

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความพร้อมการจัดบริการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และความต้องการใช้บริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของประชาชน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

1. ระบบการดูแลสุขภาพ
2. การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
3. ความพร้อมการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานีอนามัย
4. แนวคิดความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

1. ระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพ (health care system) เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่ง หรือวิธีการรักษาและแบบแผนความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) ซึ่งในแต่ละสังคมมีระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย จึงได้มีผู้จำแนกไว้หลายแบบ เช่น ไคล์แมน (Kleinman, 1980) ได้เสนอว่า ระบบการดูแลสุขภาพมีลักษณะเหมือนระบบวัฒนธรรมของชุมชน จึงแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน 2) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ 3) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน ดันน์ (Dunn, 1976) ได้แบ่งระบบการดูแลสุขภาพตามลักษณะของภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพท้องถิ่น หรือระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้าน 2) ระบบการดูแลสุขภาพภูมิภาค 3) ระบบการดูแลสุขภาพสากล หรือระบบการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบัน และจากการพิจารณาแนวคิดของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พบว่า ได้แบ่งระบบการดูแลสุขภาพ ออกเป็น 2 ระบบ คือ 1) ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบบริการสาธารณสุข ภายใต้การดูแลของการแพทย์แผนปัจจุบัน 2) ระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น การแพทย์ทางเลือก การดูแลตนเอง และครอบครัว (อารีย์วัลยะเสวี, 2543) ซึ่งในแต่ละระบบตามที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ ดังตาราง 1

ข้อความ	ระบบการดูแลสุขภาพ					
	ภาคสามัญชน Popular health sector	ภาคพื้นบ้าน Folk health sector	แผนโบราณ Traditional health sector	ภาควิชาชีพ Professional health sector	พหุลักษณะ Pluralistic health care	ทางเลือก Alternative health care
1 ชื่อระบบ การแพทย์		Folk Medical System (ระบบการแพทย์พื้นบ้าน)	Traditional Medical System (ระบบการแพทย์แผนโบราณหรือ ระบบการแพทย์แบบประเพณี) Indigenous Medical System (การแพทย์แผนเดิม)	Cosmopolitan Medical System หรือ Modern Medical System (ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน)	Local Medical System (ระบบการแพทย์ท้องถิ่น) หรือ Folk Medical System (ระบบการแพทย์พื้นบ้าน) Regional Medical System (ระบบการแพทย์ภูมิภาค) Cosmopolitan Medical System (ระบบการแพทย์สากล)	Holistic Medical System Comprehensive Medicine (การแพทย์แบบผสมผสาน) Complimentary Medicine (การแพทย์ทางเลือกเสริม)
2 แนวคิด	เป็นกระบวนการพื้นฐาน ที่ได้แสวงหาวิถีการแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่อยู่บน ประสบการณ์ของท้องถิ่น โดยไม่มีทฤษฎีใดมาชี้นำ	เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพ เฉพาะในกลุ่มชน ยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน มักเน้นความเชื่อ หรือ ประสบการณ์เฉพาะท้องถิ่น	เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนโบราณ ซึ่ง พัฒนามาจากการแพทย์พื้นบ้าน ตามวัฒนธรรมของชนชาติต่างๆ ภายใต้องค์ความรู้ ที่สรุปเป็น ทฤษฎี ตีราคา มีการให้บริการ รวมทั้งการถ่ายทอดอย่างเป็น ระบบจนมีเอกลักษณ์เป็นวิถีชีวิต ในการดูแลสุขภาพคนใน	เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มี พื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บ แบบวิชาชีพและมีการจัดเป็น องค์กร	การมีระบบการแพทย์หลายๆ ระบบหรือร่วมกันในสังคมโดย มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็น การแพทย์หลักที่เกื้อหนุนกับ ระบบการแพทย์อื่นๆ เพื่อให้ เกิดความสมดุลและมุ่งตอบ สนองความต้องการและการ ปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนตามวิถีชีวิต ทฤษฎี	เป็นเทคนิคทางการแพทย์ นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพ การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่ง เน้นการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวมที่ประชาชน สามารถรักษาตนเองได้ และผู้ใช้บำบัดจะเป็นผู้ให้ คำแนะนำช่วยเหลือเท่านั้น

ระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	ระบบการดูแลสุขภาพ					ทางเลือก Alternative health care
	ภาคสามัญชน Popular health sector	ภาคพื้นบ้าน Folk health sector	แผนโบราณ Traditional health sector	ภาควิชาชีพ Professional health sector	พหุลักษณะ Pluralistic health care	
3 แนวคิดเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย	1 อำนาจเหนือธรรมชาติ 2 ความสมดุลของธาตุ ในร่างกาย 3 ทฤษฎีเชื้อโรค 4 วัฒนธรรมท้องถิ่น	1 อำนาจเหนือธรรมชาติ 2 ความสมดุลของธาตุใน ร่างกาย จากแนวคิดทั้ง 2 แนวคิด สามารถแบ่งระบบการดูแล สุขภาพได้ 4 ระบบคือ 1 แบบประสมการณ์ 2 แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ 3 แบบโหราศาสตร์ 4 แบบทฤษฎีธาตุ	ประเทศและมีความเป็นสากล สามารถแพร่หลายไปยังประเทศ อื่นๆได้ 1 ความเชื่อทางไสยศาสตร์ - สาเหตุทางธรรมชาติ - สาเหตุอันมีจิตธรรมชาติ - สาเหตุมาจากสิ่งที่มีอำนาจ เหนือธรรมชาติ 2 ความสมดุลของธาตุในร่างกาย	1 ทฤษฎีเชื้อโรค 2 ชีวการแพทย์	เหมือนภาคสามัญชน ภาคพื้นบ้าน แผนโบราณ และวิชาชีพ	-สุขภาพ หมายถึง การปรับ แก้ไข และพัฒนา ให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี อย่างต่อเนื่องไม่ใช่เพียงแค่ การเจ็บป่วย -สุขภาพ คือ วิถีชีวิต
4 รูปแบบ การดูแลสุขภาพ	1 การรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา เช่นการควบคุมพฤติกรรม การสะกดจิต 2 การรักษาโดยใช้ยา	1 รักษาเองโดยการใช้อา กลางบ้าน 2 การรักษาด้วยแบบแผน การปฏิบัติเฉพาะ เช่น การรักษาในภาวะตั้งครรภ์	เหมือนการดูแลสุขภาพพื้นบ้าน แต่ ผู้บำบัดต้องเป็นผู้ที่ผ่านการเรียน รู้อย่างเป็นระบบ มีการศึกษา จนชำนาญ	1 การรักษาด้วยยา หรือสารเคมี 2 การรักษาทางกายภาพ	เหมือนภาคสามัญชน, ภาคพื้นบ้าน แผนโบราณ และวิชาชีพ หลักการดูแลสุขภาพจะเน้น แบบองค์รวม โดยวิธี ธรรมชาติบำบัด เช่น 1 อาหารและโภชนาการ 2 กายบำบัดสายเคเบิล	

ระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อมูล	ภาคสามัญชน Popular health sector เช่น ยาสมุนไพร ยาแผนปัจจุบัน	ภาคพื้นบ้าน Folk health sector 3 การรักษากับหมอพื้นบ้าน 4 การประกอบพิธีกรรมต่างๆ 5 การรับสมดุจดธาตุ เช่น การนวด เป็นต้น	แผนโบราณ Traditional health sector	ภาควิชาชีพ Professional health sector	พหุลักษณะ Pluralistic health care	ทางเลือก Alternative health care
5 การส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค	จะเน้นข้อห้าม(Taboo)	1 จะเน้นข้อห้าม(Taboo) 2 การพยายามปรับตัวสู่สมดุจด เช่น การรับประทานอาหาร ให้ถูกกับธาตุในร่างกาย	เหมือนการดูแลสุขภาพพื้นบ้าน	จะเน้นไปที่ตัวบุคคล และ สิ่งแวดล้อม เช่น การให้วัคซีน การดูแลสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น	เหมือนภาคสามัญชน, ภาคพื้นบ้าน แผนโบราณ และวิชาชีพ	เน้นการให้คุณค่า ต่อการ ดำรงชีวิต สร้างความรับผิดชอบ ขอปรับแต่ ละบุคคลได้ พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพ ภาพที่สมดุลและสมบูรณ์ ตามหลักธรรมชาติ.

ระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	ภาคสามัญชน Popular health sector	ภาคพื้นบ้าน Folk health sector	แผนโบราณ Traditional health sector	ภาควิชาชีพ Professional health sector	พหุลักษณะ Pluralistic health care	ทางเลือก Alternative health care
6 เทคโนโลยี	ภูมิปัญญาพื้นบ้าน	ภูมิปัญญาพื้นบ้าน	ภูมิปัญญาพื้นบ้าน , ความรู้	ความรู้ อุปกรณ์ทางการแพทย์, ยาและเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ฯลฯ	เหมือนภาควิชาชีพ	ความรู้
7 การผสมผสาน	ทุกระบบ	-	ภาคสามัญชน ,ภาคพื้นบ้าน	-	ทุกระบบ	ทุกระบบ
8 การถ่ายทอด	ถ่ายทอดกันในครอบครัว ตามประสบการณ์	ถ่ายทอดโดยระหว่างคู กับศิษย์ รวมถึงถ่ายทอดกันในครอบครัวยังไม่ระบบ และการเรียนรู้ที่แม่สอน ญาติประสบการณ์ การจตุการสังเกต จากประสบการณ์ หรือหม้อพื้นบ้านในอดีต	มีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ มีการเรียนการสอนที่แน่นอนภายใต้องค์ความรู้ที่เป็นทฤษฎี มีตำรา จนเป็นเอกลักษณ์ของ ประเทศนั้นๆ มีความเป็นสากล สามารถเผยแพร่ไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้	มีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ ใช้ระเบียบวิธีการเรียนการสอน โดยผ่านสถาบันโรงเรียนแพทย์	เหมือนภาควิชาชีพ	1 สืบทอดทางวิถีชีวิต และวัฒนธรรม 2 ผ่านสมาชิก เครือข่าย กลุ่มองค์กรภาคจัดตั้ง 3 ผ่านคลินิก สถานพยาบาล ผ่านสถานบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน 4 ผ่านระบบบริการ 5 ผ่านสื่อของรัฐ 6 ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์
9 ผู้นำ	ผู้อาวุโสในครอบครัว หรือในหมู่บ้าน	หม้อพื้นบ้าน	หม้อพื้นบ้าน , หมอแผนโบราณ , แพทย์แผนไทย 2 ปี, แพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์	แพทย์และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	เหมือนภาคสามัญชน , ภาคพื้นบ้าน แผนโบราณ และวิชาชีพ	-ศูนย์การแพทย์ทางเลือก แห่งชาติ ภายใต้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (NCCAM) -ประเทศไทยเช่นสมาคมแพทย์จีน(TCM) มูลนิธิจิตเป็นต้น

ระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	ภาคสามัญชน Popular health sector	ภาคพื้นบ้าน Folk health sector	แผนโบราณ Traditional health sector	ภาควิชาชีพ Professional health sector	พหุลักษณะ Pluralistic health care	ทางเลือก Alternative health care
10 จุดเด่น	<ul style="list-style-type: none"> -สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ -รู้จักใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน -ส่งเสริมมีปัญญาท้องถิ่น -ลดการใช้เทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย -ช่วยประเทศชาติขาดดุลการค้าจากการนำเข้าด้านเทคโนโลยี 	<ul style="list-style-type: none"> -ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย -สอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรม -ส่งเสริมมีปัญญาท้องถิ่น -ลดการใช้เทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย -ให้การดูแลแบบองค์รวม -ช่วยประเทศชาติขาดดุลการค้าจากการนำเข้าด้านเทคโนโลยี -มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพต่ำกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน -มีสิ่งซึ่งขึ้นชึ่งทรัพยากรน้อยกว่า 	<ul style="list-style-type: none"> -เหมือนการดูแลสุขภาพที่บ้าน -สามารถให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้น 	<ul style="list-style-type: none"> -สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และโรคที่มีลักษณะเฉียบพลัน -สามารถเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่บกพร่องใช้การไม่ได้ หรือตกแต่่อวัยวะให้สวยงามได้ -มีการก่อตั้งธนาคารเลือด , ธนาคารอวัยวะ -วินิจฉัยและแก้ไขการขาดฮอร์โมนได้ -มีความเป็นวิทยาศาสตร์มาก -ผ่านการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพก่อนการนำมาใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> -เหมือนภาคสามัญชน -ภาคพื้นบ้าน แผนโบราณ และวิชาชีพ -มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย 	<ul style="list-style-type: none"> - มองเรื่องสุขภาพว่าเป็นเรื่องทางเลือกและมีลักษณะพิเศษเป็นของตนเองสามารถจะเลือกหนทางที่ที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ -เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพมากกว่าการรักษา -เป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมสูง
11 จุดด้อย	<ul style="list-style-type: none"> -ความเชื่อบางอย่าง และวิธีการดูแลรักษาบางอย่างที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการ 	<ul style="list-style-type: none"> -เหมือนการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน -กระบวนการถ่ายทอดความรู้ไม่เป็นระบบเริ่มต้น 	<ul style="list-style-type: none"> -มีความเป็นวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และประสิทธิภาพที่ผ่านการพิสูจน์ยังด้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่สามารถจัดหาหรือจัดทำขึ้นเองได้ (ต้องพึ่งพาต่างประเทศ) -ต้องพึ่งพาศูนย์กลางทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> -เหมือนภาคสามัญชน -ภาคพื้นบ้าน แผนโบราณ และวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> -รูปแบบการแพทย์ทางเลือก บางลักษณะเป็นเรื่องการเอาเปรียบผู้บริโภค หรือหลอกลวงได้

ระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	ภาคสามัญชน Popular health sector	ภาคพื้นบ้าน Folk health sector	แผนโบราณ Traditional health sector	ภาควิชาชีพ Professional health sector	พหุลักษณะ Pluralistic health care	ทางเลือก Alternative health care
	<p>การทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ขาดการยอมรับ จากแพทย์แผนปัจจุบัน การบันทึกการ จดจำ การคาดเดา เพื่อให้ได้ผล ก็มีการแพร่ขยายไป ใน บางครั้งไม่สามารถค้นหา ต้นตอวิธีการบำบัดรักษา ได้</p>	<p>แต่การสังเกต บันทึกของเจ้า และภาคปฏิบัติจากผู้ชำนาญ หรือจากครู ลงในสมุดข่อย ใบลาน บางครั้งอาจ เดอะเลือน สูญหาย ทำให้ ขาด ประสิทธิภาพ ในการถ่ายทอดความรู้</p>		<p>-มีแนวโน้มของการดูแลรักษา แบบแยกส่วน (แม้จะมีความพยายาม ด้านเวชปฏิบัติ ครอบครั้ว แต่ยังเป็นส่วนน้อย) -ค่านิยมมีทิศทางสังคมน้อย</p>		<p>-ขาดการทดสอบทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ในการรักษาโรค</p>
12 ปัญหา และอุปสรรค	<p>-สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนแปลง เน้นความเจริญ ทางด้านเทคโนโลยีทำให้ ความจำเป็นในการดูแล ตนเองถูกแทนที่ด้วยการ รongรับ ของระบบการ แพทย์สมัยใหม่ ที่ดูจะ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ กว่า</p>		<p>-สถานพยาบาลทั่วไปขาดคุณภาพ และขาดมาตรฐานการให้บริการ -ยาแผนโบราณคุณภาพของและ ขนาดมาตรฐานตามหลักวิชาการ -มีการแอบอ้าง และปะปนกับ พฤติกรรมหลอกลวงผ่านความ เชื่อหรือศรัทธาของประชาชน -มีการยอมรับจากแพทย์ แผนปัจจุบัน และประชาชนน้อย</p>	<p>-ยังมีค่าใช้จ่ายสูง</p>	<p>- แต่ละระบบต่างมีความเป็น เอกเทศสูงทำให้ไม่มีการ ประสานงานกัน หรือไม่มีการ ใช้เทคโนโลยีร่วมกัน</p>	<p>-ยังขาดการส่งเสริม และ สนับสนุนจากภาครัฐน้อย</p>

จากตาราง 1 พบว่า การดูแลสุขภาพภาคสามัญชน เป็นการดูแลตนเองของประชาชน โดยให้ความรู้จากประสบการณ์ การสังเกต การจดจำ การทดลองใช้ เมื่อใช้ได้ผลก็ถ่ายทอดกัน ภายในครอบครัว ในหมู่เครือญาติแล้วขยายไปสู่ชุมชน เกิดการยอมรับทำให้ความรู้บางส่วนได้รับการพัฒนากลายเป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เป็นระบบในท้องถิ่นนั้นๆ และเกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าในลักษณะของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการถ่ายทอดความรู้โดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ หรือภายในครอบครัว รูปแบบดังกล่าว จึงกลายเป็นระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน ต่อมาผู้ให้บริการเหล่านั้นได้ทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้รับการผสมผสานความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาจากการแพทย์อินเดีย (อายุรเวท) และการแพทย์แผนจีน จนเกิดเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น สามารถสรุปความรู้เป็นทฤษฎี ตำรา มีการจัดเรียนการสอนและการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ จากทางราชการและเอกชน มีการสอบเพื่อเอาไปประกอบโรคศิลป์ รูปแบบดังกล่าว ได้กลายเป็นระบบการดูแลสุขภาพแผนโบราณ แต่ในปัจจุบันได้ถูกเปลี่ยนชื่อเป็นการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) เพื่อให้การเรียกชื่อถูกต้องตามหลักสากล (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าระบบการดูแลสุขภาพการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน และระบบการแพทย์พื้นบ้านที่ถูกพัฒนาขึ้นมา นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพทางเลือก เนื่องจาก มีรูปแบบการดูแลรักษาที่เน้นการพึ่งตนเอง และวิถีธรรมชาติบำบัดที่เหมือนกัน

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามโครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่าระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทย เป็นแบบพหุลักษณะ ที่มีระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ ภายใต้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบหลัก ส่วนระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ เป็นระบบการดูแลสุขภาพทางเลือก ที่อยู่นอกระบบ ซึ่งลักษณะที่ปรากฏ พบว่า การดูแลรักษาภายใต้การแพทย์แผนปัจจุบันสามารถแก้ปัญหาโรคที่มีความซับซ้อน ได้ดีในระดับหนึ่ง แต่มีข้อจำกัดในเรื่อง การดูแลแบบแยกส่วน การให้ความสำคัญ กับการแพทย์เฉพาะทาง จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (กาญจนา สุขแก้ว, 2543) ดังนั้น ประชาชนจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพแบบอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือก จากการศึกษาของ บุศรา กาญจนบัตร และคณะ (2543) พบว่า รูปแบบการจัดการความเจ็บป่วยของชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น ในขั้นแรกจะดูแลตนเอง โดยส่วนใหญ่ นิยมใช้ยาแผนปัจจุบันสำเร็จรูป ที่ซื้อจากร้านขายของชำ และบางส่วนยังนิยมใช้สมุนไพรในท้องถิ่น ในโรคหรืออาการที่รุนแรง สามารถวินิจฉัยและรักษาตนเองได้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าประชาชนจังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน

ดังนั้น การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ จึงควรมีระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกและสามารถตอบสนองความต้องการใช้บริการของประชาชน แต่อย่างไรก็ตาม การแพทย์ทางเลือกบางอย่างยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพการให้บริการ ด้วยเหตุนี้รัฐบาล จึงได้เลือกเอาการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์ทางเลือกในการจัดบริการสาธารณสุข เนื่องจาก เป็นการแพทย์ที่ผ่านการรับรอง มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สามารถเสริมสร้างการแพทย์แผนปัจจุบันได้ดี มีการใช้เทคโนโลยีในท้องถิ่น ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยรวม ตลอดจน เป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมของคนไทย

2. การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

2.1 แนวคิดการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

แนวคิดการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข สามารถพิจารณาได้จากกลวิธีการผสมผสาน 3 กลวิธี ดังนี้คือ (กาญจนา สุขแก้ว, 2543)

กลวิธีที่ 1 การรวมกันของการแพทย์สองระบบในหน่วยงาน (combination of indigenous system with the western system) กลวิธีนี้ คือ แพทย์หรือผู้บริหารระบบสาธารณสุข ที่มีแนวคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน นำเอาการแพทย์แผนไทย เข้ามารวมไว้ในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละระบบต่างก็มีความเป็นอิสระ ในการทำหน้าที่บำบัดดูแลรักษาสุขภาพ และผู้รับบริการ มีสิทธิในการเลือกรักษา กับระบบการแพทย์ใดก็ได้ ซึ่งกรณีเช่นนี้หากไม่ได้เตรียมความพร้อม ไม่ได้คำนึงถึงธรรมชาติ และแนวคิดที่แตกต่างกันของทั้งสองระบบ อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่น การเพิกเฉย การปฏิเสธ หรืออาจให้การสนับสนุนช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ ก็ขึ้นกับผู้บริหารระบบ และบุคลากรสาธารณสุขนั้นๆ อย่างไรก็ตาม การยอมรับอาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว ถ้าได้รับการส่งเสริม และการสนับสนุนในทุกๆด้าน อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง (กาญจนา สุขแก้ว, 2543) กลวิธีนี้ทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการแบบแยกส่วน ซึ่งพบในสถานีนอนามัย และมีข้อดีคือ แต่ละระบบต่างมีอิสระในการให้บริการ และผู้รับบริการมีสิทธิ์จะรับบริการแผนใดก็ได้

กลวิธีที่ 2 ความร่วมมือกันระหว่างการแพทย์ทั้งสองระบบ (collaboration between the two system) กลวิธีนี้ คือ ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างการแพทย์ทั้งสองระบบ โดยการแพทย์แผนไทยมีกลไกในการจัดสรรเทคนิควิธีการวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ที่บุคลากรด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้การยอมรับในเชิงคุณภาพ และบุคลากรของการแพทย์แผนไทยจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (กาญจนา สุขแก้ว, 2543) โดยมีกลไกที่สำคัญ คือ มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่บูรณาการการแพทย์ทั้งสองระบบ มีอายุรเวทหรือแพทย์แผน

โบราณประยุกต์ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสาน ระหว่างการแพทย์ทั้งสองระบบ และมีกระบวนการให้บริการโดยผู้ให้บริการทั้งสองระบบ มีอำนาจในการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรค และให้การบำบัดรักษา มีการส่งต่อในกรณีที่ผู้รับบริการมีความจำเป็น ต้องได้รับการรักษาร่วมกัน ทั้งสองระบบ ส่วนผู้รับบริการมีโอกาสเลือกที่จะใช้บริการแผนใดก็ได้ หรือใช้ทั้งสองระบบร่วมกันก็ได้ กลวิธีนี้ทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการแบบคู่ขนาน ซึ่งพบในระดับโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบในชุมชนบางแห่งของอเมริกาซึ่งได้มีการฟื้นฟูการคลอดแบบดั้งเดิม ในประเทศญี่ปุ่นได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับการนวด การรมไอสุมไพโร การอนุญาตให้แพทย์แผนปัจจุบันสั่งยาสมุนไพร และใช้สมุนไพรจีน รวมทั้งให้อยู่ภายใต้กฎหมายการประกันสุขภาพ (นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ, 2534) ข้อดีของกลวิธีนี้ คือ การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการประสานความร่วมมือกัน และมีการเชื่อมโยงการให้บริการซึ่งกันและกัน

