุนไพรเชียงดา น้ำตาลลงแล้วก็เลิกกิน ซื้อที่เจาะน้ำตาลมาเจาะเอง เขาโฆษณาไขมัน ความดัน เบาหวาน ค่ะหลายอย่าง ก็ลองดู เป็นเม็ดแคปซูลอย่างเดียว โฆษณาทางอินเทอร์เน็ต ก็เชื่อ ชั่วโมงนั้นเราไม่มีที่พึ่ง ก็ไม่ได้ถามเภสัชกรหรือใคร เพราะไปก็ต้องโดนกินยาแผนปัจจุบัน เราอยากสู้ตรงนี้

ช่วง 3 ปี พอกินยาสมุนไพรผักเชียงดาจนน้ำตาลลด แล้วไปซื้อเครื่องวัดความดัน มาวัดเอง ความดันก็ไม่ขึ้น ก็ช่วยตัวเองทุกอย่าง ไม่กินมัน ไม่กินหวาน ไม่กินเค็ม

เมื่อสามเดือนที่แล้ว ป่วยไข้ไปหาทันตแพทย์เพื่อถอนฟัน แต่ตรวจพบว่า มีความดันโลหิตสูง ทำให้ยังถอนฟันไม่ได้ จึงต้องกลับไปกินยาลดความดันโลหิตที่เคยใช้เมื่อสามปีก่อน แต่ความดันโลหิตก็ยังไม่ลด ในที่สุดป่วยไข้จำเป็นต้องกลับเข้าสู่การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลชุมชนในเขตที่ตนอาศัยอยู่

แล้วกลับมาที่โรงพยาบาล ... เพราะความดันไม่ลง ก็มาเริ่มต้นใหม่ ทำไมความดันสูง กินยาเดิมแล้ว ความดันเลือดก็ยังสูง ตรวจเลือดชุดใหญ่น้ำตาลไม่ขึ้น แต่ความดันยังสูง หมอก็ถามว่าเป็นเบาหวานทำไมไม่มีน้ำตาล ต้องกินอะไรมา (คุม) อาหาร(อย่างเดียว น้ำตาล) ไม่ลงหรอก ก็เลยบอกว่ากินยาสมุนไพร ... แต่กินสองสามขวด

ปัญหาของป่วยไข้ในขณะที่สัมผัสภาวะคือ ทำไมกินยาลดความดันโลหิต (ยาเก่า) แล้ว ความดันโลหิตยังไม่ลด กลัวการกินยาแผนปัจจุบัน เพราะฝังใจว่าจะทำให้ไตเสื่อม ต้องฟอกไต และจะเสียชีวิต เช่นเดียวกับสามี ส่วนจะกินยาสมุนไพร ก็ยังไม่รู้ว่าจะกินสมุนไพรอะไร จึงต้องการความรู้ประกอบการตัดสินใจ

นายกกล้า (เขตชนบท 2)

นายกกล้า (ชื่อสมมุติ) อายุ 48 ปี อาชีพกรรณการ ภาระเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เขาป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 7 ปี เมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้ “เข่าอ่อนเลย ... กลัว... เขาว่ามันรักษาไม่หาย” แพทย์ให้ควบคุมอาหาร โดยเฉพาะข้าวเหนียว และน้ำตาล และสั่งจ่ายยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ให้กินวันละครั้งเม็ด ในช่วงแรกเขากินยาตามแพทย์สั่ง เมื่อน้ำตาลลดลงเหลือ 90 ก็กินยาไม่สม่ำเสมอ กินบ้างไม่กินบ้าง

เคยกินอยู่ตอนเช้า หลัง ๆ ก็ลืมเลยไม่ได้กิน วันไหนลืมถึงดอาหาร ตอนแรก ๆ น้ำตาลดีมาก 100, 120 ก็กินบ้างไม่กินบ้าง แต่บอกหมอว่ากิน พอทำงานหนัก ๆ กิน ... (บอกซื้อเครื่องต้มชูกำลัง) กินเครื่องต้มชูกำลังเลยเริ่มขึ้น พอทานไปเลยเริ่มไม่กลัว น้ำตาลเลยสูงขึ้น แต่อ้างคของที่หมอห้ามก็ลด ... แพทย์บอกไม่ให้กินยามาก ไตพังเลยกินวันหนึ่งครั้งหนึ่ง หมอเพิ่มยาให้กินสองเม็ด ก็กินเม็ดเดียวเท่าเดิม

เมื่อปี 2558 นายกกล้าจำเป็นต้องไปทำงานกรรณการที่จังหวัดบึงกาฬ จึงไม่สะดวกที่จะมารับยาที่โรงพยาบาล เขากินยาสมุนไพรที่หาซื้อได้แถว ๆ ภูทอก เช่น ปอกระบิด ใบเตย ใบสัก เอามาต้มกิน คนขายบอกว่าลดน้ำตาลได้

ไปอยู่ที่นั่นไม่ค่อยได้กินยาที่นี่ กินสมุนไพรแทนก็อยู่ได้ น้ำตาลไม่ได้สูงเท่าไร เรา
สังเกตตัวเองได้ ถ้าน้ำตาลสูงจะเยียวบ่อย คือนิ่งสามสี่เที่ยวถ้าน้ำตาลไม่มี กลางคืนก็ไม่
เยียว ถ้ามีก็เยียวเหนียว ใส ถ้าออกเหลืองๆน้ำตาลไม่ค่อยเยียว

กินทุกอย่างสมุนไพรที่ใครว่าดี มันก็ดี แต่ไม่สะดวกเหมือนที่กินแผนปัจจุบันที่เป็น
เม็ด กินน้ำตามก็เสร็จ ไม่ต้องต้ม

ในวันที่สัมภาษณ์ นายกล้ายังไม่ได้ไปพบแพทย์ เขารอจังหวะเวลาที่จะไป เพราะช่วงนี้ยังต้อง
ทำงานหนัก ต้องต้มเครื่องต้มชูกำลังและน้ำอวดลม เพื่อให้มีแรงทำงาน

เดือนที่แล้วไม่ได้มาหาหมอ เพราะคิดว่าน้ำตาลสูงต้องโดนแน่ แต่ว่ายากก็ยังเหลือ
กินอยู่กินบ้างไม่กินบ้าง ... สองสามเดือนมานี้น้ำตาล 200 กว่า ไม่ได้ลดยา ทำงาน
เหนียวมากก็กิน ... (บอกชื่อการค้าเครื่องต้มชูกำลัง) น้ำอวดลม ห้ามใจไม่กินไม่ได้ กินแล้ว
มีแรงมีกำลังทำงานได้ตลอดทั้งวัน ต้องเดินวันละประมาณ 20 กิโลเมตร กรดียง

นายระวี (เขตชนบท 2)

นายระวี (ชื่อสมมุติ) มีอาชีพรับจ้าง เมื่อสิบกว่าปีก่อน เริ่มเป็นแผลจากการชนขอบโต๊ะ แล้วเรื้อรัง
ไม่ยอมหาย เมื่อมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล พบว่าเป็นโรคเบาหวาน จึงได้รับยารักษาเบาหวานมาตั้งแต่นั้น
ต่อมา ตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีไตรกลีเซอไรด์สูงด้วย ในช่วงปีสองปีที่ผ่านมา นายระวีเริ่ม
เปลี่ยนมาหายาสมุนไพรกิน เขาเล่าถึงสาเหตุที่ต้องหันมากินยาสมุนไพรว่า

เลือกแผนไทยดีกว่า เพราะได้เราจะพึ่งน้อยลง ทำงานน้อย ถ้าเป็นของแผนปัจจุบัน
เค้าบอกพันเปอร์เซ็นต์ ตอนนี้อยู่ชั้นที่สามแล้ว หมอเค้าบอกว่ายังไงก็ไป ถ้ากินยาแผน
ปัจจุบันหมอบอกเลย ยังไงก็พึ่งอยู่ดี เลยหาทางออกทางใหม่ ทางไหนเลือกได้ก็จะหันไป
ทางนั้น จะได้เบาหน่อย

นายระวี ซื้อสมุนไพรถั่งเช่ามาจากบู๊ทขายสินค้าในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ในจังหวัด เพราะเห็น
สรรพคุณที่โฆษณาว่า ลดน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิตเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ บำรุงร่างกาย กินไปแล้ว 2
แผง (24 แคปซูล) ในขณะเดียวกันก็กินยาแคปซูลสมุนไพรลดน้ำตาล ลดความดันโลหิตที่แพทย์แผนไทยของ
โรงพยาบาลจ่ายมา และยังกินบอระเพ็ดดองน้ำผึ้งควบคู่กันไปด้วย นายระวีประเมินว่า การกินยาสมุนไพร
หลาย ๆ ขนานช่วยกัน น่าจะได้ผลดี เพราะช่วย "ลด (น้ำตาล) กันคนละแนว" และมีข้อดีกว่ายาแผนปัจจุบัน
เพราะจะทำให้ "ปวดหลังน้อยลง" จากการที่ "ไตมันเริ่ม (จะ) ไปแล้ว"

มันต่าง (กับยาแผนปัจจุบัน) ตรงที่ว่าเราจะปวดหลังน้อยลง ถ้ากินแล้วมันจะไม่
ปวด เวลาลุกจากที่นอน คล้าย ๆ ว่า (กินยาแผนปัจจุบัน ทำให้) ไตมันเริ่มไปแล้ว เลย
หันมากินยาแผนโบราณ เลยไม่ค่อยไปหาหมอเบาหวาน ที่หมอนัด

ในวันที่สัมภาษณ์ นายระวีเริ่มหยุดกินยาแผนปัจจุบันมาแล้วหนึ่งเดือน โดยให้เหตุผลว่า

จะกินแผนโบราณอย่างเดียว แล้วมาเจาะเลือดถ้าลงดีก็จะกินต่อ เพราะไตไม่ค่อย
โอเค

นางนุช (เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท)

นางนุช (ชื่อสมมุติ) อายุ 23 ปี พบว่าเป็นเบาหวานจากการไปตรวจคัดกรองเบาหวานที่ รพ.สต. โดยมีค่าน้ำตาล 320 แต่ไม่อาการผิดปกติใด ๆ ได้รับยาแผนปัจจุบันจาก รพ.สต. มากิน จนน้ำตาลลดลงเหลือ 148 วันที่ให้สัมภาษณ์นางนุชมาตรวจและรับยาตามปกติทุก 2 เดือน แต่แพทย์จากโรงพยาบาลที่มาตรวจที่ รพ.สต. พบว่า ยาลดน้ำตาลของนางนุชยังคงเหลืออยู่ครบ 2 เดือน จึงจ่ายยาบำรุงร่างกายให้

หมอให้กินยาเพียง ตอนนี้อยากถามว่าทำไมยาตัวนี้เหลือ เราก็บอกว่าลืมไป แต่
เราก็ไม่ได้ทิ้งนะ ก็บอกหมอลืมกินก็จริง แต่เขาก็ไม่เพิ่มยา

นางนุชเปิดเผยกับผู้วิจัยว่า เธอกินสมุนไพรที่ชื่อหนานเฉาเหว่ย โดยไม่ได้บอกให้แพทย์รู้

กินหนานเฉาเหว่ย ปลุกเอง กินมาเรื่อย ๆ ถึงปีแล้ว เขาว่าลดเบาหวาน ไขมัน แต่
หนูไม่ได้เป็นไขมัน เป็นเบาหวาน 148 น้ำหนักขึ้น น้ำตาลไม่ขึ้น ก็อยู่คงที่ ไม่ปวดขา ไม่
เป็นอะไร ... ก็เจาะเลือดใหญ่ทุกปี ก็ปกติดี

นางนุชมั่นใจในยาสมุนไพรที่เธอกินมากกว่าสามารถใช้แทนยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งจ่ายได้ เธอเล่า
ว่า คนในครอบครัวของเธอกินสมุนไพรชนิดนี้มาก่อนเธอ สามี่ซึ่งไม่ได้เป็นเบาหวาน แต่เลือดน้อย กินใบสด 3
ใบทุกวัน น้องสาวใช้ใบสดปั่นกับน้ำแล้วกรองเอาแต่น้ำมากิน ส่วนตัวเธอกินใบสดไม่ได้ เพราะไม่ชอบกินผัก จึง
ใช้วิธีการกินแบบเดียวกับน้องสาวหรือไม่ก็ต้มน้ำดื่มทุกวัน เธอบอกผลการใช้สมุนไพรว่า ช่วยคุมน้ำตาลได้ดี จน
เธอไม่จำเป็นต้องควบคุมการรับประทานอาหาร

ไม่คุมอาหาร กินทุกอย่าง แต่กินหนานเฉาเหว่ยทุกวัน ความมั่นใจที่สูงมาก ลองไม่
คุมอาหาร น้ำตาลยังไม่ขึ้น และประเมินอาการร่วมด้วยอย่างต่อเนื่อง ... หนูนี้แหละตัว
ลอง

... เคยต้มถั่วดาวอินคากิน มันก็ไม่เท่าไร สู้ไม่ได้ นี่มันคุมได้ คนก่อนหน้านี้ที่รับ
บัตรคิวก่อน เขาก็กิน

ความมั่นใจต่อสมุนไพรหนานเฉาเหว่ย ทำให้เธอและสามี่แนะนำให้เพื่อนบ้านและญาติใช้

คนไข้ยาได้ผลเยอะ ... แพนก็แนะนำให้เพื่อนบ้านกิน มันปลุกง่าย เลียบลงกระถางใบ
ก็แตกขึ้นมา ก็ได้กินตลอด สงกรานต์ จะเอาไปฝากต่างจังหวัดที่บ้านนอก พวกเด็ก ๆ
เขาเป็นความดัน

ข้อมูลจากผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันกับกรณี
ผู้ป่วยข้างต้น มีดังนี้

ใช้ต้นป่าช้าเหงา ความดันก็ไม่ค่อยขึ้น กินไปเรื่อยเปื่อย มะม่วงหาวมะนาวโห่ก็กิน
บางคนสามารถหยุดยาไปวันสองวันได้ กินพร้อมกันบ้างก็มี เข้มมาก็เคี้ยว กินประมาณ
3 ใบ เป็นปี กินยาแล้วดี ป่าช้าเลยเหงา ก็กินไป ยาโรงพยาบาลบ้าง ยานี้บ้าง ตอนนี้
ความดันปกติดี

(สัมภาษณ์นางดาว, เขตเมือง 1)

สรุปแบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และวิเคราะห์ความจำเป็นด้าน
บริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้แสดงไว้ในตาราง 6

ตาราง 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.2.2 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ กลุ่มที่ 1

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ
2.2 เริ่มใช้ยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาจากสมุนไพรร่วมด้วย		
2.2.2 ใช้ยาจากสมุนไพรที่แสวงหามาเองเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน มักใช้ภายหลังหรือในเวลาที่ไม่สะดวก		
กลุ่มที่ 1 เชื่อมั่นในผล การใช้สมุนไพรมาก จากการที่ได้ทดลองใช้ จึงลดหรือเลิกการใช้ยา แผนปัจจุบัน	1. ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ประสบปัญหาในการเข้าถึงยาด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น ขาดคนพาไปโรงพยาบาล เปลี่ยนแปลงที่ทำงาน ทำให้ต้องพึ่งตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ขาดบุคลากรสุขภาพที่ผู้ป่วยไว้วางใจให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้หลุดออกจากระบบบริการสุขภาพ และกลับเข้ามาได้ยาก เพราะกลัวการตำหนิของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาตนเอง 2. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพร เพราะมีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนรอบข้างจำนวนมากและยาวนานพอ ยืนยันผลการใช้สมุนไพร ความเชื่อมั่นนี้ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาแผนปัจจุบันหลายเดือนและบ่อยครั้ง 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งที่สนับสนุนความเชื่อมั่นนี้ให้มั่นคงยิ่งขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยอาจจะจำค่าผลตรวจไม่ได้ชัดเจนก็ตาม	1. เมื่อผู้ป่วยได้ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการใดหน่วยหนึ่ง ควรมีระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างจริงจัง เมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการติดตามผู้ป่วยติดเชื้อมีสามารถแพร่กระจายเชื้อออกไปได้ (ผู้ป่วยวัณโรค) เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจแพร่สิ่งที่ตนเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เอื้อต่อการตีความที่ไม่ถูกต้องของตนเอง ญาติมิตร ชุมชนและสังคม 2. แม้ผู้ป่วยจะมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพสม่ำเสมอ ผู้ให้บริการก็ควรจะประเมินให้ได้ว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรเสริมในการรักษา หากพบ ก็ควรหาวิธีเข้าถึงความเปลี่ยนแปลงนี้ให้ได้ การรู้ความจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มเติม เช่น การเฝ้าระวังผลเสียที่อาจเกิดขึ้นต่ออวัยวะที่ทำหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงยาหรือขับถ่ายยา และลดความสูญเสียในการจ่ายยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ อาจพบสมุนไพรที่มีประโยชน์จริงซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนายาใหม่ ดังนั้น จึงควรมีการทบทวนวรรณกรรมและออกแบบการเก็บข้อมูลประสบการณ์การใช้ยาและสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นระบบ และทันต่อความต้องการเหล่านี้ 3. การประเมินประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยอาจมีอคติและความไม่ถูกต้อง ดังนั้น จึงควรมีวิธีที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการลดระดับน้ำตาลที่ถูกต้อง เพื่อชะลอการเสื่อมของอวัยวะที่เกิดโรคแทรกซ้อนที่จะตามมา และการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น หรือความเสี่ยงอื่น ๆ ที่ประเมินได้

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ยังไม่มั่นใจว่าสมุนไพรที่ตนเองใช้อยู่ใช้ได้ผล จึงใช้ควบคู่เสริมกับยาแผนปัจจุบัน

แต่ก่อนกินแป๊ะตำปึงตอนอายุ 40 กว่า รู้สึกว่ามันได้ผล กินทุกวัน กินคู่กับยาที่หมอให้ ตอนนั้นน้ำตาล 200 กว่า ตอนนี้ก็ปกติแล้ว ร้อยกว่า ๆ ก็ไม่แน่ใจ เพราะเรากินคู่กัน แต่ก็ไม่ได้บอกหมอ เพราะเรากินสด เหมือนน้ำตาลมันก็ปกติ ไม่เคยถามหมอ เพราะเคียววันละ 2-3 ใบ ตอนนี้อะไรก็ได้กินแล้ว เพราะน้ำท่วมหาไม่ได้ พยายามหาอยู่ (สัมภาษณ์ผู้ป่วย 22, เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท)

เป็นเบาหวาน เมื่อก่อนหมอให้ยา กินยาอะไรก็ไม่หาย กินอะไร 2 เดือนก็หาย แต่คนโบราณบอกว่าต้องมีใบเตยควบด้วย จะไม่ทำลายตับ ตะไคร้ฤทธิ์ร้อน ใบเตยฤทธิ์เย็น ตัวหนึ่งบำรุง ตัวหนึ่งทำลาย.....ตะไคร้แก้ปวดเข่า ปวดหัวเข่ากิน 3 ใบขึ้นไป น้ำตาลจะลด ผักเชียงดาทานเยอะมาก น้ำตาลไม่ลด ไม่แน่ใจว่าเกี่ยวกับเลือดหรือเปล่า ... รู้จักสมุนไพรจากเพื่อนบ้านอยู่ในตลาด เพื่อนเยอะ ลูกค้าด้วย มีแต่ป่วย ๆ กันเยอะ

..หนานเฉาเหว่ยเอาทำวิจัยได้มัย อยากรู้ว่ามันผลแทรกซ้อนต่อระบบอื่นยังงัย บางตัวกินลงไปทำลายเลือด ทำลายกระดูก เพราะทุกตัวมีข้อดีข้อเสียต่อสุขภาพ เป็นธรรมชาติ เช่น ตะไคร้ทำลายตับ สอบถามจากคนที่ป็นโรคตับ เพราะเขากินมาก แต่หมอแผนโบราณ จะบอกว่าตัวแทรก คือใบเตย ... ทำให้กระดูกไม่ปวด ทานผักเชียงดา มาก แต่น้ำตาลไม่ลด แต่บางคนเป็นแล้วก็ไม่ลด บางคนกินเป็นอาหาร

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 27, เขตเมือง 2)

ตาราง 7 ปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.2.2 และวิเคราะห์ความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพ กลุ่มที่ 2

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ
2.2 เริ่มใช้ยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และโรคยังไม่แสดงอาการรุนแรง ต่อมาจึงใช้ยาจากสมุนไพรร่วมด้วย		
2.2.2 ใช้ยาจากสมุนไพรที่แสวงหามาเองเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน มักใช้ภายหลังหรือในเวลาใกล้เคียงกัน		
กลุ่มที่ 2 ยังไม่มั่นใจว่าสมุนไพรที่ตนเองใช้อยู่ ใช้ได้ผล ซึ่งเป็นการใช้ควบคู่เสริมกับยาแผนปัจจุบันเมื่อผลค่าน้ำตาลต่ำลง จึงยังคงใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลักเช่นเดิม เพราะยังไม่แน่ใจว่าค่าที่ลดลงเป็นผลจากยาใด จึงไม่กล้าลดหรือหยุดใช้ยาแผนปัจจุบัน	1. การมีทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพร แต่ยังขาดข้อมูลชนิดของสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าสมุนไพรชนิดที่ทดลองใช้นั้นมีประสิทธิภาพสำหรับตนเองหรือไม่ จึงยังแสวงหาสมุนไพรมาทดลองใช้ต่อไป ซึ่งเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการสมุนไพรชนิดใดก็ได้มาใช้เสริม เพื่อป้องกันไม่ให้โรคลุกลาม หรือให้หายขาดจากโรคนี้โดยเร็ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีโอกาสูงที่จะลดความร่วมมือในการใช้ยาแผนปัจจุบันในอนาคต ทันทีที่มีความมั่นใจต่อผลของสมุนไพรชนิดใดชนิดหนึ่งมากขึ้น 2. การขาดข้อมูลยืนยันว่าการให้ความร่วมมือในการใช้ยาแผนปัจจุบันและการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ 3. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะต่อไปนี้ - เข้าถึงความคาดหวัง ความกังวล และความเชื่อมั่นในการตัดสินใจที่วางอยู่บนทางเลือกที่ดีที่สุด - มีการสื่อสารที่เข้าถึงผู้ป่วยจนบรรลุภารกิจในข้อ 1 - สามารถให้ข้อมูลทั้งในเชิงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้สมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องขนาดรับประทาน ระยะเวลาที่สามารถใช้ได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความเสี่ยงในการเกิดปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยาและสมุนไพร (ซึ่งผู้ป่วยทุกกลุ่มเชื่อว่า ยาจากสองแผนจะไม่ตีกัน) - สนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้ป่วย โดยมีบุคลากรสุขภาพเข้าร่วมในกลุ่มด้วย

หมายเหตุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้แสดงความกระตือรือร้นที่จะพูดคุยกับบุคลากรที่สนใจหรือที่มีความรู้ด้านสมุนไพร รวมทั้งต้องการแลกเปลี่ยนในหมู่ผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งพบในผู้ป่วยทุกคนที่ให้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง 1 และเขตเมือง 2

2.3 ใช้ยาแผนปัจจุบันก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในขั้นที่แสดงอาการรุนแรง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค จึงไม่มีการรักษามาก่อน เมื่อภาวะของโรคลุกลามไปมาก อาการป่วยที่แสดงออกมาอาจรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตแบบฉุกเฉิน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักตกใจกับภาวะความเจ็บป่วย

ดังกล่าว และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยแสวงหา ยาสมุนไพรมาใช้ร่วมด้วย

การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้จำนวน 2 คน ได้แก่

ลุงแจ๊ค (เขตเมือง 2)

ลุงแจ๊คเป็นกรณีผู้ป่วยที่กล่าวถึงไว้ก่อนหน้านี้ แต่ ณ ที่นี้ จะกล่าวถึงช่วงที่ลุงแจ๊คกลับมาอาศัยอยู่ในเมืองไทยแล้ว ลุงแจ๊คได้เข้ารับการรักษและได้รับการวินิจฉัยว่าภาวะของโรคเบาหวานได้ลุกลามไปมาก แพทย์จึงสั่งใช้ยาฉีดอินซูลินแก่ลุงแจ๊ค แต่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้อินซูลิน คือ ฉีดแล้วทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดแปรปรวนมาก ทำให้ลุงแจ๊คพยายามแสวงหาสมุนไพรมาใช้ เพื่อต้องการรักษาโรคให้หายขาด หรือ อย่างน้อยก็เพื่อลดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ลง

เมื่อสามสี่เดือนที่แล้วก่อนการสัมภาษณ์ น้องสาวของลุงแจ๊คซื้อยาสมุนไพรจากบูทในงานแสดง สินค้า เป็นยาสมุนไพรแคปซูล ที่โฆษณาสรรพคุณว่า บรรเทาเบาหวาน (ประกอบด้วยตัวยาหัวข้าวเย็นเหนือ หัวข้าวเย็นใต้ ทองพันชั่ง เหงือกปลาหมอ เหง้าขมิ้นอ้อย และตัวยาอื่น ๆ) เธอตั้งข้อสังเกตว่าการให้พี่ชายกิน ยาสมุนไพรเสริมยาแผนปัจจุบัน สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ และลดอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จะ ตามมาได้

พอกินอันนี้แล้วฉีดอินซูลินไปด้วย ไม่ลืง ถ้ามันคงที่หนูจะสบายใจ เหมือนกับโรค แทรกซ้อนตัวอื่นมันจะไม่เกิด แต่ถ้าขึ้นลงสวิง จะมีอาการตามมามีร้อนใน กระจก กระจกแว่น หนาวสั่นข้างนอก หนาว

ไม่มีกังวลใจว่ากินยาหลายอย่างจะตีกันนะ อินซูลินก็ฉีดไป ยาตัวนี้ก็กินไป เหมือนกับว่าเราไม่มีจะทดลองแล้ว ถ้ามันดีก็ฉีดอย่างนั้น แล้วรอวันที่จะลามไปตรงนั้น ตรงนี้ แต่ถ้าเราเอาเบาหวานให้อยู่ โรคอื่นก็คงจะดีขึ้น

หนูว่ายาแผนปัจจุบันใช้ควบคุมได้เยอะกว่า ถ้าเราทิ้งไปเลย หักดิบไม่ให้อินซูลิน และคุมอาหารเขายังเอาไม่อยู่เลย มันอาจจะใช้ระยะเวลา เพราะฉะนั้นจึงให้ควบคู่กันไป หนูว่าแผนปัจจุบันเป็นหลัก และแผนไทยให้เป็นรองเสริมไป

ในวันที่สัมภาษณ์ ลุงแจ๊คยังคงใช้ยาสมุนไพรชนิดนี้เสริมการให้อินซูลิน ร่วมกับกินน้ำมะระสด มะเขือเทศและผักสดปั่นทุกเช้า ออกกำลังกายเข้าเย็นด้วยการเดินและปั่นจักรยานช้า ๆ

ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อมา พบว่าลุงแจ๊คใช้สมุนไพร มะม่วงหาวมะนาวโห่ โดยปรุงรับประทานสด และพบว่าช่วยให้ปัญหาหลายอย่างคลี่คลายลง เช่น ทำให้มีแรง สามารถพูดออกเสียงได้ดังเช่นคนปกติ ลุงแจ๊ค มีความหวังอย่างมากต่อสมุนไพรชนิดนี้ ส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อถือในวิถีโอทีดูจากการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเชื่อว่าไม่ได้เป็นไปเพื่อการค้า ประกอบกับหมอสั่งให้ลุงแจ๊คลดการฉีดอินซูลินลงจาก 14 ยูนิต เหลือ 12 ยูนิต และ 10 ยูนิตตามลำดับ รวมทั้งอาการอ่อนเพลียก็หายไปด้วย ลุงแจ๊คจึงได้ปรับลดขนาดอินซูลินลง อีก และงดการฉีดเป็นบางมื่อบางเวลา

ลุงขาว (เขตชนบท 1)

ลุงขาว (ชื่อสมมุติ) มีอาชีพรับจ้างเหมาทาสีบ้าน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านประสบการณ์ความยากลำบากเกือบถึงขั้นเสียชีวิตเมื่อสิบปีที่แล้ว ลุงขาวเล่าให้ฟังถึงเหตุการณ์ในวันที่ตนเองล้มป่วยลงว่า

อยู่ดี ๆ ก็หงายท้องลงไป ตอนกำลังจะอาบน้ำ แพนเข้ามาพอดี ก็ช่วย อีกทีจะขึ้นบ้าน ยังไม่ทันจะก้าวเลย หงายท้องก่อน เกือบตาย พอมหาหมอที่โรงพยาบาล หมอก็ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจังหวัด นอนโรงพยาบาล ประมาณ 10 กว่าวัน แล้วได้ยาเบาหวานกลับมาเป็นเดือน กินยามาตลอด น้ำตาลไม่ลด 300 400 เลยได้ยาฉีด

เมื่อได้รับการรักษาเบาหวานชนิดฉีดยา ในระยะแรก ลุงขาวใช้ยาตามที่แพทย์สั่งและได้รับผลข้างเคียงจากยาฉีด

หมอให้ฉีดยาเข้าเอ็น เริ่มฉีดเข้า พอเที่ยงจะมีอาการหน้ามืดใจสั่น เพราะผมทำงานที่สูงบนหลังคา พอมีอาการก็ต้องรีบลงมา ผมก็เลยเลิกฉีดยาเข้า ฉีดแต่เอ็น ทำมา 6 - 7 ปีแล้ว แต่ไม่เคยบอกหมอเลย

การเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาสิบปี ทำให้ลุงขาวเรียนรู้ธรรมชาติของโรคนี้มากขึ้น และรู่ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรก่อนไปพบแพทย์

ระดับน้ำตาลก็จะอยู่ที่การกิน วันไหนจะไปหาหมอ ผมก็ออกกำลังกายก่อนซัก 2 วัน ให้น้ำตาลมันน้อย ปีที่ผ่านมาสูงประมาณ 200 สองครั้ง เคยต่ำสุด 64

ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ลุงขาวต้องแสวงหาการรักษาต่าง ๆ ซึ่งวนเวียนอยู่กับการหายาดีมากิน

ตอนเป็นใหม่ๆ รับไม่ได้ เพราะชีวิตเราก็เปลี่ยนแปลงด้วย จากที่เราเคยแข็งแรง จากที่เราเคยกินข้าวได้ ที่เราเดินเหินไปไหนมาไหน ตอนนี้เปลี่ยนไปหมดเลย ... ตอนแรกก็ท้อแท้ ยาที่ไหนเขาวาดี ก็หามากิน ตอนที่ลองยาครเทพศรทอง กินเข้าไปไม่รู้ก็ซุดต่อกี่ซุด ทั้งซุดเล็กซุดใหญ่ แล้วก็กินยาจากทางโรงพยาบาลควบคู่ด้วย แต่ก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ... ผมไม่ค่อยได้ลองยาแผนโบราณเท่าไร นอกจากซื้อตามตลาดที่เขาเรียกว่า เขากวางอ่อน ดาวอินคา ครเทพศรทอง ราคาตั้งเกือบห้าพันนะ ผมยังเคยลองมาแล้ว แต่โรคเบาหวานมันก็ไม่ไปไหน ... มากินยาไทยที่โรงพยาบาลแล้ว 6 เดือน ยังไม่รู้ว่ามันดีหรือไม่ดี หมอให้ทานผมก็ทาน

กรณีลุงขาวเป็นกรณีตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นว่า ความต้องการหายจากโรคเรื้อรังและผลข้างเคียงจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ลุงขาวชวนหาหาหาต่าง ๆ มากิน โดยยังคงใช้ควบคู่ไปกับยาแผนปัจจุบัน แต่มีการปรับยาเองเพื่อไม่ให้รบกวนความสามารถในการทำงาน โดยไม่ปรึกษาและบอกให้แพทย์รู้ จากประสบการณ์ที่ลุงขาวเล่ามานี้ จึงพออนุมานได้ว่า ลุงขาวคงจะลองผิดลองถูกกับการกินยาที่มีใครบอกว่าดีต่อไป ตราบใดที่ยังไม่พบยาที่สามารถรักษาเบาหวานที่เป็นอยู่ให้หายได้

ตาราง 8 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อแบบแผนการใช้สมุนไพรแบบที่ 2.3 และวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพ

ประเภทของแบบแผน	ปัจจัย (เบื้องต้น) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม	วิเคราะห์ความจำเป็นด้านบริการสุขภาพ
2.3 ใช้ยาแผนปัจจุบันก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในขั้นที่แสดงอาการรุนแรง		
ผู้ป่วยกลุ่มนี้ป่วยเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค จึงไม่ได้รับการรักษา ภาวะของโรคลุกลามไปจนแสดงอาการป่วยออกมา อาจรุนแรงถึงขั้นต้องเข้าโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการช่วยชีวิตแบบฉุกเฉิน	1. ความรุนแรงของโรคเมื่อครั้งแรกของการวินิจฉัยทำให้ผู้ป่วย ค่อนข้างกังวลกับความรุนแรงของโรคที่ตนเผชิญ แต่หากผู้ป่วยยังต้องมีการะมัดระวังรอบคอบ ความกังวลจะยิ่งมีมากขึ้น กรณีลุงแจ๊ค ไม่มีการะมัดระวังรอบคอบ แต่ภาวะของโรคลุกลามและมีโรคแทรกซ้อนแล้ว กรณีลุงขาว ยังมีการะมัดระวังรอบคอบ และมีอาชีพที่ต้องทำงานในที่สูง (รับจ้างเหมาทาสีอาคาร) จึงมีความเสี่ยงที่จะตกมา ไม่ว่าจะเป็นช่วงระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป 2. แม้ป้าฤทัยจะเคยความดันโลหิตขึ้นสูงถึง 300 มม.ปรอท แต่ผ่านพ้นมาได้ด้วยดี โดยมีลูกคอยรับส่งไปรพ. และโดยส่วนตัวของป้าไม่มีความกังวลในโรคนี้ แต่กังวลในโรคเบาหวานเพราะเห็นถึงอันตรายของโรคจากการที่สามีได้จากไปทั้งที่ได้รับการดูแลรักษาในระบบของรัฐ การขาดผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วย ต้องการรักษาโรคให้หายขาดและป้องกันอันตรายที่จะได้รับการกินยาแผนปัจจุบันเป็นเวลานาน	1. การประเมินผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญกับสมรรถนะ ในด้านวัฒนธรรม โดยเริ่มจากมี 1) cultural awareness คือมีความตระหนักว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต่างในวัฒนธรรมความเชื่อ ซึ่งจะต้องจัดการให้การบริการผู้ป่วยมีลักษณะเฉพาะกับความเป็นกลุ่มวัฒนธรรมย่อยกลุ่มหนึ่งที่ดำรงอยู่ในสังคมนี้มีเช่นนั้น จะส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ในทุกมิติ และ 2) มีความไวในการระบุปัญหาเชิงวัฒนธรรม (identify the cultural problem) ระบุกลุ่มผู้ป่วยได้ มองเห็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่เป็นลักษณะประจำกลุ่ม (และอาจมีพลวัต) เช่น - กลุ่มนี้มักมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีนัก และไม่ค่อยมีความเข้าใจหรือไม่มีโอกาสที่จะไปตรวจสุขภาพประจำปี ภาวะของโรคจึงลุกลามไปก่อนการตรวจพบ - กลุ่มนี้มักขาดผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดกับคนที่มีความดี แต่ลูกแยกครอบครัวออกไป จึงอยู่กันตามลำพัง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในสภาพที่คู่ของตนจากไปแล้ว บุคลากรสุขภาพต้องให้ความสนใจกับบุคคลกลุ่มนี้เป็น การเฉพาะ - ผู้สูงอายุมักกังวลกับปัญหาการเป็นภาระต่อลูกหลาน (Tantipidoke, 2007) จึงมักไม่เอ่ยปากร้องขอความช่วยเหลือ ดังนั้นต้องจัดบริการแบบเชิงรุก เพื่อตอบโต้ภัยความทุกข์ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ผู้ป่วยเผชิญหน้าอยู่ นอกจากนี้ ผลกระทบที่เป็นในระดับสังคมเช่นความสุขของผู้สูงวัย และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่บานปลายไปมาก เช่นกรณีลุงแจ๊ค ที่มีโรคแทรกซ้อนทุกระบบและปรับตัวไปในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับการชะลอโรคแทรกซ้อน เป็นต้น

แบบที่ 3 ใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน โดยใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลักและใช้ยาจากสมุนไพรเสริม มักไม่มีการปรับขนาดของยาแผนปัจจุบัน

เป็นการใช้ยาสมุนไพรในลักษณะเสริมยาแผนปัจจุบัน โดยยังคงใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลัก และหา ยาสมุนไพรมาใช้เสริม โดยไม่ลดขนาดยาแผนปัจจุบันลง เพราะยังพอใจกับผลการใช้ยาแผนปัจจุบัน อาจมี ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของยาสมุนไพรไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่หยุดยาแผนปัจจุบันเอง มักมี ประสบการณ์การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันมานาน หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้สามารถควบคุม โรคได้ผลดี

กรณีผู้ป่วย

ตาคำ (เขตเมือง 2)

ตาคำ (ชื่อสมมุติ) ชายไทย อายุ 70 ปี ป่วยเป็นเบาหวานมาประมาณ 15 ปี มีอาชีพทำสวน

ใช้สมุนไพรรางจืดกับใบเตย กินประจำ เวลาน้ำตาลสูง พอน้ำตาลลด ก็จะหยุด แต่ ยาหมอกินประจำ ปวดหลังมาก ก็ดื่มน้ำ 6 แก้ว กินรางจืด 6 ใบ ใบเตย 6 ใบ ดื่มน้ำให้ เหลือ 3 แก้ว ตอนนี้อยู่หลายเดือนแล้วไม่ได้กิน เพราะปกติ กินอาทิตย์หนึ่งก็หยุด ...

รางจืดกับใบเตยดื่มน้ำกินรวมกัน 3 แก้ว แต่ยาหมอกินประจำหลังสมุนไพรครึ่ง ชั่วโมง

นายสง่า (เขตเมือง 2)

นายสง่า (ชื่อสมมุติ) ผู้ป่วยชาย อายุ 56 ปี เป็นข้าราชการบำนาญ มีประสบการณ์เป็นผู้ป่วยของ แพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่ง หลังจากเคยเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์และให้ความ คิดเห็นดังนี้

เป็นนิ้วผ่าตัดตัดท่อน้ำดี เขาเอาเราไปวิจัยและเป็นคนที่ 6 ของประเทศ และเอา ท่อน้ำดีมาต่อกับตับ แล้วปล่อยสะสมไม่ดูแลตัวเอง ถ่ายท้องน้ำมีกลิ่นเหม็น พอถ่าย ออกมาแล้วเน่า จึงตัดทิ้ง ... ไม่ดื่มเหล้าไม่สูบบุหรี่ ... เมื่อก่อนเป็นเบาหวาน ความดัน แต่ตอนนี้หมอไม่ให้กินยาเบาหวานมา 2 ปีแล้ว 110 120 เพราะคุมได้ แต่หมอให้มา ตรวจทุก 3 เดือน ... เคยเป็นวิทยากร ... ออกกำลังกาย คุมอาหาร ต้องมีวินัย ... ตอนนี ้ความดันก็ 118 เคยกินขมิ้นชัน กระเทียม บดใส่แคปซูล อัดเม็ด หมอที่ ... (ระบุชื่อ โรงพยาบาลขนาดใหญ่) บอกว่าเจอเชื้อรา แต่ถ้าเรากินสดๆ กินได้ ... เลยค่อนข้างกลัว ยาเม็ด ... ไม่กินยาสมุนไพรแบบนี้แล้ว

สรุปภาพรวมของสาเหตุที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ

เนื้อหาในส่วนนี้ ส่วนหนึ่งมีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลในหัวข้อแบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและ การให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง แต่ในส่วนนี้จะเรียงโดยเอาประเด็นของสาเหตุหรือปัจจัยเป็นตัว ตั้ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ จะฉายภาพในระดับมหภาคของบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ ระบบ

บริการสุขภาพ และโครงสร้างเชิงวิธีคิด ทักษะคิด ความเชื่อของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีบริบทเฉพาะดังที่กล่าวถึงในส่วนที่ 1 รายละเอียดมีดังนี้

1. แหล่งข้อมูลด้านสมุนไพรที่เป็นที่พึ่ง

จากการวิเคราะห์แบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งทำให้เห็นว่า แหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโรค มีดังต่อไปนี้

1.1 ประสบการณ์การใช้สมุนไพรหรือคำแนะนำของคนใกล้ตัว หรือคนรู้จัก เช่น กรณีลุงแจ๊ค ลุงขาว และผู้ป่วยรายอื่น ๆ ซึ่งพบได้ทั้งในพื้นที่เขตชนบท เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และพื้นที่เขตเมือง

เวลาใครมีอะไรดีเกี่ยวกับสมุนไพร ปากต่อปาก เราก็เริ่มมาลอง คือเราลองมาหลายขนานแล้ว อย่างหมอ ... (บอกชื่อหมอ) ที่ (บอกชื่อจังหวัดแห่งหนึ่ง) เมื่อ 3-4 ปีที่ผ่านมา ที่เขาไปต่อแถวกินสมุนไพร ไม่ว่าจะเป็นมะเร็ง เบาหวาน คนไปต่อ (แถวรับยา) เสาร์อาทิตย์ สองสามพันคน เราก็ให้แกไปทดลองดู ไปเข้าเย็นกลับ ไปทุกเดือน เป็นเวลา 4-5 เดือน

(สัมภาษณ์ลุงแจ๊ค, เขตเมือง 2)

ยาที่ไหนเขาว่าดี ก็หามากิน

(สัมภาษณ์ลุงขาว, เขตชนบท 1)

ถั่วดาวอินคา ขอช้างบ้าน เขาเอาเม็ดไปแล้ว เอาเปลือกกับใบมาตากแห้ง แล้วเขาแบ่งให้มา เขาบอกว่า คนปวดขา กินแล้วจะดีมาก เขาวัดมันลดความดัน ลดอะไรเลยลองกินดู ปวดเข่า เข้าเลื่อม กินแล้วก็ไม่ลด กินแล้วก็อยู่เหมือนเดิม

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 11, เขตชนบท 2)

แต่ไอนี่เขาว่ากินได้ผลอยู่ (บอกชื่อการค้าผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร) ก็กินะเมื่อก่อนอยู่ราชบุรี มีคนเป็นอัมพฤกษ์ เขาเดินไม่ได้ เมียเขาซื้อยามาให้กิน มันเป็นแคปซูลนะ กินไปแล้ว เขาก็ช่วยเหลือตัวเองได้นะ จากที่เดินไม่ได้ ก็ช่วยเหลือตัวเองได้เดินได้ อะไรได้ มันทำมาจากเขากวางอ่อนที่มาจากประเทศนอก หนึ่งกล่องมี 30 เม็ด 1,500 บาท

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 11, เขตชนบท 2)

เหมือนถ้ามีอะไรดี ก็ลองกัน และก็ดูทางอินเทอร์เน็ต แต่ส่วนมากก็ไม่เชื่อ เชื่อคนบอกต่อมากกว่า

(สัมภาษณ์ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย, เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท)

กระเทียมโทนปั่นครึ่งซั้ว ใต้อะ ช่วยภูมิแพ้ ลดไขมัน ... มีคนเขาบอกมา รู้สึกภูมิแพ้จะดีขึ้น เจอพัดลมเป็นหวัด แต่ตอนนี้ดีขึ้น โดนแอร์ไม่เป็นไร

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 16, เขตเมือง 1)

เพื่อนแนะนำแปะตำปึง เขาไม่ได้เป็นเบาหวาน แต่มีประสบการณ์ เข้าเขาจะเด็ด
สามลิใบ (เอามากิน)

(สัมภาษณ์ ผู้ป่วย 22, เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท)

1.2 สื่อวิทยุ ได้แก่ กรณีลุงชาวที่กินยาสมุนไพรของอดีตนักร้องลูกทุ่งชื่อดังซึ่งมีโฆษณาตามวิทยุ
ทั่วประเทศ นายระวี นายกล้า และผู้ป่วยอื่นๆ โดยผู้ป่วยมาจากทั้งพื้นที่เขตชนบทและเขตเมือง

ฟังโฆษณาว่ายาสมุนไพรกินคู่กับยาแผนปัจจุบันได้ ... ฟังโฆษณาพวกสาหร่ายแดง
ฟังทุกวัน

(สัมภาษณ์นายกล้า, เขตชนบท 2)

เขาบอกเขาได้ อย. จากลาวด้วย จากไทยได้รางวัล AEC ปี60 ได้ 6 รางวัล ไม่เป็น
สองรองใครในประเทศไทย

เพราะเขาโฆษณา (สมุนไพรถึงเข้า) มันมีคนโทรเข้าไปในวิทยุไม่รู้เป็นหน้าม้าหรือ
เปล่า เขาบอกว่ากินแล้วดี

(สัมภาษณ์นายระวี, เขตชนบท 2)

มันจะมีคนโทรเข้ามาคุยเหมือนเป็นคนไข้ เขาจะถามว่าเมื่อก่อนเป็นอะไรมาถึงกิน
ยาตัวนี้แล้วคนไข้เขาก็จะตอบแล้วเหมือนเป็นการเติมกันมา

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 13, เขตชนบท 2)

ตรา ... กล่องสี่เหลี่ยม รู้จากรายการ เพื่อสุขภาพ จะมีการคุยทางโทรศัพท์ มีทั้ง
AM FM ฟังกลางคืน ตั้งแต่เที่ยงวันจนถึงเที่ยงคืน จะได้ฟังว่า คนไข้ก็เล่าให้เขาฟัง เขา
ทานยา เป็นหมอ ... (บอกชื่อดีเจ) ถ้าใครไม่มีสตางค์ ก็ให้ฟรี

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 20, เขตเมือง 1)

1.3 อินเทอร์เน็ต

กินยาสมุนไพรเชียงใหม่ น้ำตาลลง แล้วก็เลิกกิน ซื้อที่เจาะน้ำตาลมาเจาะเอง เขา
โฆษณาไขมัน ความดัน เบาหวาน คุมหลายอย่าง ก็ลองดู เป็นเม็ดแคปซูลอย่างเดียว
โฆษณาทางอินเทอร์เน็ต ก็เชื่อ ชั่วโงะนั้นเราไม่มีที่ฟัง ก็ไม่ได้ถามเภสัชกรหรือใคร เพราะ
ไปก็ต้องโดนกินยาแผนปัจจุบัน เราอยากสู้ตรงนี้

(สัมภาษณ์ป้าฤทัย, เขตเมือง 2)

1.4 การส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร ได้แก่ กรณีนายระวี (เขตชนบท 2)
ซึ่งไปซื้อสมุนไพรถึงเข้าจากบูทในห้างสรรพสินค้า และน้องสาวลุงแจ๊ค (เขตเมือง 2) ซึ่งไปซื้อยาสมุนไพรมารับ

แก่น้ำเหลืองเสียที่บูทในงานแสดงสินค้า การส่งเสริมการขายยาสมุนไพรเหล่านี้จึงเข้าถึงทั้งกลุ่มเขตชนบทและกลุ่มเขตเมือง

1.5 หน่วยบริการการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล

มีผู้ป่วยบางคนที่ได้รับข้อมูลโดยตรงจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่คนเหล่านี้เป็น อสม. ซึ่งคุ้นเคยกับบุคลากรในโรงพยาบาลอยู่แล้ว ในพื้นที่เขตชนบทสามารถเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้โดยตรง

รู้แต่ว่ากินสมุนไพร ปอกะกอก ไตจะเสื่อมลง ... หมอเค้าเสริมให้ดู

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 14, เขตชนบท 2)

จะใช้สมุนไพรรักษามาตลอด หากไม่หายจริง ๆ จึงจะพึ่งยาแผนปัจจุบัน ล่าสุดเป็น น้ำตาลสูงในเลือด มาเจาะวัดระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาลได้ 258 โดยคุณหมอให้กลับไป ควบคุมอาหารและปรับพฤติกรรมก่อน ทำให้ระดับน้ำตาลลดลงมาเหลือ 156 คุณหมอ จะจ่ายยา เลยบอกคุณหมอว่า ยังค่ะ ขอไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน จึงมีหมอแนะนำ ให้รับประทานยาสมุนไพร ตอนนี้เข้าปีที่ 3 ปีแล้วค่ะ

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 1, เขตชนบท 1)

มีอาการไม่ถ่ายติดต่อกัน 7 วัน คุณหมอเลยให้ยาใบชุมเห็ดเทศมา

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 4, เขตชนบท 1)

แหล่งข้อมูลสมุนไพรที่เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่เป็นแหล่งข้อมูลที่ควรต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น ข้อมูลจากการบอกต่อกันมา และข้อมูลจากโฆษณาสมุนไพรทางสื่อต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือกับข้อมูลที่ได้จากบุคคลที่ตนเองรู้จักมากกว่าข้อมูลผ่านสื่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าถึงคำแนะนำของบุคลากรที่มีความรู้ด้านสมุนไพร ผู้ป่วยมักเชื่อถือและปฏิบัติตาม แต่ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยอาจไม่แน่ใจและลังเลสงสัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาสมุนไพรที่ตนเองสนใจจะทดลองใช้ การตัดสินใจทดลองใช้แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องการหาทางเลือก ซึ่งความจำเป็นนี้อาจเกิดจากปัญหาสุขภาพที่ไม่อาจรอได้อีกต่อไป (เช่นกรณีลุงแจ๊คที่ร่างกายมีโรคแทรกซ้อนจนทรุดโทรมมาก) การลองผิดลองถูกเป็นการพิสูจน์ประสิทธิผลด้วยตนเอง เพื่อหาสมุนไพรที่สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ เมื่อยังไม่พบ ก็จะทดลองใช้ต่อไปเรื่อย ๆ

2. ช่องว่างที่เป็นอุปสรรค

เมื่อถามผู้ป่วยว่า เคยปรึกษาหรือบอกแพทย์ประจำที่รักษาโรคเรื้อรังของตนเองเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรหรือไม่ คำตอบที่ได้รับส่วนใหญ่คล้าย ๆ กัน คือ ไม่เคยปรึกษาหรือบอกแพทย์ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ไม่เคยถาม (ถ้า) ไปถามหมอ (หมอ) ก็ต้องให้กินยาแผนปัจจุบันอีก เคยเคยแล้วก็โดนว่า หมอบอกยาเท่านั้นที่ช่วยชีวิต ก็เลยไม่กล้าบอก ส่วนมากจะเอาสมุนไพรมาปรึกษาลูก เช่น เชียงดา ถามลูกว่าดีมั๊ย ลูกก็บอกแม่อย่าไปกินมาก ถ้าน้ำตาลลงก็ให้ลด

(สัมภาษณ์ป้าอุทัย, เขตเมือง 2)

ไม่ปรึกษา เพราะหมอหน้าคู คนไหนเป็นเบาหวานขึ้นสูง เขาไม่ให้กินสมุนไพร

(สัมภาษณ์ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย, เขตเมือง 2)

ไม่กล้าบอกหมอ เพราะกลัวหมอห้ามกินจะไปทำลายไต

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 23, เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท)

พอลาม (หมอ) แล้วก็บอกว่าลุงแก่แล้ว ลุงจะเอาดี ๆ เหมือนตอนหนุ่ม ๆ ได้อย่างไร

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 4, เขตชนบท 1)

คุณหมอแผนปัจจุบันก็ไม่ทราบว่าได้ทดลองใช้ยาสมุนไพร เพราะว่าเขาไม่ถามเราก็กินไม่ตอบ

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 3, เขตชนบท 1)

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางคน เช่น ลุงขาว และนายกล้า หลีกเลี้ยงที่จะบอกความจริงกับแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองในการดูแลสุขภาพและการใช้ยา ด้วยการทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงก่อนที่จะไปพบแพทย์ เพื่อมิให้ถูกแพทย์ตำหนิ เช่น กรณีลุงขาวใช้การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำตาลในเลือด

วันไหนจะมาหาหมอผมก็ออกกำลังกายก่อนซักสองวันให้น้ำตาลมันน้อย

(สัมภาษณ์ลุงขาว, เขตชนบท 1)

กรณีนายกล้าใช้วิธีการดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มชูกำลังก่อนไปตรวจ 10 วัน

ถ้ากินน้ำอัดลม (ระดับน้ำตาล) 140-145 ถ้าไม่กินเลย หรือถ้าจะไปตรวจสัก 10 วันงด ก็ไม่มี (ลดลงเหลือ) 120-130 ถ้าห้ามไม่ได้ก็เพิ่ม หมอก็ว่าจะเพิ่มยา

