

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษายอมรับของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข

1. หลักการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

1. แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติกับการแพทย์แผนไทย
2. การพัฒนาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่การดูแลสุขภาพ
3. การผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข
4. รูปแบบการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข
5. มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข
6. ระดับการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารสาธารณสุข

1. ความหมายและหลักการของการบริหารสาธารณสุข
2. ความหมายและหน้าที่ของผู้บริหาร
3. บทบาทของผู้บริหาร

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการยอมรับนวัตกรรม
2. ทฤษฎีการยอมรับของใหม่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรม

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

## แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข

### 1. การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

การจัดบริการสาธารณสุข (Health Care Service) ในประเทศไทย สามารถจัดแบ่งระดับของการให้บริการ 5 ระดับ คือ ระดับครอบครัว ระดับสาธารณสุขมูลฐาน ระดับต้น ระดับกลางและระดับสูง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545 : 307-309) เป็นลักษณะของการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละระดับของการจัดบริการ กล่าวคือ

1.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในระดับครอบครัว (Self Care Level) หมายถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย แนวโน้มประชาชนไทยมีความตระหนักในด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การลดการสูบบุหรี่หรือมีการออกกำลังกาย แต่ในขณะเดียวกันการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยน้อยลง โดยหันไปใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมากขึ้น

1.2 การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคือประชาชนด้วยตนเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่รัฐ การบริการระดับนี้ จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ประมาณร้อยละ 90 การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร้อยละ 10 (กิตติ วัฒนกุล, 2536:251)

1.3 การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น ((Primary Care Level) คือการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยนอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้วจะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งหมดและทั้งหมดยังไม่มียุทธศาสตร์ของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545 : 308) ซึ่งหน่วยบริการ

ในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ คือประมาณร้อยละ 50-75 ส่วนด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพประมาณร้อยละ 25-50 (กิตติ วัฒนกุล, 2536 : 251)

1.4 การจัดบริการสาธารณสุขระดับกลาง (Secondary Care Level) ดำเนินการโดยแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญงานสูงปานกลาง (กิตติ วัฒนกุล, 2536 : 251) ประกอบด้วยหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ซึ่งนับรวมว่าอยู่ในระดับของบริการนี้ด้วย โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านของการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพประมาณร้อยละ 75

1.5 การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care Level) ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพถึงร้อยละ 90 ในขณะที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรคเพียงร้อยละ 10 จัดให้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพ.ม.) และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

## 2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

### 2.1 หน่วยงานระดับจังหวัด

#### 2.1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมกำกับ และประสานกิจการสาธารณสุขของจังหวัดในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นหัวหน้าส่วนราชการ สายงานขึ้นตรงต่อจังหวัด

#### 2.1.2 โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.ศ.)

เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่พิเศษ มีเตียงผู้ป่วยไว้รักษาภายใน ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ตั้งของเขตหรือเป็นศูนย์กลางของจังหวัดต่างๆ ของเขตนั้น ซึ่งตามเป้าหมายจะให้ป็นสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงสุดทัดเทียมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ

#### 2.1.3 โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ท.)

เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดหรืออำเภอใหญ่ ๆ มีขนาดเตียงผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 200 - 500 เตียง แตกต่างกันไปตามความหนาแน่นของจำนวนประชากร ปริมาณ และคุณภาพบริการ มีหน้าที่สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน

โดยเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

## 2.2 หน่วยงานระดับอำเภอ

### 2.2.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและควบคุมการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย (สอ.) และการประสานกิจกรรมสาธารณสุขในอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอเป็นหัวหน้า และมีสายงานขึ้นตรงต่ออำเภอ

### 2.2.2 โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.)

เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 10,000 คน ซึ่งเป็นสถานบริการที่มีเตียงผู้ป่วยไว้รักษาภายใน 10-150 เตียงลงมา มีทั้งแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานอยู่ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษา หรือรักษาต่อเนื่อง และกิจการด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆ ซึ่งในขณะนี้ มีโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการของส่วนราชการอื่นๆ เช่น มหาดไทย กลาโหม และของเอกชน กระจายอยู่ตามจุดต่างๆ ทั่วไป

## 2.3 หน่วยงานระดับตำบล และ หมู่บ้าน

### 2.3.1 สถานีอนามัย (สอ.)

เป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบล ที่ครอบคลุมประชากรประมาณ 5,000 คน มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ปัจจุบันมีสถานีอนามัยทั่วไป สถานีอนามัยขนาดใหญ่ และสถานีอนามัยที่เป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลทั่วประเทศ และบางตำบลจะมีสถานีอนามัยมากกว่าหนึ่งแห่งได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากร ภูมิประเทศ และปัจจัยอื่น ๆ

### 2.3.2 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

เป็นหน่วยงานระดับหมู่บ้าน ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์บางส่วน และสนับสนุนด้านวิชาการต่างๆ จากสถานีอนามัย ซึ่งจัดตั้งขึ้นภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า และขณะนี้ มี ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) กระจายอยู่ในหมู่บ้านต่าง ๆ ทั่วประเทศเกือบทุกหมู่บ้าน

## แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

### 1. แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติกับการแพทย์แผนไทย

ผลจากการประกาศที่ Alma Ata ประเทศสหภาพโซเวียตขององค์การอนามัยโลกที่เน้นให้งานสาธารณสุขมูลฐานสนับสนุนให้นำการแพทย์แผนโบราณมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันมีผลอย่างยิ่งต่อนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย จะเห็นได้จากแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 เป็นต้นไป (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539 : 3-7) ซึ่งจะขอก้าวในรายละเอียดของแผนเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

#### แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 - 6

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (2521 - 2524) รัฐมีนโยบายให้มีการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมไทย ให้มีองค์กรที่ชัดเจนรับผิดชอบในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งเสริมให้มีการใช้ยาไทยมากขึ้น ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525 - 2529) ยังคงให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยในประเด็นสมุนไพรเช่นเดิม แต่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น โครงการทดลองปลูกสมุนไพร โครงการทดลองเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมุนไพรในสถานบริการของรัฐ และการวิจัยพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาทดแทนยาแผนปัจจุบัน แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530 - 2534) มีการจัดทำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยโดยเน้นองค์ความรู้ในการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยมีการนำการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ไปให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลแบบการแพทย์แผนไทย ในแผนนี้จะเห็นได้ว่างานการแพทย์แผนไทยมีรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น มีการตั้งหน่วยงานมารับผิดชอบโดยตรง ขยายขอบเขตของงานที่เคยเน้นแต่สมุนไพร ไปให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนไทยมากขึ้น มีการวิจัยประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยเพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการแพทย์แผนไทย

#### แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 - 8

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535 - 2539) รัฐบาลได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาว่า “ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม” สำหรับกลวิธีในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย เป็นระบบที่ชัดเจน มีการพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ในแผน

นี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นหน่วยงานระดับกอง สังกัด กรมการแพทย์ โดยมีบทบาทเป็นศูนย์ประสานการพัฒนา การสนับสนุนและความร่วมมือด้าน การแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540 - 2544) เน้น การพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาประเทศ มีมาตรการในการ สนับสนุน ส่งเสริมภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย สนับสนุนวิชาชีพ หมอพื้นบ้านและหมอแผนไทยด้วยการเปิดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยทั้งในภาครัฐและ ภาคเอกชนอันเป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพร ยาไทย ทั้งนี้โดยการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตร การแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขต่างๆ ให้สอดคล้องมากขึ้น สนับสนุนให้มีการกำหนด รูปแบบวิธีการที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบราชการและการบริหารงานด้านการแพทย์แผนไทยให้มี ลักษณะของการมีแผนงานร่วมกัน ประสานกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (2545 - 2549) ทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขต่อ การแพทย์แผนไทยก็คือ เน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญา ไทย และสากล (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544 :36) โดย การ สนับสนุนการวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีกลไกการบริหารที่เป็นอิสระและคล่องตัว (องค์กร มหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข) ใช้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถาบันวิชาการ ทุกแห่งมุ่งวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูง มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยและการแพทย์แผนไทย เป็นองค์กรมหาชน ให้สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้ มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัดคุ้มค่าในการให้บริการ

จากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 - 9 จะเห็นได้ว่านโยบายและทิศทางการทำงาน

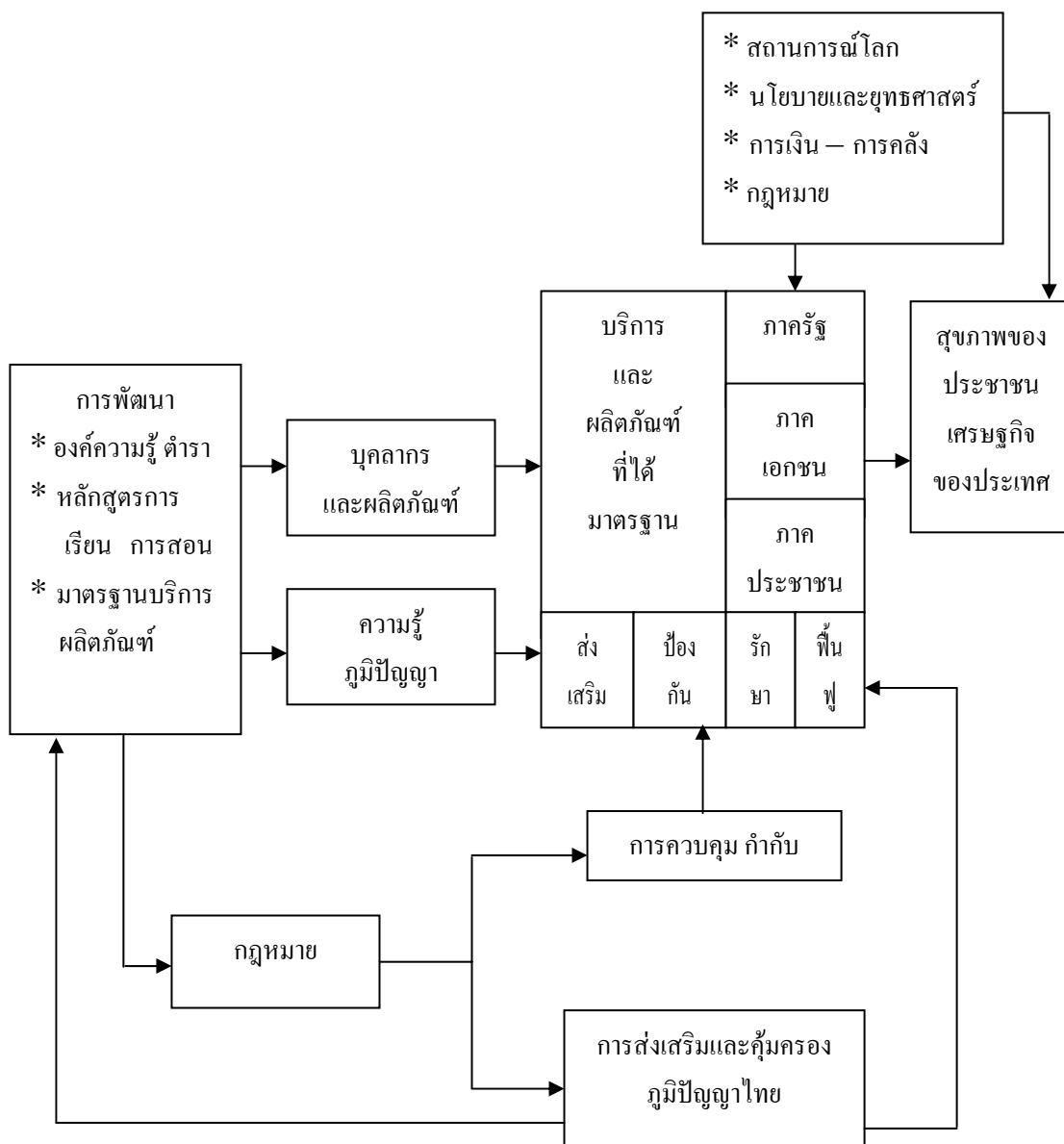
เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขค่อยๆ มีความชัดเจนมากขึ้นและมีแนวโน้มว่า สถานการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยจะดีขึ้นตามลำดับ