กลวิธีที่ 3 การปฏิรูปที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์ทั้งระบบ (reorganization aimed a achieving equality between the two system) กลวิธีนี้ คือ ผู้ให้การบำบัดรักษาของการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ ต้องศึกษาแนวคิด เทคนิค และวิธีการดูแลรักษา ซึ่งกันและกัน โดยพบว่าประเทศที่ประสบความสำเร็จในการนำไปใช้ คือ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งมีรูปธรรมในการผสมผสาน 2 ส่วน คือ 1) การผสมผสานด้านความรู้และการวิจัย โดยการนำข้อดีของการแพทย์สองระบบมาประยุกต์ใช้ นำเอาความรู้ และวิธีการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาในการพัฒนาการแพทย์แผนจีน เช่น การจัดตั้งสถาบันการศึกษาของการแพทย์แผนจีน การอบรมความรู้การแพทย์แผนจีนให้กับบุคลากรสาธารณสุข และการผสมผสานในแง่มุมมองของการวิจัย 2) การผสมผสานด้านบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการสาธารณสุขทั้งสองระบบในโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการรักษา คือ ผู้รับบริการสามารถเลือกรักษาระบบใดก็ได้ หรือร่วมกันทั้ง 2 ระบบ ข้อดีของกลวิธีนี้ คือ จะช่วยให้การแพทย์ทั้ง 2 ระบบ ต้องตระหนักต่อจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละระบบ นอกจากนี้ยังเป็นการปฏิรูปตั้งแต่องค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาสุขภาพ ตั้งแต่ฐานคิด วิธีปฏิบัติงานรวมไปถึงการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543) อย่างไรก็ตาม กลวิธีนี้ยังพบที่ประเทศอินเดีย ในสถานบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน โดยการนำหมอพื้นบ้านในหมู่บ้าน (หมอกระดูก หมอหู และหมอผิวหนัง) ซึ่งเป็นหมอที่มีบทบาทเฉพาะเจาะจง มีความชำนาญในการรักษา สามารถรักษาได้อย่างทันกาล และมีคุณธรรมสูง มาเป็นผู้ให้บริการ และยังมี ความพยายามที่จะทำให้เท่าเทียมกัน ร่วมมือกัน และผสมผสานกันในทางการศึกษา การบริการสาธารณสุข และการวิจัย (นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ, 2534) สำหรับประเทศไทย กลวิธีนี้ยังไม่ได้นำมาใช้เพราะนโยบายของรัฐ และบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ยังขาดความเชื่อมั่น

ในระบบการแพทย์แผนไทย แต่มีความเป็นไปได้ในการที่จะนำมาปฏิบัติ หากมีการแลกเปลี่ยนความรู้ของแพทย์แผนปัจจุบัน ตั้งแต่เรียนวิชาการแพทย์ สอนบุคลากรการแพทย์แผนไทยมีความเป็นไปได้เฉพาะอายุรเวท แต่ต้องมีการปรับหลักสูตรเป็นปริญญาตรี และต้องมีผู้นำที่มีความสามารถสูงในการบริหารจัดการด้านการผลิตบุคลากร การให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เป็นต้น จากกลวิธีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ทั้ง 3 กลวิธีสามารถสรุปเปรียบเทียบได้ ดังตาราง 2 ดังนี้คือ

ตาราง 2 สรุปเปรียบเทียบกลวิธีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

รายการ	การรวมกันของการแพทย์ทั้งสองระบบ	ความร่วมมือกันระหว่างการแพทย์ทั้งสองระบบ	การปฏิรูปที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความเท่าเทียมกันระหว่างการแพทย์ทั้งสองระบบ
1 แนวคิด	การมีระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมอยู่ในหน่วยงานเดียวกัน โดยแต่ละระบบต่างมีอิสระ ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามแนวคิดความเชื่อของตน	ระบบการแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานร่วมกัน กับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีหน่วยงาน ที่ทำหน้าที่บูรณาการระบบการแพทย์ ทั้ง 2 ระบบ	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันมีการเรียนรู้แนวคิด เทคนิค วิธีการรักษา ของแต่ละระบบ และมีการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งสองแผนในโรงพยาบาล
2 การดำเนินการผสมผสาน	-การจัดบริการทั้ง 2 ระบบ -การให้บริการทั้ง 2 ระบบต่างมีความเป็นอิสระ ในการทำหน้าที่ดูแลรักษาสุขภาพ	-การจัดบริการทั้ง 2 ระบบ -มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่บูรณาการการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ -การคัดกรองผู้รับบริการในเบื้องต้น -การส่งต่อระหว่างกัน	- มีการจัดบริการ ทั้ง 2 ระบบ อาจเป็นรูปแบบการรวมกัน หรือการร่วมมือกัน -การผสมผสานด้านความรู้ และด้านการวิจัย
3. สัดส่วนการผสมผสาน	-บางส่วน	-บางส่วน	-ทั้งระบบ
4. การเลือกใช้บริการ	-ผู้รับบริการมีสิทธิเลือกรักษา กับการแพทย์แผนใดก็ได้	-ผู้รับบริการมีสิทธิเลือกรักษา กับการแพทย์แผนใดก็ได้ -มีการส่งต่อจากแผนปัจจุบัน	-ผู้รับบริการมีสิทธิเลือกรักษา กับการแพทย์แผนใดก็ได้
5. จุดเด่น	-มีความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ดูแลรักษาสุขภาพ -ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะเลือกรักษา กับการแพทย์ใดก็ได้	-มีการประสานความร่วมมือกัน -บุคลากรการแพทย์ แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน	-เป็นการปฏิรูปองค์กรตั้งแต่แนวคิดวิธีปฏิบัติงานและการผลิตบุคลากร -เกิดความเท่าเทียมกัน ระหว่างการแพทย์ ทั้ง 2 ระบบ
6. จุดด้อย	หากไม่ได้เตรียมความพร้อม ไม่ได้คำนึงถึงธรรมชาติ และแนวคิดที่แตกต่างกันของทั้งสองระบบ อาจก่อให้เกิดการเพิกเฉย การปฏิเสธ หรืออาจให้การสนับสนุน การช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหาร และบุคลากร	-การแพทย์แผนไทย อยู่ภายใต้การแพทย์แผนปัจจุบัน	-เช่นเดียวกับแนวคิดการรวมกันของการแพทย์ทั้งสองระบบ
7. ปัญหาและอุปสรรค	-แนวนโยบายยังไม่เชื่อมั่นในระบบการแพทย์แผนไทย การยอมรับของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดการเพิกเฉย หรือปฏิเสธ	-หากขาดการยอมรับจากผู้บริหาร บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และขาดแคลนเจ้าหน้าที่อายุรเวท จะทำให้ไม่เกิดการประสานความร่วมมือกัน	-เช่นเดียวกับแนวคิดการรวมกันของการแพทย์ทั้งสองระบบ

2.2 การพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

การพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เริ่มจากแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 กำหนดให้มีการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่เป็นการดำเนินการในระยะศึกษา และพัฒนานโยบายเท่านั้น ต่อมาแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ได้กำหนดนโยบายการใช้สมุนไพร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรคเบื้องต้น ทำการวิจัยการใช้สมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และชุมชน การดำเนินงานยังอยู่ในวงจำกัด เนื่องจากปัญหางบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ จนถึงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ได้เน้นองค์ความรู้การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ โดยได้นำแพทย์อายุรเวท (แพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์) เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ ต่อมาแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีการผสมผสานสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ในระบบบริการสาธารณสุข ในชุมชนเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จากการใช้สมุนไพร การส่งเสริมการนวดในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในสถานบริการของรัฐ การส่งเสริมคลินิกแพทย์แผนไทย โดยสนับสนุนงบประมาณ และครุภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น หม้ออบสมุนไพร เครื่องผลิตยา เป็นต้น (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535) ซึ่งนับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้น ที่นำแนวคิดการบริการการแพทย์ทางเลือก เข้ามาผสมผสานในระบบบริการสาธารณสุข แผนปัจจุบันแต่ผลจากการพัฒนายังไม่น่าพอใจ เพราะปัญหาของรัฐบาลยังไม่ชัดเจน ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการนำแพทย์แผนไทยมาใช้ในสถานบริการ ขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน บุคลากรขาดการยอมรับ ในการใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อประชาชน (แดนชัย ขอบจิตร, 2543) ดังนั้น แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 จึงได้พัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ และความสามารถในการเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยส่งเสริมให้มีการจัดรูปแบบของสถานบริการ ที่มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชน ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ ในสถานบริการของรัฐทุกระดับ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขเริ่มจากนโยบายการพัฒนาสมุนไพร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาโรคเบื้องต้นในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการพัฒนาที่ขาดการเชื่อมโยงกับแนวคิดการแพทย์แผนไทย ต่อมาจึงได้มีการพัฒนาแนวคิด และรูปแบบของผสมผสานในระบบบริการสาธารณสุข แต่เป็นการพัฒนาในวงจำกัด ปัจจุบันจึงได้ส่งเสริมการพัฒนาการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐทุกระดับ เพื่อเป็นการแพทย์ทางเลือกสำหรับประชาชน โดยมีรูปแบบการผสมผสาน 2 รูปแบบ คือ 1) การให้บริการคลินิก และ 2) การพัฒนายาสมุนไพร ดังนี้คือ

รูปแบบที่ 1 การให้บริการคลินิก

การให้บริการคลินิก เป็นกระบวนการผสมผสานบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีการจัดบริการเป็นคลินิกบริการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการของรัฐ จากลักษณะที่ปรากฏ พบว่า สถานบริการของรัฐมีลักษณะการให้บริการการแพทย์แผนไทย แบบผสมผสาน คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ดังต่อไปนี้

1 การรักษาพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการให้บริการ 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1.1 การซักประวัติ เป็นการซักประวัติส่วนตัวของผู้รับบริการ เช่น วัน เดือน ปีเกิด ที่ชัดเจน อาจมีตกฟากเพื่อให้ทราบเกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือน (ดิน น้ำ ลม ไฟ) ประวัติในวัยเด็ก ประวัติโรคประจำตัว นิสัยและพฤติกรรมที่อาจเป็นข้อมูลของการเกิดโรค ประวัติการมารับการรักษา จำนวนอาการเกิด อาการอะไรก่อนหลัง เกิดมากเวลาใด เพื่อหาธาตุในร่างกายที่เสียสมดุล (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539)

1.2 การตรวจร่างกาย เป็นการตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาธาตุเจ้าเรือน เช่น ตรวจการเต้นของหัวใจ ตรวจไข้ ตรวจเลือด และตรวจโครงสร้างร่างกาย ตรวจสิ่งที่ให้คุณและให้โทษ ตรวจทางโหราศาสตร์ และการคุณธาตุเพื่อเป็นการตรวจสภาพของธาตุทั้งสี่ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539)

1.3 การวินิจฉัย เป็นให้การวินิจฉัย ตามหลักสมดุลธาตุทั้งสี่ (ดิน น้ำ ลม ไฟ) และตามการวิเคราะห์สาเหตุของโรค ตามพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย (ธาตุสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน อุตสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศธาตุสมุฏฐาน) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้ง 8 ประการ เพื่อหาสาเหตุการเกิดโรค (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539) ปัจจุบันนี้ สามารถใช้คอมพิวเตอร์จากโปรแกรมสำเร็จรูป ชื่อ เพนไดแอก (pendiag) ในการสรุป และอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยได้ (แดนชัย ชอบจิตร, 2543)

1.4 ให้การรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย มี 4 อย่าง ดังนี้คือ

1.4.1 การใช้ยาสมุนไพร มีหลักการใช้ คือ เพื่อปรับธาตุให้สมดุล โดยใช้ตำรับเบญจกูล เพื่อการรักษาตามโรคและอาการเฉพาะ เช่น โรคกระเพาะอาหารใช้ขมิ้นชัน อาการไข้เจ็บคอ ใช้ฟ้าทะลายโจร อาการเคล็ด ขัดยอก ใช้ครีมสมุนไพร เช่น โพลีซาล อาการ ภูสวัตติ์เริ่มใช้ครีมพญาฮอ หรือเสลดพังพอน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539) เพื่อกำจัดสิ่งที่เกินหรือเป็นพิษในร่างกาย เช่น การขับพิษในผู้ที่แพ้สารเคมีการเกษตร ใช้ชารางจืดฆ่าพยาธิเป็นเหา ใช้เมล็ดน้อยหน่า เป็นต้น (มานิช วามานนท์ และเพ็ญภา ททรัพย์เจริญ, 2537)