(สัมภาษณ์นายกล้า, เขตชนบท 2)

ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า มีช่องว่างในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับท่าทีของแพทย์ที่มักปฏิเสธการใช้สมุนไพร ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน จึงประเมินว่า ไม่ควรให้แพทย์รับรู้พฤติกรรมในการดูแลตนเองและการใช้สมุนไพรของตนเอง

3. การยอมรับว่าตนเองเป็น “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”

กรณีลุงขาว นางสมศรี นายกล้า และลุงแจ๊ค เป็นกรณีผู้ป่วยที่บอกชัดเจนในคำให้สัมภาษณ์ว่า ยอมรับไม่ได้กับการเปลี่ยนแปลงจากคนสุขภาพดีมาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การยอมรับไม่ได้ของผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาแสดงออกด้วยอาการต่าง ๆ กัน เช่น เขาอ่อน หรือรู้สึกหมดเรี่ยวแรง ท้อแท้ (ลุงขาว, นายกล้า) วิตกกังวล นอนไม่หลับ (นางสมศรี) ไม่สนใจไปตรวจรักษาอย่างจริงจัง (ลุงแจ๊ค) ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการรับรู้มาว่า โรคเรื้อรังรักษาไม่หาย โรคเรื้อรังทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงจากคนมีสุขภาพดีกลายเป็นคนป่วยที่ไม่สามารถ

ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และทำงานใช้แรงงานหนักไม่ได้ อีกส่วนหนึ่งมาจากผลข้างเคียงของยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากเกินไป ทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลม ใจสั่น (ลุงขาว) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (นายกกล้า) การยอมรับไม่ได้จึงเป็นผลมาจากการเป็นโรคและผลข้างเคียงของยาเอง

การยอมรับการเป็นโรคเรื้อรังไม่ได้ และต้องการทดลองวิธีการอื่น ๆ ก่อน ทำให้ผู้ป่วยบางคนหลีกเลี่ยงการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ตอนแรกก็รับไม่ได้ในเรื่องของการป่วย มาตามหมอนัด แต่จะไม่ทานยา เหมือนจะควบคุมตัวเองก่อนว่า ตัวเองทำได้มัย พยายามสรรหาสมุนไพร ... ว่าสมุนไพรไหนที่ลดน้ำตาลได้

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 2, เขตชนบท 1)

ผู้ป่วยบางคนรับรู้จากประสบการณ์ของคนในครอบครัวว่า โรคเรื้อรังที่ตัวเองเป็นอยู่ ถ้ารักษาแบบแผนปัจจุบันจะต้องกินยาตลอดชีวิต และต้องตรวจการทำงานของตับและไตเป็นระยะ ๆ ซึ่งเป็นภาระที่ยุงยาก และใช้เวลานานในการไปรอรับบริการที่โรงพยาบาล

เห็นคนในครอบครัว สามเดือนก็ต้องคอยตรวจเช็ค ตับ ไต ตลอดก็เลยกลัว คนในครอบครัวเป็นกันหมดเลย เลยกลัว (การรักษาแบบ) แผนปัจจุบันต้องกินยาตลอดต้องคอยตรวจตับ ไตเป็นระยะ ต้องมานั่งรอหมอเป็นวันๆ

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 1, เขตชนบท 1)

การที่ผู้ป่วยยอมรับการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้ ทำให้ไม่ยอมรับการใช้ยาแผนปัจจุบันตั้งแต่เริ่มต้น เช่น กรณีนางสมศรีไม่ยอมใช้ยาแผนปัจจุบัน แม้ว่าจะไปพบแพทย์และรับยาจากโรงพยาบาลมาแล้ว จนถึงจุดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงจำยอมต้องใช้ยาแผนปัจจุบัน แต่ก็ยังใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เพราะเห็นว่า แพทย์ให้ยามากเกินไป

เมื่อวิเคราะห์ด้วยมุมมองทางทฤษฎี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการขัดขวาง (disruption) และความไม่แน่นอน (uncertainty) จากการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในชีวิต โดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานไม่ได้ตามปกติ การต้องใช้เวลากับการมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ยาวนาน การต้องกินยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การต้องลดการกินอาหารที่เคยชอบ เป็นต้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ก็ไม่ได้ให้คำตอบที่แน่ใจได้ว่า ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคและมีสุขภาพดีได้ตลอดไป เพราะเป็นโรคที่ไม่หายขาด มีผลแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา และยังมีความเสี่ยงเกี่ยวกับการทำงานของตับและไตที่ผิดปกติ ซึ่งต้องติดตามเฝ้าระวังเป็นระยะ ๆ ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มไปในทางปฏิเสธ หลีกเลี่ยง หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

4. ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิผลของยาสมุนไพร

ผู้ป่วยเกือบทุกคนในกลุ่มเขตชนบท 1 และ 2 เชื่อมั่นในประสิทธิผลของยาสมุนไพร ผู้ป่วยใน 2 กลุ่มนี้ มีบรรพบุรุษที่อพยพโยกย้ายมาจากจังหวัดต่าง ๆ ในภาคอีสาน เช่นกรณีของนางสมศรีที่เล่าว่า เธอเห็น

แม่ใช้ยาสมุนไพรดูแลตนเองมาตั้งแต่เด็ก เมื่อเธอป่วยเธอจึงเลือกที่จะกินยาสมุนไพรที่แม่ต้มให้ ก่อนที่จะกินยาแผนปัจจุบัน ซึ่งช่วยให้เธอใช้เวลาการกินยาแผนปัจจุบันออกไป 2-3 ปี และเมื่อต้องกินยาแผนปัจจุบันร่วมกับยาต้มและยาสมุนไพรตัวอื่น ๆ เธอก็เลือกที่จะลดขนาดยาแผนปัจจุบันลง โดยเธออ้างว่า สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิผลของยาสมุนไพรจึงมาจากการมีประสบการณ์ได้รู้เห็นการใช้สมุนไพรของคนรุ่นก่อน ซึ่งสามารถพบในผู้ป่วยคนอื่น ๆ ได้เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

สมัยก่อนตาเคยทำสมุนไพร กลิ่นหอมคล้ายยาแสงสว่าง เป็นผงๆ ตอนเป็นเด็กก็กินอยู่ มันดีช่วยบำรุงเลือด คนท้องอ่อน ๆ กินไม่ได้เลย เมื่อตาเสีย ก็ไม่มีใครทำต่อเมื่อก่อนแม่ไปร้อยเอ็ดที่ ก็เอากลับมาที่ ... ตาเป็นหมอพื้นบ้าน ยาดี ใช้ได้ ปวดท้อง จุกท้อง เอามากินแป็บเดียว โล่ง

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 1, เขตชนบท 1)

สมุนไพรตั้งแต่ปู่แต่ย่าก็ใช้สมุนไพรกัน ขนาดเป็นไข้มาลาเรีย ชักตาเหลือก เอาบอระเพ็ดมาต้ม ยังหายเลย

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 3, เขตชนบท 1)

เกิดขึ้นมา 10 กว่าปีได้แล้ว แม่ไปผ่าตัดมดลูกหย่อน เพราะกลั้นฉี่ไม่ไหว แล้วแม่เป็นโรคประดง รักษาที่โรงพยาบาล ... หมอใช้แค่คาลามาย ผื่นขึ้นระหว่างอยู่โรงพยาบาล แม่บอกให้เอาไปต้มให้หน่อย เป็นยาประดงเลือดประดงลม แอบหมอกินใส่กระตัก หมอ(ถาม) ว่าทำไมหาย เราก็ไม่บอกว่ากินยาสมุนไพร

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 16, เขตเมือง 1)

กรณีลุงแจ๊ค ความทุกข์ของเขาอยู่ที่ปัญหาในการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยการใช้อินซูลิน ซึ่งน้ำตาลในเลือดของเขายังไม่เสถียร ทำให้มีอาการแสดงที่รบกวนตัวเขาอย่างชัดเจน เช่น อาการร้อนภายในแต่หนาวข้างนอก และกระอักกระอ่วน ลุงแจ๊คและน้องสาวจึงต้องหายาสมุนไพรมาช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดให้เสถียรขึ้น และช่วยลดอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งกำลังคุกคามสุขภาพให้ถดถอยลง ในแง่นี้ยาสมุนไพรจึงมีประสิทธิผลในการลดผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาฉีดอินซูลินได้

ผู้ป่วยที่ใช้ยาสมุนไพรตามการโฆษณาทางสื่อ การส่งเสริมการขาย หรือคำบอกต่อของผู้อื่นเป็นการใช้แบบทดลองใช้เพื่อพิสูจน์ว่าได้ผลจริงหรือไม่ และอาจเปลี่ยนไปใช้สมุนไพรตัวอื่น ๆ ได้เสมอ เมื่อพบว่าใช้ไม่ได้ผล

5. การประเมินผลการรักษา

วิธีการประเมินผลการรักษาตนเองของผู้ป่วย เป็นการประเมินสภาพร่างกายของตนเองหลังการใช้ยาสมุนไพร เช่น กรณีของนายระวีซึ่งกินสมุนไพรถึงเช้า เขาประเมินจากการมีความรู้สึกทางเพศดีขึ้น มีอาการปวดหลังลดลงหลังตื่นนอน ซึ่งผลการประเมินการรักษาตนเองที่ดี ทำให้เขาเริ่มหยุดกินยาแผนปัจจุบัน แต่ยังคงติดตามผลการตรวจเลือด หากพบว่า ผลการตรวจยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ก็จะกินยาสมุนไพรต่อไปอีก จึง

สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการแสวงหาการรักษาตนเองด้วยการใช้ยาสมุนไพร มีโอกาสที่จะหลุดออกจากการติดตามดูแลของระบบบริการสาธารณสุข หากผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เลือกวิธีการรักษาที่ดีกว่า แม้จะไม่ใช่ที่ยอมรับของแพทย์หรือบุคลากรในโรงพยาบาล

นายกกล้าประเมินผลการลดน้ำตาลในเลือด โดยการสังเกตน้ำตาลที่ถูกขับทางปัสสาวะ ทำให้เขากลับมาใช้ยาต้มสมุนไพรควบคุมน้ำตาลในเลือด เพราะสามารถประเมินผลการใช้ยาได้จากการสังเกตน้ำตาลปัสสาวะของตนเอง

ยังมีตัวอย่างการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งเปรียบเทียบผลการตรวจก่อนและหลังการรักษา ดังนี้

เรียนรู้ด้วยประสบการณ์ เจาะเลือดก่อนกินหนึ่งสัปดาห์ และหลังกิน ว่าน้ำตาลจะลดเท่าไร ก็ลองกินในสมุนไพรแต่ละตัวตัวละหนึ่งสัปดาห์ ขณะที่กินก็จะควบคุมอาหารไปด้วย กินให้เหมาะสม ... ถ้าผลิตจากโรงพยาบาลเลยจะไม่สงสัย แต่จะให้ซื้อกินหรือมาเร่ขาย ไม่เอา คนขายไม่ได้แถมหรือใครจะว่าไงไม่สน เอาที่เราวิจัยออกมาแน่นอนแล้วว่า กินแล้วมีผลอย่างไร เว้นแต่ว่าสมุนไพรเดี่ยว เช่นใบเตยก็จะมาหาข้อมูลที่โรงพยาบาล ถามคนที่โรงพยาบาล

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 1, เขตชนบท 1)

ถ้ามีอาการเพลีย หรือเวียนศีรษะ คุณหมอก็จะจัดยาหอมเทพจิตให้ไปรับประทาน พอกินยาลดน้ำตาลในเลือดของสมุนไพรแล้วมีผลด้านการเจริญอาหาร ซึ่งเมื่อกินแล้วเนี่ยจะกินข้าวได้ปกติ แล้วก็ไม่มีเพลีย ไม่เหนื่อย ตอนเป็นแรกๆจะเพลียเหนื่อย แล้วก็เขา(ยาสมุนไพรลดระดับน้ำตาลในเลือด) ดูแลกระเพาะด้วยนะ เมื่อก่อนกินอะไรนิดหน่อยก็จะอืด ยาจะดูแลกระเพาะ ดูแลตับ ดูแลน้ำดี เป็นคนที่ไม่มีน้ำดี เพราะถูกผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีไปแล้ว กินตัวนี้เลยรู้สึกว่าคุณได้หลายอย่าง ที่เห็นผลต่างคือไม่เพลียเหมือนคนเป็นเบาหวานคนอื่น

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 1, เขตชนบท 1)

พ่อเป็นทุกอย่างเบาหวาน ความดัน กินใบลำไยต้ม (ชื่อยา) ค่าไตไม่เคยขึ้น เสียชีวิตตอนอายุ 80 ปี เป็นคนต้มให้พ่อกิน แต่พ่อไม่ได้กินทุกวัน และหมอไม่ทราบ เพราะไม่ได้บอกหมอ ป้าข้าหลวงก็ไม่ได้บอก ไปเจอหมอ หมอบอกไตสูงดี ขนาดกินยาเบาหวานเยอะแยะ ไม่กล้าบอกหมอ เพราะกลัวหมอห้ามกินจะไปทำลายไต

(สัมภาษณ์ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย, เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท)

มีอาหารไม่ถ่ายติดต่อกัน 7 วัน คุณหมอเลยให้ยาใบชุมเห็ดเทศมา ผมว่าดีเพราะทานยาอื่นแล้วมวนท้อง แต่ใบชุมเห็ดประมาณ 2 ชั่วโมงก็โอเค แล้วก็ไม่มีอาการข้างเคียงใดๆ กินไปแล้วจะถ่ายประมาณ 3 ครั้ง ผมว่าใบชุมเห็ดเทศเป็นยาสมุนไพรที่ดี

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 4, เขตชนบท 1)

สมุนไพรที่ยอมรับ ชมื่นชั้นนี้ดีจริงๆ ใช้ประจำเพราะเป็นโรคกระเพาะ ถ้ากิน
อาหารพวกยำท้องจะอืด และเรอเหม็นเปรี้ยว พอทานก็ดี

(สัมภาษณ์ผู้ป่วย 3, เขตชนบท 1)

ความต้องการข้อมูลสารสนเทศด้านสมุนไพร

จากการศึกษาการให้บริการตอบคำถามเกี่ยวกับสมุนไพรของหน่วยข้อมูลสารสนเทศด้านสมุนไพร
จำนวน 3 แห่ง พบว่ามีรูปแบบในการให้บริการที่หลากหลาย เช่น การตอบคำถามผ่านทางเว็บไซต์ เฟซบุ๊ก
หรือทางโทรศัพท์ เฉพาะการให้บริการตอบคำถามผ่านทางเว็บไซต์ของ ๒ หน่วยงาน ในช่วงปี พ.ศ. 2550-
2559 มีจำนวนมากกว่า 2,000 คำถาม จำแนกเป็นประเภทความต้องการของข้อมูลสารสนเทศได้ดังนี้

- 1) การจำแนกสมุนไพร หรือต้องการรู้ชื่อวิทยาศาสตร์ ชื่อวงศ์ ชื่อภาษาอังกฤษ ชื่อพ้องลักษณะ
ของสมุนไพร
- 2) กลไกการออกฤทธิ์ในการรักษาสำคัญ
- 3) การเกิดอันตรกิริยาจากการใช้สมุนไพรร่วมกัน หรือการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน
อาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ความเป็นพิษ ความปลอดภัย การใช้ในหญิงตั้งครรภ์ให้
นมบุตร
- 4) ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ การนำไปใช้ข้อห้ามวิธีใช้ ส่วนที่ใช้ระยะเวลาการใช้การใช้สมุนไพร
แทนกัน การใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน
- 5) โรคชื่อโรค อาการ (ทางแผนไทย และแผนปัจจุบัน) การรักษาการปฏิบัติตัว
- 6) กรรมวิธีการผลิตหรือเตรียมยาสมุนไพร ได้แก่ การสกัด ตัวทำละลาย การแยก

และเมื่อจัดอันดับกลุ่มคำถาม 10 อันดับแรกพบว่า ข้อมูลสารสนเทศที่มีความต้องการสูงสุด คือ
การใช้สมุนไพรในการดูแลรักษาโรคต่างๆ อันดับถัดมาเป็นเรื่องของความปลอดภัยของยาสมุนไพร เช่น
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร รวมไปถึงการเกิดอันตรกิริยาของยาสมุนไพร นอกจากนี้ ยังรวมถึง
การผลิตยาหรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ชื่อของสารสำคัญ วิธีการใช้และระยะเวลาการใช้ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 9 แสดงลำดับลักษณะของคำถามข้อมูลสารสนเทศสมุนไพร 10 อันดับแรก ในการตอบคำถามผ่านเว็บไซต์ของฐานข้อมูลออนไลน์จำนวน 2 ฐาน

ลำดับที่	ลักษณะของคำถาม	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1	โรคนี้ใช้สมุนไพรได้บ้าง	307	16.01
2	อาการข้างเคียงอาการไม่พึงประสงค์ ความเป็นพิษ ความปลอดภัยการใช้ ในหญิงตั้งครรภ์ ให้นมบุตร	271	14.13
3	สรรพคุณสมุนไพรนี้ใช้รักษาโรคได้บ้าง รักษาโรคนี้ได้หรือไม่	220	11.47
4	ประโยชน์การนำไปใช้	167	8.71
5	กรรมวิธีการผลิตหรือเตรียมการสกัด ตัวทำละลาย แยก อณุมิติที่ใช้ ปริมาณที่ใช้ การกำจัดพิษ	166	8.65
6	สารสำคัญ	117	6.10
7	วิธีใช้ส่วนที่ใช้ ระยะเวลาการใช้	109	5.68
8	การเกิดอันตรกิริยาการใช้สมุนไพรด้วยกัน การใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันใช้ร่วมกันได้หรือไม่	105	5.47
9	ข้อห้ามใช้สมุนไพร ผลกระทบ(กับโรค)ใช้ในโรคนี้ได้หรือไม่	74	3.86
10	ชื่อโรค อาการทางแผนไทย แผนปัจจุบัน การรักษา การปฏิบัติตัว	67	3.49

จากการศึกษาการให้ข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีการส่งเสริมการใช้สมุนไพร และมีหน่วยให้ข้อมูลด้านสมุนไพร พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีการใช้ข้อมูลสารสนเทศผ่านช่องทางต่าง ๆ แก่ผู้สนใจจำนวน 44,473 ครั้ง โดยข้อมูลด้านสุขภาพที่มีการตอบมากที่สุด คือ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคต่าง ๆ มีจำนวนการให้ข้อมูล 10,695 ครั้ง ใน 1 ปี อันดับต่อมา คือ เรื่องยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีจำนวนการให้ข้อมูล 10,666 ครั้ง ใน 1 ปี และอันดับสุดท้าย คือ เรื่องสมุนไพร มีจำนวนการให้ข้อมูล 3,211 ครั้ง ใน 1 ปี ส่วนที่เหลือเป็นคำถามอื่น ๆ เช่น การซื้อขาย การขอศึกษาดูงาน และการฝึกอบรม โดยมีเรื่องที่ขอข้อมูลมาก 10 อันดับแรก ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงรายการเรื่องที่มีการขอข้อมูลมาก 10 อันดับแรก ของหน่วยให้ข้อมูลสมุนไพรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ลำดับ	โรค/อาการ	ผลิตภัณฑ์	สมุนไพร
1	เบาหวาน	เพชรสังฆาต	ขมิ้นชัน
2	กระดูกพรุน บางข้อเสื่อม	ขมิ้นชัน	เถาวัลย์เปรียง
3	ปวดเมื่อย	หญ้าปักกิ่ง	เพชรสังฆาต
4	ความดันโลหิตสูง	ชา/ลูกอมไม่อมยาข้าว	หญ้าปักกิ่ง
5	มะเร็ง	anti dark spot	รางจืด
6	ไต	เถาวัลย์เปรียง	ยอ
7	ชีสค์ เนื้องอก	น้ำมันรำข้าวและจมูกข้าว	บัวบก
8	ไขมันในเลือดสูง	กระดุกไก่ดำ	ฟ้าทะลายโจร
9	กรดไหลย้อน	ตรีผลา	รากสามสิบ
10	ริดสีดวง	ยอ	มะระขี้นก

จากข้อมูลที่ได้มานี้ ทำให้เห็นความต้องการข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสมุนไพรของประชาชน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการกำหนดเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเสริมความรู้และฝึกทักษะสำหรับเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพร ในการตอบคำถามและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนได้ตรงกับความต้องการ

จากการรวบรวมคำถามที่ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศได้รับจากประชาชนที่สอบถามเข้าไป สรุปได้ดังนี้

1. ยาสมุนไพรที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคที่เป็นอยู่หรือไม่ มีผลข้างเคียงอะไรหรือไม่ สามารถใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่หรือไม่
2. อาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากยาสมุนไพรหรือไม่
3. โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ควรใช้ยาสมุนไพรชนิดใดในการรักษา

เมื่อนำข้อสรุปข้างต้น มาวิเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาและการวิเคราะห์แบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ปัญหาการให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง และสาเหตุของแบบแผนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรข้างต้น สามารถวิเคราะห์หาสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการรู้ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ต้องการรู้เพิ่มเพราะเชื่อมั่นในความรู้ที่ตนได้รับมา แต่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นความรู้หรือความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่ง และเป็นความจำเป็นด้านบริการสุขภาพที่จะต้องเร่งตอบสนอง โดยเฉพาะความเข้าใจผิดที่นำมาสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและทำให้โรคลุกลามไปอย่างรวดเร็ว สิ่งที่เป็นนี้ได้แก่

1. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพรที่มีการใช้และบอกต่อกันมา ได้แก่ ยาสมุนไพรเหล่านั้นสามารถใช้รักษาโรคที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ มีผลข้างเคียงและผลเสียอะไรหรือไม่
2. วิธีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสมและจำเพาะกับภาวะโรคของผู้ป่วย ได้แก่ ยาสมุนไพรเหล่านั้นมีวิธีการทำ วิธีการใช้อย่างไร ขนาดที่ใช้เท่าใด

3. อันตรกิริยาระหว่างยาจากสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่มีจริงหรือไม่ ต้องระมัดระวังในสมุนไพรกลุ่มใด สามารถใช้ยาสมุนไพรเหล่านั้น ร่วมกับยาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่ได้หรือไม่ กรณีนี้จำเป็นต้องให้สาธารณสุขชนเข้าใจความรู้พื้นฐานด้านเภสัชจลนศาสตร์ โดยเน้นการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่น ตับ และไต เป็นการเร่งด่วน

4. ยาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่จะให้ไตเสื่อมได้จริงหรือไม่
5. ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ กับการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งหมดเหมาะสมแล้วหรือไม่ ในระบบบริการสุขภาพมีผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ต่อต้านการใช้สมุนไพรอยู่มากน้อยเพียงใด และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นได้อย่างไร

6. การประเมินประสิทธิผลของยา และการลุกลามของโรค รวมทั้งความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยังให้ความสำคัญน้อยเกินไป และอาจเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะคาร์บอนน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และขนาดการใช้ยา เช่น กรณีที่ไตทำงานได้น้อยลง แพทย์จำเป็นต้องสั่งใช้ยาอินซูลินลดลงเนื่องจากมีน้ำตาลรั่วออกทางปัสสาวะมากขึ้น แต่ผู้ป่วยตีความว่า การลดขนาดใช้ของอินซูลินที่ถูกสั่งใช้ลง และความรู้สึกสดชื่น มีกำลังวังชามากขึ้น เป็นผลจากจากการใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น

7. อาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากยาสมุนไพรหรือไม่

8. โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ควรใช้ยาสมุนไพรชนิดใดในการรักษา
9. ยาสมุนไพรที่ใช้มีสเตียรอยด์ผสมอยู่หรือไม่ จะตรวจสอบได้อย่างไร
10. ยาสมุนไพรที่ได้รับการรับรอง มีการวิจัยมาแล้วมีอะไรบ้าง หาซื้อได้จากแหล่งใด

การจะให้บริการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่กล่าวถึงทั้ง 10 ประเด็นนี้ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน การดำเนินของโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้สมุนไพร ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะรายบุคคล จึงจะสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ตรงจุดที่เป็นปัญหา และได้ผลรวมทั้งต้องมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องว่า มีการตีความข้อมูลหรืออาการป่วยผิดจากความจริงหรือไม่ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยไม่หลุดออกไปนอกระบบบริการสุขภาพ หรือต้องดึงผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยอาจต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เช่น ให้คำปรึกษาและพูดคุยเฉพาะกลุ่ม โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องมีประวัติการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ครบถ้วน โดยเฉพาะประวัติการใช้ยาทั้งสองแผน และประวัติความเจ็บป่วย และบริบทชีวิตทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

ประมวลภาพรวมเพื่อสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความจำเป็นทางสุขภาพ

การเป็นโรคเรื้อรังสร้างความทุกข์ให้กับผู้ป่วยดังที่ได้นำเสนอมา ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างน่าพอใจ เนื่องจากปัญหาคุณภาพบริการเองที่ยังเข้าไม่ถึงชีวิตจริงของผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมากขึ้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งหันไปแสวงหาข้อมูลและวิธีการรักษาด้วยตนเอง และอาจหลุดออกไปจากระบบบริการสุขภาพ การประมวลภาพความจำเป็นทางสุขภาพที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้จะเริ่มจากการกล่าวถึง "ความทุกข์ (suffering)" สาเหตุที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงนำไปสู่ข้อเสนอในการปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อให้อุปโภคความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยได้มากขึ้น ดังนี้

1. ความทุกข์จากภาพลักษณ์หรืออัตลักษณ์ทางสังคม (social identity) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภาพลักษณ์ที่สังคมมีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและอาจมีผลกระทบต่องานที่คาดหวังไม่ถึง จึงเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล และความทุกข์ใจของผู้ป่วย การเป็นโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หาย ต้องกินยาตลอดชีวิตแม้จะไม่มีอาการปรากฏแล้ว เป็นคนอ่อนแอหรือคนป่วย จึงเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ยากลำบาก ภาพลักษณ์นี้ถูกตอกย้ำผ่านการต้องกินยาเป็นประจำ ผ่านการพกพาไปกินหรือฉีดยาในที่ทำงาน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานบางประเภท จึงนำมาซึ่งความทุกข์แก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอต่อการแก้ไขปัญหานี้คือ สังคมจะต้องเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนี้เสียใหม่ และยุติการตีความที่จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ผู้ที่ควรเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการอาจเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เกษษกร แพทย์ หรือสาขาวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งนักสังคมศาสตร์ โดยผู้ที่ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจ (advocate) ต่อสังคมในเรื่องนี้ ต้องมีมุมมองทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ชัดเจน ส่วนผู้ให้การดูแลหรือบริบาล (caring) ผู้ป่วยควรมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) เพื่อให้การบริบาลเป็นไปตามแนวคิดการบริบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะตอบโจทย์ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

2. ความทุกข์จากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาที่ใช้

การใช้ยาแผนปัจจุบันบางชนิด เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน และยาลดความดันโลหิต ต้องการการติดตามผลการใช้อย่างใกล้ชิด เพราะขนาดใช้ของยาและการตอบสนองของผู้ป่วยมักแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นกับพฤติกรรมในการใช้ชีวิต ได้แก่ การกินอาหาร การเคลื่อนไหวของร่างกาย และสภาวะทางจิตใจอารมณ์ ผลแทรกซ้อนที่ต้องระวัง และความเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ อาการอันไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาในขนาดที่ไม่สอดคล้องกับสภาวะความเจ็บป่วยและสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากการไม่สามารถปรับยาได้ทันทั่วทั้งที่เป็นปัญหาที่สามารถพบได้บ่อย หากไม่มีการติดตามผลการใช้อย่างใกล้ชิด ดังที่พบในกรณีผู้ป่วยบางคนในการศึกษานี้มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เป็นลม หรือหมดสติ ภายหลังได้รับยาฉีดอินซูลินในช่วงแรกของการรักษา เพราะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป (hypoglycemia) ผู้ป่วยจึงลดขนาดยาลงด้วยตนเอง เพื่อไม่ให้รบกวนการทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดอาการเหล่านี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต และตอกย้ำความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของยาแผนปัจจุบัน และส่งผลเสียต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ข้อเสนอต่อการแก้ไขปัญหานี้คือ เกสเซอร์ในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจำเป็นต้องพัฒนางานบริการเภสัชกรรมบริบาลเชิงรุก โดยเน้นบทบาทในการติดตามผู้ป่วย (follow-up evaluation) อย่างทันทั่วทั้งที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ เช่นการสื่อสารออนไลน์ ร่วมกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ญาติ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกตโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วย (local world) การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย (care givers) ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การเสริมพลัง (empowerment) และสร้างเป็นเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (popular sector) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพและครอบคลุมได้มากขึ้น

3. โรคเรื้อรังกับความมั่นคงทางการทำงานและอาชีพ (chronic disease and job security)

ความทุกข์ที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลต่อชีวิตการทำงานของผู้ป่วย และอาจกระทบต่อความมั่นคงในการประกอบอาชีพ ซึ่งจะกระทบต่อชีวิตโดยรวมทั้งหมดของผู้ป่วยในที่สุด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ที่เป็นผู้ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน เช่น ลุงขาว นายกล้า และนางเยา (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) เป็นกรณีตัวอย่างที่สะท้อนปัญหาความทุกข์ในเรื่องนี้ ผู้ป่วยทั้งสามคนนี้เลือกที่จะปรับตัวในการจัดการกับโรคเรื้อรัง (ดูแบบแผนพฤติกรรมของทั้ง 3 คนนี้ในแบบที่ 2.3, 2.2.2 และ 2.2.1 ตามลำดับ) แทนที่จะปรับการทำงานและอาชีพให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นโรคเรื้อรัง การใช้ยาสมุนไพรเป็นหนึ่งในวิธีการจัดการกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเหล่านี้ฝากความหวังไว้ ผู้ป่วยบางคนเช่น ลุงขาว และนายกล้าเลือกที่จะปรับการใช้ยาแผนปัจจุบันเองเพื่อไม่ให้รบกวนต่อประสิทธิภาพการทำงาน เพราะการหย่อนประสิทธิภาพในการทำงานอาจทำให้ไม่มีผู้ว่าจ้างหรือถูกเลิกจ้างงานได้

ข้อเสนอต่อการแก้ไขปัญหานี้ จำเป็นต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วยตาม “ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก ที่ระบุถึง “สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล

ที่มีคุณภาพดี" (วิฑูรย์, 2551) โดยต้องถือว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อความมั่นคงในอาชีพการงาน เพื่อให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเป็นภารกิจเบื้องต้นที่จำเป็นของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ภารกิจในลำดับถัดไป คือ การทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง การสร้างความร่วมมือทางสังคมในระดับครอบครัว ชุมชน หรือสถานที่ทำงาน เพื่อให้เอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อโรค หรือทำให้โรคลุกลามมากยิ่งขึ้น โดยมีเป้าประสงค์เป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับแรงงานที่สร้างผลผลิตให้กับสังคม แทนที่จะปล่อยให้เป็นการระของสังคมในอนาคต

4. ความทุกข์จากการสูญเสียความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน (loss of self)

ความทุกข์อีกประการหนึ่งคือ การสูญเสียความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน เป็นความทุกข์ที่เกิดต่อเนื่องจาก 3 ข้อข้างต้น แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีทางออก เช่น ไม่สามารถจัดการให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ หรือขาดบุคคลใกล้ชิดที่คอยให้กำลังใจที่จะเดินหน้าต่อไป ซึ่งอาจขยายตัวไปสู่การมองไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง และอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า ดังที่พบว่า ในการสำรวจความชุกของการเป็นโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่า 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป

ข้อเสนอเพื่อปรับการให้บริการสุขภาพในการตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพ

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อปรับการให้บริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเฉพาะเจาะจง ดังต่อไปนี้

1. ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงและเข้าใจโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มากขึ้น เพื่อให้เข้าใจบริบทชีวิต ความเชื่อ ทศนคติ วิธีคิด การให้คุณค่าและความหมายต่อชีวิต ครอบครัว การงาน ความเจ็บป่วย และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ และเข้าใจชีวิต ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย

2. ให้ความใส่ใจต่อความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติของผู้ป่วยจากภาวะโรค หรือผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญที่มักทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ได้รับ และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม โดยแสวงหาความร่วมมือจากครอบครัว ญาติ ชุมชน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

3. ให้ความใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วยที่ว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ควบคุมได้ยาก เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีความแน่นอน และไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม โดยอาจแสวงหาความร่วมมือจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์

4. การให้ความใส่ใจกับการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง โดยไม่ผลักให้เป็นความผิดของผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง แต่มีวิธีการที่เหมาะสมในการหาสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือหรือจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการให้ความร่วมมือ หรือสร้างปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

5. การให้ความเคารพต่อการแสวงหาการรักษาและการตัดสินใจในการรักษาโรคเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ป่วย

6. การใช้เวลาในการรับฟังความต้องการและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ (expert knowledge) กับความรู้ของผู้ป่วย (patient knowledge)

7. การจัดให้มีหน่วยบริการให้ข้อมูลและบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสมุนไพรที่ทำงานเชิงรุกและเข้าถึงความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย

ในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการสุขภาพและเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม (cultural competency) ของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยได้มากขึ้น

จากข้อเสนอข้างต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะสมรรถนะที่จำเป็นของเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรมีดังต่อไปนี้

1) ทักษะในการเข้าถึงและเข้าใจโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วยภายใต้โครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจการเมือง

2) ทักษะในการเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความหมายของผู้ป่วยและสังคมต่อความเจ็บป่วย ความคาดหวังของผู้ป่วย และเป้าประสงค์ของการบำบัดรักษา

3) ทักษะในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยกับมุมมองทางการแพทย์

4) ทักษะในการประเมินความต้องการทางสุขภาพและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย

5) ทักษะในการโน้มน้าวผู้ป่วยเพื่อให้ตระหนักถึงความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย และสร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของผู้ป่วย

สรุป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนหนึ่งมีการแสวงหาจากสมุนไพรมาใช้เพื่อเสริมการใช้ยาแผนปัจจุบัน บางคนอาจใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน โดยเลือกใช้ยาสมุนไพรที่มีการบอกต่อกัน โดยเฉพาะจากคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และไม่บอกให้แพทย์ทราบว่าใช้สมุนไพรอยู่ ผู้ป่วยบางคนประสบความสำเร็จในการควบคุมให้โรคไม่กำเริบขึ้น แต่บางคน โดยเฉพาะคนที่ไม่ไปรับการตรวจรักษา

ต่อเรื่องที่โรงพยาบาล มีแนวโน้มว่า จะไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น มีน้ำตาลในเลือดสูง หรือความดันโลหิตยังคงสูง ยังคงมีช่องว่างในการสื่อสารและการรับรู้ระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรัง ทั้งโดยการใช้ยาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพร ซึ่งเป็นความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นดังกล่าว

บทที่ 5

นโยบายและแผนการพัฒนาศูนย์ไพร

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการใช้ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ ทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน โดยเน้นการใช้ประโยชน์ในระบบบริการสาธารณสุขและในระบบสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ความสำคัญนี้ได้รับการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ความว่า

รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

และในมาตรา 57 ที่บัญญัติว่า

รัฐต้องอนุรักษ์ พื้นฟู และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมและจารีตประเพณีอันดีงามของท้องถิ่นและของชาติและอนุรักษ์ คุ้มครอง บำรุงรักษา พื้นฟู บริหารจัดการ และใช้หรือจัดให้มีการใช้ประโยชน์จาก ทรัพยากร ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางชีวภาพ ให้เกิดประโยชน์ อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยต้องให้ประชาชนและชุมชนในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ดำเนินการและได้รับประโยชน์

สมุนไพรเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของไทย ที่สามารถเป็นตัวแทนของภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม ความเป็นท้องถิ่น และความหลากหลายทางชีวภาพ ดังที่กล่าวถึงในรัฐธรรมนูญ มีความพยายามอย่างต่อเนื่องของภาครัฐในการพัฒนาศูนย์ไพรโดยผ่านการกำหนดเป็น นโยบายและแผนต่าง ๆ โดยคาดหวังว่าสมุนไพรจะช่วยในการแก้ไขปัญหาบางอย่างในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประเทศ

การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะและแผนในบทนี้ ตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่า นโยบายสาธารณะและแผน เป็นภาพสะท้อนความต้องการของระบบในการตอบสนองต่อสถานการณ์และความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา สาธารณะบางอย่าง แม้นโยบายส่วนใหญ่จะริเริ่มมาจากผู้กำหนดนโยบายซึ่งเป็นฝ่ายการเมืองหรือผู้บริหาร ระดับสูงในระบบบริหารราชการแผ่นดิน แต่การที่นโยบายหนึ่ง ๆ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในวงกว้างได้ ย่อม แสดงถึงการยอมรับในความสมเหตุสมผลของนโยบายได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เมื่อนโยบายแปรไปสู่ มาตรการในทางปฏิบัติผ่านแผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม อาจพบในภายหลังว่า ยังมีบางสิ่ง

บางอย่างที่บกพร่องหรือขาดหายไป ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ครบถ้วนองค์ประกอบของเหตุปัจจัยที่จะนำไปสู่ผลสำเร็จที่ต้องการ การวิเคราะห์นโยบายโดยเฉพาะในส่วนมาตรการการขับเคลื่อนนโยบาย จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการปรับแผนงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้มากขึ้น

การวิจัยนี้สนใจศึกษาวิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายและนโยบายในปัจจุบันของประเทศที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร ในประเด็นเกี่ยวกับมาตรการนโยบาย กลไกและระบบสนับสนุน (เฉพาะส่วนที่มีผลหรืออาจมีผลต่อการพัฒนาสมุนไพร) รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับการขับเคลื่อนนโยบายและแผนให้ประสบความสำเร็จ

พัฒนาการในอดีตของนโยบายเกี่ยวกับสมุนไพรในประเทศไทย

ในยุคของการพัฒนาประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาสมุนไพรได้รับการบรรจุเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โดยได้กำหนดให้มีโครงการวิจัยยาและสมุนไพร ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขานรับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ขององค์การอนามัยโลก มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและประสานความร่วมมือกับภาคต่าง ๆ ทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชนการพัฒนาและใช้สมุนไพรเริ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับนี้ โดยอยู่ในกลวิธีและมาตรการดำเนินงานของการสาธารณสุขมูลฐาน เกี่ยวกับการจัดหาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน ดังนี้

*ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เพราะมีราคาถูกหรือสามารถจัดหาได้
โดยไม่เสียเงิน มีประสิทธิภาพและได้มีการยอมรับอยู่แล้วจากตัวประชาชนในชนบทเอง
ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาโรคง่าย ๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ให้ดำเนินการดังนี้*

-คัดเลือกชนิดของสมุนไพรต่างๆ ที่มีคุณภาพดี ไม่มีพิษภัย

-ดำเนินการแพร่พันธุ์ จัดหา ผลิตเป็นยาสมุนไพร

-ส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชน โดยใช้อาสาสมัคร

(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2556)

ต่อมา ในปี พ.ศ. 2527-2529 มีการจัดทำโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น โดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2528 มีการจัดทำรายการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนใช้ยาจากสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยเชิญอาจารย์แพทย์แผนโบราณ อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ นักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชนมาร่วมกันจัดทำ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528)

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขสองฉบับต่อมา ได้มุ่งสนับสนุนและส่งเสริมการนำสมุนไพรไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน และให้มีคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร เป็นยาแผนปัจจุบันและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ จากสมุนไพร เพื่อนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ทั้งในสถานบริการของรัฐ การสาธารณสุขมูลฐาน และเพื่อการส่งออก ถัดจากนั้น แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 กล่าวถึงการพัฒนาเวชภัณฑ์และระบบอุตสาหกรรมยาไทย แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 กล่าวถึงการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน และการพัฒนาสมุนไพรไทยสู่สากล แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 กำหนดให้พัฒนาตำรับยาและยาสมุนไพรให้ปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครองอย่างเป็นระบบ ล่าสุด แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 12 ระบุให้มีการพัฒนาธุรกิจจากสมุนไพรเพื่อให้มียาทดแทนการนำเข้า

นอกเหนือจากนโยบายของประเทศที่ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ยังปรากฏมีนโยบายที่เกิดขึ้นจากรัฐบาลในบางยุคบางสมัยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมุนไพร ที่สำคัญได้แก่

1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2548-2552 ซึ่งผลักดันโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น (นางสุตารัตน์ เกยุราพันธุ์) โดยให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการประสานแผน แต่ประสบกับปัญหาสำคัญ คือ ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณจำนวนมากให้กับแผนยุทธศาสตร์ และต้องล้มเลิกไปเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง

2) นโยบายของรัฐบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ซึ่งประกาศให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์รองรับการดำเนินงาน 4 ด้าน ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทยที่ได้มาตรฐานหรือ product hub ซึ่งต่อมา ในสมัยที่นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตรเป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. 2554-2556) รัฐบาลยังคงประกาศให้นโยบาย medical hub เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของรัฐบาลโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์) ได้กำหนดให้การ “สนับสนุนนโยบายการเสริมสร้างรายได้สุขภาพของประเทศ ทั้งด้านยาสมุนไพรไทย อาหาร สินค้าพื้นเมือง รวมถึงการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ โดยไม่ให้เกิดผลกระทบทางลบต่อระบบบริการภาครัฐ” เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว

นโยบายและแผนการพัฒนาสมุนไพรในยุคปัจจุบัน

ความต้องการในการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นกระแสความต้องการที่เกิดขึ้นทั่วโลกในปี 2545 องค์การอนามัยโลกจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิม โดยมียุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ คือ การบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริมเข้าสู่ระบบสุขภาพ (integration of traditional and complementary medicine into health systems) การส่งเสริมการบริการและผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิผลและมีคุณภาพ (safety, efficacy and quality) การเข้าถึงการบริการของผู้ใช้บริการ (accessibility) และการส่งเสริมการใช้บริการและผลิตภัณฑ์ที่

สมเหตุผล (rational use) ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิม ปี 2014-2023 โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1) สร้างฐานความรู้เพื่อการพัฒนา นโยบายที่เหมาะสมของรัฐบาล ที่เข้าใจและยอมรับบทบาทและศักยภาพของการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริม 2) สร้างความเข้มแข็งให้กับการประกันคุณภาพ ความปลอดภัย การใช้ที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิผล โดยการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์ การปฏิบัติ และผู้ประกอบการวิชาชีพ ผ่านการให้การศึกษา การฝึกอบรม การพัฒนาทักษะ การให้บริการ และการบำบัดรักษา 3) ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) โดยบูรณาการบริการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่การให้บริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการใช้ประโยชน์จากศักยภาพของการแพทย์ดั้งเดิมอย่างเต็มที่ เพื่อให้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น และโดยการทำให้มั่นใจได้ว่า ผู้ใช้การแพทย์ดั้งเดิมเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ก่อนการเลือกใช้ (World Health Organization, 2013)

แผนยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบการพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกให้กับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย การบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมในเชิงโครงสร้างการบริหารราชการ คือ การกำหนดให้มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแตกต่างจากประเทศจีนที่มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนจีนแยกออกมาเป็นการเฉพาะ การบูรณาการการแพทย์ที่มีแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกันในสถานบริการสาธารณสุขเดียวกัน ทำให้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะและทักษะในการให้บริการทางการแพทย์เชิงบูรณาการ

นโยบายประเทศไทย 4.0 สู่อุตสาหกรรมที่สร้างมูลค่าด้วยนวัตกรรม

ประเทศไทย 4.0 (กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา, 2559) เป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย หรือ โมเดลพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาล ภายใต้การนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่เข้ามาบริหารประเทศบนวิสัยทัศน์ที่ว่า “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ที่มีภารกิจสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ เพื่อปรับแก้ จัดระบบ ปรับทิศทาง และสร้างหนทางพัฒนาประเทศให้เจริญ สามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงในศตวรรษที่ 21 โดยมุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ ‘เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม’ (value-based economy) เพื่อก้าวข้ามกับดักประเทศรายได้ปานกลางเปลี่ยนจากความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศที่มีอยู่ 2 ด้าน คือ ความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขัน ขณะเดียวกันยังต้องเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจอุตสาหกรรมที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม มุ่งเน้นการเพิ่มมูลค่า (value added) ไปสู่การสร้างมูลค่า (high value) หรือการสร้างผลิตภาพ (productivity)

การขับเคลื่อนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบใหม่ดังกล่าว ต้องเติมเต็มด้วยวิทยาการความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งเน้น 5 กลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ (food, agriculture & bio-tech)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (health, wellness & bio-medical)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ และระบบเครื่องกล ที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ควบคุม (smart devices, robotics & mechatronics)

กลุ่มที่ 4 กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อการทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์ และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (digital, internet of things, artificial intelligence & embedded technology)

กลุ่มที่ 5 กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง (creative, culture & high value services)

การขับเคลื่อนเศรษฐกิจและภาคธุรกิจอุตสาหกรรม ภายใต้โมเดล ‘ประเทศไทย 4.0’ นั้น จะต้องเริ่มจากสร้างความเข้มแข็งจากภายใน คือ การยกระดับนวัตกรรม เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้ประกอบการ ชุมชน และเครือข่ายในทุกภาคส่วนของประเทศ เมื่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศเข้มแข็งแล้ว สิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป คือ การเชื่อมโยงกับภายนอก ทั้งในรูปแบบภูมิภาค เช่น กลุ่มประเทศอาเซียน และการเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจโลกต่อไป

การพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อสร้างเศรษฐกิจสอดคล้องกับการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยเหตุผลที่ว่า สมุนไพรสามารถนำไปสร้างนวัตกรรม เป็น innovative products ที่ตอบโจทย์ "การทำน้อยได้มาก" จึงเป็นส่วนหนึ่งของ productive growth engine สมุนไพรเกี่ยวข้องกับคนส่วนใหญ่ เริ่มตั้งแต่เกษตรกร เป็นผู้ปลูกสมุนไพร ผู้ประกอบธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม นักวิชาการและนักวิจัยในสถาบันการศึกษา ตลอดจนผู้ประกอบการค้าในตลาด จึงเป็นส่วนหนึ่งของ inclusive growth engine สมุนไพรตอบโจทย์การพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนาที่สร้างสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม จึงเป็นส่วนหนึ่งของ green growth engine สมุนไพรยังสามารถต่อยอดไปสู่อย่างน้อย 3 อุตสาหกรรมเป้าหมาย คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ กลุ่มที่ 2 กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพและกลุ่มที่ 5 กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง (สุวิทย์, 2559)

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560–2564 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2559) จัดทำขึ้นตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 ที่ให้ “กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์กระทรวงพาณิชย์พัฒนาพืชสมุนไพรไทย ให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพเพื่อให้เป็นที่ยอมรับและสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสมุนไพรไทยด้วย” โดยมีจุดหมายปลายทาง คือ “สมุนไพรไทย เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย” (Thai herbs for health and sustainable economy) แผนแม่บทฯ นี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2559

ในแผนแม่บทฯ นี้ได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการพัฒนาสมุนไพรไทยไว้ดังนี้

1) การบริหารจัดการสมุนไพรไม่เป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนวัตถุดิบหลายชนิด คุณภาพวัตถุดิบไม่ผ่านมาตรฐาน และปัญหาด้านการกำหนดมาตรฐานคุณภาพวัตถุดิบ

2) ผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กที่มีความสามารถในการแข่งขันน้อย ทำให้สัดส่วนสถานประกอบการผลิตสมุนไพรที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตต่อทั้งหมดนั้นน้อยมาก (ร้อยละ 4.47) จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้ได้รับรองมาตรฐานการผลิต รวมถึงให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนเพื่อให้เกิดศักยภาพตามกำหนด

3) ด้านตลาดสมุนไพรไทย พบว่ามีปัญหาจากความท้าทายจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและข้อตกลงทางการค้าที่เป็นอุปสรรคต่อการผลิตและจำหน่ายสินค้า

4) ด้านการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร พบว่ายังค่อนข้างกระจุกกระจาย และไม่เพียงพอต่อการรองรับการพัฒนาสมุนไพรของประเทศ

5) การจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรในการส่งเสริมสมุนไพรไทยที่ผ่านมาไม่มีทิศทางที่ชัดเจน ทำให้การพัฒนาสมุนไพรที่เกิดขึ้นไม่สามารถนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์อย่างที่ตั้งใจได้

6) แม้ผู้ที่เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายในหลายระดับได้ให้ความสำคัญกับสมุนไพร แต่การดำเนินการที่ผ่านมา ยังมีลักษณะแบบชั่วคราว ไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและถาวร เกิดการดำเนินการซ้ำซ้อน

7) เกิดอุปสรรคจากกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้การพัฒนาสมุนไพรที่ผ่านมาไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

แผนแม่บท ฯ ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย สถานการณ์ ยุทธศาสตร์ มาตรการ และแผนงานต่าง ๆ ที่ครอบคลุมการพัฒนาสมุนไพรไทยตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เพื่อให้ใน 5 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นประเทศที่ส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรชั้นนำของภูมิภาคอาเซียน และมูลค่าของวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศเพิ่มขึ้น อย่างน้อย 1 เท่าตัวโดยมียุทธศาสตร์ 4 ด้าน เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยยุทธศาสตร์ที่ 1-3 มีเป้าหมายในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรให้ครบวงจรเริ่มตั้งแต่การผลิตวัตถุดิบ และสารสกัดสมุนไพรที่ตรงตามความต้องการและมีคุณภาพ (การส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรไทยในช่วงต้นทาง) การผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรด้วยกระบวนการผลิตที่มีคุณภาพและได้รับการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ เพื่อพัฒนาความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการและสร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภค (การส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรไทยในช่วงกลางทาง) และการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมทั้งผลักดันให้เกิดการใช้สมุนไพร เพื่อการรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ของประชาชนร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบสาธารณสุข (การส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพรไทยในช่วงปลายทาง) ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 4 มีเป้าหมายในการสร้างกลไก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการพัฒนาสมุนไพรไทยอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ทั้งด้านกลไกเชิงนโยบายที่มั่นคง กลไกการกำหนดทิศทางในการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรและกลไกการสนับสนุนที่จะเอื้อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนและแก้ไขอุปสรรคด้านกฎระเบียบ เพื่อให้การดำเนินการที่เป็นไปตาม ยุทธศาสตร์ที่ 1-4 สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การสอดประสานของยุทธศาสตร์ทั้งสี่ภายใต้แผนแม่บทฯ นี้ จะเป็นกลไกการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรไทยแบบครบวงจร

รายละเอียดเกี่ยวกับมาตรการตามยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ มีมาตรการสำคัญ 3 ข้อ ได้แก่

1.1 การจัดการห่วงโซ่อุปทานซึ่งเป็นการจัดการให้มีวัตถุดิบสมุนไพรที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด ทั้งชนิด ปริมาณ และคุณภาพ โดยกำหนดมาตรฐานการปลูกและการเก็บเกี่ยว จัดทำแผนที่ความเหมาะสมของที่ดินสำหรับปลูกพืชสมุนไพร สนับสนุนให้มีการแปรรูปเพื่อเพิ่มมูลค่าวัตถุดิบสมุนไพร จัดทำฐานข้อมูลพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพร เพิ่มบริการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบ และการจัดตั้งตลาดกลางสมุนไพร

1.2 การวิจัยและการจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพรมีการวิจัยและพัฒนาพันธุ์พืชสมุนไพรเพื่อเป็นวัตถุดิบ การจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานวัตถุดิบสมุนไพรเครื่องยาตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย (materia medica) และการจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานสมุนไพรในตำรามาตรฐานสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia, THP) และการผลิตสารมาตรฐานสำหรับควบคุม (reference standards)

1.3 การอนุรักษ์และการใช้พืชสมุนไพรจากป่าอย่างยั่งยืน ส่งเสริมให้มีการจัดทำฐานข้อมูลพันธุ์พืชและภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์ อนุรักษ์พันธุกรรมของพืชท้องถิ่นของประเทศไทยทั้งในรูปเมล็ดและต้นพันธุ์

2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล มี 3 มาตรการสำคัญ คือ

2.1 การพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรไทย โดยมีการเพิ่มผลิตภาพ (productivity) ของสถานประกอบการผลิต การยกระดับคุณภาพและเพิ่มความหลากหลายของผลิตภัณฑ์โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การยกระดับความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพร

2.2 การวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทย โดยส่งเสริมให้มีการยกระดับศูนย์วิจัยและห้องปฏิบัติการสำหรับการวิจัยให้ได้มาตรฐานสากล การปรับปรุงการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสนับสนุนการแข่งขัน การส่งเสริมการจดสิทธิบัตรและอนุสิทธิบัตรงานวิจัยสมุนไพรทั้งในและต่างประเทศ และการเชื่อมโยงและลดช่องว่างการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.3 การพัฒนาการตลาดสมุนไพรไทย โดยเพิ่มช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์สมุนไพร การเพิ่มช่องทางการตลาดและกระจายสินค้าเชิงรุกทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการสร้างภาพ

นำเชื่อถือให้กับผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยกย่องผู้ประกอบการเพื่อการส่งออกและผลักดันให้ประเทศไทยเป็น ศูนย์กลางการจัดงานผลิตภัณฑ์สมุนไพร (herbal expo) ในระดับ ASEAN

3.ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ มี มาตรการสำคัญ 6 ข้อ ได้แก่

3.1 การพัฒนาโครงสร้าง ส่งเสริมการจัดบริการและการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ การยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ให้การรักษาดำเนินการตามแนวทางแพทย์แผนไทย การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย (Clinical Practice Guideline, CPG) ให้เป็นที่ยอมรับ การสื่อสารผลงานวิจัยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นของการใช้ยาแผนไทยต่อสหวิชาชีพ และการเพิ่มอัตราการใช้บุคลากรแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข

3.2 การวิจัย เสริมสร้างองค์ความรู้ มาตรฐานคุณภาพ และความเสี่ยง ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการ ประเมินและวิจัยยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ครอบคลุมทุกตำรับ การวิจัยทางคลินิกของตำรับยาสมุนไพรเพื่อเพิ่มตำรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จัดทำมาตรฐานเภสัชตำรับของตำรับยาสมุนไพร (Thai Preparation Herbal Pharmacopoeia) และการวิจัยคุณประโยชน์ของสมุนไพรในอาหารหรือใช้ในการปรุงอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

3.3 การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการของการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การพัฒนาการศึกษาของ แพทย์แผนไทยให้มีการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น รวมทั้งขยายการศึกษาเฉพาะทางหลังปริญญา พัฒนาหลักสูตรเฉพาะ เพื่อการผลิตเภสัชกรด้านสมุนไพร การบรรจุวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในหลักสูตรแพทย์แผน ปัจจุบันและบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น และการบรรจุความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็น ความรู้พื้นฐานในการศึกษาทุกระดับตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับอุดมศึกษา

3.4 การจัดการและการเข้าถึงยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ การเพิ่มตำรับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ครอบคลุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยการทบทวนและปรับปรุงเกณฑ์ การคัดเลือกการสนับสนุนการมียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลทุกระดับ การส่งเสริมการ ผลิตยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติโดยสถานที่ผลิตที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน PIC/S GMP และการ ผลักดันยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งเร่งรัด ปรับปรุงการขึ้น ทะเบียนยาสมุนไพรให้รวดเร็ว

3.5 การใช้สมุนไพรในการส่งเสริมสุขภาพและในการป้องกันโรคในชุมชนและบทบาทหมอพื้นบ้าน ได้แก่ การจัดระบบดูแลกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้สูงอายุและมารดาหลังคลอด สํารวจ รวบรวมองค์ความรู้ และส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนา เครือข่ายชมรมหมอพื้นบ้าน/อสม./แพทย์แผนไทยในชุมชนให้เข้มแข็ง การประสานงานองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพประชาชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรที่ เกี่ยวข้องในกระบวนการผลิตสัตว์และสัตว์เลี้ยงในชุมชน

4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่างยั่งยืน มีมาตรการสำคัญ 6 ข้อ คือ

4.1 การพัฒนาโครงสร้างการบริหารสมุนไพร เพื่อให้เกิดกลไกการบริหารแผนแม่บท ฯ ตามหลักธรรมาภิบาล โดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารรัฐกิจ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง การจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ และกำหนดผู้รับผิดชอบในกระทรวง ทบวง และกรมที่เกี่ยวข้อง

4.2 การพัฒนากฎหมายด้านการส่งเสริมและควบคุมผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อให้เกิดการส่งเสริมผู้ประกอบการและควบคุมผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาแผนไทยในลักษณะกฎหมายที่กำกับและควบคุมเป็นการเฉพาะ โดยตราพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย พ.ศ. ให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ของในและต่างประเทศ และการทบทวนและปรับปรุงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร

4.3 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมุนไพรและระบบการประเมินขีดความสามารถในการแข่งขันด้านสมุนไพรเพื่อให้มีข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายในการวางแผนการพัฒนาสมุนไพรไทยและจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญาของประเทศ โดยมีการกำหนดข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำระบบข้อมูลและพัฒนาระบบข้อมูลสมุนไพรตามความต้องการของหน่วยงานให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลสมุนไพร เพื่อให้ได้ข้อมูลสมุนไพรที่ครบถ้วนและถูกต้อง และจัดทำดัชนีวัดระดับขีดความสามารถในการแข่งขันภาคอุตสาหกรรมสมุนไพรของประเทศ

4.4 การเสริมสร้างกลไกการบริหารงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อแก้ปัญหาให้งานวิจัยสมุนไพรสามารถต่อยอดสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์มากยิ่งขึ้น โดยจัดสรรงบประมาณการวิจัยสมุนไพรให้ตรงทิศทางส่งเสริมภาคเอกชนให้ร่วมลงทุนด้านการวิจัย การอำนวยความสะดวกในการค้นหากิจวิจัยและผลงานวิจัย และเพิ่มการลงทุนในปัจจัยพื้นฐานการวิจัย ได้แก่ สถานที่ เครื่องมือ และนักวิจัย

4.5 การส่งเสริมและพัฒนาสมุนไพร champion products เพื่อให้เกิดทิศทางที่ชัดเจนในการวางแผนพัฒนาสมุนไพรให้ครบวงจรเป็นรายชนิด โดยมีการกำหนดสมุนไพร champion products และทบทวนการกำหนดทุก 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์และเสนอมาตรการสนับสนุนสมุนไพร champion products ตลอดห่วงโซ่การผลิต

4.6 การพัฒนาเมืองสมุนไพร (herbal city) เพื่อถ่ายทอดมาตรการและแผนงานจากแผนแม่บท ฯ ลงไปสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาค โดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลายสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพรโดยคัดเลือกเมืองสมุนไพรต้นแบบใน 4 ภูมิภาคของประเทศและส่งเสริมโอกาสในการพัฒนาของจังหวัด/กลุ่มจังหวัดที่มีศักยภาพให้เป็นเมืองสมุนไพร

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนและปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันมาจากสมุนไพรมีเกิดขึ้นจริงในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนแม่บทฯ ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติตามนโยบายระยะสั้นที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารกรมต่าง ๆ กำหนดขึ้น ซึ่งนโยบายเหล่านี้ไม่ได้เป็นไปเพื่อรองรับแผนแม่บทฯ โดยตรงเท่านั้น แต่ยังรองรับแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย การขับเคลื่อนแผนแม่บทฯ ที่สำคัญ คือ การพัฒนาเมืองสมุนไพรมี ซึ่งได้กำหนดให้มีเมืองสมุนไพรมี 13 เมือง (4 เมืองสมุนไพรมีในจังหวัดน่านได้แก่ เชียงราย สกลนคร ปราจีนบุรีและสุราษฎร์ธานี และ 9 เมืองสมุนไพรมีในจังหวัดส่วนขยาย ได้แก่ พิษณุโลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม จันทบุรี มหาสารคาม สุรินทร์ อำนาจเจริญ และสงขลา) ทำให้จังหวัดเหล่านี้ได้รับผลทางนโยบายจากแผนแม่บทฯ มากที่สุด มีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 11 ตัวชี้วัด สำหรับเมืองสมุนไพรมีในจังหวัดน่าน และ 10 ตัวชี้วัด สำหรับเมืองสมุนไพรมีในจังหวัดส่วนขยาย แต่มีเพียง 2 ตัวชี้วัดเท่านั้น (คือ ยอดผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทย และมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรมี) ที่ปรากฏในคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการในแต่ละเขต ประจำปีงบประมาณ 2561 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขมีความสามารถในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรมีในระดับหนึ่งเท่านั้น ส่วนที่เหลือจำเป็นต้องอาศัยกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำคู่มือยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพรมี เพื่อให้เกิดการทำงานของเมืองสมุนไพรมีทั้ง 13 แห่งดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์เมืองสมุนไพรมีที่ว่า “เมืองแห่งเอกลักษณ์สมุนไพรมีไทยที่มีคุณภาพครบวงจรจากภูมิปัญญาประสานพระราชรัฐ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ ความยั่งยืนของเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม” โดยมีพันธกิจที่สำคัญ 7 ข้อ คือ

1. สร้างกลไกการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน
2. พัฒนาระบบสารสนเทศที่รองรับการพัฒนาเมืองสมุนไพรมี
3. ส่งเสริมให้เกิดการบริหารจัดการวัตถุดิบสมุนไพรมีที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ
4. พัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีและบริการจากฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น
5. การสร้างตราสินค้าให้เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจในหมู่ผู้บริโภคของกลุ่มเป้าหมาย (branding) และการสร้างตลาดการค้า (marketing) ของเมืองสมุนไพรมี
6. ส่งเสริมการใช้สมุนไพรมีและบริการในวิถีชีวิต
7. เชื่อมโยงกับการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพ (medical hub)

ส่วนแนวทางในการพัฒนาเมืองสมุนไพรมี เน้นการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน มีการระบุให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรมี ที่มีองค์ประกอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและประชาชน มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรมี มีการติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวม ประเมิน และสรุปผลส่งต่อคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรมีแห่งชาติ

ขั้นตอนการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรมีมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 รู้จักตนเอง

1.1 ค้นหาภูมิปัญญา จุดเด่น จุดด้อย ในเมืองสมุนไพรมี

- 1.2 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนา
- 1.3 ศึกษาข้อมูลความต้องการ (demand) ผลิตภัณฑ์และบริการ
- ขั้นตอนที่ 2 ร่วมวางแผน-ดำเนินการ
- 2.1 สร้างการรับรู้และความตระหนักในการใช้สมุนไพร
- 2.2 จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ
- 2.3 ต่อยอดภูมิปัญญาด้วยการวิจัยและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีเอกลักษณ์ของชุมชน
- 2.4 พัฒนารูปแบบกลไกการขับเคลื่อนด้วยกลไกภาครัฐ
- ขั้นตอนที่ 3 เร่งรีบสร้างโอกาส

- 3.1 เพิ่มศักยภาพด้านการเติบโตทางธุรกิจ
- 3.2 พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงตลอดห่วงโซ่คุณค่า (value chain)
- 3.3 ขยายบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพมาตรฐาน
- ขั้นตอนที่ 4 รุ่งเรือง ยั่งยืน

- 4.1 สร้างชุมชนเข้มแข็ง มีการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรในชุมชน
- 4.2 น้อมนำหลัก “เศรษฐกิจพอเพียง” มาใช้ในการพัฒนาเมืองสมุนไพร

การมีคู่มือขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้กับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเมืองสมุนไพร ถือว่าเป็นนิมิตหมายที่ดีสำหรับการขับเคลื่อนนโยบายในระดับชาติ เพราะคู่มือฉบับนี้ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน กิจกรรม และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ในราชการส่วนภูมิภาคและชุมชนท้องถิ่นไว้อย่างชัดเจน

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นแผนการพัฒนาประเทศที่จัดทำขึ้นตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 เป็นแผนระยะยาว 20 ปี ตั้งแต่ปี 2560-2579 เป็นกรอบและแนวทางการพัฒนาให้หน่วยงานของรัฐทุกภาคส่วนต้องปฏิบัติตาม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ "ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูงเป็นประเทศพัฒนาแล้ว และสร้างความสุขของคนไทยสังคมมีความมั่นคง เสมอภาค และเป็นธรรมประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจ

แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นเป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในระยะ 20 ปี ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ประเทศพัฒนาแล้วประกอบด้วยแผน 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 (พ.ศ.2560-2564) ระยะปฏิรูประบบ เป็นการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้งการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น

ระยะที่ 2 (พ.ศ.2565-2569) ระยะสร้างความเข้มแข็ง การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและที่สำคัญคือ การทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองได้

ระยะที่ 3 (พ.ศ.2570-2574) มุ่งสู่ความยั่งยืน เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพต้องมีความยั่งยืนทางด้านการเงิน การคลัง ประเทศสามารถพึ่งตนเองได้ โดยเฉพาะยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด

ระยะที่ 4 (พ.ศ.2575-2580) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียใน 20 ปีข้างหน้า

แผนยุทธศาสตร์ ได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ

1. prevention & promotion excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ)
2. service excellence (บริการเป็นเลิศ)
3. people excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
4. governance excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)

สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ปรากฏอยู่ในยุทธศาสตร์ด้านบริการ ในแผนงานศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical & wellness hub)/เขตเศรษฐกิจพิเศษ มี 2 โครงการ คือ

1. โครงการศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (wellness hub)
 - super cluster กลุ่มอุตสาหกรรมบริการการแพทย์ครบวงจรและบริการการแพทย์แผนไทย
 - พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรสู่สากล
 - พัฒนาสมุนไพรและยาไทย ที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและสร้างความสามารถในการแข่งขันของระบบอุตสาหกรรมยาสมุนไพรของประเทศ
2. โครงการศูนย์กลางบริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย (product hub)
 - สมุนไพรและผลิตภัณฑ์ ได้รับการส่งเสริม พัฒนาโดยใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ
 - ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ
 - สร้างผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการจัดการเรียนรู้ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมทั้งเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคการบำบัดรักษาอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ
 - การใช้บริการการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรบูรณาการผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 100 ในระยะเวลา 20 ปี มีตัวชี้วัดความสำเร็จคือ ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีมาตรการสำคัญ 8 ข้อ ได้แก่

1. การพัฒนาคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (A-M1) และโรงพยาบาลชุมชน (M2-F3) ให้ผ่านการรับรองคุณภาพ HA TTM
2. การพัฒนาให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเฉพาะทาง (special hospital)
3. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็น first line drug ในสถานบริการทุกระดับและการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (A-M1) และโรงพยาบาลชุมชน (M2-F3)
4. การพัฒนาการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก
5. การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ความชำนาญในการบริการสุขภาพ
6. การพัฒนาฐานข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย ฯ ผ่านทาง Health Data Center (HDC)
7. การพัฒนาระบบสารสนเทศและประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ดิจิทัลด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศ
8. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับพื้นที่ผ่าน Chief Thai Traditional Medicine Officer (CTMO) ทุกเขต/จังหวัด

การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทางและปลายทาง โดยมีเป้าหมายระดับ 20 ปี คือ ประเทศไทยเป็นเมืองสมุนไพร มีมูลค่าการตลาดสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็น 1.21-2.95 ล้านบาท มีมาตรการสำคัญ 8 ข้อ คือ

1. การพัฒนาคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน Good Agricultural Practices (GAP)/Good Agricultural and Collection Practices (GACP)/และเกษตรอินทรีย์ (organic)
2. การสนับสนุนและส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิต/พัฒนา/การวิจัยด้านสมุนไพร
3. การพัฒนาคุณภาพโรงงานผลิตยา/ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรสู่มาตรฐาน Good Manufacturing Practice (GMP)
4. การขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าการตลาด และส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ
5. การสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรและเครือข่าย
6. การพัฒนาระบบข้อมูลด้านสมุนไพรระดับจังหวัด
7. การผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องเช่น ร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร
8. การพัฒนาการประชาสัมพันธ์และสร้างทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพร

การพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริม การวิจัยและพัฒนาต่อยอดการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพยาแผนปัจจุบันและยาจากสมุนไพรและวัคซีน มีการ คัดเลือก กลั่นกรอง และวิเคราะห์รายการตำรับยาแผนไทย และประกาศเป็นตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ โดยมี ตัวชี้วัดที่สำคัญในแต่ละระยะ คือ

ระยะที่ 1 กำหนดไว้ว่ามีจำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ 500 ตำรับ ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและมีจำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์และการตลาด จำนวน 62 เรื่อง

ระยะที่ 2 กำหนดให้มีร้อยละ 65 ของผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ มีการ คัดเลือกรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติเพื่อนำเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติร้อยละ 10 และจำนวนงานวิจัย สมุนไพร/การแพทย์แผนไทยที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือการตลาดจำนวน 100 เรื่อง

ระยะที่ 3 มีการระบุร้อยละ 90 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ มีการคัดเลือก รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ เพื่อนำมาจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานตำรับยาร้อยละ 5 และ จำนวนงานวิจัย สมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางทางการแพทย์หรือการตลาด จำนวน 150 เรื่อง

ระยะที่ 4 มีการระบุร้อยละ 100 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ มีการคัดเลือก รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ เพื่อนำมาจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานตำรับยาร้อยละ 10 และจำนวนงานวิจัย สมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางทางการแพทย์หรือการตลาด จำนวน 200 เรื่อง

นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรของส่วนราชการ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นส่วนราชการที่มีบทบาทและความรับผิดชอบ หลักเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย และเป็นหน่วยประสานงานแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วย การพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2561) ได้กำหนดนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็น 4 ด้าน คือ

1. การพัฒนาการบริการด้านการแพทย์แผนไทย (services)

1.1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพด้วยมาตรการสำคัญ 2 ข้อ คือการมี OPD คู่ขนาน และคลินิกการแพทย์แผนไทยเฉพาะโรค 4 โรค ได้แก่ เชื้อรา เชื้อรา ภูมิแพ้ทางผิวหนัง ไมเกรน และอัมพฤกษ์อัมพาต

1.2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ได้แก่ การบริการของโต๊ะบีบแดกแม่ หลังคลอดและทารกและชุมชนเข้มแข็งด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

1.3 การพัฒนา HA TTM มีระบบการจัดการด้านยาแผนไทย มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร ได้แก่ การควบคุมคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและยาแผนไทย, การพิจารณาคัดเลือกยาแผนไทยเข้าสู่โรงพยาบาล และการวางแผน จัดเก็บและสำรองยาไทย จัดทำบัญชียาแผนไทย จัดหายาแผนไทย กำหนดนโยบายความปลอดภัยเคลื่อนด้านยา

2. การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร (products)

2.1 สนับสนุนให้โรงพยาบาลที่มีการผลิตยาให้ได้รับรองมาตรฐาน GMP WHO โดยมีการจัดทำแผนการผลิตและกระจายยา เพื่อความมั่นคงของยาจากสมุนไพรในระบบบริการ โดยกำหนดให้มีสัดส่วนการผลิตไม่เกินร้อยละ 30 และเน้นการผลิตยาตำรับและยากำพร้า

2.2 การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ โดยมีเป้าหมายที่ร้อยละ 10 โดยในปี 2560 โรงพยาบาลมีการใช้ยาเป็น 2,120 ล้านบาท หรือร้อยละ 23 จากปี 2529

2.3 การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรเป็น first line drug ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชันและไพล

2.4 การขับเคลื่อนสมุนไพรเชิงเศรษฐกิจซึ่งในปี 2560 ได้รับการจัดสรรงบกลาง กระตุ้นเศรษฐกิจเป็นจำนวน 1,164 ล้านบาท

3. การอนุรักษ์และนำภูมิปัญญามาใช้ประโยชน์ (wisdom)

3.1 การพัฒนาและจัดทำตำรับยาแห่งชาติ 103 ตำรับ

3.2 การพัฒนาวิชาการนวดไทย สู่มาตรฐานสากล และผลักดันให้เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้

3.3 การรับรองหมอพื้นบ้าน 2,533 คน และประเมินสภาพหมอพื้นบ้าน 165 คน

4. การพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรม (research and innovation)

4.1 กรมการแพทย์แผนไทยดำเนินการวิจัยเอง (ปี 2545- 2560) 127 เรื่อง (อยู่ระหว่างดำเนินการ 52 เรื่อง/รอนำไปใช้ประโยชน์ 16 เรื่อง)

4.2 สนับสนุนงบประมาณวิจัยผ่านกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ปี 2557-2559) 148 เรื่อง

4.3 กรมฯ สนับสนุนวิชาการและงบประมาณ เพื่อขับเคลื่อนงานวิจัยในส่วนภูมิภาค (ปี 2559-2560) 57 เรื่อง

4.4 ตัวอย่างงานวิจัยที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ทางการตลาดและการแพทย์ ได้แก่ ชุดโครงการการวิจัยหัตถารีแพร์, การติดตามผลการใช้ตำรับยาเบญจามฤตยในผู้ป่วยมะเร็งตับ, การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตำรับยาอภัยสาลีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น, การศึกษาบทบาทของแพทย์แผนไทยในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการศึกษาผลของการนวดไทยต่อความแข็งแรงในเด็กสมองพิการ อายุ 2-6 ปี

4.5 การพัฒนา mobile application ได้แก่ สมุนไพรไทย, นามานุกรมสมุนไพรไทย, พจนานุกรมศัพท์แพทย์ และสมุนไพรเพื่อสุขภาพ

5. การปฏิรูปโครงสร้างกรมรองรับการปฏิรูปประเทศด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร มีการปฏิรูปทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในประเด็นต่อไปนี้

5.1 มีการปรับปรุงโครงสร้างของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

5.2 มีการจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน ใน สสจ. รพศ. รพท. และ รพช.

5.3 การปฏิรูปประเทศด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรใน 3 ประเด็น คือ

- ระบบบริการการแพทย์แผนไทย ด้วยมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ พัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตและการเพิ่มพูนทักษะวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พัฒนาตำราอ้างอิงมาตรฐาน (standard textbook) ด้านการแพทย์แผนไทย พัฒนาแหล่งฝึกปฏิบัติของแพทย์แผนไทย

- ระบบการศึกษาการแพทย์แผนไทย ด้วยมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ พัฒนารูปแบบการบริการด้านการแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพใน Primary Care Cluster (PCC), จัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้านไทยประจำภาค และพัฒนามาตรฐานการนวดไทยในระดับสากลเพื่อรองรับการประกาศเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของ UNESCO

- สมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ ด้วยมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลสมุนไพร (big data) โครงการจัดตั้งตลาดกลางวัตถุดิบ สารสกัดสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และศูนย์ให้คำปรึกษาผู้ประกอบการครบวงจร การพัฒนาสารสกัด การสร้างความเชื่อมั่นในภาพลักษณ์ที่ดีของสมุนไพรไทย

ในสมัยอธิบดีคนปัจจุบัน (นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต) ได้ตั้งเป้าหมายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรว่าให้ประชาชน “รู้จัก เชื่อมั่น ชอบใช้” โดยผ่านกลยุทธ์ 3 ด้าน ได้แก่ rebranding & marketing, reassurance และ research & innovation ดังนี้

rebranding & marketing

1. สร้างค่านิยม แผนไทยเพื่อสุขภาพ
2. เพิ่มการเข้าถึงสมุนไพรผ่านสมุนไพร 3 ชนิด
3. สร้าง inno-culture สู่ value based economy
4. พัฒนาเมืองสมุนไพรเชื่อมโยงการท่องเที่ยว

reassurance

1. บูรณาการการแพทย์แผนไทยร่วมกับ PCC
2. พัฒนาคูณภาพมาตรฐานและขยายครอบคลุมการบริการ
3. พัฒนาแพทย์แผนปัจจุบันผ่านหลักสูตร integrative program

4. พัฒนาระบบรับรองคุณภาพสมุนไพร

5. รับรองหมอพื้นบ้าน

research & innovation

1. พัฒนาและเชื่อมโยงระบบเชื่อมต่อข้อมูล

2. สร้างสรรค์ต่อยอดนวัตกรรม

ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมาย

1. การพัฒนาการบริการด้านการแพทย์แผนไทย (services) ได้แก่

1.1 OPD การแพทย์แผนไทยคู่ขนาน, คลินิกการแพทย์แผนไทยเฉพาะโรค เช่าเสื่อม ภูมิแพ้ ไมเกรน อัมพฤกษ์/อัมพาตและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การดูแลผู้สูงอายุ โต๊ะบีแดด ชุมชนเข้มแข็งด้านการแพทย์แผนไทย

1.2 ผู้ป่วยนอกได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยฯ ร้อยละ 20

1.3 มีงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์/การตลาด 50 เรื่อง

1.4 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี

1.5 รพช/รพท/รพศ ผ่านเกณฑ์ HA TTM ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

1.6 มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยครอบคลุม 6 ภาค

1.7 herbal city ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ

2. การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร (products)

2.1 การพัฒนาโรงงานผลิตยา มาตรฐาน GMP WHO 47 แห่ง

2.2 การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น 10%

2.3 นโยบาย first line drug ในชุมชนชน ฟัทะลายโจร และ ไพล

2.4 การขับเคลื่อนสมุนไพรเศรษฐกิจ

ต้นทาง

- มียุทธศาสตร์การค้า คือ champion products

- ส่งเสริมการปลูกสมุนไพร champion products 3,370 (ไพล 750 ไร่, กระชายดำ 500 ไร่, บัวบก 290 ไร่, ขมิ้นชัน 1,830 ไร่)

กลางทาง

- มาตรฐานสารสกัด 5 ชนิด มาตรฐานน้ำมันหอมระเหย 7 ชนิด มอโนกราฟสมุนไพร

6 รายการ

- มีผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาด้วยเทคโนโลยี encapsulation จากไพลและขมิ้นชัน

- พัฒนาห้องปฏิบัติการทดสอบความเป็นพิษในสัตว์ทดลองให้ได้มาตรฐาน OECD-

GLP

- อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยเชิงคลินิกร่วมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ใน first line drug

- พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้ได้รับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ (40 กิจการ/กลุ่ม)

- พัฒนาผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์เพื่อเพิ่มมูลค่า (40 กิจการ/กลุ่ม)

- พัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน WHO-GMP (รพ. 15 แห่ง)

- แนวทางการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ champion products (ฉบับร่าง)

ปลายทาง

- นามานุกรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย (Thai-D) ฉบับที่ 1

- คู่มือการตลาดสมุนไพรในต่างประเทศ

- การกล่าวอ้างผลิตภัณฑ์สุขภาพ (health claim): ขมิ้นชัน และ บัวบก

- จับคู่เจรจาธุรกิจในงานมหกรรมสมุนไพรฯ มีมูลค่ารวม 275.8 ล้านบาท และประเทศสิงคโปร์ 256.693 ล้านบาท

- ส่งเสริมผู้ประกอบการขายผลิตภัณฑ์ผ่าน modern trade ในเวียดนามและจีนมีมูลค่าสั่งซื้อทันทีรวม 5.805 ล้านบาท

- มีตลาดกลางสมุนไพรครบวงจร (herbal biz trade fair)

3. การอนุรักษ์และนำภูมิปัญญามาใช้ประโยชน์ (wisdom)

3.1 มีตำรับยาแห่งชาติ อย่างน้อย 500 ตำรับ

2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นส่วนราชการหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ปัจจุบันยาจากสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ที่อยู่ภายใต้การควบคุมตาม พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 ซึ่งมีการบังคับใช้นาน จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการเปิดเสรีทางการค้ากับประชาชาติต่าง ๆ และดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ประกอบการของไทยมีขีดความสามารถมากขึ้นในการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อแข่งขันในตลาดภูมิภาคและตลาดโลก การดำเนินการที่สำคัญมีดังนี้

1. การดำเนินการเกี่ยวกับ ASEAN harmonization

ASEAN harmonization คือ การปรับกฎระเบียบต่างๆ เกี่ยวกับสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกันของประเทศสมาชิกอาเซียนให้สอดคล้องกัน เพื่อนำไปสู่ข้อตกลงการยอมรับซึ่งกันในการตรวจสอบและรับรองคุณภาพในการกำกับดูแลสินค้าและผลิตภัณฑ์ (MRA: Mutual Recognition Agreement) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการไปประชุมกับประเทศสมาชิกอาเซียนเพื่อจัดทำข้อกำหนดร่วมต่างๆ เกี่ยวกับ ASEAN harmonization ซึ่งในระยะแรกมุ่งไปที่ ยาแผน

ปัจจุบัน และผลิตภัณฑ์ชีววัตถุ ต่อมาในปี 2547 จึงเพิ่มผลิตภัณฑ์ยาแผนดั้งเดิมและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพเข้ามาด้วย

การเตรียมการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อรองรับ ASEAN harmonization โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาแผนโบราณที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1.1 ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้ GMP สำหรับการผลิตยาแผนโบราณได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการผลิตยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 แต่ไม่บังคับใช้กับสถานที่ผลิตยาแผนโบราณที่ผลิตยาด้วยวิธีการผลิตยาแผนโบราณ (การผลิตยาด้วยวิธีดั้งเดิม 28 วิธี) (ราชกิจจานุเบกษา, 2557) นอกจากนี้ยังทำการประเมินผลกระทบการออกประกาศ GMP ที่มีต่ออุตสาหกรรมยาแผนโบราณด้วย (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2556)

1.2 ออกกฎกระทรวงว่าด้วย การขออนุญาต การออกใบอนุญาตผลิต ขาย นำ หรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณ พ.ศ. 2555 โดยให้เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ว่า “เพื่อยกระดับการผลิตยาแผนโบราณของประเทศให้มีมาตรฐานเดียวกันในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community) และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล อันมีผลให้เกิดความปลอดภัยและเป็นธรรมแก่ผู้บริโภคยา ตลอดจนสามารถส่งออกไปจำหน่ายนอกราชอาณาจักรได้มากขึ้น จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้” (ราชกิจจานุเบกษา, 2555)

การดำเนินการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนที่จะมีแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 เมื่อมีแผนแม่บทฯ ทำให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต้องเร่งรัดให้มีการปรับโครงสร้างและบทบาทขององค์กรและยกร่างกฎหมายเพื่อให้ตอบสนองกับแผนแม่บทฯ มากขึ้น

2. การปรับโครงสร้างรองรับการส่งเสริมและควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยายังมีบทบาทสำคัญในการรองรับนโยบายรัฐบาลที่จะให้สมุนไพรไทยสร้างเศรษฐกิจชาติตามแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ปรับบทบาทและภารกิจขององค์กรให้มีการสนับสนุนส่งเสริมผู้ประกอบการที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้มีผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยได้มาตรฐานสากล สร้างความมั่นคงด้านยาและสุขภาพโดยการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็นกองส่งเสริมการประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถาบันนี้มีรูปแบบการบริหารจัดการที่ลดขั้นตอนการทำงานให้กระชับและรวดเร็วขึ้นทำหน้าที่ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาแก่ผู้ประกอบการในการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีมูลค่าสูง ตลอดจนช่วยประสานงานกับหน่วยงานด้านวิจัยของประเทศซึ่งมีหลายหน่วยงาน อาทิ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ฯลฯ รวมถึงให้คำแนะนำการวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด และหลักเกณฑ์การขอ

อนุญาต เพื่อจัดอุปสรรคในกรณีนี้ที่ ภาคอุตสาหกรรมไม่สามารถขออนุญาตขึ้นทะเบียนได้ ในปี 2560 สถาบันส่งเสริมวิศวกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อนุญาตให้ขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนาด้วยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ 3 ตำรับ คือ ยาแคปซูลจากสารสกัดขมิ้นชัน ขององค์การเภสัชกรรม ยาเม็ดอมจากสารสกัดหญ้าดอกขาว เพื่อลดความอยากบุหรี่ ของบริษัทเกรทเทอร์ฟาร์มา และยาสเปรย์พ่นจากสารสกัดกระดูกไก่ดำ ของมูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

นอกจากนี้ ในปี 2560 มีการจัดตั้ง กองผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นหน่วยงานภายในตามคำสั่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งมีผลนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) ควบคุมกำกับดูแลเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สมุนไพร สถานที่และกระบวนการผลิต นำเข้า ขยาย และการโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ได้มาตรฐานและเป็นไปตามกฎหมาย 2) ศึกษา วิจัย และจัดทำมาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร สถานที่และกระบวนการผลิต นำเข้า ขยาย การวิจัยทางคลินิกและการโฆษณาผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3) สนับสนุนข้อมูลองค์ความรู้ในการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสมุนไพรและนโยบายแห่งชาติด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร 4) ส่งเสริม สนับสนุนการผลิต นำเข้า ขยายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การโฆษณาให้ได้คุณภาพ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด 5) ให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านสมุนไพร 6) พัฒนากฎหมายหลักเกณฑ์ และกฎระเบียบ

3. การจัดทำ ร่าง พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.

การจัดทำกฎหมายฉบับใหม่นี้ เพื่อให้มีระบบและหลักเกณฑ์การอนุญาตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เหมาะสม เป็นสากล และสร้างความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยโดยมีหน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงจากโรค แยกจากเดิมที่อยู่ภายใต้หลายหน่วยงานตามกฎหมายผลิตภัณฑ์หลายฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. ยา พ.ร.บ. อาหาร และ พ.ร.บ. เครื่องสำอาง ซึ่งเกิดปัญหาในการอนุญาต การประกอบการ และขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย และอุตสาหกรรมในประเทศในกฎหมายใหม่นี้ได้กำหนดนิยามของผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ครอบคลุมทั้งยาแผนไทย ยาจากสมุนไพรจากองค์ความรู้อื่น ๆ ยาพัฒนาจากสมุนไพร รวมทั้งผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ และกำหนดให้การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ คือ

1. จัดแจ้ง ใช้สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีสรรพคุณเป็นที่รู้จักและยอมรับโดยทั่วไปมีอยู่ในรายการ positive list ที่จะกำหนดในประกาศกระทรวง เช่น ขมิ้นชัน บรรเทาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ ผู้ขออนุญาตสามารถมาขอจัดแจ้งได้โดย อ ย. ไม่จำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมของสูตรตำรับและการอ้างสรรพคุณ แต่จะพิจารณาคุณสมบัติของผู้ขออนุญาตจัดแจ้ง เช่น มีสถานที่ผลิตที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practice, GMP) หรือตามหลักเกณฑ์ PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) หรือไม่

2. แจ้งรายละเอียด ใช้สำหรับผลิตภัณฑ์ที่ต้องการระบุสรรพคุณนอกเหนือจากที่ระบุในตำรับมาตรฐานซึ่งอาจอยู่หรือไม่อยู่ในรายการ positive list โดยผู้ขออนุญาตต้องแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมในสรรพคุณที่เสนอมา

3. ขึ้นทะเบียน ใช้สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีสูตรตำรับและสรรพคุณแตกต่างไปจากสองระดับแรก

นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดให้ในกระบวนการพิจารณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรสามารถให้ผู้เชี่ยวชาญองค์กรผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชนที่ได้รับการขึ้นบัญชีจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทำหน้าที่ประเมิน ตรวจสอบ และพิจารณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้ ซึ่งจะทำให้การพิจารณามีความคล่องตัวและรวดเร็วขึ้น

3. กรณวิทยาสาตร์การแพทย์

กรณวิทยาสาตร์การแพทย์ เป็นส่วนราชการที่มีบทบาทและความรับผิดชอบหลักเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและพัฒนาทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านการสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งตรวจวิเคราะห์เพื่อประเมินความเสี่ยงและเตือนภัยทางสุขภาพ ในปัจจุบันกรณวิทยาสาตร์การแพทย์ ได้ดำเนินการขานรับนโยบายการพัฒนาสมุนไพรของรัฐบาลโดยได้เพิ่มการผลิตสารมาตรฐานสมุนไพร เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตั้งแต่ปี 2560 โดยเริ่มที่ “สารมาตรฐานกรณวิทยาสาตร์การแพทย์ andrographolide (andrographolideDMScRS)” ซึ่งเป็นสารมาตรฐานสมุนไพรชนิดแรก ที่ได้จากการสกัดสารแอนโดรกราโฟไลด์ (andrographolide) จากใบและต้นฟ้าทะลายโจร แล้วนำมาทำให้บริสุทธิ์จนสามารถผลิตเป็นสารมาตรฐาน andrographolideDMScRS มีคุณภาพเทียบเท่าสารมาตรฐานของประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ราคาต่ำกว่าถึง 5 เท่า เพื่อใช้ในการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์จากฟ้าทะลายโจรในท้องตลาด (กรณวิทยาสาตร์การแพทย์, 2561)

จากการศึกษาแผนงานของกรณวิทยาสาตร์การแพทย์ ในปี 2561 พบว่า มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพร ได้แก่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากผงนัวและมะขามป้อม การพัฒนาเครื่องสำอางต้นแบบ การวิจัยและจัดทำมาตรฐานสมุนไพร และการวิเคราะห์ความเสี่ยงของสมุนไพรลดน้ำตาลในเลือด แผนงานเหล่านี้เป็นแผนงานที่กำหนดเพิ่มขึ้นจากงานประจำของกรมซึ่งได้แก่ การตรวจรับรองคุณภาพและความปลอดภัยของวัตถุดิบสมุนไพร ยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

4. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ คสช. เป็นกลไกการดำเนินงานระดับชาติภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีบทบาทหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ให้ดำเนินการพัฒนาหรือกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ ในปี พ.ศ. 2560 คสช. ได้จัดทำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560–2564) เพื่อสานต่องานภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่อยอดยกระดับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและ

การแพทย์ทางเลือก มุ่งสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ มีเป้าหมายสำคัญของยุทธศาสตร์ คือ ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ ปลอดภัยและใช้อย่างสมเหตุสมผล ขณะเดียวกันภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย ยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ต้องได้รับการคุ้มครองอย่างเหมาะสม เป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประชาชนและประเทศต่อไป

ในกระบวนการยกร่างยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 3 นี้ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนากฎมิตินโยบาย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560–2564) ได้ศึกษาทบทวนผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์ชาติฯ ทั้ง 2 ฉบับที่ผ่านมา นำมาวิเคราะห์ผลสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค รวมทั้งนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากฎมิตินโยบายไทย ทั้งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก การพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 หมายความว่าด้วยการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และพัฒนากฎมิตินโยบายท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และร่างแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3 ประการ ด้วยคำย่อ WIC คือ มุ่งเน้นสร้างกฎมิตินโยบาย สุขภาพวิถีไทย ให้เข้มแข็งด้วยองค์ความรู้ (wisdom) การบูรณาการระบบบริการ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และระบบยาสมุนไพรกับระบบการแพทย์อื่นๆ (integration of health service systems) และเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน บุคลากร และเครือข่าย (capacity building) โดยมีมาตรการรองรับ ทั้งด้านวิชาการ ด้านนโยบายและกฎหมาย ด้านการพัฒนาขีดความสามารถ ด้านการเงิน และด้านระบบและกลไก

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2560 มอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีไปพิจารณาดำเนินการต่อไป ดังนี้ 1) ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายหมอพื้นบ้าน ชุมชน และเอกชน ปลูกพืชสมุนไพรตามแนวทางการจัดการป่าชุมชนและเพิ่มรายได้ให้แก่เกษตรกรและผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้เศรษฐกิจของประเทศเกิดการพึ่งพาตนเอง 2) ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติสร้างความเข้มแข็งให้แก่กระบวนการผลิตยาจากพืชสมุนไพรให้ครบวงจร ตั้งแต่ขั้นต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยพิจารณานำกลไกประชารัฐมาส่งเสริม รวมทั้งพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศให้มากยิ่งขึ้น

ถึงแม้ในแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้มีจุดเน้นในการนำกฎมิตินโยบายการนำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพภาคประชาชน แต่ก็ยังคงมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาที่ระบุในแผนที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรอื่นๆ เช่นแผนนี้มีมาตรการทางวิชาการในการสนับสนุนให้มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร

ไทย ฉบับที่ 1 รวมทั้งการวิจัยเชิงระบบเพื่อติดตามและประเมินผล การส่งเสริมการวิจัยจากงานประจำ Routine to Research (R2R) ในการบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการสาธารณสุขซึ่งมีการระบุในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุขด้วย

ในบางประเด็นมีการระบุมาตรการที่ตรงกับแผนอื่น ๆ แต่มีตัวชี้วัดที่อาจแตกต่างกัน เช่น กำหนดนโยบายให้มีการเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 20 ของรายการยาแผนปัจจุบัน สิ่งที่แผนยุทธศาสตร์นี้มีแตกต่างจากแผนอื่น ๆ คือ มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน บุคลากร และเครือข่าย (capacity building) ซึ่งมีมาตรการรองรับทั้งด้านวิชาการ (education) เช่น การวิจัยเชิงระบบเพื่อจัดทำข้อเสนอ แผนแม่บทกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและของประเทศ ความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย การวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความรู้ความสามารถของหมอพื้นบ้าน และของประชาชนเพื่อการดูแลสุขภาพในชุมชน ด้านนโยบายและกฎหมาย (enforcement) เช่น การส่งเสริมให้มีเครือข่ายหมอพื้นบ้านและชุมชนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาสังคม การผลักดันให้เกิดกฎหมายลำดับรอง และให้กองทุนคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจัดสรรเงินกองทุนสนับสนุน รวมทั้งการพัฒนาระบบและกลไกในระดับภูมิภาค/จังหวัด/ท้องถิ่น เพื่ออนุรักษ์ รวบรวม ถ่ายทอด ปรึภรรรต คัมภีร์การแพทย์ดั้งเดิมในชุมชน ด้านพัฒนาขีดความสามารถ (empowerment) เช่น การพัฒนานักวิชาการ บุคลากร ให้สามารถอ่าน สืบค้น ถ่ายทอด ปรึภรรรต คัมภีร์การแพทย์แผนไทยดั้งเดิมได้ และวิธีในการเก็บ รวบรวม จัดทำระบบข้อมูลของภูมิปัญญาในท้องถิ่นการพัฒนาระบบการสืบทอด การอบรมหมอพื้นบ้าน เพื่อให้สามารถสอบความรู้เป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย ตาม พ.ร.บ. วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 การพัฒนาผู้ปลูกสมุนไพรให้มีความรู้ในการปลูกตามหลักการเกษตรกรรมที่ดีและเหมาะสม (Good Agricultural Practice, GAP) และการปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ (organic farming) และการสร้างช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวัง การคุ้มครองภูมิปัญญา และการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องให้กับสาธารณะ รวมถึงการอบรม/สัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้กับ สื่อมวลชน มาตรการด้านการเงิน (economics) เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการผลิตบุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การสนับสนุนงบประมาณในการผลิตบุคลากรวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การจัดประชุมสัมมนา/สัมนาสุขภาพแห่งชาติประจำปีด้านระบบสุขภาพชุมชนด้วยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในกิจกรรมสื่อหลายรูปแบบ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่ประชาชน มาตรการด้านระบบและมาตรการด้านกลไก (engineering) ได้แก่ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านของประเทศให้เป็นปัจจุบันและถูกต้อง

วิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายเกี่ยวกับสมุนไพร

เมื่อนำนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรของประเทศตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และการดำเนินงานต่าง ๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมุนไพร สามารถสรุปลำดับเหตุการณ์ได้ดังแสดงไว้ในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงพัฒนาการสำคัญของนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพร

ช่วง แผน	ปี พ.ศ.	สาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ	นโยบายและการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น
5	2525-2529	- วิจัยยาและสมุนไพร - ส่งเสริมยาแผนโบราณ และยาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน	- การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายแห่งชาติ - 2527 โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน (องค์การยูนิเซฟ) - 2528 จัดทำรายการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน - 2528 GTZ สนับสนุน รพ.ชุมชน 5 แห่งใช้ยาสมุนไพร
6	2530-2534	- จัดตั้งสวนสาธิตสมุนไพร - ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มผู้สนใจสมุนไพร - งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร - คัดเลือกสมุนไพรไม่น้อยกว่า 5 ชนิดเพื่อพัฒนา	- เกิดกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรในหลายพื้นที่ - 2533 จัดตั้งศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ในกองแผนงานสาธารณสุข (ปัจจุบัน คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) - 2534 โครงการพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง
7	2535-2539	- ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร - พัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน: การแพทย์และเภสัชกรรมไทย การนวดไทย สมุนไพร - วิจัยและพัฒนาสมุนไพร เป็นยาแผนปัจจุบันและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ - ตั้งศูนย์ประสานงานของคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ - พัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรเป็นยา	- 2536 จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย ในสังกัดกรมการแพทย์ - 2539-2540 กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์เข้าสู่ระบบสาธารณสุขของรัฐ มีการจัดสรรงบประมาณจ้างแพทย์แผนไทยประยุกต์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สนับสนุนครุภัณฑ์ที่จำเป็น จัดทำแนวทางและมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
8	2540-2544	- มียุทธวิธีสนับสนุนการพัฒนาเภสัชกรรมและการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยสนับสนุนงบประมาณปีละไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒ ของงบประมาณด้านสุขภาพ - พัฒนานองค์ความรู้และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย	- 2540 จัดทำแผนทศวรรษการแพทย์แผนไทย - 2542 ตรา พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

ช่วง แผน	ปี พ.ศ.	สาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ	นโยบายและการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น
		- พัฒนาข้อมูลข่าวสารและการเผยแพร่ด้านการแพทย์แผนไทย - พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุข - พัฒนาระบบบริหารจัดการการแพทย์แผนไทย โดยการพัฒนากฎมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร - สร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน - พัฒนาเวชภัณฑ์และระบบอุตสาหกรรมยาไทย	- 2542 สถาบันการแพทย์แผนไทยจัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ - 2543 จัดทำบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ฉบับแรก
9	2545-2549	จัดการระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย - จัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชนโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพ - สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัด คำนึงค่าในการให้บริการ โดยในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และ 5 ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับ - ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ - ส่งเสริมการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพในระบบการศึกษาทุกระดับและในชุมชน - สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ ทั้งด้านอาหาร ยา เครื่องมือ อุปกรณ์ทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข และบริการสุขภาพ	- 2545 องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดทำแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิม ฉบับแรก - 2545 จัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - 2547 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดต้องจัดบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - 2547 นโยบาย medical hub - 2548 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2548-2552 - 2549-2550 โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ (10 แห่ง) - 2549 โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ของ ออย.
10	2550-2554	การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลเน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการ	- 2550 บริการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ช่วง แผน	ปี พ.ศ.	สาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ	นโยบายและการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น
		พึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน - บูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นส่วนหนึ่งในระบบประกันสุขภาพ - พัฒนาคำรยา ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และวิถีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้ปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครองอย่างเป็นระบบ - พัฒนาสถาบันการศึกษา ระบบการศึกษา ระบบการเรียนรู้และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน	- 2550 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2550-2554 - 2551 โครงการส่งเสริมการใช้ยาไทยในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดภาคกลางตอนล่าง - 2551-2552 สถาบันการแพทย์แผนไทยจัดทำโครงการพัฒนาการผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ 7 แห่ง - 2552 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ - 2553 กรมการแพทย์แผนไทยฯ ใช้งบกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจ้างแพทย์แผนไทยทำงานใน รพ.สต. และ รพ.ชุมชน - 2554 นโยบาย medical hub
11	2555-2559	ยังคงมุ่งพัฒนากายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพ ในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย	- 2555 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2555-2559 - 2555 นโยบายเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขเข้าสู่ AEC - 2556 WHO จัดทำแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิม ปี 2014-2023 - 2556 กรมการแพทย์แผนไทยฯ สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้โรงพยาบาลแห่งละ 1 ล้านบาท เพื่อพัฒนาการผลิตยาสมุนไพรให้ได้ GMP - 2557 ประกาศใช้ GMP ยาแผนโบราณ - 2557 นโยบาย OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน - 2558 ข้อเสนอของนายกรัฐมนตรีเรื่องสมุนไพร - 2558 นโยบาย service plan การแพทย์แผนไทย - 2559 นโยบายประเทศไทย 4.0 - 2559 นโยบาย first line drugs - 2559 แผนแม่บทฯ การพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1

ช่วง แผน	ปี พ.ศ.	สาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ	นโยบายและการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น
12	2560-2564	- บูรณาการบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร พัฒนาเป็นระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ - ยกระดับสินค้า บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการนวดแผนไทย ที่สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจและสังคม ให้มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่นิยมของนานาชาติอย่างแพร่หลาย - พัฒนารูรจจากสมุนไพรเพื่อให้มียาทดแทนการนำเข้า และใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพัฒนาการแพทย์แผนไทยทดแทนด้านการรักษา - ส่งเสริมสนับสนุน และคุ้มครองภูมิปัญญาไทยทั้งในและต่างประเทศ: ยาไทย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน - สร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	- 2560 รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย - 2560 แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท พ.ศ.2560-2564 - 2560 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข - 2560 เมืองสมุนไพร - 2560 โรงพยาบาลผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร GMP WHO 47 แห่ง - 2560 ส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 10%

จากการศึกษานโยบายและแผน รวมทั้งการดำเนินการต่าง ๆ ของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องข้างต้น จะเห็นได้ว่า นโยบายเกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศในระยะเริ่มต้น มุ่งสนับสนุนและส่งเสริมการนำสมุนไพรไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายมีการนำสมุนไพรไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขโดยการสนับสนุนของ German Agency for Technical Cooperation- GTZ) ซึ่งมีการทดลองใช้สมุนไพร 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ เสลดพังพอนตัวเมีย และว่านหางจระเข้ ในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้มีการผลิต การวิจัย และการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อมีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นในทศวรรษ 2530-2540 การพัฒนายาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินไปพร้อม ๆ กับการให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยมีโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเป็นผู้บุกเบิกจนทำให้การใช้ยาจากสมุนไพรและบริการการแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับของระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น จนสามารถบรรจุเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในที่สุด

ยาจากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเริ่มเป็นจุดสนใจของผู้กำหนดนโยบายมากขึ้น เมื่อยาจากสมุนไพรและการแพทย์ดั้งเดิมกลายเป็นกระแสทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้คนในโลกสมัยใหม่ที่ต้องการหวนคืนสู่วิถีชีวิตแบบธรรมชาตินิยม หลังวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2540 รัฐบาลหลายชุดมีนโยบายสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจจากสมุนไพรและบริการการแพทย์แผนไทย (โดยเฉพาะการนวดไทย) และบางยุคเรื่องนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย medical hub แต่การมีนโยบายและความพยายามขับเคลื่อนยาจากสมุนไพรที่เป็น

ระบบมากขึ้น เกิดขึ้นในรัฐบาลชุดปัจจุบัน (รัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา) เพราะมีแผนแม่บทฯ ที่ให้ความสำคัญกับ 1) การพัฒนาสมุนไพรทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทางของกระบวนการทำให้สมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์สู่ตลาด 2) การประสานร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการระดับชาติ 3) การจัดอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากกฎระเบียบต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาหลายประการเมื่อมีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

จะเห็นได้ว่านโยบายที่เกี่ยวกับสมุนไพรมีจุดเริ่มต้นจากการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ซึ่งเป็นการมุ่งเพื่อการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น จนขยายเป็นการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประเทศ และกำลังจะเป็นความหวังในการสร้างเศรษฐกิจของประเทศไปสู่ ‘เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม’ โดยคาดหวังว่าผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจะกระจายไปสู่คนในท้องถิ่นที่เป็นเกษตรกรผู้เพาะปลูกพืชสมุนไพรด้วย ซึ่งจะเป็นการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การเคลื่อนตัวของนโยบายการพัฒนาสมุนไพรดังกล่าว มีลักษณะก้าวกระโดดและถูกชี้นำโดยผู้กำหนดนโยบายในระดับสูง โดยที่ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ถูกกำหนดให้สนองนโยบายนี้อย่างกะทันหัน บนความไม่พร้อมที่จะปรับบทบาทจากการพัฒนาสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น ไปสู่บทบาทการเป็นกลไกหนึ่งของการสร้างเศรษฐกิจของประเทศด้วยนวัตกรรมสมุนไพร

วิเคราะห์ประเมินแผนหลักในการพัฒนาสมุนไพร

การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะเน้นการวิเคราะห์ประเมินแผนหลักที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมุนไพร คือ แผนพัฒนาการสาธารณสุข และแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1

