

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและความเป็นมา

ระบบการดูแลสุขภาพในสังคมเป็นแบบแผนวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผล และแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 91-92) และในสถานการณ์ของแต่ละสังคม ระบบการดูแลสุขภาพประกอบขึ้นด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่สำคัญสามระบบคือ ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน (popular health sector) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk sector) และระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (professional health sector) (Kleinman, 1980, p 50) ซึ่งการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบจะมีวิถีคิด แนวคิดทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน สองระบบแรกคือการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนและการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านจะสอดคล้องและเป็นไปตามพื้นฐานวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนจะประกอบด้วยวิถีคิด ความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหลายระดับตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน เป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพในบริบทของครอบครัวหรือปัจเจกบุคคล (ลือชัย ศรีเงินขวง, 2534, หน้า 41) กิจกรรมดังกล่าวเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์การแสวงหาการรักษาในอดีตและสืบทอดต่อกันมาจนได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้และวิธีการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพเหล่านั้นด้วยตัวเอง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมหรือบุคคลในชุมชน (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 97-98) ขณะที่การดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมีหลักทฤษฎี องค์ความรู้และแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เป็นระบบมากกว่า มีรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนกว่า ในลักษณะของผู้รับการรักษาและผู้ให้การรักษาที่ผ่านการเรียนรู้หรือได้รับการสืบทอดจากผู้ให้การรักษาในอดีตโดยใช้บริบททางสังคม จึงมีความหลากหลายซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ แต่ก็อาจมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่คล้ายคลึงกันได้ ส่วนการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพนั้น

มีการปฏิบัติเป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กร มีการปฏิบัติทางการดูแลสุขภาพในลักษณะที่มี  
 วิชาการทางการแพทย์ขั้นสูง และมีเวชปฏิบัติในรูปแบบของระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์  
 แผนปัจจุบันที่ยึดหลักชีวการแพทย์ (biomedical model) พิจารณาความเจ็บป่วยโดยมุ่งเน้นเฉพาะโรค  
 ตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ (Kleinman, 1978, p 86-87) และด้วยความสำเร็จในการรักษาโรค  
 ที่ไม่สามารถรักษาได้ในอดีต เช่น โรคปอดบวม วัณโรค ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ  
 เป็นที่นิยมและมีความแพร่หลายไปทั่วโลก (กัญจนา ตีวิเศษ, 2539, หน้า 7)

ในอดีตที่ผ่านมา ระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นกระแสหลักของประเทศไทย  
 คือระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพซึ่งเน้นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุน  
 ของรัฐบาลที่มุ่งพัฒนาและขยายขอบเขตการบริการการแพทย์แผนปัจจุบันให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของ  
 ประเทศรวมทั้งในชนบท นับตั้งแต่การก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485 โดยการสร้าง  
 สถานบริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย เป็นต้น (ทวีทอง  
 หงษ์วิวัฒน์, 2538, หน้า 15) จากการพัฒนาดังกล่าวก่อให้เกิดความละเอียดต่อระบบการดูแลสุขภาพ  
 ภาคพื้นบ้าน ทำให้ภูมิปัญญาไทยที่เคยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในอดีตของสังคมไม่ได้รับความ  
 สนใจเท่าที่ควร (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 1) ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งของระบบ  
 การดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านคือการดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์แผนไทย อันเป็นผลจากการตั้งสม  
 ประสพการณ์ในการแก้ปัญหาสุขภาพมาเป็นระยะเวลายาวนาน ผ่านการค้นกรองทดลองใช้และสังเกต  
 ผลการรักษาจนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง พัฒนามาเป็นระบบทฤษฎีและแบบแผนการปฏิบัติด้ว  
 ทางการดูแลสุขภาพ มีการบูรณาการเป็นขั้นตอน ผ่านการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนจนมีแบบแผนเป็น  
 เอกลักษณะของตนเอง ที่สำคัญมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน  
 โดยอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาและหลักการสมคูลทางธรรมชาติเป็นหลัก ร่วมกับการใช้ศาสตร์  
 อื่นๆ ที่มีผลต่อการบรรเทาความวิตกกังวล (วิวัฒน์ ลิ้ม, 2542, หน้า 20-21) และในปัจจุบันเริ่มตระหนัก  
 ว่า ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพที่เน้นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ  
 ของประชาชนได้อย่างแท้จริง รวมทั้งมีข้อจำกัดโดยเฉพาะการกระจายการบริการสุขภาพไปสู่  
 ประชาชนให้ครอบคลุมและเสมอภาค (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 2) เนื่องจากสาเหตุ  
 หลายประการได้แก่ การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน การเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง หรือค่าใช้จ่าย  
 ทางการแพทย์ที่สูง กล่าวคือระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผลผลิตมาจากความก้าวหน้าของ  
 การทดลองทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ที่สืบทอดมาจากแนวคิดของเดส์คาร์ทส์และนิวตัน อันเป็น  
 ลักษณะแนวคิดแบบแยกส่วน ก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า แบบจำลองทางชีวการแพทย์ (biomedical model)  
 โดยพิจารณาร่างกายของมนุษย์ในลักษณะเครื่องจักรกลซึ่งสามารถวิเคราะห์วิจัยออกเป็นส่วนๆ

