

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบการแพทย์ (Medical System) ตามแนวความคิดของ ดันน์ (Dunn, 1976. อ้างถึงใน ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2533 : 65) คือแบบแผนของสถาบันทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีวิวัฒนาการมาจากพฤติกรรมของมนุษย์ต่อสุขภาพ ระบบความเชื่อทางการแพทย์ถูกรวบรวมขึ้นจากความคิด ความเป็นเหตุผลและหลักเกณฑ์ซึ่งมนุษย์จัดระบบขึ้นจากความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และการควบคุมโรค และตามกรอบคำอธิบายจากทฤษฎีการเกิดโรคของฟอสเตอร์ (Foster, 1978. อ้างถึงใน ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2533 : 65) องค์ประกอบที่สำคัญในระบบการแพทย์หนึ่ง ๆ นั้น ส่วนที่เป็นพื้นฐานที่สุดก็คือ ส่วนที่เรียกว่า ทฤษฎีการเกิดโรค (Disease Theory System) และระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) ทฤษฎีการเกิดโรคเป็นส่วนหนึ่งของระบบความเชื่อที่ว่าด้วยธรรมชาติของสุขภาพ สาเหตุและผลของความเจ็บป่วยและหนทางที่เหมาะสมในการแก้ไข ขณะที่ระบบการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการที่สังคมจัดการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย

ระบบการแพทย์ หากพิจารณาจากเงื่อนไขทางภูมิศาสตร์และทางวัฒนธรรม สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) ระบบการแพทย์ท้องถิ่น (Local Medical System) 2) ระบบการแพทย์ภูมิภาค (Regional Medical System) เช่นการแพทย์อายุรเวท และการแพทย์อาหรับ และ 3) ระบบการแพทย์สากล (Cosmopolitan Medical System) ซึ่งหมายถึงระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ตะวันตก ความแตกต่างของระบบการแพทย์ทั้ง 3 ประเภทนั้น สองประเภทแรก มีลักษณะเป็นวัฒนธรรมและภูมิปัญญาดั้งเดิมของท้องถิ่น เป็นวัฒนธรรมภายในสังคม (Intracultural) ที่อาจหิบบีบีมจากภายนอกได้ โดยการแพทย์ท้องถิ่นจะมีลักษณะของการเป็น การแพทย์แบบชาวบ้านไม่มีลักษณะวิชาการชั้นสูง (Nonscholarly) ขณะที่ระบบการแพทย์ภูมิภาค มีความเป็นวิชาการชั้นสูง (Scholarly) มากขึ้น ส่วนการแพทย์แผนตะวันตกซึ่งเป็นการแพทย์แบบสากลมีความแพร่หลายไปทั่วโลก และมีลักษณะความเป็นวิชาการชั้นสูงมากที่สุด(ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2533 : 66)

ระบบการดูแลสุขภาพของไทย เป็นกลวิธีพัฒนาแบบคู่ขนาน (Parallel Development) คือ การดำเนินกลวิธีการพัฒนาที่คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่าสังคมไทย ประกอบขึ้นด้วยระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Pleuralism of Medical System) กล่าวคือ มีระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ โดยต่างก็มีระบบวิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ยึดถือความเป็นจริง (Reality) ลี้อภาษา และระบบอ้างอิงที่แตกต่างกัน (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2538 : 15) และจากการพิจารณาแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า ได้แบ่งระบบการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 2 ระบบ คือ 1) ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบบริการสาธารณสุขภายใต้การดูแลของแพทย์แผนปัจจุบัน และ 2) ระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น การแพทย์ทางเลือก การดูแลตนเองและครอบครัว (อารีย์วัล ยะเสวี, 2543. อ้างถึงใน คังการ สังกแก้ว, 2545 :7) โดยระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นกระแสหลักของประเทศไทย คือ ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional Health Sector) ซึ่งเน้นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของรัฐบาลที่มุ่งพัฒนา และขยายขอบเขตการบริการการแพทย์แผนปัจจุบันให้ครอบคลุมพื้นที่ของประเทศรวมทั้งในชนบท โดยการสร้างสถานบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2538 : 15. อ้างถึงใน แคนชัย ชอบจิตร, 2543 : 2)