1.4.2 การนวดแผนไทย แบ่งได้ 2 ประเภท คือ การนวดเชลยศักดิ์ และการนวดแบบราชสำนัก โดยการนวดทั้ง 2 ประเภทนี้ มีความคล้ายคลึงกันในด้านหลักการบำบัดรักษาโรค และอาการเจ็บป่วย แต่มีข้อปลีกย่อยซึ่งทำให้ผลการรักษาแตกต่างกันออกไปด้วย เช่น การนวดแบบราชสำนัก จะต้องมีการนวดเตรียมพร้อม ไม่นวดที่ฝ่าเท้าก่อน นอกจากจำเป็นจริง ๆ มักเริ่มนวดตั้งแต่หลังเท้าขึ้นไป จะใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือ และปลายนิ้วอื่นๆ ในการนวดเท่านั้น และไม่ใช้การนวดคดโค้งในขณะกด (นวด) แขนจะต้องเหยียดตึงเสมอ ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั่ง นอนหงาย หรือนอนตะแคง แต่ไม่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ ไม่ใช้การตัด หรือขอข้อหลัง หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายด้วยกำลังแรง ซึ่งอาจมีหมอนวด 2 คน ช่วยกันนวดในผู้ป่วย 1 คน หมอนวดราชสำนักต้องการให้เกิดผลต่ออวัยวะ และเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท ในกรณีเช่นนี้ต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคพอสมควร ส่วนหมอนวดเชลยศักดิ์จะเริ่มนวดที่ฝ่าเท้า โดยมีได้คำหนึ่งถึงท่าทางของแขนว่าจะตรงหรืองอ และหวังผลโดยตรงจากการนวดเป็นส่วนใหญ่ มีการนวดการคดโค้งเป็นครั้งคราว ไม่มีการระงับจุดสำคัญตามลักษณะกายวิภาคศาสตร์ อาจเกิดอันตรายได้ (พัชรี คมจักพันธ์, 2544) จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การนวดแผนไทยมีประโยชน์ คือ สามารถส่งเสริมสุขภาพร่างกายสู่สภาพปกติ จากความเมื่อยล้า ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ การติดขัดของข้อ ช่วยฟื้นฟูสภาพ และซ่อมแซมส่วนที่ชำรุด ให้ฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น (ยงศักดิ์ ดันติปฏิภก, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่า การกดจุดสามารถลดอาการปวดบั้นเอวได้ ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดบริเวณที่ไหลเวียนไม่ดี และปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังพืดได้ค่อนข้างดี (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2531)

1.4.3 การประคบสมุนไพร เป็นการบำบัดรักษาที่สามารถนำไปใช้ควบคู่กับการนวดแผนไทย โดยใช้ประคบหลังจากการนวดแผนไทย ผลของการประคบสมุนไพรสามารถแก้อาการเคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ บวม และทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ซึ่งเกิดจากผลของตัวยาสมุนไพร ซึมผ่านชั้นผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย ตัวยาที่นิยมทำลูกประคบ ได้แก่ ไพลสด ผิวมะกรูด ใบมะขามแก่ ใบส้มป่อย ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูร พิมเสน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539)

1.4.4 การอบสมุนไพร หรือการอบตัวด้วยไอน้ำ ที่ได้จากการต้มสมุนไพรเป็นการพัฒนามาจากการอบแบบเข้ากระโจม เป็นห้องอบไอน้ำสมุนไพร สามารถให้บริการได้ครั้งละหลาย ๆ คน การอบสมุนไพรสามารถรักษาโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืดในระยะไม่รุนแรง เป็นหวัดน้ำมูกไหลแต่ไม่มีการแห้งตันของน้ำมูก โรคอัมพาต ปวดเมื่อยตามร่างกาย โรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ อาจต้องใช้การอบสมุนไพรร่วมกับการนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร เป็นต้น สมุนไพรที่ใช้ในการอบสมุนไพร ขึ้นอยู่กับความสะดวกในการหา

ซึ่งส่วนมากจะยึดหลักการใช้สมุนไพรในการอบ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มสมุนไพรที่มีกลิ่นหอม เช่น ไพล แก้วปุดเมื่อย ขมิ้นชันแก้โรคผิวหนัง สมานแผล ผิวมะกรูดแก้เวียนศีรษะ หัวหอมแดง ตะไคร้แก้อาการคัดจมูก เป็นต้น 2) สมุนไพรรสเปรี้ยว เช่น ใบมะขาม ผักส้มป่อย จะช่วยชำระล้างสิ่งสกปรก บำรุงผิวพรรณ เพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ผิวหนัง ด้วยฤทธิ์กรดอ่อนๆ 3) สมุนไพรที่เป็นสารประกอบที่ระเหิดได้เมื่อผ่านความร้อน มีกลิ่นหอม เช่น การบูร พิมเสน ช่วยรักษาอาการหวัด 4) สมุนไพรที่รักษาเฉพาะโรคและอาการ เช่น สมุนไพรแก้ปวด ได้แก่ เถาวัลย์เปรียง ไพล เถาเอ็นอ่อน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การให้บริการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพร การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร หากสถานบริการใดสามารถให้บริการรักษาได้ทั้งหมดตามที่กล่าวมาจัดได้ว่าสามารถให้บริการแบบครบวงจร(เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540)

2 การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีการให้บริการ 4 อย่าง คือ

2.1 ธรรมานามัย ได้แก่ กายานามัย คือ การออกกำลังกาย การตัดตนด้วยตนเอง (ฤาษีตัดตน) การรับประทานอาหารให้ถูกต้องกับธาตุ การกินอาหารแต่พอเหมาะ มีสติในการกิน และการนอน ควรดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท จิตตานามัย คือ การฝึกสมาธิให้จิตเข้มแข็ง จิตมีพลัง เกิดปัญญา เกิดความสุขสงบ ทำให้มีความต้านทานโรคดีขึ้น เมื่อจิตเข้มแข็งเกิดปัญญาย่อมเลือกมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ชีวิตานามัย คือ การดำรงชีวิตด้วยทางสายกลางย่อมไม่เกิดความเครียด รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สมดุลไปด้วยธาตุทั้งสี่ภายนอก (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539)

2.2 การอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในมารดาหลังคลอดบุตรช่วยให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว เพราะทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย บำรุงผิวพรรณให้ชุ่มชื้นทำให้ผิวสวย เป็นการเสริมความงามให้กับร่างกายหญิงสาวได้ดี ปัจจุบันนิยมอบสมุนไพรเพื่อลดน้ำหนัก (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และ ภัทรภาพร ตั้งสุขฤทัย, 2543)

2.3 การนวดแผนไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สามารถแก้อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เพื่อคลายเครียด ซึ่งผลของการนวดแผนไทยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดการใช้ยาแก้ปวดได้ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และ ภัทรภาพร ตั้งสุขฤทัย, 2543)

2.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของพืชสมุนไพร ในการบริโภคเป็นอาหารสมุนไพร เพื่อสุขภาพ เช่น การแนะนำเครื่องดื่มสมุนไพร และการรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ในประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และ ภัทรภาพร ตั้งสุขฤทัย, 2543)

การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ด้วยการแพทย์แผนไทยจะเห็นได้ว่าเป็นการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และบริการบางอย่างผู้มารับบริการสามารถนำไปปฏิบัติเองได้

3 การฟื้นฟูสภาพ โดยการให้บริการการนวดแผนไทยในผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น

นอกจากในสถานบริการของรัฐจะพบว่ามีลักษณะการให้บริการแพทย์แผนไทย ทั้ง 4 ด้านตามที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่า มีรูปแบบการรับบริการของผู้มารับบริการ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540)

1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตัวเอง การเข้ามารับบริการในลักษณะนี้อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความนิยมส่วนตัว การบอกต่อ อยากทดลอง ฯลฯ ไม่ว่าจะมาจากสาเหตุใดก็ตาม ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองจากแพทย์อายุรเวท ซึ่ง หากตรวจพบว่าความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยก็จะถูกส่งไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษา

2. ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยผ่านการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งผู้รับบริการจะเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันก่อน และเมื่อแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยโรค แล้วพบว่าสามารถรักษาได้ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังงานการแพทย์แผนไทย ในส่วนนี้ผู้ป่วยต้องยอมรับ และยินดีที่จะรับการรักษาดูแลด้วยแพทย์แผนไทย

อย่างไรก็ตาม สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้จัดทำสถิติการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ ปี พ.ศ. 2543 พบว่า สถานบริการของรัฐสามารถให้บริการแพทย์แผนไทยมีจำนวนทั้งหมด 4,219 แห่ง (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอกล่าวเฉพาะในโรงพยาบาล และสถานเอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้านี้เท่านั้น คือ

1. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้บริการการแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งหมด 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.8 ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ โดยมีเพียง 5 แห่งเท่านั้น ที่สามารถให้บริการแบบครบวงจรได้ คือ มีการปลูกสมุนไพร การผลิตยาสมุนไพร การตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การให้ยาสมุนไพร) (แดนชัย ชอบจิตร, 2543) ส่วนที่เหลือสามารถให้บริการได้อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือสองอย่างร่วมกัน ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่ คือ อายุรเวท แพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2543)

เมื่อพิจารณาภาพรวมแล้วจะเห็นได้ว่า การจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทหน้าที่ซึ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน จึงต้องการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง

ทำให้งานด้านการแพทย์แผนไทย ที่เป็นงานการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีความสำคัญน้อยลง และนโยบายของรัฐจะเน้นการพัฒนาไปที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานือนามัยเป็นสำคัญ (แดนชัย ขอบจิตร, 2543) แต่ในปัจจุบันพบว่า โรงพยาบาลศูนย์หลายแห่ง มีความพยายามที่จะให้มีการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยขึ้นในโรงพยาบาล โดยการนำเอาแพทย์แผนไทยเข้าไปแทรกในงานกายภาพบำบัดผู้ป่วย (วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 2543) และในอนาคตมีแนวโน้มการจัดการบริการในรูปแบบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย คือ การให้บริการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการให้ข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพโดยการใช้การแพทย์แผนไทย การจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543)

2. โรงพยาบาลชุมชน สามารถให้บริการแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งหมด 287 แห่ง (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543) คิดเป็นร้อยละ 41.90 ของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ โดยสามารถให้บริการแบบครบวงจร ได้ทั้งหมดจำนวน 19 แห่ง (แดนชัย ขอบจิตร, 2543) ส่วนที่เหลือ มีการให้บริการได้อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือสองอย่างร่วมกัน และมีผู้ให้บริการเหมือนกับโรงพยาบาลศูนย์ โดยจะทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ กล่าวคือ ผู้รับบริการจะได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาล เพื่อประเมินถึงสถานะความเจ็บป่วย ว่ามีระดับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับใด เช่น มีระดับการเจ็บป่วยในภาวะเฉียบพลัน ก็จะส่งต่อให้การแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่ามีอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน สามารถใช้แนวทางการบำบัดดูแลรักษา ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ ก็จะส่งต่อให้อยู่ในความดูแลของการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้รับบริการจะได้รับการบำบัด ดูแลรักษาสุขภาพ ด้วยการใช้ยาสมุนไพร การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร (กาญจนา สุขแก้ว, 2543)

เมื่อพิจารณาภาพรวม การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ยังมีจำนวนน้อย และไม่ประสบผลสำเร็จ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป โดยปัญหาที่พบ คือ นโยบายการดำเนินการจากส่วนกลางไม่ชัดเจน ในเรื่องทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การขาดงบประมาณ ขาดการสนับสนุนการประสานงาน และขาดการนิเทศติดตามที่ดีพอ ขาดการยอมรับจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่อายุรเวท มีประสบการณ์น้อยทำให้ขาดการยอมรับ ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดีพอ ทำให้มีผู้มารับบริการน้อย ปัญหาด้านข้อมูลการให้บริการ ไม่มีความต่อเนื่อง (นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ, 2534 พิสุทธิพรสัมฤทธิ์โชค และคณะ, 2535 แดนชัย ขอบจิตร, 2543) แต่อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในอนาคตจะเปลี่ยนจากคลินิกบริการแบบเดิม เป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (Holistic care) (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543)

3. สถานีอนามัย สามารถให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งหมด 1,130 แห่ง (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543) คิดเป็นร้อยละ 12.23 ของสถานีอนามัยทั่วประเทศ โดยมีผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ที่ผ่านการอบรมการแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ ในสถานีอนามัยยังไม่มีแพทย์อายุรเวทปฏิบัติงาน การให้บริการสามารถให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือสองอย่างร่วมกัน ไม่มีสถานีอนามัยแห่งใดที่สามารถให้บริการการแพทย์แผนไทยได้อย่างครบวงจร

เมื่อพิจารณาภาพรวมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานีอนามัย จะเห็นได้ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งจากรายงานการดำเนินการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2539 พบว่า การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปราจีนบุรี และสถานีอนามัยสัมพันธ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย งบประมาณสนับสนุนไม่พอเพียง ขาดแคลนวัสดุและอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ (2533) ในเรื่องแนวทางการดำเนินงานสมุนไพรในสถานีอนามัย พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยยังขาดความรู้ และไม่มีประสบการณ์ดำเนินงานสมุนไพร แต่อย่างไรก็ตาม สถาบันการแพทย์แผนไทยยังคงให้ความสำคัญ กับการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในระดับสถานีอนามัย ดังจะเห็นได้จาก การกำหนดเป้าหมายงานแพทย์แผนไทยในสถานีอนามัยในศตวรรษที่ 21 ทุกสถานีอนามัยต้องเต็มไปด้วยธรรมชาติ และยังคงให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สถาบันแพทย์แผนไทย, 2540)

การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีรูปแบบการจัดบริการเป็นคลินิกบริการแพทย์แผนไทย ภายใต้นโยบายการพัฒนา และสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น และสถาบันการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันสามารถจัดบริการแพทย์แผนไทย ได้จำนวน 24 แห่ง จากทั้งหมด 238 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.08 โดยสามารถให้บริการ 5 ด้าน คือ 1) การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น เช่น ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ขี้ผึ้งไหลจิศาจ ยาอมมะแว้ง เป็นต้น บางแห่งมีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน บางแห่งมีการใช้ยาสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยทอง เช่น ประสะไพ เป็นต้น จากแหล่งสนับสนุน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น หรือโรงพยาบาลชุมชน 2) การนวดแผนไทยเพื่อการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ 3) การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

4) การประคบสมุนไพร 5) การจัดจำหน่ายยาสมุนไพรเบื้องต้น เช่น ขี้ผึ้งไฟล ลูกประคบ ยาหม่องน้ำสมุนไพรที่จัดจำหน่ายมาจากที่อื่น หรือในหมู่บ้าน ลักษณะการให้บริการสถานื่อนามัยบางแห่งสามารถให้บริการได้ทั้ง 5 ด้าน บางแห่งสามารถให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือสองอย่างรวมกัน โดยมีผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยที่ได้รับการอบรมแพทย์แผนไทย หรือ อสม.ที่ได้รับการอบรมการแพทย์แผนไทย ตามหลักสูตรการจัดอบรมของสำนักงานสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันการแพทย์แผนไทย หรือหลักสูตรของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เช่น หลักสูตรการนวดแผนไทย 300 ชั่วโมง การนวดเท้า เป็นต้น ภายใต้รูปแบบการจัดจ้าง 2 รูปแบบ คือ จากการแบ่งรายได้ของค่าบริการ และแบบเป็นเงินเดือนจากการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลการดำเนินการ พบว่าประชาชนให้การยอมรับ และการมาใช้บริการมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากบริบทการดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ยังนิยมใช้สมุนไพรในโรคที่ไม่รุนแรง (บุศรา กาญจนบัตร, 2543) อย่างไรก็ตามการจัดบริการที่ผ่านมาเป็นการให้บริการตามสภาพการณ์ทั่วไป และพบว่าไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องทุกแห่ง

จากการสำรวจจากร่องสถานื่อนามัย จังหวัดขอนแก่น ที่มีการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 3 แห่ง พบว่า รูปแบบการจัดบริการมี 2 รูปแบบ คือ การจัดบริการในสถานื่อนามัย จำนวน 2 แห่ง และการจัดบริการแบบเครือข่าย จำนวน 1 แห่ง การจัดบริการในสถานื่อนามัย เป็นการจัดบริการอย่างเป็นทางการ ตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีการให้บริการ คือ บริการนวดแผนไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร มีผู้ให้บริการ คือ อสม. ที่เคยผ่านการอบรมการแพทย์แผนไทย งบประมาณได้รับการสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์แผนไทย 1 แห่ง จากอบต. 1 แห่ง การจัดจ้างโดยการสนับสนุนของโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง ที่เหลือ 1 แห่ง จัดจ้างโดยเงินส่วนแบ่งจากค่าบริการ การเก็บค่าบริการ 1 ใน 2 แห่ง เก็บตามอัตรากำหนดของสำนักงานสาธารณสุข คือนวดแผนไทยชั่วโมงละ 150 บาท อบสมุนไพรครั้งละ 50 บาท ประคบครั้งละ 50 บาท ลูกประคบลูกละ 30 บาท ที่เหลืออีก 1 แห่ง กำหนดอัตราขึ้นเอง พบว่า ค่าบริการนวดแผนไทยเท่านั้นที่แตกต่าง คือ เก็บค่าบริการ 60 บาท / ชั่วโมง การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร มี 1 แห่งเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ให้บริการทั้ง 2 แห่ง มีอิสระที่จะให้บริการตามวิธีการแพทย์แผนไทย การประสานงานส่วนใหญ่มีการประสานงานในเรื่องของอุปกรณ์การให้บริการ การคิดค่าบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว มีการส่งต่อแบบไม่เป็นทางการ โดยการแนะนำแบบปากต่อปาก หรือการเขียนแนะนำในแผ่นกระดาษ การกำหนดมาตรฐานการให้บริการ ยังไม่มีการกำหนดอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร แต่มีผู้ให้บริการ

เพียง 1 แห่งเท่านั้น ที่มีแนวทางการประกันคุณภาพการให้บริการ โดยเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข และผ่านประสบการณ์ฝึกอบรมอย่างน้อย 300 ชั่วโมง มีความรู้และทักษะสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะกับตนเอง และผู้รับบริการ มีการปฏิบัติการให้บริการอย่างมีระบบ 6 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินอาการผู้รับบริการ 2) ให้การวินิจฉัยอาการ 3) เริ่มนัดทั่วไป จากนั้นนัดเฉพาะจุดที่เจ็บ-ปวด 4) ประเมินอาการระหว่างการนัด 5) กำหนดระยะเวลาในการนัด ซึ่งอย่างน้อย 1 ชั่วโมงครั้ง ประกันคุณภาพว่าจะผ่อนคลายนัดอาการลง ถ้าในเวลา 2 ชั่วโมงประกันคุณภาพว่าจะรู้สึกสุขสบาย การประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนใช้วิธีปากต่อปาก การจัดทำรายงานส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญในเรื่องจำนวนผู้มารับบริการ โดยผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยเป็นผู้ลงผู้บันทึก ซึ่งจากรายงานประจำเดือน พบว่าผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2) การจัดบริการแบบเครือข่าย มีการให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สถานือนามัย เรียกผู้ให้บริการมาให้บริการที่สถานือนามัย หรือส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่บ้านผู้ให้บริการ โดยวิธีการแนะนำ การให้บริการส่วนใหญ่ คือ การนัดแผนไทย การกำหนดค่าบริการอยู่ภายใต้การกำหนดของสถานือนามัย คือ ชั่วโมงละ 100 บาท (ในกรณีที่ให้บริการที่อนามัย) และต้องแบ่งค่าบริการให้สถานือนามัย ร้อยละ 20 บาท แต่เจ้าหน้าที่สถานือนามัยส่วนใหญ่จะไม่รับส่วนแบ่งนั้น ผู้มารับบริการมีแนวโน้มจะลดลง เพราะผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นคนนอกเขตรับผิดชอบของสถานือนามัย ส่วนผู้ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่สะดวกไปใช้ที่บ้านผู้ให้บริการ มากกว่าที่จะผ่านการส่งต่อจากเจ้าหน้าที่สถานือนามัย รวมทั้งจ่ายค่าบริการถูกกว่า เพราะมีลักษณะการให้บริการที่เรียกว่า "ยาขอหมอวาน" ซึ่งเป็นการพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในรูปแบบการจัดบริการในสถานือนามัย เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เป็นทางการและเป็นการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

โดยสรุป การจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของสถานือนามัย มีรูปแบบการจัดบริการเป็นคลินิกบริการแพทย์แผนไทยเช่นกันกับโรงพยาบาล แต่มีกลวิธีการผสมผสานต่างกันคือ กลวิธีที่ใช้ในการผสมผสาน โดยโรงพยาบาลใช้กลวิธีความร่วมมือระหว่างการแพทย์ ทั้ง 2 ระบบ แต่สถานือนามัยใช้กลวิธีการรวมกันระหว่างการแพทย์ทั้งสองในหน่วยงานเดียวกัน นอกจากนี้แล้ว ในด้านการให้บริการของสถานือนามัยพบว่า ยังไม่สามารถให้บริการแบบครบวงจรได้ เนื่องจาก ปัจจัยด้านศักยภาพการบริหารจัดการ จำนวนบุคลากร การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และเครื่องมือการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 การพัฒนายาสมุนไพร

การพัฒนายาสมุนไพร เป็นการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุข อีกรูปแบบหนึ่งที่สืบเนื่องมาจาก นโยบายด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดให้มีการใช้สมุนไพร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรค ผนวกเข้าไปในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเริ่มจากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพร จัดทำข้อมูลเผยแพร่ความรู้ ทดลองปลูกสมุนไพร ในชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐ เยอรมัน (โครงการGTZ) ในการวิจัยทางคลินิกและการใช้สมุนไพรในโรงพยาบาล และสถานีอนามัย จำนวน 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ พญาอ และว่านหางจระเข้ ให้ การสนับสนุนการจ้างอายุรเวท ซึ่งมีความสามารถในด้านการผลิตยาสมุนไพร และการใช้ยา แผนโบราณตามตำรับอายุรเวท ให้ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ทดลองอีกด้วย ซึ่งเป็น การเปลี่ยนแปลงการใช้ยาสมุนไพร ในระบบบริการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังได้ ส่งเสริมและสนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชน ในการทำวิจัยพัฒนาสมุนไพรมาใช้ผลิตเป็น ยาแผนปัจจุบัน ตลอดทั้งจัดทำบัญชียาจากสมุนไพร ในบัญชีหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542 มียาสมุนไพร 13 รายการ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และสนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพร ในสถานบริการของรัฐ จากสถิติสถาบันการแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2540 พบว่า โรงพยาบาล ของรัฐ 26 แห่ง เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ ที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่ง ซึ่งเป็นรอง จากการผลิตยาในระบบเอกชน และจากองค์การเภสัชกรรม โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง นอกจากนั้น เป็นโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในระดับสถานีอนามัย พบ 33 แห่ง ที่สามารถผลิตยาทาภายนอก เช่น ยาหม่อง สมุนไพรลูกประคบ เท่านั้น (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540)

อย่างไรก็ตาม จากแนวนโยบายการพัฒนาสมุนไพรและยาแผนโบราณ เข้าสู่ระบบ บริการสาธารณสุข ถึงแม้จะสนับสนุนให้สถานบริการได้ใช้ยาสมุนไพรทั่วประเทศ แต่ในสถานการณ์ พบว่า โรงพยาบาลที่สามารถผลิตยามาใช้ไว้ใช้เองได้ยังอยู่ในวงจำกัด และยาที่ผลิตก็มีการใช้ ในวงจำกัดเฉพาะผู้ที่มารับบริการจากโรงพยาบาล และสถานีอนามัย ดังนั้นสถานบริการส่วนใหญ่ จึงได้จัดซื้อยาสมุนไพรจากองค์การเภสัชกรรม แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยอมรับ ในยาสมุนไพรไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ อรุณพร อีฐรัตน์ และคณะ (2539) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในภาคใต้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีพฤติกรรมเคยใช้ สมุนไพร หรือแนะนำผู้อื่นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมทรง ณ นคร และคณะ(2529) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของชาวชนบท และบุคลากรสาธารณสุข

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค และเคยใช้สมุนไพรรักษาโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2539) พบว่า ประชาชนมีทัศนคติที่ดี ยอมรับ และพึงพอใจ ต่อการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรรักษาโรคแต่แตกต่างจากการศึกษาของ ยุพาพรรณ มั่นกระโทก และคณะ (2538) เรื่องทัศนคติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน มีทัศนคติด้านลบต่อประสิทธิภาพของยาสมุนไพร