ตามทฤษฎีเซลล์และทฤษฎีโมเลกุลของชีววิทยา เพื่อสะดวกต่อการตรวจรักษาโดยเห็นว่าโรคเป็น ตัวขัดขวางการทำงานของกลไกทางชีววิทยา ส่วนบทบาทหน้าที่ของแพทย์คือทำการแก้ไขเฉพาะส่วน ที่มีปัญหาหรือส่วนที่เกิดโรค (Capra, 1984, อ้างในพระประชา ปสนนธมโมและคณะ, 2539, หน้า 3-5) กล่าวคือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะให้การรักษาเฉพาะส่วน ดังนั้นจิตใจจึงถูกแยกจากร่างกาย ทำให้ผู้ป่วย มีฐานะเป็นเพียงแหล่งสะสมของเชื้อโรคที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นหน้าที่ของ แพทย์ที่ต้องใช้ความรู้และเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เข้าไปทำลายเชื้อโรค โดยการใส่ยาหรือสารเคมี เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่าเวชปฏิบัติของการแพทย์แผนปัจจุบันจะเน้นการรักษาพยาบาล แต่ให้ ความสำคัญน้อยต่อการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค รวมทั้งยังมีลักษณะเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง คือจะรักษาเฉพาะโรคที่ตนเองชำนาญ รักษาเฉพาะอวัยวะที่เกิดความผิดปกติหรือรักษาเฉพาะเชื้อโรค ที่เป็นต้นเหตุของโรคทางกายภาพเท่านั้น (พระเทพเวที, 2533, หน้า 16-20) ขาดความสนใจเท่าที่ควร กับสภาพจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของตัวผู้ป่วย ส่งผลให้การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการแห่งการดำรงชีวิตที่มีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงระหว่างความต้องการด้านกายภาพ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา และวัฒนธรรม (มัลลิกา มัติโก, 2520, หน้า 2 ; ประเวศ วัชชี, 2542, หน้า 46) แม้ในปัจจุบันการแพทย์แผนปัจจุบันจะพยายามนำแนวความคิดในการรักษาที่เป็น องค์รวมกลับคืนมา ด้วยการให้ความสำคัญแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น สังคม วัฒนธรรม แต่ก็มิอาจทำได้เต็มที่จากแนวคิดการแยกส่วนและดูแลเฉพาะทางมากเกินไป จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากต้องทรมานจากความพิการทั้งร่างกายและจิตใจ หรือมีภาวะแทรกซ้อน และโรคจากหมอทำ (กัญญา ศิวิเศษ, 2539, หน้า 14) นั่นคือ ความเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิต ที่สืบเนื่องมาจากการตรวจรักษาที่มีการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีต่างๆ มากขึ้น หรือกระบวนการรักษาที่เน้นทางด้านร่างกายจนขาดความเอาใจใส่ต่อความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ ประชาชนเกิดความวิตกกังวลจนต้องแสวงหาการรักษาจากที่อื่นๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ ด้านจิตใจโดยไม่จำเป็น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2520, หน้า 7-9 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ก, หน้า 12)