ในทางการแพทย์ การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์ในแนวทางนวยุคที่ยึดวิทยาศาสตร์เป็นหลัก ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างน่าทึ่ง ทำให้มนุษย์สามารถเอาชนะโรคร้ายได้มากมาย สุขภาพอนามัยของมนุษย์โดยทั่วไปดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ก็ยังมีโรคร้ายอีกจำนวนมากที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังเอาชนะไม่ได้หรือผลการรักษา ยังไม่ได้ผลดี ที่สำคัญคือ การแพทย์แผนปัจจุบันได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบทุนนิยมทำให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างคนมั่งมีจำนวนน้อย และคนยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือได้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาการในวงการแพทย์ตามที่ควร นอกจากนั้น การแพทย์แผนปัจจุบันยังมีแนวโน้มที่จะมีความเป็นวิชาชีพนิยม (Professionalism) มากขึ้น (วิชัย โชควิวัฒน์, 2546 : 69) และการดูแลสุขภาพภายใต้การแพทย์แผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในเรื่อง การดูแลแบบแยกส่วน ทำให้การแพทย์เน้นความชำนาญการเฉพาะด้านมากขึ้น เช่น ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคหัวใจ (Cardiologist) ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาตา (Ophthalmologist) และการเพิ่มขึ้นของสาขาที่มีความเชี่ยวชาญต่างๆ ทำให้การรักษาเป็นไปในลักษณะแยกส่วนมากขึ้น (เทพินทร์ พัทธานุกรม, 2548 : 15) ซึ่งการให้ความสำคัญกับการแพทย์เฉพาะทาง ทำให้มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นผลมาจากระบบการแพทย์และสาธารณสุขระดับชาติ อยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ

(เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2539 : 12) เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงจะพบว่าในแต่ละปี ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขคิดเป็นเงินมหาศาลและเป็นค่าใช้จ่ายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกๆ ปี โดยในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 – 6 อัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จาก 30,174.5 ล้านบาทในปี พ.ศ.2521 เป็น 67,771.3 ล้านบาทในปี พ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 140,000 ล้านบาทในปี พ.ศ.2536 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขดังกล่าวเมื่อคิดเฉลี่ยจะตกประมาณหัวละ 680 บาทในปี พ.ศ.2521 และ 1,425.8 บาทในปี พ.ศ.2530 และจากการศึกษาการบริโภคยาพบว่าในปี พ.ศ. 2536 คนไทยมีการบริโภคยาเป็นมูลค่า 27,000 ล้านบาท เฉลี่ยแล้วคนไทยบริโภคยาคนละ 840 บาทต่อปี ซึ่งเป็นมูลค่าที่เพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 23 ต่อปี (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539 : 1-2) จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องหาทางเลือกอื่นที่ประหยัดและปลอดภัยกว่ามาเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ เป็นระบบการแพทย์ที่เกิดจากการเรียนรู้ การถ่ายทอด การสั่งสมและการผสมผสานกับระบบการแพทย์ท้องถิ่นและระบบการแพทย์อื่นที่เข้ามาสู่สังคมไทย จนกลายมาเป็นระบบการแพทย์แผนไทยที่รับใช้สังคมไทยมาอย่างต่อเนื่อง จวบจนกระทั่งการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามาสู่สังคมไทย ซึ่งถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของระบบการแพทย์ของประเทศไทยที่นำไปสู่ความเสื่อมถอยของการแพทย์แผนไทยตามลำดับ การแพทย์แผนไทยจึงไม่ได้รับความสนใจทั้งจากภาครัฐและประชาชนเทียบเท่าการแพทย์แผนปัจจุบัน ภาวะที่ระบบการแพทย์แผนไทยถูกทอดทิ้ง นอกจากจะไม่ทำให้เกิดความเจริญก้าวหน้าในด้านองค์ความรู้แล้ว ยังทำให้วิวัฒนาการของการแพทย์แผนไทยออกนอกกลุ่มออกไปจากเดิม รูปธรรมที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ การถ่ายทอดความรู้ที่ขาดมาตรฐาน การถ่ายทอดความรู้อย่างผิดๆ มีการใช้สมุนไพร โดยขาดข้อมูลยืนยันจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้จนเกิดอันตราย มีผู้ทุจริตหวังผลประโยชน์ที่ฉวยโอกาสโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินความเป็นจริง มีการปนปลอมยาแผนปัจจุบันที่มีอันตราย เช่น ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ลงในตำรับยาสมุนไพร มีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันและประชาชนขาดความเชื่อถือการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539 : 1) เนื่องจากเข้าใจว่าวิธีการวินิจฉัยของการแพทย์แผนไทยใช้การคาดคะเน อาศัยประสบการณ์มากกว่าหลักการทางวิทยาศาสตร์ (รุจิชาติ อรรถสิทธิ์และคณะ, 2539. อ้างถึงใน แคนชัย ขอบจิตร, 2543 : 7)