## 2. การพัฒนาการแพทย์แผนไทยเข้าสู่การดูแลสุขภาพ

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนดวิสัยทัศน์ว่า จะพัฒนา กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อชาวไทยและชาวโลก เพราะเราต้องคิดถึง ประโยชน์ของชาวไทย และเผื่อแผ่เพื่อเพื่อนร่วมโลกของเราด้วย ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาคือ ใน โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ตลอดจนชุมชนและประชาชนเองก็มีการดูแลสุขภาพด้วย การแพทย์แผนไทย อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน เป็นการพึ่งตนเองของ

ประชาชน และของประเทศด้วย ซึ่งกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีกรอบแนวคิดในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ธนิดา ขุนบุญจันทร์, 2546 : 16-20) ดังนี้

ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ที่มา : กรอบแนวคิดในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ธนิดา ขุนบุญจันทร์, 2546 : 17)

ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะเห็นว่า ขวามือสุดคือมุ่งสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศด้วย ส่วนด้านซ้ายมือ เราต้อง พัฒนาองค์ความรู้ ตำรา พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน พัฒนามาตรฐานบริการ พัฒนากฎหมาย เพื่อให้เกิดการมีบุคลากรอันได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ภูมิปัญญา ที่สามารถทำให้การบริการและผลิตภัณฑ์มีมาตรฐานครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน โดยที่กฎหมายก็ต้องพัฒนาขึ้นมา เพื่อให้สามารถควบคุม กำกับดูแล คຸ້ມครองประชาชนให้ปลอดภัย และได้ประโยชน์จากการแพทย์ทุกระดับ ขณะเดียวกันก็ให้สามารถคຸ້ມครองประชาชนให้ปลอดภัย และได้รับประโยชน์จากการแพทย์ ในทุกระดับ ได้อย่างเหมาะสม และก็สามารถคຸ້ມครองส่งเสริม ภูมิปัญญาไทยให้พัฒนาขຶ້ງ ๆ ขຶ้້นไป

### 3. การผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

การให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากการแพทย์แผนตะวันตกแล้ว ปัจจุบัน ยังมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยใช้ กระบวนการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งสามารถพิจารณา แนวทางการผสมผสาน 3 กลวิธี (กาญจนา สุขแก้ว, 2543. อ้างถึงใน ดังการ สังแก้ว, 2545 : 15 - 17) ดังนี้คือ

กลวิธีที่ 1 การรวมกันของการแพทย์สองระบบในหน่วยงาน (Combination Of Indigenous System With The Western System) กลวิธีนี้คือ แพทย์หรือผู้บริหารสาธารณสุข ที่มี แนวคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน นำเอาการแพทย์แผนไทย เข้ามารวมไว้ในระบบสาธารณสุข ซึ่ง แต่ละระบบมีความเป็นอิสระในการทำหน้าที่บำบัดดูแลรักษาสุขภาพ และผู้รับบริการมีสิทธิ์เลือก รักษาทั้งระบบการแพทย์ใดก็ได้ ซึ่งกรณีเช่นนี้หากไม่ได้เตรียมความพร้อม ไม่ได้คำนึงถึงธรรมชาติ และแนวคิดที่แตกต่างกันของทั้งสองระบบ อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่นการเพิกเฉย การ ปฏิเสธ หรืออาจให้การสนับสนุนช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับผู้บริหารระบบและบุคลากร สาธารณสุขนั้นๆ อย่งไรก็ตาม การยอมรับอาจเกิดขึ้นในระยะยาว ถ้าได้รับการส่งเสริม และการ สนับสนุนในทุกๆ ด้าน อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง กลวิธีนี้ทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการแบบแยก ส่วน ซึ่งพบในระดับสถานเอนามัย และมีข้อดีคือ แต่ละระบบต่างมีอิสระในการให้บริการ และ ผู้รับบริการมีสิทธิ์จะรับบริการแผนใดก็ได้



กลวิธีที่ 2 ความร่วมมือกันระหว่างแพทย์ทั้งสองระบบ (Collaboration Between The Two System) กลวิธีนี้ คือความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์ทั้งสองระบบ โดยการแพทย์แผนไทยมีกลไกในการจัดสรรเทคนิควิธีการวินิจฉัยโรค การรักษา ที่บุคลากรด้านการแพทย์แผนปัจจุบันให้การยอมรับในเชิงคุณภาพ และบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยจะเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีกลไกที่สำคัญ คือ มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่บูรณาการการแพทย์ทั้งสองระบบ มีอายุรเวทหรือแพทย์แผนโบราณประยุกต์ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างแพทย์ทั้งสองระบบ และมีกระบวนการให้บริการ โดยผู้ให้บริการทั้งสองระบบ มีอำนาจในการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรค และให้การบำบัดรักษา มีการส่งต่อในกรณีที่ได้รับบริการมีความจำเป็น ต้องได้รับการรักษาร่วมกันทั้งสองระบบ ส่วนผู้รับบริการมีโอกาสเลือกที่จะใช้บริการแผนใดก็ได้ หรือใช้ทั้งสองระบบร่วมกันก็ได้ กลวิธีนี้ทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการแบบคู่ขนาน ซึ่งพบในระดับโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบในชุมชนบางแห่งของอเมริกาซึ่งได้มีการฟื้นฟูการคลอดแบบดั้งเดิม ในประเทศญี่ปุ่นได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับการนวด การอบไอน้ำสมุนไพร การอนุญาตให้แพทย์แผนปัจจุบันสั่งยาสมุนไพร และการใช้สมุนไพรจีน รวมทั้งให้อยู่ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพ ข้อดีของกลวิธีนี้คือ การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการประสานความร่วมมือ มีการเชื่อมโยงการให้บริการซึ่งกันและกัน

กลวิธีที่ 3 การปฏิรูปที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์ทั้งระบบ (Reorganization Aimed A Achieving Equality Between The Two System) กลวิธีนี้ คือ ผู้ให้การบำบัดรักษาของแพทย์ทั้งสองระบบ ต้องศึกษาแนวคิด เทคนิค และวิธีการดูแลรักษาซึ่งกันและกัน โดยพบว่าประเทศที่สำเร็จในการนำไปใช้คือ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งมีรูปแบบการผสมผสาน 2 ส่วนคือ 1) การผสมผสานด้านความรู้และการวิจัย โดยการนำข้อดีของการแพทย์ทั้งสองระบบมาประยุกต์ใช้ นำเอาความรู้ และวิธีการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาในการพัฒนาการแพทย์แผนจีน เช่น การจัดตั้งสถาบันการศึกษาของการแพทย์แผนจีน การอบรมความรู้ด้านการแพทย์แผนจีนให้กับบุคลากรสาธารณสุข และการผสมผสานในแง่มุมมองของการวิจัย 2) การผสมผสานด้านบริการสาธารณสุขทั้งสองระบบในโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการรักษา คือ ผู้รับบริการสามารถเลือกรักษาแบบใดก็ได้ หรือร่วมกันทั้งสองระบบ ข้อดีของกลวิธีนี้ คือ จะช่วยให้การแพทย์ทั้งสองระบบ ต้องตระหนักต่อจุดแข็งจุดอ่อนของแต่ละระบบ นอกจากนี้เป็นการปฏิรูปตั้งแต่องค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาสุขภาพ ตั้งแต่ฐานคิด วิถีปฏิบัติงานรวมถึงการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม กลวิธีนี้ยังพบที่ประเทศอินเดีย ในสถานบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน โดยการนำหมอพื้นบ้านในหมู่บ้าน (หมอกระดูก หมองู และหมอผิวหนัง) ซึ่งเป็นหมอที่มีบทบาทเฉพาะเจาะจง มีความชำนาญในการรักษา สามารถรักษาได้อย่างทันกาล และมีคุณธรรมสูง มาเป็น

ผู้ให้บริการและยังมีความพยายามที่จะทำให้เท่าเทียมกัน ร่วมมือกัน และผสมผสานกันทั้งในทางการศึกษา การบริการสาธารณสุข และการวิจัย

#### 4. รูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข

รูปแบบการให้การรักษาดังกล่าววิธีการทางด้านการแพทย์แผนไทย ของสถานบริการสาธารณสุข มี 4 รูปแบบ คือ

##### 4.1 การใช้ยาสมุนไพร

ในการนำยาสมุนไพรมาใช้ในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ภูมิปัญญาดั้งเดิมของคนไทยในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย รูปแบบของยาสมุนไพรที่นำมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข เน้นการใช้ยาสมุนไพรสำเร็จรูปขององค์การเภสัชกรรม เช่น ยาขมิ้นชันแคปซูล ยาเม็ดฟ้าทะลายโจร ยาระบายมะขามแขก ครีมพญาขอ ครีมโพลีซัล ยาจากกระเทียม นอกจากนี้ยังมียาสมุนไพรที่ผลิตจากสถานบริการเอง เช่น น้ำมันไพล ยาหม่อง ยาขี้เหล็ก ยาชงต่าง ๆ เป็นต้น ยาเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้รักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยในระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และโรคผิวหนัง จากการศึกษาของ อรุณพร อิฐรัตน์และคณะ (2538, อ้างถึงใน อรุณพร อิฐรัตน์และคณะ, 2538 : 127) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยินดีที่จะใช้สมุนไพร ถ้ามีข้อมูลทางคลินิกที่น่าเชื่อถือมากกว่าร้อยละ 80 หรือจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ของปิยธิดา ตรีเดช (2533, อ้างถึงใน อรุณพร อิฐรัตน์และคณะ, 2538 : 127) พบว่าผู้อำนวยการร้อยละ 60 ที่มีความเห็นว่า สมุนไพรที่มีแนวโน้มมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้กับโรงพยาบาลคือ ว่านหางจระเข้ ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ซึ่งสมุนไพรเหล่านี้มีผลการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันในเชิงวิทยาศาสตร์แล้วอีกทั้งมีข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่น่าเชื่อถือได้

##### 4.2 การนวดแผนไทย

การนวดเป็นภูมิปัญญาของคนไทยที่สืบทอดกันมา การนวดที่ใช้อยู่โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547 : 111-112) คือ