นอกจากนี้การแพทย์แผนปัจจุบันยังเป็นระบบการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการแสวงหา ความเป็นเลิศทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น เครื่องมือที่ทันสมัย ก่อให้เกิดการใช้จ่าย ค่าเทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย ทั้งๆ ที่การหายจากโรคที่เป็นผลมาจากประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยี ทางการแพทย์มีไม่ถึงร้อยละ 20 (ประเวศ วัชชี, 2542, หน้า 42) อีกทั้งพบว่าภาระค่าใช้จ่าย ทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นไปในอัตราที่สูงกว่า การเพิ่มของรายได้ประชาชาติ โดยมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปีเป็นร้อยละ 6.32 ในขณะที่อัตราการเพิ่มของ รายได้ประชาชาติคือร้อยละ 5.55 เท่านั้น กล่าวคือในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4-6

อัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มจาก 30,174.5 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2521 เป็น 67,771.3 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2530 และเป็น 283,576 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2541 โดยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ส่วนใหญ่มาจาก ภาคเอกชนและประชาชน ในปีพ.ศ. 2526 ค่าใช้จ่ายดังกล่าวสูงถึง 27,809.7 ล้านบาท เป็น 66,822.1 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2531 และเพิ่มเป็น 184,870 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2541 (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 2 , กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 84-87 และ 199-207) ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นผล มาจากระบบการแพทย์และสาธารณสุขระดับชาติอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ (เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ, 2539, หน้า 12) ก่อให้เกิดการใช้จ่าย เกินความจำเป็น ในส่วนของการบริโภคยาพบว่าในปี พ.ศ. 2536 คนไทยมีการบริโภคยาเป็นมูลค่า 27,000 ล้านบาท เฉลี่ยแล้วคนไทยบริโภคยาคนละ 840 บาทต่อปี (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 2) จากจุดอ่อนของการดูแลสุขภาพของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ประเทศต้องสูญเสียเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากมุ่งเน้นใช้จ่ายใน การรักษา จึงส่งผลกระทบต่องบประมาณในการพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ และความไม่ประสบ ผลสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพหรือให้การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม โดยพบว่าในปัจจุบัน อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางสังคมและ แบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เพิ่มมากขึ้น (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 1) ทำให้หิ้งค์การอนามัยโลกพยายามที่จะผลักดันให้ประเทศสมาชิกผสมผสานการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพกับการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และมีคำประกาศอัลมา อตา ที่ประเทศสหภาพโซเวียตเมื่อปี พ.ศ. 2521 ที่ให้เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานและสนับสนุนให้ นำ การดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยการผสมผสานกับการแพทย์ แผนปัจจุบัน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 5-29) เนื่องด้วยการดูแลสุขภาพ ภาคพื้นบ้านเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการอธิบายความเจ็บป่วยเชื่อมโยงกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และที่สำคัญค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ถูกกว่า เนื่องจากมีการนำเอาวัตถุที่มีในท้องถิ่นมาใช้ในการบำบัดรักษา (จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, 2523, หน้า 93-94) แนวนโยบายดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกได้รับการขานรับจากประเทศสมาชิกรวมทั้ง ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์ แผนไทยซึ่งเป็นองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านให้เป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการพิจารณาภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนไทยเพื่อสิ่ง ที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (พรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2539, หน้า 21) โดยเริ่มดำเนินการนับแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา ซึ่งในแผนนี้

จะเน้นการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพร สนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมไทย ส่งเสริมให้มีการใช้ยาไทยมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็คิดว่ายังไม่ได้มีการดำเนินงานดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนเนื่องจากยังอยู่ในระยะของการศึกษาและพัฒนานโยบาย