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนใหม่ยังคงเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าเดิม ด้วยภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนใหม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization- WHO)

ได้ตระหนักถึงข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันที่ไม่สามารถกระจายการให้บริการไปสู่ชนบทได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาค จึงหันมาเน้นงานสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีการสนับสนุนให้นำการแพทย์แผนโบราณมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการเอาส่วนดีของการแพทย์แผนโบราณมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุข ตลอดจนมีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์แผนโบราณในระดับต่างๆ ผลจากการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ส่งผลต่อนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง ดังจะเห็นได้จากคำแถลงนโยบายสาธารณสุขว่า “ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม” การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เป็นอีกนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยโดยการสนับสนุน พัฒนาวิชาการ และเทคโนโลยีพื้นบ้าน ประสานกับเทคโนโลยีปัจจุบันในระบบสาธารณสุข เพื่อใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยรัฐบาลมีนโยบายอย่างชัดเจนในการพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย โดยคุ้มครอง อนุรักษ์ และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมและพัฒนาระบบความรู้ และสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทย ให้ทัดเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย เพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชนในการใช้บริการสุขภาพ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539 : 5) ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่ถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการใช้สมุนไพรในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ใช้การนวดในการรักษาอาการปวดเรื้อรังแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน ทำให้ลดอันตรายจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของตนเอง และของประเทศชาติโดยรวม ใช้การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของประชาชน และทำให้เกิดการสนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างครบวงจร ในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เป็นโรค รวมถึงการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

การดำเนินงานที่ผ่านมา สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้จัดทำสถิติการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสถานบริการสาธารณสุขยังเปิดให้บริการน้อย และยังไม่ประสบความสำเร็จ โดยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสามารถให้บริการการแพทย์แผนไทย 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.08 ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั้งประเทศ ระดับโรงพยาบาลชุมชนมีการให้บริการการแพทย์แผนไทย 287 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.90 ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และในระดับสถานีอนามัยมีการให้บริการ

การแพทย์แผนไทย 1,130 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.23 ของสถานอนามัยทั่วประเทศ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543. อ้างถึงใน ดังการ สังแก้ว, 2543 : 22-24) โดยปัญหาที่พบคือ การขาดงบประมาณ นโยบายจากส่วนกลางไม่ชัดเจน ขาดการยอมรับจากผู้บริหาร ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี จากการศึกษาพบว่าอาชีพแพทย์และเภสัชกรมีแนวโน้มการยอมรับการนวดไทยเมื่อมีโอกาสการปวด เคล็ด ขัด ยอก น้อยกว่าอาชีพอื่น (ภัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ, 2539 : บทคัดย่อ) ถ้ามองถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งอยู่ในระบบการให้บริการ สาธารณสุขในปัจจุบัน จะเป็นบุคลากรทางด้านทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเน้นวิธีการทาง วิทยาศาสตร์ชีวิตและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครอบคลุมทั้งหมด ฉะนั้นการที่จะนำการแพทย์แผนไทย เข้าไปผสมผสานในระบบที่มีอยู่นี้ จึงมิใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งเป็นทั้งผู้บริหารและผู้ ให้บริการ มักมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยน้อยมาก และบางครั้งยังมีอคติบางประการ ทำให้ไม่สามารถยอมรับการแพทย์แผนไทยได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2541 : 10) ซึ่งบุคลากร เหล่านี้เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย

จากการสำรวจประชากรไทยที่ใช้การแพทย์ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพและการ รักษาความเจ็บป่วย ในปี พ.ศ.2544 พบว่า ประชากรไทย 8.9 ล้านคนหรือร้อยละ 14.2 เป็นผู้ที่เคยใช้ ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร โดยใช้เพื่อการรักษาโรคร้อยละ 12.9 และเพื่อใช้รักษาความเจ็บป่วย ร้อยละ 1.3 ในส่วนของความเจ็บป่วย การใช้ยาแผนโบราณส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วย ที่ไม่รุนแรง กล่าวคือ ร้อยละ 25.1 ใช้ยาเพื่อรักษาอาการจ้ำใน ร้อยละ 22.6 ใช้ในการรักษาอาการ ผอมแห้ง อ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ และร้อยละ 16.0 ใช้รักษาอาการแน่นในอก จุกเสียด แน่นท้อง ปวดหลัง โรคกระเพาะ ร้อยละ 13.2 ใช้รักษาโรคไข้หวัด คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ และร้อยละ 8.9 ใช้รักษาโรคผิวหนัง ผื่นคัน กลากเกลื้อน เริม งูสวัดและแผลพุพอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544. อ้างถึงในเทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2548 : 156-157) และจากการ ศึกษาแสดงให้เห็นถึงการยอมรับการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของประชาชน เช่น สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชนใน ชนบท จังหวัดนครพนม โดยศึกษาจากประชาชนในชนบท 20 หมู่บ้าน จำนวน 2,101 คน ผลการ ศึกษาพบว่าประชาชนในชนบทร้อยละ 89.67 มีทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพร เชื่อว่าสมุนไพรรักษาโรค ให้หายได้ และประชาชนไม่คิดว่าเป็นการล่าสมัย แต่มองเห็นความจำเป็นของยาสมุนไพรกับชาว ชนบท และร้อยละ 59.83 มีความเห็นด้วยที่จะมีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพร สอดคล้องกับ การศึกษาของนิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเพื่อการพัฒนา รูปแบบ การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้มา รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้มารับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทยสูงถึง

ร้อยละ 68 และจากการศึกษาของ วัฒนา โวจนวิจิตรกุลและคณะ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการนวดไทยเพื่อลดการใช้ยาแก้ปวด เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดก่อนและหลังการนวดแผนไทย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้รับบริการ 69 คน ซึ่งมีอาการปวดของระบบกล้ามเนื้อข้อกระดูก และใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังการนวดแผนไทยแล้ว ผู้รับบริการไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด อาการปวดของระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก ลดลงร้อยละ 97.10 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการนวดไทย นอกจากนี้ จากการวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อสามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 68.12 หลักจากการนวดไทย แต่ผลการพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ยังไม่น่าพอใจ เนื่องจากปัญหาด้านนโยบายการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารไม่ค่อยให้ความสำคัญในการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ ส่วนใหญ่ขาดวิสัยทัศน์ ยึดติดกับแนวคิดเก่าโดยมองว่าการกลับไปใช้การแพทย์แผนไทยเป็นการจุดรั้งความเจริญก้าวหน้าทางด้านการสาธารณสุข และขาดความตระหนักว่าการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539 : 209-210) ทำให้ขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน ประกอบกับเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรการเรียนการสอนของบุคลากรสาธารณสุขมีน้อยมาก ทำให้บุคลากรดังกล่าวไม่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ก่อให้เกิดการขาดการยอมรับในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาแก่ประชาชน (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540 : 199-206; ดังการสังแก้ว, 2545 : บทคัดย่อ) และจากการศึกษาทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของภัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ (2539 : บทคัดย่อ) ดังการสังแก้ว (2545 : บทคัดย่อ) รุจิณา อรรถดิษฐ์และคณะ (2539. อ้างถึงใน แคนชัย ขอบจิตร, 2543 : 7) ยูพาพรรณ มั่นกะโทก (2535 : บทคัดย่อ) พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงลบต่อวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยขาดความเชื่อถือในด้านประโยชน์และประสิทธิภาพการรักษาของยาสมุนไพร แต่มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ในการผสมผสานการใช้สมุนไพรในระบบบริการ เห็นว่ามีประโยชน์ต่อประชาชนในด้านที่เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาพยาบาล ทำให้ลดการใช้ยาของประชาชน เห็นด้วย และพร้อมที่จะให้การสนับสนุนให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ (นิลเนตร วีระสมบัติและคณะ, 2534 : บทคัดย่อ; ยูพาพรรณ มั่นกะโทก, 2535 : บทคัดย่อ; แคนชัย ขอบจิตร, 2543 : บทคัดย่อ) นอกจากนี้จากการศึกษาสถานการณ์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยในส่วนภูมิภาค มีความคิดเห็นว่า หากนโยบายการสนับสนุนงานการแพทย์แผนไทยของภาครัฐไม่เป็นระบบและไม่ร่วมมือกันทุกฝ่าย คาดว่าการดำเนินงานผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขจะไม่บรรลุผลสำเร็จ เนื่องจาก