4.2.1 การนวดแบบทั่วไป (แบบเชลยศักดิ์) หมายถึงการนวดแบบสามัญชน เหมาะมากสำหรับชาวบ้านนวดกันเอง ใช้สองมือและอวัยวะส่วนอื่น โดยไม่ต้องใช้ยา การนวดแบบเชลยศักดิ์เป็นการนวดบริเวณกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ของร่างกาย การนวดแบบเชลยศักดิ์ รู้จักกันทั่วไปว่า “จับเส้น” เพื่อให้เลือดลมเดินได้สะดวก ซึ่งตรงกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การนวดเพื่อเพิ่มหรือ

ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังมีผลสะท้อนให้การทำงานของอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปจากบริเวณนวด ซึ่งเดิมมีน้อยกลับเพิ่มขึ้นจนกลับสู่สภาวะปกติ ฉะนั้นข้อบ่งชี้ของการนวดจึงมีมากมาย เช่น รักษาหรือบรรเทาอาการเคล็ด ขัดยอก ชื่น คอแข็งจากการตกหมอน รักษาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดเพื่อ ท้องผูก ปวดหลัง ปวดเอว ตะคริว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการวิงเวียน ช่วยคลายความเครียดทางกายทางใจ และช่วยให้ข้อที่เคลื่อนกลับเข้าที่ได้

4.2.2 การนวดแบบราชสำนัก หมายถึงผู้นวดจะต้องเดินเข้าเข้าหาผู้ป่วยที่นอนอยู่บนพื้นเมื่ออยู่ห่างผู้ป่วยราว 2 ศอก จึงนั่งพับเพียบและคารวะขอภัยผู้ป่วย หลังจากนั้นหมอมจะกล่าวชี้แจงที่ข้อมือ และหลังเท้าข้างเดียวกันเมื่อตรวจดูอาการของโรคแล้ว จึงเริ่มทำการนวดคล้ายแบบการนวดทั่วไป ต่างกันที่ตำแหน่งการวางมือ องศาที่แขนของผู้นวดทำกับตัวของผู้ป่วยและท่าทางของผู้นวด ซึ่งต้องกระทำอย่างสุภาพ ยิ่งการนวดแบบราชสำนักพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้เรียนอย่างประณีตถี่ถ้วน การสอนมีการเน้นถึงจรรยาบรรณของการนวด การนวดต้องสุภาพมาก ใช้อวัยวะได้น้อย การนวดแบบราชสำนักเป็นการนวดพื้นฐานต่าง ๆ เช่น พื้นฐานขา(แบ่งเป็นขาด้านนอกและขาด้านในในท่านอน) พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขน พื้นฐานบ่า การนวดกล้ามเนื้อต้นคอ การนวดศีรษะ การนวดคลายกล้ามเนื้อหน้าท้อง

จากการศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้การนวดไทยในสถานบริการสาธารณสุขของอนุวัฒน์ สุขหฤตกุล (2530 : บทคัดย่อ) ประโยชน์ บุญสินสุขและคณะ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ทำวิจัยเรื่องการใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อในสถานบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าการนวดไทยสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อได้ แต่มีปัญหาในการบริหารจัดการในการที่จะนำการนวดไปเปิดให้บริการในสถานบริการ ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับผู้บริหารเป็นอันดับแรก

#### 4.3 การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพร คือการใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย โดยนำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอก ซึ่งน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา ความร้อนจากลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น และยังมีสารสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัด ยอก และลดปวดได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547 : 144) จากการศึกษาของเพ็ญภา ทวีทรัพย์เจริญ (2538 : อ้างถึงใน สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539 : 29) ได้ศึกษาการให้การบำบัดรักษาด้วยการนวดที่ศูนย์สาธิตคลินิกแพทย์แผนไทยซึ่งมีการบำบัดรักษาด้วยการนวดมากที่สุดพบว่าการบำบัดรักษาด้วยการนวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการนวดและการประคบควบคู่กัน

เสมอ (ร้อยละ 64.2) เพื่อลดการอักเสบจากการนวดและช่วยเสริมการนวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### 4.4 การอบสมุนไพร

การอบสมุนไพร เป็นวิธีการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพตามหลักการของแพทย์แผนไทย คือ ต้มสมุนไพรหลาย ๆ ชนิดรวมกัน ซึ่งประกอบด้วยสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยและสมุนไพรรักษาตามอาการ นำมาต้มจนเดือด ใช้น้ำ น้ำมันหอมระเหย และสารระเหยต่าง ๆ ซึ่งมีอยู่ในสมุนไพรจะออกมาสัมผัสถูกผิวหนังทำให้มีผลเฉพาะที่ และดูดซึมเข้าไปกับลมหายใจ มีผลต่อระบบทางเดินหายใจและผลทั่วร่างกาย ดังนั้นผลการรักษาด้วยการอบสมุนไพรที่ซึมผ่านผิวหนังและเข้าไปกับลมหายใจซึ่งมีประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น คลายความตึงเครียด ช่วยชำระล้างและขับของเสียออกจากร่างกาย ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ช่วยทำให้ระบบการหายใจดีขึ้น บรรเทาอาการ โรคภูมิแพ้ ช่วยรักษาโรคผิวหนังชนิดไม่ร้ายแรง และไม่ติดเชื้อ บรรเทาอาการปวดบวม เหน็บชา และอาการลมพิษ เป็นการส่งเสริมสุขภาพ อาจใช้ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ตามความเหมาะสม (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547 :140) จากการศึกษาของ เพ็ญญา ทวีชัยเจริญ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพและเพื่อบำบัดอาการของโรคโดยศึกษากับประชากรทุกรายที่มารับบริการการอบไอน้ำสมุนไพรที่ศูนย์สาธิตคลินิกการแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ผลการศึกษาพบว่า การอบไอน้ำสมุนไพรมีประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุดเพราะทำให้อาการเจ็บปวดหายไป และการอบทำให้เกิดความสบายตัว สดชื่น อย่างไรก็ตามเพื่อให้การอบมีประสิทธิภาพมากขึ้นควรใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่นการนวดและการให้ยา

#### 5. มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข

หลังจากมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้พิจารณาเห็นว่า มีความจำเป็นต้องจัดทำมาตรฐานทั้งระดับโรงพยาบาลและสถานอนามัย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ และสามารถคุ้มครองผู้บริโภคที่มารับบริการให้ได้รับบริการที่ถูกต้องปลอดภัย มีประสิทธิผล โดยมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2547: 1-6) ประกอบด้วย

### 5.1 สถานที่และเครื่องมือเครื่องใช้

สถานที่ที่จะต้องจัดให้มีความเหมาะสม มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ สะดวกปลอดภัย สะอาด เป็นระเบียบ และเอื้ออำนวยต่อการให้บริการ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการให้บริการ ดังนี้

5.1.1 ที่พักคอยผู้รับบริการ มีเพียงพอตามจำนวนผู้มารับบริการแต่ละวัน

5.1.2 บริเวณลงทะเบียนมีสมุดทะเบียนบันทึกผู้มารับบริการประจำวันหรือบันทึกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์

5.1.3 ห้องตรวจโรค ต้องจัดให้มี

ก. เตียงตรวจโรค ที่นอน ผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการ

ข. โต๊ะตรวจโรคพร้อมเก้าอี้ที่นั่ง

ค. อ่างล้างมือ พร้อมก๊อกน้ำชนิดใช้สอกเปิด-ปิด

ง. เครื่องมือเครื่องใช้ เช่น เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ เครื่องฟังตรวจ (Stethoscope)

เครื่องวัดความดันโลหิต

5.1.4 ห้องนวด

ก. ขนาดเหมาะสมตามจำนวนเตียง

ข. ประตูมีความกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร ด้านบนของประตูมี ช่องมองเป็นกระจกใส และไม่มีอุปกรณ์ล็อกประตู

ค. เตียงนวดมีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 2.00 เมตร สูง 0.40 เมตร ที่วางระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร กรณีเป็นพื้นยกสูงให้มีความสูงขนาด 0.40 เมตร

ง. เบาะที่นอนเป็นที่นอนแข็งหุ้มด้วยหนังเทียม หรือพลาสติกพร้อมผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าขางเตียง ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการ

จ. ถ้าเป็นห้องที่มีเตียงหลายเตียง ต้องมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน

5.1.5 ห้องอบไอน้ำสมุนไพร

ก. ห้องอบสมุนไพรเดี่ยว

(1) มีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 1.20 เมตร ความสูงของเพดานไม่น้อยกว่า 2.00 เมตร

(2) พื้น ผนัง ผ้าเพดานทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ทนน้ำ ทำความสะอาดง่าย ไม่ต้องทาสี

(3) ประตูทำด้วยวัสดุทนน้ำ มีความกว้างไม่น้อยกว่า 0.70 เมตรเปิดออกจากภายใน ไม่มีอุปกรณ์ล็อกประตู ด้านบนมีช่องมองกระจกใส

- (4) มีพัดลมดูดอากาศ หรือช่องระบายอากาศ เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก
  - (5) มีแสงสว่างเพียงพอสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในห้องชัดเจนตลอดไฟควรใช้ชนิดกันความชื้น และมีฝาครอบตลอด
  - (6) มีเครื่องควบคุมอุณหภูมิ (Thermostat) สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ไม่เกิน 45 องศาเซลเซียส
  - (7) ท่อระบายไอน้ำ ควรออกแบบให้กระจายความร้อน ได้ทั่วถึงติดตั้งอยู่ในที่ปลอดภัยและไม่อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสัมผัสได้
  - (8) มีริงสัญญาณเรียกในกรณีฉุกเฉิน
  - (9) มีสัญญาณเตือนบอกเวลา
  - (10) ที่นั่งพักหน้าห้องอบ พร้อมน้ำดื่ม
  - (11) หม้อต้มไอน้ำ มีตะแกรงแยกสุมไประออกจากน้ำ และมีระบบ Safety Valve
- ข. ห้องอบไอน้ำสุมไประรวม
- (1) มีขนาดไม่น้อยกว่า 1.50 x 1.20 เมตร ความสูงของเพดานไม่น้อยกว่า 2.00 เมตร

- (2) แยกห้องชาย – หญิง
  - (3) ลักษณะอื่นเช่นเดียวกับข้อ ก.
- ค. ตู้อบสุมไประ ลักษณะเช่นเดียวกับข้อ ก.
- 5.1.6 ห้องประคบ (ถ้ามี) มีลักษณะดังนี้
- ก. มีขนาดที่เหมาะสมตามจำนวนเตียง
  - ข. ประตูมีความกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร ด้านบนของประตูมีช่องมองกระจกใส และไม่มีอุปกรณ์ล็อกประตู
  - ค. เตียงประคบมีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 2.00 เมตร สูง 0.40 เมตร ที่ว่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร กระจกเป็นพื้นยกสูงให้มีความสูงขนาด 0.40 เมตร
  - ง. ที่นอนเป็นที่นอนแข็ง หุ้มด้วยหนังเทียม หรือพลาสติก พร้อมด้วยผ้าปูที่นอน ผ้าขาวางเตียง หมอนพร้อมปลอกหุ้ม ผ้าคลุมตัวผู้รับบริการ
  - จ. มีอ่างล้างมือ ก๊อกน้ำแบบใช้ศอก เปิด – ปิด
  - ฉ. มีพัดลมระบายอากาศ
  - ช. มีที่วางหม้อน้ำร้อน ถูประคบ อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความปลอดภัย สะดวกต่อการหยิบใช้