เมื่อวิเคราะห์แผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องการพัฒนาสมุนไพรในอดีต ตามที่แสดงไว้ในตาราง 2 พบว่า ยังมีการนำแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามแผนได้น้อย ดังจะเห็นได้ว่า ปัญหาที่แผนงานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับต่าง ๆ ต้องการแก้ไข ยังคงเป็นปัญหาที่ถูกยกขึ้นมากล่าวถึงและปรากฏเป็นมาตรการอยู่ในแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 เช่น ปัญหาการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร ที่การลงทุนในด้านนี้ "ยังค่อนข้างกระจุกกระจาย และไม่เพียงพอต่อการรองรับการพัฒนาสมุนไพรของประเทศ" และ "... การดำเนินการที่ผ่านมา ยังมีลักษณะชั่วคราว ไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและถาวร ... " เป็นต้น และสิ่งที่ปรากฏในแผนบางเรื่องยังไม่ได้มีการดำเนินการตามแผน เช่น "จัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพ"

เมื่อนำเกณฑ์ในการประเมินแผนของ RAND Corporation มาใช้ในการพิจารณาแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติที่ผ่านมา พบว่าแผนเหล่านั้นยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่จะสนับสนุนและปฏิบัติงานในการพัฒนาสมุนไพร ซึ่งถือว่า ยังไม่มีความสอดคล้องกันระหว่างเป้าหมายของแผน กับองค์ประกอบของระบบสุขภาพ (เพราะระบบกำลังคนผู้ให้บริการ เป็นองค์ประกอบ 1 ใน 6 ระบบย่อยตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007)) ในแง่นี้ จะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาการ

สาธารณสุขแห่งชาติที่ผ่านมายังไม่มีวิสัยทัศน์ (vision) ที่ชัดเจนในการพัฒนาสมุนไพรตามเกณฑ์ประเมินของ RAND Corporation ในขณะที่แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนกว่า เพราะให้ความสนใจกับเรื่องการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในบางแง่มุม ดังที่ได้ระบุในมาตรการของยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่า

3.3 การพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการของการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การพัฒนาการศึกษาของแพทย์แผนไทยให้มีการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น รวมทั้งขยายการศึกษาเฉพาะทางหลังปริญญา พัฒนาหลักสูตรเฉพาะเพื่อการผลิตเภสัชกรด้านสมุนไพร การบรรจุวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในหลักสูตรแพทย์แผนปัจจุบันและบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น และการบรรจุความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาทุกระดับตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับอุดมศึกษา

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามมาตรการที่ระบุนี้ยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

ในเรื่องการอภิบาล (governance) แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 กำหนดให้มี "คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ" ซึ่งแต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร และแผนแม่บทฯ ทุก 5 ปี เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานตามแผนแม่บท ฯ และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสมุนไพรของประเทศ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินแผนของ RAND Corporation พบว่า ผู้มีอำนาจตัดสินใจ และผู้นำแผนไปปฏิบัติ คือ กระทรวงและกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้ในแผน หน่วยงานในราชการส่วนกลางที่รับผิดชอบในการนำแผนไปปฏิบัติที่สำคัญ คือ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในขณะที่หน่วยงานในระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรในราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ คือ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่ามีความไม่สอดคล้องกันของหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจกับหน่วยงานปฏิบัติการในภูมิภาค เกี่ยวกับสายการบังคับบัญชาและการให้รางวัลหรือการลงโทษผู้ปฏิบัติ

ในประเด็นความสอดคล้องกันของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ พบว่า แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 เป็นแผนที่ให้ความสนใจกับการพัฒนาสมุนไพรที่มีความครอบคลุมมากกว่าแผนต่าง ๆ ในอดีต แต่เป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับสมุนไพรในแง่ของการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขายได้ คือการพัฒนาตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง ตลอดสายห่วงโซ่คุณค่า (value chain) ของสมุนไพร ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องดำเนินการมากมาย แต่แผนนี้ไม่ได้จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ควรจะทำก่อนและหลัง การนำแผนนี้ไปปฏิบัติจึงขึ้นกับความสนใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแผนจะพิจารณาหยิบยกเรื่องใดในแผนมาดำเนินการก่อน ซึ่งอาจทำให้ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงยุทธศาสตร์ เพราะอาจไม่ได้ดำเนินการในบางเรื่องที่เป็นต่อการขับเคลื่อนแผนให้ประสบความสำเร็จก่อน เช่น มาตรการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะเพื่อการผลิตเภสัชกรด้าน

สมุนไพรร หากไม่จัดลำดับความสำคัญว่าเป็นมาตรการเร่งด่วน จะทำให้แผนที่ต้องการเภสัชกรที่มีสมรรถนะด้านสมุนไพรจำนวนมากพอไปขับเคลื่อนประสบความสำเร็จได้ยาก

ในเรื่องความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (intelligence) การกำกับ และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ รวมถึงการปรับปรุงในระหว่างดำเนินการตามแผน และการประเมินผลสำเร็จของแผน ซึ่งจะต้องมีตัวชี้วัดที่เหมาะสม ที่สะท้อนความสำเร็จของแผนได้ ในขณะนี้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทในการติดตาม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการนำแผนไปปฏิบัติ แต่เนื่องจากมีปัญหาความไม่สอดคล้องกันของสายการบังคับบัญชาดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้การติดตามและแก้ไขปัญหายังมีปัญหาในเชิงระบบงานอยู่มาก ในขณะที่การประเมินผลอาศัยตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นเป็นเครื่องมือในการกำหนดความสำเร็จ แต่ตัวชี้วัดดังกล่าวยังไม่ได้เกิดขึ้นจากผู้มีส่วนได้เสียกับแผนเข้ามามีส่วนกำหนดอย่างได้สมดุล ส่วนการติดตามและแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติการตามแผน ไม่มีการระบุไว้ในแผน แต่ในทางปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในฐานะหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผน ได้ส่งเจ้าหน้าที่ของกรมไปติดตามประเมินแผนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติที่กล่าวถึงต่อไป

วิเคราะห์กลไกปฏิบัติการและระบบสนับสนุน

การก้าวกระโดดของนโยบายการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรดังที่กล่าวมาข้างต้น ด้านหนึ่งเป็นการท้าทายให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรพิสูจน์ศักยภาพของตนเอง และเปิดโอกาสให้เข้าถึงแหล่งทุนสนับสนุนได้มากขึ้นกว่าเดิม แต่อีกด้านหนึ่ง อาจเป็นการเรียกร้องผู้ปฏิบัติงานบนความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถที่จะขับเคลื่อนนโยบายไปสู่เป้าหมาย นอกจากนี้ นโยบายที่ดียังต้องมีกลไกการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการรองรับด้วย การวิเคราะห์ต่อไปนี้จะใช้ข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสมุนไพร และโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นฐานในการวิเคราะห์

กลไกปฏิบัติการในส่วนกลาง

การศึกษานี้พบว่า กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสมุนไพรตามแผนแม่บทฯ และนโยบายต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา ศูนย์กลางการขับเคลื่อนยังคงอยู่ที่ราชการส่วนกลาง คือ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติทำหน้าที่ในการประสานแผน มีกองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นกลไกในการดำเนินการ ที่สำคัญได้แก่ กองยาไทย กองวิชาการและแผนงาน สถาบันการแพทย์แผนไทย สำนักคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน โดยผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในการควบคุมกำกับคือ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอาจวางยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนตามประเด็นที่

ตนเองเห็นความสำคัญ หรือเห็นว่าจะสามารถขับเคลื่อนให้ประสบความสำเร็จได้ในเวลาที่ตนเองดำรงตำแหน่งเป็นอธิบดีอยู่

กลไกปฏิบัติการในภูมิภาค

จากการศึกษาโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปรากฏในบัญชีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ และคำอธิบายตามหนังสือที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบว่า

1. ในโครงสร้างการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเกิดขึ้นเพื่อรองรับการทำงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัด โดยระบุภารกิจของกลุ่มงานนี้ไว้ดังนี้

- 1) งานพัฒนาระบบบริหารงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 2) งานพัฒนาและส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 3) งานพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนไทย
- 4) งานวิชาการและพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยและงานวิจัย
- 5) งานคุ้มครองภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย
- 6) งานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรอบอัตรากำลังระบุว่า ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย เกษัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) ระดับตำแหน่ง ปฏิบัติการ/ชำนาญการ

2. ในโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ภายใต้ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเกิดขึ้นเพื่อรองรับการทำงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล โดยระบุ ภารกิจของกลุ่มงานนี้ไว้ดังนี้

รับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐาน ให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการทำกิจกรรม เน้นความปลอดภัย มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพประสิทธิผล ซึ่งได้แก่ การนวดตัว การนวดคลายเครียด การนวดน้ำมัน การนวดฝ่าเท้า การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์หลัก การรักษาแบบเฝ้ายา หรือสมาน (healing) การรักษาด้วยวัสดุอุปกรณ์ หรือวิถีธรรมชาติที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรอบอัตรากำลังระบุว่า ประกอบด้วย นายแพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข (วุฒิ ป.การแพทย์แผนไทย) (อายุรเวท) ระดับตำแหน่ง ปฏิบัติการ/ชำนาญการ (ยกเว้นแพทย์ ระดับตำแหน่งเป็นได้ถึงชำนาญการพิเศษ หรือเชี่ยวชาญ)

3. ในโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเกิดขึ้นเพื่อรองรับการทำงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล โดยระบุภารกิจของกลุ่มงานนี้ไว้ดังนี้

รับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐาน ให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการทำกิจกรรม เน้นความปลอดภัย มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพประสิทธิผล ซึ่งได้แก่ การนวดตัว การนวดคลายเครียด การนวดน้ำมัน การนวดฝ่าเท้า การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์หลัก การรักษาแบบเฝ้ายา หรือสมุนไพร (healing) การรักษาด้วยวัสดุอุปกรณ์ หรือวิถีธรรมชาติที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรอบอัตรากำลังระบุว่า ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข (วุฒิ ป.การแพทย์แผนไทย) (อายุรเวท) ระดับตำแหน่ง ปฏิบัติการ/ชำนาญการ

จะเห็นได้ว่า โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลไกปฏิบัติการในส่วนภูมิภาคที่สำคัญ ทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดการเน้นไปที่การให้บริการคุ้มครองและส่งเสริมพัฒนาการแพทย์แผนไทยเป็นหลัก ยังไม่ใช้โครงสร้างรองรับการพัฒนาสมุนไพรตามแผนแม่บทฯ และนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสมุนไพรโดยตรง นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างดังกล่าว เมื่อต้องมาปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับสมุนไพร ต้องแบกรับความเสี่ยงที่จะไม่ก้าวหน้าในระดับตำแหน่ง โดยเฉพาะเภสัชกรที่เคยทำงานด้านสมุนไพร ซึ่งแต่เดิมสังกัดอยู่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (ในกรณีทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) หรือกลุ่มงานเภสัชกรรม (ในกรณีทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) ซึ่งมีโอกาสก้าวหน้าไปถึงระดับตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษได้ แต่หากย้ายมาทำงานในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะไม่สามารถเติบโตถึงระดับตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ จึงเป็นงานที่ไม่มีความก้าวหน้าเมื่อเทียบกับการทำงานในกลุ่มงานเดิม

แม้จะมีปัญหาเกี่ยวกับความก้าวหน้าดังกล่าว แต่เภสัชกรหลายคนยังคงทำงานพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยในกลุ่มงานใหม่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเช่นเมื่อครั้งที่ทำงานอยู่ภายใต้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ซึ่งการมอบหมายให้ทำงานด้านนี้ต่อไป เป็นความเห็นชอบของหัวหน้าหน่วยงาน คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แต่ในบางจังหวัดกลับพบว่า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้คัดเลือกเภสัชกรที่เมื่อครั้งอยู่ในกลุ่มงานเดิมไม่ได้ทำงานด้านนี้มาก่อน ให้มารับงานใหม่ในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะบางจังหวัดที่มีนโยบายเมืองสมุนไพร แสดงให้เห็นว่า ในโครงสร้างระดับจังหวัด บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนงานด้านสมุนไพร คือ เภสัชกร

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีงานผลิตยาจากสมุนไพร (ที่มีการสำรวจและได้รับการยอมรับให้พัฒนาเข้าสู่มาตรฐาน GMP มี 46 แห่ง) ส่วนใหญ่มีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมการผลิตยา และเป็นบุคลากรภายใต้กลุ่มงานเภสัชกรรม ปัญหาที่พบในเภสัชกรกลุ่มนี้คือ การปฏิบัติงานด้านการผลิตยาจาก

สมุนไพรมิได้ถูกคำนวณให้เป็นภาระงาน (FTE) ของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ซึ่งหมายความว่า อัตรากำลังของเภสัชกรทั้งกลุ่มงานจะไม่ได้รับการจัดสรรเพิ่ม แม้จะมีงานผลิตยาจากสมุนไพรมีเพิ่มขึ้นมา เภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านการผลิตยาจากสมุนไพรมิได้ต้องจัดสรรมาจากอัตรากำลังของเภสัชกรที่มีอยู่ของกลุ่มงานฯ จึงมักไม่สามารถทำงานเต็มเวลาได้ ต้องแบ่งเวลาไปทำงานส่วนอื่น ๆ ของกลุ่มงานเภสัชกรรมด้วย เมื่อมีงานผลิตยาจากสมุนไพรมิได้ระบุเป็นภารกิจหนึ่งของกลุ่มงานฯ จึงถือว่าเภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านการผลิตยาจากสมุนไพรมิได้ปฏิบัติงานนอกเหนือจากภารกิจ และอาจไม่ได้รับการพิจารณาความก้าวหน้าในตำแหน่งงานได้เช่นกัน

ระบบสนับสนุน

การสนับสนุนงานด้านสมุนไพรมิสามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้านที่สำคัญคือ การสนับสนุนด้านทรัพยากรมนุษย์ ด้านวิชาการ และด้านงบประมาณ

1. ด้านทรัพยากรมนุษย์ ครอบคลุมถึง การจัดหาผู้ปฏิบัติที่เพียงพอ มีสมรรถนะที่ตรงตามภารกิจ มีการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร รวมถึงแรงจูงใจต่าง ๆ

จากการวิเคราะห์แผนแม่บทฯ พบว่า มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร 3 มาตรการ คือ

- 1) ยกระดับความรู้บุคลากรในอุตสาหกรรมสมุนไพรไทยซึ่งมิได้มีการดำเนินการ
- 2) พัฒนาหลักสูตรเฉพาะเพื่อผลิตเภสัชกรด้านสมุนไพร (อยู่ระหว่างการดำเนินการกันเอง โดย ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยมีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมสมุนไพร)
- 3) เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข

2. ด้านวิชาการ ในแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 มิมีมาตรการการสนับสนุนด้านวิชาการไว้โดยตรง

3. ด้านงบประมาณ แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560 – 2564 ระบุว่าประเทศต้องลงทุนในวงเงิน 18,499.95 ล้านบาทในระยะเวลา 5 ปี เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบจากกระทรวงและกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่การศึกษานี้พบว่า งบประมาณที่ปรากฏในแผนแม่บทฯ นี้เป็นเพียงกรอบที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใช้อ้างอิงในการขอ งบประมาณประจำปีเท่านั้น มิใช่งบประมาณที่จะได้รับจริงทั้งหมด

วิเคราะห์แผนพัฒนาสมุนไพรในมุมมองเภสัชกร

จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มเภสัชกรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาสมุนไพรในประเด็น นโยบายและแผนพัฒนาสมุนไพร และการสนับสนุนจากส่วนกลางในการทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรในพื้นที่ มีข้อค้นพบว่า เภสัชกรส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานหลักและมีประสบการณ์การทำงานที่ยาวนาน มีความเห็นว่า นโยบายและแผนพัฒนาสมุนไพรเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการทำงานในพื้นที่และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติ โดยเฉพาะการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศและประโยชน์ทาง

เศรษฐกิจที่จะกระจายถึงเกษตรกรรายย่อยในพื้นที่ หากสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การนำแผนไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานหลายประการ (มีข้อมูลในรายละเอียดซึ่งจะได้กล่าวถึงอีกครั้งในบทที่ 6) ซึ่งสามารถวิเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

โครงสร้างและระบบงาน

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 เป็นแผนที่ไม่ได้กล่าวถึงการปรับปรุงโครงสร้างและระบบงานไว้ การทำงานในระดับปฏิบัติการเป็นไปตามโครงสร้างบริหารราชการแผ่นดินที่กำหนดมาจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการปรับโครงสร้างในปี พ.ศ. 2560 เป็นการพิจารณาของผู้บริหารในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้บริหารจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้ให้ความเห็นหลัก ซึ่งที่ผ่านมากรมยังให้ความสำคัญกับงานบริการการแพทย์แผนไทยมากกว่างานพัฒนาสมุนไพร ในขณะที่ผู้บริหารที่มาจากวิชาชีพเภสัชกรรมในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่แสดงบทบาทในการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับโครงสร้างระดับปฏิบัติการที่รองรับการทำงานของเภสัชกรด้านสมุนไพรได้มากนัก เมื่อโครงสร้างที่จะรองรับการทำงานไม่มีความชัดเจนสำหรับงานพัฒนาสมุนไพร การพัฒนาระบบงานและลักษณะงานก็ไม่ชัดเจนตามไปด้วย ในขณะนี้ ในโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงในการกำหนดอัตรากำลังของเภสัชกรด้านสมุนไพร รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้านนี้เป็นการเฉพาะ การดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับกำลังคนเภสัชกรด้านสมุนไพรที่ผ่านมา เป็นการผลักดันโดยเภสัชกรที่ทำงานบุกเบิกงานด้านสมุนไพรร่วมกับสภาเภสัชกรรมเท่านั้น นอกจากนี้ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาสมุนไพรส่วนใหญ่ต้องการให้ระบุภารกิจงานด้านสมุนไพรให้ชัดเจนในโครงสร้างกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล และไม่เห็นด้วยกับการจำกัดตำแหน่งเภสัชกรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาสมุนไพรให้อยู่ที่ระดับตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการเท่านั้น ผลกระทบจากความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับโครงสร้างและระบบงานอีกประการหนึ่ง คือ ทำให้การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาสมุนไพรไม่ได้นับเป็นภาระงานของเภสัชกรในโรงพยาบาล ในการคำนวณค่า FTE (Full Time Equivalent) ซึ่งจะมีผลกระทบอย่างมากต่อการพิจารณาความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงาน

ทรัพยากรบุคคลด้านเภสัชกรรมสมุนไพร

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีแผนจัดการทรัพยากรบุคคลด้านเภสัชกรรมสมุนไพร การจัดสรรกำลังคนด้านเภสัชกรรมเพื่อปฏิบัติงานในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นการจัดสรรกำลังคนภายในองค์กรกันเอง ไม่มีการสนับสนุนหรือจัดสรรตำแหน่งเพิ่มขึ้นจากเดิมจากกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลบางแห่งจึงใช้วิธีการจ้างลูกจ้างชั่วคราวเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งไม่มีความยั่งยืน แผนแม่บทฯ จึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ยังละเลยการจัดการทรัพยากรมนุษย์ และผลกระทบเรื่องกำลังคนไปให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการแก้ไขปัญหากันเอง

การนำนโยบายไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 มีสถานะเป็นแผนยุทธศาสตร์ เมื่อจะนำไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (implementation) ต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ (operational plan) ซึ่งเป็นเรื่องที่แต่ละพื้นที่ต้องไปดำเนินการกันเอง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไม่ได้สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการจัดทำแผนตั้งแต่เริ่มต้น แต่มักจะดำเนินการจัดประชุมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ส่วนกลาง เพื่อมารับฟังนโยบาย โดยมีการรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ปฏิบัติบ้าง ไม่มีการสนับสนุนกำลังคนในการดำเนินการในพื้นที่ อาจมีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้กับบางพื้นที่ แต่มีมาเป็นก้อนและให้ใช้จ่ายเพื่อการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ในเวลากระชั้นกระชิดท้ายปีงบประมาณ ซึ่งกลายเป็นภาระของผู้ปฏิบัติงานอย่างมาก และทำให้ผู้ปฏิบัติงานอาจเสี่ยงต่อการกระทำที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของกระทรวงการคลัง

แผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมา เป็นผลที่เกิดจากความสามารถส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานระดับหัวหน้ากลุ่มงาน ทั้งในด้านการวางแผนกลยุทธ์ การจัดโครงสร้างการบริหารแผน การบริหารจัดการแผน การบริหารทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ที่มีอยู่อย่างจำกัด เพราะไม่ได้รับการจัดสรรกำลังคนที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน การจัดหาแหล่งทุนสนับสนุนด้วยตนเอง (เช่น จาก สปสช. สสส. กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย งบพัฒนาจังหวัด เป็นต้น) การแสวงหาความรู้ด้วยตนเองในลักษณะ self-directed learning การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่โดยการจัดการกันเอง เพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียนและวิธีทำงาน แสวงหาเครือข่ายสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น จากเครือข่ายหมอพื้นบ้าน องค์กรชาวบ้าน องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น และความสามารถในการนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (รายละเอียดการทำงานที่แสดงถึงสมรรถนะในการทำงานเหล่านี้ จะกล่าวถึงอีกครั้งในบทที่ 6)

วิเคราะห์แผนพัฒนาสมุนไพรในฐานะที่เป็นนวัตกรรมที่สร้างการเปลี่ยนแปลง

ในหัวข้อนี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์และอภิปรายเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนพัฒนาสมุนไพรโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ได้ทบทวนไว้ในบทที่ 2 กล่าวคือ การพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพของไทยในโลกสมัยใหม่เป็นสิ่งที่มีความแตกต่างกับการพัฒนางานประจำทั่วไป เพราะยาจากสมุนไพรมีความแตกต่างจากยาแผนปัจจุบัน ทั้งในแง่ตัวผลิตภัณฑ์ การสร้างและผลิตผลิตภัณฑ์ ความรู้ในการบริหารจัดการ ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ และความรู้ในการใช้ผลิตภัณฑ์ จึงถือได้ว่า การพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพของไทยมีสถานะเป็นนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ (innovation in health care) แบบหนึ่งตามทฤษฎี Diffusion of innovations การนำนวัตกรรมนี้ไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (implementation of innovation) จึงควรมีความแตกต่างจากการนำแผนทั่ว ๆ ไปไปสู่การปฏิบัติ การขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 จะใช้วิธีการเดียวกับการขับเคลื่อนแผนบริการสุขภาพที่ไม่ใช่นวัตกรรมไม่ได้ ดังนั้น จึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เป็นมือใหม่ (neophyte) คิดแผนปฏิบัติการ

และปฏิบัติการเองแบบลองผิดลองถูกหรือตามยถากรรม แต่ควรมีการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น มีแนวทางการปฏิบัติ (implementation guideline) ที่ชัดเจน มี resource allocation มีการเสริมพลัง (empowerment) และการพัฒนาสมรรถนะ (competency development) ของผู้ปฏิบัติ เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้จากการถอดบทเรียน (lesson learned) กรณีที่ประสบความสำเร็จ (best practices) ซึ่งทำให้ implicit knowledge เป็น explicit knowledge และการเรียนรู้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (key success factors) ของกรณีตัวอย่างต่าง ๆ เป็นต้น

เมื่อนำเอา Minnesota Health Systems' Change Themes มาใช้พิจารณาการนำแผนแม่บทฯ ไปขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ สิ่งที่ผู้บริหารนโยบายและแผนในส่วนกลางควรทำคือ การดำเนินการในประเด็นหลัก (theme) ที่สำคัญในแต่ละช่วงของการเปลี่ยนแปลง ดังต่อไปนี้

1) ช่วงการสร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง มีประเด็นสำคัญได้แก่ อิทธิพลจากภายนอก (external influences) ที่ส่งผลต่อการนำไปปฏิบัติ โดยเฉพาะนโยบายที่ส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรอย่างจริงจัง และโครงสร้างและระบบงานที่จะต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการขับเคลื่อนนโยบาย การเปิดโอกาสให้เภสัชกรในฐานะทรัพยากรที่ไม่ถูกใช้งาน (pharmacists as an untapped resource) ได้ยกประเด็นปัญหาที่มีอยู่ในทางปฏิบัติอย่างเป็นกิจจะลักษณะและมีประสิทธิภาพ การสร้างความตระหนักถึงพันธสัญญาในทางจริยธรรมวิชาชีพ (moral commitment) ที่เภสัชกรจะต้องสร้างระบบยาเพื่อการพึ่งตนเองของประเทศ และดูแลความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน การสร้างวัฒนธรรมองค์กร (organizational culture) ที่สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ใหม่ ๆ

2) ช่วงการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งองค์ภาพ มีประเด็นสำคัญได้แก่ การมีผู้นำขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง (momentum champions) ซึ่งเข้าใจภาพรวมของการขับเคลื่อนเพื่อการเปลี่ยนแปลง การสร้างความสัมพันธ์แบบร่วมมือกัน (collaborative relationships) ของคณะทำงานขับเคลื่อนปฏิบัติการแผน การทำให้ประชาชนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายกล่าวขวัญถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงานพัฒนาสมุนไพร และการทำงานโดยมีเภสัชกรเป็นส่วนสำคัญของทีม

3) ช่วงทำให้เกิดผลและเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ (implementation strategies) คือสิ่งที่ผู้บริหารนโยบายและแผนจะต้องคิดว่าจะทำให้การพัฒนาและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรเข้าเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพได้อย่างถาวรได้อย่างไร เช่น ทำให้การใช้ยาสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งในสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพทุกกองทุนเช่นเดียวกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน การเอาชนะความท้าทาย (overcoming challenges) เช่น ความท้าทายจากการทำให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยามั่นใจในยาสมุนไพรเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน การวัดและรายงานผล (measuring and reporting results) ซึ่งอาจไม่ใช้การวัดตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ควรมีการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการพัฒนาสมุนไพร โดยเฉพาะการตอบโจทย์ความจำเป็นทางสุขภาพหรือไม่เพียงพอ และยุทธศาสตร์เพื่อความยั่งยืน (sustainability strategies) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำให้ยาสมุนไพรกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของประชาชน และเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับการใช้ยาแผนปัจจุบันอย่างแท้จริง

ประเด็นที่วิเคราะห์มาข้างต้นนี้ อาจจะยังไม่ปรากฏอยู่ในแผนแม่บทฯ แต่ผู้บริหารนโยบายและแผน รวมทั้ง คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติควรคิดถึงประเด็นเหล่านี้อย่างจริงจังเมื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติในช่วงต่าง ๆ

วิเคราะห์บทบาทของเกษตรกรที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบาย

จากการทบทวนเอกสารแผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรข้างต้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมีจุดเริ่มต้นมาจากขานรับนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกมาปฏิบัติ ทำให้สมุนไพรได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่ทำให้ประชาชนและระบบสุขภาพสามารถพึ่งตนเองได้ เมื่อการยอมรับการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขมีมากขึ้น นโยบายส่งเสริมให้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างมูลค่าเชิงเศรษฐกิจของประเทศก็ได้รับการพัฒนาขึ้นตามมาเป็นลำดับ

เมื่อรัฐบาลในยุคปัจจุบันประกาศให้ความสำคัญกับการปฏิรูปประเทศ เพื่อยกระดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศ บนพื้นฐานของความสมดุลในการพัฒนา ตามนโยบายประเทศไทย 4.0 ซึ่งเปรียบเสมือนกรอบใหญ่ในการพัฒนาประเทศ สมุนไพรได้รับการหยิบยกขึ้นมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จในการพัฒนาสมุนไพรคือ การเชื่อมโยงของห่วงโซ่มูลค่า (Value chain) ของสมุนไพรตั้งแต่ต้นทาง กลางทางและปลายทางและการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบโจทย์ความต้องการของตลาด

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน ได้รับมอบหมายให้มีภารกิจที่ใหญ่ขึ้นคือ เป็นองค์กรประสานความร่วมมือกับอีก 9 กระทรวงในการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรโดยมีแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) เป็นแผนกำกับการทำงานในระดับประเทศ ในส่วนภูมิภาคมีนโยบายเมืองสมุนไพรครอบคลุมทั้ง 12 เขตสุขภาพเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรในระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์นโยบายที่ต้องการเน้นให้ประเทศมีการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจจากสมุนไพร พบว่านโยบายนี้ยังขาดมาตรการและระบบสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและสามารถหวังผลในทางปฏิบัติได้ชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขับเคลื่อนยังอยู่ในระยะเริ่มต้น การศึกษานี้จึงเลือกที่จะเปรียบเทียบกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศมาเลเซียที่มีผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจนแล้ว คือ ประเทศมาเลเซียสามารถส่งออกผลิตภัณฑ์จากรากปลาไหลเผือก Tong Kat Ali ไปขายในประเทศสหรัฐอเมริกาและประชาคมเศรษฐกิจยุโรปได้สำเร็จแล้ว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้

จากการศึกษาสไลด์นำเสนอผลการศึกษาโครงการ Entry Point Project (EPP) ของประเทศมาเลเซียพบว่า ประเทศมาเลเซียมีการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนโครงการนี้เป็นการเฉพาะ คือ Herbal

Development Office ที่มีหน้าที่ในการกำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์ นโยบาย และกฎระเบียบต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนให้อุตสาหกรรมด้านสมุนไพรของประเทศเติบโตได้ มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายของการพัฒนาต้นทางหรือแหล่งปลูกที่ชัดเจนมีการทำ contract farming และสร้างฟาร์มตัวอย่าง นอกจากนี้กระทรวงเกษตรของมาเลเซียยังจัดตั้ง R&D cluster 5 แห่ง เพื่อรับผิดชอบในการค้นคว้า crop production & agronomy การจัดทำมาตรฐานและพัฒนาผลิตภัณฑ์ การศึกษาพิษวิทยา การวิจัยพรีคลินิกและคลินิก และการพัฒนาเทคโนโลยีการแปรรูปสมุนไพร ส่วนปลายทางมีการคัดเลือกและแต่งตั้ง anchor company 8 บริษัท บริษัทเหล่านี้เป็นหัวหอกในการทำตลาดและสร้างตราสินค้า (branding) ทั้งที่เป็น nutraceuticals และยาจากสมุนไพรที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนการอ้างสรรพคุณ โดยมีการทำ R&D partnership ระหว่างมหาวิทยาลัยและบริษัท เพื่อให้มีการพัฒนาข้อมูลทางวิชาที่สนับสนุนการขยายตลาด

สำหรับประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศมาเลเซีย ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ไทยมีจุดแข็งตรงที่มีการนำสมุนไพรมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงยาจากสมุนไพรผ่านระบบบริการสุขภาพ และมีการยอมรับให้มีการใช้ยาพัฒนาจากสมุนไพรและยาตำรับดั้งเดิมจากคัมภีร์การแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ แต่การวิจัย พัฒนา และการนำมาใช้ที่ผ่านมายังไม่สามารถบูรณาการทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรสมุนไพร และการบริหารจัดการความรู้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบตลอดสายของห่วงโซ่คุณค่าของสมุนไพร โดยเฉพาะในด้านทรัพยากรบุคคล ยังมีความไม่ชัดเจนในการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสมุนไพร และยังขาดการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีสมรรถนะและเป็นหลักของการพัฒนาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างและระบบงานที่ยังมีปัญหาดังที่กล่าวมาแล้ว รวมทั้งวิธีการบริหารราชการที่ยังติดอยู่กับความต้องการสร้างผลงานในระยะสั้นของผู้บริหาร มากกว่าการวางรากฐานการพัฒนาในระยะยาว และการขาดผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ มีความสามารถ และมีเวลาในการปฏิรูปโครงสร้างและระบบงานได้อย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่การศึกษานี้จะมีส่วนช่วยให้การพัฒนาสมุนไพรบรรลุเป้าหมายตามแผนงานเหล่านี้ คือ การชี้ให้เห็นว่า ในการขับเคลื่อนนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิรูปโครงสร้างและระบบงาน และกำหนดบทบาทของบุคลากรในสายวิชาชีพเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน โดยอาศัยกรอบสมรรถนะและภารกิจตามแผนงานเป็นเครื่องมือในการกำหนด และมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างและระบบงานที่ปฏิรูปแล้วและตามกรอบสมรรถนะนั้น

เนื้อหาที่จะนำเสนอต่อไป ผู้วิจัยจะวิเคราะห์บทบาทของเภสัชกรที่ควรปรับให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสมุนไพรที่ได้ทบทวนมา ซึ่งการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ดังกล่าวที่ครบถ้วน จะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จมีความเป็นไปได้มากขึ้น โดยแบ่งเป็นบทบาทหลักและบทบาทในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

บทบาทหลักของเภสัชกรด้านสมุนไพร

1. ด้านการจัดการระบบยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขทำให้การพัฒนาบบบริการการแพทย์แผนไทยต้องเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับกรอบคิดในการพัฒนาการแพทย์แผนปัจจุบันที่คำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ คุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศที่ผ่านมา การจัดการยาซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน มีเภสัชกรเป็นบุคลากรที่มีบทบาทหลักเป็นผู้จัดการระบบยาทั้งระบบ อันประกอบด้วยการจัดการหา การคัดเลือกยาที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของแพทย์ผู้สั่งใช้การติดตามผลการใช้ยาและเฝ้าระวังความปลอดภัย การกำหนดนโยบายโดยมีเป้าประสงค์ที่จะยกระดับคุณภาพของการบริการการแพทย์แผนไทยให้มีมาตรฐานเช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการยกระดับการจัดการระบบยาจากสมุนไพรให้มีมาตรฐานทัดเทียมกับยาแผนปัจจุบัน

2. ด้านการผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ การที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาล 47 แห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลิตยาตำรับแผนไทยและยากำพร้า เพื่อตอบสนองต่อความต้องการใช้ของแพทย์และแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการผลิตจำนวนมาก (mass production) ทำให้มีความจำเป็นต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมการดำเนินการผลิตยาในโรงพยาบาลเหล่านี้ เพื่อให้ได้ยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ

3. ด้านการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเหมาะสม ตัวชี้วัดสำคัญที่กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขในภาครัฐต้องดำเนินให้เป็นไปตามนโยบาย คือ มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นปีละร้อยละ 15 การดำเนินการเพื่อให้ได้เป้าหมายตามตัวชี้วัดนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องโน้มน้าวให้แพทย์แผนปัจจุบันหันมาสั่งใช้ยาจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันให้มากขึ้น เพราะการใช้ยาส่วนใหญ่ยังต้องอาศัยแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ การทำให้แพทย์สั่งใช้ยาจากสมุนไพร ต้องอาศัยการให้ข้อมูลทางวิชาการที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน การจัดทำข้อมูลและการสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาเป็นบทบาทหลักของเภสัชกรในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งอยู่แล้ว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้เภสัชกรมีสมรรถนะด้านยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้นเพื่อดำเนินการดังที่กล่าวมา นอกจากนี้ เมื่อมีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น เภสัชกรยังต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการติดตามผลการใช้ยาและเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาทั้งสองแผน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามเฝ้าระวังอันตรกิริยาระหว่างยาแผนปัจจุบันกับยาจากสมุนไพร (drug-herb interaction)

4. ด้านการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ในการปฏิรูปของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียน และควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมรวมทั้งบทบาทในการส่งเสริมผู้ประกอบการ โดยมีผลิตภัณฑ์บางชนิดที่ อย.ได้มอบหมายให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ เป็นผู้มีความสามารถในการอนุมัติทะเบียนตำรับได้ เพื่อให้การอนุมัติผลิตภัณฑ์สู่ตลาดดำเนินการได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนั้นในแผนยุทธศาสตร์

20 ปี ด้านสาธารณสุขยังมีเป้าหมายหนึ่งในการควบคุมและกำกับให้ประชาชนได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยซึ่งที่ผ่านมาเภสัชกรมีบทบาทในการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ อยู่แล้ว แต่จำเป็นต้องมีบทบาทเป็นผู้ส่งเสริมผู้ประกอบการไปในเวลาเดียวกันด้วย

5. ด้านการพัฒนานวัตกรรมยาจากสมุนไพร ในอนาคตการพัฒนานวัตกรรมจะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมและยังสร้างความแตกต่างให้กับผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยมีประเทศไทย 4.0 เป็นนโยบายร่วมใหญ่ ส่วนในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข การวิจัยและพัฒนา (R&D) และงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่สามารถใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือการตลาดได้จะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของความสำเร็จเช่นเดียวกับแผนปฏิรูปด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ที่มีการระบุถึงการพัฒนานวัตกรรมสารสกัด ดังนั้นเพื่อเป็นการต่อยอดภูมิปัญญาสุขภาพของคนไทยด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ เภสัชกรจึงควรมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนานวัตกรรมยาจากสมุนไพร เพราะเป็นบุคลากรที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยามาโดยเฉพาะ และมีศักยภาพที่จะพัฒนานวัตกรรมที่จะตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนได้

บทบาทของเภสัชกรด้านสมุนไพรในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ

1. ด้านการบริหารจัดการระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร จากการที่การบูรณาการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุข และการพัฒนาระบบยาสมุนไพรเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ความสำเร็จในการนำนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด จำเป็นต้องมีผู้จัดการระบบที่มีความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งเภสัชกรสามารถแสดงบทบาทนี้ร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ในระบบสุขภาพได้เช่นเดียวกัน หากได้มีการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเสริมความรู้ฝึกฝนทักษะ และปลูกฝังทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ส่วนบทบาทในการบริหารจัดการระบบยาจากสมุนไพรก็เป็นบทบาทหลักของเภสัชกรอยู่แล้ว

2. ด้านการพัฒนาและบริหารจัดการให้มีวัตถุดิบให้มีคุณภาพ วัตถุดิบที่นำมาใช้ผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร จำเป็นต้องมีสายพันธุ์ที่ถูกต้อง และให้สารสำคัญในปริมาณสูงซึ่งเภสัชกรมีความรู้ในการพิสูจน์เอกลักษณ์ ตรวจวิเคราะห์คุณภาพที่จะสามารถทำงานเสริมกับหน่วยงานทางด้านการเกษตรและวิทยาศาสตร์

3. ด้านการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์ ทั้งเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองสมุนไพร ที่มีการระบุว่า ให้แต่ละเมืองสมุนไพรค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นอันเป็นอัตลักษณ์ของตน เพื่อนำมาพัฒนาเป็นสินค้าและบริการ อันจะสร้างความแตกต่างในการแข่งขัน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้รับมอบหมายให้เป็นแกนกลางในการประสาน โดยมีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ หรือกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ เป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก ซึ่งในกลุ่มงานดังกล่าวมักมีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบ

4. ด้านการสื่อสารข้อมูลสมุนไพรกับสาธารณะ สมุนไพรมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพซึ่งการส่งเสริมให้เกิดการใช้ที่ถูกต้อง เกษัชกรจะเป็นผู้หนึ่งที่ใช้ความรู้ในการค้นหาข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ ร่วมกับนักการสื่อสารและการตลาดเพื่อให้เกิดการใช้ที่เหมาะสม

บทบาทของเภสัชกรที่วิเคราะห์ตามทิศทางนโยบายนี้ ได้นำไปใช้เป็นกรอบในการศึกษาบทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในบทต่อไป

สรุป

นโยบายการพัฒนาสมุนไพรมีพัฒนาการจากการส่งเสริมการนำสมุนไพรไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน ไปสู่การนำไปใช้ในการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข และกำลังจะก้าวไปสู่การเป็นความหวังในการสร้างเศรษฐกิจของประเทศแบบ ‘เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม’ การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องการการพัฒนาสมุนไพรแบบครบวงจร ด้วยการเชื่อมร้อยของห่วงโซ่คุณค่า (value chain) ของสมุนไพรตั้งแต่ต้นทาง กลางทางและปลายทาง และการพัฒนานวัตกรรมที่ตอบโจทย์ความต้องการของตลาด ตามแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 เมื่อวิเคราะห์นโยบายและแผนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่า ระบบสุขภาพต้องการบุคลากรในสายวิชาชีพเภสัชกรรมที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสมุนไพรเพื่อปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการจัดการระบบยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข ด้านการผลิตยาจากสมุนไพรให้มีคุณภาพ ด้านการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเหมาะสม ด้านการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย และด้านการพัฒนานวัตกรรมจากสมุนไพร นอกจากนี้ ยังต้องประสานร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อปฏิบัติงานในด้านการบริหารจัดการระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ด้านการพัฒนาและบริหารจัดการให้มีวัตถุดิบที่มีคุณภาพ ด้านการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์ และด้านการสื่อสารข้อมูลสมุนไพรกับสาธารณะ

บทที่ 6

บทบาทและสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร

เภสัชกรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิตจากสถาบันการศึกษาที่สภาเภสัชกรรมรับรอง เป็นบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับยา โดยเฉพาะยาแผนปัจจุบันที่ประดิษฐ์และพัฒนาขึ้นตามความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีประชาชนยังคงให้ความนิยมกับการดูแลสุขภาพด้วยการใช้สมุนไพรและยาแผนดั้งเดิม หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้บรรจุวิชาที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรและยาจากสมุนไพรไว้ด้วย ทำให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพส่วนใหญ่รู้จัก เข้าใจ และมีทัศนคติที่เปิดกว้างต่อการพัฒนายาจากสมุนไพร

เนื้อหาในบทนี้ กล่าวถึงความจำเป็นในระบบการดูแลสุขภาพที่เภสัชกรในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ได้ศึกษาเรื่องยาจากสมุนไพรมากกว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพในการแพทย์แผนปัจจุบันสาขาอื่น ๆ ต้องเข้ามามีบทบาทในการบุกเบิกการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการผลิตและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างแพร่หลายมากขึ้นในปัจจุบัน ประสบการณ์ บทเรียน และปัญหาอุปสรรคจากการทำงานด้านนี้กว่า 30 ปีของเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพ จะช่วยให้การพัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ การสร้างระบบสนับสนุน และการพัฒนาส่งเสริมเภสัชกรด้านสมุนไพร เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความจำเป็นของสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

ความเป็นมา

ในยุคทศวรรษ 2520 ประเทศไทยได้ขานรับนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก มาเป็นนโยบายแห่งชาติด้านสาธารณสุข มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐราชการ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528) โดยที่ช่วงเวลาก่อนหน้านั้นไม่นานนัก มีการขยายบริการสาธารณสุขลงสู่ระดับอำเภอ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอต่าง ๆ มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาลงไปปฏิบัติงานในระดับชุมชนท้องถิ่น ทำให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานมีทั้งการผลักดันในระดับนโยบายและการขานรับในระดับปฏิบัติการที่สอดคล้องกัน

เมื่อมีการจัดทำโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น โดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ มีการจัดทำรายการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ. 2528 เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนใช้ยาจากสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยเชิญอาจารย์แพทย์แผนโบราณ อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ นักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขและผู้แทน

องค์กรพัฒนาเอกชนมาร่วมกันจัดทำ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528) การมีรายการสมุนไพรดังกล่าว ทำให้เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมประชาชนในท้องถิ่นให้หันกลับมาใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้สะดวกและมีความชอบธรรม เพราะถือว่าเป็นภารกิจหนึ่งของระบบบริการสุขภาพในขณะนั้น

ในปี พ.ศ. 2528 กระทรวงสาธารณสุขโดยการสนับสนุนของมูลนิธิในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน (GTZ, German Agency for Technical Cooperation) ได้จัดทำโครงการทดลองใช้สมุนไพร 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ เสลดพังพอนตัวเมีย และว่านหางจระเข้ ในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดปราจีนบุรี (ในขณะนั้น) และโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช (ประพจน์ และคณะ, 2551) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 แห่งนี้ได้ทำงานบุกเบิกการผลิต การวิจัยและการใช้ยาจากสมุนไพร และยังคงดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ในยุคที่งานสาธารณสุขมูลฐานเฟื่องฟู เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในยุคนั้นได้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ชาวบ้านมีความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นโดยใช้ยาแผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง เภสัชกรมีส่วนในการสนับสนุนให้เกิดกองทุนยา ซึ่งเป็นแหล่งบริการยาคุณภาพที่อยู่ใกล้ตัวชาวบ้าน มีการบริหารและดำเนินการโดยชาวบ้านกันเอง มีการรณรงค์ให้ชาวบ้านเลิกใช้ยาชุดยาของที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แล้วหันมาใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ชาวบ้านคุ้นเคยแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น ใช้การนวดทดแทนยาแก้ปวด ใช้สมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น มีการจัดฝึกอบรมการนวดไทยสำหรับชาวบ้าน จัดฝึกอบรมการใช้ยาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, 2560) มีการสอนการปรุงยาสมุนไพรที่ชาวบ้านสามารถทำได้ เช่น การทำยาน้ำมันไพล ยาหม่องไพล การทำยาขมิ้นชัน ลูกกลอน การทำยาฟ้าทะลายโจรลูกกลอน เป็นต้น ในบางโรงพยาบาลเภสัชกรได้เข้าไปทำงานกับหมอพื้นบ้านเพื่อศึกษาการใช้สมุนไพรของชาวบ้านและหมอพื้นบ้าน มีการรวบรวมตำรับยากลับบ้านและตำรับยาของหมอพื้นบ้านในบางท้องถิ่น เกิดการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรในหลายพื้นที่ การทำงานเหล่านี้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างการดูแลสุขภาพในภาควิชาชีพ ภาคหมอพื้นบ้าน และภาคประชาชน ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

ในปี พ.ศ. 2532 มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ในกองแผนงานสาธารณสุข (ปัจจุบัน คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เอื้ออำนวย ประสานงาน และให้การสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานและสถาบันต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม (ยงค์ศักดิ์ และคณะ, 2544) ในปี พ.ศ. 2534-2536 มีการจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อเสนอให้จัดสถานที่ขายยาสมุนไพรในโรงพยาบาล (ประพจน์ และคณะ, 2551: 54-55)

ต่อมา มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยในสังกัดกรมการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2539-2540 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์เข้าสู่ระบบสาธารณสุขของรัฐ และได้ทำความตกลงแนวทางปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ กับกระทรวงการคลัง เช่น ค่าจ้าง ค่าตอบแทนบุคลากร การออกใบเสร็จรับเงินค่ายาสมุนไพร การรณรงค์ การอบไอน้ำสมุนไพร การประคบสมุนไพร รวมทั้งสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล การจ่ายค่าเวชภัณฑ์ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ยงศักดิ์ และคณะ, 2544) มีการจัดสรรงบประมาณจ้างแพทย์แผนไทยประยุกต์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สนับสนุนครุภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตยา หม้ออบ และจัดทำแนวทางและมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ประพจน์ และคณะ, 2551: 41) ในปี พ.ศ. 2542 สถาบันการแพทย์แผนไทยจัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ (จิราพร และคณะ, 2552) ปี 2543 มีการสำรวจพบว่า มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 17 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 8 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 24 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 335 แห่ง และสถานิออนามัย 1,210 แห่ง (รวมทั้งสิ้น 2,753 แห่ง) ที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยโรงพยาบาลชุมชน 84 แห่ง มีการผลิตยาจากสมุนไพร (ทั้งยาเดี่ยวและยาตำรับ) และสถานิออนามัย 22 แห่ง มีการผลิตยาจากสมุนไพร (ยงศักดิ์ และคณะ, 2544) ในปี พ.ศ. 2543 มีประกาศคณะกรรมการแห่งชาติทางด้านยา ให้เพิ่มเติมบัญชียาจากสมุนไพรไว้เป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มียาจากสมุนไพรที่ใช้ตามองค์ความรู้แบบดั้งเดิม 3 รายการ และยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนาซึ่งเป็นยาเดี่ยวอีก 6 รายการ รวมทั้งสิ้น 9 รายการ แม้จะยังมีรายการยาจากสมุนไพรไม่มาก แต่ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการยกระดับยาจากสมุนไพรในระบบสุขภาพของประเทศ (ยงศักดิ์ และคณะ, 2544)

ต่อมา มีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปี พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นส่วนราชการที่รับผิดชอบโดยตรงในภารกิจการอนุรักษ์ พัฒนา และพัฒนาการแพทย์แผนไทย ภารกิจในการส่งเสริมและพัฒนาการใช้ยาจากสมุนไพร ได้รับการส่งต่อมายังกรมนี้ ในปี พ.ศ. 2550 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบในหลักการในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมให้กับจังหวัดนาร่อง ซึ่งมาตรการนี้ได้กระตุ้นให้เกิดการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐอย่างขนานใหญ่ในเวลาต่อมา

ปี พ.ศ. 2551-2552 สถาบันการแพทย์แผนไทยจัดทำโครงการพัฒนาการผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ 7 แห่ง ในปี พ.ศ. 2553-2554 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยการสนับสนุนจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดำเนินการให้มีการจ้างแพทย์แผนไทยเพื่อเข้าทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ยกสถานะมาจากสถานิออนามัย เมื่อปี พ.ศ. 2552) ทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวน 150 แห่ง ปี พ.ศ. 2556 กรมการแพทย์แผนไทยฯ สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้โรงพยาบาลแห่งละ 1 ล้านบาท เพื่อพัฒนาการผลิตยาสมุนไพรให้ได้ GMP ของ WHO การมีผู้ประกอบการวิชาชีพที่สามารถสั่งใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้นในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และมีมาตรการกระตุ้นให้มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและใช้ยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า ในช่วงทศวรรษ 2530-2550 เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ หลายประการ ซึ่งเป็นผลของการทำงานก่อนหน้านี้ เช่น การแพทย์แผนโบราณได้รับการยอมรับให้เป็นการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีสถานะเป็นการแพทย์ดั้งเดิมของชาติ การบริการการแพทย์แผนไทยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุขที่เป็นทางการ โดยมีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาและเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ จนสามารถทำให้การบริการการแพทย์แผนไทย (ซึ่งมีส่วนหนึ่งเป็นการใช้ยาจากสมุนไพร) เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการบรรจุยาจากสมุนไพรเข้าไปอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ การก่อรูปบริการการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาจากสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพที่เป็นทางการดังที่กล่าวมานี้ มีเภสัชกรเข้าไปเกี่ยวข้องอยู่ด้วยทั้งในระดับหน่วยงาน คณะกรรมการ คณะทำงาน ตลอดจนหน่วยบริการต่าง ๆ

ระบบการดูแลสุขภาพที่ขยายขอบเขตกว้างกว่าการบริการสาธารณสุขของภาควิชาชีพ ไปสู่การดูแลสุขภาพโดยหมอพื้นบ้าน และการดูแลสุขภาพของภาคประชาชน เรียกร้องและต้องการให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพมีสมรรถนะไม่เพียงเฉพาะสมรรถนะทางด้านวิชาชีพแต่จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำความเข้าใจและเข้าไปเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยหมอพื้นบ้าน และการดูแลสุขภาพของภาคประชาชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นในทั้งสามภาคส่วนนี้ สนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อยังประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

บทบาทและสมรรถนะ: จากอดีตถึงปัจจุบัน

เนื้อหาที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เป็นการถอดประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรของเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาล (ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)) จำนวน 18 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 10 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยชี้ให้เห็นแรงจูงใจ การให้คุณค่าต่องานที่ทำ อุปนิสัย การแสดงบทบาท การใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะ บทเรียน ปัญหาอุปสรรค และการฟันฝ่า รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทั้งนี้ประสบการณ์ที่นำมาเสนอนี้ ได้ให้ภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงานที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนภายใต้สถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทั้งการสนับสนุนในเชิงนโยบาย และงบประมาณจากส่วนกลาง โดยเฉพาะในช่วงบุกเบิกและสร้างความยอมรับให้เกิดขึ้น และเมื่อมีผลงานเป็นที่ประจักษ์มากขึ้น ยังต้องพยายามยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการทำงาน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนจากผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในระบบบริการสุขภาพและจากสังคมมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมาได้ด้วยวิธี Thematic analysis สามารถจัดบทบาทและภารกิจของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสมุนไพรได้เป็น 6 ด้าน คือ การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร การผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และการสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพร การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานของเภสัชกรในแต่ละด้าน ได้เลือกที่จะนำเสนอประสบการณ์ที่มีความโดดเด่นและมีผลงานที่ชัดเจนในด้านนั้น เพื่อให้การวิเคราะห์สมรรถนะของ

เภสัชกรที่ทำงานในด้านนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ สมรรถนะที่วิเคราะห์ได้ในบทนี้จะนำไปสังเคราะห์เป็นกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพรในบทต่อไป

1. การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

ดังที่กล่าวมาแล้วในหัวข้อก่อนหน้านี้ว่า เภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลร่นบุกเบิกตั้งแต่ยุคงานสาธารณสุขมูลฐานแบ่งบานมีบทบาทสำคัญในการอนุรักษ์ พื้นฟู และส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร การศึกษานี้ได้สัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกรร่นบุกเบิกและร่นกลางซึ่งทำงานในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งสามารถสะท้อนงานของเภสัชกรในด้านการบุกเบิกการนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมมาใช้ในระบบบริการสุขภาพได้อย่างชัดเจน

เภสัชกรร่นบุกเบิกงานสมุนไพรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า เมื่อมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้ลงไปสำรวจตำรายาในชุมชน โดยทำงานร่วมกับศูนย์ข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และพบว่า มีชาวบ้านที่มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรอยู่แล้ว เช่น ใช้ฟ้าทะลายโจรแก้ไอ ใช้ขมิ้นชันแก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ซึ่งชาวบ้านนำมาบดผงปั้นเป็นลูกกลอนกิน โรงพยาบาลจึงนำมาใช้โดยดัดแปลงรูปแบบเป็นบดผงใส่แคปซูล การที่เลือกสมุนไพรเดี่ยวมาทำเป็นยาใช้ในโรงพยาบาล เพราะสามารถหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาสนับสนุนการใช้ได้ง่ายกว่ายาตำรับ

สมัยเด็กๆ จะผูกพันกับสมุนไพร พอไม่สบาย แม่จะต้มยาสมุนไพรให้กิน ไปหาสมุนไพรมาใช้ พอจบเภสัชมา ไปทำงานที่โรงพยาบาล แล้วย้ายมาที่นี่ เพราะรุ่นพี่ย้ายไปอยู่ สสจ. พอมาทำงานต่อ ก็เริ่มพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน ทำผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายขึ้น สนับสนุนข้อมูลให้แพทย์ เพื่อส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น

เราส่งเสริมให้ชุมชนปลูกสมุนไพรด้วย เริ่มจากส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกใช้ในครัวเรือนก่อน ต่อมาก็รับซื้อเป็นวัตถุดิบเพื่อผลิตยาของโรงพยาบาล รายได้เราคืนให้เกษตรกรปีละ 1 แสนบาทต่อครัวเรือน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ปลูกสมุนไพรมาส่งเรา (สัมภาษณ์เภสัชกร 1, เภสัชกร รพช.)