เฉพาะโรงพยาบาลที่ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสนใจเท่านั้น จึงจะมีการดำเนินงาน (รุจินา อรรถสิทธิ์และคณะ, 2539 : 20. อ้างถึงใน แคนชัย ขอบจิตร, 2543 : 49)

หากการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเป็นไปได้แต่เพียงนโยบายของรัฐบาลแล้ว ย่อมไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น การใช้จ่ายเกินความจำเป็น ดังนั้นการจะนำนโยบายสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องพิจารณาถึงการยอมรับ โดยเฉพาะการยอมรับของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะเป็นผู้ที่ได้รับอำนาจอันชอบธรรมเพื่อกำหนดและดำเนินไปในทิศทางที่ผู้บริหารต้องการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ค่านิยมและความเชื่อ (นิพนธ์ กินาวงศ์, 2523 : 32) และการยอมรับจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขมองเห็นประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และเข้าใจในประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย จึงจะมีการนำการแพทย์แผนไทยมาเป็นทางเลือกในการรักษาของประชาชนอย่างแท้จริง (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2539 : 36) และในการปฏิบัติงานของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน อันได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้บริหาร คือ อายุ ตำแหน่ง ศาสนา ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการเข้ารับการฝึกอบรม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านนโยบาย และปัจจัยด้านงบประมาณ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเหล่านี้ ล้วนแต่มีความสำคัญต่อการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งสิ้น

ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย เกษีขแผนไทย ซึ่งได้ถ่ายทอดสืบเนื่องมาแต่โบราณ เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่า และสามารถพัฒนานำมาใช้ประยุกต์ได้ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามหลักการของการแพทย์แผนไทย เพราะภูมิปัญญาเหล่านั้นมีส่วนช่วยให้ชุมชนหรือประชาชนได้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทย ประกอบกับมีสถานพยาบาลหลายแห่งที่เริ่มนำการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการให้บริการรักษาแบบแพทย์แผนไทย คือ การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร และการจ่ายยาสมุนไพร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจที่จะศึกษา การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ในด้านประโยชน์และด้านประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย ปัจจัยด้านนโยบายและปัจจัยด้านงบประมาณ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี เพื่อหาข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาเรื่องการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในด้านประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะและปัจจัยเสริมของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