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การพัฒนายาสมุนไพรเริ่มจากการสนับสนุนการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมา มีการสนับสนุนงานดำเนินงานอย่างครบวงจร โดยการปลูกสมุนไพร การผลิตยาสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการของรัฐ แต่เป็นการสนับสนุนที่อยู่ในวงจำกัด เนื่องจากนโยบายการนำยาจากสมุนไพร ไปใช้ในสถานบริการของรัฐไม่ชัดเจน การดำเนินงานที่ผ่านมา จึงเป็นเรื่องของความสมัครใจของผู้บริหาร ขาดงบประมาณสนับสนุน ขาดการสนับสนุนการบริหารจัดการจากผู้บริหารโรงพยาบาล ขาดวัตถุดิบ สมุนไพร อุปกรณ์ และเครื่องมือการผลิตยา ขาดการยอมรับจากบุคลากรแพทย์แผนปัจจุบัน และขาดการยอมรับจากประชาชน ดังนั้น หากสถานบริการได้รับการสนับสนุนเหล่านี้ จะทำให้การพัฒนายาสมุนไพรไปสู่ความสำเร็จ เป็นที่รู้จัก และใช้กันอย่างแพร่หลาย

โดยสรุป เมื่อพิจารณาในภาพรวม รูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ ทั้งการให้บริการคลินิกการแพทย์แผนไทย และการพัฒนายาสมุนไพรไทย จะเห็นได้ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จ และยังคงอยู่ในวงจำกัด เนื่องจากปัญหา ดังต่อไปนี้

1. นโยบายการดำเนินการไม่ชัดเจน ในเรื่องทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เช่น การกำหนดจำนวนเป้าหมายของโรงพยาบาล ที่มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทย การจัดให้มีบุคลากรเฉพาะ เช่น อายุรเวทในโรงพยาบาล การขาดแคลนงบประมาณ ขาดการสนับสนุนการประสานงานและการนิเทศติดตามที่ดีพอ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารในสถานบริการของรัฐหลายแห่ง และพบว่างานการแพทย์แผนไทยลดความสำคัญลง เมื่อเปลี่ยนผู้บริหาร (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539)

2. ปัญหาด้านบุคลากร

- 2.1 ขาดแคลนผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย สืบเนื่องจากแนวนโยบายไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถขออัตรากำลังและงบประมาณ มาใช้ในการดำเนินการแพทย์แผนไทยได้ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีการจัดบริการแบบผสมผสาน ได้ดึงบุคลากรจากฝ่ายอื่นๆ มาปฏิบัติงาน

จึงทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง และเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งมีภาระงานที่รับผิดชอบที่หนักอยู่แล้ว (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543)

2.2 บุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบัน ขาดการยอมรับต่อการนำการแพทย์แผนไทย มาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้ได้ผ่านหลักสูตรการเรียน การสอนแบบวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ และมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย น้อยมาก (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540)

2.3 แพทย์อายุรเวชมีประสบการณ์น้อย จึงทำให้ขาดความมั่นใจในการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ทำให้มีปัญหาในการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการรักษากับการแพทย์ แผนปัจจุบัน (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2540)

3. ปัญหาผู้รับบริการในท้องถิ่นรู้จักสมุนไพร และการรักษาพื้นบ้านน้อยลง เนื่องจาก ความจำเป็นในการดูแลรักษาตนเอง ถูกแทนที่ด้วยการรับรองระบบการแพทย์สมัยใหม่ ที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพกว่า (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2540)

4. ปัญหาในการผลิตยาจากสมุนไพรและยาแผนโบราณ เนื่องจากบางช่วงขาดแคลนสมุนไพร ไม่สามารถประมาณการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้จะมีการวางแผนในการผลิตเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี แล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดแคลนสถานที่เก็บวัตถุดิบ คุณภาพวัตถุดิบที่ซื้อ จากร้านขายของส่ง ไม่สะอาด เก่า มีสิ่งปลอมปน เครื่องมือในการผลิต และการบรรจุของ โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่ได้มาตรฐาน ขาดมาตรฐานการผลิต ขาดแคลนงบประมาณ ในการสร้างงาน และขยายงาน

5. ปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาข้อจำกัดด้านกฎหมาย การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2540 พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค และคณะ, 2535)

จากปัญหาที่กล่าวมา สถาบันการแพทย์แผนไทยได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยสถาบันการแพทย์แผนไทยต้องสร้างความร่วมมือ และประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติ มีนโยบายการสนับสนุน ส่งเสริมที่ชัดเจน มีการสร้างความเข้าใจ แก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อการยอมรับ และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กับการแพทย์แผนไทย อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้มีการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย สร้างความเข้าใจกับผู้บริหาร โดยการสัมมนา หรือจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย สนับสนุนการศึกษาวิจัยสรรพคุณ ยาสมุนไพร และพัฒนาศักยภาพผู้ผลิตยาสมุนไพรให้มากขึ้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543)

3. ความพร้อมการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของสถานีนามัย

การจัดบริการสาธารณสุข (health service) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข (health service system) ที่มีองค์ประกอบเกี่ยวข้อง 5 องค์ประกอบ คือ 1) ทรัพยากร (resources) ประกอบด้วย กำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือใช้ เวชภัณฑ์และองค์ความรู้ 2) การบริหารจัดการ (management) ประกอบด้วย นโยบาย การวางแผน กฎหมาย การติดตามกำกับ และข้อมูลข่าวสาร 3) โครงสร้างองค์การ (organization) ของภาครัฐและภาคเอกชน 4) การเงินการคลัง (economic) จะเกี่ยวข้องกับ แหล่งเงิน การจัดการด้านการเงินการคลัง และ 5) บริการสาธารณสุข (service delivery) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งแบ่งตามความซับซ้อนของการให้บริการ เช่น บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการระดับตติยภูมิ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542) ดังนั้น การพัฒนาการจัดบริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของสถานีนามัย จะสำเร็จได้ต้องมีความพร้อมของปัจจัยต่างๆในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการ ดังนี้คือ

3.1 ความพร้อมด้านทรัพยากร

ทรัพยากรสาธารณสุข ประกอบด้วย กำลังคน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ และองค์ความรู้ ดังนี้คือ

3.1.1 กำลังคน เป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากจะต้องนำเทคโนโลยีสุขภาพ ไปจัดบริการสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน การจัดบริการสาธารณสุขต้องให้บริการเป็นทีม และต้องมีจำนวนทีมสุขภาพที่เหมาะสม จึงจะทำให้องค์การให้บริการเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพ สามารถช่วยบรรเทาปัญหาของสังคมได้ (ทัศนีย์ จันทรสุทธิ, 2543) เช่นเดียวกับการจัดบริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลชุมชน มีทีมให้บริการ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องส่วนการแพทย์แผนไทย คือ แพทย์อายุรเวท (กาญจนา สุขแก้ว, 2543) ส่วนในระดับสถานีนามัย มีทีมให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ อสม.ที่ผ่านการอบรมการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543) แต่อย่างไรก็ตาม การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการยังอยู่ในวงจำกัด ทั้งในระดับโรงพยาบาลและในสถานีนามัย เนื่องจาก ปัญหาขาดแคลนผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย (แดนชัย

ขอบচিত,2543) สืบเนื่องมาจากแนวนโยบายไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถขออัตรากำลัง และงบประมาณมาใช้ในการดำเนินการแพทย์แผนไทยได้ พบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีการจัดบริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้ดึงบุคลากรจากฝ่ายอื่นๆมาปฏิบัติงาน จึงทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง และเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ซึ่งมีภาระงานที่รับผิดชอบที่หนักอยู่แล้ว (สถาบันการแพทย์แผนไทย,2543) จากการศึกษาของ นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2534) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย จากโรงพยาบาลชุมชนลงสู่สถานีอนามัย จะสำเร็จได้ต้องอาศัยกำลังคนที่เหมาะสม หากขาดแคลนผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย ควรแก้ไขโดยการจัดจ้างหมอพื้นบ้าน หรือบุคคลที่ได้ผ่านการอบรมการให้บริการการนวดไทย จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยจัดจ้างจากค่าตอบแทนจากการนวด ดังนั้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะต้องมีความพร้อมด้านกำลังคน ทั้งด้านปริมาณ และด้านคุณภาพ

3.1.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริหารงาน เพราะเป็นสิ่งที่คนใช้เป็นเครื่องมือดำเนินงาน ไปสู่จุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ (ศศิวิมล ปุจฉาการ, 2534) จากการศึกษาของกาญจนา สุขแก้ว (2543) พบว่า การพัฒนายาสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ในการรักษา จะต้องอาศัยความพร้อมในหลายด้าน เช่น วัตถุดิบ งบประมาณ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ เครื่องมือในการผลิต / แปรรูป (ตู้อบ เครื่องบด เครื่องร่อน รางกลิ้ง ลูกกลอน) จึงจะทำให้เกิดการพัฒนายาอย่างครบวงจร ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการเครื่องมือในการผลิต / แปรรูป ของสถานีอนามัยที่มีการจัดบริการแบบผสมผสาน เช่น เตียงผู้ป่วย ตู้อบยา อุปกรณ์ในการผลิตยาเบื้องต้น (รางกลิ้งยา, เครื่องทำเม็ดยา) และสถานีอนามัยที่กำลังดำเนินการจัดบริการแบบผสมผสาน มีความต้องการตู้เก็บยาสมุนไพร อุปกรณ์การดูแลจัดสวนสมุนไพร (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าความพร้อมของเครื่องมือ, เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ มีความจำเป็นในการจัดบริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.1.3 องค์ความรู้ เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการจัดบริการแบบผสมผสาน ซึ่งจากการศึกษาของ กาญจนา สุขแก้ว (2543) พบว่า เงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้เกิดการจัดบริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน คือแนวคิดการให้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ให้ความสำคัญกับภาวะการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน ส่วนการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลรักษาด้วยการปรับธาตุสมดุลของร่างกาย โดยการใช้สมุนไพรไทย การนวด

การอบประคบสมุนไพรไทย และต้องใช้เวลาหนึ่งจึงจะเห็นผล ดังนั้น จึงมีความสอดคล้องกับการบำบัดภาวะอาการที่ไม่ซับซ้อน โรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งจากประสบการณ์การดำเนินงานแพทย์แผนไทยในระดับสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี พบปัญหาการดำเนินงานแพทย์แผนไทย คือ ขาดการสนับสนุนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณพร อิศูรัตน์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2532) พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรน้อย เพราะเจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรจึงไม่กล้าที่จะแนะนำให้ชาวชนบทใช้สมุนไพรในการรักษาโรค สอดคล้องกับปัญหาการจัดบริการแบบผสมผสานของโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการแพทย์แผนไทย รวมทั้งยังไม่มี ความเชื่อมั่น และไม่ยอมรับในการรักษาการแพทย์แผนไทย (นิลเนตร วีรสุมปิติ และคณะ, 2534) นอกจากนี้แล้ว แพทย์ได้ให้ความคิดเห็นว่า การผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ ควรมีข้อมูลทางวิชาการมายืนยันให้มากกว่านี้ ดังนั้น ความพร้อมในการจัดบริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของสถานีนอนามัย เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย จะต้องมีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

3.2 ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ (management)

การบริหารจัดการ เป็นสิ่งสำคัญที่อำนวยความสะดวกให้มนุษย์ทำงานได้โดยมีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งองค์ประกอบการบริหารจัดการมีหลายองค์ประกอบด้วยกัน ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงบางปัจจัยเท่านั้น ที่มีผลต่อการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานีนอนามัย ดังต่อไปนี้

3.2.1 นโยบาย คือ แนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อก่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Stuart-Siddall, 1986) ซึ่งนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ถูกกำหนดโดยแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่มุ่งเน้นการพึ่งตนเองและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีกิจกรรมหลักคือ ส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ องค์ความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร การบริการแพทย์แผนไทยในระบบที่มีอยู่ การผสมผสานในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ และ ในระดับสาธารณสุขมูลฐาน จัดทำเกณฑ์และพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลแผนโบราณ จัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ประสานงานให้มีการแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบ เช่น ค่ารักษาพยาบาลการแพทย์แผนไทย การจัดจ้างบุคลากรการแพทย์แผนไทย สนับสนุนการควบคุม กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินการ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในการพัฒนางานต่อไป ศึกษาและทำการวิจัยยาไทย จัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติแผนไทย พัฒนาระบบการผลิตยาในรูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐาน รูปแบบอุตสาหกรรม พัฒนาวัตถุดิบ