การทำงานที่ลงไปคลุกคลีกับชาวบ้านและหมอพื้นบ้านในชุมชนปรากฏชัดเจนในกรณีของเภสัชกรร่นบุกเบิกงานสมุนไพรในโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ใกล้กับอุทยานแห่งชาติซึ่งเป็นแหล่งสมุนไพรธรรมชาติขนาดใหญ่ในพื้นที่ มีหมอพื้นบ้านและคนเก็บสมุนไพรที่อยู่ในท้องถิ่นจำนวนหนึ่งที่ยังคงสืบทอดความรู้และภูมิปัญญาดั้งเดิมไว้ได้ แต่การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของบ้านเมืองทำให้ความรู้เหล่านี้กำลังเลือนหาย เพราะชาดผู้สืบทอดที่ยังคงสามารถดำรงวิถีการเป็นหมอแบบดั้งเดิมไว้ได้ การทำงานเพื่อสืบสานความรู้เหล่านี้จึงต้องการความสามารถในการเข้าถึงวิถีการเป็นหมอแบบดั้งเดิมนี้ ซึ่งต้องการทั้งความจริงใจ ความตั้งใจ สติปัญญาและเวลาที่ต้องทุ่มเทให้ รวมทั้งการคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยไม่ใช้การแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนและชื่อเสียง

จากการลงไปเก็บข้อมูลการใช้สมุนไพรจากหมอพื้นบ้านของเภสัชกรผู้นี้ พบว่า หมอพื้นบ้านมีภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่นที่แตกต่างจากหมอแผนไทยที่เรียนมาตามตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ โดยตำรับยาของหมอพื้นบ้านเป็นสมุนไพรในท้องถิ่นที่มีจำนวนชนิดสมุนไพรไม่มากเหมือนยาแผนไทย แต่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคที่ชาวบ้านเป็น มีสมุนไพรหลายชนิดที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน เพราะไม่มีสอนในมหาวิทยาลัย เมื่อสืบค้นข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ พบว่ามีข้อมูลการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาในงานวิจัยของต่างประเทศ ซึ่งตรงกับสรรพคุณที่หมอพื้นบ้านใช้ จึงมั่นใจที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล เภสัชกรมีหน้าที่ในการปรุ้งยาให้ได้รูปแบบยาที่เหมาะสมและควบคุมคุณภาพให้มีตัวยาสำคัญสม่ำเสมอ เช่น การปรับรูปแบบยาสมุนไพรเสลดพังพอนดองเหล้า มาเป็นรูปแบบสกัดแล้วผสมกับกลีเซอรินแทน เพื่อให้ใช้กับแผลเริ่มโดยไม่มีอาการแสบ เมื่อทดลองใช้กับคนใกล้ตัว พบว่าได้ผลดีเช่นเดียวกับยาดองเหล้า จึงชักชวนแพทย์ที่รู้จักคุ้นเคยกันมาร่วมกันทำวิจัยคลินิกในโรงพยาบาล

การทำให้มียาสมุนไพรใช้ในโรงพยาบาลต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ริเริ่ม เริ่มตั้งแต่การสืบค้นข้อมูล คัดเลือกยา ซึ่งเราต้องคิดว่าจะพัฒนาขึ้นมาใช้แทนยาอะไรของแผนปัจจุบัน เราต้องสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยกับแพทย์แผนปัจจุบัน เราจึงต้องรู้พฤกษศาสตร์พื้นบ้าน รู้จักสารอินทรีย์ที่มีในพืชสมุนไพร รู้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยา แล้วประเมินความเป็นไปได้และความสมเหตุสมผลของการนำมาใช้เป็นยา ซึ่งคือการใช้ expert opinion เมื่อจะพัฒนาเป็นตำรับ เราต้องรู้จักวิธีการสกัดสารจากสมุนไพร รู้ว่าจะใช้น้ำ น้ำมัน หรือแอลกอฮอล์

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

ในความเห็นของเภสัชกรผู้นี้ ความสำเร็จในการทำงานของเภสัชกรรุ่นบุกเบิก คือการทำให้ยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าไปใช้ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งให้บริการแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งต้องทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลยอมรับ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ที่ต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรก การเลือกสมุนไพรที่คนคุ้นเคย เพราะใช้เป็นอาหารอยู่แล้ว และมีข้อมูลการศึกษาทางพิษวิทยา ช่วยให้สามารถสื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาได้ง่ายขึ้น ส่วนด้านประสิทธิภาพ ก็มีข้อมูลการวิจัยในหลอดทดลองและสัตว์ทดลองที่ค้นคว้าจากหนังสือและวารสารวิชาการ มาเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนว่า ประสิทธิภาพการใช้สมุนไพรเป็นยาของชาวบ้านหรือหมอพื้นบ้านนั้น มีความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาเป็นยาที่มีผลในการบำบัดรักษาที่ดี เพื่อใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน แต่รูปแบบการใช้ยาแบบดั้งเดิมของหมอพื้นบ้าน เช่น ใช้เป็นยาต้ม ยาดองเหล้า ยาลูกกลอน อาจเป็นรูปแบบที่ไม่เข้ากับระบบบริการของการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบยาที่เหมาะสมขึ้นมาใช้แทน

การพัฒนาารูปแบบยาเป็นสิ่งที่เภสัชกรได้รับการอบรมเรียนรู้มาตลอดในหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต เราเรียนวิชา Pharmaceutics ทำให้เรารู้จักการปรุ้งยาในรูปแบบหลักทุกรูปแบบ เมื่อมาทำงานบุกเบิกยาสมุนไพรในโรงพยาบาล เราต้องมาปรุ้งยาซึ่ง

มหาวิทยาลัยไม่ได้สอน ต้องศึกษาค้นคว้าจากตำรา *The Art of Compounding*⁶ ซึ่งเป็นตำราที่ฝรั่งแต่งขึ้นมาร้อยกว่าปีแล้ว แต่เราสามารถเอาหลักและเทคนิคของเขามาใช้ในการปรุงยาสมุนไพรของเราได้ ... แต่การพัฒนาในรูปแบบยาบางตำรับก็เป็นแบบ *trial and error* เช่น ยาอมมะขามป้อม

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

เมื่อมีการทดลองใช้ยา เภสัชกรมีหน้าที่เก็บข้อมูลผลของการใช้ยาสมุนไพร วิเคราะห์ผลการใช้ เมื่อมีข้อมูลมากขึ้น ๆ ก็จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจมากขึ้นว่า ยาจากสมุนไพรน่าจะมีประสิทธิผลไม่ต่างจากยาแผนปัจจุบัน และสามารถใช้ทดแทนกันได้จริง

พอจะไปใช้ในคลินิก เราต้องสื่อสารกับแพทย์ให้ได้ว่า กลไกของโรคเป็นอย่างไร กลไกของยาเป็นอย่างไร รวมถึงการติดตามการใช้ยา

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

เมื่อยาจากสมุนไพรได้รับการยอมรับให้ใช้ได้ ในโรงพยาบาล เภสัชกรมีหน้าที่ผลิตยาให้มีปริมาณเพียงพอกับการใช้ และได้ยาที่มีคุณภาพสม่ำเสมอในทุกส่วนของการผลิต

เราต้องสามารถ *identify* ต้นไม้ตามหลักพฤกษศาสตร์ ต้องรู้จักวัตถุดิบที่จะมาปรุงเป็นยาในลักษณะที่เป็นจีน เป็น *crude* แล้วนำไปต้มผง ถ้าซื้อวัตถุดิบเป็นผงมา เราพบว่า มีการปลอมปน เราจะควบคุมคุณภาพวัตถุดิบไม่ได้ เภสัชกรต้องทำให้มีห้องแล็บที่ใช้ควบคุมคุณภาพ เรามีอาจารย์จากคณะเภสัชมาสอนการทำ TLC มาสอนเรื่องการควบคุมคุณภาพ

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

เมื่อประสบความสำเร็จในการนำยาจากสมุนไพรเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล การแสวงหาและเลือกสรรยาสมุนไพรชนิดใหม่ ๆ ก็จะมีหวังมากขึ้น เภสัชกรรุ่นบุกเบิกผู้นี้ ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเก็บข้อมูลการใช้สมุนไพรของหมอพื้นบ้าน โดยเริ่มจากหมอพื้นบ้านในจังหวัดตนเอง แล้วขยายไปสู่การเก็บข้อมูลของหมอพื้นบ้านต่างภูมิภาค รวมถึงหมอพื้นบ้านชนเผ่าต่าง ๆ

การให้ความเคารพต่อภูมิปัญญาพื้นบ้านทำให้เราเข้าถึงความหลากหลายทางชีวภาพ ตอนนั้น เรามองเห็นแล้วว่า ใครครอบครองพันธุ์พืช ครอบครองความรู้ ในอนาคตจะเป็นมหาอำนาจ เพราะโลกกำลังจนตรอก อย่างเชื่อดื้อยา เราไม่มีปัญญาจะจัดการกับมันได้ แต่ถ้าเป็นสารสกัด เชื่อไม่รู้จักคือกับสารตัวไหน ... เมื่อความคิด

⁶ Scoville WL. (1904). *The Art of Compounding: A Text Book for Students and a Reference Book for Pharmacists at the Prescription Counter*. Blakiston.

เกี่ยวกับความหลากหลายชีวภาพ ความต้องการพึ่งตนเองด้านยา กับการสังเคราะห์ยาจากสมุนไพรตามวงกัน ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรต่าง ๆ ตามมา

แต่การจะใช้ความหลากหลายของพืชพันธุ์ให้เกิดประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพได้จริงต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอนซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ทางเภสัชศาสตร์ ร่วมกับการเข้าถึงและเข้าใจภูมิปัญญาดั้งเดิม

เคยตั้งเป้าหมายว่า ชีวิตอยากเป็นหมอพื้นบ้าน ทำให้ต้องเดินทางไปหาหมอพื้นบ้านทั่วประเทศ ตามพ่อหมอไปเดินป่า เก็บพันธุ์สมุนไพรที่หมอใช้รวบรวมเพื่ออนุรักษ์ไว้ ที่นี้จึงเป็นแหล่งรวบรวมพันธุ์สมุนไพรจากทุกภาคของประเทศ

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ต้องกล่าวถึง คือ การที่เภสัชกรรุ่นบุกเบิกสามารถทำงานพัฒนายาสมุนไพรเพื่อใช้ในโรงพยาบาลได้สำเร็จ เพราะผู้บริหารโรงพยาบาลในยุคนั้นเปิดโอกาสให้เภสัชกรใช้วิชาความรู้ที่เรียนมาในการศึกษาและทดลอง ทั้ง ๆ ที่มีโรงงานหลักของงานบริการเภสัชกรรมของโรงพยาบาล และผลงานที่เกิดจากการใช้ยาจากสมุนไพรแล้วได้ผลดี เป็นที่ยอมรับของประชาชน ทำให้ความหวังที่ประเทศจะพัฒนายาจากสมุนไพรชนิดอื่น ๆ มาใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันมีความเป็นไปได้มากขึ้น

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศของเราไม่สามารถผลิตยาใหม่จากสมุนไพรได้เลย เพราะเราคิดว่า การพัฒนายาต้องเป็นไปตามโปรโตคอลการพัฒนายาแผนปัจจุบัน คือ ต้องผ่านเรื่อง safety ในสัตว์ทดลอง ผ่านการศึกษา pharmacological activities ในหลอดทดลองและในสัตว์ทดลอง ต้องทำ clinical trial phase ต่าง ๆ ซึ่งต้องใช้เงินทุนมหาศาลกว่าจะได้ยาแผนปัจจุบันมาหนึ่งตัว แต่เราไม่ได้เริ่มต้นจากยาที่หมอพื้นบ้านใช้กันอยู่ ซึ่งมีประสบการณ์การใช้มานานแล้ว พอเรามาต่อยอดภูมิปัญญาของพ่อหมอ ก็ทำให้เราได้ยาที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น

เภสัชกรที่ทำงานพัฒนายาสมุนไพรเหมือนเปิด คือสามารถเอาความรู้หลาย ๆ วิชาที่เรียนมาใช้เพื่อทำให้ได้ยาออกมาใช้ เราใช้วิชา Ethnobotany, Pharmacognosy, Pharmaceutics, Pharmacology, Pharmaceutical Analysis, Toxicology, Marketing ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

ภายหลังที่มีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและนำบริการการแพทย์แผนไทยและยาแผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ โรงพยาบาลที่ทำงานบุกเบิกการใช้สมุนไพรเป็นโรงพยาบาลแห่งแรก ๆ ที่มีบริการการแพทย์แผนไทยเปิดให้บริการ โดยที่งานบริการการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ดูแลโดยเภสัชกร เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่สุดในโรงพยาบาล การทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรกับแพทย์แผนไทยในยุคแรก ๆ ทำให้เภสัชกรได้เรียนรู้การใช้ยาสมุนไพรที่เป็นตำรับยาแผนไทย แพทย์แผนไทยก็ได้เรียนรู้การ

ผลิตยา และการควบคุมคุณภาพยาแผนไทยที่ใช้ความรู้ทางเภสัชศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ ก่อให้เกิดผลดีต่อการแพทย์แผนไทย

พอมิบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล เภสัชจะให้การสนับสนุนเรื่องการเตรียมวัตถุดิบ การผลิต และเฝ้าระวังผลการรักษา ทั้ง ADR และ Drug interaction เช่น ขมิ้นชัน หรือยาที่เข้าพริกไทย ต้องเฝ้าระวังกับคนไข้ที่ใช้ NSAIDs และ warfarin ในส่วนการผลิตยา เราไม่มีแพทย์แผนไทยไปรับผิดชอบตรงนั้น เพราะมีเภสัชรับผิดชอบอยู่ก่อนแล้ว เภสัชที่อยู่งานผลิต 1 คน ก็มีใบเภสัชกรรมไทย และตามโครงสร้างก็ระบุให้งานผลิตอยู่กึ่งงานเภสัชกรรม และงานแพทย์แผนไทยมีงานบริการเป็นหลัก ทางโรงพยาบาลจึงไม่มีปัญหาความขัดแย้งระหว่างเภสัชกับแพทย์แผนไทย เพราะเราแบ่งงานกันชัดเจน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 3, เภสัชกร รพช.)

เภสัชกรหลายคนมีบทบาทในการสร้างสะพานเชื่อมความรู้ระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะการแพทย์ทั้งสองแผนมีองค์ความรู้ที่แตกต่างกันมาก แต่แพทย์แผนไทยก็ยังมีประสบการณ์ทางคลินิกน้อยและมีข้อจำกัดในการอธิบายให้กับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เข้าใจการแพทย์แผนไทย ทำให้เภสัชกรที่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ หันมาศึกษาองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทยในเชิงลึก และทำงานบุกเบิกการวิจัยการแพทย์แผนไทยเพื่อพัฒนาในระดับทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ

อยากให้การแพทย์แผนไทยทัดเทียมกับการแพทย์อื่น ๆ เพราะเป็นมรดกของชาติ เราเชื่อว่าแผนปัจจุบันกับแผนไทยพูดเรื่องเดียวกัน คือเรื่องของสุขภาพ แต่มองกันคนละมุม น่าจะมีการเชื่อมหรือผสมผสานกันได้ ... พอเรามาทำงานที่โรงพยาบาล ได้ฟังนักเรียนแพทย์แผนไทยที่มาฝึกงานมานำเสนอเคส แล้วเราก็มองจากมุมแผนปัจจุบัน ก็ถามคำถามไป บางคำถาม เขาก็ตอบไม่ได้ เราก็พยายามเชื่อมโยง ก็ยังเชื่อมโยงไม่ได้ ก็เลยอ่านคัมภีร์แพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง อ่านหนังสือ สังเกตคนไข้ แล้วไปหาครู แต่เราก็อ่านวนเวียนอยู่ในแผนปัจจุบัน จนครูคนหนึ่งบอกว่าให้กลับไปอ่านหนังสือ คือครูบอกให้เราปิดมุมมองของแผนปัจจุบันแล้วให้อ่านแบบแผนไทย เราก็เลยทำตาม มันก็เข้าใจมากขึ้น เห็นมุมมองชัดขึ้น ... เราเริ่มเห็นว่า แผนไทยก็มีจุดเด่น บางโรคแผนปัจจุบันบอกรักษาไม่หาย แต่ในแผนไทยเชื่อว่ารักษาได้ เช่น สะเก็ดเงิน แผนปัจจุบันบอกว่าต้องใช้ยาไปกดภูมิ เพราะเป็นความผิดปกติของ immune ที่มันไวเกิน เกิดการอักเสบแล้วแบ่งเซลล์ผิวหนังเร็วกว่าปกติ แต่ในแผนไทยมองว่า มันเกิดจากของเสียหรือพิษที่สะสมอยู่ข้างใน แล้วโดนกระตุ้นด้วยความร้อน หรืออะไรที่ทำให้ร่างกายร้อน ทำให้มันปะทุขึ้นมา ต้องทำให้ของเสียออกมา โรคก็จะหาย... แผนไทยมีเสน่ห์ตรงที่มองคนแต่ละคนว่ามีความต่างกัน แผนปัจจุบันเวลาเป็นไข้ จะให้กินพาราเซตามอลเหมือนกัน แต่แผนไทย ถ้าเป็นไข้ ให้อาหารไม่เหมือนกัน เพราะจะดูบุคลิก ธาตุ อากาว่าเป็นอย่างไร...

ในแผนไทย เรามีหลักการทฤษฎี อย่างเช่น ธาตุนี้จะไปข่มธาตุนี้ ทำให้หย่อนหรือลดลง ธาตุนี้จะไปส่งเสริมธาตุนี้ ทำให้กำเริบหรือเพิ่มขึ้น หน้าที่ของเราคือ เอาวิทยาศาสตร์ไปรองรับว่ามันเกิดขึ้นอย่างนั้นจริงหรือเปล่า โดยการวิจัยค้นหาความจริง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.)

เภสัชกรในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยแห่งหนึ่งเล่าความประทับใจจากการทำงานพัฒนยาแผนไทยเพื่อนำมาใช้ในทางคลินิกจนเกิดผลสัมฤทธิ์ว่า

ปัญหาตอนแรก ๆ ที่พบก็คือการแพ้ยาภูมิแพ้ แพทย์แผนไทยบอกว่า ถ้ามาจากสมุนไพรมาจากธรรมชาติ จะไม่แพ้ แต่พอเราเก็บข้อมูล พบว่าแพ้เยอะมาก 25 เปอร์เซ็นต์ เพราะภูมิแพ้มีส่วนประกอบสมุนไพรเยอะมาก ไม่รู้ว่าแพ้ตัวไหนด้วย เราก็เลยมีค่าเตือนให้ต้องระวัง ทำให้การแพทย์แผนไทยน่าเชื่อถือขึ้น ... มีคนไข้ถามเราว่า ยาออกฤทธิ์เมื่อไหร่ ตั้มยั้งไง ตั้มวันละกี่ครั้ง กินกี่วัน มันตอบยากมาก ข้อมูลวิชาการที่จะสนับสนุนไม่มีซักอย่าง เราก็ต้องหาข้อมูลมา support เพื่อช่วยเขา ทุกอย่างที่เราต้องมั่นใจได้ เราบอกประโยชน์ไม่ได้ เพราะไม่มีข้อมูล แต่ที่สำคัญที่สุดคือ อย่าให้มันเกิดโทษ ...อ่านตำรา (แพทย์แผนไทย) ทุกวัน ไม่ได้เอาไปสอบ เอามา support การทำงาน เพราะต้องทำงานกับแพทย์แผนไทย... คนไข้มะเร็ง แผนไทยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ยาบางตัว จากที่หมอต้องเจาะท้อง ก็ไม่ต้องเจาะ มันก็ยุบไป ... คนไข้มีอาการร้อนตับ นอนไม่หลับ แต่พอกินยากล่อมนางนอน มันทำให้นอนได้ ตับมันเย็นลง คนไข้ก็แฮปปี้ กินได้นอนหลับ ... เมื่อก่อนใครเป็นตับแข็ง ยาแผนปัจจุบันก็ช่วยไม่ได้เลย แต่ยาแผนไทยช่วยได้ กินไปตับมันก็ฟื้น ท้องอืด แน่นท้อง กินไปมันก็หายหมด ... ตำรับยาไทยนี้ถูกทิ้งมานาน ตำราเขียนซ่อนเร้น วิธีเตรียมยาตำรับนี้ก็ยากมาก เราก็ต้องฟันฝ่า

(สัมภาษณ์เภสัชกร 5, เภสัชกร รพ.การแพทย์แผนไทย)

จะเห็นได้ว่า เภสัชกรที่ทำงานบุกเบิกงานสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับปฏิบัติการ โดยมีความต้องการเห็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นแรงจูงใจ เมื่อมีประสบการณ์ในการทำงานและได้เรียนรู้จากผู้คนในท้องถิ่นมากขึ้น ทำให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในศักยภาพของภูมิปัญญาของท้องถิ่น เกิดฉันทะที่จะนำภูมิปัญญาเหล่านี้กลับมาใช้ประโยชน์เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ การทำงานที่ต่อเนื่องมายาวนานของเภสัชกรรุ่นบุกเบิก สามารถส่งต่อภารกิจไปสู่เภสัชกรรุ่นถัดมา ผ่านการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ที่สำคัญคือ การศึกษาดูงาน การถอดบทเรียน และการขอคำปรึกษาแนะนำ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นสมรรถนะทางวิชาชีพของเภสัชกรในด้านการนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมโดยเฉพาะภูมิปัญญาด้านสมุนไพรของหมอพื้นบ้าน ซึ่งอาศัยการมีทัศนคติที่ดีต่อความรู้พื้นบ้าน ความอ่อนน้อม ความตั้งใจ ความพากเพียร ความอดุสาหะในการเรียนรู้ และซึมซับวิถีชีวิตของการเป็นหมอพื้นบ้าน การเดินป่าเพื่อเรียนรู้สมุนไพร ทั้งในแง่ลักษณะ ถิ่นที่อยู่ ส่วนที่นำไปใช้ประโยชน์ สรรพคุณทางยา โรคและความเจ็บป่วยที่หมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษา รวมทั้งต้องเก็บรวบรวมพันธุ์สมุนไพรเหล่านี้มาไว้เพื่อการอนุรักษ์ และศึกษาวิจัย การเข้าถึงนี้จำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมไทย และมีความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ชาติพันธุ์ (Ethnomedicine) และพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnobotany) และมีทักษะในการเก็บข้อมูลและถอดความรู้จากหมอพื้นบ้านเป็นอย่างดี

2. การเลือกสรรยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเพื่อการใช้ประโยชน์ ซึ่งอาศัยทักษะในการประเมินข้อมูลและความรู้ที่รวบรวมมา และการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบ และทักษะในการวิเคราะห์หาจุดเด่นของความรู้ที่จะเลือกสรรมาพัฒนาต่อ เพื่อตอบโจทย์ความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่และประเทศ

3. การพัฒนายาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาศัยความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับสารสกัดจากสมุนไพร และการตั้งสูตรตำรับ

4. การศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิผลของการนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่พัฒนาแล้วมาใช้ประโยชน์ ซึ่งอาศัยความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูล การศึกษาทางฤทธิ์ทางยา ความเป็นพิษ และการใช้ในทางคลินิก

5. การติดตามผลการใช้ประโยชน์จากยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมและการปรับปรุงพัฒนา ซึ่งอาศัยความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับการติดตามผลการใช้ยาในทางระบาดวิทยา

ส่วนสมรรถนะด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ การมีแรงจูงใจจากความต้องการเห็นประเทศและประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านยาได้ มีความศรัทธาในภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของชาติและท้องถิ่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความบากบั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค สามารถแก้ไขปัญหการทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ขัดสน ชอบใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติที่เป็นแหล่งของสมุนไพร การผสมผสานความรู้เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงาน การทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นเพื่อให้ยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเป็นที่ยอมรับในระบบบริการสุขภาพ

2. การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร

การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยในจังหวัดเป็นภารกิจหนึ่งของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานนี้อาจเป็นแพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข หรือเภสัชกร จากการสำรวจพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีเภสัชกรเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 34 แห่ง เภสัชกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งกล่าวถึงการได้รับมอบหมายให้มาทำหน้าที่นี้ว่า

ถูกมอบหมายให้มาทำเรื่องนี้ ซึ่งตัวเองคิดว่า เราก็ต้องทำออกมาให้ดีที่สุด และโชคดีที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเห็นความสำคัญในเรื่องของสมุนไพร และเห็นว่าเภสัชกรจะเป็นผู้ที่เข้ามาเชื่อมโยงในเรื่องของแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยได้ดี (สัมภาษณ์เภสัชกร 6, เภสัชกร สสจ.)

การทำงานของเภสัชกรในการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์และสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัด มีกรณีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งที่ทำงานประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรมและเป็นตัวอย่างของการทำงานให้จังหวัดอื่น ๆ คือ การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยผ่านการจัดการงบประมาณ การบริหารจัดการเกี่ยวกับการจัดหา การผลิต การกระจาย และการจัดทำมาตรฐานการใช้ยาจากสมุนไพรในระดับจังหวัด ซึ่งจะกล่าวถึงดังต่อไปนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งนี้เริ่มดำเนินการงานแพทย์แผนไทยอย่างจริงจังหลังจากที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เริ่มกำหนดตัวชี้วัดเรื่องมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งปรากฏว่าจังหวัดนี้ไม่ผ่านตัวชี้วัดนี้ สาเหตุของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากการที่ยาจากสมุนไพรยังมีราคาแพง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจึงมีนโยบายกันเงินส่วนหนึ่งไว้ที่จังหวัดเพื่อซื้อยาจากสมุนไพรแล้วส่งยาไปให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ใช้ เภสัชกรที่เพิ่งได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้มารับงานแพทย์แผนไทยของจังหวัด ประเมินตนเองว่า มาทำงานนี้ ไม่ใช่เป็นเพราะชอบงานนี้มาก่อน ตรงกันข้าม เขาไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานนี้เลย เขาจึงเริ่มต้นด้วยการศึกษาดูงานของจังหวัดอื่น ๆ ก่อน โดยเลือกคณะผู้ศึกษางานซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยโดยตรงจากโรงพยาบาลต่าง ๆ และเลือกสถานที่ศึกษาดูงานที่มีผลงานเด่นด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เพื่อนำเอามาเป็นแนวทางในการทำงานพัฒนางานของจังหวัดตนเอง

ในสมัยแรกๆ เรายังไม่มีความรู้ กระจุกๆ จัดอบรมอะไร ก็พยายามไปเพื่อเรียนรู้ ดูงาน และรู้จักแหล่งข้อมูลว่า เรื่องนี้ต้องใคร ดังนั้นจึงไปทุกงาน เพื่อเอากลับมาพัฒนาต่อยอด คิดไปทำไป เกะตืดต่อเนื่อง และลดงานที่ไม่เกิดประโยชน์ เช่น งานประชุมงานสารบรรณ ที่ไม่เกิดประโยชน์ เราโชคดีไม่ได้เป็นหัวหน้าตรงนั้น ทำให้ได้วางแผนงานต่อเนื่อง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 7, เภสัชกร สสจ.)

เมื่อกลับจากการศึกษาดูงานก็เริ่มทำบัญชียาจากสมุนไพรของจังหวัด และดึงผู้ปฏิบัติงานที่ไปศึกษาดูงานด้วยกันมาช่วยงานของจังหวัด ซึ่งเป็นที่มาของทีมงานในระดับจังหวัด

ระดมเภสัชทั้งจังหวัดกับน้องแพทย์แผนไทย มีไม่กี่คน เพื่อหาว่าการทำบัญชียาสมุนไพรต้องมีตัวไหน อย่างไรบ้าง ... เอายาตัวที่เขาใช้กันเยอะ 11 ตัว รวมยาลูกประคบ ... เป็นปีแรก โชคดีที่มีน้องแพทย์แผนไทยที่จบจากมหาวิทยาลัย เริ่มมาทำงานด้วย 5-6 คน จะมีน้องบางคนที่เก่ง เราก็ได้เรียนรู้จากน้องเขาในบางเรื่อง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 7, เภสัชกร สสจ.)

หลังจากทำงานลองผิดลองถูกอยู่ 2-3 ปี เขาเริ่มทำแผนยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของจังหวัด เป็นแผน 5 ปี (พ.ศ. 2555-2559) มีการกำหนดตัวชี้วัดและประเมินผลทุกปี ถ้าตัวชี้วัดใดยังไม่ผ่านก็ต้องพัฒนาเพิ่ม คนที่ร่วมทำแผนต้องคัดเลือกคนที่เข้าใจการทำแผน ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน แพทย์แผนไทย รวมทั้งคนทำงานจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เขาเรียนรู้จากประสบการณ์ว่า การจะทำงานให้สำเร็จและได้รับความร่วมมือ ต้องรู้ว่าใครเป็นคนที่ทำงานรับผิดชอบในเรื่องนั้นอย่างแท้จริง และเชิญคนเหล่านั้นโดยระบุตัวบุคคลให้มาร่วมงานเป็นกรรมการบ้าง เป็นคณะทำงานบ้าง

โดยที่การทำงานด้านบริการการแพทย์แผนไทยต้องอาศัยแพทย์แผนไทยเป็นกลไกสำคัญในการทำงาน แต่จากการประเมินผลการทำงาน เขาพบว่า ในจังหวัดมีแพทย์แผนไทยในระดับปฏิบัติการจำนวนน้อย ไม่เพียงพอที่จะผลักดันงาน และแพทย์แผนไทยยังมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย

ช่วงหลัง นายแพทย์ สสจ. มาร่วมวางแผนในรายละเอียดกับเรา โดยเฉพาะเรื่องคนกับเงิน เช่น จ้างแพทย์แผนไทยคนที่ 2 ให้ โดยต้องบังคับให้จ้างคนที่ 1 ก่อนโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์แผนไทย ต้องจ้างคนที่ 1 ก่อน แล้วเราจึงจะจ้างคนที่ 2 ให้ โดยใช้เงินของจังหวัด แต่ถ้าใครจ้าง 2 คนแล้ว ก็จะต้องจ้างคนที่ 3 ให้ เพราะว่าแพทย์แผนไทยคนเดียวทำอะไรไม่ได้เลย ปัจจุบันโรงพยาบาลในจังหวัดมีแพทย์แผนไทย 3 คน เกือบทุกที่ ... ที่สำคัญพอจ้างแล้ว เราพยายามส่งงานไปให้ถึงโรงพยาบาลและรพ.สต. เพราะสิ่งหนึ่งที่เรากลัวคือ จ้างแล้วไม่เกิดประโยชน์ ไม่เกิดงานที่คุ้มค่า แล้วเราไปตามนิเทศกำกับติดตาม ทำให้งานแพทย์แผนไทยเกิดงานชัดเจน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 7, เภสัชกร สสจ.)

นอกจากนี้ เภสัชกรผู้นี้ยังพบว่า แพทย์แผนไทยยังขาดสมรรถนะในการตรวจและบำบัดโรคโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย จึงดำเนินการจัดหางบประมาณมาจัดอบรมแพทย์แผนไทยทั้งจังหวัดให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการตรวจรักษา โดยเชิญวิทยากรที่มีความสามารถมาให้การอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง และเมื่อแพทย์แผนไทยให้บริการโดยสั่งใช้ยาแก้ผู้ป่วยเป็นยาตำรับที่มีผลการรักษาเป็นที่น่าพึงพอใจ ก็จะมีแผนการวิจัยเพื่อพัฒนาตำรับยานั้น ๆ ตามมา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพว่า ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นนั้นสามารถยืนยันได้ด้วยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่นเดียวกับการมีแผนในการพัฒนาการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรของจังหวัด

การทำงานพัฒนาการแพทย์แผนไทยในจังหวัดนี้จึงแตกต่างจากการทำงานในจังหวัดอื่น ๆ ในขณะนั้น เพราะเป็นการมุ่งแก้ไขสิ่งที่เป็อุปสรรคต่อการทำงาน ทั้งงบประมาณ การวางแผน และกลไกการทำงาน มีการสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานที่เน้นการทำงานแนวราบแบบเครือข่ายมากกว่าแนวตั้งแบบการสั่งการบังคับบัญชา และมีการให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นวิชาชีพใหม่ใน

ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับคุณภาพของบริการและผลิตภัณฑ์ ซึ่งต้องใช้ความรู้และวิสัยทัศน์ของนักวิชาชีพทางการแพทย์และเภสัชกรรมมาช่วยทำให้การทำงานมุ่งไปสู่การวิจัยและพัฒนา โดยประสานความรู้ทั้งการแพทย์แผนดั้งเดิมและวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าด้วยกัน ไม่เอาวิทยาศาสตร์ไปครอบงำความรู้แผนดั้งเดิม ภายใต้การทำงานที่เอาผลสำเร็จของงานเป็นที่ตั้ง ทำให้งานของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรไปพ้นจากเส้นแบ่งระหว่างวิชาชีพแผนปัจจุบันและแผนไทย

เภสัชกรหัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีกแห่งหนึ่ง เริ่มงานแพทย์แผนไทยในจังหวัดด้วยการทำนอกรอบกรมแพทย์แผนไทย แต่ไม่เห็นความก้าวหน้าของงานเท่าที่ควร ต่อมาได้มีโอกาสทำงานร่วมกับยงยุทธ ตรีสุขกร อดีตผู้อำนวยการพัฒนาเอกชนในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งเสนอให้ฟื้นฟูระบบคุณค่าดั้งเดิมของหมอพื้นบ้านในชุมชนอีสาน ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเยียวยาและรักษาความสัมพันธ์ของชาวบ้านในชุมชน โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สืบทอดต่อกันมา ทั้งการกินอาหารท้องถิ่น การใช้ยาสมุนไพรท้องถิ่น การใช้วิธีบำบัดอื่น ๆ และการใช้พิธีกรรมต่าง ๆ และยังได้ทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยในท้องถิ่นในการถอดบทเรียนหมอพื้นบ้าน ทำให้ได้พูดคุยกับหมอพื้นบ้านในจังหวัดอยู่เป็นประจำ จนเกิดความสนิทสนมคุ้นเคย การลงพื้นที่ทำให้เห็นถึงเสน่ห์ของภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่าในท้องถิ่นมีคัมภีร์ใบลานอยู่ คนที่สามารถถอดความรู้จากตำราใบลานก็ยังมียู่ เมื่อถอดความรู้ออกมาจากตำราใบลานแล้ว ก็ยังต้องทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง เพราะยังมีสิ่งที่ต้องทำต่อไปอีก ไม่จบสิ้นตามโครงการที่เสร็จไปแล้ว ประสบการณ์การทำงานแบบนี้ ทำให้รู้ว่าชาวบ้านรู้จักสมุนไพรมากกว่าเจ้าหน้าที่เสียอีก เภสัชกรมีความรู้มาจากการเรียนมหาวิทยาลัย รู้เกี่ยวกับสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ในขณะที่การเรียนรู้ของชาวบ้านเกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้สมุนไพร ซึ่งแต่ละคนอาจมีไม่เหมือนกัน เป็นการเรียนรู้จากชีวิตและการใช้งานจริง การทำงานกับชาวบ้านจึงได้เรียนรู้ความรู้อีกแบบหนึ่ง ซึ่งไม่มีสอนในมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ การทำงานกับชาวบ้าน ไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณก็ยังสามารถทำงานด้วยกันได้ (สัมภาษณ์เภสัชกร 8, เภสัชกร สสจ.)

การทำงานคลุกคลีกับหมอพื้นบ้านในจังหวัดเป็นเวลานานดังที่กล่าวมา ทำให้เภสัชกรผู้นี้สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพภาคท้องถิ่น (folk sector) ตามโมเดลระบบการดูแลสุขภาพที่ Kleinman (1980) เสนอไว้ และทำให้เภสัชกรผู้นี้เห็นว่า การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านที่ควรจะเป็นคือ การพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนโดยยังคงบทบาทของหมอพื้นบ้านตามวิถีดั้งเดิม ไม่พยายามทำให้หมอพื้นบ้านเข้ามาเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีระบบคุณค่าและระบบงานที่แตกต่างจากวิถีแบบดั้งเดิม แต่ควรทำให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพเข้าใจวิถีสุขภาพของชุมชน และสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมต่อในลักษณะที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อมีการรับแพทย์แผนไทยเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัด จึงสนับสนุนให้เกิดการถ่ายทอดวิธีการทำงานกับหมอพื้นบ้านในท้องถิ่นตามแนวคิดนี้ โดยในระยะแรกเภสัชกรผู้นี้ซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ของจังหวัดได้ให้แพทย์แผนไทยในพื้นที่ติดตามลงพื้นที่ในขณะที่จะไปปฏิบัติงานด้วย เมื่อผู้ปฏิบัติในแต่ละพื้นที่รู้จักหมอพื้นบ้านในพื้นที่แล้ว หัวหน้ากลุ่มงานจะทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษากับแพทย์แผนไทยอีกทีหนึ่ง ผลการทำงานที่เป็นรูปธรรมอย่างหนึ่งที่น่าสนใจคือ แพทย์แผนไทยได้รู้จักยาพื้นบ้านที่หมอพื้นบ้านใช้ในการกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เป็นยาพื้นบ้านที่ใช้ได้ผลดี เป็นที่นิยมของคนในท้องถิ่น และ

ทดลองนำไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขที่ตนเองทำงานอยู่ จนเป็นที่ยอมรับของพยาบาลในโรงพยาบาล ปัจจุบัน “ยาน้ำนม” ตำรับของหมอพื้นบ้าน ได้รับการยอมรับให้เป็นยาที่สามารถใช้ได้โรงพยาบาลในจังหวัด ทำให้ความยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีต่อการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย เพิ่มมากขึ้นด้วย (สัมภาษณ์เภสัชกร 8, เภสัชกร สสจ.)

เมื่อการบริการการแพทย์แผนไทยได้รับการบรรจุเป็นหนึ่งในแผนบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการตั้งคณะกรรมการ service plan ด้านการแพทย์แผนไทยในระดับเขต และจังหวัดเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่เภสัชกรจะมีบทบาทน้อยในคณะกรรมการเหล่านี้ เพราะการพัฒนายังเน้นไปที่ระบบบริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้เกี่ยวข้องหลักคือ แพทย์แผนไทย แต่ในบางเขตสุขภาพหรือจังหวัด พบว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการกำหนดจุดเน้นของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยของจังหวัดและเขต การสนับสนุนให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ และการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการบริการและการแพทย์แผนไทย

ตัวเองเป็นกรรมการ Service plan ของทั้งเขตและจังหวัด ก็เข้าไปช่วยวางระบบ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ ทั้งเรื่องคน ทรัพยากร งบประมาณ มาตรฐานและวิชาการ สิ่งที่เภสัชกรช่วยได้มาก ถึงแม้จะมีองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไม่มาก คือ การวางระบบ เอาหลักคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยเข้าไปจับ กับเอาเรื่องวิจัยเข้าไปเสริม เช่นในเขตได้งบประมาณมาให้โรงพยาบาล GMP ผลิต พอผลิตเสร็จ เราก็ให้โรงพยาบาลในเขตเก็บข้อมูลมาประเมินผลว่าใช้ได้ผลไหม

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

การกำหนดให้มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลอาจทำให้เกิดความขัดแย้งภายในประเด็นที่ว่า ใครควรเป็นหัวหน้ากลุ่มงานใหม่นี้ แต่ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนา งานสมุนไพรและงานแพทย์แผนไทย และการมองเห็นบทบาทที่สามารถสนับสนุนกันระหว่างวิชาชีพ ทำให้ในหลายโรงพยาบาลไม่ได้มีปัญหาความขัดแย้งนี้เกิดขึ้น ในทางตรงข้าม กลับเกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างแพทย์แผนไทยและเภสัชกร

โดยส่วนตัวที่ทำงานสมุนไพรมากกว่า 30 ปี ทำให้เกิดมองเห็นแนวทางการพัฒนา ตลอดสาย นื่องแพทย์แผนไทยก็รุ่นลูกกันหมด อยากช่วยสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยพัฒนาให้สามารถเคียงบ่าเคียงไหล่กับแพทย์แผนปัจจุบันได้ มีน้องเภสัชคนอื่น ๆ เข้ามาเต็มเต็มงาน เราจะบอกน้องๆทั้งเภสัชและแพทย์แผนไทยว่า สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยไม่ใช่ของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แต่เป็นสมบัติของพวกเราทุกคน ก็นำมาใช้พัฒนาต่อยอด น้องๆ ก็สามัคคีกัน ไม่มีทะเลาะ นื่องแพทย์แผนไทยได้เป็นหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทย เพราะเขาจะได้พัฒนางานได้ไม่ผิดเพี้ยน ผอ.ขอให้เภสัชเป็นหัวหน้า เราไม่เอา ส่งน้องเภสัชไปเป็นที่ปรึกษา ด้วยความที่น้องเขาทำงานกับแพทย์มา

นาน มีความรู้ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบัน ก็ช่วยเป็นจุดเชื่อมของหมอสองแผน เชื่อม
พยาบาลและวิชาชีพอื่นๆ ได้ เราคิดเหมือนกลุ่มงานเภสัชกรรม ก็ต้องมีเภสัชเป็นหัวหน้า
มันถึงจะพัฒนาไปตามบทบาทวิชาชีพได้อย่างถูกต้อง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

บทบาทเภสัชกรที่ทำอยู่ เป็นลักษณะตัวกลางระหว่าง แพทย์แผนไทย และ แพทย์
แผนปัจจุบัน เป็นเพราะเราพอเข้าใจทั้ง 2 แผน เภสัชเรียนเรื่อง botany ก็พอเข้าใจ
สมุนไพร และก็สามารรถสื่อสารกับแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้าใจกว่า ที่ผ่านมายังไม่มีเรื่อง
ขัดแย้งอะไร แพทย์แผนไทยก็รู้สึกดีที่เภสัชทำงานด้วย เพราะเภสัชสามารถแย้งกับ
แพทย์แผนปัจจุบันได้ ทำให้แพทย์แผนไทยทำงานได้สะดวกขึ้น การทำงานที่สนับสนุน
หลักๆ ก็เป็นการผลิตให้มีมาตรฐานความต้องการแพทย์แผนไทยใช้ และการให้ข้อมูลด้าน
ยาในเชิงวิชาการ มีการพูดคุยกับแผนไทยอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาตำรับ และนำมาปรับปรุง
ในลักษณะ R2R อยู่เสมอ ๆ ร่วมกับแพทย์แผนไทย

(สัมภาษณ์เภสัชกร 9, เภสัชกร รพช.)

ถ้าไม่มีเภสัชกรการพัฒนางานทางด้านสมุนไพรและแพทย์แผนไทยก็จะลำบาก
เพราะวิชาชีพเภสัชกรมีความน่าเชื่อถือ เราได้เรียนมาบ้าง และสามารถต่อยอดองค์
ความรู้ได้ ช่วย Review CPG ที่เขียนโดยแพทย์แผนไทยว่าการวินิจฉัยโรค การใช้ยา มี
ความเหมาะสมหรือไม่ ในเชิงบริหารช่วยวางแผนว่าในปีนี้นักแพทย์แผนไทยจะต้องอบรม
อะไรบ้าง พัฒนาศักยภาพจุดไหนบ้าง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 10, เภสัชกร สสจ.)

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระดับปฏิบัติการเป็นการทำให้
เจตนาที่เห็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่
กว้างขวางมากขึ้น โดยเกิดผลสำเร็จขั้นต้นในบางจังหวัด และขยายไปสู่จังหวัดอื่น ๆ ในเวลาต่อมา รวมทั้ง
ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับประเทศในที่สุด ทั้งนี้ความสำเร็จดังกล่าวเป็นผลมาจาก
ความสามารถในการบริหารจัดการ การสื่อสาร และการเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ทั้งสองแผนเข้าด้วยกันของ
ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นสมรรถนะทาง
วิชาชีพของเภสัชกรในด้านการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรในระดับ
พื้นที่ การกำกับติดตาม และประเมินผล ซึ่งต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขและระบบ
ยาสมุนไพรของประเทศ นโยบายและแผน ตลอดจนกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทักษะในการจัดทำแผนงาน

การพัฒนาสมุนไพรของพื้นที่ที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติ และโอกาสและจุดแข็งของพื้นที่ การกำกับติดตามแผน การประเมินผลแผน และการปรับแผน

2. การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารราชการในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น การทำงานขององค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ และการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการประสานงานในพื้นที่

3. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาครัฐ การวิเคราะห์ความต้องการ การจัดหาและจัดสรรทรัพยากรบุคคล การเฝ้าอำนาจให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติการ การสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

4. การบริหารจัดการวัตถุดิบสมุนไพรของพื้นที่ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการวางแผนและการบริหารจัดการวัตถุดิบสมุนไพรของพื้นที่ การประสานงานกับเครือข่ายวัตถุดิบสมุนไพรในพื้นที่

5. การบริหารจัดการระบบยาจากสมุนไพรของพื้นที่ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจัดหาและการผลิตยาจากสมุนไพร การทำให้มีบัญชีรายการยาจากสมุนไพรของจังหวัดหรือโรงพยาบาล

สมรรถนะด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ ความเป็นผู้นำ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความบากบั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค สามารถแก้ไขปัญหาใหม่ ๆ จากการทำงานที่ไม่เคยทำมาก่อน การทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การกระตุ้นและเสริมศักยภาพผู้ร่วมงานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร การตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์และบริการ

3. การผลิตยาจากสมุนไพร

งานผลิตยาจากสมุนไพรเป็นงานสำคัญที่ทำให้สมุนไพรได้รับการแปรรูปให้เป็นผลิตภัณฑ์ยาพร้อมสำหรับการส่งใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยบทบาทหน้าที่ งานผลิตยาเพื่อใช้ในโรงพยาบาลเป็นงานของวิชาชีพเภสัชกรรมโดยตรง ดังนั้น เมื่อโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งมีนโยบายผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อใช้ในโรงพยาบาล เภสัชกรรมก็ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการผลิตยา

3.1 ผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองด้านยา

ดังที่นำเสนอในหัวข้อก่อนหน้านี้ว่า การผลิตยาจากสมุนไพรเป็นภารกิจที่มีอุดมการณ์บางอย่างกำกับมาตั้งแต่ต้น นั่นคือ การพึ่งตนเองทางด้านยาของประเทศ เภสัชกรรุ่นใหม่ที่สานต่อภารกิจของเภสัชกรรุ่นก่อนหน้านี้ได้ทบทวนเจตนารมณ์นี้ว่า

อย่างตัวเราเองก็สงสัยเหมือนกันในช่วงแรก ๆ ว่า ทำไมต้องมาใช้สมุนไพรในเมื่อเรามียาแผนปัจจุบันอยู่แล้ว ... มันคือเรื่องการพึ่งพาตัวเองของประเทศ เรื่องการรักษาโรค สิ่งจำเป็นเช่นปัจจัยสี่ อย่างน้อยในประเทศตัวเองควรจะมีการพึ่งพาตัวเองบ้าง ... เราเป็นเภสัชกรที่ทำงานเรื่องนี้เราจึงรู้ว่า ทำไมเราต้องใช้สมุนไพร ทั้ง ๆ ที่ราคาต่อหน่วยมันแพงกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่เราต้องมองให้ลึกกว่านั้นว่า กว่าที่มันจะเป็นยาได้นี้

สมุนไพรคนไทยเป็นคนปลูก เกษตรกรก็จะมีรายได้มากขึ้น ระหว่างทางเงินมันก็จะตกอยู่ในประเทศเรา ผลิตเอง ปลูกเอง ทำเอง ใช้เอง เป็นการพึ่งพาตนเองของประเทศ (สัมภาษณ์เภสัชกร 10, เภสัชกร รพช.)

จริง ๆ แล้ว ยาสมุนไพรก็แพง มันอาจจะดูแพง แต่ว่าเงินที่เราจ่ายมันไม่ได้ไปไหน มันถูกสะท้อนกลับไปหาที่ชาวบ้าน เกษตรกรที่เขาปลูกสมุนไพร แล้วมันก็อยู่ในประเทศเรา ถ้าเราใช้ยาแผนปัจจุบัน เมื่อเราเสียเงินเท่ากัน แต่เราก็ต้องจ่ายไปกับการเสียเงินซื้อสารเคมี เราทำเองได้ไหม ทุกวันนี้เราต้องซื้อ *pure chemicals* จากต่างประเทศ เงินเราก็จ่ายออกไปจากประเทศ ค่าใช้จ่าย (ด้านยา) ของกระทรวงสาธารณสุขปีหนึ่งเป็นหมื่นล้าน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 11, เภสัชกร รพท.)

แต่ภารกิจนี้มีสิ่งท้าทายหลายประการที่เภสัชกรจะต้องฟันฝ่าไปด้วยเสมอ สิ่งท้าทายหนึ่งที่เภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลกล่าวถึง คือ ต้นทุนยาจากสมุนไพรที่ยังสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน เภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลร่นบุกเบิกที่เริ่มจากการผลิตยาขึ้นชั้น และฟ้าทะลายโจร จนปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการผลิตยาจากสมุนไพรและยาแผนไทยหลายตำรับ สรุปบทเรียนในเรื่องนี้ให้ฟังว่า

งานที่ทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนจริงๆ ยาหลายชนิดที่ทำขึ้นสามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ ถึงแม้แพทย์หลายท่านจะคัดค้านเรื่องราคายา แต่ตัวเองแย้งว่า การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรจะช่วยให้ประเทศของเราพอจะพึ่งตนเองได้ ลดการนำเข้ายาบางรายการ ปัจจุบันต้นทุนยายังสูงเพราะการผลิตของเรา ยังสเกลเล็ก หากขยาย คือ หมายถึงมีคนใช้มากขึ้น ก็น่าจะถูกลง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 3, เภสัชกร รพช.)

เภสัชกรรุ่นใหม่ที่สืบทอดภารกิจของเภสัชกรร่นบุกเบิก กล่าวถึงปัญหาการเปรียบเทียบความคุ้มค่าในเชิงประสิทธิผลกับราคา ที่มักใช้เป็นข้ออ้างในการไม่ใช้ยาสมุนไพรว่า

หมอแผนปัจจุบันจะไม่เข้าใจ ใช้ *Omeprazole* เทียบกับขมิ้นชัน ราคาเท่ากัน บางบริษัทถูกกว่าอีกแต่ *Omeprazole* มีงานวิจัยทุกขั้นตอนมากกว่าขมิ้นชัน ถ้าเทียบกันสมุนไพรยังงี้ก็แพ้อยู่แล้ว ถ้าเราคิดอย่างนั้น สมุนไพรจะไม่ได้เกิด ไม่ได้ถูกใช้ แต่ตอนนี้ งานวิจัยขมิ้นชันก็เยอะขึ้น

(สัมภาษณ์เภสัชกร 11, เภสัชกร รพท.)