การศึกษาเรื่องการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อนำผลการศึกษารั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผนและส่งเสริมให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไข หรือสนับสนุนให้ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข มีทัศนคติที่ดีและยอมรับในด้านประโยชน์ ประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย ในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
3. เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ต้องการศึกษาหรือค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาเรื่องการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยเกี่ยวกับ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ไว้ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหาร โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	จำนวน	3	คน
1.1.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน	31	คน
1.1.3 สาธารณสุขอำเภอ	จำนวน	33	คน
1.1.4 หัวหน้าสถานีอนามัย	จำนวน	320	คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นหรือตามระดับชั้น (Nonproportional Stratified Random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเนื่องจากประชากรมีจำนวนค่อนข้างน้อย ส่วนกลุ่มที่ 4 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ/กิ่งอำเภอ เพื่อคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973 : 727 - 728) ได้จำนวนตัวอย่างในการศึกษา 245 คนดังนี้

1.2.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	จำนวน	3	คน
1.2.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน	31	คน
1.2.3 สาธารณสุขอำเภอ	จำนวน	33	คน
1.2.4 หัวหน้าสถานีอนามัย	จำนวน	178	คน

1.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์

คัดเลือกบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลได้ในระดับลึก กล่าวเชิงทฤษฎีเรียกว่าเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ซึ่งเป็นวิธีการเลือกผู้ให้สัมภาษณ์เชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ทั้งนี้ประเด็นข้อคำถามและเนื้อหาเป็นชุดเดียวกัน และเลือกผู้ให้สัมภาษณ์โดยไม่ได้พิจารณาถึงความแตกต่างด้านคุณลักษณะของบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ซึ่งภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน ดังนี้

1.3.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	จำนวน	1	คน
1.3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน	4	คน
1.3.3 สาธารณสุขอำเภอ	จำนวน	4	คน
1.3.4 หัวหน้าสถานีอนามัย	จำนวน	10	คน

2. ตัวแปรในการศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะ และปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

2.1.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะ

- 1) อายุ
- 2) ตำแหน่ง
- 3) ศาสนา
- 4) ประสบการณ์ทำงาน
- 5) ประสบการณ์ในการให้บริการ
- 6) การเข้ารับการศึกษา

2.1.2 ปัจจัยเสริม

- 1) นโยบาย
- 2) งบประมาณ

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักคือ ด้านประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และด้านประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาเรื่องยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นในการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ในตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสถานีอนามัย ในกรณีที่สถานบริการสาธารณสุขยังไม่ได้แต่งตั้งตำแหน่งผู้บริหารดังกล่าว ให้ผู้รักษาการในตำแหน่งทางการบริหารเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเทียบเท่ากับตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข

นิยามคำศัพท์

การศึกษาเรื่องยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามคำศัพท์ไว้ดังนี้

การยอมรับของผู้บริหาร หมายถึงพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้บริหารในการที่จะรับเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้และทดลองปฏิบัติมาขั้นหนึ่ง และเห็นว่าสิ่งนั้น มีคุณค่า มีประโยชน์และน่าเชื่อถือ แล้วรับเอาไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยการยอมรับยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยลักษณะของใหม่ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงปัจจัยส่วนตัวของผู้รับ เช่น อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึงการที่ ผู้บริหารมีการยอมรับถึงประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยและยอมรับที่จะให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย หมายถึงคุณค่าที่ได้รับจากการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุข คือ เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน รูปแบบการรักษาไม่ซับซ้อน การรักษาของการแพทย์แผนไทยมีราคาถูกกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยลง รวมทั้งสถานพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศโดยรวม ช่วยเพิ่มรายได้ของประชาชนจากการจำหน่าย

สมุนไพรให้กับสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแก้ปวดและยา
ชุด นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งเบาภาระการบริการของแพทย์แผนปัจจุบันได้

ประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย หมายถึงความเชื่อถือจากผลของการรักษา
ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วยด้วยวิธีการรักษาแบบแพทย์แผนไทย คือ การใช้ยา
สมุนไพรสามารถรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นเช่น อาการไอ ขับเสมหะ ลดไข้ และยังมี
ประสิทธิภาพรักษาอาการเรื้อรังบางชนิด เช่น สมุนไพรที่มีสารอัลคาลอยด์สามารถลดความดัน
โลหิตได้ การนวดไทยช่วยบำบัดอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ผ่อน
คลายระบบประสาท ระบบย่อยอาหารช่วยให้ย่อยอาหารและขับถ่ายกากอาหารได้ดีขึ้น การประคบ
สมุนไพร ช่วยให้เนื้อเยื่อฝืดยึดตัวออก ลดการติดขัดของข้อต่อ ลดอาการเกร็ง การอักเสบ การ
บวมของกล้ามเนื้อ เอ็นหรือข้อต่อต่างๆ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดดีขึ้น การอบไอน้ำสมุนไพร ช่วย
เพิ่มการไหลเวียนเลือดดีขึ้น คลายความตึงเครียด ช่วยขับของเสียออกจากร่างกายทางผิวหนัง
บรรเทาอาการปวดเมื่อย ช่วยให้ระบบหายใจดีขึ้น รักษาโรคผิวหนังที่ไม่ร้ายแรงและไม่ติดเชื้อได้

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ หมายถึง ลักษณะบางประการของผู้บริหารทางการแพทย์และ
สาธารณสุขที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขใน
การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่ง ศาสนา
ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการใช้บริการ การเข้ารับการศึกษาอบรม

อายุ หมายถึง อายุของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข (6 เดือนขึ้นไปคิดเป็น 1
ปี) โดยแบ่งออกเป็น 4 ช่วงอายุ คือ น้อยกว่า 31 ปี ระหว่าง 31-40 ปี ระหว่าง 41-50 ปี และ
มากกว่า 50 ปี

ตำแหน่ง หมายถึงตำแหน่งทางการบริหารของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข
ประกอบด้วย 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3) สาธารณสุขอำเภอ
4) หัวหน้าสถานีอนามัย

ศาสนา หมายถึง ศาสนาที่ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธาณสุขนับถือ โดยแบ่ง
ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาอื่นๆ

ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข
ใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนับเป็นปี (6 เดือนขึ้นไปคิดเป็น 1
ปี)

ประสบการณ์ในการใช้บริการ หมายถึง การที่ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข
ได้มีโอกาสใช้บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย ด้วยวิธีการรักษาแบบแพทย์
แผนไทย รวมถึงความพึงพอใจในผลของการใช้บริการ

การเข้ารับการฝึกอบรม หมายถึง การที่ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา เกี่ยวกับ โครงการการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย นโยบาย และงบประมาณ

นโยบาย หมายถึง ความชัดเจนของนโยบายการดำเนินงานการผสมผสานการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข

งบประมาณ หมายถึง ความเพียงพอของงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน โครงการการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ของสถานบริการสาธารณสุข

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หมายถึงการแพทย์แผนโบราณที่มีการดูแลรักษาสุขภาพ โดยการใช้ยาสมุนไพร การนวดแผนไทย การอบไอน้ำสมุนไพร และการประคบสมุนไพร

การแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine) หมายถึงการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีพื้นฐานความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ของชีวิตผสมผสานกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ

การผสมผสานการแพทย์แผนไทย หมายถึงการรวมบริการในหน่วยงานเดียวระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึงผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหารสูงสุดของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การดูแลสุขภาพแนวใหม่ที่มีการประมวลองค์ความรู้ แนวความคิด และปรัชญาทางการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่มีแนวคิดสมดุลธรรมชาติของร่างกาย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เน้นหลักการอาศัยประโยชน์จากธรรมชาติมารักษา ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับยุคสมัย เพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน

งานบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง การจัดบริการด้านการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และดำเนินการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพการรักษาโรคเฉพาะในกลุ่มชน โดยที่ยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน มักเป็นความเชื่อหรือประสบการณ์เฉพาะท้องถิ่น มีการสืบทอด

หลากหลาย และมักถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ และเป็นการถ่ายทอดกันในครอบครัว ยังไม่มีระบบแบบแผนการบริการและการเรียนการสอนที่แน่นอน

หมอพื้นบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในการบำบัดรักษาโรคที่มีในชุมชนซึ่งได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมา และได้ค้นคว้าทดลองด้วยประสบการณ์ จากนั้นนำมารักษาประชาชนอย่างต่อเนื่องจนชุมชนให้การยอมรับโดยการใช้บริการ