และแหล่งวัตถุดิบ ส่งเสริมการกระจายยาสมุนไพรและยาไทย จัดฝึกอบรมแก่บุคลากรให้สามารถ
ใช้ยาแผนไทยได้ เป็นต้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เป็นแนวนโยบายที่กว้าง การดำเนินงาน
ตามแนวนโยบายที่ผ่านมามีขึ้นกับความสนใจของผู้บริหาร (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543)
งานการแพทย์แผนไทยลดความสำคัญลงเมื่อเปลี่ยนผู้บริหาร (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข
มูลฐาน, 2539) ซึ่งจากการศึกษาของ แดนชัย ขอบจิตร (2543) พบว่า ปัญหา และอุปสรรค
ในการจัดบริการแบบผสมผสาน ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งมาจาก นโยบายรัฐบาล และ
ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้ความสนใจในการดำเนินงาน จึงทำให้นโยบายการสนับสนุน
จากภาครัฐ ส่วนกลาง ระดับจังหวัด และโรงพยาบาลไม่มีความชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา
ของ พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค และคณะ (2535) พบว่า การดำเนินการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน
ขาดนโยบายที่ชัดเจน ขาดการถ่ายทอดไปยังบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ทำให้การดำเนินงานแพทย์แผนไทย เป็นเพียงความสนใจของผู้อำนวยการ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
เท่านั้น อย่างไรก็ตาม การกำหนดนโยบายที่ดี คือ การกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน หรือ
วัตถุประสงค์ว่าจะทำอะไรในปัจจุบันและอนาคต เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ ซึ่งสิ่งที่กำหนดนี้
จะเป็นรากฐานสำหรับการปฏิบัติที่ถูกต้อง (วันทนีทิพย์ ถาวรณกุล, 2539) ในหน่วยงานราชการ
มีถ่ายทอดนโยบายโดยการสั่งการ และการแจ้งให้ทราบ (ศุภดี คันธา, 2544) และระดับการรับรู้
จะมากน้อยเพียงใดย่อมต้องอาศัยประสบการณ์ และความต้องการ ความสนใจในขณะนั้น (สุชา
จันทร์หอม, 2535) ดังนั้น การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องมี
นโยบายที่ชัดเจน และมีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ

3.2.2 การกำกับติดตาม เป็นการควบคุมดูแลงานการให้บริการสาธารณสุข

ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ (บุญสวย ต่อชีพ, 2539) สถานีอนามัยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
และ คปสอ.เป็นผู้กำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งที่ผ่านมามีการติดตาม
ในเชิงปริมาณมากกว่าด้านคุณภาพ และมุ่งเน้นการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงาน ในรูปกิจกรรม
มากกว่าที่จะเป็นผลลัพธ์ และผลกระทบการทำงานอย่างแท้จริง (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2542)
จึงเป็นการกำกับติดตามที่ขัดแย้งกับความคาดหวังของประชาชน ที่ต้องการบริการที่มีคุณภาพ
ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้แนวคิดการประกันคุณภาพ
(quality assurance) ซึ่งเป็นการกำหนดมาตรฐานของความผิดพลาดขั้นต่ำที่ยอมรับได้ และรับรอง
ว่าสิ่งที่ผลิตออกมาจะไม่มีโอกาส ที่จะเกิดความผิดพลาดสูงกว่าที่กำหนด จึงเป็นการค้ำประกัน
โดยทำให้มั่นใจได้ว่า บริการนั้นสามารถตอบสนองความต้องการด้านคุณภาพที่กำหนดไว้

(กฤษฎี อุทัยรัตน์ ,2543) โดยจะต้องมีการวางแผน (สิทธิศักดิ์ พุฒษปีติกุล, 2543) การป้องกัน และจัดทำอย่างเป็นระบบ (กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2543) ปัจจุบันในสถานื่อนามัยได้นำแนวคิดดังกล่าว มาใช้บ้างแล้ว จากศึกษานำร่องสถานื่อนามัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 แห่ง เกี่ยวกับการควบคุม คุณภาพการให้บริการ พบว่า สถานื่อนามัยทั้ง 4 แห่ง มีการควบคุมคุณภาพบริการเฉพาะแพทย์ แผนปัจจุบัน เท่านั้น โดยใช้แบบตรวจสอบมาตรฐานการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2541) และ แบบวิเคราะห์งานสถานื่อนามัย (กองการพยาบาล, 2538) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบ บริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (พบส.) อย่างไรก็ตามจากแนวคิด การประกันคุณภาพบริการ จะเห็นได้ว่าสามารถให้ประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย เพื่อเป็นการควบคุม กำกับคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย โดยเฉพาะการให้บริการแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากการให้บริการการแพทย์แผนไทยในระดับ สถานื่อนามัย ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการ จะมีเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีความเชื่อถือน้อย ในการวินิจฉัยโรคของการแพทย์ แผนไทย โดยเห็นว่าการวินิจฉัยโรคอาศัยการคาดคะเนจากประสบการณ์ ไม่ได้ยึดหลักวิทยาศาสตร์ (สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ และคณะ 2528, อ่างใน เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, 2539) ดังนั้น การขาดการยอมรับคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการ แบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาประกันคุณภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย

3.2.3 ระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข และสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขเกิดประสิทธิภาพได้ ซึ่งประกอบด้วย คน (People) กระบวนการปฏิบัติงาน (work process) เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (information) องค์ประกอบทั้งหมดจะปฏิสัมพันธ์กันในการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูล (จรรย์ ธีรัชกุล, 2544) ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพขึ้นอยู่กับ ความชัดเจนของข้อมูล ความถูกต้อง ตามกาลเวลา เนื้อหามีความครบถ้วนสมบูรณ์ มีความตรงต่อความต้องการ และมีความเหมาะสม จากการศึกษาของ นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2534) พบว่า ระบบการจัดเก็บข้อมูล การให้บริการทางการแพทย์แผนไทยยังไม่ครบถ้วน ทำให้ประเมินประสิทธิภาพการใช้จ่ายสมุนไพร และความต่อเนื่องของการมารับบริการการแพทย์แผนไทยไม่ได้ ใกล้เคียงกับกับการศึกษาของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองสถิติสาธารณสุข (2532) พบว่า ปัญหาของระบบ

ข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นภายในระบบสาธารณสุข ได้แก่ แบบฟอร์มระเบียบรายงานมีมากเกินไป หรือบางชนิดมีความคลุมเครือ ไม่ครอบคลุมกิจกรรม ขาดแคลนเจ้าหน้าที่จัดทำระเบียบรายงาน เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในระบบข้อมูลข่าวสาร การบันทึก การจัดเก็บรวบรวมรายงาน ทำให้ไม่เห็นประโยชน์และความสำคัญของข้อมูล อย่างไรก็ตามจากแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้เสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ดังนี้คือ

1. ระบบข้อมูล ต้องมีความต่อเนื่องของข้อมูล ประกอบด้วย แพ้มนามัยครอบครัว บัตรสุขภาพ บัตรปฏิบัติการ สมุดหรือบัตรประจำตัวผู้ป่วย

2. ระบบข้อมูล ต้องควบคุมกำกับและประเมินผลกิจกรรมการให้บริการและสถานการณ์ของสถานบริการในชุมชน

3. ระบบข้อมูล ที่เป็นรายงาน เพื่อส่งหน่วยงานที่สูงขึ้น

นอกจากการพัฒนากระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นบัตร และรายงานต่างๆแล้ว ยังพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระบบข้อมูลข่าวสาร คือ การขึ้นทะเบียนประชากรในเขตรับผิดชอบ เนื่องจากการขึ้นทะเบียนทำให้สถานบริการ มีประชากรเป้าหมายในการให้บริการ ช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ ในการออกแบบกำหนดกิจกรรม การให้บริการประชากรเป้าหมาย นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึง ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่รับผิดชอบ ข้อมูลพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยมีวิธีการดังนี้

1. การขึ้นทะเบียนแบบเดิม คือ การให้บริการกับประชากรเป้าหมายตามพื้นที่แบ่งเขตตามระบบของกระทรวงมหาดไทยเช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป

2. การขึ้นทะเบียนแบบเชิงรุก คือ การที่สถานบริการได้มีการพัฒนาระบบการทำงานขึ้นมาใหม่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยพัฒนาหลักความรู้ในการให้บริการทีมผู้ให้บริการ ระบบภายในและปัจจัยเกื้อหนุนและโครงสร้างรองรับการบริการ โดยนำไปประยุกต์ใช้ได้ในทางปฏิบัติ และมีการเผยแพร่ออกไปสู่ประชาชนให้ประชาชนรับรู้ และมีความเข้าใจในการมาขอรับบริการ โดยสถานบริการจะเป็นผู้กำหนดกลุ่มผู้รับบริการเอง ตามความสามารถที่จะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

3. การขึ้นทะเบียนแบบตั้งรับ คือ การขึ้นทะเบียนที่เป็นผลมาจากการพัฒนาให้ทุกสถานบริการมีประสิทธิภาพ โดยมีประชาชนเป็นผู้ที่จะเลือกใช้บริการกับสถานบริการใดก็ได้ ตามความสมัครใจที่เห็นว่ามีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้สถานบริการเกิดการ พัฒนา เพื่อให้เกิดการยอมรับและมีประชาชนมาเลือกใช้บริการ

นอกจากระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งสนับสนุนในการจัดบริการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ยังพบว่า การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ก็มีความสำคัญเช่นกัน จากการศึกษาของ กาญจนา สุขแก้ว (2543) พบว่า การประชาสัมพันธ์ทำให้สังคมตื่นตัว เรื่องการแพทย์แผนไทยและสนใจมารับบริการมากขึ้น และจากการศึกษาของ แดนชัย ชื่นจิตร (2543) ได้เสนอแนะว่า การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย เป็นการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับผู้มารับบริการน้อย กิจกรรมการประชาสัมพันธ์สามารถทำได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ในรูปแบบเสียงตามสายในโรงพยาบาล หอกระจายข่าว จัดบอร์ด หน่วยเคลื่อนที่การฝึกอบรม (กาญจนา สุขแก้ว, 2543) หรือใช้วิธีฝึกอบรม สาธิตการปรุงการไชยาสมุนไพร ก็เป็นการประชาสัมพันธ์ เช่นเดียวกัน (ชนะ พรหมเดช และคณะ, ม.ป.ป.)