### 5.1.7 ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องอาบน้ำและห้องส้วมแยกประเภท ชาย – หญิง

- ก. มีขนาดไม่น้อยกว่า 1.00 x 1.00 เมตร และมีจำนวนเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ
- ข. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น
- ค. มีแสงสว่างเพียงพอ
- ง. มีตู้สำหรับเก็บของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการพร้อมกุญแจ
- จ. มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ
- ฉ. มีรองเท้าและเปลี่ยนสำหรับผู้รับบริการ

### 5.1.8 ห้องหรือบริเวณเก็บยา/จ่ายยา

- ก. มีขนาดพอเหมาะในการเก็บยา และจ่ายยา
- ข. มีการจัดเก็บยา เรียงยาไว้เป็นระเบียบ และแยกเป็นสัดส่วน

### 5.1.9 ห้องหรือบริเวณปรุงยา (หากมีการปรุงยา)

- ก. สถานที่สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยและแยกเป็นสัดส่วน
- ข. มีเครื่องชั่ง และดวง
- ค. มีตู้เก็บยาและอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นในการปรุงยา
- ง. มีอ่างล้างมือ

### 5.1.10 มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการตามความเหมาะสม

## 5.2 สิ่งแวดล้อม

หน่วยบริการแพทย์แผนไทยควรแยกเป็นสัดส่วน สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปมีลักษณะที่เหมาะสม ดังนี้

5.2.1 การระบายอากาศ ให้ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมอาคาร ในกรณีที่ระบายอากาศโดยวิธีธรรมชาติจะต้องมีช่องเปิดสู่ภายนอกอาคารไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่นั้น สำหรับการระบายอากาศโดยวิธีกล เช่น การใช้พัดลมดูดอากาศจะต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอในการระบายอากาศระหว่างภายในห้องและภายนอกอาคาร

5.2.2 มีแสงสว่างเพียงพอสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน เหมาะสมต่อกิจกรรมบริเวณนั้น

5.2.3 การจัดการมูลฝอย มีภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยในบริเวณต่างๆ อย่างเพียงพอ ตั้งอยู่ในที่สะดวกต่อการใช้งาน ตัวภาชนะทำด้วยวัสดุไม่ดูดซึมน้ำ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีฝาปิดมิดชิด

5.2.4 บริเวณภายในหน่วยบริการต้องสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยแบ่งพื้นที่ใช้สอยเหมาะสม

### 5.3 บุคลากร

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการแพทย์แผนไทย จะต้องมีความรู้ ทัศนคติที่เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

#### 5.3.1 หัวหน้างานแพทย์แผนไทย

- ก. มีความรู้ ประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไม่น้อยกว่า 1 ปี
- ข. ผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข

#### 5.3.2 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ

ก. มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมแผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย

#### 5.3.3 กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ก) มีความรู้ ทัศนคติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในการควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2545

### 5.4 การปฏิบัติงาน

5.4.1 มีการกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน

5.4.2 มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานและวิธีการปฏิบัติงานมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ที่ชัดเจน ซึ่งครอบคลุม การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

### 5.5 การควบคุมคุณภาพ

5.5.1 มีแบบรายงานและทบทวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการมารับบริการ และรายงานภายใน 7 วัน เพื่อกำหนดมาตรการ

5.5.2 มีการกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐาน เช่นการวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ



## 5.6 การจัดบริการ

### 5.6.1 ระดับโรงพยาบาล มีการจัดบริการ ดังนี้

#### ก. การส่งเสริมสุขภาพ

(1) จัดให้มีการให้ความรู้ สาธิต สอน แสดงด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การฝึกจิต ทำสมาธิ สวดมนต์ อาหารสุขภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

(2) จัดกิจกรรมนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

(3) จัดกิจกรรมการอบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

#### ข. ด้านการป้องกันโรค

(1) การจัดสมดุร่างกาย เช่น การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน

(2) การให้ความรู้ เรื่องการรับประทานอาหารผักพื้นบ้านต้านโรค

(3) การให้ความรู้ เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน

(4) จัดกิจกรรมการนวดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

#### ค. การรักษาโรค

(1) บันทึกรวดตรวจวินิจฉัยด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

(2) การจ่ายยาและรักษาอาการของโรคตามผลการวินิจฉัย ด้วย

- การใช้ยาสมุนไพร ต้องมีอย่างน้อย 10 รายการ แต่ละรายการ ต้องผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/หรือผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม/หรือรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข/หรือผลิตโดยโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- การนวด (ถ้ามี)

- การประคบสมุนไพร (ถ้ามี)

- การอบสมุนไพร (ถ้ามี)

#### ง. การฟื้นฟูสุขภาพ

(1) การนวดผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต

(2) มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การให้อาหารสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร

### 5.6.2 ระดับสถานีนามัย มีการจัดบริการ ดังนี้

#### ก. การส่งเสริมสุขภาพ

(1) จัดให้มีการให้ความรู้ สาธิต สอน แสดงด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การฝึกจิต ทำสมาธิ สวดมนต์ อาหารสุขภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

- (2) จัดกิจกรรมนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (ถ้ามี)
- (3) จัดกิจกรรมการอบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (ถ้ามี)

ข. ด้านการป้องกันโรค

- (1) การจัดสมดุร่างกาย เช่น การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน
- (2) การให้ความรู้ เรื่องการรับประทานอาหารผักพื้นบ้านต้านโรค
- (3) การให้ความรู้ เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค
- (4) จัดกิจกรรมการนวดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

ค. การรักษาโรค

- (1) บันทึกการตรวจวินิจฉัย
- (2) การจ่ายยาและรักษาอาการของโรคตามผลการวินิจฉัย ด้วย

- การใช้ยาสมุนไพร ต้องมีอย่างน้อย 5 รายการ แต่ละรายการต้องผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/หรือ ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม/หรือ รับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข/หรือผลิตโดยโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- การให้บริการนวด การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร (ถ้ามี)

- การรักษาโรคดังกล่าวให้เป็นไปตามคู่มือและข้อกำหนดของกระทรวง

สาธารณสุข

ง. การฟื้นฟูสุขภาพ

(1) มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การให้อาหารสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร

**6. ระดับการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข**

การดำเนินงานในสถานบริการสาธารณสุข ได้มีการจัดระดับรูปแบบการแพทย์แผนไทย ออกเป็น 4 ระดับ (ธนิดา ชุมนบุญจันทร์, 2546:19) คือ

ระดับที่ 1 มีการนำสมุนไพรไปให้บริการกับคนไข้

ระดับที่ 2 มีการนำสมุนไพรไปให้บริการกับคนไข้ มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทย คือ นวด อบ ประคบ

ระดับที่ 3 มีการนำสมุนไพรไปให้บริการกับคนไข้ มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทย และมีการผลิตสมุนไพร

ระดับที่ 4 มีการนำสมุนไพรไปให้บริการกับคนไข้ มีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทย มีการผลิตสมุนไพร และพัฒนาให้เป็นศูนย์การฝึกอบรม

## แนวคิดเกี่ยวกับการบริหาร

### 1. ความหมายและหลักการของการบริหารสาธารณสุข

การบริหาร (Administration) เป็นการจัดการ (Management) อย่างมีระเบียบแบบแผน เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และทำให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (ทองหล่อ เดชไทย, 2536 : 5) การบริหารเป็นเครื่องมือช่วยให้การรวมตัวของทรัพยากร และการร่วมมือกันทำงานให้เป็นที่ไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์การจะมีประสิทธิภาพเพียงใด หรือจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ทำหน้าที่ด้านการจัดการในองค์กรนั้น

คำว่า “การบริหาร” และ “การจัดการ” บางครั้งอาจใช้แทนกันได้เพราะคำสองคำนี้เป็นกิจกรรมที่หวังผลขั้นสุดทำอย่างเดียวกัน คือ ความสำเร็จของงาน การบริหารนั้นมุ่งเน้นที่การกำหนดนโยบายและการวางแผน ส่วน การจัดการ เป็นการนำเอานโยบายและแผนไปดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ส่วนคำว่า “สาธารณสุข” ตามความหมายของ ศาสตราจารย์วินสโลว์ (Winslow, n.d. อ้างถึงใน ทองหล่อ เดชไทย, 2536 : 5) แห่งมหาวิทยาลัยเยล (Yale) หมายถึงศาสตร์และศิลป์แห่งการป้องกันโรค การทำให้มีชีวิตรื่นยาว และการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจให้มีประสิทธิภาพ โดยการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวินิจฉัยระยะเริ่มแรก การป้องกันและการรักษาโรคตลอดจนการพัฒนาวิถีทางสังคมเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีมาตรฐานการครองชีพที่ดี มีความเป็นอยู่เหมาะสมสำหรับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์

ฉะนั้น การบริหารสาธารณสุขจึงเป็นการนำเอาหลักการ วิธีการ และเทคนิคของการจัดการเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม ด้วยการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มชน ซึ่งมีหลักปฏิบัติที่สำคัญเช่นเดียวกับการบริหารงานทั่วไป อันประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การควบคุมบังคับบัญชา การงบประมาณ และการประเมินผลไว้ (ทองหล่อ เดชไทย, 2536 : 5) ซึ่งขอบเขตของการบริหาร

สาธารณสุขครอบคลุมถึงการจัดบริการสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการรักษาพยาบาล 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ

การพิจารณาการบริหารสาธารณสุขด้วยการวัดความสำเร็จของงานสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียวนั้นย่อมไม่เป็นการเพียงพอ เพราะยังมีปัจจัยหรือเกณฑ์อื่น ๆ ที่ต้องคำนึงถึง อีกหลายประการ (ทองหล่อ เฉชไทย, 2536: 11-12) ดังต่อไปนี้

1) ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึงการดำเนินงานสาธารณสุขด้วยการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรการบริหารประกอบด้วยคน เงิน และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ มีสมดุลยภาพ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับเจ้าหน้าที่ประเภทต่าง ๆ โดยพิจารณาถึงความสามารถและความชำนาญของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความพึงพอใจในระหว่างผู้รับบริการและครอบคลุมไปทุกกลุ่มชน

2) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) หมายถึงผลความสำเร็จ หรือการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ วัดได้จากการเปรียบเทียบความสำเร็จของงานที่ปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า แต่การบริหารงานสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพนี้ไม่แน่ว่าจะมีประสิทธิภาพเสมอไป เพราะความสำเร็จของงานสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้นั้นอาจต้องใช้ทรัพยากรการบริหารมากจนเกินความจำเป็น

3) การประหยัด (Economy) การประหยัดนี้มิได้หมายความว่าเพียงแต่การระมัดระวังการใช้จ่ายเงินเท่านั้น ต้องรวมถึงทรัพยากรการบริหารอื่น ๆ ทั้งด้านกำลังคนและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ นอกจากนี้เวลาก็เป็นปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมด้วยเสมอ เพราะงานสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลดีเลิศแต่ต้องใช้เวลาอันเกินไปไม่สมดุลกันก็ถือว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบริหาร

4) ความเป็นธรรม (Equity) ความเป็นธรรมจะช่วยทำให้เกิดความเสมอภาคปราศจากการเลือกที่รักมักที่ชังขึ้นในสังคม ฉะนั้นการบริหารสาธารณสุขด้วยความเป็นธรรมนี้จำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการด้วย ไม่ควรมีการแบ่งแยกชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา ทุกคนควรมีสติเท่าเทียมกันในโอกาสที่จะรับบริการ

5) การครอบคลุม (Coverage) การครอบคลุมของบริการสาธารณสุขนั้นเป็นส่วนหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบริหารงานสาธารณสุขนอกเหนือจากสมดุลยภาพของการใช้ทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่ ซึ่งวัดได้จากองค์ประกอบด้วยการกระจายของบริการอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละประเภทต่อประชากร และปริมาณการใช้บริการสาธารณสุขที่จัดให้ นอกจากนี้คุณภาพของบริการสาธารณสุขที่จัดให้ก็อาจใช้เป็นดัชนีวัดประสิทธิภาพของการบริหารสาธารณสุขได้อีกด้วย

6) ความซื่อสัตย์และมีเกียรติ (Honest And Hon our) ความซื่อสัตย์ เกียรติยศ ชื่อเสียง และจรรยาวิชาชีพ ซึ่งอาจถือเป็นธรรมเนียมในการบริหารงานว่าการปฏิบัติงานใด ๆ ก็ตามต้องดำเนินไปด้วยความตั้งใจและเต็มใจ ถูกต้องตามระเบียบแบบแผนซึ่งจะนำมาซึ่งความรักและนับถือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดแรงเสริมสำหรับการบริหารงานให้เจริญก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป นอกจากนี้ผู้บริหารที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมและจริยธรรมอยู่ในจิตใจ วางตนอยู่ในกรอบแห่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน

## 2. ความหมายและหน้าที่ของผู้บริหาร

ผู้บริหาร (Administrator) หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบให้การปฏิบัติงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) โดยที่ความมีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรในกระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อบรรลุจุดหมายขององค์กรได้ดี ส่วนความมีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดจุดหมายขององค์กรได้ (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2542 : 3-4) โดยทั่วไปแล้วระดับของผู้บริหารแบ่งออกได้ 3 ระดับ คือ 1) ผู้บริหารระดับสูง ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อองค์กรทั้งหมด 2) ผู้บริหารระดับกลาง รับผิดชอบต่อผู้บริหารระดับต้นที่อยู่ได้สังกัด 3) ผู้บริหารระดับต้น รับผิดชอบต่อผู้ปฏิบัติงานในสังกัด โครงสร้างการจัดองค์กรต่าง ๆ

ในการบริหารของผู้บริหารต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมองค์กร 2 ลักษณะคือ 1) สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment) หรือบางครั้งเรียกวัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture) 2) สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment) โดยองค์กรจะนำเอาทรัพยากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์และที่ไม่ใช่มนุษย์ (ปัจจัยป้อนเข้า) มาจากระบบที่ใหญ่กว่า (สภาพแวดล้อมภายนอก) จากนั้นจะเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงองค์กร (สภาพแวดล้อมภายใน) อันจะนำไปสู่ผลผลิตหรือการบริการที่ต้องการ (ปัจจัยป้อนออก) ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวผู้บริหารต้องประสานกิจกรรมทั้งหมดภายในองค์กรเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ตามที่ต้องการ สภาพแวดล้อมภายในหรือวัฒนธรรมองค์กร ประกอบด้วยค่านิยม ความเชื่อ ปทัสถาน ที่คนในองค์กรยึดถือร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีผลสำคัญต่อประสิทธิผลขององค์กร ซึ่งคินิสัน (Denison, 1984. อ้างถึงใน วิโรจน์ สารรัตนะ, 2542 : 8) ได้จำแนกออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านที่เป็นตัวส่งเสริมต่อการบรรลุจุดมุ่งหมายองค์กร (Direction) ด้านที่เป็นที่แพร่หลายในองค์กร (Pervasiveness) และด้านที่คนในองค์กรให้การยอมรับ (Strength) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์กรอาจมีผลในทางบวกต่อความมีประสิทธิภาพขององค์กร หากวัฒนธรรมนั้นส่งเสริมต่อการบรรลุจุดหมายขององค์กร แพร่หลายใน

วงกว้าง และได้รับการยอมรับ อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมอาจส่งผลในทางลบหากวัฒนธรรมนั้นเป็นที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับแต่ไม่ส่งเสริมการบรรลุจุดหมายขององค์กร ดังนั้นผู้บริหารควรเสริมสร้างหรือก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมองค์กรขึ้น โดยได้เสนอขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของ ไคลแมนน์ (Kilmann, 1985. อ้างถึงในวิโรจน์ สารรัตนะ, 2542 : 3-4) ไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำให้กระจ่างในปทัสฐานที่แท้จริง (Surfacing Actual Directions) โดยอาจใช้วิธีการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ให้สมาชิกองค์กรระบุปทัสฐานที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อทัศนคติและการกระทำของพวกเขา 2) ทำให้ชัดเจนในทิศทางใหม่ (Articulating New Directions) สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ทิศทางขององค์กรและระบุพฤติกรรมที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร 3) สร้างปทัสฐานใหม่ (Establishing New Norms) โดยให้สมาชิกพัฒนาปทัสฐานที่มีผลทางบวกต่อองค์กร 5) ปิดช่องว่างของวัฒนธรรม (Closing Culture Gaps) กำหนดเงื่อนไขการยอมรับในวัฒนธรรมใหม่และการพัฒนาสิ่งจูงใจเพื่อความยั่งยืนของวัฒนธรรมองค์กรที่พึงประสงค์

### 3. บทบาทของผู้บริหาร

ในแต่ละองค์กรจะแบ่งบุคคลออกเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายปฏิบัติการกับฝ่ายบริหาร สำหรับฝ่ายบริหารจะมีบุคคลที่เรียกว่า ผู้บริหาร มีหน้าที่คอยจัดการดูแลให้ฝ่ายปฏิบัติการดำเนินการด้วยความรวดเร็ว เรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามจุดหมายขององค์กร หลายคนไม่เข้าใจว่าบทบาทการจัดการของผู้บริหารประกอบด้วยบทบาทใดบ้าง และแต่ละบทบาทมีกิจกรรมหลักที่ควรปฏิบัติประการใด ดังนั้นในที่นี้จะนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทการจัดการของผู้บริหารตามแนวคิดของ เฮนรี มินท์ซ์เบิร์ก (Henry Mintzberg, n.d. อ้างถึงใน ธวัช บุญยมติ, 2547 : 77-80) ที่ได้ทำการศึกษาบทบาทของผู้บริหาร โดยการสังเกตแบบมีโครงสร้างกว้าง ๆ (Extensive Structure Observation Study) จากผู้บริหาร และได้สรุปบทบาทการบริหาร (Administrative Roles) หรือ บทบาทการจัดการ (Managerial Roles) ของผู้บริหารไว้ทั้งหมด 10 ประการ ไว้ดังนี้

3.1 บทบาทประมุข (Figurehead Role) สืบเนื่องจากผู้บริหารมีอำนาจอย่างเป็นทางการในฐานะของหัวหน้าองค์กร จึงถูกกำหนดให้แสดงหน้าที่เป็นตัวแทนหรือสัญลักษณ์ขององค์กร ที่ถูกต้องตามกฎระเบียบหรือลักษณะของสังคม

3.2 บทบาทผู้นำ (Leader Role) ผู้บริหารเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการให้หน่วยย่อยต่าง ๆ ในองค์กรปฏิบัติตามหน้าที่ (Function) อย่างผสมผสาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้น ผู้บริหารต้องนำผู้ใต้บังคับบัญชา ต้องแน่ใจว่าผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับการจูงใจและก่อให้เกิดความพอใจในการปฏิบัติงาน

3.3 บทบาทผู้ประสาน (Liaison Role) บทบาทผู้ประสานของผู้บริหารครอบคลุมถึงพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างและจรรโลงเครือข่ายความสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกองค์กร ความสัมพันธ์เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นในฐานะที่เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารและแหล่งสนับสนุน การพัฒนาการติดต่อและความสัมพันธ์เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารที่จะต้องเชื่อมโยงองค์กรเข้ากับสภาพแวดล้อมภายนอก ความสัมพันธ์ในแนวราบ (Horizontal Relationships) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้บริหารระดับกลางและระดับต้น หัวใจบทบาทของผู้ประสานคือ การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลและองค์กรใหม่เพิ่มขึ้น รักษาสัมพันธภาพ และสร้างความประทับใจ ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารได้รับความนิยม และการสนับสนุน

3.4 บทบาทผู้รับข่าว (Monitor Role) ผู้บริหารต้องแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การอ่านรายงานและบันทึกต่าง ๆ รายงานการเข้าร่วมประชุมและข้อสรุป ข้อสังเกตจากการดูงาน ข้อมูลข่าวสารบางเรื่องมาจากผู้ใต้บังคับบัญชา หรือบุคคลภายนอก ข้อมูลข่าวสารเกือบทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและโอกาสและพัฒนาความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ภายนอกและกระบวนการภายในแผนกต่าง ๆ ของผู้บริหาร เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ

3.5 บทบาทผู้กระจายข่าว (Disseminator Role) ผู้บริหารมีโอกาเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งผู้ใต้บังคับบัญชาไม่สามารถกระทำได้ ผู้บริหารเป็นผู้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลภายนอกหรือจากผู้ใต้บังคับบัญชาแล้วส่งผ่านไปยังสมาชิกในองค์กร ข้อมูลข่าวสารบางเรื่องเป็นข้อเท็จจริงตามหลักธรรมชาติ บางเรื่องเกี่ยวข้องกับการแปลความหมายและการบูรณาการจากผู้ที่มีอำนาจขององค์กร ข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงบางเรื่องสามารถส่งต้นฉบับไปให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ทันที บางเรื่องผู้บริหารต้องแปลความหมายและเรียบเรียงใหม่ ข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข่าว หรือมีผลต่อผู้ใต้บังคับบัญชา หรือต้องรับผิดชอบต่อคำถามของผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหารต้องแปลงข้อมูลข่าวสารนั้นให้อยู่ในรูปของแนวทางการทำงาน เช่น กฎระเบียบ เป้าหมาย นโยบาย หรือมาตรฐานขององค์กร

3.6 บทบาทโฆษก (Spokesman Role) ผู้บริหารต้องถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารไปสู่บุคคลภายนอกแผนกของตน เช่น ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแผนงาน นโยบาย กิจกรรม และผลการดำเนินงานขององค์กร ผู้บริหารระดับกลางและระดับต้นต้องรายงานต่อผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป ผู้บริหารระดับสูงต้องรายงานต่อกรรมการบริหาร ผู้บริหารแต่ละระดับถูกคาดหวังให้แสดงบทบาทเหมือนกับเป็นผู้แนะนำชักชวน (Lobbyist) และประชาสัมพันธ์ไปยังผู้บริหารระดับสูงและบุคคลภายนอกองค์กร