ส่วนแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 (2525-2529) ให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยโดยเน้นการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างครบวงจร ตั้งแต่การจัดทำข้อมูลสมุนไพรเพื่อเผยแพร่ความรู้ ทดลองปลูกสมุนไพร และวิจัยพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐ แต่การส่งเสริมอย่างครบวงจรยังอยู่ในวงจำกัดเนื่องจากได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินโครงการจากภาครัฐไม่เพียงพอ และในปี พ.ศ. 2525 ได้มีการก่อตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย เพื่อเป็นองค์กรในการผลิตแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท) (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 158) สำหรับในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (2530-2534) ในปี พ.ศ. 2532 มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทยขึ้นมารับผิดชอบโดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งมีการศึกษาประสิทธิภาพและพัฒนาวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทยแบบต่างๆ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การอบและประคบสมุนไพร เพื่อนำไปประยุกต์ในโรงพยาบาลชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536, หน้า 23-25 ; เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 4-5) ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-2539) รัฐบาลได้มีกลวิธีส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรมาใช้เป็นยาแผนปัจจุบันและการสร้างผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากสมุนไพร เพื่อนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและสาธารณสุขมูลฐาน มีการนำการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชน นับเป็นจุดริเริ่มที่นำแนวคิดและการบริการแพทย์แบบทางเลือกเข้ามาผสมผสานในระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535, หน้า 133) และในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยให้มีบทบาทเป็นศูนย์กลางการพัฒนาการประสานงาน การสนับสนุนและความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านองค์ความรู้ วิชาการ และระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการพัฒนาและสนับสนุนงานวิจัยการแพทย์แผนไทย แทนศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยที่มีข้อจำกัดโครงสร้างและงบประมาณ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2542, หน้า 72) แต่ผลการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับนี้ยังไม่น่าพอใจ เนื่องจากปัญหาด้านนโยบายการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการของรัฐที่ไม่ชัดเจน ผู้บริหารไม่ค่อยให้ความสำคัญในการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้

ในโรงพยาบาล ขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน ประกอบกับเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรการเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขมีน้อยมาก ทำให้บุคลากรดังกล่าวไม่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ก่อให้เกิดการขาดการยอมรับในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาแก่ประชาชน (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 199-206 ; รุจิชาติ อรรถสิทธิ์และคณะ, 2539, หน้า 19-20) ดังนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้มีมาตรการในการสนับสนุน ส่งเสริมภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย สนับสนุนวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้วยการเปิดให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและเอกชน และแก้ไขกฎหมายเพื่อลดข้อจำกัดเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยและการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร รวมทั้งสนับสนุนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขแผนปัจจุบันให้นำการแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ทางเลือกของการรักษาโรค ตลอดจนเสนอแนะให้มีการผสมผสานแนวคิดการแพทย์แผนไทยในการเรียนการสอนหลักสูตรการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขต่างๆ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2540, หน้า 134)

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่นำเอาการแพทย์แผนไทยซึ่งมีความสำคัญในอดีตมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน จะเป็นไปได้ในลักษณะการพัฒนาย่างมีลำดับขั้นตอนกล่าวคือ เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ถูกละเลยมานาน และเผยแพร่ความรู้ให้เป็นที่รู้จักในสังคม ส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาวิธีการรักษาในระบบการแพทย์แผนไทยแบบต่างๆ ทั้งยาสมุนไพร การนวดไทย การอบสมุนไพร และการประคบด้วยสมุนไพร รวมทั้งนำการแพทย์แผนไทยเข้ามาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ทั่วประเทศมีโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันเพียง 71 แห่ง (ร้อยละ 10.2) จากโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ 685 แห่ง และในโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์อายุรเวท 23 แห่ง (ลัทธิกา จันทร์จิตและคณะ, 2540, หน้า 127) อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่า ประชาชนมีทัศนคติที่ดี ยอมรับและพึงพอใจต่อการใช้การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการใช้สมุนไพรรักษาโรค (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 25) เนื่องจากคำรักษาพยาบาลถูกกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน อีกทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การรักษาในระบบการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีลักษณะเป็นแบบระบบราชการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ ที่สำคัญการแสวงหาและการรับบริการจากระบบการแพทย์แผนไทยยังคงเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติโดยทั่วไปของประชาชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท (ปรีชา อุปโยคิน, 2533, หน้า 21-23)