3.3 ความพร้อมด้านโครงสร้างองค์การ

โครงสร้างการบริหารงานระดับสถานีนอนามัย มีการจัดสายบังคับบัญชาลักษณะแนวตั้งจากบนสู่ล่าง โดยมีหน่วยงานที่สนับสนุนระดับจังหวัด และระดับอำเภอ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อย่างไรก็ตาม ในโครงสร้างดังกล่าวไม่ได้กำหนดงานการแพทย์แผนไทย จากการสำรวจนำร่องสถานีนอนามัย 4 แห่ง พบว่างานการแพทย์แผนไทยอยู่ในความรับผิดชอบของงานด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีกำหนดโครงสร้าง และกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน เกี่ยวกับการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย ดังนั้นจึงอาศัยโครงสร้างเดิมของหน่วยงาน ภายใต้ความสนใจของผู้บริหารหน่วยงานนั้นที่จะมอบหมายให้งานการแพทย์แผนไทย อยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายต่างๆ เช่น ในระดับจังหวัด งานการแพทย์แผนไทยจะปรากฏในฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายพัฒนานุเคราะห์ ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539) จากการศึกษาของ กาญจนา สุขแก้ว (2543) พบว่า การกำหนดโครงสร้างมีผลต่อความเสมอภาค ในการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย โดยพบว่าในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษามีการกำหนดโครงสร้างองค์กร ทั้งแบบแนวตั้งและแนวราบ ซึ่งงานการแพทย์แผนไทยอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของฝ่ายเภสัชกรรม การดำเนินงานด้านบริการมีการประสานงานกันทุกฝ่ายนอกจากนี้ ยังมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย และพบว่าความสัมพันธ์ในทีมเป็นแบบแนวราบ กล่าวคือเจ้าหน้าที่มีความเอื้ออาทร พึ่งพากันมีการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการพัฒนาการแพทย์แผนไทยร่วมกัน ดังนั้น สรุปได้ว่าการกำหนดโครงสร้างขององค์กรทั้งแนวตั้งและแนวราบเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญในการจัดบริการแบบผสมผสาน

3.4 ความพร้อมของงบประมาณสนับสนุน

งบประมาณ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในการบริหารและการพัฒนางาน ทำให้มีอุปกรณ์ เครื่องใช้เหมาะสมและสะดวกในการให้บริการ ส่งเสริมสนับสนุน ใจให้การปฏิบัติงานเป็นไปตาม มาตรฐานที่วางไว้ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2530) งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้แก่ สถานีอนามัยในภาพรวมเป็นจำนวนน้อย และมีสัดส่วนต่ำมาโดยตลอด เมื่อเทียบกับโรงพยาบาล (กองแผนงานสาธารณสุข, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการจัดบริการ แบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของสถานีอนามัย โรงพยาบาล ที่พบว่างบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เพียงพอ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2539) ทำให้ไม่สามารถจัดบริการแพทย์แผนไทยได้อย่างครบวงจร (การปลูกสมุนไพร, การผลิต ยาสมุนไพร, และผลิตภัณฑ์เพื่อการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ, การตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย) จึงทำให้สถานบริการบางแห่งต้องช่วยเหลือตนเองในด้านการผลิต และการจ้างงานในส่วนบุคลากร ด้านการแพทย์แผนไทย เช่น เจ้าหน้าที่แผนกนวด / ประคบด้วยสมุนไพร (กาญจนา สุขแก้ว, 2543) อย่างไรก็ตามปัจจุบัน พบว่า แหล่งสนับสนุนงบประมาณการแพทย์แผนไทย มี 2 แหล่ง คือ 1) ภาครัฐ ได้แก่ กองสาธารณสุขภูมิภาค สถาบันการแพทย์แผนไทย และ อบต 2) ภาคเอกชน ได้แก่ องค์กรเอกชน ซึ่งกองสาธารณสุขภูมิภาคจะสนับสนุน ในด้านครุภัณฑ์จากงบประมาณ ปี พ.ศ. 2543 พบว่า สามารถสนับสนุนได้อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง เท่านั้น นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนค่า ต่อเติมอาคารตามแบบเฉพาะในสถานีอนามัยที่พร้อมแห่งละ 500,000บาท (สถาบันการแพทย์ แผนไทย, 2543) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า งบประมาณสนับสนุนเป็นงบประมาณที่มีจำนวนมาก จึงทำให้ไม่สามารถสนับสนุนได้ครบทุกแห่ง จังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานีอนามัยที่สามารถ จัดบริการแบบผสมผสาน ได้รับเงินสนับสนุนจากทั้งจากภาครัฐ และเอกชนเช่นกัน ดังนั้น ในการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันต้องมีความพร้อม ในการสนับสนุนงบประมาณ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความพร้อมด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ และงบประมาณ มีผลต่อการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ของสถานี อนามัย แต่อย่างไรก็ตาม ยังจะต้องคำนึงถึงความต้องการใช้บริการของประชาชน เนื่องจาก บริการสาธารณสุข เป็นบริการที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจัดให้มีขึ้นสำหรับประชาชน บนความต้องการ ทางด้านสุขภาพ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ ใช้บริการสุขภาพ

4. แนวคิดความต้องการใช้บริการสุขภาพของประชาชน

ในศตวรรษที่ 21 พบว่า การจัดบริการสาธารณสุขหลายแห่ง ได้นำหลักการตลาดมาใช้ในการพัฒนาการจัดบริการ (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2543) เนื่องจากแนวคิดการตลาดเป็นกลยุทธ์ด้านการบริหารจัดการของผู้ให้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการใช้บริการ และสร้างความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของประชาชน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด (อดิگانต์ สุภัควณิช, 2543) ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายการตลาดไว้ ดังนี้คือ

ความหมายการตลาด

การตลาดในความหมายของ คอทเลอร์ (Kotler, 1984) คือ กิจกรรมของมนุษย์ที่ดำเนินการเพื่อกำกับให้มีการตอบสนองความพอใจ และความต้องการต่างๆ ให้แก่ลูกค้า ซึ่งสอดคล้องกับ แม็คคาร์ธี (McCarethy, 1978) ที่กล่าวว่า การตลาดเป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมทั้งหลาย ที่เกี่ยวข้องกับความพยายามให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยวิธีการคาดหมายถึงความต้องการของลูกค้า และรวมถึงการกำกับให้สินค้าและบริการ ผ่านจากผู้ผลิตไปยังลูกค้า เพื่อตอบสนองความต้องการ และความพอใจต่างๆ ให้แก่ลูกค้า และ ธงชัย สันติวงษ์ (2538) กล่าวว่า การตลาดเป็นวิธีการซึ่งองค์การใช้ดำเนินการ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ไปเพื่อการผลิตและดำเนินงานให้สามารถผลิตสิ่งๆ ที่ซึ่งตรงกับความต้องการของลูกค้า

ดังนั้น การตลาดจึงเป็นวิธีการที่ผู้ให้บริการใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการ และเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

อย่างไรก็ตาม ในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องคำนึงถึงความจำเป็น (need) และต้องการ (want) ของผู้รับบริการ โดยใช้รูปแบบของกิจกรรมทางการตลาดหรือส่วนผสมผสมทางการตลาดเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติ จากแนวคิดของ อี.เจอโรมี แม็คคาร์ธี (E. Jerome McCarthy อังโน ปรียา วอนซอพร, 2534) กล่าวว่า ส่วนผสมทางการตลาดมี 4 อย่าง คือ 1) บริการ หรือผลิตภัณฑ์ 2) สถานที่ 3) การส่งเสริมการขาย 4) ราคา ส่วนปรียา วอนซอพร (2534) ได้แบ่งส่วนผสมทางการตลาด ออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) บริการหรือผลิตภัณฑ์ 2) การโฆษณา 3) การใช้พนักงานขายหรือผู้ให้บริการ 4) ช่องทางจำหน่าย 5) การกระจายสินค้า 6) การตั้งราคาแต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนผสมผสมการตลาดที่เกี่ยวข้องมี 5 ส่วน คือ

1. บริการ หรือ ผลิตภัณฑ์ (service / product) หมายถึง สิ่งที่เสนอแก่ผู้รับบริการ เพื่อสนองต่อความจำเป็น หรือความต้องการในบริการ หรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ จากการศึกษาของ สมเกียรติ ฉายะวงษ์ และคณะ (2530) พบว่า บริการแพทย์แผนไทยที่ประชาชนต้องการใช้ในสถานบริการของรัฐ คือการประยุกต์การนวดแผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ บัจมา สรเสริมสมบัติ และ วรณนิมล อุดมศรีลาภ (2524) พบว่า ผู้มารับบริการเสนอแนะให้มีการบำบัดรักษานวด กดจุด และฝังเข็ม ในสถานบริการ ส่วนการศึกษาของนางเยาว์ ถนอมวงษ์ (2532) พบว่า ประชาชนต้องการให้มีการใช้ยาสมุนไพร ในการรักษา การเจ็บป่วย

2. สถานที่ (place) หมายถึง สถานที่จัดจำหน่ายหรือให้บริการ ความสามารถ หรือ ความสะดวกในการรับบริการที่เสนอให้ จากการศึกษาของ สมเกียรติ ฉายะวงษ์ และคณะ (2530) พบว่า ประชาชนต้องการใช้บริการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ แต่จากการศึกษาของ ปิยธิดา ตริเดช (2533) พบว่าต้องการให้มีการจัดจำหน่ายยาสมุนไพร เช่น ขมิ้นชัน ในร้านขายยา

3. การส่งเสริมการขาย (promotion) หมายถึง การบอกกล่าวให้ผู้รับบริการได้ทราบถึง ลักษณะของบริการ ตลอดจนคุณค่าและประโยชน์ของบริการโดยใช้การประชาสัมพันธ์ จากการศึกษาของ กุสุมา ศรียานุกุล (2543) พบว่า ผู้ใช้บริการ, ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย, ผู้บริหาร ศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา, และผู้นำชุมชน ที่อยู่รอบๆศูนย์ ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์ โดยเน้นในด้านสถานที่ คุณภาพการให้บริการ และความปลอดภัย

4. การใช้พนักงานขาย (person) เป็นวิธีในการส่งเสริมการให้บริการอีกวิธีหนึ่ง เพราะการใช้พนักงานขายเข้ามาช่วย ทำให้มีการติดต่อแบบตัวต่อตัวมีการโต้ตอบ ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิด ความต้องการใช้บริการได้ จากการศึกษาของ กุสุมา ศรียานุกุล (2543) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 4 กลุ่ม ต้องการผู้ให้บริการที่มีความรู้ และความชำนาญในการให้บริการ

5. ราคา(price) หมายถึง ค่าบริการ ค่าแรงงาน ค่าความสะดวกสบายหรือผลประโยชน์ ต่างๆที่ผู้ให้บริการกำหนดในราคาที่ยุติธรรมให้ผู้มารับบริการจ่าย จากการศึกษาของ ปิยธิดา ตริเดช (2533) พบว่า ผู้มารับบริการได้เสนอแนะ ว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุงราคายาสมุนไพรให้ถูก อย่างไม่ก็ตาม ปัจจุบันพบว่าวิธีการจ่ายเงินในการใช้บริการสุขภาพของประชาชน สามารถจ่ายได้ 2 วิธี คือ การจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ หรือสถานบริการโดยตรง (fee for service) จ่ายทันที หลังได้รับบริการ ตามความสามารถและกิจกรรมการให้บริการ (ซึ่งเป็นรูปแบบจ่ายเงินในปัจจุบัน) และการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการหรือสถานบริการโดยอ้อม จ่ายผ่านระบบภาษี และระบบประกันสุขภาพ (ทัศนีย์ จันทรสุทธิ, 2541)

จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพไทยมีลักษณะแบบพหุลักษณะ โดยมีระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบหลัก ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนระบบการแพทย์อื่นๆ เป็นการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอยู่นอกระบบราชการ ที่ประชาชนยังมีความต้องการใช้บริการอยู่เสมอ โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทย ดังนั้น รัฐบาลจึงมีนโยบายการจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ ซึ่งในสถานีอนามัย พบว่าใช้กลวิธีในการผสมผสาน คือการรวมกันของการแพทย์สองระบบในสถานบริการเดียวกัน โดยมีรูปแบบการผสมผสาน 2 รูปแบบ คือ การให้บริการคลินิก และการพัฒนายาสมุนไพร แต่การจัดบริการที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก และยังคงอยู่ในวงจำกัด โดยมีปัญหาภาพรวมคือ ด้านนโยบายการดำเนินการไม่ชัดเจน ทั้งส่วนกลาง ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ขาดแคลนผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย บุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบันขาดการยอมรับ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ผู้มารับบริการรู้จักสมุนไพรน้อย ใช้บริการน้อยลง การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ขาดแคลนสมุนไพร ดังนั้น การจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ประสบผลต้องได้รับสิ่งสนับสนุน ด้านทรัพยากร (คน ความรู้ อุปกรณ์ สถานที่ให้บริการ) การบริหารจัดการ (นโยบาย, การกำกับติดตาม, ระบบข้อมูลข่าวสารและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์, โครงสร้างองค์กร) การสนับสนุนงบประมาณ นอกจากนี้แล้วยังต้องคำนึงความต้องการใช้บริการของประชาชน เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งพบว่า ประชาชนต้องการใช้บริการการนวดแผนไทย การกดจุด การฝังเข็ม และยาใช้สมุนไพร ลักษณะแบบผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน ในสถานบริการของรัฐ และสถานบริการเอกชน ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทย สถานบริการ ต้องการผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความชำนาญ และเป็นบริการที่มีราคาถูก ตลอดทั้งสามารถใช้สิทธิบัตรได้ ดังนั้น การจัดบริการแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องมีความพร้อมในสิ่งสนับสนุนตามที่กล่าวมาตลอดทั้งสามารถจัดบริการภายใต้ความต้องการใช้บริการของประชาชน และทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงจะเกิดความยั่งยืนได้