แม้ว่าในปัจจุบันโรงงานผลิตยาจากสมุนไพรภาคเอกชนจะตื่นตัวและเข้ามาเสนอขายผลิตภัณฑ์ของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งเริ่มมีนโยบายจำกัดปริมาณการผลิตยาจากสมุนไพรของโรงพยาบาลรัฐ โดยกำหนดสัดส่วนแผนการผลิตร่วม ไม่เกินร้อยละ 30 ของปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการผลิตในภาคเอกชน แต่เภสัชกรจาก

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้ความเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นที่โรงพยาบาลรัฐยังต้องผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อใช้ในโรงพยาบาลว่า

โรงพยาบาลของรัฐยังจำเป็นต้องผลิตยาจากสมุนไพร เพราะวัตถุดิบที่เราซื้อมาจาก การส่งเสริมชาวบ้านให้ปลูกสมุนไพร ซึ่งเราสามารถรับซื้อสมุนไพรที่ชาวบ้านปลูก ในราคาที่แน่นอน เป็นธรรม ไม่ถูกจนเกินไป ราคาตามที่ตกลงกัน นอกจากนี้เรายังสอน และส่งเสริมให้ประชาชนใช้สมุนไพรที่ปลูกรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นของตนเองและ คนในชุมชน การที่ประชาชนปลูกและมีรายได้จะเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนหันมารู้จัก สมุนไพรและใช้สมุนไพรรักษา

(สัมภาษณ์เภสัชกร 12, เภสัชกร รพศ.)

เภสัชกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง เห็นว่า การที่ในจังหวัดมีโรงงานผลิตยาจาก สมุนไพรไว้ใช้เอง จะช่วยในการต่อรองราคาได้

เรายังทำเรื่องเกี่ยวกับการต่อรองราคาในระดับจังหวัดเริ่มต้นจากการสืบราคาจาก บริษัทที่โรงพยาบาลซื้ออยู่ และจากโรงผลิตที่เราซื้ออยู่ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และ สรุปผล รายงานให้ทุกโรงพยาบาลได้เห็นภาพรวมก่อน แล้วพิจารณาว่าจะใช้วิธีการ จัดซื้อร่วมกันจากที่ใดได้บ้าง เพื่อนำมาสู่การลดต้นทุน เพราะราคาที่สูงก็ทำให้โอกาสใน การใช้น้อยลงไปด้วย ในที่สุดถ้าวิธีการนี้ประสบความสำเร็จในระดับจังหวัด จะขยายไป ใช้ในระดับเขตต่อไป

(สัมภาษณ์เภสัชกร 6, เภสัชกร สสจ.)

ในความเห็นของเภสัชกรโรงพยาบาล ความจำเป็นที่โรงพยาบาลของรัฐยังต้องผลิตยาจากสมุนไพร อีกประการหนึ่ง คือการทำให้ราคายามีความสมเหตุสมผล และการผลิตยาจากสมุนไพรที่เอกชนไม่ผลิต

เป็นการถ่วงดุลกับภาคเอกชน ด้านราคาขายของยาสมุนไพร หน่วยงานภาครัฐที่ ผลิตยาจะสะท้อนราคาขายที่สมเหตุสมผลของยาสมุนไพร ไม่ให้เอกชนกำหนดราคา ตามใจชอบ ... ยาบางชนิด แม้จะเป็นยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ทองพันชั่งทิงเจอร์ ยากล้วย โรงพยาบาลจำเป็นต้องผลิต เพราะไม่มีจำหน่ายใน ท้องตลาด

(สัมภาษณ์เภสัชกร 12, เภสัชกร รพศ.)

3.2 กำหนดมาตรฐานยาจากสมุนไพร

ความยากลำบากประการหนึ่งของการผลิตยาจากสมุนไพร คือ ต้องถือหลักของคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย เช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน แต่การพัฒนาจากสมุนไพรมีความแตกต่าง จากการทำยาแผนปัจจุบันมาก เพราะยาจากสมุนไพรจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับวัตถุดิบต้นทาง ซึ่งหลาย ชนิดยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐาน เนื่องจากสมุนไพรที่ปลูกในประเทศไทยมีความเฉพาะที่แตกต่างจากประเทศ

ในยุโรปที่ให้ความสำคัญกับข้อกำหนดมาตรฐาน เกล็ดส่วนใหญ่เมื่อมาพัฒนาจากสมุนไพร จึงมักจะมีการพัฒนาข้อกำหนดมาตรฐานกันเอง ด้วยความช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัยหรือส่วนกลาง

การทำสมุนไพรยากนะ ... สมัยที่เริ่มงานใหม่ๆ นี่ลำบากใจและกดดันเหมือนกัน เพราะมาตรฐานต่างๆ ไม่รู้จะไปเอาที่ไหน ลอกใครก็ไม่มี อย่างเราอยากทำพาราเซตามอล ก็เปิด USP หรือ BP ก็ได้มาตรฐานมาแล้ว แต่สมุนไพรนี้ ตั้งแต่ปลูกเลย สมุนไพรแต่ละชนิดต้องปลูกแล้วเก็บเกี่ยวตอนไหน อายุเท่าไร เราโชคดีได้รับความช่วยเหลือจากอาจารย์เภสัชมาช่วยพัฒนา ที่แม้จะไม่ได้ดีเท่ายาแผนปัจจุบัน แต่อย่างน้อยก็ดีกว่าไม่ได้ทำ เราประยุกต์เครื่องมือที่พอหาได้ ไม่มี TLC tank เราก็ใช้ขวดแยมมาทำ ก็พอใช้ได้ อย่างน้อยก็มีการตรวจสอบคุณภาพ พุดกับหมอได้ ตอนนี้ระบบก็ดีขึ้นมาก (สัมภาษณ์เภสัชกร 2, เภสัชกร รพศ.)

3.3 พัฒนาสูตรตำรับที่ตอบโจทย์ทางสุขภาพ

การพัฒนาสูตรตำรับยาจากสมุนไพรเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการพัฒนายา มีกรณีตัวอย่างของการพัฒนาสูตรตำรับยาจากสมุนไพรเพื่อแก้ไขปัญหาแม่หลังคลอดที่มีน้ำนมไม่เพียงพอ ทำให้เด็กแรกเกิดมีอาการตัวเหลือง ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่พบในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งถึงร้อยละ 10 เภสัชกรโรงพยาบาลแห่งนี้ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับปัญหาของแม่หลังคลอดในด้านต่าง ๆ พบว่า แม่หลังคลอดอาจจะมีปัญหาได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่อาจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำนมน้อยหรือน้ำนมไม่ไหล ซึ่งในทางการแพทย์มักสั่งจ่ายยาเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนม แต่ ... เมื่อศึกษาวิธีการแก้ปัญหาด้วยภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพแม่หลังคลอดของไทย พบว่า มีทั้งการใช้ยาสมุนไพร และการนวด ประคบเต้านม เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนม และมีการใช้ยาสมุนไพรสเย็นเพื่อลดการอักเสบเต้านมด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อได้ทบทวนเอกสารตำราด้านการแพทย์แผนไทย พบว่าตำรับยาในตำราต่าง ๆ มีตัวยาในตำรับมาก ตัวยาสมุนไพรบางชนิดไม่สามารถจัดหาได้ และวิธีการใช้ยุ่งยากไม่สะดวก จึงจำเป็นต้องพัฒนาสูตรตำรับยาขึ้นมาใหม่

ในการพัฒนาสูตรตำรับ ได้ใช้การคัดเลือกตัวยาสมุนไพรจากตำรับยาที่ระบุสรรพคุณว่า บำรุงน้ำนม แก่น้ำนมเสีย ทำให้น้ำนมไหล หรือสรรพคุณที่คล้าย ๆ กันนี้ แล้วจัดลำดับของตัวยาสมุนไพรตามความถี่ที่พบในตำรับยาเหล่านี้ นำตัวยาใน 10 ลำดับแรกมาตั้งเป็นตัวเลือกในการตั้งตำรับยาใหม่ แล้วคัดเลือกเฉพาะตัวยาที่มีสรรพคุณแก้อาการที่พบบ่อยในแม่หลังคลอด ได้แก่ อ่อนเพลีย เสียเลือดมาก ปวดกล้ามเนื้อ น้ำนมน้อย และวิงเวียน ได้ตัวยาสมุนไพรที่ผ่านเกณฑ์การเลือกมา 5 ชนิด ได้แก่ ขิง มะตูม ฝรั่ง ชะเอมเทศ และเถาว์ลิ้นเปรี๊ยะ ขั้นตอนต่อไป คือ ดำเนินการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยและความเป็นพิษของสมุนไพรทั้ง 5 ชนิดนี้ ซึ่งพบว่าค่อนข้างปลอดภัย เพราะตัวยาสมุนไพรส่วนใหญ่ในตำรับมีการใช้เป็นอาหารอยู่แล้ว เมื่อได้สูตรตำรับที่พอใจแล้ว จึงพิจารณารูปแบบของยา ในตำราดั้งเดิมยบบำรุงน้ำนมใช้ในรูปแบบยาต้ม ซึ่งไม่สะดวกในการใช้ จึงปรับรูปแบบเป็นยาชงเนื่องจากเป็นรูปแบบที่ใช้ง่ายและสะดวก เพื่อให้มีความมั่นใจมากขึ้น มีการส่งสูตรตำรับนี้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยพิจารณาว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เมื่อผ่านการ

พิจารณาแล้ว ได้นำเสนอข้อมูลตำรับยาและขั้นตอนการพัฒนาตำรับแก้สูติแพทย์ หัวหน้างานห้องคลอด หัวหน้าตึกผู้ป่วยเด็กและหลังคลอด และหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เพื่อพิจารณาการนำไปใช้ในตึกผู้ป่วย เมื่อทุกฝ่ายเห็นชอบแล้ว จึงมีการจัดนิทรรศการแนะนำการดูแลแม่หลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการเตรียมยาขงสมุนไพรบำรุงน้ำนมบริการให้แก่แม่หลังคลอด จากการประเมินผลการใช้ด้วยการสอบถามพบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจมาก และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในขณะเดียวกัน พบว่าอัตราทารกตัวเหลืองลดลงจากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 3 ยาขงสมุนไพรบำรุงน้ำนมสูตรนี้ได้รับความนิยมจากแม่หลังคลอดมาก มีผู้เรียกร้องให้โรงพยาบาลผลิตและจำหน่ายให้แม่หลังคลอดนำไปใช้ที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว

ต่อมามีการพัฒนาโครงการวิจัย “การศึกษาผลของยาขงสมุนไพรบำรุงน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและระดับโปรแลคตินในเลือดของมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร” โดยเก็บข้อมูลในแม่หลังคลอดจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า แม่หลังคลอดกลุ่มที่ได้รับยาขงสมุนไพรบำรุงน้ำนมมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาขงสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาจากค่าน้ำนมเฉลี่ย รวม 10 วัน และไม่พบเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากยาขงสมุนไพร ส่วนการทดสอบความเป็นพิษเฉียบพลันในสัตว์ทดลอง พบว่า ยาขงสมุนไพรในขนาดสูง ไม่พบความเป็นพิษในสัตว์ทดลอง ผลดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเห็นว่ายาขงสมุนไพรตำรับนี้มีประสิทธิภาพดีในการดูแลแม่หลังคลอดที่มีน้ำนมน้อย จึงมีมติให้เตรียมการเสนอยาตำรับนี้เป็นยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อขยายผลการใช้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น (สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.)

กรณีนี้ทำให้เห็นว่า การพัฒนาสูตรตำรับยาเป็นขั้นตอนสำคัญของการได้มาซึ่งตำรับยาที่สามารถตอบโจทย์ทางสุขภาพได้จริง หากดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะทางวิชาชีพเภสัชกรรม และได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพในวิชาชีพอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังทำให้เห็นว่า กระบวนการตั้งโจทย์ปัญหาสุขภาพที่ชัดเจน การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ และการทบทวนความรู้รอบด้าน เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาสูตรตำรับยาที่มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาได้จริง ซึ่งการปฏิบัติตามขั้นตอนเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะในการปฏิบัติงานที่ต้องมีการฝึกฝนอย่างจริงจัง

3.4 จัดหาวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม การผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลยังคงประสบปัญหาบางอย่าง โดยเฉพาะการประกันคุณภาพยาในสายการผลิตที่ยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ตลอดสาย นับตั้งแต่ วัตถุดิบสมุนไพรซึ่งปัจจุบันยังต้องซื้อวัตถุดิบส่วนใหญ่จากร้านขายส่งของเอกชน จนถึงการตรวจวิเคราะห์คุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่ออกมาจากสายพานการผลิต เภสัชกรในโรงพยาบาลบางแห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลนาร่องเพื่อพัฒนามาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพร ได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมให้เกษตรกรในพื้นที่หันมาปลูกพืชสมุนไพรเพื่อแปรรูปเป็นวัตถุดิบป้อนโรงงานผลิตยาของโรงพยาบาล แต่ปัญหาที่พบเกี่ยวกับวัตถุดิบสมุนไพรคือ เมื่อเอาวัตถุดิบสมุนไพรไปตรวจทางเคมีและจุลชีววิทยา โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น และส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์

และห้องปฏิบัติการของคณะเภสัชศาสตร์ พบว่า ปริมาณสารสำคัญในสมุนไพร เช่น สาร curcuminoid ในเหง้าขมิ้นชัน สาร andrographolide ในใบฟ้าทะลายโจร มีปริมาณไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดในเภสัชตำรับสมุนไพรไทย (Thai herbal pharmacopeia) และพบสารปนเปื้อนหรือจุลชีพปนเปื้อนเกินมาตรฐาน จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหานี้เกิดจากวิธีการเก็บเกี่ยวและช่วงเวลาที่ใช้ในการเก็บเกี่ยวสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการปลูกในแปลงปลูกที่มีการควบคุมมาตรฐานการปลูกตามหลักสากล แต่เนื่องจากโรงพยาบาลต้องการส่งเสริมให้เกษตรกรรายย่อยมาร่วมในโครงการปลูกสมุนไพร แทนที่จะร่วมมือกับผู้ปลูกที่มีทุนและเทคโนโลยีในการปลูกที่มีความพร้อมอยู่แล้ว เกษตรกรที่รับผิดชอบโครงการนี้ จึงใช้วิธีการทำงานร่วมกับกลุ่มเกษตรกรรายย่อยเหล่านี้ โดยเริ่มจากการไปที่บ้านหอมพื้นบ้าน เพื่อสอบถามแหล่งที่มาของวัตถุดิบสมุนไพรที่หอมพื้นบ้านใช้ แล้วตามไปยังแหล่งปลูก เมื่อเข้าถึงเกษตรกรที่เป็นผู้ปลูกซึ่งมีหลายราย (พื้นที่ปลูกตั้งแต่ 1 งานจนถึง 2 ไร่) ก็สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มแบบหลวม ๆ เพื่อปลูกสมุนไพร โดยกระจายการปลูกสมุนไพรชนิดต่าง ๆ ตามบ้านและปลูกในพื้นที่ของเกษตรกรแบบผสมผสานกับพืชชนิดอื่น ๆ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการมีผลผลิตจากสมุนไพรบางชนิดมากเกินไปเกินความต้องการ

ในบางกรณี การปลูกสมุนไพรยังดำเนินการในรูปของวิสาหกิจชุมชน หรือกลุ่มผู้นิยมสมุนไพร โดยมีการจัดสรรพื้นที่การปลูกสมุนไพรเป็นการเฉพาะ พื้นที่จัดสรรมาอาจเป็นพื้นที่ส่วนกลางของกลุ่มหรือเป็นพื้นที่ทำกินของสมาชิกก็ได้ การปลูกเน้นปลูกสมุนไพรชนิดหนึ่งชนิดใดในแปลงใหญ่ตามความถนัดของสมาชิกแต่ละคน ไม่ว่าการรวมกลุ่มการปลูกจะเป็นแบบใด แต่สิ่งที่เหมือนกัน คือ มีการกำหนดชนิดและปริมาณของวัตถุดิบที่ต้องการให้กลุ่มเกษตรกรผลิต มีการสนับสนุนต้นทุน มีการกำหนดมาตรฐานการปลูกและระยะเวลาการเก็บเกี่ยว มีการกำหนดคุณลักษณะของวัตถุดิบสมุนไพรแห่งที่ต้องการร่วมกัน มีการประกันราคาและการซื้อขายล่วงหน้าเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่กลุ่มเกษตรกร ทั้งหมดนี้เพื่อให้ได้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ โดยมีราคาสมเหตุสมผล และเป็นธรรมต่อเกษตรกรผู้ปลูก

ฝ่ายผู้สนับสนุนการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐทั้งในท้องถิ่นและส่วนกลาง ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานเกษตรจังหวัด มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัย มีการสนับสนุนเกษตรกรในหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้และสนับสนุนเกษตรกรเกี่ยวกับการตรวจดิน ตรวจน้ำ การสนับสนุนกล้าพันธุ์สมุนไพรที่เป็นสายพันธุ์ที่คัดเลือกแล้ว การปลูก การให้ปุ๋ย การทำเกษตรอินทรีย์ การแปรรูปเพื่อให้ได้วัตถุดิบที่ดี การสนับสนุนเครื่องมือการแปรรูป การรับซื้อวัตถุดิบสมุนไพรที่กลุ่มเกษตรกรปลูกในราคาประกัน

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาวัตถุดิบที่ผลิตได้มีปริมาณเกินความต้องการ ทำให้ต้องมีการวางแผนการปลูก โดยจัดสรรโควตาการปลูกแก่กลุ่มเกษตรกรหรือเกษตรกรรายย่อยที่ชัดเจน เพื่อให้ผลผลิตมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการ ไม่มากหรือน้อยเกินไป ปัญหาเรื่องความสูญเสียของสมุนไพรสดจากการแปรรูปไม่ทัน ทำให้ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเกษตรกรสมุนไพรเกี่ยวกับการแปรรูปสมุนไพร ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มผู้แปรรูปสมุนไพร มีการพัฒนานวัตกรรมการแปรรูปสมุนไพรสำหรับเกษตรกรรายย่อย เช่น การสร้างตู้อบพลังแสงอาทิตย์ขนาดเล็กสำหรับแปรรูปสมุนไพรแห้ง เป็นต้น การปลูกพืช

สมุนไพรจึงพัฒนาไปได้ด้วยดี มีการปลูกสมุนไพรที่หลากหลายมากขึ้น (ประมาณ 20-30 ชนิด) เช่น ฟักทะลาย ไจรัส รากจืด เพชรสังฆาต กระเจี๊ยบ บอระเพ็ด มะขามแขก เป็นต้น เกษตรกรมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน ประมาณ 20,000 – 50,000 บาทต่อปี ความสำเร็จในการส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในช่วงหลัง ทำให้โรงพยาบาลได้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพตามปริมาณที่ตั้งเป้าหมาย และทำให้สามารถวางแผนขยายปริมาณการปลูกเพื่อตอบสนองการใช้ยาจากสมุนไพรของทั้งจังหวัดได้ด้วย

แม้การส่งเสริมเกษตรกรในการปลูกพืชสมุนไพรจะไม่ใช่วิธีการทางการกิจโดยตรงของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน แต่การที่เภสัชกรเข้ามาแสดงบทบาทเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการปลูกสมุนไพรเอง มีข้อดีหลายประการ ประการแรก เกษตรกรมีความเชื่อมั่นว่า สมุนไพรที่ปลูกจะนำไปผลิตเป็นยา มีการนำไปใช้ในโรงพยาบาลจริง ๆ นั่นคือมีตลาดรับซื้อผลผลิตที่ชัดเจน ประการที่สอง การผลิตยาต้องใช้วัตถุดิบที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน การปลูกและการแปรรูปจึงต้องเป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับการผลิตสินค้าต่าง ๆ ในระบบอุตสาหกรรม เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบการผลิตยาในระบบอุตสาหกรรม จึงสามารถช่วยวางระบบการผลิตวัตถุดิบที่มีคุณภาพได้ ประการที่สาม เภสัชกรเป็นผู้รู้และมีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการผลิต เช่น การใช้เทคโนโลยีในการทำให้แห้ง การใช้เทคโนโลยีในการจัดการกับมอดและไขแมลงด้วยคลื่นไมโครเวฟ การใช้เทคโนโลยีการฉายรังสีเพื่อลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์และทำให้สมุนไพรมีความคงตัวมากขึ้น การบดย่อยขนาดด้วยวิธีที่เหมาะสม รวมทั้งการแปรรูปเพื่อเพิ่มมูลค่า เช่น การกลั่นเป็นน้ำมัน หรือการแปรรูปเป็นสินค้าสำเร็จรูปอื่น ๆ เช่น สบู่สมุนไพร แชมพูสมุนไพร เป็นต้น (สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.)

ในแผนแม่บทฯ ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรไทยที่มีศักยภาพ ระบุให้มีการกำหนดมาตรฐานการปลูกพืชสมุนไพรตามหลักวิธีการปลูกและเก็บเกี่ยวที่ดี (GAP/GACP) ซึ่งต้องการความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดำเนินการ สิ่งที่เภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในบางโรงพยาบาลต้องการคือ การสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ ในการลงมาทำงานร่วมกับเกษตรกรในพื้นที่ (สัมภาษณ์เภสัชกร 13, เภสัชกร รพช.) แต่จากการทำงานที่ผ่านมา เมื่อยังมีผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านนี้อยู่เป็นจำนวนน้อย สิ่งที่สามารถกระทำได้คือ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานด้านการเกษตรในพื้นที่และทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างเกษตรกรผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้วยกัน (สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.) แต่เภสัชกรโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งเห็นว่า "เภสัชกรต้องลงมือทำเองในเรื่องการปลูกสมุนไพร โดยไปคลุกคลีกับเกษตรกรผู้ปลูก จะได้รู้จักและเข้าใจพืชสมุนไพร อย่าเกี่ยงว่าอันนี้เป็นเรื่องของกระทรวงเกษตร" (สัมภาษณ์เภสัชกร 12, เภสัชกร รพช.)

รูปธรรมการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนอีกแห่งหนึ่งที่น่าสนใจ คือ ได้สนับสนุนให้เกิดกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรเพื่อใช้เป็นวัตถุดิบทางยาของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพและปลอดภัยใช้ในการผลิตยาเพื่อให้มีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรไทย และเพื่อสร้างรายได้เสริมแก่ประชาชนในท้องถิ่น กลุ่มเริ่มก่อตั้งเมื่อปี 2539 มีสมาชิกจาก 8 หมู่บ้าน 3 ตำบลมีการจัดการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีการสุ่มตัวอย่างส่งตรวจคุณภาพ ต่อมาในปี 2553 ได้เข้าร่วมโครงการการปลูกสมุนไพร

GACP วัตถุดิบสมุนไพรที่รับซื้อมีทั้งที่เป็นพืชสด เช่น ขมิ้นชัน ไพล ขมิ้นอ้อย เปราะหอม พญาอ ว่านชักมดลูก ลำโพงกลาสก เป็นต้น รวมถึงพืชแห้งที่แปรรูปแล้ว เช่น ฟ้าทะลายโจร เพชรสังฆาต แกล่ กระพุ่มบก เป็นต้น (สัมภาษณ์เภสัชกร 13, เภสัชกร รพช.)

เภสัชกรที่รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดมีโอกาสที่จะเชื่อมโยงความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรของทั้งจังหวัดกับการปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ได้มากกว่าเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน แต่ก็ต้องมีข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนด้วยเช่นกัน ในที่นี้ จะยกกรณีตัวอย่างการจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง ที่ต้องการให้การผลิตและการใช้ยาสมุนไพรในจังหวัดมีการใช้วัตถุดิบภายในจังหวัดในปริมาณมากขึ้น ภายหลังการสำรวจพบว่า ขมิ้นชัน เป็นสมุนไพรที่จังหวัดมีความต้องการใช้ในปริมาณสูง และแม้การสั่งซื้อวัตถุดิบขมิ้นชันจากภายนอกจังหวัดจะได้วัตถุดิบที่มีราคาถูกกว่าการสั่งซื้อขมิ้นชันในจังหวัด เพราะราคาตลาดของขมิ้นชันในภูมิภาคนี้สูงกว่าราคาในภูมิภาคอื่น แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนี้ก็ยังตัดสินใจกำหนดตัวชี้วัดเป็นร้อยละของมูลค่าวัตถุดิบขมิ้นชันที่โรงพยาบาลต้องซื้อจากแหล่งปลูกในจังหวัด โดยมีเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 5 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 40 ในปี 2564 เหตุผลสำคัญที่ทำเช่นนี้ เพราะต้องการให้เกิดการพึ่งพาตนเองทางด้านยาในจังหวัด และทำให้เกิดเศรษฐกิจหมุนเวียนอยู่ภายในจังหวัด แต่การที่ต้องแบกต้นทุนวัตถุดิบในราคาสูง จึงต้องคิดหาทางทำให้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันที่ผลิตขึ้นมีมูลค่าสูงขึ้นตามไปด้วย จากการศึกษาพบว่า ขมิ้นชันที่ปลูกในจังหวัดแม้ราคาจะสูง แต่ก็มีปริมาณสารสำคัญ คือ Curcuminoid สูงเช่นกัน ดังนั้น จึงเกิดแผนในการพัฒนาสารสกัดขมิ้นชันเพื่อให้เกิดความคุ้มค่ามากขึ้นในการใช้วัตถุดิบขมิ้นชันคุณภาพสูงตามมา (สัมภาษณ์เภสัชกร 8, เภสัชกร รพช.)

การให้ความสำคัญกับคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร ทำให้เภสัชกรเป็นบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มแรก ๆ ที่จำเป็นต้องบุกเบิกการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรเพื่อให้มีคุณภาพที่ดี มีสารสำคัญในการออกฤทธิ์ทางยาตามที่ต้องการ แม้การปลูกพืชสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP/GACP จะเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนสำหรับพืชสมุนไพรหลายชนิด แต่การบุกเบิกในด้านนี้นับว่าเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาในอนาคต โดยเฉพาะการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดในแผนแม่บทฯ และยังเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรตามแนวทางเกษตรอินทรีย์ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สำคัญของการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เป็นที่ต้องการของตลาดโลกในอนาคต

3.5 ควบคุมกระบวนการผลิตยาที่มีคุณภาพ

ในระยะแรกของการผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อใช้ในโรงพยาบาลปริมาณการผลิตมีจำนวนไม่มาก ข้อกำหนดเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิต และคุณภาพของยาที่ผลิต ก็ยังไม่มีที่ชัดเจน เพราะการผลิตยาในโรงพยาบาลได้รับการยกเว้น ไม่ต้องขออนุญาตการผลิตตามกฎหมายยา จึงไม่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานต่าง ๆ ที่กำหนดตามกฎหมาย ในบางโรงพยาบาล งานผลิตยาจากสมุนไพรจึงอาจริเริ่มบุกเบิกโดยบุคลากรที่ไม่ใช่เภสัชกร แต่เมื่อมีการพัฒนาการผลิตไปได้ระยะหนึ่ง คำถามเกี่ยวกับมาตรฐานการผลิต และคุณภาพของยาที่ผลิต กลายเป็นสิ่งที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบต้องให้ความสนใจมากขึ้น

มีกรณีงานผลิตยาจากสมุนไพรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง งานผลิตยาจากสมุนไพรเดิมอยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรด้านอื่น ต่อมา ผู้บริหารมองเห็นว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนากระบวนการผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานที่สากลยอมรับมากขึ้น จึงมอบหมายให้เภสัชกรเข้ามาทำหน้าที่รับผิดชอบงานผลิตยาจากสมุนไพรโดยตรง

เริ่มจากโรงพยาบาลมีตำรับยาธาตุบดบด ซึ่งแต่เดิมมีบุคลากรสายอื่นผลิตและควบคุมการผลิต แต่เมื่อปี พ.ศ. 2557 นายแพทย์ สสจ. ได้ทดลองใช้ตำรับยาธาตุแล้ว เห็นว่ามีประสิทธิภาพดีต้องการให้มีการผลิตที่ได้มาตรฐาน ท่านจึงให้นโยบายว่าการผลิตยาควรเป็นงานของเภสัชกร ตั้งแต่นั้นมา ผมก็เลยเข้ามาดูแลการผลิตสมุนไพรเต็มตัว

(สัมภาษณ์เภสัชกร 9, เภสัชกร รพช.)

การผลิตยาแตกต่างจากการปรุงยาให้กับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป เพราะเป็นการทำยาคคราวละมาก ๆ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพสม่ำเสมอ มีความคงตัว สามารถคงคุณภาพยาไว้ได้เมื่อเก็บรักษาไว้ในระยะเวลาหนึ่ง กระบวนการผลิตที่ดีจะเป็นสิ่งที่จะช่วยประกันว่า ผลิตภัณฑ์ที่ผ่านกระบวนการผลิตนี้จะมีคุณภาพเป็นไปตามที่กำหนด บุคลากรที่มีความรู้ในกระบวนการผลิตที่ดีนี้ จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในกระบวนการประกันคุณภาพ

การผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมการผลิต มีผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตที่ผ่านการฝึกฝนและเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง โดยไม่ได้ผ่านการศึกษาอบรมมาโดยเฉพาะ การเรียนรู้ส่วนใหญ่ผ่านการศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลอื่น ๆ แล้วนำทดลอง ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีความพร้อมของสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทุนในการดำเนินการ และบุคลากรที่ต่างกันไป

ปี 2545 มีโอกาสไปอบรมเภสัชกรงานผลิตยาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร กลับมาได้แรงบันดาลใจ จึงกลับมาเริ่มทำยาครีมสมุนไพรเพื่อใช้โรงพยาบาล จนกระทั่งปี 2556 ได้รับงบประมาณมา 1 ล้านบาท พร้อมกับโจทย์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่า ทำอย่างไรก็ได้ให้โรงงานผลิตยาสมุนไพรผ่าน GMP แต่โครงสร้างที่มีอยู่ในตอนนั้นไม่ผ่าน จึงปรึกษากับหัวหน้ากลุ่มงาน และเภสัชกรใน อย. ซึ่งต้องทำงานร่วมกับหลายภาคส่วน เช่น โยธาจังหวัด กองแบบแผน ต้องเรียนรู้ระเบียบพัสดุ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำ ระบบอากาศ เครื่องจักร ระบบเอกสาร แต่การผลิตยาสมุนไพรนั้นไม่ได้ราบรื่นเหมือนการผลิตยาแผนปัจจุบันเลย เภสัชกรต้องมีทักษะหลาย ๆ ด้านและมีทีม จึงจะทำงานด้านนี้ได้ และผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญกับเรื่องนี้ด้วยจึงจะสำเร็จ

(สัมภาษณ์เภสัชกร 14, เภสัชกร รพท.)

เมื่อเภสัชกรเข้ามามีบทบาทในการควบคุมการผลิตยาจากสมุนไพรอย่างจริงจัง สิ่งที่เภสัชกรมักตระหนักถึงก่อนเป็นอันดับแรกคือ ความปลอดภัยและคุณภาพของยาที่ผลิตขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่ถูกอบรมบ่มเพาะมาตลอดการเรียนในหลักสูตรเภสัชศาสตร์ เมื่อพบว่า “คุณภาพของยาสมุนไพรที่ผลิตขึ้น ยังไม่สามารถประกันคุณภาพได้แบบเดียวกับยาแผนปัจจุบัน” มีความพยายามต่าง ๆ ที่จะทำให้การประกันคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เช่น มีการควบคุม ตรวจสอบวัตถุดิบสมุนไพรทั้งแบบสดและแบบที่ผ่านการแปรรูปแล้ว พร้อมส่งตรวจมาตรฐานความปลอดภัยที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรบางชนิดในทุกรอบของการผลิต โดยส่งให้มหาวิทยาลัยที่มีความพร้อมทางห้องปฏิบัติการเป็นผู้ตรวจวิเคราะห์

การตั้งตำรับยาจากสมุนไพรแตกต่างจากยาแผนปัจจุบัน ต้องอาศัยทักษะการสืบค้นข้อมูลอย่างมาก เนื่องจากข้อมูลที่เป็นแนวทางปฏิบัติยังมีไม่มาก จึงต้องอาศัยการปรึกษาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองเรียนรู้ ลองผิดบ้าง ถูกบ้าง เพื่อค้นหาตำรับยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ผู้ใช้พึงพอใจ

ความตระหนักรู้ที่สำคัญในตัวเภสัชกรทุกคนคือ การควบคุมคุณภาพการผลิตในทุกขั้นตอน เป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรทุกตำรับ แม้ว่าบริบทของโรงพยาบาลชุมชนนั้นไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้เอง เภสัชกรก็ต้องมีกระบวนการประสานส่งตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ยังสถาบันอื่นต่อไป เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(สัมภาษณ์เภสัชกร 15, เภสัชกร รพช.)

การผลิตยาจากสมุนไพรเป็นงานที่ต้องอาศัยทักษะความชำนาญ ต้องใช้ประสบการณ์ในการสังเกตและประเมินยาที่ผลิตในทุกขั้นตอนของกระบวนการผลิต ซึ่งหลายสิ่งไม่มีปรากฏอยู่ในตำรา ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองและใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมเพื่อปรับแต่งให้ยาที่ผลิตมีคุณภาพดีตามที่ต้องการ

แคปซูลสมุนไพร ที่ดูเหมือนทำงานง่าย แต่ที่จริงแล้วก็มีความละเอียด ไม่ใช่นำมาบดแล้วตอกอัดใส่แคปซูลแล้วกินได้เลย เภสัชกรต้องคำนึงถึงความสม่ำเสมอของผงยา ดูน้ำหนักดูว่าวัตถุดิบที่นำมาผลิตแต่ละล็อตเหมือนเดิมไหม เช่น ผงขมิ้นชัน แต่ละครั้งที่เก็บเกี่ยวเราพบว่าปริมาณน้ำมันมีไม่เท่ากัน ถ้าหากเจอล็อตที่น้ำมันมากก็จะตอกอัดแคปซูลไม่ลง ต้องเอามาเติมสารช่วยอื่น ๆ ลงไปในตำรับตามสัดส่วนเพื่อให้ตอกอัดเป็นแคปซูลได้ หรือ ฟ้าทะลายโจร ถ้าคัดเลือกวัตถุดิบไม่ดีเจอล็อตที่มีก้านเยอะ ก็จะได้ผงยาที่ไม่สม่ำเสมอไปใช้แล้วก็ได้ผล

(สัมภาษณ์เภสัชกร 16, เภสัชกร รพช.)

จะเห็นว่า บทบาทในด้านการผลิตยาเป็นบทบาททางวิชาชีพของเภสัชกรที่เด่นชัด มีผลผลิตเป็นรูปธรรมที่สามารถจับต้องได้ และสามารถตอบโจทย์การมียาจากสมุนไพรสำหรับใช้ในระบบบริการสุขภาพโดยมีความปลอดภัยและคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ ในขณะเดียวกัน ก็ยังเอื้อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจไปถึงเกษตรกรซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในต้นทางของสายการผลิตด้วย

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นสมรรถนะทางวิชาชีพของเภสัชกรในด้านการผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ ดังต่อไปนี้

3.1 การกำหนดมาตรฐานและพัฒนาระบบการผลิตยาจากสมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสืบค้นมาตรฐานและแนวทางการจัดทำมาตรฐานยาจากสมุนไพร ทั้งวัตถุดิบสมุนไพร วัตถุดิบหลังแปรรูปขั้นต้น และผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป โดยอ้างอิงมาตรฐานของประเทศและสากล

3.2 การพัฒนาสูตรตำรับที่ตอบโจทย์ความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับหลักเภสัชกรรมไทย และการพัฒนาสูตรตำรับทางเภสัชกรรม

3.3 การจัดหาวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพิสูจน์เอกลักษณ์วัตถุดิบสมุนไพร การจัดหาวัตถุดิบสมุนไพร การหาเครือข่ายผู้ปลูกและส่งวัตถุดิบสมุนไพร และการประเมินคุณภาพและคัดเลือกวัตถุดิบสมุนไพร

3.4 การผลิตยาจากสมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการผลิตยาจากสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ ตามมาตรฐานทั้งในระดับชาติและนานาชาติ และการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผลิตยาจากสมุนไพร

3.5 การควบคุมคุณภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพสมุนไพร ทั้งทางเคมี ชีววิทยา และฟิสิกส์ ตั้งแต่วัตถุดิบสมุนไพร ระหว่างการผลิต และผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการควบคุมคุณภาพยาจากสมุนไพร และการส่งผลิตภัณฑ์เพื่อตรวจคุณภาพ

สมรรถนะด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ ความตระหนักถึงความสำคัญของการปลูกสมุนไพร และการผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของท้องถิ่นและประเทศ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและความปลอดภัยส่งผลดีต่อเกษตรกรผู้ปลูกทั้งในด้านรายได้และสุขภาพ และเพื่อถ่วงดุลด้านราคาอย่าไม่ให้สูงเกินไป การให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด โดยคำนึงถึงคุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการที่ได้มาตรฐาน

4. การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร

การใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลมีระบบระเบียบ และขั้นตอนที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เพราะต้องมีคณะกรรมการของโรงพยาบาลพิจารณาความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพของยาที่จะใช้ในโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลต่าง ๆ และต้องสร้างความมั่นใจให้ได้ว่า การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพและสอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้สั่งใช้ยา

ดังนั้น นโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรจะสามารถนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในทางปฏิบัติได้หรือไม่นั้น จึงขึ้นกับว่ามีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถกระทำการกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ให้สำเร็จลุล่วงได้หรือไม่ การศึกษานี้จึงรวบรวมบทบาทของเภสัชกรในการทำงานส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ซึ่งมีการกิจสำคัญได้แก่ เสนอตำรับยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ การพัฒนานโยบายด้านการใช้ยาของโรงพยาบาล การบริหารเภสัชกรรมกับการใช้ยาจากสมุนไพร การสนับสนุนข้อมูลและสื่อสารโน้มน้าวแพทย์ให้ใช้สมุนไพร การให้คำปรึกษาและข้อมูลสมุนไพรแก่ประชาชน และการเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาสมุนไพร

4.1 เสนอตำนรับยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สร้างขึ้นเพื่อ“สร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยาตามข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง มีหลักฐานสนับสนุนที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกมากกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ลดการใช้ยาซ้ำซ้อน และคำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา รายการยาบัญชียาหลักแห่งชาตินี้เป็นบัญชียาอย่างผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (ชะอรสิน, 2559)

บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกาศใช้เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2549 ในปี พ.ศ. 2559 คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติไว้ว่า 1) มุ่งคัดเลือกยาจากสมุนไพรที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีความปลอดภัย มีประสิทธิผล มีข้อบ่งชี้ชัดเจน และมีหลักประกันคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง 2) บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการวิจัยและพัฒนาจากสมุนไพรอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้น สามารถพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาจากสมุนไพรของประเทศ ควบคู่กับกระตุ้นให้เกิดการสร้าง การจัดการ และการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในระบบการศึกษา

ปัจจุบัน ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ยาแผนไทย (ยาแผนโบราณ) เป็นยาที่เตรียมขึ้นตามตำรับยาที่อยู่ในคัมภีร์ยาแผนไทย หรือตำรายาที่เป็นที่ยอมรับในระดับชาติหรือสากล หรือเป็นยาเตรียมขึ้นตามหลักการแพทย์แผนไทย ที่มีการใช้ติดต่อกันมาอย่างน้อยสองชั่วอายุคน (50 ปี) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีมากเพียงพอและเชื่อถือได้ในความปลอดภัยและสรรพคุณ

2) ยาพัฒนาจากสมุนไพร เป็นยาที่มีการพัฒนาไปจากตำรายาหรือองค์ความรู้ดั้งเดิม ซึ่งต้องประเมินหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อประกันความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพมาตรฐาน ให้สอดคล้องกับแนวทางสากลและจำแนกยาพัฒนาจากสมุนไพร เป็นยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนาโดยใช้เทคโนโลยีทางเภสัชกรรมหรือองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ซึ่งต้องใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แตกต่างกันตามความเสี่ยงของยา เพื่อประกันความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพมาตรฐาน ให้สอดคล้องกับแนวทางสากล แบ่งเป็น

3 แบบ คือ 1) ยาพัฒนาจากความรู้ดั้งเดิม (Modified traditional medicines) 2) ยาที่ยอมรับในทาง การแพทย์ (Well-established herbal medicines) 3) ยาพัฒนาจากการวิจัย (Scientifically established herbal medicines)

จากความสำคัญดังที่กล่าวมาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้มีความพยายามที่จะเสนอให้ยาจาก สมุนไพรที่มีการใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เข้าสู่รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ภารกิจนี้เป็นเรื่องที่มีความ ยากลำบาก เพราะต้องสามารถแสดงหลักฐานสนับสนุน เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะทำงานชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณาตามหลักเกณฑ์ เช่น

กรณียาแผนไทย ต้องมีการบันทึกข้อมูลการใช้ทางด้านประสิทธิผล และความปลอดภัย ติดต่อกัน มาอย่างน้อย 10 ปีต้องระบุรายละเอียดสูตรส่วนประกอบ วิธีการเตรียม และข้อบ่งใช้ที่เหมาะสม มีขนาด รับประทานหรือขนาดการใช้ที่มีความแรง ตามที่กำหนดและแสดงข้อมูลด้านความปลอดภัย เช่น ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง อาการ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยพิจารณาจากตำราและองค์ความรู้เดิมทาง การแพทย์แผนไทยและประสบการณ์การใช้ยา

กรณียาพัฒนาจากสมุนไพร ที่เป็นยาที่ยอมรับในทางการแพทย์ เกณฑ์การประเมินความปลอดภัย และสรรพคุณสามารถใช้ข้อมูลรายงานในวารสารทางวิชาการ/วิทยาศาสตร์/ทางการแพทย์ หรือ expert evidence เช่น ฟาร์มาโคเปีย (pharmacopoeia) ผลการทบทวนวรรณกรรม (bibliographical review) และรายงานของผู้เชี่ยวชาญ (expert report) เป็นต้น

ผู้นำเสนอข้อมูลหลักฐานเพื่อเข้าสู่การพิจารณาได้ จึงต้องมีความสามารถในการค้นหาข้อมูล เกี่ยวกับสมุนไพรที่รอบด้าน สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมากรอกในแบบนำเสนอ เช่น ข้อมูล เกี่ยวกับตำรับยา ต้องระบุส่วนประกอบของเครื่องยา ระบุชื่อทางวิทยาศาสตร์ของเครื่องยา ในกรณีที่เป็นสาร สกัดต้องระบุตัวทำละลายและความแรง ระบุรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ที่เคยเกิดขึ้นและ ต้องอธิบายความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการคัดเลือกตำรับยานี้เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ ผู้เสนอยังต้องอธิบายเกี่ยวกับนิยาม ความรุนแรงและอุบัติการณ์ของโรค สรรพคุณ ข้อบ่งใช้ แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline, CPG) และผลการวิจัยทางคลินิกตามแนวทางการศึกษา และวิจัยยาซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยสากล

การนำเสนอข้อมูลและหลักฐานดังที่กล่าวมานี้ จำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ในการ ทำงานในระดับผู้ชำนาญการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม เภสัชกรที่เคยมีประสบการณ์ในการนำเสนอ ยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติให้ข้อมูลว่า

ที่ยากที่สุด คือ ยาแคปซูลเพชรสังฆาต ซึ่งทางโรงพยาบาลใช้ทดแทน Daflon มา นานแล้ว ถึงแม้ในวงการแพทย์แผนปัจจุบันจะถกเถียงถึงประเด็นประสิทธิภาพของ Daflon ว่าไม่แตกต่างจากยาหลอก แต่ในทางปฏิบัติเวลาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เราจะ แนะนำแค่ปรับพฤติกรรม ให้ยาระบายเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาท้องผูก และเมื่อมี

อาการก็เช่นกัน คงไม่ได้ ดังนั้นเราจำเป็นต้องให้ยา จะว่าไปแล้วการนำเสนอข้อมูล เพชรสังฆาตก็ยากแล้ว เพราะข้อมูลงานวิจัยมีความขัดแย้ง บางงานวิจัยใช้ได้ผล บางงานวิจัยไม่ได้ผล แต่ที่โรงพยาบาลตอนที่เสนอมาเป็นยาตำรับ ซึ่งปรับมาจากการใช้ยา เดียว ยังไม่มีงานมาสนับสนุนเข้าไปอีก ตอนนั้นจึงได้ไปสอบถามหัวหน้าที่ได้พัฒนายา ตำรับนี้มา โดยใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย รวมทั้งเหตุผลในการปรับไปใช้ยา ตำรับ แต่เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงได้นำข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มา สนับสนุน ตอนนั้นก็เริ่มจากค้นหางานวิจัยว่ามีใครทำบ้าง เอามาทำ table extraction ว่าใครทำ มีกี่งานวิจัยทำในโรคสีดวง Stage ไหน ผู้ป่วยจำนวนเท่าไร วัตถุประสงค์ และ secondary outcomes อะไรบ้าง ข้อจำกัดแต่ละอันคืออะไร ก็พบว่ามีความ ขัดแย้งอยู่จริง สรุปยากว่าได้ผลหรือไม่ ตอนนั้นก็ทำเพิ่มคือดูประวัติการใช้ โดย สอบถามจากพี่ๆ เกสซ์ว่าเพชรสังฆาตเริ่มใช้ที่แรกที่ไหน ที่มีหลักฐานชัดเจน มีคนบอก ให้ไปลองหาว่ามีเอกสารที่เก่าที่สุดคือ โรงพยาบาลโคกสำโรง ที่มีการทำวิจัยในคนด้วย แต่ไม่มีการตีพิมพ์ ตอนนั้นก็ลองถามจากพี่ๆ เกสซ์ จนได้เอกสารมา แล้วก็มา สอบถามจากโรงพยาบาลอื่นๆ อีกว่ามีที่ไหนใช้บ้าง ก็รวบรวมมา แล้วก็นำมากรอกใน แบบฟอร์ม แล้วก็ส่งไปที่ อย. จนในที่สุดยาที่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สัมภาษณ์เกสซ์กร 2, เกสซ์กร รพศ.)

การเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันความปลอดภัยและประสิทธิผล เป็นภารกิจที่เกสซ์กรที่ทำงานด้านสมุนไพรหลายคนให้ความสำคัญ เพราะจะช่วยทำให้การใช้ยาสมุนไพรเป็นที่ ยอมรับโดยทั่วไปได้มากขึ้น เพราะเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและได้ผล

ในฐานะที่เราเป็นเกสซ์กร เราก็อยากได้ข้อมูลที่มาจากการวิจัยมากขึ้น เก็บข้อมูล มากขึ้น ถ้าเราจะนำไปเทียบกับยาแผนปัจจุบัน เราก็อยากได้หลักฐานว่าปลอดภัยและ ใช้ได้ผลจริง ๆ อย่างเช่น สหสธารา ไปเทียบกับ NSAID อย่างน้อยมันก็ไม่มี GI effect เยอะ และคนที่ไม่สามารถใช้ NSAID ก็สามารถใช้ได้

(สัมภาษณ์เกสซ์กร 10, เกสซ์กร รพช.)

ยาสมุนไพรมีงานวิจัยน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน จึงต้องมีงานวิจัยมากขึ้น ให้มี หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีประสิทธิผลจริง มีผลข้างเคียงอะไรบ้าง จะทำให้เป็นที่ ยอมรับของคนทั่วไป

(สัมภาษณ์เกสซ์กร 17, เกสซ์กร รพช.)

4.2 จัดทำและเสนอรายการยาในบัญชียาจากสมุนไพรของโรงพยาบาล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลภายใต้สังกัดมีการแต่งตั้ง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee, PTC) ตั้งแต่ปี พ.ศ.

2530 เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางการรักษาโรค และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับระบบยาในโรงพยาบาล ในทางปฏิบัติ คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งคือ การประชุมคัดเลือกยาเข้าและออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล (อารยา และคณะ, 2548) เกสซ์กรมีบทบาทสำคัญในคณะกรรมการชุดนี้ คือ เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ ซึ่งเป็นผู้เตรียมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา ในโรงพยาบาลใหญ่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมักประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขามากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก การเสนอจากสมุนไพรเพื่อคัดเลือกเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลจึงต้องการข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถตอบคำถามของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นได้ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายนัก

การใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลใหญ่มีข้อจำกัดเยอะ เพราะโดยปกติราคายาจากสมุนไพรมักแพงกว่ายาแผนปัจจุบัน โรงพยาบาลขนาดใหญ่มักไม่เลือกใช้เพราะมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ กับทัศนคติของแพทย์ที่ไม่รู้จักยาสมุนไพร กลัวจะเกิดผลข้างเคียง ยาตีกัน ใช้แล้วต้องติดตามอะไร เกสซ์กรก็เข้าไปช่วยตรงนี้ ยาสมุนไพรมีราคาแพง การใช้ต้องติดตาม เราก็จำกัดสาขาของแพทย์ที่ใช้ ทำเป็นนโยบายผ่าน PTC แต่ก่อนจะนำข้อมูลเข้า PTC ก็ต้องปรึกษาองค์กรแพทย์ก่อน เข้าไปให้ข้อมูล เพราะไม่อยากให้ต้องเข้าไปถกเถียงกันใน PTC แพทย์ก็ยอมรับได้นะ อาจจะเป็นเพราะแพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ใช้ยาจากสมุนไพรอยู่แล้ว

(สัมภาษณ์เกสซ์กร 2, เกสซ์กร รพศ.)

สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก การนำยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลอาจแตกต่างจากโรงพยาบาลใหญ่ เกสซ์กรโรงพยาบาลชุมชนคนหนึ่งให้ความเห็นว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลขนาดเล็ก คือ นโยบายของผู้บริหาร การตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหารส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ เกสซ์กรมักเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้จัดทำข้อมูลเพื่อเสนอต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลทางวิชาการของยาจากสมุนไพรที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษาที่สามารถสั่งใช้ยาจากสมุนไพรได้ และเกณฑ์การพิจารณาสั่งใช้ยาจากสมุนไพรแก่ผู้ป่วย

ที่โรงพยาบาลด้วยความเป็นโรงพยาบาลชุมชน ก็ทำงานง่ายกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เราเสนอจากฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนว่าควรมีนโยบายยาทดแทน เพราะหากจะทำให้บรรลุตัวชี้วัดสัดส่วนการใช้ยาจากสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน ก็ต้องแทน หากไม่แทนก็ไม่ถึง เราก็ไปรวบข้อมูลแล้วดูว่ายาสมุนไพรที่เรามี ทดแทนยาแผนปัจจุบันอะไรได้บ้าง แล้วก็ทำลิสต์เสนอ ผอ.อนุมัติ ก็เอามาลงในคอมพิวเตอร์ เวลาแพทย์คียาก็จะมียาสมุนไพรขึ้นมาให้เลือก แพทย์ก็เลือกให้ผู้ป่วยได้

(สัมภาษณ์เกสซ์กร 13, เกสซ์กร รพช.)

4.3 สนับสนุนข้อมูลจากสมุนไพรและสื่อสารโน้มน้าวแพทย์ให้ใช้สมุนไพร

แพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้และความคุ้นเคยกับการใช้ยาจากสมุนไพรไม่มาก เพราะการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับสมุนไพรและยาแผนไทยน้อย การทำงานส่งเสริมการขายยาจากสมุนไพรแก่แพทย์โดยผู้แทนยาจากบริษัทขายยาต่าง ๆ ก็ยังไม่มีเหมือนยาแผนปัจจุบัน เกสัชกรโรงพยาบาลบางแห่งจึงริเริ่มทำกิจกรรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรแก่แพทย์ ตั้งแต่เริ่มเข้ามาทำงานในโรงพยาบาล

ทุกครั้งที่มีแพทย์ intern เราจะเชิญแพทย์มา meeting มาทานข้าว และมาพูดคุยให้เห็นภาพการทำงานของแพทย์แผนไทย เนื่องจากว่าแพทย์แผนไทยแทรกอยู่ในเกือบทุกบริการของโรงพยาบาล คุณหมออาจจะไม่เข้าใจว่า ทำไมต้องส่งไปหาหมอแผนไทยด้วย ... เดินดูคลินิก เดินดูการให้บริการ มีการ present งานที่เราทำให้อู เราพยายามเอาองค์ความรู้ด้านวิชาการเข้ามาสนับสนุน เช่น การเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ ให้หมอดูว่ามันดีขึ้นจริง ๆ นะ ... พอทำความเข้าใจเสร็จ คุณหมอก็เข้าใจ แล้วเราก็จะได้คนไข้ที่มากขึ้น อย่างตอนนี้เพิ่งทำ อาทิตย์ก่อนเพิ่งคุยกับคุณหมอไป ... พบว่า คลินิกเบาหวานมี new case เพิ่มขึ้น ... เมื่อเริ่มรู้จักกันแล้ว ก็เริ่มนำเสนอให้เขารู้จักยาจากสมุนไพรชนิดต่างๆ เช่น มีขนมไปวางบนโต๊ะ พร้อมโน้ตชิ้นเล็กๆ มีข้อความเขียนว่า วันนี้มีไอริโอกับฟ้าทลายโจร วันต่อมาเริ่มนำเสนอตัวอื่น เช่น ขมิ้นชัน จันทลีลา หรืออื่นๆ

(สัมภาษณ์เกสัชกร 4, เกสัชกร รพข.)

เกสัชกรโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งเล่าถึงความภูมิใจที่สามารถโน้มน้าวให้แพทย์ใช้ยาสมุนไพรได้

สำเร็จ

ความภูมิใจของเกสัชกรคือ สามารถทำให้แพทย์ที่ negative กับสมุนไพรยอมรับสมุนไพรได้ ... มีหมอใช้ทุนคนหนึ่งเป็นหมอที่ต้องถามหาเอกสารการวิจัยตลอด วันหนึ่งหมอกคนนี้อยู่ มาขอยาที่ห้องยา ผมก็บอกว่า Bisolvon หหมด บริษัทยังไม่ส่ง M tussis ก็เอาออกจากโรงพยาบาลไปตั้งนานแล้ว มีแต่ยาแก้ไอสมุนไพรที่ผมทำกับน้ำอุ่น ให้หมอเลือกเอา พอหมอเอาไปกิน วันรุ่งขึ้นกลับมาชมใหญ่ ว่า ยาดีมาก ทำไมเพิ่งมาบอกผม พอหมอรู้อย่างสมุนไพรมันไม่ใช่สิ่งที่อยู่ในหม้อยาปักเฉลว มันใช้ได้จริง จับต้องได้จริง เขาก็เริ่มสั่งใช้ยาตัวนี้

มีกรณีหนึ่ง กุมารแพทย์โทรมาปรึกษาว่า เด็กเป็นไข้เลือดออก ลื่นปากแดง มีผื่นขึ้น กินอะไรไม่ได้ เลยแนะนำให้ใช้ยาห้ารากกวาดลิ้น พอกวาดปั๊บ ไข้เด็กลงในสองชั่วโมง หมอก็เลยเปลี่ยนความคิดมาใช้ยาสมุนไพร ... พอแพทย์ที่ใช้แล้วดีใจ เขาจะบอก สอนแพทย์รุ่นน้องต่อว่า ใช้ตัวนี้สิ

(สัมภาษณ์เกสัชกร 13, เกสัชกร รพข.)

การสื่อสารให้แพทย์เข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยาสมุนไพร เกสซ์กรจำเป็นต้องมีความเข้าใจยาสมุนไพรจากองค์ความรู้ของทั้งสองแผน ดังตัวอย่างการอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาฟ้าทะลายโจรและยาแก้ไอมะขามป้อม

ทำไมฟ้าทะลายโจรถึงลดไข้ได้ ถ้าแผนไทยก็จะบอกว่า มันเป็นยารสขมเย็น ความขมจะบำรุงตับและน้ำดี ทำให้คนไข้อยากอาหาร ความเย็นทำให้ไข้ลง แพทย์ไม่เชื่อหรอก เราก็จะบอกแพทย์ว่า ฟ้าทะลายโจรมันมี andrographolide เป็นสารสำคัญ มีฤทธิ์ต้านไวรัส แพทย์ก็เริ่มฟัง ... มะขามป้อมมีรสฝาดเปรี้ยว ฝาดช่วยสมานลำคอ เปรี้ยวขับเสมหะ หมอไม่รู้หรอกฝาดเปรี้ยวคืออะไร เราก็จะบอกว่า มะขามป้อมมี tannin เป็นสารที่มี oxy group เยอะมาก เวลาไปจับที่ลำคอ มันจะทำให้เสมหะละลายได้ และมันใช้เป็นสารฟอกหนัง ก็จะสมานลำคอได้ครับ เราต้องทำตัวเป็นสะพานคอนกรีตเสริมเหล็กให้เขา (แผนปัจจุบัน-แผนไทย) เดินไปมาหาสู่กันได้

(สัมภาษณ์เกสซ์กร 13, เกสซ์กร รพช.)

เกสซ์กรโรงพยาบาลบางแห่งใช้ระบบไอทีในการให้ข้อมูลยาสมุนไพรประกอบการสั่งใช้ยาของแพทย์

ที่โรงพยาบาลมีกฎอยู่ว่า ถ้าเป็นยากลุ่ม NSAID จะใช้ยาสมุนไพรแทน เราก็จะใส่ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ เช่น เวลาแพทย์จะสั่ง Diclofinac มันก็จะมี pop up เด้งขึ้นมาว่า แนะนำให้ใช้ยาสมุนไพรตัวนี้แทน ถ้ายาสมุนไพรตัวไหนมีการสั่งใช้น้อย เราก็จะมี pop up แจ้งเตือน เช่น ขมิ้นชันใช้แทนยาแผนปัจจุบันอะไร ใช้แก้อะไร ขนาดใช้เท่าไร

(สัมภาษณ์เกสซ์กร 20, เกสซ์กร รพช.)

จากการศึกษาพบว่า มีโรงพยาบาลเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ให้ความสำคัญกับการจัดตั้งหน่วยศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สำหรับสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรได้อย่างมั่นใจมากขึ้น จากการสัมภาษณ์เกสซ์กรที่รับผิดชอบงานวิจัยและพัฒนาด้านสมุนไพรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า งานวิจัยเป็นไปเพื่อสนับสนุนความเชื่อมั่นของแพทย์และประชาชนผู้ใช้ยาสมุนไพร แม้งานส่วนใหญ่มุ่งไปที่การทดลองทางคลินิก (clinical trial) แต่ก็ต้องใช้ความรู้ทางเภสัชพฤกษศาสตร์ เภสัชเวท เภสัชวิทยา การวิเคราะห์ทางเคมี และการผลิตยาเชิงอุตสาหกรรม ต้องใช้ทักษะในการประสานงาน การทำงานเป็นทีมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ โดยเฉพาะแพทย์ รวมทั้งเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ต้องสืบค้นงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และติดตามความก้าวหน้าของงานวิจัยและแนวทางการรักษาโรคแบบใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา ต้องแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุน และบริหารจัดการโครงการวิจัยให้สำเร็จลุล่วง (สัมภาษณ์เกสซ์กร 21, เกสซ์กร รพช.)

4.4 ให้การบริหารเภสัชกรรมด้านการใช้ยาจากสมุนไพร

บทบาทหนึ่งที่สำคัญของเภสัชกรในโรงพยาบาลในปัจจุบันคือ การบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งมีความมุ่งหมายประการหนึ่ง คือส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย เมื่อยาจากสมุนไพรได้รับการคัดเลือกเข้าบรรจุในบัญชียาของโรงพยาบาล และมีการสั่งใช้โดยแพทย์แผนปัจจุบัน เภสัชกรจึงต้องมีหน้าที่ในการพัฒนาให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์เภสัชกรโรงพยาบาลสองแห่งเล่าถึงประสบการณ์การทำงานบริหารเภสัชกรรมกับการใช้ยาสมุนไพรว่า

ที่โรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทยได้เลย ไม่ต้องผ่านแพทย์แผนปัจจุบัน บางทีคนไข้เป็นเบาหวาน ความดัน กินยาแผนปัจจุบันอยู่ เราก็ต้องซักถาม บางทีคนไข้จำชื่อยาที่ใช้ไม่ได้ หรือบอกชื่อยามา แพทย์แผนไทยก็ไม่วัดจัก เราก็ช่วยดู ช่วยแนะนำเรื่อง drug interaction ว่าจะใช้ร่วมกับยาสมุนไพรได้ไหม ส่วนคนไข้ใน ถ้าใช้ยาแผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้น ก็เป็นโอกาสที่จะใช้ยาสมุนไพร แพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยก็จะคุยกันว่า จะรักษาอย่างไร เราก็ช่วยดูเรื่อง drug interaction ว่ามีไหม

(สัมภาษณ์เภสัชกร 3, เภสัชกร รพช.)

ที่โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย การจ่ายยาแผนไทยต้องใช้ความรู้ของแผนปัจจุบันผสมผสานกับความรู้ด้านสมุนไพร ... งานที่เด่น ๆ ของเภสัชก็คือ DIS drug information service กำลังทำวิจัยเก็บ ADR (adverse drug reaction) (ของยาสมุนไพร) โดยไม่ใช้ Naranjo⁷ เพราะ ADR ของยาสมุนไพรเอาไปรัน Naranjo ไม่ได้ เช่น ยากระทิงพิษบางอย่าง ใช้แล้วมีผื่นออกมา ซึ่งความหมายของแผนปัจจุบันก็คือ ADR ... เราต้องดู drug interaction ระหว่างยาแผนปัจจุบันกับสมุนไพร ต้องอธิบายความรู้ให้คนไข้ด้วย จึงต้องอัปเดตความรู้ตลอด ต้องอ่านงานวิจัยในวารสาร เช่น medplant หรือวารสารของมหิดล ... บทบาทของเราไม่ได้จบแค่ห้องยาจ่ายยา แต่ทำวิจัยและให้คำปรึกษาทางด้านยาด้วย

(สัมภาษณ์เภสัชกร 18, เภสัชกรโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย)

งานเภสัชกรรมสมุนไพรในโรงพยาบาลยังเกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลประสิทธิผลและความปลอดภัยในการใช้ยา เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการสนับสนุนการใช้ยาของแพทย์ที่ต้องการมั่นใจว่า ยาที่สั่งใช้มีความปลอดภัยและใช้ได้ผลจริง

⁷ Naranjo ในที่นี้หมายถึง Thai algorithm ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจาก Naranjo algorithm เพื่อใช้ในงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของประเทศไทย

ที่โรงพยาบาลมีทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน เรามียาจากสมุนไพร 120 ตำรับ มีทั้งแบบยาพัฒนาจากสมุนไพรและยาตำรับ แพทย์แผนปัจจุบันจะสามารถสั่งจ่ายยาได้เฉพาะยาพัฒนา มียาตำรับเดียวที่สั่งจ่ายได้คือ ยาประสะไพล ที่ใช้แก้ปวดประจำเดือนแทน mefenamic แต่แพทย์แผนปัจจุบันก็ใช้น้อยมาก เรามีศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ตั้งขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่พัฒนาหลักฐานทางวิชาการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างเหมาะสม เราก็ทำวิจัยเองด้วย โดยมากเป็นยาที่เราใช้ ปีหนึ่งทำได้ 1-2 เรื่อง แล้วก็รวบรวมข้อมูลประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ทำข้อมูลให้แพทย์แผนปัจจุบัน ทำหลายรูปแบบ ทำเป็นข้อมูลใน intranet ทำเป็น booklet เล่มเล็ก แล้วก็ทำเป็นปฏิทินตั้งโต๊ะไว้ในห้องตรวจ ส่วนใหญ่ข้อมูลที่แพทย์สนใจจะเป็นเรื่องความปลอดภัย คือ การใช้ในคนท้อง ให้นมบุตร เด็ก ผู้ป่วยตับและไต และ drug interaction บางอย่างไม่มีข้อมูลจากงานวิจัย เราก็ต้องถามแพทย์แผนไทยด้วย เพื่อให้ใช้ได้ถูกต้องมากขึ้น หรือพวกผู้ป่วยที่ใช้ warfarin เราก็ทำ list ให้ว่าสมุนไพรกลุ่มไหน ที่ต้องตรวจติดตามหากใช้ร่วมกับ warfarin อย่างต่อเนื่อง ที่ชัดเจนสุดที่เราช่วยแพทย์แผนไทยได้มากที่สุดเรื่อง drug interaction และ การแพ้ ซึ่งแพทย์แผนไทยตอนที่เรียนอาจจะไม่มีแนวคิดตรงนี้ ที่โรงพยาบาลมียาตำรับหนึ่งที่แพทย์แผนไทยนิยมใช้ ปรากฏว่าผู้ป่วยที่ใช้ มีผื่นเกิดขึ้นในแบบเดียวกัน 2 ราย ผู้ป่วยโทรมาที่ศูนย์ของเราว่าเขาแพ้ เราก็ถามกลับไปแพทย์แผนไทย เขาบอกว่า ผู้ป่วยไม่ถูกกับยา ไม่ได้คิดว่าเป็นการแพ้ จึงไม่ได้แจ้งเภสัช เพราะที่โรงพยาบาล เภสัชมีหน้าที่ออกบัตรแพ้ยาจนเราต้องเชิญแพทย์แผนไทยมาคุย ให้ความรู้เพิ่ม

(สัมภาษณ์เภสัชกร 19, เภสัชกร รพศ.)

4.5 ให้คำปรึกษาและข้อมูลสมุนไพรแก่ประชาชน

เภสัชกรในโรงพยาบาลบางแห่งที่ทำงานส่งเสริมการใช้สมุนไพรมานาน ยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับสมุนไพรที่มีการโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ

ที่โรงพยาบาล ด้วยความที่ทำความเรื่องสมุนไพรมานาน เราพบว่าประชาชนอีกเป็นจำนวนมากที่ใช้สมุนไพรโดยไม่ได้บอกหมอ บอกเภสัช เพราะกลัวหมอว่า เราทำงานในระบบก็เข้าใจว่า ไม่ใช่สิ่งง่าย ๆ ที่แพทย์จะยอมรับหากผู้ป่วยบอก สิ่งที่เราทำในฐานะเภสัชกรคือ สร้างความเข้าใจเรื่องโรค ยา และสมุนไพรที่ผู้ป่วยและประชาชนใช้ จากประสบการณ์เราแบ่งคนใช้สมุนไพรออกเป็น คนสุขภาพดี คนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค และผู้ป่วย

คนที่มีสุขภาพดี เรามักไม่แนะนำยา แต่เน้นหลักกินให้หลากหลาย กินให้ครบ 5 หมู่ กินให้ครบรสตามที่อาจารย์แพทย์แผนไทยบอก แต่ผู้ป่วยก็มักจะอยากใช้สมุนไพร

เพราะได้ข้อมูลมาจากไลน์ จากเคเบิลทีวี จากวิทยุชุมชนว่ากินสมุนไพรนี้ นั้นโน้นแล้ว จะป้องกันมะเร็ง เบาหวาน ไขมันได้ ซึ่งเราจะบอกผู้ป่วยเสมอว่าเป็นไปไม่ได้ พยายามอธิบายสาเหตุการเกิดโรคบางอย่างๆ ให้กับผู้ป่วย ค้นข้อมูลสมุนไพรที่ว่ามา แล้วก็เอามาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายๆ

ส่วนกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น พวก pre-DM หรือ พวกไขมันสูง แบบที่อยู่ในช่วง border line กลุ่มนี้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันมักบอกว่าให้ปรับพฤติกรรม ออกกำลังกาย แต่จากการอ่านเอกสารต่างๆ มันมีงานวิจัยสนับสนุนพอสมควรในการที่จะนำสมุนไพรมาใช้ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยส่วนตัวจะเลือกสมุนไพรที่มีการใช้เป็นอาหารมานานๆ หาได้ง่ายเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องไปซื้อ เช่น มะระขี้นก ว่านหางจระเข้ ไขมันชั้นใน pre-DM แล้วก็นำมาแนะนำผู้ป่วยทางวิทยุ โทรทัศน์หรือเวลาที่ประชาชนโทรมาถาม พอคนใช้แล้วได้ผล หรือไม่ได้ผล เขาก็จะมาบอกเรา จนเราเริ่มมั่นใจว่าใช้ได้ บางอย่างก็ต่อยอดไปสู่งานวิจัย อย่างมะระขี้นก พอแนะนำให้ใช้กับ pre-DM คนก็บอกว่าได้ผลนะ เราเลยไปขอทุน สวก. มา ตอนนี้งานเสร็จแล้ว พบว่ากลุ่มที่กินมะระขี้นก ช่วยชะลอการเพิ่มของ H₁C ต่างจากกลุ่มไม่กิน

ส่วนกลุ่มสุดท้ายคือผู้ป่วย อันนี้ยากมาก เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาแผนปัจจุบัน อยู่ ต้องระวังเรื่อง drug interaction ต้องพยายามให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคก่อน แล้วแนะนำสมุนไพรที่ปลอดภัยให้ใช้ เคยมีผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ stage 3 มาปรึกษา บอกว่าญาติไปฟังสัมมนาของงานขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรมา บอกว่าผลิตภัณฑ์จากเปลือกมังคุด สามารถรักษามะเร็งได้ แต่ขายขวดละหลายพัน ผู้ป่วยไม่มีเงินจึงโทรมาสอบถามว่าเปลือกมังคุดกินได้ไหม จากความรู้เรา เปลือกมังคุดมีแทนนินสูง อาจทำให้ท้องผูก อีกทั้งเปลือกมังคุดก็ไม่ได้เป็นอาหารของคนทั่วโลก เรากินเนื้อมังคุด ไม่ได้กินเปลือก แล้วคนไข้ก็เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้าท้องผูกผู้ป่วยคงแย่ลง อธิบายแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังยืนยันจะลองใช้ และหายไป 3 วัน กลับมาบอกว่าท้องผูกมากไม่ไหวแล้ว

(สัมภาษณ์เภสัชกร 19, เภสัชกร รพศ.)

การส่งเสริมให้ประชาชนใช้สมุนไพรยังทำให้เกิดคำถามใหม่ ๆ จากการเลือกใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร ซึ่งในหลายกรณี สังคมไทยยังไม่มีความรู้และประสบการณ์เช่นนี้มาก่อน เภสัชกรจึงมีภารกิจในการหาคำตอบให้กับคำถามใหม่ ๆ เหล่านี้

บางทีมีคนไข้มาถามว่า เขากิน warfarin ยาละลายลิ่มเลือด แล้วจะกินใบบัวบกได้ไหม ถ้าเขาไปถามบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร เขาคงตอบไม่ได้ เพราะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และยากับยาจะทำปฏิกิริยากันไหม เภสัชกรต้องตอบคำถามนี้ให้ได้ เพราะเรารู้กลไกการออกฤทธิ์ของ warfarin ส่วนกลไกการออกฤทธิ์ของบัวบก มหาวิทยาลัยไม่ได้สอนเรา เราต้องไปค้นคว้าเพิ่มเติม เช่น ไปสืบค้น แล้ว

วิเคราะห์ประเมินข้อมูลที่มีอยู่ แล้วก็ตอบผู้บริโภคด้วยหลักวิชา แต่เภสัชกรที่นี้จะไม่ค้น
แต่งงานวิจัยอย่างเดียว เราอาจต้องลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลจากหมอพื้นบ้านด้วย เพื่อดูว่า
เขาใช้ยาสมุนไพรจริง ๆ กันอย่างไร บางครั้ง เราอาจไม่รู้ว่าคนที่เราไปถาม เป็นหมอยา
พื้นบ้านหรือเป็นแค่คนที่รู้จักสมุนไพร ข้อมูลที่ได้มาก็ต้องเอาไป weight กับข้อมูล
วิชาการ จากตำรา จากหมอแผนปัจจุบัน เภสัชกรจึงต้องตื่นตัวหาความรู้อยู่ตลอดเวลา
ให้ทันกับความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ด้วย

(สัมภาษณ์เภสัชกร 22, เภสัชกร รพศ.)

4.6 เฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาสมุนไพร

การทำงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในระบบบริการสุขภาพ เป็นภารกิจหนึ่งของเภสัชกรใน
โรงพยาบาล โดยมีลักษณะงานได้แก่ การจัดเก็บประวัติการแพ้ยา และวินิจฉัยว่าเป็นการแพ้ยาจริงหรือไม่
นอกจากนี้ยังมีส่วนในการสนับสนุนทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพ้ยา เช่น การตอบคำถามแก่แพทย์และ
ประชาชนทั่วไป รวมถึงการฝึกอบรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง

การเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา หรือได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีการทำงาน
ร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ซึ่งเป็นผู้ประเมินด้านโรคและเภสัชกรเป็นผู้ประเมินด้านยา เพื่อพิจารณาหา
สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์นั้น มีการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่พบ เพื่อประเมินว่าเป็นการแพ้
ยาหรือเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยใช้ความรู้ทางเภสัชกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติเดิม
จำเป็นต้องมีการทวนสอบซ้ำเพื่อประเมินให้แน่ใจว่าเป็นอาการที่เกิดจากการแพ้ยาจริง เพื่อป้องกันการสรุปผล
ที่มาจากความเข้าใจผิดของผู้ป่วย หรือการที่ผู้ป่วยจำชื่อยาไม่ได้

สำหรับการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาจากสมุนไพร ในช่วงทศวรรษ 2550 สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยาได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยยาจาก
สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ มีโรงพยาบาลของกระทรวง
สาธารณสุขหลายแห่งที่เข้าไปร่วมในโครงการทั้งสองนี้ มีการศึกษาลักษณะ และอัตราการเกิดของอาการที่ไม่
พึงประสงค์ (adverse drug reaction) ที่เกิดจากการใช้ยาจากสมุนไพร ซึ่งจากรายงานพบว่า มียาจาก
สมุนไพรได้แก่ เพชรสังฆาต มะระขี้นก เถาวัลย์เปรียง สหสธารา และบัวบก ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงและ
ความผิดปกติที่ไม่รุนแรง ส่วนใหญ่เป็นอาการที่ระบุอยู่ใน monograph ของสมุนไพรแต่ละชนิดอยู่แล้ว ซึ่งอาจ
เกิดจากการที่ผู้ป่วยใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน หรืออาจเกิดจากอันตรกิริยาระหว่างยาแผนปัจจุบันกับยาจาก
สมุนไพร (drug-herb interaction) หรืออาจเกิดจากยาประเภทใดประเภทหนึ่งเองก็ได้ (จิราพร และคณะ,
2552) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่เป็นการรายงานจากการให้ข้อมูลของผู้ใช้ยาโดยสมัครใจ และ
ไม่สามารถครอบคลุมไปถึงการติดตามการทำงานของตับและไต ที่อาจเกิดความผิดปกติขึ้นได้จากการใช้ยา

ภายหลังจากที่โครงการทั้งสองดำเนินการเสร็จสิ้นลง มีหลายโรงพยาบาลที่ยังคงมีเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากสมุนไพร ดังการสัมภาษณ์เภสัชกรคนหนึ่งที่ยังคงทำงานด้านนี้

บทบาทสำคัญที่เภสัชจะต้องแยกแยะ วินิจฉัยว่า อาการที่เกิดขึ้นเกิดจากยาสมุนไพร หรือโรค หรือยาแผนปัจจุบัน เพราะมีหลายครั้งที่คนไข้มา admit ที่ตึก ผู้ป่วยมีค่าไตค่าตับเพิ่มขึ้นสมุนไพรมักเป็นจำเลย แต่จริง ๆ อาจจะมาจากสาเหตุอื่น หรือมาจากสมุนไพร เช่น กินตะลิงปิงมา แล้วค่าไตขึ้น หรือจากการใช้ยารักษาสะเก็ดเงินแล้วเกิดกระทั่งพิษ ทำให้เกิดผื่นขึ้น เภสัชจะต้องทราบและอธิบายให้แพทย์ปัจจุบันเข้าใจ (สัมภาษณ์เภสัชกร 22, เภสัชกร รพศ.)

จากการศึกษาการทำงานเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งไม่ได้เป็นโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้สมุนไพร พบว่า มีกรณีผู้ป่วยที่ตรวจพบปัญหาการใช้ยาจากสมุนไพรไม่มากนัก เฉลี่ยประมาณสัปดาห์ละ 1-2 กรณี เช่น การแพ้ยาหอม ซึ่งเป็นการแพ้ชนิด Stevens-Johnson syndrome ในหอผู้ป่วยพบการแพ้ยาขับเลือดเมื่อกินร่วมกับยาแก้หวัด การแพ้ยาเขียวเมื่อกินร่วมกับยาแก้หวัด เป็นกรณีที่แพทย์ร้องขอให้ไปประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยซึ่งมีการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทย กรณีการแพ้ยาสมุนไพร ส่วนใหญ่มีอาการเป็นผื่นแพ้ชนิดต่าง ๆ บางครั้งอาจพบตัวอักเสบ ซึ่งแพทย์จะสั่งให้หยุดใช้ยาสมุนไพร โดยไม่ได้ส่งข้อมูลมาบันทึกประวัติไว้ในระบบข้อมูลทางด้านยาของโรงพยาบาล จึงทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สมบูรณ์

นอกจากการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาแล้ว เภสัชกรยังมีบทบาทในการเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยาจากสมุนไพรที่ไม่เหมาะสมด้วย ดังกรณีเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่พบปัญหาการใช้ยาจากสมุนไพรที่ไม่เหมาะสมเมื่อลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และเป็นเหตุให้ต้องสร้างกลไกการเฝ้าระวังในชุมชนขึ้น

เริ่มต้นจากการทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ได้ลงไปเยี่ยมบ้านแล้วเห็นปัญหาว่าสมุนไพรมีอยู่แพร่หลายและเป็นที่ต้องการใช้ของผู้ป่วย แล้วพบว่าผู้ป่วยมักเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากสมุนไพรอยู่อย่างต่อเนื่อง เมื่อติดตามต่อเนื่องในงานคุ้มครองผู้บริโภคก็มักตรวจพบสมุนไพรที่เป็นปัญหามาก และเห็นว่าเภสัชกรมีบทบาทและองค์ความรู้ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่องนี้ได้ จึงควรทำอะไรบางอย่างที่จะช่วยทำให้ประชาชนปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์อันตรายเหล่านี้ เช่น การสืบค้นข้อมูล การส่งต่อรายงานกรณีผู้ป่วย การติดตามดำเนินคดี เมื่อมีประสบการณ์ทำงานหลาย ๆ กรณีเข้า ก็คิดว่าต้องสร้างกลไกการเฝ้าระวัง จะยั่งยืนกว่า

กรณีกวาวเครือขาว ที่มีผู้ป่วยสูงอายุซื้อกวาวเครือขาวที่ขึ้นทะเบียนเป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณไปใช้ แล้วมีเลือดออกในช่องคลอด ต้องเข้า OR และ admit ในโรงพยาบาลจำนวน 4-5 รายภายในปีเดียวกัน จากองค์ความรู้ที่มีทางเภสัชเวช ทราบว่า

กาวเครือขาวมี phytoestrogen จึงทำการรวบรวมข้อมูล คำนวณหาปริมาณสารสำคัญจากฉลากและรายงานวิจัย ตรวจสอบประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นยา และพบว่าโฆษณาเกินจริง มีการขายที่วิทยุชุมชน เลยส่งข้อมูลให้ อย. และศูนย์เฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา (กพย.) ติดตามแก้ไขปัญหาดต่อไป หรืออีกกรณีคือพบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลายรายไม่สามารถคุมน้ำตาลได้ เมื่อค้นหาปัญหาอย่างละเอียดก็พบว่ายาสมุนไพรที่ผสมสเตียรอยด์ ทำให้เกิด hyperglycemia จึงทำการยึดอายัดจากแหล่งขาย และสร้างกลไกไม่ให้รถเร่เข้ามาขายอีก และติดตามต่อจนถึงโรงงานที่ผลิต

(สัมภาษณ์เภสัชกร 23, เภสัชกร รพช.)

สรุปได้ว่า บทบาทของเภสัชกรในด้านการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร เป็นบทบาทในการเป็นผู้พัฒนานโยบายด้านการใช้ยาในโรงพยาบาล เป็นผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลและสื่อสารโน้มน้าวแพทย์ให้ใช้สมุนไพร เป็นผู้ให้คำปรึกษาและข้อมูลสมุนไพรแก่ประชาชนและเป็นผู้เฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นสมรรถนะทางวิชาชีพของเภสัชกรในด้านการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

1. การจัดทำและเสนอรายการยาในบัญชียาจากสมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลทางเภสัชวิทยา พิษวิทยา การทดลองทางคลินิก และการวิจัยการแพทย์แผนไทย การจัดทำและนำเสนอข้อมูลยาจากสมุนไพรบรรจุเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียาของโรงพยาบาล การจัดทำเภสัชตำรับยาจากสมุนไพรของโรงพยาบาล การจัดทำรายการยาจากสมุนไพรที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน
2. การสนับสนุนข้อมูลยาจากสมุนไพรแก่แพทย์ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลยาจากสมุนไพรและการสื่อสารโน้มน้าวแพทย์ให้สั่งใช้ยาจากสมุนไพรด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้ไอทีสนับสนุนการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของแพทย์
3. การบริบาลเภสัชกรรมยาจากสมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประสานรายการ (medication reconciliation) ตรวจสอบประวัติการใช้ยาและยาจากสมุนไพร การตรวจสอบอันตรกิริยา และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา
4. การให้คำปรึกษาและข้อมูลสมุนไพรแก่ประชาชน ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลสมุนไพร การวิเคราะห์และประเมินเอกสารทางวิชาการ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
5. เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและวินิจฉัยปัญหาการแพ้ยาหรือการได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา การเฝ้าระวังและการจัดการกับปัญหาการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม และการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน

สมรรถนะด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ มีความบากบั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค การตระหนักถึงความสำคัญของการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ ความสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์และบริการ การทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

โดยเฉพาะในการโน้มน้าวให้บุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพอื่น ๆ ให้ความร่วมมือในการทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร การโน้มน้าวให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลและแพทย์เห็นความสำคัญของการพึ่งตนเองด้านยา และยอมรับให้บรรจยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาล และให้มีการส่งใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลได้ รวมทั้ง การสื่อสารกับประชาชนผู้ใช้อยาสมุนไพรโดยเข้าใจถึงปัญหา และบริบทชีวิตของผู้ป่วย

5. การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร

เภสัชกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 จึงมีหน้าที่ในการตรวจตราให้มีการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่ไม่รับอนุญาต หรือมีการปลอมปนสารที่เป็นอันตราย หรือเป็นยาปลอมนอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังได้ถ่ายโอนภารกิจในการพิจารณาทะเบียนตำรับยาบางประเภท เช่น ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณให้กับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขไว้แล้ว เภสัชกรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงมีบทบาทเป็นผู้ควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้เป็นไปตามกฎหมายด้วย แต่ส่วนใหญ่การพิจารณาทะเบียนตำรับยา ยังเป็นภารกิจที่มีการปฏิบัติกันน้อย

การตรวจตราผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผิดกฎหมายและมีอันตราย เป็นภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงจากการขัดผลประโยชน์ของผู้ประกอบการที่ผิดกฎหมาย การทำงานเชิงรุกของเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งช่วยลดความเสี่ยงนี้ ด้วยการดำเนินการร่วมกับประชาคมและภาคีต่าง ๆ ในท้องถิ่น โดยการทำให้คนในชุมชนตระหนักถึงอันตรายของยาจากสมุนไพรที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่มีปัญหา มีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ สร้างกลไกเฝ้าระวังในชุมชน พัฒนาระบบในการค้นหาผู้ที่มีประวัติเสี่ยงที่เคยได้รับสเตียรอยด์โดย อสม. ระบบการคัดกรองโดยหมออนามัยและทีมสหวิชาชีพ ระบบการวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล สร้างเครือข่ายและความร่วมมือกับผู้นำท้องถิ่น และชุมชนในด้านต่าง ๆ ทำให้เป็นวาระในการประชุมสมัชชาสุขภาพพื้นที่เฉพาะประเด็นของอำเภอ พัฒนานโยบายสาธารณะของชุมชนในรูปเทศบัญญัติ/ข้อตกลงจัดการตนเองของชุมชน ฯลฯ รวมทั้ง จัดทำมาตรการการจัดการความเสี่ยงของชุมชน (สัมภาษณ์เภสัชกร 24, เภสัชกร รพช.)

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าสนใจมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นสมรรถนะทางวิชาชีพของเภสัชกรในด้านการควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพและความปลอดภัย ดังต่อไปนี้

1. การพิจารณากลับกรองผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพร และกฎระเบียบและขั้นตอนการอนุมัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร

2. การควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรหลังการออกวางจำหน่าย ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สมุนไพร สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่าย การตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สมุนไพร การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของผู้ประกอบการ และการพัฒนาศักยภาพและเสริมความรู้ผู้บริโภค

สมรรถนะด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน เป็นเป้าหมายสูงสุด โดยคำนึงถึงคุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการที่ได้มาตรฐาน ความเป็นผู้นำ การทำงาน ร่วมกันเป็นทีม

6. การสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพร

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของวิชาชีพเภสัชกรรม แต่การทำภารกิจตามบทบาทนี้ มักเป็นงานของเภสัชกรในโรงงานผลิตยาที่มีหน่วยวิจัยและพัฒนา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า มีเภสัชกรโรงพยาบาลบางแห่งได้ทำงานด้านนี้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง และเป็นแบบอย่างให้เภสัชกรโรงพยาบาลอื่น ๆ พัฒนายาที่ใช้อยู่ให้เป็นนวัตกรรมที่ตอบโจทย์ปัญหาความเจ็บป่วยและการใช้ยาที่กำลังเผชิญอยู่

จากการสำรวจความคิดเห็นของเภสัชกรที่ทำหน้าที่ผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลซึ่งได้รับรองมาตรฐานการผลิต GMP พบว่า มีโรงพยาบาล 10 แห่งให้ข้อมูลว่ามียาจากสมุนไพรของท้องถิ่น ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นนวัตกรรมยาจากสมุนไพร ส่วนใหญ่เป็นยาจากสมุนไพรที่มีประสบการณ์การใช้มานาน และใช้ได้ผลดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้จริง ประชาชนมีความพึงพอใจ การพัฒนานวัตกรรมมีทั้งการพัฒนาในรูปแบบยาเพื่อให้ใช้สะดวกขึ้น และให้ประชาชนยอมรับได้ง่ายขึ้น การพัฒนาเป็นสารสกัดที่ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และเป็นการพัฒนาเพื่อนำไปทดลองทางคลินิกและนำเสนอเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

ความคิดที่จะสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพรจากภูมิปัญญาท้องถิ่นเหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้นมาโดยบังเอิญ แต่เกิดมาจากแรงบันดาลใจที่เภสัชกรรุ่นบุกเบิกได้ทำมาก่อนหน้านี้นี้ ในที่นี้จะยกตัวอย่างนวัตกรรมยาจากสมุนไพรที่เป็นผลผลิตของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งพัฒนายาสมุนไพรมาตั้งแต่ยุคการสาธารณสุขมูลฐาน

เราพบว่าในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงโรงพยาบาลมีการใช้หัวของว่านพระฉิมมาบดเป็นผงโรยแผล ซึ่งใช้มายาวนานแล้ว และพบว่าได้ผลดี แต่ในฐานะเภสัชกรคิดว่าถ้าใช้กับแผลบางชนิดที่เป็นแผลลึก ก็อาจไม่ปลอดภัย เราจึงไปศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมว่ามีการใช้มาอย่างไรในพื้นที่บ้าน ส่วนข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์มีน้อยมาก แพทย์ในโรงพยาบาลก็ไม่ยอมรับเลย จึงกลับมาคิดต่อว่าจะทำให้แพทย์ยอมรับและผู้ป่วยเข้าถึงยาได้อย่างปลอดภัยได้อย่างไรบ้าง จึงนำมาปรับ รูปแบบยาเตรียม (dosage form) ใหม่ ให้อยู่ในรูปแบบยาครีม แต่กลับพบว่า ใช้แล้วไม่ได้ผล เพราะยาพื้นครีมไม่ปลดปล่อยตัวยาสำคัญออกมา และผู้ป่วยก็ไม่พึงพอใจ เพราะเวลาทายาครีมแล้วรู้สึกเจ็บแผล จึงปรับเปลี่ยนพัฒนาเป็นสารสกัดแล้วเตรียมเป็นยาเจลใส พบว่าได้ผลดี ตัวยาปลดปล่อยสู่แผลได้ดี เนื้อเจลทำให้แผลหายเร็วขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจ และแพทย์ยอมรับ ปัญหาตอนนี้กลับกลายเป็นว่าผลิตให้ใช้ในโรงพยาบาลไม่ทัน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 16, เภสัชกร รพช.)

เภสัชกรโรงพยาบาลบางคนให้ความหมายกับนวัตกรรมในแง่มุมที่ไปไกลกว่า เครื่องมือ หรือ สิ่งประดิษฐ์ แต่หมายถึงความรู้ที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร การปรึกษาขอความรู้จากแพทย์แผนไทยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ การวิเคราะห์ การทดลองปฏิบัติ เพื่อสังเคราะห์ความรู้ใหม่ นวัตกรรมของโรงพยาบาลบางแห่งเป็น องค์ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพที่มีฐานมาจากภูมิปัญญา เช่น การพัฒนายาจากสมุนไพรเพื่อโรคโลหิตสตรี้ โรคลม ซึ่งเป็นยาตามทฤษฎีองค์ความรู้แบบดั้งเดิม

การจัดการองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยควรเป็นกระบวนการค้นหา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งความรู้ที่เป็นตำราและประสบการณ์ของหมอไทยอย่างเป็นระบบ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความรู้ในด้านต่าง ๆ มาประกอบกัน บทบาทที่สำคัญของเภสัชกร คือ การจัดการองค์ความรู้ด้านยาสมุนไพร โดยวิเคราะห์กลุ่มยาตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ร่วมกับใช้ความรู้และหลักคิดทางเภสัชกรรมไทย แล้วสังเคราะห์ เพื่อสรุปในเชิงบูรณาการ ให้ได้เป็นชุดความรู้ใหม่หรือเป็นชุดความรู้ที่สามารถนำไปใช้งานได้ ชุดความรู้ที่ได้จากการทำงานวิชาการแบบนี้ จะนำไปสู่การทำการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้ เช่น การทำ R2R (Routine to research) การประชุมแลกเปลี่ยนเชิงวิชาการกับสหวิชาชีพ โดยเภสัชกรมีบทบาทเป็นตัวเชื่อมในการดำเนินการประชุม ดังนั้น เภสัชกรจำเป็นต้องทำความเข้าใจแนวคิดและองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเพื่อทำให้การจัดการองค์ความรู้ร่วมกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.)

จากข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าสนใจมาข้างต้น (ร่วมกับข้อมูลที่น่าสนใจในส่วนของการประสบการณ์การพัฒนายาจากสมุนไพรของเภสัชกรรุ่นบุกเบิก) ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นสมรรถนะทางวิชาชีพของเภสัชกรในด้านการสร้างนวัตกรรมจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นการศึกษาวิจัย และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลงานวิจัยสมุนไพรต่าง ๆ และการวิเคราะห์และประเมินเอกสารทางวิชาการ
2. การจัดการความรู้ท้องถิ่นด้านสุขภาพและสมุนไพรท้องถิ่น ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาพื้นบ้าน โรคท้องถิ่น
3. การสร้างนวัตกรรม ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร
4. การทดสอบ ประเมินเพื่อพัฒนานวัตกรรม ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร

สมรรถนะด้านอื่นที่สำคัญ ได้แก่ การมีแรงจูงใจจากความต้องการเห็นประเทศและประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านยาได้ มีความศรัทธาในภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของชาติและท้องถิ่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความบากบั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค สามารถแก้ไขปัญหาใหม่ ๆ จากการทำงานที่ไม่เคยทำมาก่อน

การทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการบูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์ทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์และการแพทย์แผนดั้งเดิม

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้สำรวจและสัมภาษณ์เภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการทำงาน ซึ่งสามารถรวบรวมได้ ดังต่อไปนี้

ปัญหาการขับเคลื่อนนโยบายและนำไปปฏิบัติ

เภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องทำงานโดยรับนโยบายจากส่วนกลางมาขับเคลื่อนงานสมุนไพรของจังหวัด ได้ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการจัดทำแผนและการขับเคลื่อนนโยบายของกรมว่า

กรมไม่เคยให้มีส่วนร่วม ไม่ได้รับฟังความคิดเห็น ตั้งแต่ formulate แผนเลย ข้อมูลสถานการณ์ในจังหวัดเขาก็ไม่รู้ ไม่ได้เอาไปใช้ พอเขาคิดนโยบายขึ้นมา ก็ไม่ได้มีการถ่ายทอดแผน พวกเราเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน ไม่เคยเรียกประชุมเลยว่าจะทำอะไรต่อไปจะเป็นยังไง ... กิจกรรมที่จะให้จังหวัดทำในปีนี้มีอะไรบ้าง ไม่ได้มีการสื่อสารเลยอยู่ดีๆ ก็มีหนังสือมา แล้วก็มึงบประมาณมาให้จัดอบรม ... เราไม่เข้าใจว่าต้องการอะไรให้มาสวมหมิ่นเป็นน้ำจิ้ม เพื่อจะได้ผลงานตามโจทย์ของเขา แล้วกำหนดเวลาเร็ว ต้องการผลงานเร็ว

(สัมภาษณ์เภสัชกร 29, เภสัชกร สสจ.)

การขับเคลื่อนนโยบายสมุนไพร 4.0 ซึ่งเน้นไปที่ธุรกิจ ไม่มีทางสำเร็จได้เลย หากยังทำงานแบบราชการ ... ที่ผ่านมายังให้เวลาในการทำแผนของงบประมาณน้อยมาก การของงบประมาณและการพิจารณาเป็นแบบรายปี ทำให้งานสะดุดไม่ต่อเนื่อง เพราะคนและของที่จะใช้ ได้มาแบบไม่สอดคล้องกัน วิธีการจัดการงบประมาณ การบริหารงาน คนรับผิดชอบก็ยังเหมือนเดิม ลักแต่ว่าสั่ง แล้วให้รายงานผล นโยบายดีมาก แต่การปฏิบัติไม่มีทางสำเร็จ การแก้ไขต้องให้รองนายกมากำกับกับการขับเคลื่อนเอง การจัดสรรงบประมาณก็ต้องเปลี่ยน ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาเชิงระบบ ต้องแก้เชิงระบบ

(สัมภาษณ์เภสัชกร 7, เภสัชกร สสจ.)

ความชัดเจนจากข้างบนและมาถึงด้านล่างไม่ชัด กรมฯ ก็ไม่ชัด กระทรวงก็ไม่ชัด ไม่รู้ว่าใครจะต้องดูแลเรื่องนี้ ทุกคนไม่บูรณาการตั้งแต่ข้างบน และถูกส่งมา ทุกอย่างเป็นนโยบายรายปี กลับมาสู่การทำงานของพื้นที่ เพราะฉะนั้นพื้นที่เองก็ไม่สามารถบูรณาการการทำงานได้ ถ้าต้องการให้เรื่องนี้เกิดขึ้น ต้องให้เกิดจากข้างบนมาสู่ข้างล่าง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 6, เภสัชกร สสจ.)

การกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จที่สำคัญ มีปัญหาบางประการที่เกสัชกรผู้ปฏิบัติมักกล่าวถึง โดยเฉพาะตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร เพราะเป็นตัวชี้วัดที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา และเกิดผลกระทบต่อเงินบำรุงของโรงพยาบาล เนื่องจากยาจากสมุนไพรยังมีราคาแพงกว่ายาแผนปัจจุบัน

แต่ในส่วนตัวชี้วัดที่กระทรวงรับผิดชอบก็ยังไม่ชัดเจนว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาจริงหรือไม่ เช่น มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร ... กระทรวงควรมองหาตัวชี้วัดที่สะท้อนให้ระบบบริการยั่งยืนและสอดคล้องกับการปฏิบัติในปัจจุบัน เช่น การกำหนดกลุ่มโรคที่การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรช่วยผู้ป่วยได้

(สัมภาษณ์เกสัชกร 13, เกสัชกร รพช.)

รพ.สต. แห่งหนึ่งบอกผมว่า สัดส่วนการใช้มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรมันถึง เพราะว่าสมุนไพรมันแพง ก็เลยไม่มีปัญหาตัวชี้วัดนี้ แต่ปัญหาของเขาคือเงินบำรุงเขาแย

(สัมภาษณ์เกสัชกร 4, เกสัชกร รพช.)

มีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เกี่ยวกับนโยบายเมืองสมุนไพร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนแม่บทฯ ที่สามารถสะท้อนปัญหาการบริหารแผนของส่วนกลางได้เป็นอย่างดี

การทำเมืองสมุนไพร มึงบกลางปีไปให้เป็น 10 ล้านบาท เพื่อไปทำเมืองสมุนไพร คนที่ไม่รู้เรื่องสมุนไพรแต่ได้เงินไปทำ ก็จะมีการผลาญงบประมาณอย่างรวดเร็ว เพราะมันเยอะมาก และต้องใช้เร็ว ๆ

... ตัวอย่างการสั่งให้มีการปลูก ให้ปลูกการบูรทั้งประเทศ แต่การบูรเป็นพืชต่างถิ่นจะเกิดปัญหา เบียดเบียนอะไรกันหรือเปล่า มันไม่ใช่พืชท้องถิ่น การบูรก็คืออบเชย ก็มีในป่า อันนี้ก็คือความเป็นแพทย์และความเป็นนักบริหาร แล้วก็สั่งเอา แล้วก็บูมพร ใครไม่ทำก็กลายเป็นแะดำ

(สัมภาษณ์เกสัชกร 8, เกสัชกร สสจ.)

เมื่อจะประกาศเป็น เมืองสมุนไพร การประกาศนโยบายลงสู่การปฏิบัติต้องมีความชัดเจน มีระบบการ implement ในทุกระดับ empower คนทำงาน และมีระบบการประเมินติดตามผลอย่างจริงจังถึงเนื้อแท้ของการดำเนินงาน การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ประชาชน และต้องมีการมองภาพกว้างที่ครอบคลุมในทุกมิติของกระบวนการนโยบายพัฒนาสมุนไพรตั้งแต่ต้นน้ำสู่กลางน้ำ ในการจัดการความเสี่ยงด้านสมุนไพร มีการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน และเห็นความสำคัญ มีความตระหนักในการจัดการปัญหาอย่างจริงจัง

(สัมภาษณ์เกสัชกร 24, เกสัชกร รพช.)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เปลี่ยนไป เปลี่ยนมาตามผู้บริหาร ก็เป็นเรื่องหนึ่งที่เราสร้างปัญหาให้กับการปฏิบัติที่ต้องวางแผนการผลิตและประสานกับ เครือข่ายผู้ปลูกสมุนไพรในพื้นที่ในระยะยาว

... การสนับสนุนไม่ได้มีการกำหนดทิศทางที่ชัด เปลี่ยนไปบ่อยมาก อย่าง โรงพยาบาลเราวางแผนไว้ 5 ปี แต่พอมาอีกปีก็ต้องให้เปลี่ยน เพราะผู้บริหารเปลี่ยน นโยบายเปลี่ยน แนวทางก็เปลี่ยน ... ในการส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรตามนโยบาย ที่มาจากทางกรม แต่เดิมเราส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่มี GMP สามารถผลิตยาสมุนไพร ได้หลาย ๆ item เพื่อให้ cover กับความต้องการในพื้นที่ เราจึงต้องจัดหาเครื่องมือและ เตรียมการปลูกสมุนไพรที่มีความหลากหลาย และก็ไปลงพื้นที่เตรียมกับเครือข่ายในพื้นที่ ว่าที่ไหนจะปลูกอะไร ต่อมานโยบายของผู้บริหารในกรมเปลี่ยนไป เพราะเขามองว่า การผลิตในขนาดของโรงพยาบาล ต้นทุนมันจะแข่งขันสู้กับเอกชนไม่ได้ เขาจึงจะให้ โรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรชนิดเดียว แต่ให้มีปริมาณมากขึ้น กลายเป็นว่า สิ่งที่เรา วางแผนไว้แล้ว คือ การขยายพื้นที่การปลูกสมุนไพรที่หลากหลาย การหาเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผลิตยาหลายรูปแบบ ได้รับผลกระทบทั้งหมด

(สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.)

มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนจากส่วนกลางที่มีลักษณะ top down ไม่ได้สำรวจความ ต้องการที่แท้จริงของหน่วยงานระดับปฏิบัติ และไม่สอดคล้องกับบริบทในการทำงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่ สัมภาษณ์ มีตัวอย่างที่เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเล่าถึงการสนับสนุนการผลิตยาจากสมุนไพรใน โรงพยาบาลชุมชนในอดีตว่า

ส่วนใหญ่เป็นงบเครื่องมือ เช่น ตู้อบ เครื่องบดสมุนไพร แต่ไม่ได้ใช้ เป็นสนิมแล้ว เพราะไม่ได้ตรงกับความต้องการของคนพื้นที่ และจบมาคนเดียวก็ไม่สามารถทำได้คนเดียว และก็ไม่ได้เตรียมห้องผลิตไว้ให้ก่อน จนน้ำท่วม (เครื่องมือ)

(สัมภาษณ์เภสัชกร 25, เภสัชกร รพช.)

อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังที่มีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลผลิตยา GMP การสนับสนุนจาก ส่วนกลางทำได้ดีขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาที่ยังไม่ได้แก้อยู่อีก

นโยบายโรงพยาบาล GMP ก็มีการสนับสนุนงบประมาณ การซื้อเครื่องมือ การ ปรับปรุงสถานที่ แต่คน เราต้องหาเอง

(สัมภาษณ์เภสัชกร 26, เภสัชกร รพช.)

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ยังมีปัญหาซึ่งควรต้องแก้ไขดังบท สัมภาษณ์ต่อไปนี้

มีแผนพัฒนาที่ชัดเจน แต่มีปัญหาเรื่องการจัดหาและจัดสรรงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนแผนไปได้ เช่นต้องการขยายกำลังผลิต แต่ไม่มีงบประมาณจัดซื้อเครื่องมือ ทำให้ไม่สามารถขยายกำลังได้ตามแผน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 27, เภสัชกร สสจ.)

งบประมาณที่ให้มาส่วนใหญ่มีเวลาน้อยในการใช้ ทำให้เกิดการใช้ที่ไม่สมเหตุสมผล เพราะต้องรีบดำเนินการ ณ ปัจจุบัน ผลประโยชน์ไม่ได้ตกอยู่กับเกษตรกร แต่ตกอยู่กับพ่อค้า เพราะการเร่งรีบให้ใช้เงิน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 12, เภสัชกร รพช.)

ส่วนกลางควรให้เวลามากขึ้นและกระจายงบประมาณลงไปถึงส่วนล่าง และให้มีเวลาเตรียมข้อมูล

(สัมภาษณ์เภสัชกร 28, เภสัชกร รพช.)

ส่วนเรื่องการสนับสนุนทางวิชาการและเทคนิค มีความเห็นและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ทางกรมน่าจะมีข้อมูล และผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือในการแปรรูป อาคารสถานที่ให้เป็นที่พักพิงของหน่วยปฏิบัติ ข้อมูล ราคา ของบริษัทต่างๆ

องค์ความรู้ที่อาจารย์มหาวิทยาลัยมีส่วนใหญ่จะถ่ายทอดให้กับบริษัทเอกชน ไม่ได้เผยแพร่กับหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่ดูแลประชาชน รวมทั้งโรงงานสกัดสารสำคัญของกรมด้วย

(สัมภาษณ์เภสัชกร 12, เภสัชกร รพช.)

นอกจากนี้ ยังมีการสะท้อนถึงปัญหาการนิเทศก์เพื่อติดตามงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนใหญ่ผู้นิเทศก์ของกรมจะมาตามเรื่องตัวชี้วัดว่า เป็นเท่าไร ทำได้ไหม งบประมาณที่ได้จากกรมไป ได้ใช้หรือยัง ส่วนเรื่องคำแนะนำที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา ก็อาจจะเป็นคำแนะนำที่ไม่คมชัด เช่น เอาการแก้ไขปัญหาในบริบทของที่ไหนมาแนะนำให้กับอีกที่หนึ่ง ซึ่งอาจยังไม่ตอบโจทย์ที่มีบริบทเฉพาะ

ปัญหาการนิเทศก์งานยังมีปัญหาจากคนที่สะท้อนปัญหาของพื้นที่ให้กับผู้ตรวจราชการเขตและผู้นิเทศก์ที่มาจากกรมด้วย คือ สสจ. ยังไม่สามารถสรุปประเด็นเพื่อเสนอปัญหาในระดับพื้นที่ขึ้นไปได้ เพราะขาดการลงลึกถึงข้อมูลในระดับการปฏิบัติงาน มีแต่การขอข้อมูล แต่ไม่เคยลงมานิเทศก์ถึงหน้างาน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 4, เภสัชกร รพช.)