3.7 บทบาทผู้ริเริ่มดำเนินการ (Entrepreneur Role) ผู้บริหารองค์กรหรือหัวหน้าแผนกต้องเป็นผู้ริเริ่มและวางแผนควบคุมการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้มีโอกาประสบความสำเร็จในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในรูปแบบของการปรับเปลี่ยน เช่น การ

พัฒนาหลักสูตร การจัดสร้างองค์กรใหม่ การปรับแผนบางแผนผู้บริหารต้องให้คำปรึกษาโดยตรง และบางแผนอาจมอบหมายให้ผู้ได้บังคับบัญชาเป็นผู้ดำเนินการ

3.8 บทบาทผู้แก้ไขปัญหา (Disturbance-Handler Role) ในบทบาทผู้แก้ไขปัญหา ผู้บริหารจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ซึ่งไม่สามารถละเลยได้ ผู้บริหารต้องรับรู้ถึงความผิดปกติหรือความแปรเปลี่ยนที่เกิดขึ้นจากปัญหาต่าง ๆ และมีความตั้งใจในการแก้ไขปัญหาให้ประสบความสำเร็จ

3.9 บทบาทผู้จัดสรรทรัพยากร (Resource Allocator Role) ผู้บริหารมีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร ได้แก่ เวลา งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และบริการต่าง ๆ บทบาทในการจัดสรรทรัพยากรที่สำคัญประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ การวางแผนการใช้เวลา การวางแผนการปฏิบัติงาน การให้อำนาจการตัดสินใจ การวางแผนการใช้เวลาผู้บริหารต้องสื่อสารให้บุคคลอื่นทราบว่าอะไรสำคัญ อะไรไม่สำคัญ และในแต่ละช่วงเวลาควรจะทำอะไร ในการวางแผนปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องควบคุมและจัดทำตารางการใช้เวลาของบุคคลอื่น ๆ ในทางปฏิบัติผู้บริหารจะตัดสินใจว่าจะทำอะไร โดยใคร และอยู่ภายใต้เงื่อนไขอะไร เพื่อให้แน่ใจว่าเรื่องนั้นเป็นประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับสูง ในการให้อำนาจการตัดสินใจ ถึงแม้ว่าผู้บริหารจะมอบหมายอำนาจการตัดสินใจให้กับผู้ได้บังคับบัญชาแล้ว แต่ยังคงควบคุมการตัดสินใจที่สำคัญไว้ เพื่อให้แน่ใจว่าเวลาและพลังงาน (Energy) ถูกใช้ไปในเรื่องที่สำคัญอย่างเหมาะสม

3.10 บทบาทผู้เจรจาต่อรอง (Negotiator Role) บทบาทของผู้บริหารในระหว่างการเจรจาต่อรอง เป็นไปได้ที่จะมีทั้งบทบาทผู้จัดสรรทรัพยากร โฆษก และบทบาทประมุข ซึ่งรวมกันเป็นบทบาทผู้เจรจาต่อรอง ผู้บริหารระดับสูงสมควรมีส่วนร่วมในการเจรจาต่อรองต่าง ๆ ผู้บริหารระดับกลาง และระดับต้น จะต้องแสดงบทบาทนี้ด้วย แต่จะเป็นการเจรจาต่อรองที่เกิดขึ้นในระหว่างแผนกต่าง ๆ ในองค์กรและส่วนมากจะเป็นการเจรจาต่อรองที่ไม่เป็นทางการ



## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรม

การยอมรับนวัตกรรมของบุคคล ตามแนวคิดของฟอสเตอร์ (Foster, 1973. อ้างถึงใน จำเป็น ชาญชัย, 2535 : 17) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้เรียนรู้ โดยผ่านขั้นตอนการศึกษา สามารถบรรยายได้โดยผ่านขั้นตอนการรับรู้ และการยอมรับจะเกิดขึ้นได้หากมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้นั้นจะได้ผลก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้ทดลองปฏิบัติ เมื่อเขาแน่ใจแล้วว่าสิ่งนั้นให้ประโยชน์แก่เขาได้ เขาจึงกล้าลงทุนเพื่อสิ่งนั้น ทั้งนี้บุคคลนั้นจะต้องรับสิ่งนั้นด้วยความเต็มใจ พอใจ เลื่อมใส และเชื่อถือ โดยสามารถแสดงออกมาให้บุคคลอื่น ๆ ทราบได้อย่างชัดเจนทางพฤติกรรมของบุคคล (นิภา ลิขิตประเสริฐ, 2532 : 22) จะเห็นว่ากระบวนการยอมรับของบุคคล เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับความรู้สึทางด้านจิตใจ ในการยืนยันการตัดสินใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง โดยผ่านการรับรู้ในขั้นต้นจนกระทั่งถึงการตัดสินใจที่ยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งนั้นๆ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2526 : 14) และกระบวนการยอมรับของใหม่ตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 1964. อ้างถึงใน ประยุทธ์ โขชัย, 2537 : 29) ยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ เช่น ปัจจัยส่วนตัวของผู้รับของใหม่ ซึ่งประกอบด้วย ระดับอายุของบุคคล (Age) สถานภาพทางสังคม (Social Status) ฐานะทางเศรษฐกิจ (Financial Position) ซึ่งรวมไปถึงรายได้ ขนาดที่ดินที่ถือครอง หรือทรัพย์สินต่าง ๆ ที่ครอบครองอยู่ และความสามารถเฉพาะอย่าง (Specialization) ซึ่งรวมถึงระดับการศึกษาและความสามารถทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านคุณสมบัติของผู้ทำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลหรือสังคม อันได้แก่ ความรู้ความเข้าใจต่อนวัตกรรมนั้น ๆ ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือเป็นบุคคลที่มีลักษณะชอบเสี่ยง ชอบทดลอง ปัจจัยด้านลักษณะของใหม่ เช่น นวัตกรรมนั้นอยู่ในระดับที่ดีกว่าของเดิมหรือไม่ มีความสลับซับซ้อนเพียงใด และขัดต่อค่านิยมหรือบรรทัดฐานของระบบสังคมนั้นๆ หรือไม่อย่างไร (จำเป็น ชาญชัย, 2535 : 24)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การยอมรับเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะรับเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้และทดลองปฏิบัติมาขั้นหนึ่ง และเห็นว่าสิ่งนั้น มีคุณค่า มีประโยชน์ และน่าเชื่อถือ แล้วรับเอาไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยการยอมรับยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยลักษณะของใหม่ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงปัจจัยส่วนตัวของผู้รับ เช่น อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม เป็นต้น

## 2. ทฤษฎีกระบวนการรับของใหม่ (Process of Adoption Theory)

โรเจอร์ (Rojers, 1963 อ้างถึงใน ประยงค์ โจษัด, 2541 : 17) ได้แบ่งลักษณะของบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Innovator) เป็นบุคคลที่ชอบเสี่ยงกล้าได้กล้าเสีย พวกนี้กระหายที่จะนำแนวคิดใหม่ๆ มาปฏิบัติ
2. ผู้ยอมรับเอาของใหม่มาใช้ในขั้นแรก (Early Adopter) บุคคลพวกนี้มักมีการเกี่ยวข้องกับชุมชนของตัวเองมากกว่าพวกแรก มีระดับการเป็นผู้นำ มักจะมีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมเผยแพร่เกี่ยวกับสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ จึงนับได้ว่าเป็นบุคคลที่ช่วยให้การเผยแพร่ขยายสิ่งใหม่สู่ชุมชนเร็วยิ่งขึ้น
3. บุคคลส่วนใหญ่จะยอมรับตาม (Early Majority) บุคคลพวกนี้จะยอมรับเอาของใหม่มาใช้ก่อนหน้าพวกชาวบ้านโดยทั่วไปเพียงเล็กน้อยแต่ไม่ค่อยมีฐานะเป็นผู้นำด้านใดด้านหนึ่งมากนัก ดังนั้นระยะเวลาการยอมรับจึงนานกว่าสองพวกแรก
4. บุคคลที่รับสิ่งใหม่ช้า (Late Majority) บุคคลพวกนี้เป็นพวกที่ยอมรับสิ่งใหม่และวิธีการใหม่ ๆ ช้ากว่าชาวบ้านทั่วไปเล็กน้อย
5. พวกล่าหลัง (Laggard) เป็นพวกสุดท้ายที่รับของใหม่มาใช้ พวกนี้มักมีความระแวง สงสัยในสิ่งใหม่และผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ในการที่บุคคลจะยอมรับนวัตกรรม (Innovation) ใหม่ไปช่วยแก้ปัญหาหนึ่ง ตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers, 1983. อ้างถึงใน กัทธนา ลิ้มชวลิต, 2539 : 19-20) จะต้องผ่านกระบวนการยอมรับ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นรับรู้ (Awareness Stage) หมายความว่าปัจเจกบุคคลได้เริ่มรับรู้ เรียนรู้กับวิทยาการใหม่ หรือความคิดใหม่เป็นครั้งแรก แต่ยังไม่เข้าใจข่าวสารข้อมูลในเรื่องนั้นๆ
2. ขั้นสนใจ (Interest Stage) หมายความว่า ปัจเจกบุคคลเริ่มพัฒนาขึ้น โดยให้ความสนใจในนวัตกรรมนั้นๆ และเสาะแสวงหาข่าวสารข้อมูลเพิ่มเติมขึ้น
3. ขั้นประเมินค่า (Evaluation Stage) หมายความว่า ปัจเจกบุคคล คิดทบทวนอยู่ในใจเกี่ยวกับความคิดใหม่ๆ ว่ามีผลดีผลเสียต่อเขาในปัจจุบันและอนาคตหรือไม่อย่างไร และถึงจะตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ

4. **ขั้นทดลอง (Trial Stage)** หมายความว่า ปัจเจบุคคลเริ่มนำความคิดใหม่ๆ นั้น ไปทดลองประยุกต์ในวงแคบๆ เพื่อที่จะพิจารณาคุณภาพประโยชน์ว่าจะดีหรือไม่เพียงใด ก่อนที่จะตัดสินใจยอมรับหรือไม่ต่อไป

5. **ขั้นยอมรับ (Adoption Stage)** หมายความว่า ปัจเจบุคคลยอมรับผลการทดลองจากขั้นตอนที่แล้ว โดยตัดสินใจนำความคิดใหม่นั้นไปปฏิบัติต่ออย่างเต็มขั้นและต่อเนื่อง

สำหรับคุณลักษณะของนวัตกรรม ที่มีผลต่อการยอมรับนั้น โรเจอร์ (Rogers, 1983. อ้างถึงใน จำเป็น ชาญชัย. 2535 : 19-20) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของนวัตกรรมซึ่งจะมีผลต่อการยอมรับไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การมองเห็นว่ามีประโยชน์หรือได้เปรียบเมื่อเทียบเคียง (Relative Advantage) คือ การที่ผู้รับนวัตกรรมคิดว่านวัตกรรมที่ตนรับใหม่เข้ามาแทนที่นั้น อยู่ในระดับที่ดีกว่าความคิดเก่า สิ่งเก่า การจะวัดว่าจะมีประโยชน์มากกว่า หรือดีกว่านั้นอาจวัดได้หลายทาง เช่น ในแง่ของเศรษฐกิจ คือให้กำไรมากกว่า ความเชื่อถือในสังคม ความสะดวกสบาย และความพึงพอใจ การมองเห็นว่ามีประโยชน์นี้ ซึ่งประโยชน์ในด้านของรูปธรรม (Objective) ไม่ใช่สิ่งสำคัญ แต่สิ่งสำคัญอยู่ที่ การที่บุคคลผู้รับนวัตกรรมนั้นเห็นว่านวัตกรรมมีคุณค่า มีประโยชน์ และยังมีผู้เห็นถึงคุณค่า และประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นมากเพียงไร อัตราการยอมรับนวัตกรรมนั้นก็เพิ่มมากขึ้น