แต่สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การแพทย์แผนไทยไม่สามารถพัฒนาไปสู่กว้างได้ก็คือ การไม่เป็นที่ยอมรับจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จากการศึกษาของ รุจินาด อรรถสิทธิฐและคณะ (2539, หน้า 19-20) เรื่อง การประเมินผลการพัฒนางานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ทำการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 172 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนน้อยยอมรับการแพทย์แผนไทย โดยส่วนใหญ่ขาดความเชื่อถือในประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และมีทัศนคติทางลบในด้านประสิทธิภาพการรักษา เนื่องจากเข้าใจว่าวิธีการวินิจฉัยใช้การคาดคะเน อาศัยประสบการณ์มากกว่าหลักการทางวิทยาศาสตร์ ขาดมาตรฐานและให้ผลการรักษาไม่แน่นอน ทั้งๆ ที่โดยแท้จริงแล้วการแพทย์แผนไทยใช้ทฤษฎีหลักสมดุลแห่งสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์รวมเน้นธรรมชาติ ความสมดุลของร่างกาย และเน้นพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 76-77) ซึ่งบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในส่วนนี้จะเป็นเฉพาะแพทย์อายุรเวท ซึ่งผ่านการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน ศิลปศาสตร์ ศีลธรรมจรรยา ควบคู่ไปกับความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยทั้งทางทฤษฎีและการปฏิบัติการรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย ให้ไปรับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่เหมาะสม (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 159) ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขผ่านระบบการเรียนรู้อการแพทย์แผนปัจจุบัน เน้นระบบการคิดทางวิทยาศาสตร์ และชีวการแพทย์ ให้ความสนใจการวินิจฉัยโรคตามหลักวิทยาศาสตร์ (บุษยามาศ สตินรุประมา, 2539, หน้า 63) และถ้าพิจารณาระบบการบริการการดูแลสุขภาพของไทยด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะเห็นว่า ผู้รับบริการจะเป็นในลักษณะผู้พึ่งพิงระบบ พึ่งพิงบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพมากกว่ารับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง ประชาชนได้รับการปลูกฝังค่านิยมอยู่ตลอดเวลาว่าการรักษาด้วยการแพทย์ระบบอื่นๆที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง (วิวัฒน์ ลิ้ม, 2542, หน้า 22) ประชาชนมีการยอมรับต่อการบริการและการตัดสินใจของบุคลากรสาธารณสุขในฐานะผู้ปฏิบัติวิชาชีพที่มีอำนาจในการวินิจฉัยโรคและตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาที่ถูกต้อง (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2538, หน้า 16) ด้วยเหตุนี้หากบุคลากรสาธารณสุขไม่ยอมรับการแพทย์แผนไทย การนำเอาการแพทย์แผนไทยมาเป็นการแพทย์ทางเลือกคงประสบผลได้ยาก โดยเฉพาะการให้บริการการแพทย์แผนไทยในแต่ละสถานบริการสุขภาพของรัฐยังขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของแพทย์ผู้รักษาและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานนั้น (รุจินาด อรรถสิทธิฐและคณะ, 2539, หน้า 16) หากการนำการแพทย์แผนไทยมาเป็นการแพทย์ทางเลือกเป็นไปได้แต่เพียงนโยบายของรัฐบาลแล้ว ย่อมไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วเช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น การใช้ยาเกินความจำเป็น หรือประชาชนยังคงแสวงหาการดูแลสุขภาพการแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง ดังนั้นการจะนำนโยบายสู่การปฏิบัติให้ประสบ

ผลสำเร็จ จำเป็นต้องพิจารณาความคิดเห็นโดยเฉพาะการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงาน และการยอมรับจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคลากรสาธารณสุขมองเห็นประโยชน์ เข้าใจในประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย จึงจะมีการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการรักษา ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกในการรักษาของประชาชนอย่างแท้จริง (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2539, หน้า 36)

ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยมีโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งที่ริเริ่มนำการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังเช่น โรงพยาบาลเทิงกับโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ให้บริการ นวดไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพรและมีการใช้สมุนไพรอย่างครบวงจร กล่าวคือมีทั้ง การปลูกพืชสมุนไพร การผลิตยาสมุนไพรทั้งเป็นรูปแบบยาเม็ดแคปซูลและยาตำรับ การจัดยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบันบางชนิดในห้องยา การให้โอกาสผู้รับบริการเป็นผู้เลือกวิธีการรักษา เป็นต้น และพบว่าการผสมผสานการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลดังกล่าวได้รับการยอมรับจากทั้งประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในระดับที่ค่อนข้างดี ประสบผลสำเร็จในการนำ การแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน (รุจิชาติ อรรถสิทธิ์และคณะ, 2539, หน้า 97-108)

ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการผสมผสานการแพทย์ทั้งสองแบบ จึงมีความสำคัญที่จะ ศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในประเด็นต่างๆ โดยเฉพาะ ด้านประโยชน์ ประสิทธิภาพ และการยอมรับการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจะเป็น ข้อบ่งชี้ของการประเมินผลสำเร็จในการนำแผนนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง รวมทั้งประโยชน์ ในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนและการปรับปรุง นโยบายการบริหารจัดการในการนำนโยบายการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐสู่การปฏิบัติทั้งในระดับชุมชนและระดับที่สูงกว่า เพื่อประโยชน์ของควมมีสุขภาพ ที่ดีของประชาชน รวมทั้งเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพดั้งเดิมของคนไทย และเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการบรรจุการแพทย์แผนไทยเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอน พยาบาล โดยกำหนดให้เป็นวิชาเลือกหนึ่งของนักศึกษาพยาบาล และการผลิตพยาบาลเพื่อไปปฏิบัติ หน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งจะต้องมีการให้บริการการแพทย์ทางเลือกที่ใช้วัตถุดิบที่มีอยู่ ในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์ ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นอาจารย์สอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี พระยา จังหวัดพะเยา จึงควรได้มีการศึกษาเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และนำไปใช้ ประโยชน์ในการปฏิบัติงานต่อไป



## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของทมิสุขภาพต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกในประเด็น ประโยชน์ ประสิทธิภาพ และการยอมรับ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย

## คำถามการศึกษา

ทมิสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย มีความคิดเห็นอย่างไรต่อการใช้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งในด้าน ประโยชน์ ประสิทธิภาพ และการยอมรับ

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของทมิสุขภาพต่อการใช้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน โดยศึกษาเฉพาะทมิสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ในโรงพยาบาลเทิงและโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2543

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกด้านความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ สภาวะแวดล้อมและพฤติกรรมระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเกี่ยวข้องนั้น การแสดงความคิดเห็นอาจจะแสดงการยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้

ทมิสุขภาพ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่มีเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเทิงและโรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนและนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งลูกจ้างประจำและชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในฝ่ายการแพทย์แผนไทย

วิธีการรักษาแบบแพทย์แผนไทย หมายถึง การรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร การอบสมุนไพร การประคบด้วยสมุนไพร และการนวดแผนไทย

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การดูแลสุขภาพแนวใหม่ที่มีการประมวลงค์ความรู้ แนวความคิด และปรัชญาทางการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่มีแนวคิดสมดุทธรรมาชาติของร่างกาย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเน้นหลักการการอาศัยประโยชน์จากธรรมชาติมารักษาส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและการรักษาสมดุคในร่างกาย มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับยุคสมัย เพื่อให้บริการ การดูแลสุขภาพแก่ประชาชน

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 10-120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) เป็นสถานบริการสุขภาพ ในระดับอำเภอ

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การสัมภาษณ์อาจจะได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่าย ไม่มีเวลาในการให้การสัมภาษณ์อย่างเต็มที่เพราะมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาไม่ครบถ้วน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้ทำงานในวันที่ผู้ศึกษาไปเก็บรวบรวมข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ส่งแบบสอบถามคืน