ผู้นิเทศก์ของกรมมาบ้างไม่มาบ้าง เอาเด็กใหม่เพิ่งจบมาทำ มากับผู้ตรวจ เขาก็จดปัญหาจากพื้นที่ไป แต่ผู้ใหญ่จะอ่านหรือเปล่านั้นไม่รู้ ... เขารับฟังปัญหาแต่ไม่รู้วิธีการแก้ปัญหา ... เพราะไม่เคยทำ เช่น เรื่องการศัลยกรรมไม่ขึ้น เขาก็ไม่รู้ว่ามีเงินไม่ขึ้นเพราะอะไร และได้ใส่ใจว่าจะทำอย่างไร ผู้ตรวจก็ไม่ได้ใส่ใจว่าตัวชีวิตข้อมูลรายละเอียดของแพทย์แผนไทยจะขึ้นหรือไม่ขึ้น ตกหรือไม่ตก ไม่สนใจตัวชีวิตนี้ ไม่ผ่านก็ไม่ผ่าน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 29, เภสัชกร สสจ.)

จากข้อมูลที่น่าเสนอนี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาในขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ดังนี้

1. ปัญหาการไม่สามารถกำหนดเป้าประสงค์ (goal) ร่วมกันในการทำงานของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ดังเช่นกรณีการผลิตยาสมุนไพรที่มีเป้าประสงค์สองประการที่แตกต่างกัน คือ จากเดิมผู้ปฏิบัติต้องการผลิตยาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพของพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลาย แต่ผู้กำหนดนโยบายต้องการเปลี่ยนไปเป็นการผลิตยาสมุนไพรในขนาดกำลังการผลิตที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (economies of scale) โดยผลิตยาสมุนไพรชนิดใดชนิดหนึ่งในปริมาณมาก เพื่อลดต้นทุนการผลิต แล้วใช้วิธีการซื้อขายระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด หรือระหว่างจังหวัดโดยผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งการเปลี่ยนเป้าประสงค์ไปจากเดิมที่เคยเป็น ควรต้องมีการศึกษาถึงปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นอย่างจริงจัง และมีการตัดสินใจร่วมกันก่อน

2. ปัญหาการทำงานในขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการนโยบาย (policy process) ได้แก่ การถ่ายทอดนโยบายและแผนไปสู่ผู้ปฏิบัติยังใช้วิธีสั่งการ ขาดการทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขาดความชัดเจนในวิธีปฏิบัติ ขาดการร่วมคิดร่วมปรึกษาระหว่างผู้กำหนดนโยบายหรือผู้วางแผนกับผู้ปฏิบัติ ขาดการเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาการจัดการด้านงบประมาณ ที่ส่วนกลางให้เวลากับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในการทำแผนของงบประมาณน้อยเกินไป การพิจารณางบประมาณแบบรายปี ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง และอาจได้ทรัพยากรที่ไม่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการและการจัดการทรัพยากรบุคคล นอกจากนี้การติดตามและประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติยังไม่ได้กระทำอย่างจริงจัง จึงไม่ได้ประโยชน์จากการติดตามและประเมินอย่างเต็มที่

3. การจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลาง ยังอาจจะไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ หรือยังไม่สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นให้ครบถ้วน ทำให้เกิดความสูญเสียเปล่า เพราะนำไปใช้ประโยชน์จริงยังไม่ได้ หรือทำให้การขับเคลื่อนติดขัด เช่น ได้เครื่องมือมา แต่ไม่ได้คนทำงานมาด้วย เป็นต้น

4. การสนับสนุนทางวิชาการและทางเทคนิคยังมีน้อย แม้ว่ากรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะมีหน่วยงานที่ทำงานพัฒนาเทคนิคเกี่ยวกับการวิจัยพัฒนายาสมุนไพร แต่หน่วยงานดังกล่าวยังไม่ได้ทำงานสนับสนุนเชิงเทคนิคแก่โรงพยาบาลของรัฐซึ่งทำงานสนองนโยบายที่กรมผลักดันเอง ส่วนการสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ผ่านการนิเทศก์งานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังคงมี

ปัญหาที่ผู้นิเทศก์เองขาดประสบการณ์ในการทำงานภาคปฏิบัติการในโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาในระดับปฏิบัติการ จึงช่วยสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้น้อย

ความไม่ชัดเจนของเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ

เนื่องจากในอดีต การทำงานสมุนไพรมักเป็นงานที่ริเริ่มโดยผู้ปฏิบัติงานที่มีใจรัก เส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพอาจไม่ใช่ว่าเป็นปัญหาที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดถึงมากนัก แต่เมื่อการพัฒนาสมุนไพรมีนโยบายระดับชาติ มีงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน มีการกำหนดโครงสร้างการทำงานและการจัดสรรกำลังคนเข้ามาทำงานมากขึ้น ปัญหานี้จึงถูกยกขึ้นเป็นข้อห่วงใย โดยเฉพาะสำหรับเภสัชกรรุ่นใหม่ที่จะเข้ามาสานต่อการทำงาน

ตอนนี้ ไม่มีตัวตนที่ชัดเจน เป็นงานลอยๆ อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้นขึ้นอยู่กับว่า เภสัชที่อยู่ตรงไหนจะคว่ำมาเล่น กลายเป็นงานฝาก ไม่มีความก้าวหน้า ความดีความชอบไม่มีเลย ไม่มีการประเมินชัดเจน

เภสัชที่อยู่ รพช. ถึงเวลาต้องไปประเมินเป็นเภสัชคลินิกหรือเภสัชสาธารณสุข ซึ่งเภสัชผลิทยา ไม่มี ก็ประเมินลำบาก ความก้าวหน้าก็ไม่มี ทุกคนก็ไม่อยากมา ฉะนั้นสิ่งแรกที่ต้องทำคือ ต้องมีเภสัชสมุนไพรมหาวิทยาลัย หรือเภสัชผลิทยาในโรงพยาบาล หรือใน สสจ. ด้วย ถึงแม้จะมีคนอยากทำ แต่ออกมาไม่ได้ เพราะเวลาประเมินความเชี่ยวชาญ ความก้าวหน้าทำไม่ได้ ทุกอย่างเป็นอุปสรรคหมดเลย

สมุนไพรมหาวิทยาลัยต้องอาศัยวิชาการ วิจัยก็ยังไม่พอ ต้องเอาผลงานวิจัยมา implement ในระบบให้ได้อีก ต้องจัดหายา คุยกับหมอ พยาบาล ทุกวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจ สุดท้ายต้องเอายามา support ให้ได้อีก ยากทั้งระบบ ...

... เภสัชกรสามารถควบคุมเรื่องคุณภาพที่จะมาส่งมอบให้กับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสำคัญมากในระบบ แต่ตอนนี้ยังไม่มี ที่ทำตอนนี้คุณภาพยังไม่ 100% เพราะมันติดด้วยหลายเรื่อง เช่น ระบบ เงิน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ เราทำแทบตาย เขาก็ไม่เคยพิจารณาความดีความชอบเลย

(สัมภาษณ์เภสัชกร 7, เภสัชกร สสจ.)

ปัจจุบัน การทำงานหรือการทำผลงานในโรงพยาบาล ยังมีแต่งานด้านคุ้มครองผู้บริโภค และงานด้านคลินิก ... ในโรงพยาบาลจึงควรมีการก้าวหน้าในวิชาชีพทางด้านเภสัชสมุนไพรมหาวิทยาลัยหรือการผลิตด้วยเช่นกัน เพื่อให้มีกำลังใจที่จะพัฒนางานต่อไปในอนาคต

(สัมภาษณ์เภสัชกร 9, เภสัชกร รพช.)

กระทรวงและสภาเภสัชกรรมควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจน คือ การสร้าง career path ให้กับเภสัชกรทุกสาขา เพราะตอนนี้เภสัชกรรุ่นใหม่ไม่อยากเรียนต่อ

เพราะเรียนแล้วไม่สามารถเพิ่มคำตอบแทนได้ รวมทั้งชี้ให้ชัดว่า การพัฒนาสมุนไพรมีใคร

(สัมภาษณ์เภสัชกร 13, เภสัชกร รพช.)

ควรทำสาขาสมุนไพรมีให้เป็นรูปเป็นร่าง ไม่แตกต่างจากสาขาอื่นๆ ของวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งความก้าวหน้า เพราะหมายถึงขวัญและกำลังใจในการพัฒนาองค์ความรู้

(สัมภาษณ์เภสัชกร 12, เภสัชกร รพศ.)

เภสัชกรจำเป็นมาก ที่จะช่วยเป็นแกนในการพัฒนาเรื่องนี้ เพราะมองว่าอย่างไรก็ตามการพัฒนาสมุนไพรมีแนวโน้มไปทางยาแผนปัจจุบัน คือ ทำให้มีคุณภาพมากขึ้นทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ ... ที่อยากให้กระทรวงสาธารณสุขและสภาเภสัชกรรมสนับสนุนคือ การเพิ่มแห่งเภสัชกรสมุนไพรมี เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้คนอยากเข้ามาเรียนรู้และพัฒนางาน

(สัมภาษณ์เภสัชกร 26, เภสัชกร รพช.)

การพัฒนาทักษะและความรู้ที่จำเป็นให้บุคลากร มีความจำเป็นที่ต้องรู้เพิ่มเติมในเรื่อง *formulation* ศึกษาข้อมูลเพื่อมาเฝ้าระวัง การมีหลักสูตรจะทำให้รู้ข้อมูลที่เป็น *effective* เป็น *shortcut* ให้การทำงานเร็วขึ้น แต่ควรเปรียบเทียบกับหลักสูตรมาตรฐาน เรียนแล้วต้องมี *career path* ให้ มีความจำเป็นที่สภาวิชาชีพต้องมาขับเคลื่อนเรื่องนี้ อย่างเช่น การลาศึกษาต่อ ในกรณีแพทย์หรือพยาบาลจะได้เงินค่าเทอมจากรัฐ แต่เภสัชกรต้องจ่ายเอง นอกจากนั้น จบมาแล้วก็ไม่สามารถปรับวุฒิหรือทำให้เกิดความก้าวหน้าในอาชีพได้

(สัมภาษณ์เภสัชกร 1, เภสัชกร รพช.)

จะต้องแบ่งบทบาทโครงสร้างในระดับพื้นที่ให้ชัดเจน ระหว่างเภสัชสมุนไพรมีและวิชาชีพแพทย์แผนไทย เพื่อให้ทำงานได้สะดวกมากขึ้น สภาฯ ควรกำหนด *competency* ของเภสัชด้านสมุนไพรมีให้ชัดเจนว่าจะต้องรู้อะไรอย่างไรบ้างเพิ่มขึ้น

(สัมภาษณ์เภสัชกร 22, เภสัชกร รพศ.)

จัดทำสมรรถนะเภสัชกรสมุนไพรมีให้ชัดเจน และใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนติดตาม ควบคุมกำกับ ผลิตเภสัชกรให้ตรงตามสมรรถนะ หรือพัฒนาศักยภาพเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพรมี โดยอาจแบ่งเป็นระยะ ๆ เช่น ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง ระยะขั้นสูง คัดเลือก หรือสนับสนุนให้เภสัชกรที่มีสมรรถนะดังกล่าวให้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานสมุนไพรมี

(สัมภาษณ์เภสัชกร 23, เภสัชกร รพศ.)

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ข้างต้น สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาได้ดังนี้

1. การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำ มีความไม่เป็นธรรม และไม่สร้างแรงจูงใจให้กับเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพร ซึ่งจะทำให้เภสัชกรรุ่นใหม่ ไม่สนใจจะเข้ามาทำงานด้านนี้
2. การกำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการทำงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้กล่าวถึงไว้แล้วในบทที่ 5 ยังมีปัญหา เพราะยังไม่ระบุภารกิจด้านสมุนไพรให้ชัดเจน ทำให้เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานด้านสมุนไพรไม่มีความมั่นใจในเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ
3. ไม่มีการกำหนดบทบาทให้ชัดเจนระหว่างวิชาชีพเภสัชกรรมและวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในงานด้านสมุนไพร
4. ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร ทำให้ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพของบุคลากรด้านนี้ และส่งผลต่อความไม่ชัดเจนในเส้นทางความก้าวหน้าทางอาชีพ

สรุป

เภสัชกรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขที่ทำงานด้านการพัฒนาสมุนไพร มีบทบาทสำคัญในการนำภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยเฉพาะการใช้สมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยการริเริ่มของเภสัชกรรุ่นบุกเบิก มีการถ่ายทอดภารกิจและอุดมการณ์ในการทำงานจากรุ่นสู่รุ่นต่อเนื่องกันมาไม่น้อยกว่า 30 ปี ปัจจุบันภารกิจด้านนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประเทศอย่างกว้างขวางมากขึ้น และขยายตัวไปสู่การสร้างเศรษฐกิจให้กับคนในท้องถิ่นจนถึงผู้ประกอบการในระดับประเทศ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ที่สั่งสมและถ่ายทอดกันมานี้ ปรากฏให้เห็นในการทำงานของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งดังที่ได้กล่าวถึงในบทนี้

อาจกล่าวได้ว่า เภสัชกรได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เกิดสมรรถนะในการทำงานได้อย่างเต็มที่มีมากขึ้นเมื่อได้ปฏิบัติภารกิจในการพัฒนาจากสมุนไพร เพราะได้ใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะ นับตั้งแต่การศึกษาความรู้ท้องถิ่น การสืบค้นเอกสารทางวิชาการ การทดลองพัฒนาสูตรตำรับและรูปแบบยา การจัดทำมาตรฐานการทดลองใช้ในคลินิก การพัฒนาการผลิตที่ได้มาตรฐาน การควบคุมและประกันคุณภาพยา การติดตามผลการใช้ยา การบริหารทางเภสัชกรรม การเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายการพัฒนาสมุนไพรในระดับชาติและการขานรับนโยบายในระดับจังหวัด แต่ยังมีปัญหาหลายประการที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการทำงานของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ปัญหาการไม่สามารถกำหนดเป้าประสงค์การทำงานร่วมกัน ปัญหาการทำงานในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการนโยบาย การจัดสรรทรัพยากรจาก

ส่วนกลาง และการสนับสนุนทางวิชาการและเทคนิค รวมทั้ง ความไม่ชัดเจนของเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ

บทที่ 7

กรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร

การศึกษานี้ต้องการวิเคราะห์บทบาทของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้ให้เห็นแรงจูงใจ การให้คุณค่าต่องานที่ทำ อุปนิสัย การใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะ บทเรียน ปัญหาอุปสรรค และการพัฒนา รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร ซึ่งจำแนกตามบทบาทและภารกิจหรือกลุ่มสมรรถนะได้เป็น 6 กลุ่ม คือ การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร การผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร และการสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพร

ในบทนี้ จะนำข้อค้นพบที่ได้จากบทก่อนหน้านี้นำมาสังเคราะห์ และสรุปเป็นภาพรวมของกรอบสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพร ตามโครงสร้างของกรอบสมรรถนะ แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 10 คนให้ความเห็น แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข

เนื่องจากกรอบสมรรถนะที่นำเสนอนี้ มาจากการรวบรวมสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสมุนไพรในด้านต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรที่มีทักษะสูงและมีประสบการณ์มาก กรอบสมรรถนะนี้จึงเป็นกรอบสมรรถนะที่ยังไม่ได้จำแนกว่า สมรรถนะใดเป็นสมรรถนะร่วมที่พึงมีเช่นเดียวกับเภสัชกรด้านอื่น ๆ สมรรถนะใดจัดว่าเป็นสมรรถนะหลักของเภสัชกรด้านสมุนไพร และสมรรถนะใดเป็นสมรรถนะในระดับชำนาญการหรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษ

โครงสร้างของกรอบสมรรถนะ

กรอบสมรรถนะ (Competency Framework) ของเภสัชกรด้านสมุนไพรที่สังเคราะห์ในบทนี้อาศัยโครงสร้างของกรอบสมรรถนะที่ CoDEG (2007) ใช้ในการกำหนดกรอบสมรรถนะของเภสัชกรในงานปฏิบัติการทางเภสัชกรรมทั่วไป (A Framework for Pharmacist Development in General Pharmacy Practice) แต่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับข้อค้นพบที่ได้จากบทก่อนหน้านี

กรอบสมรรถนะประกอบด้วย กลุ่มสมรรถนะ (competency cluster) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะส่วนบุคคล (personal)
2. สมรรถนะด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving)
3. สมรรถนะด้านการจัดการและองค์กร (management and organization)
4. สมรรถนะด้านการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพ
5. สมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร ซึ่งประกอบด้วย

5.1 การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

5.2 การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร

5.3 การผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ

5.4 การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรที่เหมาะสม

5.5 การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพร

5.6 การสร้างนวัตกรรมยาจากสมุนไพร

1. สมรรถนะส่วนบุคคล (personal)

สมรรถนะส่วนบุคคลในที่นี้ หมายถึง สิ่งที่อยู่เบื้องลึกที่เป็นแรงผลักดันให้เภสัชกรใช้ทักษะและความรู้ของตนเองเพื่อทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ แรงจูงใจ อุบิสัย การให้คุณค่าและความหมายต่องานและชีวิต และทักษะพื้นฐานบางอย่างที่จำเป็นสำหรับการทำงานในสายวิชาชีพให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีม และความเป็นวิชาชีพ

แรงจูงใจ

เภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรที่ประสบความสำเร็จในการบุกเบิกงานพัฒนาสมุนไพรทั้งในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแรงจูงใจสำคัญที่คล้าย ๆ กัน คือ ความต้องการเห็นประเทศและประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านยาได้ ซึ่งสมุนไพรที่มีอยู่หลากหลายในทั่วทุกภาคของประเทศเป็นสิ่งที่มียศกภาพในการพัฒนาเป็นยาได้ แรงจูงใจนี้เกิดขึ้นได้เพราะเภสัชกรเป็นบุคลากรในระบบสุขภาพที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสมุนไพรในหลักสูตรการเรียนการสอน ทั้งความรู้ทางด้านเภสัชพฤกษศาสตร์ เภสัชเวท เภสัชวิทยา พิษวิทยา และความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณของพืชสมุนไพรตามภูมิปัญญาดั้งเดิม ส่วนการทำงานในจังหวัดที่มีแหล่งพืชพรรณตามธรรมชาติ และมีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ เป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เภสัชกรได้ใช้ความรู้ที่เรียนมาให้เกิดประโยชน์ โดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ (ที่แม้จะมีอยู่อย่างจำกัด) ในการสืบค้น คิดค้น ทดลอง และปรับปรุง เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่มีความปลอดภัย มีรูปแบบการใช้ที่เหมาะสม มีฤทธิ์ทางยาตามที่ต้องการ และมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้

แรงจูงใจประการที่สอง คือ ความศรัทธาในภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของชาติและท้องถิ่น ต้องการเข้าใจรากเหง้าและภูมิความรู้ที่มีอยู่ในถิ่นกำเนิดหรือถิ่นอาศัยของตนเอง ซึ่งเป็นความรู้ที่อยู่ในวิถีชีวิตของคนซึ่งทำให้สังคมและชุมชนท้องถิ่นอยู่รอดมาได้ พร้อม ๆ กับสั่งสมวัฒนธรรมที่สั่งสมนี้มาจนถึงคนรุ่นปัจจุบัน ความเข้าใจและศรัทธานี้ ทำให้มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะสืบต่อและพัฒนาภูมิปัญญานี้ให้ดำรงอยู่และสามารถเกิดประโยชน์ในโลกสมัยใหม่

อุปนิสัย

ลักษณะนิสัยสำคัญของเภสัชกรที่ประสบความสำเร็จในการบุกเบิกงานพัฒนาสมุนไพร คือ มีความเป็นผู้นำ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความบากบั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ชอบใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ ต้นไม้ ฝืนดิน และมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย

การให้คุณค่าและความหมายต่องานและชีวิต

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสมุนไพรส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ให้คุณค่ากับความสำเร็จของงานที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ผล โดยใช้ความรู้และทักษะทางเภสัชกรรมสมุนไพรในการฟื้นฟูภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของท้องถิ่นให้กลับมาใช้ประโยชน์ได้ในโลกสมัยใหม่ และความสำเร็จในการช่วยเหลือให้เกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรมีรายได้ที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากการทำเกษตรที่ต้องใช้สารเคมีที่มีอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้บริโภค

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านสมุนไพรมีทักษะพื้นฐานในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการโน้มน้าวให้บุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ให้ความร่วมมือในการทำงานเกี่ยวกับสมุนไพร เช่น การโน้มน้าวให้แพทย์ให้ความร่วมมือในการทดลองยาจากสมุนไพรในทางคลินิก การโน้มน้าวให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลและแพทย์เห็นความสำคัญของการพึ่งตนเองด้านยา และยอมรับให้บรรจยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาล และให้มีการสั่งจ่ายยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลได้ แม้ยาจากสมุนไพรอาจมีราคาสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่ยาจากสมุนไพรยังมีคุณค่าต่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกภาคภูมิใจในความเป็นท้องถิ่น และมีส่วนสร้างเศรษฐกิจของท้องถิ่น จากการสนับสนุนเกษตรกรที่เป็นผู้ปลูกสมุนไพรเป็นวัตถุดิบ รวมทั้งการสื่อสารกับประชาชนผู้ใชยาสมุนไพรโดยเข้าใจถึงปัญหา และบริบทชีวิตของผู้ป่วย

การทำงานร่วมกันเป็นทีม

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านสมุนไพรมีทักษะพื้นฐานในการทำงานเป็นทีม เพราะการทำงานด้านสมุนไพรให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย

สำนึกในความเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสมุนไพรมีสำนึกในความเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งจะต้องปฏิบัติงานโดยให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนเป็นเป้าหมายสูงสุด โดยคำนึงถึงคุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการที่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

สรุปสมรรถนะส่วนบุคคลของเภสัชกรด้านสมุนไพรได้ดังนี้

- 1) มีแรงจูงใจในการทำงาน ต้องการเห็นประเทศและประชาชนพึ่งตนเองทางด้านยาได้ และมีความศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น
- 2) มีความเป็นผู้นำ
- 3) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- 4) มีความบากบั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค
- 5) ชอบใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ ดันไม้ ผืนดิน และมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย
- 6) ให้คุณค่ากับความสำเร็จของงานที่สามารถช่วยเหลือคนได้

- 7) สื่อสารจงใจ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ
- 8) ทำงานร่วมกันเป็นทีม
- 9) ปฏิบัติงานโดยให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนเป็นเป้าหมายสูงสุด

2. สมรรถนะด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving)

การศึกษานี้พบว่า เกษตรกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรมีการแก้ไขปัญหาการทำงานใน 4 ลักษณะ คือ

1. การแก้ไขปัญหาการทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ขัดสน

เกษตรกรที่ทำงานบุกเบิกงานพัฒนาสมุนไพรต้องทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่อึดอัดขัดสน ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ขาดกำลังคน ขาดงบประมาณสนับสนุน แต่ส่วนใหญ่ก็ยังสามารถทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้เป็นอย่างดี เช่น ยืมเครื่องมือจากอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมาใช้ชั่วคราว การดัดแปลงหรือสร้างเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ขึ้นเองเพื่อใช้ในการผลิตยา เป็นต้น

2. การแก้ไขปัญหาใหม่ ๆ

การทำงานที่ไม่เคยทำมาก่อนเพื่อแก้ปัญหาใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เกษตรกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรต้องประสบกับปัญหาใหม่ ๆ อยู่เสมอ ที่ผ่านมา เกษตรกรอาศัยทักษะในการสืบค้น ค้นคว้า วิเคราะห์ ทดลองปฏิบัติ ประเมิน สรุปบทเรียน และหาทางออก จนทำงานประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น ได้ยาที่สามารถรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ราคาไม่แพง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ทำให้เกิดความต้องการผลิตภัณฑ์ตามมา ทำให้ผู้บริหารองค์กรเห็นประโยชน์ของการคิดค้นพัฒนาผลิตภัณฑ์และให้การสนับสนุนตามมา เป็นต้น

3. การแก้ไขปัญหาการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ

การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือแพทย์แผนไทย อาจเกิดปัญหาการทำงานระหว่างวิชาชีพ ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาอบรมมาแตกต่างกัน หรือมีภารกิจหลักที่แตกต่างกัน ที่ผ่านมา เกษตรกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรที่ประสบความสำเร็จสามารถแก้ไขปัญหาการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้เป็นอย่างดี เพราะใช้หลักการทำงานที่ยึดเอาประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. การแก้ไขปัญหาการทำงานกับผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพร

การทำงานกับผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพร อาจมีปัญหาจากการไม่ได้รับความร่วมมือ การเข้าถึงถึงปัญหาของผู้ป่วย เป็นต้น ในการแก้ไขปัญหาการทำงานต่าง ๆ ดังกล่าว เกษตรกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรได้ใช้ทักษะดังต่อไปนี้

- 1) ทักษะในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และเข้าถึงบุคคลที่จะให้ข้อมูลที่ต้องการได้ สามารถประมวลและจัดระบบข้อมูลได้ถูกต้อง

- 2) ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และความถูกต้องของข้อมูลได้
- 3) ทักษะในการกำหนดปัญหา การประเมินปัญหา การกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา การประเมินกลยุทธ์ การตัดสินใจเลือกกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ และการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามกลยุทธ์ที่เลือก และทักษะในการติดตามผลในการแก้ไขปัญหา
- 4) ทักษะในการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการทำงาน
- 5) ทักษะในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหา เหมาะสมกับเวลา

3. สมรรถนะด้านการจัดการและองค์กร (management and organization)

เกสัษกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุ่่นไพรส่วนใหญ่ในการศึษา นี้ มักมีตำแหน่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานหรือหัวหน้าฝ่าย ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ต้องมีการบริหารจัดการองค์กร เพื่อให้สามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่

- 1) ความเข้าใจต่อโครงสร้างและระบบงานภายในองค์กร รวมถึงโครงสร้างและระบบงานขององค์กรอื่นที่ต้องทำงานร่วมด้วย
- 2) ภายใต้สถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทั้งบุคลากร เครื่องมือ ความรู้ และงบประมาณ จึงต้องมีทักษะในการจัดการและจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบและนอกระบบมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่องานได้สูงสุด
- 3) ทักษะในการประเมินทัศนคติของบุคลากรในองค์กร เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมขององค์กร และสามารถบริหารองค์กรเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ได้
- 4) ทักษะในการกระตุ้นและเสริมศักยภาพผู้ร่วมงานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร เพื่อการปรับตัวให้อยู่รอดได้ตามการเปลี่ยนแปลง และสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้สอดคล้องกับสถานการณ์
- 5) ทักษะในการบริหารจัดการต้นทุนการผลิตหรือการทำงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
- 6) ทักษะในการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับผู้คนทั้งภายในองค์กรและนอกองค์กร เพื่อประสานความร่วมมือในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

4. สมรรถนะด้านการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพ

ในการสังเคราะห์สมรรถนะด้านการตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำเอาข้อเสนอในบทที่ 4 มาสรุปเป็นสมรรถนะในด้านนี้ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

- 1) ทักษะในการเข้าถึงและเข้าใจโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วยภายใต้โครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจการเมือง

- 2) ทักษะในการเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความหมายของผู้ป่วยและสังคมต่อความเจ็บป่วย ความคาดหวังของผู้ป่วย และเป้าประสงค์ของการบำบัดรักษา
- 3) ทักษะในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อและความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยกับมุมมองทางการแพทย์
- 4) ทักษะในการประเมินความต้องการทางสุขภาพและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย
- 5) ทักษะในการโน้มน้าวผู้ป่วยเพื่อให้ตระหนักถึงความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย และสร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของผู้ป่วย

5. สมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร

ในการสังเคราะห์สมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร ผู้วิจัยได้นำเอาสมรรถนะทางวิชาชีพของเภสัชกรที่ทำงานเกี่ยวกับสมุนไพรในบทที่ 6 มาประมวลไว้ในรูปแบบตาราง แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพิ่มเติมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพในแต่ละสมรรถนะ ผลที่ได้แสดงในตาราง 12

ตาราง 12 สมรรถนะทางวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพร

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
1. การนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ	1.1 การเข้าถึงและเลือกสรรยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมเพื่อการใช้ประโยชน์	1) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมไทย ความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ชาติพันธุ์ (Ethnomedicine) และพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnobotany) 2) ทักษะการเก็บข้อมูลและถอดความรู้ของหมอพื้นบ้านหรือผู้ทรงภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพ 3) ทักษะในการประเมินข้อมูลและความรู้ที่รวบรวมมา และการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบ 4) ทักษะในการวิเคราะห์หาจุดเด่นของความรู้ที่จะเลือกสรรมาพัฒนาต่อ เพื่อตอบโจทย์ความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่และประเทศ
	1.2 การพัฒนายาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์	1) ความรู้ด้านเภสัชพฤกษศาสตร์ (Pharmaceutical botany) และเภสัชเวท (Pharmacognosy) 2) ทักษะขั้นพื้นฐานในการสกัดสารจากสมุนไพร 3) ทักษะขั้นพื้นฐานในการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของสารสกัดจากสมุนไพรด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ 4) ทักษะการตั้งสูตรตำรับ (formulation)

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
	1.3 การศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการนำยาจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่พัฒนาแล้วมาใช้ประโยชน์	1) ทักษะการสืบค้นข้อมูลเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของสารสกัดและสมุนไพร 2) ทักษะการเขียน protocol การศึกษาทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของสมุนไพรและสารสกัดจากสมุนไพร 3) ทักษะการทำงานร่วมกับหน่วยศึกษาทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของสมุนไพรและสารสกัดจากสมุนไพร 4) ทักษะในการวิจัยทางคลินิก
	1.4 การติดตามผลการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมและการปรับปรุงพัฒนา	1) ความรู้ด้านระบาดวิทยา 2) ทักษะการจัดทำ protocol การติดตามผลการใช้ยาจากสมุนไพรหรือสารสกัดจากสมุนไพรในคลินิก 3) ทักษะการทำงานร่วมกับคณะผู้ศึกษาติดตามผลการใช้ยาหรือสารสกัดจากสมุนไพรในคลินิก
2. การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร	2.1 การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรในระดับพื้นที่ การกำกับติดตาม และประเมินผล	1) ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขและระบบยาสมุนไพรของประเทศ นโยบายและแผน ตลอดจนกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) ทักษะการจัดทำแผนงานการพัฒนาสมุนไพรของพื้นที่ ที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติ และโอกาสและจุดแข็งของพื้นที่ 3) ทักษะการกำกับติดตามแผน

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
		4) ทักษะการประเมินผลแผน และการปรับแผน
	2.2 การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	1) ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารราชการในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น 2) ความรู้เกี่ยวกับการทำงานขององค์กรภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ภาควิชาชีพ และภาคธุรกิจ ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในพื้นที่ 3) ทักษะการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการประสานงานการพัฒนาสมุนไพรในพื้นที่
	2.3 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1) ความรู้ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาครัฐ 2) ทักษะการวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรบุคคลด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของพื้นที่ 3) ทักษะการจัดหาและจัดสรรทรัพยากรบุคคลด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของพื้นที่ให้สอดคล้องกับความต้องการ 4) ทักษะการเอื้ออำนวยให้เกิดชุมชนนักปฏิบัติการด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในพื้นที่ 5) ทักษะการสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
	2.4 การบริหารจัดการวัตถุดิบสมุนไพรของพื้นที่	1) ทักษะการวางแผนและการบริหารจัดการวัตถุดิบสมุนไพรของพื้นที่ ให้มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการ และมีคุณภาพดี 2) ทักษะการประสานงานกับเครือข่ายวัตถุดิบสมุนไพร
	2.5 การบริหารจัดการระบบยาจากสมุนไพรของพื้นที่	1) ทักษะการบริหารจัดการการจัดหาและการผลิตยาจากสมุนไพร ให้มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการ และมีคุณภาพดี 2) ทักษะการบริหารจัดการให้มีบัญชีรายการยาจากสมุนไพรของจังหวัดหรือโรงพยาบาล 3) ทักษะการบริหารจัดการให้มีระบบการเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาจากสมุนไพร และการเตรียมการเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น 4) ทักษะการนิเทศติดตามการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 5) ทักษะการติดตามความปลอดภัยและประสิทธิผลของยาจากสมุนไพร
	3.1 การกำหนดมาตรฐานยาจากสมุนไพร	1) ทักษะการสืบค้นมาตรฐานและแนวทางการจัดทำมาตรฐานยาจากสมุนไพร

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
3. การผลิตยาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ		2) ทักษะการจัดทำมาตรฐานยาจากสมุนไพร ทั้งวัตถุดิบสมุนไพร วัตถุดิบหลังแปรรูปขั้นต้น และผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป โดยอ้างอิงมาตรฐานของประเทศและสากล 3) ทักษะการประสานงานกับเครือข่ายในการจัดทำและแลกเปลี่ยนมาตรฐานยาจากสมุนไพร
	3.2 การพัฒนาสูตรตำรับที่ตอบโจทย์ความต้องการด้านสุขภาพ	1) ความรู้เกี่ยวกับหลักเภสัชกรรมไทย โดยเฉพาะสรรพคุณยา การตั้งตำรับยาไทย และหลักในการบำบัดโรคด้วยยาไทย 2) ทักษะการพัฒนาสูตรตำรับทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical formulation) 3) ความรู้ด้านการตลาด เพื่อหาความต้องการผลิตภัณฑ์/ยาจากสมุนไพร
	3.3 การจัดหาวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ	1) ความรู้ในการพิสูจน์เอกลักษณ์วัตถุดิบสมุนไพร 2) ทักษะการจัดหาวัตถุดิบสมุนไพร การหาเครือข่ายผู้ปลูกและส่งวัตถุดิบสมุนไพร 3) ความรู้และทักษะการประเมินคุณภาพและคัดเลือกวัตถุดิบสมุนไพร
	3.4 การควบคุมกระบวนการผลิตยาจากสมุนไพร	1) ทักษะการผลิตยาจากสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ ตามมาตรฐานทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
		2) ทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผลิตยาจากสมุนไพร 3) ความรู้และทักษะการควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร
	3.5 การควบคุมคุณภาพ	1) ความรู้และทักษะการควบคุมคุณภาพสมุนไพร ทั้งทางเคมี ชีววิทยา และฟิสิกส์ ตั้งแต่วัตถุดิบสมุนไพร ระหว่างการผลิต และผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป 2) ทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการควบคุมคุณภาพยาจากสมุนไพร
	3.6 การจัดการคลังยาจากสมุนไพร	1) ทักษะการบริหารจัดการคลังยาจากสมุนไพรอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรที่เหมาะสม	4.1 การจัดทำและเสนอรายการยาในบัญชียาจากสมุนไพร และการจัดหาจากสมุนไพรของโรงพยาบาล	1) ทักษะในการสืบค้นข้อมูลทางเภสัชวิทยา พิษวิทยา การทดลองทางคลินิก และการวิจัยการแพทย์แผนไทย 2) ทักษะการจัดทำและนำเสนอข้อมูลยาจากสมุนไพรบรรจุเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาล 3) ทักษะการจัดทำเภสัชตำรับยาจากสมุนไพรของโรงพยาบาล 4) ทักษะการจัดทำรายการยาจากสมุนไพรที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
		5) ทักษะการนำเสนอข้อมูลยาจากสมุนไพรแก่แพทย์ 6) ทักษะการใช้ไอทีสนับสนุนการสั่งจ่ายยาจากสมุนไพรของแพทย์ 7) ทักษะการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยาจากสมุนไพรที่ต้องการจัดหาเข้าโรงพยาบาล 8) ทักษะการจัดหายาจากสมุนไพรที่มีคุณภาพ
	4.2 การบริหารเภสัชกรรมยาจากสมุนไพร	1) ทักษะการประสานรายการ (medication reconciliation) ตรวจสอบประวัติการใช้ยาและยาจากสมุนไพร การตรวจสอบอันตรกิริยา 2) ทักษะการส่งมอบยาจากสมุนไพรและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย 3) ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และทักษะการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยในการใช้ยา (medication adherence) 4) ทักษะการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาจากสมุนไพร 5) ทักษะการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา
	4.3 การให้คำปรึกษาและข้อมูลสมุนไพรแก่ประชาชน	1) ทักษะการสืบค้นข้อมูลสมุนไพร และการจัดระบบข้อมูล 2) ทักษะการประสานขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้คำปรึกษาทางวิชาการเกี่ยวกับสมุนไพร

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
		3) ทักษะการวิเคราะห์และประเมินเอกสารทางวิชาการ 4) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร
	4.4 การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาสมุนไพร	1) ทักษะการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการแพ้ยาหรือการได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาจากสมุนไพร 2) ทักษะการเฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม 3) ทักษะการสร้างควมามีส่วนร่วมของชุมชน
	4.5 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของประชาชน	1) ความรู้ ทักษะการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในโรคที่ไม่ซับซ้อนและเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 2) ทักษะการสอนเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระดับชุมชน 3) ทักษะในการทำงานร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมการใช้สมุนไพร
5. การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพและความปลอดภัย	5.1 การพิจารณากลั่นกรองผลิตภัณฑ์สมุนไพร	1) ทักษะการประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2) ความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบและขั้นตอนการอนุมัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
	5.2 การควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรหลังการออกวางจำหน่าย	1) ความรู้ทางระบาดวิทยา 2) ทักษะการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สมุนไพร สถานที่ผลิตและสถานที่จำหน่าย 3) ทักษะการตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สมุนไพร 4) ทักษะการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของผู้ประกอบการ
	5.3 การพัฒนาศักยภาพและเสริมความรู้ผู้บริโภค	1) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้บริโภคมีความรู้และตระหนักถึงสิทธิและพลังของผู้บริโภค 2) ทักษะในการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้บริโภค
6. การสร้างนวัตกรรมจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพ	6.1 การสืบค้นการศึกษาวิจัย และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร	1) ทักษะการสืบค้นข้อมูลสมุนไพรจากฐานข้อมูลงานวิจัยต่างๆ และการจัดระบบข้อมูล 2) ทักษะการประสานขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้คำปรึกษาทางวิชาการเกี่ยวกับสมุนไพร 3) ทักษะการวิเคราะห์และประเมินเอกสารทางวิชาการ
	6.2 การจัดการความรู้ท้องถิ่นด้านสุขภาพและสมุนไพรท้องถิ่น	1) ทักษะการจัดการความรู้ท้องถิ่น ทั้งความรู้ที่ได้รับการบันทึก และความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับยาพื้นบ้านและโรคท้องถิ่น

กลุ่มสมรรถนะ	สมรรถนะ	ความรู้ ทักษะ
	6.3 การสร้างนวัตกรรม	1) ทักษะการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร 2) ทักษะการพัฒนาระบบการให้บริการ
	6.4 การทดสอบ ประเมินเพื่อพัฒนานวัตกรรม	1) ทักษะการประเมินความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

บทที่ 8

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดทำกรอบสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพรในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้ ได้ข้อมูลจากการศึกษาบทบาทของเภสัชกรซึ่งยังคงปฏิบัติงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพ และประชาชนผู้รับบริการที่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรและเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อค้นพบต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเภสัชกร และความต้องการของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะที่สังเคราะห์ขึ้นในการศึกษานี้ ไม่ได้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรด้านสมุนไพรเท่านั้น แต่ยังเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงโครงสร้างและระบบงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนและยุทธศาสตร์การพัฒนาสมุนไพรมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น

การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ควรปรับระบบบริการสุขภาพให้มีลักษณะเชิงรุก เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มากขึ้น โดยคำนึงถึงโลกในชีวิตจริงของผู้ป่วย และโครงสร้างวิธีคิด ทักษะคิด และความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีต่อโรคเรื้อรังและการใช้สมุนไพร เพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการใช้ยาจากสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียโอกาสในการดูแลรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังอย่างถูกต้อง และอาจนำไปสู่การเกิดผลแทรกซ้อนจากการรุกรานของโรค ซึ่งจะสร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับระบบบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก

การปฏิรูปโครงสร้างและระบบงานเกี่ยวกับสมุนไพร

ปัจจุบัน โครงสร้างการบริหารราชการและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรของประเทศยังไม่ได้มีการปฏิรูปอย่างจริงจัง การศึกษานี้แม้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบงานโดยตรง แต่มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องนี้ดังต่อไปนี้

โครงสร้างในระดับนโยบาย

รัฐบาลควรกำหนดให้มี "กลไกที่มีอำนาจในการตัดสินใจ สามารถกำกับนโยบายและประสานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาสมุนไพรในระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ" เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่สอดคล้องกันของหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจกับหน่วยงานปฏิบัติการในภูมิภาค แม้ว่าปัจจุบันจะมีคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ โดยมีหน่วยงานในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ แต่กลไกนี้ก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่กำกับนโยบายและประสานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติได้อย่างแท้จริง เพราะไม่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดสรรและสนับสนุนทรัพยากรแก่หน่วยงานในระดับปฏิบัติการ

โครงสร้างระดับปฏิบัติการ

ดังที่ได้วิเคราะห์ปัญหาโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไว้ในบทที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา คือ กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้มีการกีดกันการพัฒนาระบบสมุนไพรรักษาโรคทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ระบุไว้ในกลุ่มงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งควรปรับชื่อกลุ่มงานเป็น "กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและ สมุนไพร" กำหนดระดับตำแหน่งให้เป็นระดับเชี่ยวชาญ หรือชำนาญการพิเศษ เช่นเดียวกับกลุ่มงานอื่น ๆ ส่วน ในระดับโรงพยาบาล ควรกำหนดภารกิจด้านสมุนไพรไว้ในกลุ่มงานเภสัชกรรม

บทบาทของหน่วยงานสนับสนุน

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรปรับโครงสร้าง องค์กรและระบบงานให้สามารถปฏิบัติการสนับสนุนหน่วยงานปฏิบัติระดับจังหวัดและอำเภอได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการนิเทศงานที่ต้องการบุคลากรที่มีทักษะในการร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานใน พื้นที่ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับราชการส่วนกลาง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรปรับภารกิจ ให้มีการสนับสนุนการตรวจวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผลิตโดยหน่วยผลิตใน โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขได้ครอบคลุมมากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาร่วมกับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรปรับภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในด้านการส่งเสริมการพัฒนาลิขสิทธิ์สมุนไพรจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของ ท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับโรงพยาบาลที่มีภารกิจด้านเภสัชกรรมสมุนไพรและคณะ เภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัย โดยคณะเภสัชศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ และคณะวนศาสตร์ ควรมีบทบาทในการ ทำงานสนับสนุนหน่วยงานปฏิบัติระดับจังหวัดและอำเภอให้มากขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนทางวิชาการ เกี่ยวกับการอนุรักษ์ การปลูก การปรับปรุงพันธุ์พืช และการส่งเสริมเกษตรกรในการปลูกพืชสมุนไพร การสกัด สารจากพืชสมุนไพร การพัฒนาสูตรตำรับ การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างนวัตกรรมจากสมุนไพร นอกจากนี้ คณะเภสัชศาสตร์ควรเป็นผู้นำในการนำองค์ความรู้ทางด้านเภสัชกรรมมาพัฒนาสมุนไพรให้ได้มาตรฐานตาม สากล เพื่อสร้างการยอมรับของสังคมต่อสมุนไพรไทย โดยควรสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในการพัฒนา นอกจากนี้ การสนับสนุนทุนการวิจัยของมหาวิทยาลัยเกี่ยวกับสมุนไพรควรเป็นไปเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของประเทศด้วย

สภาเภสัชกรรม ควรกำหนดให้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมสมุนไพรเป็น สมรรถนะหนึ่งของเภสัชกร และพัฒนาให้เภสัชกรรมสมุนไพรเป็นสาขาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอีกสาขาหนึ่ง พัฒนาสมรรถนะของเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพรอยู่ในปัจจุบัน สนับสนุนให้มีวิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพร เพื่อฝึกอบรมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสมุนไพรแก่เภสัชกร ดำเนินการให้มีนุเมตริคและวุฒิบัตรด้านเภสัช

กรรมสมุนไพรร กำหนดบทบาทของเภสัชกรและมาตรฐานวิชาชีพด้านเภสัชกรรมสมุนไพรรให้มีความชัดเจน ดำเนินการให้สมรรถนะเกี่ยวกับการใช้ยาจากสมุนไพรรเป็นสมรรถนะร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) สำหรับเภสัชกรด้านสมุนไพรรในโรงพยาบาลของรัฐและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การสนับสนุนบทบาทของเภสัชกร

ควรมีการทบทวนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในสาขาวิชาชีพเภสัชกรรมของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาระของเภสัชกรจากการทำงานประจำที่สามารถทดแทนได้ด้วยการออกแบบระบบงานที่ดีและการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยสนับสนุนการทำงาน และเพื่อลดการสูญเสียโอกาสของระบบในการใช้ประโยชน์จากบุคลากรในวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งยังมีศักยภาพและสมรรถนะทางวิชาชีพอีกหลายอย่างที่สามารถสร้างคุณค่าให้กับระบบงาน

ควรสนับสนุนบทบาทของเภสัชกรด้านสมุนไพรรในการเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและมีพันธสัญญาที่หนักแน่น (active participation and strong commitment) ในกระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรรของประเทศ

ควรสนับสนุนบทบาทของเภสัชกรในด้านการถอดความรู้จากผู้ทรงภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมให้มีประสิทธิภาพและเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น รวมทั้งบทบาทในการเข้าถึงความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้การบริหารเภสัชกรรมด้านสมุนไพรรมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสภาเภสัชกรรม ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการถอดความรู้ที่อยู่ในตัว (implicit knowledge) ของเภสัชกรผู้มีความเชี่ยวชาญในการทำงานด้านสมุนไพรรในระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาความรู้ให้เป็น explicit knowledge สำหรับการฝึกอบรมความเชี่ยวชาญของเภสัชกรด้านสมุนไพรร และศึกษาการจัดระดับของการพัฒนาสมรรถนะเภสัชกรด้านสมุนไพรร เพื่อสนับสนุนการผลิตบุคลากรในวิชาชีพเภสัชกรรมในระดับต่าง ๆ

สิ่งที่สามารถดำเนินการได้ทันที

1. สภาเภสัชกรรมควรจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเภสัชกรให้มีความรู้ ทักษะและทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาสมุนไพรร เช่น การผลิต การจัดหาและคัดเลือกยา การติดตามการใช้ยา โดยการพัฒนาหลักสูตรต้องเป็นหลักสูตรที่ได้ฝึกปฏิบัติในสถานที่จริงที่มีงานเภสัชกรรมสมุนไพรร โดยหลักสูตรควรประกอบด้วย

- 1.1 ความรู้พื้นฐานทางด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทยได้อย่างเข้าใจ รวมทั้งพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 1.2 ทักษะด้านการผลิตยา การจัดหาและคัดเลือกยา การติดตามการใช้ยา ซึ่งจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติงานในสถานที่จริง ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันคือ การพัฒนาแหล่งฝึกเภสัชกรรมสมุนไพรให้มีปฏิบัติการจริง และมีเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมจะเป็นพี่เลี้ยงได้จริง
- 1.3 ในระยะแรก เพื่อให้ทันต่อการพัฒนา อาจจัดเป็นหลักสูตรอนุมัติบัตร สำหรับเภสัชกรที่ทำงานด้านนี้อยู่แล้ว โดยให้มาทดสอบ และให้เภสัชกรเหล่านี้เป็นพี่เลี้ยงสำหรับเภสัชกรรุ่นถัด ๆ ไป

2. ควรสนับสนุนให้เกิด ชุมชนปฏิบัติการ (community of practice) ด้านเภสัชกรรมสมุนไพร เพื่อรวบรวมเภสัชกรที่ทำงานด้านสมุนไพร สนับสนุนการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างกัน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561). รายงานเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 22 ม.ค. 2561. ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564. นนทบุรี. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559). รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี. สำนักงานข้อมูลและคลังความรู้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2561). กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์วิจัยพัฒนาสามารถผลิตสารมาตรฐานคุณภาพยาฟ้าทะลายโจร. เข้าถึงได้จาก: <http://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/283> [29 มี.ค. 2561]

จิราพร ลิ้มปานานนท์, รัชนิ จันทรเกษ, สุรัตนา อำนวยผล. (2552). การจัดการความรู้ยาไทยและยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพวิถีไทย ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชะอรสิน สุขศรีวงศ์. (2559). บัญชียาหลักแห่งชาติกับเภสัชเศรษฐศาสตร์. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info.php?id=332> [22 ก.พ. 2561]

ธราดล เก่งการพานิช, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, มณฑา เก่งการพานิช, กาญจนา นันทะเสน, กรกนก ลัธธนันท์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินสมุนไพรเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 31(1): 13-25.

มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. (2560). ตำราการนวดไทยเล่ม 1. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 129 ตอนที่ 102 ก (2555). กฎกระทรวง การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตผลิตขาย นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณ.

ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 131 ตอนพิเศษ 53 ง (2557). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา.

ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2551). วารสารคลินิก, 24(10): 922-924.

วิภา อุทยานินทร์, เสาวนันท์ บำเรอราช, กาญจนา นิมสนทร. (2556). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน : ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการเบาหวานใน

- อำเภอห้วยแถลง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(1): 11-24.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2556). แลงการณ์การประเมินผลกระทบการออกกฏระเบียบมาตรฐานการผลิตยาแผนโบราณ.
- สำนักงานคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ. (2560). ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2528). การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). หนังสือราชการ ที่ สธ. 0201.032/ว 1707 เรื่อง โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 29 มี.ค. 2561] เข้าถึงได้จาก https://www.ayo.moph.go.th/personal/file_upload/subblocks/%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%87%20_14%E0%B8%A1%E0%B8%B4.%E0%B8%A2.2560.pdf.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2559). รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ... และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ...”.
- สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2553). พบ 5 โรคเรื้อรังคุกคามคนไทย. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/พบ%205%20โรคเรื้อรังคุกคามคนไทย.html> [29 มี.ค. 2561].
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). เข้าถึงได้จาก: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf> [29 มี.ค. 2561].
- อดุลย์ บัณฑกุล. (2548). คู่มือโรคเรื้อรัง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.
- อารยา ศรีไพโรจน์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ปราณี เลี่ยมพุททอง. (2548). คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลในประเทศไทยยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(1): 119-128.
- ฤทธิชัย พิมพ์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, สุปรียา ต้นสกุล. (2557). พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30(3): 14-25.

ภาษาอังกฤษ

Cipolle R.J., Strand L.M., Morley P.C. (2004). Pharmaceutical care practice: the clinician's

- guide. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Cipolle R.J., Strand L.M, Morley P.C. (2012). Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- CoDEG. (2007). A framework for pharmacist development in general pharmacy practice. (2nd ed.).
- Creswell, J.W. (2003). Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. (2nd ed.). CA: SAGE Publications.
- Dreesch, N., Dolea, C., Dal Poz, M.R., Goubarev, A., Adams, O., et al. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy Plan. 20(5): 267-76.
- Fazekas M., Ettelt S., Newbould J. and Nolte, E. (2010). Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. CA: RAND Corporation.
- Good, B.J. (1994). Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective, Cambridge University Press.
- HDA. (2005). Health needs assessment. London: Health Development Agency. Available from: https://www.k4health.org/sites/default/files/migrated_toolkit_files/Health_Needs_Assessment_A_Practical_Guide.pdf [20 November 2016]
- Helman, C.G. (2000). Culture, Health and Illness. Fourth edition, London: Arnold.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. Annals of internal medicine. 88. 251-8.
- Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books.
- Mc Clelland, D.C. (1973). Testing for Competence Rather than for Intelligence. American Psychologist. 28:1-14.
- Moullin, J.C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., and Benrimoj, S.I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. Health Research Policy and Systems, 13:16.
- Sorensen, T.D. Pestka, D. Sorge L.A. Wallace, M.L. and Schommer, J. (2016). A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. Am J

Health-Syst Pharm; 73(5): 307-314.

World Health Organization. (2007). Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Available from: http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/ [29 March 2018]