2. ความเข้ากันได้ (Compatibility) หมายถึงการที่นวัตกรรมนั้นมีลักษณะที่เข้ากันได้ หรือไปด้วยกันได้กับค่านิยม ประสพการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และความต้องการของผู้ที่ยอมรับนวัตกรรมนั้น ความคิดใหม่หรือนวัตกรรมใดที่ไม่สามารถเข้ากันได้ กับค่านิยมของสังคมนั้น และในการยอมรับนวัตกรรมที่เข้ากันได้ไม่ได้กับค่านิยม ระบบสังคมนั้นๆ ก่อนอื่นต้องสร้างให้เกิดการยอมรับระบบค่านิยมใหม่เสียก่อน จึงจะทำให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมนั้นได้

3. ความสลับซับซ้อน (Complexity) หมายถึงในลักษณะที่นวัตกรรมนั้นมีความสลับซับซ้อนยากต่อความเข้าใจและนำไปใช้ นวัตกรรมบางอย่างถ้ามีลักษณะที่ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก สมาชิกในสังคมสามารถที่จะเข้าใจได้ทันที นวัตกรรมลักษณะนี้ก็ได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็ว ในทางตรงข้ามหากนวัตกรรมนั้นมีลักษณะเข้าใจยาก ซับซ้อน นวัตกรรมนั้นก็ต้องใช้เวลาานกว่าจึงจะเกิดการยอมรับ เพราะต้องใช้เวลาสร้างความเข้าใจ และพัฒนาทักษะขึ้นมาอีกระดับหนึ่งด้วย

4. ความสามารถในการนำไปทดลองใช้ (Trialability) คือ การที่นวัตกรรมมีลักษณะที่สามารถถูกนำไปทดลองใช้ในปริมาณจำกัดเล็ก ๆ ได้ นวัตกรรมใดซึ่งสามารถถูกแบ่งเป็นส่วนต่างๆ เพื่อนำไปทดลองใช้ในปริมาณจำกัดได้ นวัตกรรมนั้นก็จะถูกยอมรับได้รวดเร็วกว่านวัตกรรมซึ่งไม่สามารถแบ่งออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ทดลองเมื่อนำไปใช้ทดลองใช้ ตนเองจะรู้สึก

เสี่ยงน้อยลง อันจะมีผลให้นวัตกรรมนั้นมีการยอมรับได้เร็วขึ้น เพราะมีโอกาสและความเป็นไปได้ในการถูกนำไปทดลองเรียนรู้ตนเอง

5. ความสามารถในการสังเกตเห็น (Observability) คือการที่นวัตกรรมนั้นมีผลออกมาในลักษณะที่สามารถมองเห็นได้ ซึ่งถ้ามีลักษณะที่มองเห็นผลได้ง่ายมากเท่าใด นวัตกรรมนั้นก็就会被ยอมรับได้ง่ายขึ้นเท่านั้น

สรุปได้ว่าบุคคลที่จะยอมรับนวัตกรรมใหม่ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล โดยที่บุคคลที่จะยอมรับนวัตกรรมจะต้องผ่านการระบวนการยอมรับ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นรับรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ขั้นสนใจในนวัตกรรม ขั้นประเมินค่า ขั้นทดลอง จนถึงขั้นการยอมรับโดยตัดสินใจนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติอย่างเต็มขั้นและต่อเนื่อง นอกจากนี้การยอมรับขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของนวัตกรรม ต้องเห็นว่านวัตกรรมนั้นมีประโยชน์ มีคุณค่า เข้ากันได้กับค่านิยมของสังคมนั้น ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก มีความสามารถในการนำไปทดลองใช้ และมีความสามารถในการสังเกตที่มองเห็นผลได้ง่าย

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เพื่อศึกษาการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ หมายถึงการที่ผู้บริหารมีการยอมรับถึงประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยและยอมรับที่จะให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการยอมรับยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยลักษณะของใหม่ ปัจจัยด้านนโยบาย และปัจจัยด้านงบประมาณ รวมถึงปัจจัยส่วนตัวของผู้รับ เช่น อายุ ตำแหน่ง ศาสนา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการเข้ารับการศึกษาอบรม

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยในประเทศ

สุภาภรณ์ ทองเจิม (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาระดับการยอมรับเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการศึกษาของศึกษานิเทศก์อำเภอและครูวิชาการกลุ่มการศึกษา 8 พบว่าปัจจัยทางด้านประสบการณ์ระยะเวลาในการทำงาน คุณวุฒิทางการศึกษามีความแตกต่างกันในระดับการยอมรับนวัตกรรมทางด้านหลักสูตร ด้านการบริหารและบริการ

บุรินทร์ บุรัตน์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องระดับการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษาของศึกษานิเทศก์อำเภอและครูวิชาการ กลุ่ม โรงเรียนในเขตการศึกษา 10 ผลการศึกษาพบว่าศึกษานิเทศก์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานนาน และครูวิชาการที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีคุณวุฒิทางการศึกษาต่างกัน และมีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีระดับการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษาแต่ละด้านอยู่ในระดับเดียวกัน

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ (2529 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับวิทยาการแพนใหม่ของเกษตรกรชาวนาเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ทักษะมีความสำคัญต่อการยอมรับ

วิทยา เจียรพันธ์ (2533 : อ้างถึงใน กัทธนา ลิ้มชวลิต, 2539 : 29) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การยอมรับวัสดุอุปกรณ์การเกษตรของเกษตรกรลูกค้าธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางจิตลักษณะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับวิทยาการของเกษตรกร ส่วนปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจถึงจะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับวิทยาการการเกษตรของเกษตรกรแต่ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการผลิตของเกษตรกรด้วย

ราณี วิริยะเจริญกิจ (2535. อ้างถึงใน ประกายแก้ว ธนสุวรรณ, 2543 : 14) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 214 คน พบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานจริง ด้านบริหารจัดการ ในบทบาทรวมทุกด้าน และประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานจริงด้านบริการจัดการ

ชุตินา ทิพย์โอสถ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า อายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุของครูอนามัยโรงเรียน ความรู้ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ทักษะต่อการดำเนินงานอนามัย

โรงเรียน การฝึกอบรม วุฒิต่างการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน

ประยูร โขชัย (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาใน โครงการการศึกษาเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน ในเขตชนบท จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาใน โครงการการศึกษาเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน ในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ประสบการณ์การทำงาน และจำนวนครูในโรงเรียน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษา ได้แก่ อายุ รายได้ การเข้ารับการฝึกอบรม ทักษะที่มีต่อโครงการ ความรู้ในโครงการ และงบประมาณสนับสนุน

สมัญติ คำपालะ (2537 : อ้างถึงใน กัทธนา ลิมชวลิต, 2539: 29) ได้ศึกษาการยอมรับการใช้ไมโครคอมพิวเตอร์ในงานสอบสวนของพนักงานสอบสวน ศึกษากรณีพนักงานสอบสวนระดับรองสารวัตร สังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล พบว่าความเพียงพอของรายได้ และรายจ่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้ไมโครคอมพิวเตอร์ในงานสอบสวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพรรณ ลิมเจริญ (2537 : อ้างถึงใน กัทธนา ลิมชวลิต, 2539 : 29) ได้ทำการศึกษาเรื่องการยอมรับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ กรณีศึกษาบุคลากรในเครือบริษัทศรีวรา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ รายได้ มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับ ส่วน เพศ การศึกษา ตำแหน่ง ไม่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์

อภิญญา ซอหะวัน (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยีทางการศึกษาของครูสอนศาสนาอิสลาม เขตการศึกษาที่ 1 พบว่าความรู้และประสบการณ์ด้านนวัตกรรมทางเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยีทางการศึกษา

อุทุมพร ธีระธรรม (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระยะเวลาที่ประชาชนอาศัยอยู่ในชุมชน การศึกษา รายได้ และความคุ้นเคยระหว่างประชาชนกับอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัทธนา ลิมชวลิต (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการยอมรับนวัตกรรมของบุคลากรในองค์การ กรณีศึกษาการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบริหารงานของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน พบว่าการเข้ารับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้คอมพิวเตอร์ในการ

บริหารงาน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่มีตำแหน่งต่างกันจะยอมรับการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกัน

พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานระดับหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประสิทธิภาพทำงาน รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานระดับหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสถียร กัลยาณกุล (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้สารสกัดสะเดา เพื่อป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืชของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้สารสกัดสะเดา เพื่อป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืชของนักเรียน คือ อายุ แหล่งวัตถุดิบ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพเกี่ยวกับสารสกัดสะเดา

ชไมพร สมจิตรานุกิจ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชนหนึ่งของจังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร เกิดขึ้นภายใต้ปัจจัยด้านสังคม เช่น นโยบายของรัฐบาล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น การลดต้นทุน และปัจจัยด้านคุณลักษณะของนวัตกรรม เช่น ความมีประโยชน์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันและเชื่อมโยงให้เกิดการยอมรับการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชน

## 2 งานวิจัยต่างประเทศ

โคปเวอร์ (Cover, 1960. อ้างถึงใน กัทธนา ลิ้มชวลิต 2539 : 29) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมของเกษตรกรในประเทศฟิลิปปินส์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมของเกษตรกรที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อายุ ระดับการครองชีพ ประสิทธิภาพจากอาชีพ การศึกษา

แมคคอร์มิกและอิลเจน (Mc.Cormick & Ilgen, 1985. อ้างถึงใน ปรากฏแก้ว ธนสุวรรณ, 2543 : 14) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ตำแหน่ง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพทำงาน

ทองและเย็บ (Thong & Yap, 1995. อ้างถึงใน ญัตติฐาน รัตนชาญพิชัย, 2544 : 29) ได้ศึกษาพบตัวแปร 3 ตัวที่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรม คือ ผู้บริหารที่รู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ทักษะที่ดีที่มีต่อการยอมรับนวัตกรรม และความรู้ที่เกี่ยวกับนวัตกรรม

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรม

จากการค้นคว้าและตรวจสอบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับ ผู้วิจัยได้รวบรวมเสนอในลักษณะของตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้ คือ

#### 1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้บริหาร

##### 1.1 อายุ

อายุหรือวัยของบุคคลนั้น ปรุ่่งแต่งความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความสนใจ ทักษะดี บุคลิกภาพของคนให้แตกต่างกัน คนที่มีอายุมากหรือผ่านโลกมามากจะมีประสบการณ์มากกว่าคนที่มีอายุน้อย และอาจจะมีเหตุผลมากกว่า อายุเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ เมื่อพิจารณาคคุณภาพชีวิตการทำงานบุคคลที่มีอายุมากขึ้นระดับวุฒิภาวะมากขึ้นตามวัย โดยจะมองชีวิตในขอบเขตที่กว้างครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น ดังผลการวิจัยของ ก้องกษิต สุวรรณวิหค (2543 :78) พบว่าอายุของเกษตรกรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการจัดทำแปลงขยายพันธุ์ข้าว คือเกษตรกรที่มีอายุมากจะนำวิทยาการ การจัดทำแปลงขยายพันธุ์ข้าวไปปฏิบัติในระดับสูง และผลงานการวิจัยของ กัทธนา ลิมชวลิต (2539 :76) พบว่าบุคลากรของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่มีอายุต่างกันจะมีการยอมรับการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกัน

##### 1.2 ตำแหน่ง

ตำแหน่งของผู้บริหารแบ่งเป็น ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลางและผู้บริหารระดับต้น ซึ่งมีความแตกต่างกันทางด้านคุณลักษณะของบุคคล จะมีลักษณะการยอมรับนวัตกรรมแตกต่างกันไป ดังผลงานวิจัยของ สุภาภรณ์ ทองเจิม (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษา พบว่าระดับการยอมรับนวัตกรรมด้านการเรียนการสอนของครูวิชาการมีระดับการยอมรับนวัตกรรมด้านหลักสูตรอยู่ในระดับทดลองใช้ ซึ่งสูงกว่าระดับการ



ยอมรับของศึกษานิเทศก์อำเภอ และผลงานการวิจัยของ กัทธนา ลิมชวลิต (2539 :76) พบว่าบุคลากรของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ที่มีตำแหน่งต่างกันจะมีการยอมรับการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกัน

### 1.3 ศาสนา

การนับถือศาสนาต่างกัน ไม่มีผลต่อการยอมรับวิทยาการสมัยใหม่ เพราะหลักคำสอนของศาสนาไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจรับหรือไม่รับสิ่งใหม่ แต่เน้นเรื่องความดี บาปบุญ คุณโทษ แต่จากการวิจัยของ ประยงค์ โขชัย (2541 : 55) จากการพิจารณาค่าเฉลี่ยการยอมรับวิทยาการสมัยใหม่ พบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธจะมีค่าสูงกว่าผู้นับถือศาสนาอื่น นอกจากนี้ปัจจัยด้านความเชื่อในเรื่องโรคของแต่ละศาสนามีความแตกต่างกัน เช่น ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจากอำนาจเหนือธรรมชาติ และความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคในศาสนาอิสลาม

### 1.4 ประสิทธิภาพการทำงาน

ประสิทธิภาพเป็นคุณสมบัติประการหนึ่งที่เป็นต่อการปฏิบัติงานต่าง ๆ เช่น การสรรหาบุคคลเข้าสู่ตำแหน่ง การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น ตลอดจนการสอบแข่งขันหรือการสอบคัดเลือก ก็มักกำหนดคุณสมบัติเกี่ยวกับประสิทธิภาพในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งโดยหลักการทั่วไปไม่ว่าจะเป็นงานใด ๆ ก็ตาม คนที่มีประสิทธิภาพสูงในงานนั้น ๆ ย่อมจะปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ผลดีกว่าคนที่มีความมีประสิทธิภาพต่ำ หรือไม่มีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาของบุรินทร์ บุรัตน์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องระดับการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ศึกษานิเทศก์ที่มีประสิทธิภาพในการทำงานนาน จะมีระดับการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษาต่ำกว่าศึกษานิเทศก์ที่มีประสิทธิภาพในการทำงานน้อย และครูวิชาการกลุ่มโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพในการทำงานต่างกัน มีระดับการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน และจากการศึกษาของ ราณี วิริยะเจริญกิจ (2535. อ้างถึงใน ประกายแก้ว ธนสุวรรณ.2543 : 16-17) ศึกษาปัจจัยการคัดสรรที่มีความสำคัญกับการรับรู้บทบาท และการปฏิบัติงานจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน พบว่าประสิทธิภาพการทำงานในตำแหน่งผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานจริงด้านบริหารจัดการ

### 1.5 ประสบการณ์ในการใช้บริการ

ประสบการณ์การให้บริการนวัตกรรมมีส่วนช่วยสนับสนุนกิจกรรมในโครงการ ถ้าผู้บริหารมีประสบการณ์การให้บริการนวัตกรรมแล้วเกิดผลที่น่าพอใจในนวัตกรรมนั้น ทำให้มีแนวโน้มยอมรับนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ อภิญา ซอหะวัน (2537 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญกับการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยีทางการศึกษาของครูสอนศาสนาอิสลาม เขตการศึกษาที่ 1 พบว่าประสบการณ์ด้านนวัตกรรมทางเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยีทางการศึกษา และจากการศึกษาของ เสถียร กัลยาณกุล (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้สารสกัดสะเดา เพื่อป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืชของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับสารสกัดสะเดามีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้สารสกัดสะเดา เพื่อป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืชของนักเรียน

### 1.6 การเข้ารับการฝึกอบรม

การเข้ารับการฝึกอบรม เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้มีทักษะ ความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สามารถปฏิบัติหน้าที่อยู่ในความรับผิดชอบในหน่วยงาน หรือองค์กรได้ดี ดังผลการวิจัยของ ไชย พรหมศรี (2533 : 68) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกศูนย์เยาวชนตำบล พบว่า สมาชิกที่ผ่านการอบรมจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์เยาวชนตำบลมากกว่าสมาชิกที่ไม่เคยผ่านการอบรม ซึ่งประสบการณ์ในการฝึกอบรม จะเป็นตัวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดการยอมรับในการปฏิบัติงานได้ และจากการศึกษาของ ราณี วิริยะเจริญกิจ (2535. อ้างถึงใน ประกายแก้ว ธนสุวรรณ.2543 : 17) พบว่าหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมทางด้านบริหารจัดการ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานจริงด้านบริหารจัดการ ด้านการบริการพยาบาล ด้านวิชาการ การวิจัย และวิชาชีพสูงกว่าหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านบริหารจัดการ

## 2. ปัจจัยเสริม

### 2.1 นโยบาย

นโยบายมีความสำคัญในการปฏิบัติงาน หน่วยงานทุกหน่วยงานจะต้องมีการกำหนดนโยบาย เพราะนโยบายคือแนวทางการปฏิบัติงานของผู้บริหารในระดับต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร จากการศึกษาของ นิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2534 : บทคัดย่อ) พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค (2535 : บทคัดย่อ) และ แคนชัย ขอบจิตร (2543 : บทคัดย่อ) เมื่อพิจารณาภาพรวมการศึกษาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน พบว่ายังมีจำนวนน้อย โดยปัญหาที่พบคือ นโยบายจากส่วนกลางไม่ชัดเจนในเรื่องทิศทางการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย

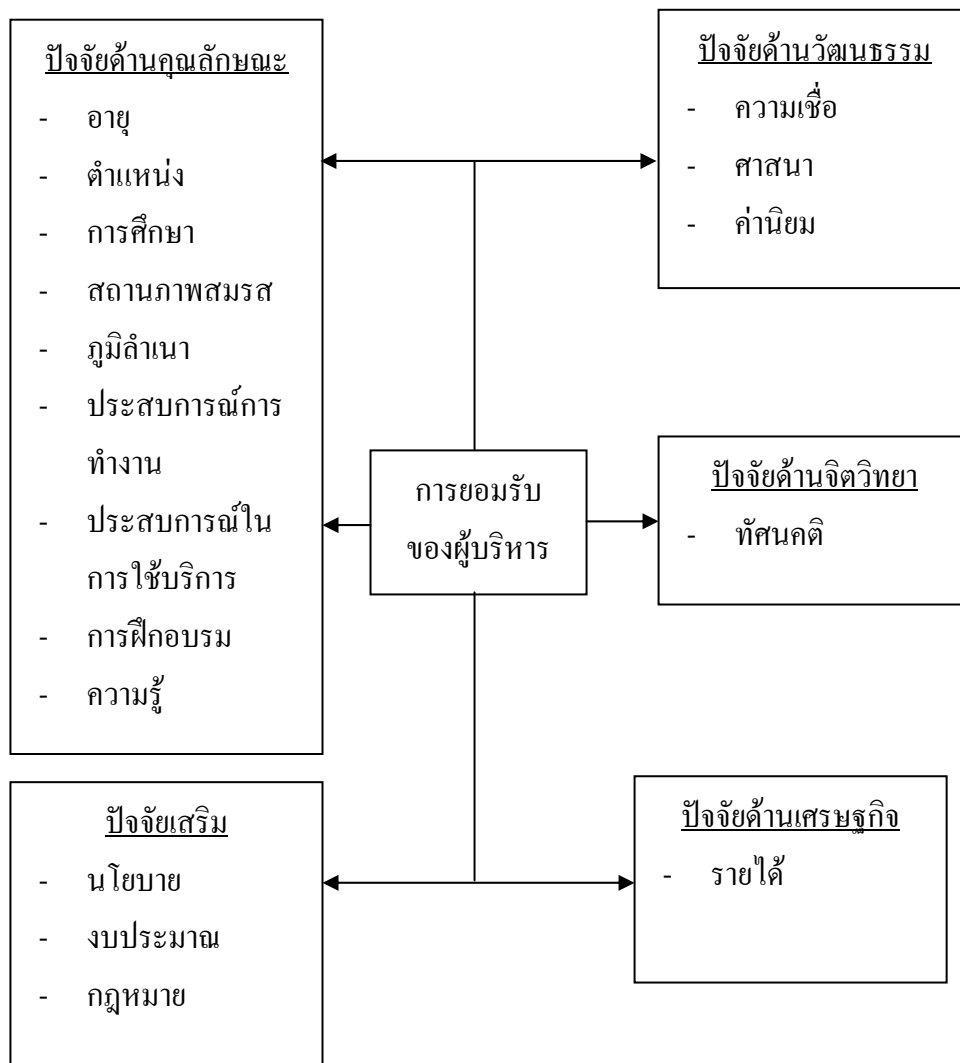
### 2.2 งบประมาณ

งบประมาณ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการดำเนินงานทั้งปวง การปฏิบัติงานของผู้บริหารของหน่วยงานใดได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ และต่อเนื่องแล้ว ย่อมจะทำให้งานหรือโครงการนั้นหยุดชะงักหรือขาดความต่อเนื่องได้ ดังผลงานการวิจัยของ สะอาด ฟองอินทร์ (2527, อ้างถึงใน ประยูทธ์ โขชัย, 2537 : 40) ได้ศึกษาบทบาทในการพัฒนาชุมชนของครูในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่างบประมาณที่ใช้สนับสนุนโครงการมีน้อย ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เป็นปัญหาสำคัญในอันดับที่สาม

**กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical Framework)**

จากการศึกษา แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้อาศัยแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข และปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับมากที่สุด

**ภาพประกอบ 2** กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทย เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข



**กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)**

การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข จะบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การยอมรับของผู้บริหารเป็นสำคัญ และการยอมรับของผู้บริหารก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ที่มีความสำคัญและวิจัยได้นำมาศึกษา คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง ศาสนา ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย และการเข้ารับการฝึกอบรม ที่จะมีความสัมพันธ์กับการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งสามารถเขียนแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ ได้ดังนี้

**ภาพประกอบ 3** ปัจจัยมูลเหตุที่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข

