

การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง
ประเทศไทย

ปริญญานิพนธ์
ของ
มาลี เจ้งวัฒนพงศ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

เมษายน 2546

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ISBN 974-9613-16-3

511.91
82.117
8.8

การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง
ประเทศไทย

บทคัดย่อ

ของ

มาลี เจ้งวัฒนพงศ์

7

- 3 000 2546

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

เมษายน 2546

46 884922

มาลี เจ้งวัฒนพงศ์. (2546). *การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของ ผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รศ.ดร.กิติมา ปรีดีติลก ประธาน, ผศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร กรรมการ

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทยและเปรียบเทียบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ตามความคิดเห็นของผู้รับบริการใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรม ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ โดยจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้รับบริการในภาคกลาง จำนวน 394 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการคำนวณหาจากสูตรของยามาเน่ (Yamane.1973 : 725 - 729) และวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวและวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' Method)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้รับบริการมีการยอมรับ การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้รับบริการมีการยอมรับอยู่ในระดับมากทุกด้าน

2. เมื่อเปรียบเทียบการยอมรับ การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง พบว่า ผู้รับบริการที่มีเพศต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาต่างกันจะมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน อายุต่างกันจะมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรมและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้รับบริการด้านเวชกรรม ที่มีอายุ 51-60 ปีและมีอายุมากกว่า 60 ปี มีการยอมรับมากกว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ 31 - 40 ปี ส่วนผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ไม่พบความแตกต่างกัน อาชีพต่างกันมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านการฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจมีการยอมรับมากกว่า ผู้รับบริการ ที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรมและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้รับ

บริการด้านเวชกรรมที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการยอมรับมากกว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน รายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน รายได้ 15,001 – 20,000 บาทต่อเดือนและมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน สำหรับผู้รับบริการด้านเภสัชกรรม ที่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน ส่วนผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ไม่พบความแตกต่างกัน

THE ACCEPTANCE OF THE PATIENTS ON THE APPLIED THAI TRADITIONAL MEDICINE
SERVICES IN CENTRAL REGION OF THAILAND

AN ABSTRACT
BY
MALEE CHANGVATANAPONG

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Educational Administration
at Srinakharinwirot University
April 2003

Malee Changvatanapong. (2003). *The Acceptance of the Patients on the Applied Thai Medicine Services in Central Region of Thailand*. Master Thesis. M.Ed. (Educational Administration). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Kitima Preedeedilok, Assist. Prof. Laddawan Kasemnet.

The purpose of this study was it to aimed to investigate acceptance of the patients on applied Thai medicine services in central region of Thailand and to compare those of acceptance as perceived by the patients according to their age, sex, education, occupation, and income, in 4 aspects, namely, treatment, pharmacy, health rehabilitation and applied sciences.

The subjects comprised of 394 patients in central region of Thailand through simple random sampling. uestionnaire was administered. Then data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, t-test, One Way Analysis of Variance and Scheffe' Method.

The results revealed that :

1. The acceptance of the patients on applied Thai medicine services was at a high level as a whole and in each aspects.
2. When compared those of the patients, it was found that there was no significant difference among those of the patients with different sex as a whole and in each aspects, whereas there was a significant difference at .05 level on treatment among those of patients with different education. There was a significant difference at .05 level on treatment and applied sciences among those of patients with different age, therefore those of patients with 51 – 60 years and more than 60 years were higher than those of patients with 31 – 40 years on treatment, whereas there was no significant difference on applied sciences. There was a significant difference at .05 level on health rehabilitation among those of patients with different occupation, therefore those of patients with government service and government business enterprises was higher than those of patients with private business, whereas there was no significant difference among those of patients with other occupations. There was a significant difference at .05 level on treatment and pharmacy among those of patients with different income, therefore those of patients with less than 5,000 baht/month, was higher than those of

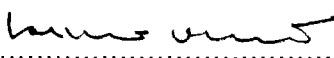
patients with 5,000– 10,000 baht/month, 10,001 – 15,000 baht/month 15,001-20,000 baht/month, and more than 20,000 baht/month, those of patients with less than 5,000 baht/month was higher than those of patients with 5,000 – 10,000 baht/month on pharmacy, whereas there was no significant difference on applied sciences.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

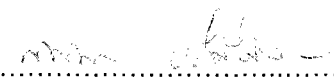
การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง
ประเทศไทย

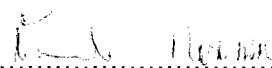
ของ
นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์

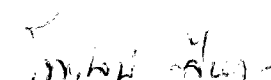
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

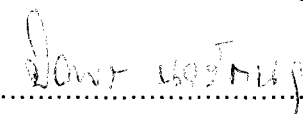

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)
วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๖

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. กิติมา ปรีดีติลล)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ดร. ปิยพร นวรัตน์ ณ อยุธยา)

ประกาศคุณูปการ

การจัดทำปฏิญานิพนธ์เรื่อง การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบ ประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย ผู้วิจัยได้จัดทำโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดทำปฏิญานิพนธ์ จนกระทั่งสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้บุคคล ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษา ชี้แนะฝึกให้มีความอดทนเพียรพยายามในทุกขั้นตอน ของกระบวนการจัดทำปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ จนประสบผลสำเร็จ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติมา ปรีดีติลลภ ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาในการจัดทำปฏิญานิพนธ์ และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร กรรมการที่ปรึกษาทางด้านสถิติ ซึ่งเป็นผู้สั่งสอนให้ผู้วิจัย เกิดความรู้ความเข้าใจทางด้านสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้สั่งสอนทั้งในภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ จากการที่ผู้วิจัยมีความรู้เพียงเล็กน้อย จนสามารถจดจำและนำคำสอนไปใช้ในการจัดทำปฏิญานิพนธ์ ซึ่งผลจากการเรียนรู้ทำให้ผู้วิจัยค้นหาทางออกได้ทุกครั้งเมื่อเกิดปัญหาจากการจัดทำปฏิญานิพนธ์ และขอกราบ ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบและ อาจารย์ ดร. ปิยพร นวรัตน์ ณ อยุธยา ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่าปฏิญานิพนธ์ ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้ ปรับปรุงและแก้ไขข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้เนื้อหาสาระของงานวิจัยถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นและ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย โดยสามารถนำเครื่องมือมาใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์พัชรินทร์ พันธุ์แน่น และเพื่อน ๆ สาขาวิชาการบริหารการศึกษา ภาคปกติ รุ่น 26 ที่คอยให้กำลังใจเมื่อมีปัญหาหรือเกิดความท้อแท้

ขอกราบขอบพระคุณโรงเรียนอยุธยาวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริม การแพทย์ไทยเดิมในพระสังฆราชูปถัมภ์สมเด็จพระญาณสังวรสมเด็จพระสังฆราช สกลมหา สังฆปริณายกและในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี ที่ให้ โอกาสแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่แผนกแพทย์แผนไทยทุกหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะมีคุณค่าและประโยชน์ในด้านเกี่ยวกับการแพทย์ แผนไทยแบบประยุกต์และผู้ที่สนใจผู้วิจัยขอมอบแก่บุพการี บุพพาจารย์และคณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิทยาการและทุก ๆ ท่านที่มีได้กล่าวนามมา ณ ที่นี้

มาลี เจ่งวัฒนพงศ์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
	ความสำคัญของการวิจัย	4
	ขอบเขตของการวิจัย.....	4
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	5
	ตัวแปรที่ศึกษา	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	10
	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ.....	10
	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ.....	19
	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์	
	แผนไทยแบบประยุกต์.....	34
	การแพทย์แผนไทย.....	40
	หลักการและแนวคิดของทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย....	41
	การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์.....	45
	การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์.....	48
	ลักษณะที่ส่งผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทย	
	แบบประยุกต์.....	52
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง....	55
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	63
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64

สารบัญ(ต่อ)

บทที่		หน้า
3 (ต่อ)	การสร้างเครื่องมือ	65
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
	สัญลักษณ์และอักษรย่อ.....	68
	การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	82
	ความมุ่งหมายในการวิจัย.....	82
	สมมุติฐาน.....	82
	ขอบเขตของการวิจัย.....	82
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	84
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
	สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
	อภิปรายผล.....	86
	ข้อเสนอแนะ.....	90
	บรรณานุกรม	93
	ภาคผนวก.....	107
	ภาคผนวก ก.....	108
	ภาคผนวก ข.....	127
	ภาคผนวก ค.....	129
	ภาคผนวก ง.....	131
	ภาคผนวก จ.	149

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	64
2	ผลจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ.....	69
3	แสดงค่าเฉลี่ยค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าระดับการยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์.....	71
4	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ทั้งรายด้านและรวมทุกด้านของผู้รับบริการที่มีเพศต่างกัน.....	72
5	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ทั้งรายด้านและรวมทุกด้านของผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	73
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ผู้รับบริการจำแนกตามอายุ.....	74
7	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการด้านเวชกรรมที่มีอายุต่างกันเป็นรายคู่.....	75
8	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ที่มีอายุต่างกันเป็นรายคู่.....	76
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการจำแนกตามอาชีพ.....	77
10	ผลการเปรียบเทียบการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นรายคู่ตามวิธีของเซฟเฟ.....	78
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	79
12	ผลการเปรียบเทียบการยอมรับการบริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการด้านเวชกรรมที่มีรายได้ต่างกันเป็นรายคู่.....	80
13	ผลการเปรียบเทียบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการด้านเภสัชกรรมเป็นรายคู่จำแนกตามรายได้.....	80
14	ผลการเปรียบเทียบการยอมรับการให้การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์จำแนกตามรายได้.....	81

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	9
2 รูปแบบการรับบริการการแพทย์แผนไทยโดยการผ่านการส่งต่อ จากแผนปัจจุบัน.....	33
3 รูปแบบการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง.....	34
4 การเสียสมดุลก่อให้เกิดความเจ็บป่วย.....	44
5 แนวคิดทฤษฎีและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค 8 ประการ.....	45
6 สัดส่วนของรายวิชาหลักสูตรวิชาแพทย์อายุรเวชแพทย์แผนไทยฯ.....	47

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สถานการณ์ของโลกปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและกว้างขวางแผ่กระจายไปทุกประเทศอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความสามารถของมนุษย์ในการคิดค้นพัฒนาในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่ไม่มีขีดจำกัดของมนุษย์ โดยมุ่งเน้นความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้เกิดภาวะกดดันทางการค้าในระดับต่าง ๆ ในการเจรจาแก้ไขปัญหาระหว่างแบบพหุภาคีและทวิภาคี และสิ่งที่สังคมไทยต้องเผชิญพบว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขซึ่งส่งผลกระทบต่อนโยบายแห่งชาติด้านยา ทำให้ประเทศไทยต้องซื้อยาแพง ผลิตรักษาพร้อมทั้งวัตถุดิบในราคาที่สูงขึ้นมาก และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยต่อชุมชน การประชุมสมัชชาสาธารณสุข ครั้งที่ 1 (2531 : 221 - 222) นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องซึ่งพิจารณาได้จากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มจาก 30,174.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2521 เพิ่มขึ้นเป็น 67,771.3 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2530 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 232,586.1 ล้านบาท ในปี 2543 จากการประเมินค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อหัว พบว่าเพิ่มจาก 680 บาท ในปี พ.ศ. 2521 เป็นคนละ 1,425.8 บาท ในปี พ.ศ. 2531 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและ คนอื่น ๆ (2538:8) นอกจากนี้ การแพทย์และสาขาสังคมยังพึ่งเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาขาสังคม ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศร้อยละ 90 อีกทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคยา ยังสะท้อนสภาพการกระจายยา เช่น ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งประเทศแต่มีการบริโภคยาร้อยละ 50 ของการบริโภคยาทั้งประเทศและตลาดยา มีการแข่งขันกันสูงและเปิดเสรี ทำให้การกระจายยาสู่ประชาชนในชนบทมากขึ้นโดยพ่อค้าเร่ที่ขาดความรู้เรื่องยา ทำให้เกิดปัญหาที่เกิดจากยามากมาย ปัญหาการขาดแคลนทางการแพทย์และเภสัชกรแผนปัจจุบัน ทำให้มียาขาด ยาของ ยาแก้ปวดมีขายตามร้านขายของชำทั่วทุกหมู่บ้านชาวบ้านเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยากินเองก่อน จึงส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ยาแผนปัจจุบันหลายชนิดยังมีผลข้างเคียงและเกิดการสะสมอยู่ในร่างกาย ก่อให้เกิดผลกระทบและสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวไม่สอดคล้องระหว่างความเชื่อ วิถีปฏิบัติและวัฒนธรรมชุมชนรวมทั้งปัญหาการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น

ปัจจุบันแนวคิดมิติทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพนั้นเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การดูแลสุขภาพของประชาชนตามแบบแผนใดแบบแผนหนึ่งอย่างเดียวนั้นไม่ได้เนื่องจากแต่ละ

แบบแผนมีข้อจำกัดและไม่สามารถตอบสนองหรือให้บริการประชาชนได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพทั้งหมด แต่จะต้องนำข้อดีในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของแต่ละแบบแผนมารวมกันในลักษณะการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมกล่าวคือดูแลทั้งกายจิตใจและสังคมไปพร้อมๆกัน จะใช้การดูแลรักษาแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยเฉพาะนั้นไม่ได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2537:1) ปัจจุบันประชาชนได้เริ่มเห็นอันตรายจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน ทำให้เกิดความเสียหายทางระบบนิเวศวิทยา เนื่องจากสารเคมีเป็นพิษ และการส่งยา ที่ไม่ได้มาตรฐานเข้ามาจำหน่ายมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายยาในกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากสมุนไพรมีพิษน้อย มีการเกี่ยวข้องกับชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่สมัยโบราณการรู้จักเลือกใช้พืชมาปรุงอาหารและเป็น ยารักษาโรค ที่ปลูกใช้เองในครัวเรือน (หทัย ชิตานนท์. 2537 : 23) และจากการสำรวจของนักสถิติแห่งชาติ สำนักงานกรัฐมนตรีได้สำรวจความนิยม จากการใช้สมุนไพรและ ยาแผนโบราณของประชาชน พ.ศ. 2529 พบว่า ประชาชนที่ใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพรในการรักษาโรคมีจำนวนร้อยละ 24.6 ของประชากรทั่วประเทศหรือ 12 ล้านคน และจะลดบทบาทลงเฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ เท่านั้น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ประชาชนในทุกเพศทุกวัยและทุกระดับเศรษฐกิจของสังคมยังนิยมไปรับบริการการรักษาความเจ็บป่วยจากแพทย์แผนไทย (อรทัย รวยอาจีนและกาญจนา แก้วเทพ 2523 : บทคัดย่อ) ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา สมุนไพรได้รับความสนใจจากรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข โดย มีนโยบายต่อเนื่อง ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา เพื่อจะเร่งดำเนินการ ทุกวิถีทางที่จะนำเอาสมุนไพร ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศมาใช้ประโยชน์ ด้านสาธารณสุข เพื่อลดต้นทุนและการนำเข้าจากต่างประเทศ การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในฐานะที่เป็นทรัพยากรท้องถิ่น จำเป็นพัฒนาขึ้นเพื่อการพึ่งตนเองและลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีราคาแพง โดยรัฐบาลได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 25 สิงหาคม 2531 เพื่อสนับสนุนฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพรอย่างแพร่หลาย ตามความต้องการของท้องถิ่นและฟื้นฟูอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มั่นคงและประชาชนพึ่งตนเองได้ในยามเจ็บป่วย ซึ่งเน้นถึงความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การบำบัดรักษาโรคที่เหมาะสมและกระจายไปยังผู้ใช้อย่างทั่วถึง (ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย. 2535 : 5 ; อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. 2536 : 34)

จากสภาพปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ซึ่งระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ไม่เอื้ออำนวยและตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง รัฐจึงได้วางแนวทางการพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการและความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการส่งเสริมให้มีการจัดรูปแบบของสถานบริการ

ที่มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้ระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. 2539:269) อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงท่ามกลางกระแสการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์หลักนั้น. การแพทย์แผนไทยก็ยังคงดำรงอยู่และเป็นการดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมายในการรับใช้สังคมไทยอยู่พอสมควรในการลดปัญหาการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ระดับหนึ่ง ซึ่งได้ปรากฏเป็นหลักฐานยืนยันจากงานวิจัย กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์ (2542 : 86 - 89) พบว่า ผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ส่วนใหญ่ตัดสินใจมารับบริการด้วยตนเองมีความพึงพอใจคุณภาพการบริการ และมีการเชื่อมั่นในผลการรักษาทั้งนี้จะเป็นด้วยเหตุผลว่าการรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยนั้นคือระบบการแพทย์ที่ตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพมีวิธีการรักษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะเกิดจากภาวะความจำเป็นในการแสวงหาวิธีการบำบัดรักษาโรคเพื่อรักษาชีวิตเพื่อให้พ้นจากภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยแต่การแพทย์แผนไทยก็ได้พัฒนากลายเป็นระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่ได้ผ่านกระบวนการสั่งสมและสืบสานต่อกันมาจากรุ่นหนึ่งต่อไปสู่อีกหนึ่ง อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายร้อยปี กล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและชีวิตของคนในสังคมไทยตลอดมา

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ หรืออีกนัยหนึ่งคือการยอมรับการให้บริการการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบที่เกื้อกูลกันในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยคำนึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยใช้แนวทางการผสมผสานเพื่อการพึ่งตนเองทั้งในระบบองค์กรและชุมชน

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง โดยจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันของ การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนา ภูมิปัญญาไทยสาขาแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์และกำหนดนโยบายที่เหมาะสมต่อไป
2. นำข้อมูลจากการศึกษาวิจัย ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ อายุรเวช(แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติงาน และการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไป
3. ผลการวิจัยสามารถเป็นส่วนหนึ่ง ในการประชาสัมพันธ์เผยแพร่วิชาการแพทย์ แผนไทยแบบประยุกต์ให้ประชาชนได้รับทราบตลอดจนช่วยส่งเสริมการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. ผลการวิจัย จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนด แนวทางและยุทธวิธี ทางด้าน สาธารณสุขซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพประชากรที่ทำให้ประชากรมีคุณภาพ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศในที่สุด(สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการและ สังคมแห่งชาติ. ม.ป.ป : 75)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลสุขภาพของสังคมไทยเกี่ยวกับการยอมรับการให้ บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ โดยมุ่งศึกษาดังนี้

1. ผู้มารับบริการ ที่แผนกการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์เฉพาะโรงพยาบาลและ สถานพยาบาลที่เปิดให้บริการ 5 จังหวัด ในภาคกลาง จำนวน 5 แห่ง เท่านั้น ได้แก่
 - 1.1. จังหวัดกรุงเทพมหานคร คลินิก สุวรรณแพทย์แผนไทยประยุกต์
 - 1.2. จังหวัดนนทบุรี ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการ แพทย์แผนไทย
 - 1.3. จังหวัดระยอง โรงพยาบาลวังจันทร์
 - 1.4. จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลอู่ทอง
 - 1.5. จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลวังน้ำเย็น
2. ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการที่มารับบริการครบวงจร กล่าวคือผู้รับบริการที่เคยมารับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ในด้าน เวชกรรม ด้านเภสัชกรรม ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้รับบริการที่มาใช้บริการทางด้าน การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ พ.ศ. 2545 ในภาคกลาง รวมทั้งหมด 24,424 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้รับบริการที่มาใช้บริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ในภาคกลาง ซึ่งได้จากการคำนวณหาโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1973 : 725 - 729) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 394 คน สุ่มตัวอย่างในทุกโรงพยาบาลของแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนโดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากแต่ละโรงพยาบาล (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์. 2543 : 83 – 85)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ สถานภาพของผู้รับบริการ ได้แก่

1.1 อายุ แบ่งออกเป็น

- อายุต่ำกว่า 30 ปี
- อายุระหว่าง 31- 40 ปี
- อายุระหว่าง 41 - 50 ปี
- อายุระหว่าง 51 - 60 ปี
- อายุมากกว่า 60 ปี

1.2 เพศ แบ่งออกเป็น

- เพศชาย
- เพศหญิง

1.3. ระดับการศึกษา แบ่งออกเป็น

- ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

1.4. อาชีพ แบ่งออกเป็น

- รับราชการและรัฐวิสาหกิจ
- ลูกจ้างและรับจ้าง
- ธุรกิจส่วนตัว (เกษตรกร,ค้าขาย)

- อื่น ๆ (นักศึกษา,แม่บ้าน,ผู้ว่างงาน)

1.5. รายได้ของครอบครัว แบ่งออกเป็น

- มีรายได้ต่ำกว่า หรือ 5,000 บาท ต่อ เดือน
- มีรายได้ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ต่อ เดือน
- มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ต่อ เดือน
- มีรายได้ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท ต่อ เดือน
- มีรายได้มากกว่า 20,000บาท ต่อ เดือน

2. ตัวแปรตาม คือ การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรม ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ ได้ให้ความหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ไว้ดังนี้

1. การยอมรับ หมายถึง ความยินดีหรือความเต็มใจของบุคคลที่เกิดจากการพิจารณาประโยชน์ คุณค่าและการนำไปใช้จากสิ่งใหม่ๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ หมายถึง วิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคมในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมีคุณภาพ มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งทำให้เข้าใจเรื่องร่างกายการเจ็บไข้และกลไกของการรักษาโรค ตลอดจนช่วยการวินิจฉัยโรคให้เกิดความแม่นยำ ทำให้รักษาโรคถูกต้องและได้ผลดียิ่งขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรม ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

3. การให้บริการแบบครบวงจร หมายถึง ระบบการตรวจรักษาตามหลักวิชาชีพทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์เริ่มตั้งแต่การให้บริการตรวจร่างกายเบื้องต้นตามแบบแผนปัจจุบัน เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดัน การตรวจชีพจรและการซักประวัติ ชาติเจ้าเรือน (ดิน น้ำ ลม ไฟ) การเกิดโรคและอาการของโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ก่อนการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษานะนำการใช้ยาตลอดจนการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้จัดแนวทางการปฏิบัติไว้อย่างมีระเบียบและขั้นตอนที่เหมาะสม

4. ผู้รับบริการ หมายถึง คนไข้ที่มารับบริการการตรวจรักษาทางการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

5. การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ หมายถึง การที่ผู้รับบริการมีความยินดีหรือเต็มใจที่จะรับบริการทางการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์โดยพิจารณาจากประโยชน์ คุณค่า และการนำไปใช้ ในการดูแลสุขภาพสภาพของตนเองและครอบครัวซึ่งวัดได้โดยการใช้แบบสอบถามการยอมรับของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ในด้านต่าง ๆ การแปลผลคะแนนที่ได้และผู้รับบริการที่ได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการยอมรับการให้บริการมากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนน้อยซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

5.1.ด้านเวชกรรม คือ การยอมรับการตรวจรักษาตามกระบวนการของแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ได้แก่ การตรวจร่างกายเบื้องต้นตามแบบแผนปัจจุบันเช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดัน การตรวจชีพจร และการซักประวัติธาตุเจ้าเรือน (ดิน น้ำ ลม ไฟ) การเกิดโรคและอาการของโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยก่อนการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษาแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วย

5.2. ด้านเภสัชกรรม คือ การยอมรับการให้ยาเพื่อการรักษา การปรุงยา ตลอดจนการให้คำแนะนำในการใช้ยา

5.3. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ คือ การยอมรับการให้การรักษาผู้ป่วยโดยการนวด อบไอน้ำสมุนไพร ประคบสมุนไพรและธรรมชาติบำบัด อาหารสมุนไพร มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์และใช้วิธีรักษาผู้ป่วยทางจิตโดยยึดหลักแนวพุทธ

5.4. ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คือ การยอมรับวิธีการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาประยุกต์กับวิธีการแพทย์แผนโบราณในการวินิจฉัยและรักษาคนไข้และสามารถใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงได้

6. การวัดการยอมรับ หมายถึง การใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการตอบแบบสอบถามและผู้ที่ได้คะแนนมากจะมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์มากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนน้อยกว่า

7. อายุ หมายถึง อายุจริงตามปีปฏิทินของผู้ตอบแบบสอบถามตาม แบ่งออกเป็น อายุต่ำกว่า 30 ปี อายุระหว่าง 31 - 40 ปี อายุระหว่าง 41 - 50 ปี อายุระหว่าง 51 - 60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี

8. เพศ หมายถึง เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง

9. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิกการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น ต่ำกว่าปริญญาตรี , ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

10. อาชีพ หมายถึง อาชีพที่ทำรายได้ ให้กับตัวเองและครอบครัว แบ่งออกเป็น รับราชการและรัฐวิสาหกิจ, ลูกจ้างและรับจ้าง ธุรกิจส่วนตัวและอื่น ๆ

11. รายได้ หมายถึง จำนวนรายได้ของทุกคนในครอบครัวรวมกันในเวลา 1 เดือน โดยไม่หักค่าใช้จ่าย แบ่งออกเป็น มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท, มีรายได้ ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท มีรายได้ ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาทมีรายได้ ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท มีรายได้มากกว่า 20,000 ขึ้นไป

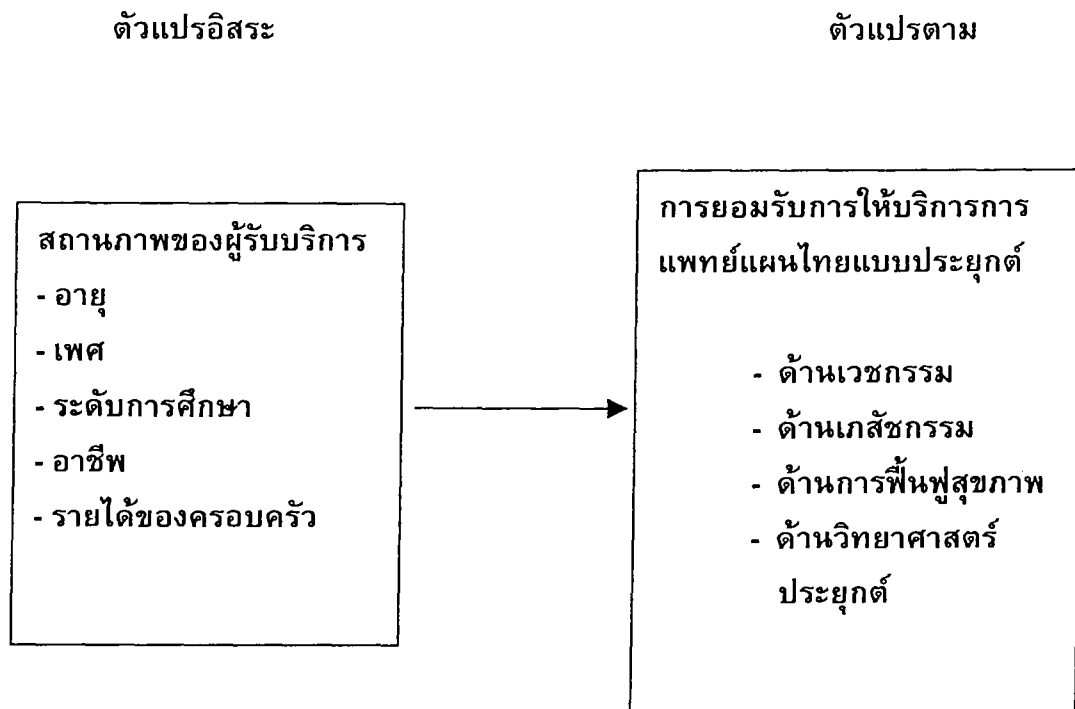
สมมุติฐานการศึกษาค้นคว้า

ผู้รับบริการที่มี อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงลักษณะที่มีผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ตามแนวคิดของโรเจอร์และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker.1983 : 169) อลาวีและโจซิมส์ธาลเลอร์ (Alavi & Joachimsthaler. 1992 : 106 - 162) นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม (2541 : 126 - 127) ฟอสเตอร์ (Foster. 1973 : 170 - 173) กล่าวว่าสถานภาพของบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการยอมรับ และ แนวคิดของ โรเจอร์ส์กับฟลอยด์และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker.1971 : 101 - 108) ให้แนวคิดการยอมรับนวัตกรรมไว้ 4 ชั้น คือ 1.ชั้นความรู้ 2.ชั้นการสนใจ 3.ชั้นการตัดสินใจ 4.ชั้นการยืนยัน เพนเซนสกี และ โทมัส ได้กล่าวถึงการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ ขึ้นกับ 1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2. ความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ 3.ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 4.ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย 5.การยอมรับคุณภาพของบริการซึ่ง ดิเรก ฤกษ์สำราญ.(2528 : 24 -27) สต็อคคิลล์ และมอร์เฮาส์(Stockdill and Morehouse. 1992 : 57 - 58) กล่าวว่า การยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของนวัตกรรม ได้แก่ การมองเห็นประโยชน์และคุณค่า การนำไปใช้ และ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลเกิดจาก ความรู้ ความคิด แรงจูงใจและการปฏิบัติ จากแนวคิดสมดุลย์แห่งสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย นำมาประยุกต์และพัฒนาองค์ความรู้เป็นระบบและเป็นวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นหลักการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของ ประชาชนใน 4 ด้าน คือ ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรม ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง โดยขอเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับ

1.1.1. ความหมายของการยอมรับนวัตกรรม

1.1.2. กระบวนการยอมรับ

1.1.3. ประเภทของการยอมรับนวัตกรรม

1.1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรม

1.2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้บริการ

1.3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทย

แบบประยุกต์

2. การแพทย์แผนไทย

2.1. หลักการและแนวคิดของทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย

2.2. การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

2.3. การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

3. ลักษณะที่ส่งผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้อง

1.1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับ

การยอมรับมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมกล่าวคือการยอมรับเป็นขบวนการทางจิต ที่ส่งผลสะท้อนไปยังพฤติกรรมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การที่บุคคลหรือกลุ่ม ยอมรับกับสิ่งใหม่ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทศนคติและค่านิยมของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม

1.1.1. ความหมายของการยอมรับนวัตกรรม

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการยอมรับไว้หลายท่านแตกต่างกันดังนี้

คลองเส้น และโควาร์ด จูเนียร์ (Klonglan and CoWard Jr. 1970 : 35) ได้ให้ความหมายของการยอมรับที่เป็นสัญลักษณ์ เป็นการยอมรับทางจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยอมรับ ดังนั้น การยอมรับความคิดเห็นเกี่ยวกับนวัตกรรมหลังจากได้ประเมินแล้ว แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติ การเริ่มนำความรู้ไปใช้การยอมรับการปฏิบัติ หรือหลังจากได้ทดลองใช้สิ่งของเหล่านี้เป็นกระบวนการยอมรับ

โรเจอร์ส, ฟลอยด์ และชูเมคเกอร์ (Rogers , Floyd and Shoemaker. 1971 : 101 - 108) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นความรู้เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ว่ามีนวัตกรรมเกิดขึ้นและศึกษาหาข่าวสาร ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ความรู้ในขั้นนี้แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1.1. ความรู้หรือความตระหนักว่านวัตกรรมนั้นมีอยู่ เป็นความรู้ว่ามีนวัตกรรมเกิดขึ้นแล้วและรู้ว่านวัตกรรมนั้นทำหน้าที่อะไรได้บ้าง

1.2. ความรู้ว่าจะใช้นวัตกรรมนั้นอย่างไรจึงจะเหมาะสม ซึ่งความรู้นี้จะช่วยให้ใช้นวัตกรรมนั้นได้อย่างถูกต้อง

1.3. ความรู้เกี่ยวกับหลักการเป็นความรู้เกี่ยวกับกฎเกณฑ์เบื้องหลังนวัตกรรมนั้น ซึ่งช่วยให้ใช้นวัตกรรมจนบรรลุผลได้

ในขั้นตอนนี้ บุคคลอาจมีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมดีแล้ว แต่เมื่อเขาเห็นว่านวัตกรรมนั้นไม่เกี่ยวข้องหรือไม่เป็นประโยชน์สำหรับเขา ความคิดของเขาเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นจะหยุดอยู่เพียงขั้นนี้ไม่ผ่านไปสู่อื่น ๆ

2. ขั้นการสนใจ เป็นขั้นที่บุคคลเกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อนวัตกรรม โดยบุคคลจะนำข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นมาตีความหมายและพิจารณาร่วมกับสถานะการณ์ส่วนตัวของเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคตโดยเปรียบเทียบผลดีผลเสียอันจะเกิดจากการที่เขาจะรับเอานวัตกรรมนั้นมาใช้ นอกจากนี้ยังคิดใคร่ครวญไตร่ตรองว่านวัตกรรมที่บุคคลได้รับรู้เป็นสิ่งที่เหมาะสม ทั้งครอบครัวและญาติมิตรเห็นชอบด้วยหรือไม่

3. ขั้นการตัดสินใจ เป็นขั้นที่บุคคลจะยอมรับหรือไม่ยอมรับการใช้นวัตกรรมนั้น ถ้าหากเขามีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม มีความรู้สึกชอบและเห็นประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น เขาก็จะตัดสินใจยอมรับในทางตรงกันข้ามหากเขาไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นหรือมีความรู้สึกไม่ชอบ ไม่เห็นคุณค่าของนวัตกรรมนั้น เขาก็จะตัดสินใจไม่ยอมรับ

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นที่บุคคลพิจารณาเลือกทางเลือกที่คาดว่าจะทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของเขา รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีอีกด้วย ดังนั้นขั้นนี้จึงแบ่งบุคคลออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยอมรับนวัตกรรมและกลุ่มที่ไม่ยอมรับนวัตกรรม

4. ขั้นการยืนยัน เป็นขั้นที่จะแสวงหาข่าวสารเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนหรือยืนยันเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น และจะทำให้มีการใช้หรือไม่ใช้นวัตกรรมนั้นต่อไป ถ้าข้อมูลที่ได้สนับสนุนข้อมูลเดิมเขาก็ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากข้อมูลขัดแย้งกับข้อมูลเดิมก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกล่าวคือกลุ่มที่เคยยอมรับนวัตกรรมก็อาจเปลี่ยนไปไม่ยอมรับนวัตกรรมและกลุ่มที่ไม่ยอมรับนวัตกรรม ก็อาจเปลี่ยนไปเป็นยอมรับนวัตกรรมในภายหลังได้

ฟอสเตอร์ (Foster. 1973 : 146 - 147) ได้ให้ความหมายการยอมรับ แนวความคิดใหม่ หรือวิทยาการใหม่ ๆ ว่าหมายถึง การที่ประชาชนได้เรียนรู้โดยผ่านการศึกษาสามารถบรรยายได้โดยผ่านขั้นการเรียนรู้ การยอมรับจะเกิดได้หากมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้นี้จะได้ผล ก็ต่อเมื่อบุคคลนี้ได้ทดลองปฏิบัติเมื่อเขาแน่ใจแล้วว่าสิ่งประดิษฐ์นั้นสามารถให้ประโยชน์อย่างแน่นอน เขาจึงกล่าลงทุนซื้อสิ่งประดิษฐ์นั้น

รัชชัย แสงสินแก้ว (2527 : 85) ได้อธิบายถึงการยอมรับเป็นกระบวนการทางจิตของแต่ละคนที่เริ่มตั้งแต่การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีหนึ่ง ๆ ไปจนถึงการยอมรับจากหนึ่งไปสอง จากสองไปสี่ เพิ่มขึ้นจนกลายเป็นการยอมรับและปฏิบัติของคนส่วนใหญ่ในชุมชนเราเรียกเป็นกระบวนการแบ่งการกระจายนวัตกรรม

กนกวรรณ อยู่วงศ์ (2541 : 13) ได้ให้ความหมายของการยอมรับ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมพร้อมใจรับบุคคลสิ่งของหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนประสบพบเห็นหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วยความเต็มใจ พอใจ เลื่อมใส และเชื่อถือ โดยพฤติกรรมของบุคคลสามารถแสดงออกมาให้บุคคลอื่นทราบได้ชัดเจน

จากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายการยอมรับนวัตกรรมไว้มากมายสามารถวิเคราะห์และสรุปความหมายของการยอมรับนวัตกรรมหมายถึง เป็นพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการรับความคิดใหม่ การปฏิบัติใหม่ หรือรับสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นนามธรรมหรือรูปธรรมซึ่งสมาชิกในสังคมนั้นถือเป็นของใหม่ ได้ทดลองปฏิบัติมาขั้นหนึ่งแล้วโดยใช้ระยะเวลาเป็นการตัดสินใจและมีการประเมินผลดีผลเสียตลอดจนนำมาใช้หรือปฏิบัติต่อไปด้วยความ เต็มใจ พอใจ เลื่อมใสและเชื่อถือ โดยสามารถแสดงออกให้บุคคลอื่น ๆ ทราบได้ชัดเจนทาง พฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์นี้ ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นนวัตกรรมอย่างหนึ่ง เนื่องจากการดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวคิดและวิธีการที่พัฒนาจากเดิมให้มีคุณภาพ ตลอดจนช่วยการวินิจฉัยโรคให้เกิดความแม่นยำ ทำให้รักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้นและเป็นแนวคิดใหม่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสังคมไทย ด้วยเหตุผล ดังกล่าวการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์จึงเป็นนวัตกรรมรูปแบบหนึ่ง

1.1.2. กระบวนการยอมรับ

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับกระบวนการยอมรับไว้หลายท่านแตกต่างกันดังนี้

โรเจอร์ (Rogers. 1983 : 163 - 175) ได้เสนอกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมที่ได้ปรับปรุงจากแนวคิดเดิมเกี่ยวกับกระบวนการยอมรับที่เสนอไว้ในปี ค.ศ. 1962 ทั้งนี้เพื่อให้แนวคิดใหม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลในการยอมรับนวัตกรรมหรือไม่ยอมรับได้มากขึ้นหรือกระจ่างขึ้นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม มี 5 ขั้นตอน คือ

1. **ขั้นความรู้** เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการซึ่งบุคคลรับรู้ว่ามีนวัตกรรมและได้สัมผัสสื่อนวัตกรรมและเริ่มต้นการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ในขั้นนี้แบ่งได้ เป็น 3 ประเภท

1.1. ความรู้ว่ามีนวัตกรรมเกิดขึ้นแล้ว และรู้ว่ามีนวัตกรรมนั้นทำหน้าที่อะไรบ้าง

1.2. ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการใช้นวัตกรรมความรู้ประเภทนี้ได้จากการติดต่อมวลชนการติดต่อกับหน่วยงานที่เผยแพร่นวัตกรรม ความรู้ประเภทนี้ช่วยให้สามารถเข้าใจในนวัตกรรมได้อย่างถูกต้อง

1.3. ความรู้เกี่ยวกับหลักการ กฎเกณฑ์ ของนวัตกรรมความรู้ประเภทนี้เป็นความรู้เกี่ยวกับกฎเกณฑ์เบื้องหลังของนวัตกรรม ซึ่งจะช่วยให้การใช้นวัตกรรมนั้นอย่างได้ผล

2. **ขั้นการสนใจ** เป็นขั้นที่เกี่ยวกับอารมณ์และท่าทีความรู้สึกของบุคคลว่าเห็นด้วยหรือไม่ เป็นกิจกรรมในสมองของบุคคลเป็นเรื่องความคิดในขั้นนี้บุคคลจะมีพฤติกรรมสำคัญ คือ แสวงหาข่าวสารข้อมูลว่านวัตกรรมนั้นเหมาะสมกับตัวเขา ทั้งในสภาวะปัจจุบันและอนาคตหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป็นประโยชน์หรือโทษต่อสภาพการทำงานของบุคคลนี้ถ้าพิจารณาเป็นประโยชน์ความรู้สึกจะพัฒนาไปในทางบวกต่อนวัตกรรมนั้นในการยอมรับนวัตกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพเดิมที่มีอยู่ แต่ยังไม่มีความไม่แน่ใจในนวัตกรรมและอาจมีความรู้สึกเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นเป็นผลมาจากการรับรู้คุณค่านวัตกรรม ดังนั้น การสนใจจึงสอดคล้องกับการประเมินทางเลือกในขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจทั่วไป

3. **ขั้นการตัดสินใจ** เป็นขั้นที่บุคคลตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับนวัตกรรมถ้าหากเขามีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ก็มีความรู้สึกชอบและเห็นประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น แต่การตัดสินใจนั้นยังขึ้นอยู่กับ 2 ขั้นที่ผ่านมา คือ ขั้นความรู้และขั้นการสนใจ และการพิจารณาลักษณะของนวัตกรรมว่าสอดคล้องกับฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี

4. **ขั้นการนำไปใช้** เป็นขั้นที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจซึ่งบุคคลจะพยายามแสวงหาสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับนวัตกรรมต่อไปเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการนำนวัตกรรมไปใช้มากขึ้นและสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและทราบว่า ตนจะแก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างไรโดยปกติเมื่อนวัตกรรมได้ถูกนำไปใช้แล้วขั้นตอนจะสิ้นสุดลงและนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

5. **ขั้นการยืนยัน** เป็นขั้นที่บุคคลแสวงหาข่าวสารข้อมูลและแรงเสริมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของตนถ้าข้อมูลที่ได้นับสนับสนุนข้อมูลเดิมเขาจะไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากข้อมูล

ขัดแย้งข้อมูลเดิม ก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ยอมรับนวัตกรรมนั้นและกลุ่มที่ไม่ยอมรับนวัตกรรมอาจเปลี่ยนเป็นการยอมรับนวัตกรรมนั้นก็ได้

ปัญญา หิรัญศิริ (2529 : 185 - 187) กล่าวว่า กระบวนการยอมรับนวัตกรรม นั้น เป็นกระบวนการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยี ที่จะนำไปในชีวิตประจำวันและในการประกอบอาชีพมากน้อยแค่ไหน ซึ่งลักษณะการยอมรับของบุคคล แบ่งออกได้อีกหลายขั้นตอนก็ยังมีผลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมที่แตกต่างออกไป และ กระบวนการทางจิตใจของแต่ละบุคคลที่เริ่มตั้งแต่การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับนวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีหนึ่ง ๆ ไปจนถึงยอมรับเทคโนโลยีนั้นอย่างเปิดเผยและให้การศึกษาถึงกระบวนการยอมรับนั้น

สต็อคคิลล์และมอร์เฮาส์ (Stockdill & Morehouse. 1992 : 57 - 58) ได้กล่าวถึงผลของการศึกษาการนำนวัตกรรมไปใช้ที่ศูนย์โทรคมนาคม มหาวิทยาลัยมินนิโซต้า พบว่ากระบวนการยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ความต้องการ
2. ผู้ใช้นวัตกรรม
3. ลักษณะองค์การ
4. นวัตกรรมใหม่ที่เข้ามา
5. บุคลิกภาพของผู้ใช้

จากความเห็นของนักวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่านักวิจัยส่วนใหญ่มีความเห็นพ้องกันว่า การยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่มีผลมาจากเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกัน เพียงแต่นำเอาขั้นตอนของการยอมรับ มาประยุกต์ใช้ที่แตกต่างกัน

1.1.3. ประเภทของการยอมรับนวัตกรรม

โรเจอร์ (Rogers.1983 : 427) ได้กล่าวไว้ว่า ในการยอมรับนวัตกรรมของบุคคลแต่ละคนจะช้าหรือเร็วแตกต่างกันไป บางคนอาจจะยอมรับทันทีแต่ในขณะที่บางคนขอลองทำดูก่อน หากเห็นผลดีจึงจะยอมรับหรือบางคนอาจไม่ทดลองเลยแต่คอยดูคนอื่น ๆ เขาว่าได้ทดลองทำแล้วได้ผลดีหรือไม่ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการแบ่งบุคคลออกตามเป้าหมายความเร็วในการยอมรับนวัตกรรมเป็น 5 ประเภท คือ

1. ผู้นำการยอมรับ เป็นพวกกระตือรือร้นในความคิดใหม่ ๆ อยู่เสมอกล้าได้กล้าเสีย ชอบเสี่ยงโชค กล้าทำกล้าเสี่ยง ในบางครั้งอาจจะยอมรับนับปล้นจนขาดความรอบคอบไปก็มี อย่างไรก็ตามพวกกล้าเสี่ยงนี้ก็ถือเป็นกลุ่มสำคัญในกระบวนการเผยแพร่วัตกรรมเพราะจะสนใจใฝ่รู้และบางครั้งอาจจะนำนวัตกรรมนอกชุมชนมาใช้โดยที่คนอื่น ๆ ในชุมชนยังไม่ทราบก็มี ส่วนมากมักเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี บุคคลประเภทนี้มีอยู่ประมาณร้อยละ 2.5 เท่านั้น

2. ผู้ยอมรับตามก่อนเพื่อน เป็นพวกที่มีความคิดเห็นเป็นที่เชื่อถือและยอมรับของคนในท้องถิ่นมากกว่าพวกที่กล้าเสี่ยง เพราะพวกเธอทำที่จะเป็นผู้มองการณ์ไกลจะรอดจนกว่าจะแน่ใจว่านวัตกรรมนั้นดีแน่แล้วจึงยอมรับ ฉะนั้น ในสายตาของคนทั่วไปพวกนี้จะเป็นผู้ตัดสินใจอย่างรอบคอบ ไม่เสี่ยงสูงเท่ากับกลุ่มคนกลุ่มแรก บุคคลประเภทนี้มีประมาณร้อยละ 13.5 ดังนั้นการส่งเสริมความมุ่งเข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้เพราะเป็นผู้มองเหตุการณ์ไกล โดยเฉลี่ยแล้วก็รับเร็วและไม่ได้ห่างไกลไปจากบุคคลเป้าหมายอื่น ๆ ในเรื่องการยอมรับมากนัก ฉะนั้นจึงจัดเป็นพวกที่คนส่วนใหญ่ในชุมชนจะตามทันเพียงแต่ให้บุคคลพวกนี้ช่วยชี้แนะความคิดและปฏิบัติเท่านั้นก็จะมีแนวโน้มยอมรับในที่สุด คนกลุ่มนี้น่าเชื่อถือ น่าเคารพ เป็นผู้มีฐานะทางสังคมค่อนข้างสูงมีคุณสมบัติการเป็นผู้นำทางความคิดมากที่สุด

3. ผู้ยอมรับตามเร็วส่วนใหญ่ เป็นพวกที่ใช้เวลาไตร่ตรองมากกว่าจะตัดสินใจยอมรับได้ก็ใช้เวลาหนานกว่า 2 พวกแรก อย่างไรก็ตามพวกศึกษารอบคอบกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มใหญ่ที่มีการยอมรับนวัตกรรมก่อนสมาชิก โดยเฉลี่ยของกลุ่มในสังคมแม้ว่าพวกเขาจะไม่ยอมรับเป็นกลุ่มแรก ในการทดลองนวัตกรรมแต่ก็ติดตามเฝ้าดูผลการปฏิบัติจากคนอื่นที่ได้ทำไปก่อน จากนั้น ในช่วงเวลาไม่นานพวกเขาก็จะยอมรับทำตามหากเห็นผลดีจนมั่นใจโดยปกติพวกศึกษารอบคอบนี้จะมีการพบปะติดต่อกับเพื่อนบ้านชุมชน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มเพื่อนของตนใช้เวลานานในการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมช้ากว่าสองพวกแรกไม่มีใคร มีตำแหน่งเป็นผู้นำอย่างแท้จริงบุคคลประเภทนี้มีประมาณร้อยละ 34.0

4. ผู้ยอมรับตามช้า ส่วนใหญ่หรือ พวกสงสัยกังวล นวัตกรรมโดยังไม่มีความแน่นอนในสิ่งใดอยู่อีก พวกนี้จะไม่ยอมรับจนกระทั่งพวกเขามีความรู้สึkmั่นใจและยอมรับว่านวัตกรรมนั้นปลอดภัยไม่มีผลกระทบในทางลบต่อพวกเขาเมื่อบุคคลอื่นๆ ในสังคมทำได้ อย่างนั้นแล้วบุคคลประเภทนี้ มีประมาณร้อยละ 34.0 และจัดว่าเป็นกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่ง

5. ผู้ยอมรับหลังสุด พวกกลัวหลังเป็นพวกที่ยึดมั่นในความคิดเดิมหรือการกระทำเดิมเป็นสำคัญพวกนี้จะยึดมั่นในสิ่งเก่าๆ และไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงการต่อต้านนวัตกรรมก็มักอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ตนเองที่มีลักษณะเป็นประเพณีนิยม บางครั้งก็มองย้อนหลังไปถึงคนรุ่นก่อนๆ เขาทำอะไรเกี่ยวกับเรื่องนี้บ้าง เขาจะมองนวัตกรรมใหม่ ๆ ด้วยความไม่ไว้วางใจอย่างเปิดเผย อาจจะมีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจทรัพยากร บ้างหรือแม้แต่กลุ่มแรกก็ไม่ไว้วางใจ เราจะไว้วางใจก็ต่อเมื่อนวัตกรรมนั้นใช้กันมานานพอสมควร จนกลายเป็นวิถีชีวิต บุคคลประเภทนี้จะมียู่ประมาณร้อยละ 16.0

ดังนั้นการยอมรับแต่ละระดับจะมีความไวในการยอมรับที่แตกต่างกัน เพราะฉะนั้น ในการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์จะยอมรับเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความไวของแต่ละคนเช่นกัน

1.1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรม

ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมได้มีผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน พอสรุปได้ดังนี้

ฟอสเตอร์ (Foster. 1973 : 170 - 173) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับไว้ว่า สภาพเศรษฐกิจ สังคม ความยากจน บุคคลสำคัญที่มีอำนาจและพวกที่ต้องการรายได้ สูงขึ้นมีผลต่อการยอมรับ

โรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker. 1983 : 169) กล่าวว่าลักษณะของบุคคลส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการยอมรับนวัตกรรมว่าช้าหรือเร็วมี 3 ประการ ดังนี้

1. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีฐานะทางสังคมสูงหรือตั้งจุดหวังในชีวิตเพื่อเลื่อนฐานะทางสังคมให้สูงขึ้นและนวัตกรรมมีความสอดคล้องกับชีวิตจะเกิดการยอมรับสูงกว่าและเร็วกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาด้วยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

2. บุคลิกภาพ พวกที่ยอมรับนวัตกรรมได้เร็วและรับได้มาก มักจะเป็นผู้ไม่ยึดมั่นถือมั่นกับสิ่งเดิม มีความสามารถเอาใจเขามาใส่ใจเรามากกว่า เป็นผู้มีเหตุผลดี และทัศนคติที่ดีต่อการรักษา สามารถคิดและเข้าใจนามธรรมดีกว่า เป็นผู้ชอบเสี่ยงภัยมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่า

3. พฤติกรรมในการสื่อสาร การยอมรับนวัตกรรมจะเกิดขึ้นมากกว่าและเร็วกว่า ถ้าพฤติกรรมในการสื่อสารของบุคคลนั้นมีลักษณะดังนี้ คือ บุคคลมีส่วนร่วมในสังคมและทำตัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมได้ดี มีการเดินทางบ่อยครั้งหรือเป็นคนไม่ติดถิ่น มีโอกาสติดต่อกับผู้นำในการเผยแพร่วัตกรรม มีโอกาสเปิดรับสื่อมวลชนหรือสื่อระหว่างบุคคล เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมมาก เพราะมีโอกาสแสวงหาข่าวสารมากและเป็นผู้ที่มีระดับการเป็นผู้นำทางความคิดสูง

ดิเรก ฤกษ์หรั่ง (2528 : 24 - 27) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการยอมรับนวัตกรรมที่สำคัญมี 4 ประการ คือ

1. ลักษณะของนวัตกรรมเอง มีองค์ประกอบที่สำคัญ ทำให้เกิดการยอมรับ เช่น องค์ประกอบภายใน ความสอดคล้อง แบ่งเป็นขั้นตอนสามารถแยกทำได้ ความยุ่งยากสลับซับซ้อน สามารถปรับใช้ได้ผลเต็มที่ ส่วนลักษณะภายนอกของนวัตกรรมประกอบด้วย ความสอดคล้องและความสมมูลกับสภาพการณ์ประโยชน์เชิงเปรียบเทียบ ปฏิบัติตามได้ง่าย เข้าใจง่าย โดยมีการปฏิบัติอย่างได้ผลมาแล้ว ใช้นเวลาน้อย

2. ตัวผู้นำการเปลี่ยนแปลง การชักนำให้เกิดการยอมรับ นวัตกรรมรวดเร็ว นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะต้องยึดหลักการดังนี้ คือ

2.1. ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายศึกษาสภาพพื้นที่ของทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาโครงสร้างของระบบถ่ายทอดในชุมชนและระบบการติดต่อสื่อสารในชุมชน

2.2. กำหนดส่วนประกอบของสถานการณ์ให้ชัดเจน อย่างน้อยต้องรู้ว่าใครหรืออะไรที่เกี่ยวข้องในระบบทั้งหมด ตลอดจนรู้ว่าใครเป็นผู้ต่อต้านข่าวสารมีขอบเขตแค่ไหน และพยายามในการดำเนินการให้เหมาะสม

2.3. จำแนกและวินิจฉัยสภาพและบทบาทของผู้ถ่ายทอดนวัตกรรมเอง วิเคราะห์ว่าเรามีความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างไร จึงจะนำทรัพยากรทั้งภายนอกและภายในชุมชนมาสนับสนุนได้อย่างเต็มที่

2.4. วินิจฉัยส่วนประกอบของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ที่ทำให้เกิดการยอมรับ

2.5. คัดเลือกและดำเนินการถ่ายทอดนวัตกรรมให้เกิดผลดี และวางแผนเพื่อดำเนินการตามกลยุทธ์โดยประสานระหว่างผู้นำ

2.6. จัดระบบการเพิ่มความรู้ ความสามารถในการรับรู้ โดยการทำงานเป็นกลุ่มลงทุนไม่สูงใช้เวลาที่มีอย่างจำกัด สอดคล้องกับระบบเศรษฐกิจ ขนาดและลักษณะความสลับซับซ้อนของการประกอบและการมีสื่อกลางรับนวัตกรรมที่ใช้เวลานั้น

3. กลุ่มบุคคลเป้าหมายหรือองค์กรเป้าหมายอัตราการยอมรับนวัตกรรมในกลุ่มบุคคลเป้าหมายที่แตกต่างกันออกไป ปริมาณการยอมรับนวัตกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในกลุ่มบุคคลที่มีความถูกต้องการทำลายพฤติกรรมเก่าที่ไม่เหมาะสม ต้องการเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ที่ดีกว่า ต้องการแสวงหาความชำนาญใหม่ ๆ ต้องการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและต้องการได้รับความมั่นคงจากการยอมรับนวัตกรรมนั้น

4. สถานการณ์และสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ให้ยอมรับนวัตกรรมจะมีอัตราเร็วและระดับสูงในสังคมที่มีสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางด้านสังคม เช่น ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ขนาดความหนาแน่นของประชากร สถานภาพและลักษณะพื้นฐานทางสังคม สภาพแวดล้อมทางการเมือง สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสมกับสภาพของนวัตกรรม

บุญสม วราเอกศิริ (2529:162) ได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมได้ ดังนี้

1. แหล่งข่าวสาร เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุโทรทัศน์ ข่าวสารควรจะไปตามช่องทางที่รับหากไม่ได้รับข่าวสารเลยก็ว่าจะไม่เกิดการยอมรับ

2. ระดับการศึกษา ถ้าหากระดับการศึกษาสูง ก็จะมีความสนใจอ่านข่าวสาร ถ้าระดับการศึกษาต่ำ ก็อ่านไม่ออก อธิบายเข้าใจยาก

3. ประเภทของการฝึกอบรมในเรื่องนั้น ๆ หรือไม่ หากมีความรู้อยู่บ้างก็จะมีการยอมรับเร็วและสูง

4. อายุ คนหนุ่มสาวมักจะกล้าเสี่ยงเชื่อคำแนะนำได้มากกว่าผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะลังเล
เชื่อยาก

5. ภูมิหลังความเป็นมา ในการประกอบอาชีพว่าเคยประกอบอาชีพนั้นมาหรือไม่
ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

6. ขนาดของที่ดินทำกิน หากมีที่ดินทำกินพอสมควร หรือขนาดใหญ่ที่จะขยายได้
ก็จะยอมรับได้ดีแต่ถ้าไม่มีที่ดินหรือมีจำกัดจะขยายต่อไปไม่ได้ การยอมรับสิ่งใหม่จะน้อยลง

7. การศึกษาของบุตรหลาน หากบุตรหลานได้รับการศึกษา ความโน้มเอียงที่จะ
ยอมรับก็จะมีมากเพราะได้รับแรงสนับสนุนจากบุตรหลาน

8. การเยี่ยมเยียนจากเจ้าหน้าที่ส่งเสริม หากไม่มีการเยี่ยมเยียนหรือไม่บ่อย การยอมรับ
จะมากน้อยไม่เหมือนกัน

9. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น หากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในท้องถิ่นมากและ
ทั่วถึงหรือใกล้การได้รับข่าวสารก็จะมีมากกว่า การยอมรับก็จะมีมากตามไปด้วย

10. การจัดกิจกรรมและการมีส่วนร่วม เช่น การจัดนิทรรศการ การจัดกลุ่ม ซึ่งเป็นการ
โน้มน้าวให้คุ้นเคย

11. ระบบของสังคมที่อาศัยอยู่เป็นลักษณะสังคมใหม่ หรือสังคมเก่า การได้รับ
การพัฒนาเล็กน้อยเพียงใด เปิดหรือปิดการรับความรู้ใหม่ ๆ หรือเป็นสังคมล้าหลัง ตรงต่อ
ขนบธรรมเนียมประเพณี

12. สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย หากมีการสนับสนุนอย่างเต็มที่ การยอมรับเกิดขึ้น
เร็วและในอัตราที่สูง

อลาวีและโจซิมส์ธาลเลอร์ (Alavi & Joachimsthaler. 1992 : 106 -162) ได้กล่าวถึง
ปัจจัยของบุคคลที่ส่งผลต่อการยอมรับ ได้แก่

1. ความรู้ของบุคคล หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวกับกระบวนการและการใช้ข้อมูล
2. บุคลิกภาพของบุคคล หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการยอมรับ ได้แก่
ความต้องการความสำเร็จ ระดับของความปลอดภัย สภาพแวดล้อมของบุคคล ความเชื่อมั่น
หรือความคาดหวัง และความชอบเสี่ยงของบุคคล
3. ข้อมูลประชากร หมายถึง อายุ ระดับการศึกษาของบุคคล
4. คุณสมบัติเฉพาะบุคคล ได้แก่ การฝึกฝน ประสบการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการยอมรับ
นวัตกรรม

นิพนธ์ แจ้งอี่ยม (2541 : 126 - 127) ได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ในการที่บุคคล จะ
ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ดังต่อไปนี้

1.บุคคลกร หมายถึง คนทุกคน ที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมนั้นเพราะบุคคลเป็นผู้ใช้นวัตกรรม การที่บุคคลนั้นจะยอมใช้นวัตกรรมนั้นหรือไม่ เขาจะต้องพิจารณานวัตกรรมนั้นมีประโยชน์แก่เขามากน้อยเพียงใด แต่ที่น่าสังเกตว่าถ้านวัตกรรมนั้นมาจากผู้มีอำนาจ แม้ว่าคนในสังคมไม่เห็นด้วยก็ตาม ก็ยังมีผลต่อการนำไปใช้ ถ้าหากนวัตกรรมนั้นทำให้เกิดผลดีมีการเปลี่ยนแปลงทุกคนในสังคม จะเกิดการยอมรับนวัตกรรมนั้นภายหลังได้ แสดงว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตนาติดตามนั่นเอง

2.ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมเป็นอย่างมาก เพราะนวัตกรรมส่วนใหญ่ต้องใช้เงิน ใช้งบประมาณในการดำเนินการ ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีพอ ก็จะเป็นการแบกภาระมาก หรืออาจไม่สามารถนำนวัตกรรมนั้นไปใช้ได้เลย ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อนวัตกรรม นับแต่เริ่มต้นประดิษฐ์นวัตกรรม ทดลองและการนำไปใช้

3.เทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิชาการเนื่องจากเทคโนโลยีทางด้านต่าง ๆ ก้าวหน้าไปมาก โดยเฉพาะทางด้านอุตสาหกรรม วิศวกรรม เกษตรกรรม ได้เจริญก้าวหน้าไปมาก สิ่งเหล่านี้ช่วยกระตุ้นให้คนเรามีเจตนาที่ดีและยอมรับเอาสิ่งใหม่ ๆ เพราะวิทยาการใหม่ ๆ ได้ถูกนำไปใช้ในสังคมมากขึ้นทำให้เกิดตัวอย่างและการลอกเลียนแบบขึ้นในวงการต่าง ๆ ความรู้สึก จะทำให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมขึ้น

4.ความเชื่อดั้งเดิม ค่านิยมและประเพณีของสังคม มีผลต่อการยอมรับนวัตกรรมมาก ผู้รับนวัตกรรมไปใช้ควรศึกษาถึงพฤติกรรมของบุคคลในสังคมนั้นด้วยว่า สิ่งที่น่าเข้ามาใหม่นั้นขัดกับความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีของสังคมนั้นหรือไม่ การนำเอาสิ่งใหม่มาใช้ทันทีโดยขาดการศึกษาที่ถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เพราะวัฒนธรรมของแต่ละสังคมนั้นแตกต่างกัน

จากการศึกษาแนวคิดข้างต้น การยอมรับนวัตกรรมที่จะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการยอมรับ ได้แก่ การมองเห็นประโยชน์และคุณค่ารวมทั้งทัศนคติที่ดี ในการนำนวัตกรรมไปใช้

1.2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการให้บริการ

1.2.1. ความหมายของการให้บริการ

แมนมาส ซวลิต (2529 : 1) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า การให้บริการหมายถึง กิจกรรมและความพยายามต่าง ๆ ที่จะสนองความต้องการของบุคคลในด้านต่าง ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนหรือให้เปล่า ในบางกรณีบุคคลยังไม่รู้สึกว่าจะมีความต้องการและไม่รู้ว่าตนจำเป็นต้องมีผู้ซึ่งมองเห็นความจำเป็นในด้านนั้น ๆ ก็จัดบริการขึ้นในขณะเดียวกันก็พยายามสร้างความสำนึกหรือความสนใจในสิ่งนั้นหรือกิจกรรมนั้นขึ้นด้วย เพื่อให้บุคคลรับเอาสิ่งที่จัดให้

นั้นนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ให้จงได้ ผู้จัดก็จะได้รับค่าตอบแทนคุ้มแรงงานและทรัพย์สินที่ลงทุนไป เพื่อบริการนี้หรือได้รับความพอใจที่ได้เห็นความเจริญหรือความสุขสบาย เกิดขึ้นแก่บุคคล และชุมชนที่รับบริการของตน

ราชบัณฑิตยสถาน (2531 : 463) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้สั้น ๆ ว่า
" การบริการ หมายถึง การปฏิบัติ รับผิดชอบ ให้ความสะดวกต่าง ๆ "

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การบริการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม และความพยายามต่าง ๆ ที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคล ตลอดจนความพยายามในการสร้างความสำนึกหรือความสนใจในบริการนั้น เพื่อที่บุคคลจะได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน

1.2.2. ลักษณะของงานบริการ

1. งานบริการเป็นงานที่มีการผลิตและการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน คือ ไม่อาจกำหนด ความต้องการแน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับผู้ใช้บริการว่าต้องการเมื่อใดและต้องการอะไร

2. งานบริการเป็นงานที่ไม่อาจกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าได้ การมาใช้บริการหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของผู้ใช้บริการ การกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าจึงไม่อาจ ทำได้ นอกจากการคาดคะเนความน่าจะเป็นเท่านั้น

3. งานบริการ เป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้า ไม่มีผลผลิต สิ่งที่ใช้บริการจะได้ คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าได้มาใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

4. งานบริการ เป็นงานที่ต้องการตอบสนองในทันทีที่ ผู้ใช้บริการต้องการให้ลงมือปฏิบัติในทันทีดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลาและเมื่อวันเวลาใดก็จะต้องตรงตามกำหนดนัด

ปรัชญา เวสารัชช์ (2526 : 251) กล่าวว่า การให้บริการของรัฐนั้นจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ด้วย

1. การให้บริการที่เป็นที่พึงพอใจแก่สมาชิกสังคม ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่วัดได้ยากหรือให้คำจำกัดความยาก แต่อาจกล่าวได้อย่างกว้าง ๆ ถึงองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ คือ

1.1. ให้บริการที่เท่าเทียมแก่สมาชิกสังคม

1.2. ให้บริการในเวลาที่เหมาะสม เช่น บริการดับเพลิง บริการช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม

1.3. ให้บริการโดยคำนึงถึงปริมาณความมากมาย คือ ให้บริการไม่มากหรือน้อยเกินไป

1.4. ให้บริการโดยมีการปรับปรุงให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

2. การให้บริการ โดยมีความรับผิดชอบต่อประชาชน เป็นค่านิยมพื้นฐานสำหรับการบริหารราชการในสังคมประชาธิปไตย จะต้องทำหน้าที่ภายใต้การขึ้นนำทางการเมืองจากตัวแทนประชาชนและต้องสามารถให้บริการที่มีลักษณะสนองตอบต่อมหาชน ต้องมีความยืดหยุ่นที่จะปรับเปลี่ยน ลักษณะงานหรือการให้บริการที่สามารถตอบสนอง ความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด

กุลธน ธนาพงศธร (2530 : 303) กล่าวว่า หลักการให้บริการ ได้แก่

1. หลักความสอดคล้อง กับความต้องการของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือประโยชน์และบริการที่องค์การจัดให้นั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลากรส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ

2. หลักความสม่ำเสมอ คือ การให้บริการนั้น ๆ ต้องดำเนินไป อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมิใช่ทำ ๆ หยุด ๆ ตามความพอใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์การ

3. หลักความสนองความต้องการที่แท้จริงบุคคลากร ประเภทของประโยชน์และบริการที่จะจัดให้นั้นต้องตอบสนองกับความต้องการที่แท้จริงของบุคคลากร มิใช่ตรงกับความต้องการหรือความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงขององค์การ

4. หลักความเสมอภาค บริการที่จัดนั้น จะต้องให้แก่ผู้มาใช้บริการทุกคนอย่างเสมอหน้าและเท่าเทียมกันไม่มีการใช้สิทธิพิเศษแก่บุคคลหรือกลุ่มใดในลักษณะแตกต่างจาก กลุ่มคนอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด

5. หลักความประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ไปในการบริการ จะต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ

6. หลักความสะดวกในการปฏิบัติบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ปฏิบัติได้ง่ายสะดวกสบาย สิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก ทั้งยังไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากใจให้แก่ผู้ให้บริการมากจนเกินไป

พาราตุลแมน เซทิดและเบอร์รี่ (รัชยา กุลวนิชไชยพันธ์. 2535 :13 - 15 ; อ้างอิงจาก Paradurman , Zeithad & Barry.1990 : 21 - 22) ซึ่งกล่าวถึงหลักการบริการที่ดีต้องประกอบด้วย

1. ความเชื่อถือได้ ประกอบด้วย

1.1. ความสม่ำเสมอ

1.2. ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา

2. การตอบสนอง ประกอบด้วย

2.1. ความเต็มใจที่จะให้บริการ

- 2.2. ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา
- 2.3. ความต่อเนื่องในการติดต่อ
- 2.4. ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี
3. ความสามารถ ประกอบด้วย
 - 3.1. ความสามารถในการบริการ
 - 3.2. ความสามารถในการสื่อสาร
 - 3.3. ความสามารถในความรู้วิชาการที่จะให้บริการ
4. การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย
 - 4.1. ผู้ใช้บริการเข้าใช้บริการ หรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อนเกินไป
 - 4.2. ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย
 - 4.3. เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ให้บริการ
 - 4.4. อยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อได้สะดวก
5. ความสุภาพอ่อนโยน ประกอบด้วย
 - 5.1. การแสดงความสุภาพต่อผู้ให้บริการ
 - 5.2. ให้การต้อนรับที่เหมาะสม
 - 5.3. ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี
6. การสื่อสาร ประกอบด้วย
 - 6.1. มีการสื่อสารที่แจ่มชัดและลักษณะงานบริการ
 - 6.2. มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
7. ความซื่อสัตย์
8. ความมั่นคง ได้แก่ ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์
9. ความเข้าใจ ประกอบด้วย
 - 9.1. การเรียนรู้ผู้ให้บริการ
 - 9.2. การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ให้บริการ
 - 9.3. การให้ความสนใจต่อผู้ให้บริการ
10. การสร้างสิ่งที่จับต้องได้ ประกอบด้วย
 - 10.1. การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับให้บริการ
 - 10.2. การเตรียมอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ

10.3. การจัดสถานที่ให้บริการสวยงาม สะอาด

เคทซ์ และดาเนท (Katz and Danet. 1973 : 5) เสนอความเห็นว่ หลักการสำคัญของการบริการลูกค้าที่ควรปฏิบัติทั้งในองค์การของรัฐบาลและเอกชน ควรยึดหลักการปฏิบัติดังนี้

1. งานติดต่อเฉพาะงาน หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างลูกค้ากับหน่วยงานจะจำกัดเฉพาะเรื่องงานเท่านั้น พนักงานไม่ควรนำเรื่องส่วนตัวนอกเหนือจากหน้าที่มาเกี่ยวข้องด้วย
2. การปฏิบัติโดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน หมายความว่า พนักงานจะต้องปฏิบัติต่อลูกค้าโดยความเป็นธรรม ไม่ถือเขาถือเรา เช่น การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ใครมาก่อนได้รับบริการก่อน เป็นต้น
3. การวางตนเป็นกลาง หมายถึง พนักงานจะต้องให้บริการลูกค้าโดยไม่เอาอารมณ์ส่วนตัวเข้ามายุ่งเกี่ยวกับงานปฏิบัติงานด้วยเหตุผลและใช้หลักการความถูกต้องไม่ขู่ตะคอกหรือหาเหตุชวนวิวาทกับลูกค้า

1.2.3. องค์ประกอบของงานบริการ

สปิทเซอร์ (Spitzer, R.B. .1988 :1 – 2) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ว่าสิ่งที่สำคัญที่สุด ได้แก่คุณภาพของการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านกายภาพและจิตใจโดยมีตัวชี้วัดคุณภาพ คือ

1. ความเป็นมิตร เป็นกันเอง อธิยาศัยดี
2. การได้รับการดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี
3. การได้รับการดูแลอย่างเป็นส่วนตัว
4. มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
5. มีทีมแพทย์ที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับ
6. มีบริการที่ครบทุกแผนก
7. สถานที่สะดวกสบาย

กอร์ทเบอร์ก (รัชยา กุลวนิชไชยนันท์. 2535 : 13 - 15 ; อ้างอิงจาก Gothberg.1976 :875) ได้ให้ความเห็นว่า งานบริการต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ คือ

- 2.1. คุณภาพของทรัพยากร ต้องเลือกสรรแล้วว่าสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้และมีคุณภาพดี
- 2.2. คุณภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องมีความรอบรู้ในงานบริการนั้นเป็นอย่างดี

2.3. การสื่อสาร เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ใช้บริการ การใช้ภาษาสัญลักษณ์ต้องสามารถสื่อความหมายให้เข้าใจกันได้เป็นอย่างดี

1.2.4. แนวความคิดเกี่ยวกับการให้บริการ

การให้บริการ ถือได้ว่าเป็นหน้าที่ที่สำคัญยิ่ง ในการบริหารงานของภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับประชาชนโดยตรง โดยหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการส่งต่อการบริการให้แก่ผู้รับบริการ มีนักวิชาการให้แนวคิดเกี่ยวกับให้บริการที่ขอนำมากล่าวพอสังเขป ดังนี้

เพนชานสกี และ โทมัส (กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์. 2542 : 30 ; อ้างอิงจาก Penchansky and Thomas. 1981 : 127 - 140) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึง การบริการทางการแพทย์ไว้ ดังนี้

1. ความพอเพียง ของบริการที่มีอยู่ คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการขอรับบริการ
2. การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งการเดินทางและขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ
5. การยอมรับคุณภาพของบริการ ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

บี เอ็ม เวอร์มา (Verma, 1975 :55 ; citing Suchitra Punyaratabandhu - Bhakdi, 1986 : 27) ได้พิจารณาการให้บริการว่า หมายถึง กระบวนการให้บริการซึ่งมีลักษณะที่เคลื่อนไหวเป็นพลวัตรโดยระบบการให้บริการที่ดีจะเกิดขึ้นได้ เมื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบใช้ทรัพยากรและผลิตการบริการได้เป็นไปตามแผนงานและการเข้าถึงการรับบริการจากความหมายดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาโดยใช้แนวคิดเชิงระบบที่มีการมองว่าหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการ ใช้ปัจจัยนำเข้า เข้าสู่กระบวนการการผลิต และออกมาเป็นผลผลิตหรือการบริการ โดยทั้งหมดจะต้องเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ดังนั้นการประเมินผลจะช่วยทำให้ทราบถึงผลผลิต หรือการบริการที่เกิดขึ้นว่ามีลักษณะเป็นเช่นไร ซึ่งจะเป็นข้อมูลป้อนกลับ เป็นปัจจัยนำเข้าต่อไปด้วยเหตุนี้ระบบการให้บริการสาธารณะจึงมีลักษณะที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

อิน จุง วัง. (In Joung Wang. 1975 :79 ; citing Suchitra Punyaratabandhu - Bhakdi., 1986 : 104 - 105) มองระบบการให้บริการว่าเป็นการเคลื่อนย้ายเรื่องที่ให้บริการ

หรือแหล่งบริการที่มีคุณภาพจากจุดหนึ่งไปยังผู้รับบริการอีกจุดหนึ่งเพื่อให้เป็นไปตามที่ต้องการ และเวลาที่กำหนดไว้ ด้วยเหตุนี้ทำให้มองการบริการว่ามี 4 ปัจจัยที่สำคัญ คือ

1. ตัวบริการ
2. แหล่งหรือสถานที่ที่ให้บริการ
3. ช่องทางในการให้บริการ
4. ผู้รับบริการ

กิลเบิร์ต และ เบอร์กเฮด (Gillbert and Birkhead. 1977 : 988) ได้มองว่าการให้บริการสาธารณะมี 4 องค์ ประกอบที่สำคัญ คือ

1. ปัจจัยนำเข้า หรือทรัพยากรอันได้แก่ บุคลากร ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
2. กิจกรรม หรือกระบวนการ ซึ่งหมายถึง วิธีการที่จะใช้ทรัพยากร
3. ผล หรือ ผลผลิต ซึ่งหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากมีการใช้ทรัพยากร
4. ความคิดเห็น ต่อผลกระทบ ซึ่งหมายถึง ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อบริการ ที่ได้รับจากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาโดยใช้แนวคิดเชิงระบบที่มีการมองว่าหน่วยงานมีหน้าที่ให้บริการนำปัจจัยนำเข้า เข้าสู่กระบวนการผลิตและออกมาเป็นผลผลิตหรือการบริการเช่นเดียวกับแนวคิดของ ปี เอ็มเวอร์มา จากความหมายที่กล่าวมา มีประเด็นสำคัญ คือ การมองในแง่ของผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการให้บริการซึ่งสามารถวัดได้จากความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อระบบการให้บริการ

อำนาจ คงมีสุข (2538 : 17) กล่าวว่าบริการคืองานที่ทำเพื่อผู้อื่น หรือ หมายถึง กิจกรรม ประโยชน์และความพอใจ รูปแบบของการบริการสร้างสรรค์ได้โดยคน และกลไก อุปกรณ์ คนให้บริการประสานความสะดวกรวดเร็วความพึงพอใจ ความประทับใจและไม่ตรีสัมพันธ์ ส่วนกลไกอุปกรณ์คือความสะดวกรวดเร็ว

ผาณิต กันตามระ (2538 : 33) กล่าวว่าในการดำเนินธุรกิจหรืองานใด ๆ ปัจจัยที่สำคัญต่อการบริหารงานและการให้บริการ คือ พนักงานเพื่อที่จะทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สถิติปัญญา ความคิดความเห็นจะทำให้องค์กรนั้นประสบความสำเร็จ ในการให้บริการแก่ประชาชน การให้บริการของโทรศัพท์แก่ลูกค้า หรือ ผู้ให้บริการนับเป็นหัวใจสำคัญและเป็นนโยบายของฝ่ายบริหารที่มุ่งเน้นให้ผู้เช่าเกิดความพึงพอใจ

ผู้บริการ หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ " ให้ " และต้องเป็นการให้ที่ทำให้ผู้รับเกิดความประทับใจซึ่งผู้บริการ จะต้องมึศิลปะที่จะชักจูงให้ผู้มาใช้บริการ พอใจและกลับมาใช้บริการของเราอีก หรือมีการบอกกันต่อไปจะทำให้เกิดการขยายตัวของการตลาดซึ่งจะเป็นผลดีแก่องค์กร

อภิชัย พรหมพิทักษ์กุล (2540 : 15 - 20) ได้เสนอหลักการให้บริการแบบครบวงจร หรือการพัฒนาการให้บริการใน เชิงรุกกว่า จะต้องเป็นไปตามหลักการซึ่งอาจเรียกง่าย ๆ ว่า หลัก Package Service ดังนี้

1. ยึดการตอบสนองความจำเป็น ของประชาชนเป็นเป้าหมาย การบริการของรัฐเป็น ในเชิงรับจะเน้นการให้บริการตามระเบียบแบบแผนและมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ บริการ ดังนี้ คือ

1.1. ข้าราชการ มีทัศนคติว่าการให้บริการจะเริ่มต้นก็ต่อเมื่อมีผู้มาติดต่อขอรับ บริการมากกว่าที่จะมองว่าตน มีหน้าที่ที่จะต้องจัดบริการให้แก่ราษฎรตามสิทธิประโยชน์ ที่ เขาควรจะได้รับ

1.2. การกำหนดระเบียบปฏิบัติ และการใช้ดุลพินิจของข้าราชการ มักเป็นไป เพื่อสงวนอำนาจในการใช้ดุลพินิจของหน่วยงานหรือปกป้องตัวข้าราชการเอง มีลักษณะที่เน้น การควบคุมมากกว่าการส่งเสริม การติดต่อราชการจึงต้องใช้เอกสารหลักฐานต่าง ๆ เป็นจำนวน มากและต้องผ่านการตัดสินใจหลายขั้นตอนซึ่งบางครั้งเกินกว่าความจำเป็น

1.3. จากการที่ข้าราชการมองว่าตนมีอำนาจในการใช้ดุลพินิจและมีกฎระเบียบ เพื่อเป็นเครื่องมือ ที่จะปกป้องการใช้ดุลพินิจของตนทำให้ข้าราชการจำนวนไม่น้อย มีทัศนคติ ในลักษณะของเจ้าขุนมูลนายในฐานะที่ตนมีอำนาจที่จะบันดาลผลได้ผลเสียแก่ประชาชน การ ดำเนินความสัมพันธ์จึงเป็นไปในลักษณะที่ไม่เท่าเทียมกันและนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ความ ไม่เต็มใจที่จะให้บริการรู้สึกไม่พอใจเมื่อราษฎรแสดงความเห็นโต้แย้ง เป็นต้น

ดังนั้น เป้าหมายแรกของการจัดบริการแบบครบวงจร คือ การมุ่งประโยชน์ของ ประชาชนผู้รับบริการทั้งผู้ที่มาติดต่อและมาขอรับบริการ และผู้ที่อยู่ในข่ายที่ควรจะได้รับ การ บริการเป็นสำคัญซึ่งมีลักษณะ ดังนี้ คือ

1. ข้าราชการจะต้องถือว่าการให้บริการเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องดำเนินการ อย่างต่อเนื่องโดยจะต้องพยายามจัดบริการให้ครอบคลุมผู้ที่อยู่ในข่ายที่ควรจะได้รับบริการ ทุกคน

2. การกำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติและการใช้ดุลพินิจ จะต้องคำนึงถึงสิทธิ ประโยชน์ของผู้รับอย่างสะดวกและรวดเร็ว

3. ข้าราชการจะต้องมอง ผู้มารับบริการว่ามีฐานะและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับตน มีสิทธิที่จะรับรู้ให้ความเห็นหรือโต้แย้งด้วยเหตุผลได้อย่างเต็มที่

2. ความเร็วในการให้บริการ สังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่มี การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างรวดเร็วและมีการแข่งขันกับสังคมอื่น ๆ อยู่ตลอดเวลาในขณะที่ปัญหาพื้นฐานของระบบ ราชการ คือ ความล่าช้าที่เกิดจากความจำเป็นตามลักษณะของการบริการราชการเพื่อประโยชน์

ส่วนรวมแห่งรัฐแต่ในหลายส่วนความล่าช้าของระบบราชการเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้ เช่น ความล่าช้าที่เกิดจากการบิดการะในการตัดสินใจ ความล่าช้าที่เกิดจากการกระจายอำนาจ หรือ เกิดจากการกำหนดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นหรือความล่าช้าที่เกิดขึ้นเพราะขาดการพัฒนางาน หรือ นำเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมมาใช้เป็นต้นปัญหาที่ตามมาคือระบบราชการถูกมองว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าและเป็นตัวถ่วงในระบบการแข่งขันเสรี

ดังนั้นระบบราชการจำเป็นจะต้องมีเป้าหมาย ในอันที่จะพัฒนาการให้บริการให้มีความรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งอาจกระทำได้ใน 3 ลักษณะ คือ

2.1. การพัฒนา ข้าราชการ ให้มีทัศนคติ มีความรู้ ความสามารถเพื่อให้เกิดความชำนาญงาน มีความกระตือรือร้นและกล้าตัดสินใจในเรื่องที่ทำอยู่อำนาจของตน

2.2. การกระจายอำนาจ หรือมอบอำนาจให้มากขึ้น และปรับปรุงระเบียบวิธีการทำงานให้มีขั้นตอนและใช้เวลาในการให้บริการให้เหลือน้อยที่สุด

2.3. การพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่จะทำให้สามารถให้บริการได้เร็วขึ้น อันเป็นการพัฒนาความรวดเร็วในการให้บริการ เป็นเรื่องที่สามารถกระทำได้ทั้งขั้นตอนก่อนการให้บริการซึ่งได้แก่ การวางแผน การเตรียมการต่าง ๆ ให้พร้อมที่จะให้บริการและนำบริการไปที่สมควรที่จะได้รับบริการเป็นการล่วงหน้าเพื่อป้องกันปัญหาหรือความเสียหายเช่น การแจกจ่ายน้ำ สำหรับหมู่บ้านที่ประสบภัยแล้งนั้น หน่วยราชการไม่จำเป็นที่จะต้องรอให้มีการร้องขอ แต่อาจนำน้ำไปแจกจ่ายให้แก่หมู่บ้านเป้าหมายล่วงหน้าได้เลย การพัฒนาความรวดเร็วในขั้นตอนให้บริการ เมื่อมีผู้มาติดต่อขอรับบริการและการพัฒนาความรวดเร็วในขั้นตอนภายหลังการให้บริการ เช่น การรายงาน การติดตามผล การจัดเก็บเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้วงจรของการให้บริการสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่าง เช่น การให้บริการในการจัดทำบัตรประชาชน ซึ่งจะต้องมีการจัดส่งเอกสารหลักฐานให้ส่วนกลางเพื่อจัดทำบัตร การแจ้งย้ายปลายทางซึ่งสำนักทะเบียนปลายทางจะต้องรอการยืนยันหลักฐานทางการทะเบียนจากสำนักทะเบียนต้นทาง เป็นต้น

3. การให้บริการจะต้องเสร็จสมบูรณ์ เป้าหมายของการให้บริการเชิงรุกแบบครบวงจรอีกประการหนึ่งก็คือ ความสำเร็จสมบูรณ์ของการให้บริการ ซึ่งหมายถึงการเสร็จสมบูรณ์ตามสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะต้องได้รับโดยที่ผู้รับบริการไม่จำเป็นต้องมาติดต่อบ่อยครั้งนัก ซึ่งลักษณะที่ดีของการให้บริการที่เสร็จสมบูรณ์ ก็คือ การบริการที่แล้วเสร็จในการติดต่อเพียงครั้งเดียวหรือไม่เกิน 2 ครั้ง

นอกจากนี้การให้บริการที่เสร็จสมบูรณ์ยังหมายถึงความพยายามที่จะให้บริการในเรื่องอื่น ๆ ที่ผู้มาติดต่อขอรับบริการสมควรจะได้รับด้วย แม้ว่าผู้มาขอรับบริการจะไม่ได้ขอรับบริการในเรื่องนั้นก็ตาม แต่ถ้าเห็นว่าเป็นสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการก็ควรที่จะให้ คำแนะนำ และพยายามให้บริการในเรื่องนั้น ๆ ด้วย เช่น มีผู้มาขอคัดสำเนาทะเบียนบ้าน หากเจ้าหน้าที่

ผู้ให้บริการ พบว่า บัณฑิตประจำตัวประชาชนของผู้นั้นหมดอายุแล้วก็ดำเนินการจัดทำบัตรประชาชนใหม่ เป็นต้น

4. ความกระตือรือร้นในการให้บริการ เป็นเป้าหมาย ที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการพัฒนาการให้บริการเชิงรุก ทั้งนี้เนื่องจากประชาชน บางส่วนยังมีความรู้สึกว่าการติดต่อขอบริการ จากทางราชการเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยเต็มใจที่จะให้บริการ

ดังนั้นจึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบริการของรัฐและต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการซึ่งนำไปสู่ปัญหาของการสื่อสารทำความเข้าใจกัน ดังนั้นหากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพยายามให้บริการด้วยความกระตือรือร้นแล้วก็จะทำให้ผู้มารับบริการเกิดทัศนคติที่ดี ยอมรับฟังเหตุผล คำแนะนำต่าง ๆ มากขึ้น และเต็มใจที่จะมารับบริการในเรื่องอื่น ๆ อีก นอกจากนี้ความกระตือรือร้นในการให้บริการ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการนั้นเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีความสมบูรณ์ ซึ่งจะนำไปสู่ความเชื่อถือศรัทธาของประชาชนในที่สุด

5. การให้บริการด้วยความถูกต้อง สามารถตรวจสอบได้ การพัฒนาการให้บริการแบบครบวงจรนั้น ไม่เพียงแต่จะต้องให้บริการที่เสร็จสมบูรณ์เท่านั้น แต่จะต้องมีความถูกต้องชอบธรรมในแง่ของนโยบายและระเบียบแบบแผนของทางราชการและถูกต้องในเชิงศีลธรรมจรรยาด้วยซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ดุลพินิจของข้าราชการเห็นความสำคัญ เช่น ในกรณีที่มีผู้มาขออนุญาตมีและใช้อาวุธปืน นายทะเบียนจะต้องมีการสอบสวนข้อเท็จจริง เกี่ยวกับความประพฤติและความจำเป็นของผู้รับบริการด้วยหรือในกรณีที่มีผู้มาขอจดทะเบียนหย่า แม้ว่านายทะเบียนจะสามารถดำเนินการให้ได้ตามความประสงค์แต่ในแง่ศีลธรรมจรรยาแล้ว ก็ควรจะมีการพูดจาไกล่เกลี่ย พูดจากับคู่สมรสเสียก่อน

ดังนั้นการใช้ดุลพินิจการให้บริการประชาชนจึงต้องเป็นไปอย่างถูกต้องและสามารถตรวจสอบได้ซึ่งการตรวจสอบความถูกต้องนี้อาจเป็นการตรวจสอบโดยกลไกภายในระบบราชการเอง การตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้บังคับบัญชา หรืออาจเป็นการตรวจสอบจากภายนอก ซึ่งที่สำคัญก็คือ การตรวจสอบโดยประชาชนและประการสุดท้ายก็คือการตรวจสอบโดยอาศัยสำนึกรับผิดชอบในเชิงศีลธรรมและจรรยาทางวิชาชีพของตัวข้าราชการเอง

6. ความสุภาพอ่อนน้อมเป็น เป้าหมายอีกประการหนึ่ง ของการพัฒนาให้บริการแบบครบวงจร คือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติต่อประชาชนผู้มาติดต่อขอรับบริการด้วยความสุภาพอ่อนน้อม ซึ่งจะทำให้ผู้มารับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อทางราชการอันจะส่งผลให้การสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างกันเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ความสุภาพอ่อนน้อมในการให้บริการนั้นจะเกิดขึ้นได้ก็โดยการพัฒนาทัศนคติของข้าราชการให้เข้าใจว่าตนมีหน้าที่ในการให้บริการและเป็นหน้าที่ที่มีความสำคัญ รวมทั้งมีความรู้สึกเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ที่มาติดต่อขอรับบริการ

7. ความเสมอภาค การให้บริการแบบครบวงจรจะต้องถือว่าราชการมีหน้าที่จะต้องให้บริการประชาชน โดยเสมอภาคซึ่งจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

7.1. การให้บริการ จะต้องเป็นไปภายใต้ระเบียบแบบแผนเดียวกันและได้รับผลที่สมบูรณ์ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าผู้รับบริการจะเป็นใครก็ตามหรือเรียกว่าความเสมอภาคในการให้บริการ

7.2. การให้บริการจะต้องคำนึงถึง ความเสมอภาคในโอกาสที่จะได้รับบริการด้วยทั้งนี้เพราะประชาชนบางส่วนของประเทศเป็นกลุ่มบุคคลที่มีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถในการที่จะติดต่อขอรับบริการจากรัฐ เช่น มีรายได้น้อย ขาดความเข้าใจหรือข้อมูล ข่าวดสารที่เพียงพออยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นต้น ดังนั้น การจัดบริการของทางราชการจะต้องคำนึงถึงคนกลุ่มนี้ด้วย โดยจะต้องพยายามนำบริการไปให้ผู้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เช่น การจัดบริการหน่วยเคลื่อนที่ต่าง ๆ เป็นต้น การลดเงื่อนไขในการรับบริการให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้รับบริการเช่น การออกบัตรสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อย การเรียกเก็บค่าปรับในอัตราที่ต่ำที่สุดตามที่กฎหมายกำหนด เมื่อเห็นว่าผู้รับบริการไม่มีเจตนาที่จะเสี่ยงการปฏิบัติตามกฎหมาย แต่เป็นเพราะขาดข้อมูล ข่าวดสาร เป็นต้น ซึ่งอาจเรียกความเสมอภาคนี้ว่า ความเสมอภาคที่จะได้รับบริการที่จำเป็นจากรัฐ

กล่าวโดยสรุปการพัฒนาการให้บริการเชิงรุกแบบครบวงจร หรือ Package Service เป็นการให้บริการที่มีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนได้รับการบริการที่ควรจะได้รับอย่างครบถ้วนสมบูรณ์มีความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมุ่งที่จะให้บริการในเชิงส่งเสริมและสร้างทัศนคติและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนเป็นการให้บริการที่มีความถูกต้องชอบธรรมสามารถตรวจสอบได้และสร้างความเสมอภาคทั้งในการให้บริการและในการที่จะได้รับบริการจากรัฐ

ประวัฒน์ อุตตะโมทย์ (2540 : 14) กล่าวว่า การให้บริการเป็นสิ่งที่ทุกคนควรร่วมกันปฏิบัติองค์กรไม่ใช่ของผู้หนึ่งผู้ใดเราควรร่วมกันพัฒนาให้ได้คุณภาพ ไม่จำเป็นต้องจบการศึกษาที่ดีแต่ประสบการณ์และความชำนาญในงานก็สามารถทำงานให้เกิดคุณภาพที่ดีได้ การให้บริการควรถือหลัก " ยิ้มไว้ก่อนและปลุกปรับปรับทุกข์ " ถึงแม้งานให้บริการแก่ผู้ใช้บริการโดยตรงจะไม่ใช่งานในหน้าที่ของทุกคน แต่ควรเป็นภาระกิจร่วมกัน เพื่อพัฒนาองค์กรให้มี ทิศทางเติบโตที่ดียิ่งขึ้น

ซึ่งอาจสรุปได้ว่า การบริการหมายถึง การกระทำที่แสดงถึงการให้ความช่วยเหลือ การดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นในส่วนของภาครัฐที่จะให้บริการต่อประชาชน พร้อมทั้งปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้แล้วเสร็จโดยเร็วลักษณะของผู้ให้บริการที่ดีควรมี บุคลิกภาพ ท่าทางวาจา กริยา สุภาพอ่อนโยนเป็นกันเอง เพื่อสร้างภาพพจน์ให้เป็นที่ประทับใจต่อผู้มารับใช้บริการ นอกนั้นจะต้องมีศิลปะที่จะชักจูงให้ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจกลับมาใช้บริการอีก

1.2.5. แนวคิดการเลือกใช้บริการทางสุขภาพของประชาชน

ประชาชนมีการเจ็บป่วยที่ต่างกันก็จะเลือกใช้บริการที่เกิดจากแนวความคิด แตกต่าง กันคือ

1. แนวความคิดเกี่ยวกับ Folk Dichotomy : ยอร์จ ฟอสเตอร์ (George Foster. 1978 : 36 - 37) ได้อธิบายว่า ถ้าการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากธรรมชาติ (Natural Origin) เช่น ไข้หวัด กามโรค ฯลฯ ต้องรักษาโดยวิธีการรักษาสมัยใหม่ (Modern Medicine) แต่ถ้าป่วยด้วยโรคที่สาเหตุมาจากสิ่งลึกลับมหัศจรรย์ อำนาจเหนือธรรมชาติ (Supernatural Origin) ต้องรักษาโดยวิธีแผนไทย (Idigenous Medicine)

2. แนวความคิดเกี่ยวกับ Efficiency Testing : แนวความคิดนี้ได้อธิบายว่า มนุษย์เราจะเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลแบบไหนนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้นอีร์สมัส (วาทินี บุญชะเอ. 2530 : 13 ; และเบญจา ยอดดำเนิน. 2523 : 42 อ้างอิงจาก Erasmus. 1953) อธิบายว่า ปัจจัยที่ทำให้มนุษย์เลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลแผนใหม่ก็คือ ความสำเร็จในการรักษา ความสำเร็จในการรักษาทุกครั้งมีผลทำให้การรักษาแผนใหม่ได้รับความเชื่อถือจากผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังมีประสบการณ์ว่า ถ้าหากเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางพฤติกรรมหรือไม่ค่อยทราบสาเหตุที่ชัดเจน เช่นโรคจิต โรคประสาทแล้ว การรักษาแผนไทยหรือการรักษาตนเองได้ผลมากกว่ารักษาแบบแผนปัจจุบัน

1.2.6. ทฤษฎีการเลือกอย่างมีเหตุผล (Rational Choice Theory)

ทฤษฎีการเลือกอย่างมีเหตุผลสนใจการเลือกอย่างตั้งใจของบุคคล โดยมองว่า มนุษย์ต่างเลือกประเพณี ปฏิบัติ หรือตัดสินใจในทางที่จะให้ความพึงพอใจสูงสุดแก่ตน ซึ่ง ชไนเดอร์ (Schneider. 1974 : 42) ได้อธิบายว่า มนุษย์ในศตวรรษที่ 20 ไม่ได้พยายามที่จะให้ได้มาซึ่งสิ่งของอย่างเดียวกับที่คนอื่น ๆ หากแต่จะทำตามความชอบของตนให้ได้มาซึ่งสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมกับตัวเขามากที่สุด

การศึกษาถึงความมีเหตุผลในการเลือกของคน เอลสเตอร์ (Elster. 1986 : 12 - 22) อธิบายว่าให้ดูที่ความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจนั้นจะประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ระหว่างการทำกับความต้องการและความเชื่อหรือความรู้ของผู้กระทำโดยที่บุคคลเลือกที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าเป็นทางที่ดีที่สุดที่จะให้ผลตามที่ตนต้องการจากความเชื่อหรือความรู้ที่เขาสร้างขึ้นมาจากหลักฐานที่เขาได้มากที่สุดตามความปรารถนาของเขาเอง ในการนี้ทั้งความเชื่อหรือความรู้และความปรารถนา หรือความต้องการที่บุคคลนั้น ต้องมีความคงเส้นคงวาและเป็นเหตุเป็นผลกับการกระทำกล่าว คือบุคคลต้องไม่ทำตามความปรารถนาในลำดับรอง ๆ ลงมาหากว่าไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะทำเช่นนั้น

ฮินเดสส์ (Hindess. 1988 : 198) กล่าวว่าเราไม่อาจจะวิเคราะห์ความเชื่อความต้องการและความตั้งใจที่เชื่อมกันอยู่ภายในพฤติกรรมของมนุษย์โดยแยกออกเป็นส่วน ๆ ได้ และเราจะไม่เข้าใจถึงการเชื่อมโยงกันภายในได้ถ้าเราไม่มีข้อสันนิษฐานว่ามันมีเหตุผล นอกจากนี้เราจะไม่สามารถเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์โดยไม่วิเคราะห์ถึงความเชื่อ ความต้องการและความตั้งใจของผู้กระทำในลักษณะที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันและเชื่อมโยงสู่พฤติกรรมของคน ถ้าเราไม่มีข้อสันนิษฐานว่าพฤติกรรมนั้นมีเหตุผล ดังนั้น การทำความเข้าใจในเรื่องของมนุษย์จึงต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่ามนุษย์มีเหตุผล

ดังนั้นทฤษฎีการเลือกอย่างมีเหตุผลสามารถใช้อธิบายความคิดของการเลือกใช้บริการจากหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์และแพทย์สมัยใหม่ นั่นคือ ในการเลือกใช้แพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์คนไข้เหตุผลอะไรในการเลือก (ฐานะทาง-- เศรษฐกิจ / ความเชื่อ / ทัศนคติ / สังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น เป็นต้น และในการเลือกใช้บริการจากการแพทย์แผนปัจจุบันคนไข้เหตุผลอะไรในการเลือก รวมทั้งการเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคในระดับครัวเรือน

1.2.7. การดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาล มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

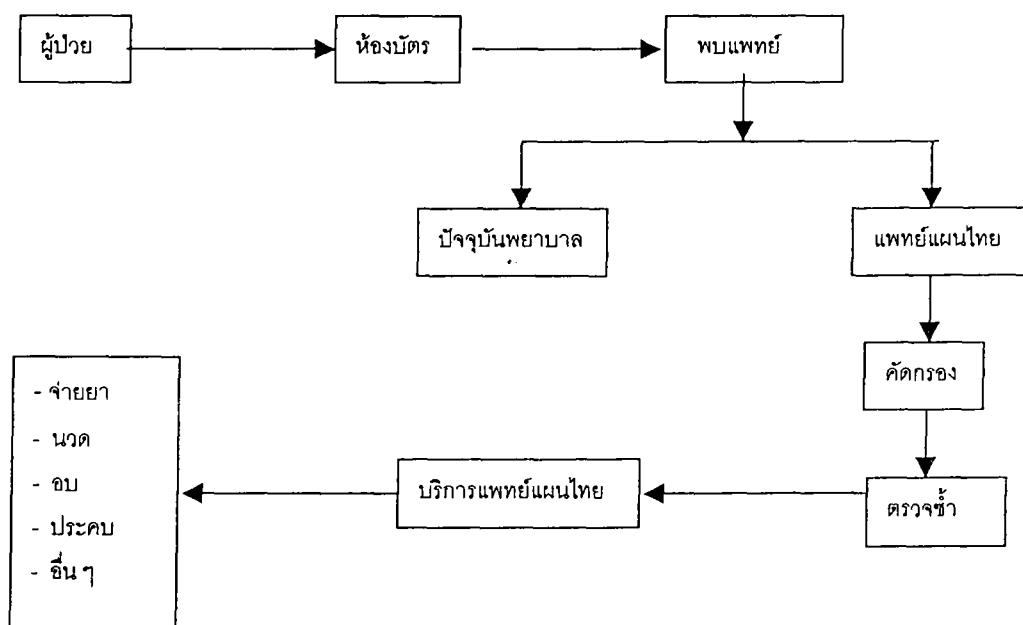
1. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลโรคตามสาขาวิชาการแพทย์ที่จำเป็น และการฟื้นฟูสภาพทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาทั้งทางกายและทางจิต รวมทั้งร่วมมือในการรักษาพยาบาลลักษณะหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่และรักษาพยาบาลในท้องที่ห่างไกลทางวิทยุ

2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การสุขศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุการป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติดและการสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งให้บริการควบคุมป้องกันโรคติดต่อต่างๆ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและสุขภาพตามแผนงานนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลและแก่ประชาชนในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการอื่นได้รับผิดชอบ

3. ให้บริการชั้นสูตรสาธารณสุขทั้งภายในโรงพยาบาลและแก่หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งภายในจังหวัด

4. ดำเนินงานทางด้านการศึกษาและฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การสาธารณสุขในระดับอุดมศึกษาหลังปริญญาและอาสาสมัครสาธารณสุขตามแผนของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและใช้เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานสมทบหลักสูตรศึกษา / อบรมเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ตามที่ได้รับมอบหมายรวมทั้งการจัดห้องสมุดให้มีตำราและเอกสารทางวิชาการไว้ให้เพียงพอแก่ความต้องการ

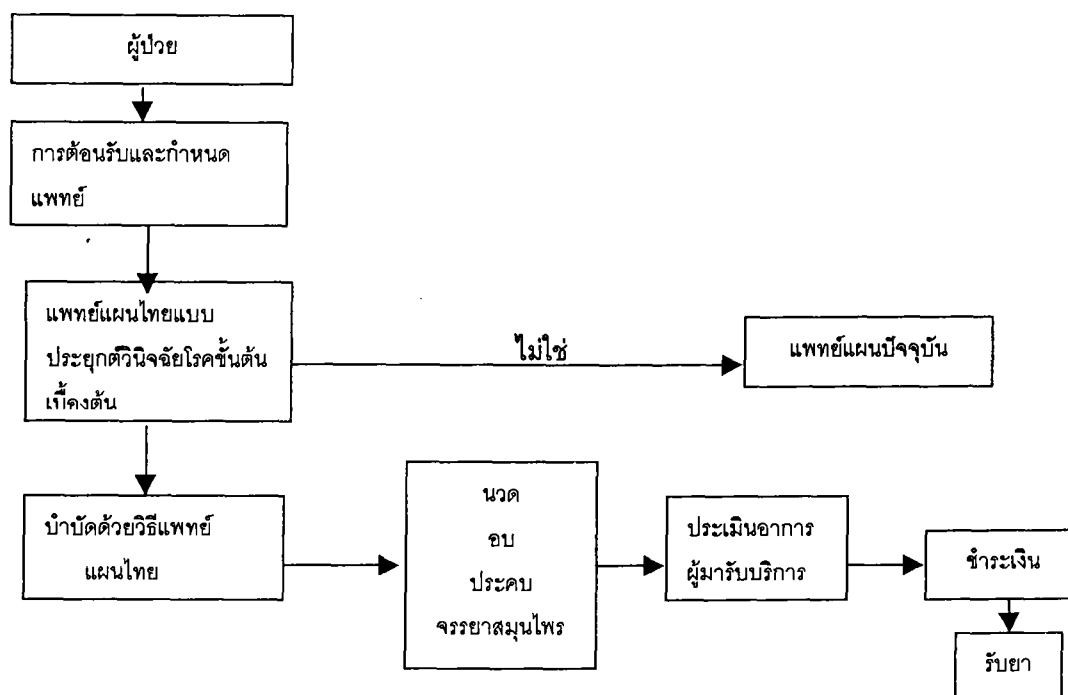
5. ศึกษาค้นคว้า วิจัยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขชุมชน
6. รวบรวมสถิติข้อมูลต่าง ๆ และจัดทำเป็นรายงานเสนอข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข
7. สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งในด้านบริการบริหารและวิชาการ
 - 7.1. ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์แก่โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย
 - 7.2. ให้บริการสนับสนุนด้านซ่อมแซมเครื่องมือเครื่องใช้และครุภัณฑ์การแพทย์แก่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในเขตรับผิดชอบ
 - 7.3. จัดดำเนินการ ตามระบบรับ – ส่ง ผู้ป่วยตรวจ หรือรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนรวมทั้งสถาบันการแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในจังหวัด
8. ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองและในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายและสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
9. ดำเนินงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายตามแผนการพัฒนาสาธารณสุข เช่น การดูแลสุขภาพประชาชนทางด้านการแพทย์แผนไทย เน้นการรักษาแบบองค์รวมและสอดคล้องวิถีชีวิตของคนไทยเพื่อการพึ่งตนเองทั้งในระบบองค์กรและชุมชนที่ได้มีการผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไปให้ประชาชนได้เลือกใช้บริการดูแลสุขภาพสุขภาพต่างกัน ซึ่งในปัจจุบันนี้ในโรงพยาบาลได้นำเอาการแพทย์แผนไทยมาให้บริการแก่ประชาชนสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ
 1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยผ่านการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบัน การบริการในลักษณะนี้ผู้ป่วยจะเข้ารับตรวจรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายแพทย์แผนปัจจุบันก่อนและเมื่อแพทย์ได้เข้าตรวจวินิจฉัยโรคพบว่า ความเจ็บป่วยนั้นสามารถรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังงานการแพทย์แผนไทย ในส่วนนี้ผู้ป่วยต้องยอมรับและยินดีที่จะรับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย (ดังภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2 แสดงรูปแบบการรับบริการการแพทย์แผนไทยผ่านการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบัน

ที่มา : เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ (2544) “ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วย ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ” การแพทย์แผนไทย 5 (5) : 4

2. ผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตนเอง การเข้ารับบริการในลักษณะนี้ ผู้ป่วยจะมาทำงานการแพทย์แผนไทย ซึ่งอาจจะมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความนิยมส่วนตัว การบอกต่อ อยากรทดลอง ฯลฯ ไม่ว่าจะมาด้วยสาเหตุใดก็ตาม ผู้ป่วยจะผ่านการคัดกรองจากแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ซึ่งหากตรวจพบว่าความเจ็บป่วยนั้น ไม่สามารถรักษาได้ด้วยแพทย์แผนไทย ก็จะต้องถูกส่งต่อไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษา (ดังภาพประกอบ 3)



ภาพประกอบ 3 แสดงรูปแบบการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง

ที่มา : เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ (2544) “ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วย ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ” *การแพทย์แผนไทย* 5 (5) ; 2544 : 5

1.3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

1.3.1. สภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาของสังคมไทยอย่างหนึ่งเพราะการแพทย์กับการมีชีวิตของมนุษย์เป็นของคู่กัน เนื่องด้วยร่างกายมนุษย์มีความเชื่อมโยงไปตามธรรมชาติจากโรคภัยไข้เจ็บ ตามพื้นฐานความเชื่อของสังคมชาวพุทธ มนุษย์เป็นสัตว์ที่ประเสริฐ การค้นหาที่มาของการเจ็บป่วย วิธีป้องกัน บำบัดรักษา บริบาลคนเจ็บไข้ในครอบครัวและชุมชนตามภูมิปัญญาของตนโดยผ่านการลองผิดลองถูกของหลายชั่วอายุคนสืบกันมาจนเกิดเป็นระบบการแพทย์ของไทย

ต่อมาความเจริญกับความเชื่อมโยงเป็นของคู่กันฉันใด การยอมรับและไม่ยอมรับในการรักษาโรคของการแพทย์ก็ฉันนั้น ดังเช่น เส้นทางของการแพทย์แผนไทยย่อมมีการเปลี่ยนแปลงดังจะเห็นได้จากในช่วงสมัยรัชกาลที่ 3 อารยธรรมตะวันตกโดยเฉพาะทางการแพทย์ได้แพร่

เข้าสู่ราชอาณาจักรไทยและอารยธรรมดังกล่าวมีการยอมรับมากขึ้นในรัชกาลที่ 4 จนถึงรัชกาลที่ 5 การแพทย์แผนไทยได้ลดบทบาทการบำบัดรักษาตามวิถีชีวิตไทยแต่โบราณจนพระองค์ทรงดำริว่าวิชาการแพทย์แผนไทยภายหน้าจะเสื่อมสูญไป จึงโปรดให้ประชุมแพทย์หลวง เป็นคณะกรรมการตรวจสอบชำระคัมภีร์แพทย์ทั้งมวลและได้แปล คัดลอกใหม่จากภาษาขอม มอญ จดบันทึกในสมุดไทยเก็บไว้ในคลังตำราหลวงข้างพระที่นั่ง เรียกว่า "เวชศาสตร์ฉบับหลวง" (เต๋นดาว ศิลปานนท์. 2542 : 102) และในที่สุดการแพทย์แผนไทยกลายเป็นหมอนอกระบบเมื่อพระราชบัญญัติการแพทย์ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ประกาศใช้ ในสมัยรัชกาลที่ 6 ความเสื่อมและการสูญเสียดังกล่าวจากการยอมรับของรัฐในวงการแพทย์แผนไทยเดิม มาถึงสมัยรัชกาลที่ 7 ได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ได้แบ่งผู้ทำการรักษาโรคออกเป็นแพทย์แผนปัจจุบันผู้ที่ผ่านการศึกษาที่มีหลักสูตรประกอบไปด้วยวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐาน กับแพทย์แผนโบราณ ซึ่งเล่าเรียนสืบทอดกันมา

จากร่องรอยของเหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ดังกล่าว การแพทย์แผนไทยเดิมมิได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยขาดการดูแลไม่น้อยกว่า 70 ปีมาแล้ว ส่งผลให้มีการวิวัฒนาการไปในทางเสื่อมถอยหรือผิดเพี้ยนไปจากเดิม ส่วนที่ยังดื้ออยู่ไม่ได้รับความสนใจหรือเห็นคุณค่า ทำให้เกิดการฟุ้งเฟื่องการแพทย์แผนตะวันตกมากขึ้นเรื่อย ๆ รัฐบาลชุดต่าง ๆ ในยุคนี้ ได้ตระหนักและเห็นคุณค่าทางมรดกการแพทย์แผนไทยเดิมจึงได้มีนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยขึ้น

1.3.2. แนวคิดและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

ตลอดระยะเวลา 3 ทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาประเทศมุ่งพัฒนาด้านเศรษฐกิจ โดยนำทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรมนุษย์มาใช้ขยายฐานการผลิต การประกอบอาชีพและการสร้างรายได้ ตัวชี้วัดจึงออกมาในลักษณะการวัดรายได้และมีข้อสรุปว่าสภาพชีวิตประชาชนดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัญหาซ่อนเร้นอยู่กับค่าใช้จ่ายของส่วนบุคคล โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง กระทั่งวงสาธารณสุข จึงได้หันมาทบทวนและฟื้นฟูแพทย์แผนไทยขึ้นอีกครั้งโดยมีแนวความคิดและทิศทางการพัฒนา ใน 4 ประเด็น คือ

1. ความจำเป็นในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วปัญหาการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ไม่ถูกต้องปัญหาคุณภาพของการบริการดูแลรักษาสุขภาพของระบบการแพทย์แผนไทย

2. ความสำคัญของการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขไทยได้เป็นที่พึงแก่ประชาชนที่ยากไร้ส่วนใหญ่ของประเทศยาแผนไทยเป็นสินค้าทางเศรษฐกิจที่มีศักยภาพในการ

ส่งออก ตลอดจนบุคลากรที่มีจำนวนมากกระจายอยู่ทั่วประเทศที่มีศักยภาพสูงมีประโยชน์ต่อการสาธารณสุขมูลฐาน

3. นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยพัฒนาองค์ความรู้และระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาการ ยกระดับมาตรฐานการผลิตยาและบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ มาตรฐานของสถานพยาบาล ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อลดอุปสรรคแต่เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนา

4. กลวิธีสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยพัฒนาแบบคู่ขนาน กล่าวคือ มีระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่และมีบทบาทในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2539 :32)

1.3.3. ขนาดของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นมรดกทางปัญญาของบรรพบุรุษไทยที่ทรงคุณค่ามหาศาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อของคนไทยอยู่มาก คนไทยในชนบทจำนวนมากไม่น้อยยังคงสืบทอดความรู้และการปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยมาโดยตลอด รัฐบาลมีนโยบายที่จะฟื้นฟูและอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไว้ให้เป็นประโยชน์ต่อลูกหลานไทย นโยบายจะประสบผลสำเร็จขึ้นกับทัศนคติและค่านิยมของคนในชาติ ซึ่งจะต้องรณรงค์ต่อเนื่องกันอีกยาวนาน เป้าหมายของนโยบายก็คือ ทำอย่างไรให้การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยให้ประชาชน มีความรู้และสามารถใช้สมุนไพรในการรักษาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ มีการบริโภคสมุนไพรเพื่อเสริมสุขภาพมากขึ้น หากต้องการซื้อยาสำเร็จรูปที่ผลิตจากสมุนไพรที่มียาที่มีคุณภาพไว้บริการ ทั้งยาแบบเดิม เช่น ยาลูกกลอน ยาตำรายาต่าง ๆ ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพมากขึ้น หรือ ยาที่มีการพัฒนารูปแบบให้สะดวกนำใช้ เช่น การใช้แคปซูล ดอกอัดเม็ด หรือสกัดสารบางอย่างจากสมุนไพรมาเตรียมยาในรูปขี้ผึ้ง ครีม จนกระทั่งการสกัดสารบริสุทธิ์มาผลิตในลักษณะยาแผนตะวันตก เมื่อเจ็บป่วยต้องพบแพทย์มีทางเลือกที่จะพบแพทย์แผนไทยซึ่งมีทั้งแพทย์แผนไทยทั่วไปและการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ล้วนมีการพัฒนาวิชาการ วิธีการรักษาจนมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้เพื่อต้อนรับเศรษฐกิจที่ดีต่อชาติบ้านเมืองไทยต่อไป

การจะบรรลุถึงเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยนั้นจะต้องผ่านการทุ่มเทแรงกาย แรงใจจากบุคคลต่าง ๆ ในชาติเป็นอย่างมาก เพื่อรวบรวมภูมิปัญญาด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหายไปโดยประสานและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับนักวิชาการซึ่งต้องทำการวิจัยรวบรวมจัดระบบข้อมูลให้อีกต่อการนำไปเผยแพร่ และต้องจัดการปรับปรุงด้านขบวนการส่งเสริมรวมทั้งกลไกของรัฐอื่น ๆ ที่ต้องร่วมมือกันแก้ไขกฎระเบียบและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาเมื่อเป็นดังนี้ภาพดังกล่าวก็จะสามารถปรากฏเป็นจริงขึ้นได้ (สมพร ภูติยานันท์. 2542 : 41 ; สถาบันการแพทย์แผนไทย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 62)

1.3.4. ระบบการแพทย์

การดูแลสุขภาพคนไทยเป็นแบบองค์รวม การแพทย์คนไทยไม่ได้แยกกายออกจากใจ จึงทำให้ยังสามารถดำรงอยู่ได้เพราะตอบสนองต่อความต้องการโดยสมบูรณ์และเป็น วัฒนธรรม เป็นการดูแลที่มองเห็น จับต้องได้เป็นรูปธรรม เช่น การนวด การอบ การประคบ การใช้สมุนไพร หรือวิถีชีวิตในการเกิด แก่ เจ็บ ตาย การเรียนรู้ของแพทย์แผนไทย เป็นประสบการณ์ตรง ที่มีการทดลองจนสามารถสรุปบันทึกเป็นองค์ความรู้ในตำราต่างๆ และมีการตกผลึกจนสามารถสืบทอดต่อกันมาได้ใน การนวดไทย ที่กลายมาเป็นถาษัตถ์ติดตน ที่มีชื่อเสียงของไทย

ปรีชา อุปโยคิน (2533 : 19-21) กล่าวว่า ระบบการแพทย์ในทางมานุษยวิทยามีความหมายที่กว้าง โดยทั่ว ๆ ไปแล้วทุกวัฒนธรรมจะมีสถาบันหลัก ๆ ที่ทำหน้าที่สัมพันธ์กับส่วนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อความยืนยาวมั่นคงที่จะตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของมวลสมาชิก ตัวอย่าง เช่น ในเรื่องความเชื่อทางศาสนาหรือไสยศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันจะมีระบบความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยที่สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อด้านเวทมนต์คาถา การถูกขู่ว่าหรือคุณไสย หรือความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคก็จะสัมพันธ์กับการรักษา ซึ่งก็เป็นผลสะท้อนของสถาบันทางสังคมที่จะทำหน้าที่บำบัด บัดเป่าโรคภัยที่มาเบียดเบียนให้หมดไป ระบบการแพทย์ก็เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนทางวัฒนธรรมซึ่งบางครั้งสะท้อนถึงกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับอำนาจไม่ว่าจะเป็นด้านศาสนา เศรษฐกิจ การเมืองที่กำหนดแบบแผนทางความคิด ที่บรรดาสมาชิกต่างก็ยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องที่จะใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน ขจัด และบำบัดรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพของตนเองให้มีสภาพสมบูรณ์ตามปกติ ระบบการแพทย์ในความหมายดังกล่าวนี้จึงไม่เจาะจงจะอธิบายเฉพาะระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ แต่จะหมายถึงประเด็นทางการแพทย์ที่มีการเรียนรู้ ถ่ายทอดสืบทอดมาความรู้ทางแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยการแพทย์ทางชีวภาพ และการแพทย์แบบพื้นบ้าน

สุภาพร อาษากิจ (2538 : 8-10) กล่าวว่า ในสังคมมนุษย์ มนุษย์ได้พยายามเยียวยารักษาความเจ็บป่วยมาโดยตลอด ความพยายามเหล่านี้เป็นการสนองความต้องการของมนุษย์ 2 ประการ คือ

1. ความต้องการทางชีวภาพ ได้แก่ การบำบัดโรค เป็นต้น
2. ความต้องการทางจิตวิทยาสังคม ซึ่งได้แก่ การบำบัดความเจ็บป่วย เป็นต้น

โดยความต้องการเหล่านี้ มิได้เป็นการกระทำซึ่งวางอยู่บนพื้นฐานของหลักเหตุผลและความรู้สึกเท่านั้น กล่าวคือ มิใช่รักษาผู้ป่วยเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังประโยชน์แก่สังคมหรือบุคคลรอบข้างอีกด้วย เพราะการที่บุคคลเกิดความเจ็บป่วยย่อมหมายถึงภาระและปัญหาต่าง ๆ ที่ครอบครัวและสังคมจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิมเพราะผลของโรค / ความเจ็บ

ป่วยมิใช่เป็นเพียงปัญหาทางชีววิทยาเท่านั้น แต่มีผลทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย ผลผลิตของการเผชิญปัญหาได้ก่อให้เกิดเป็นสถาบันทางสังคมมีการสั่งสมเป็นแนวคิด ทฤษฎีที่ว่าด้วยสาเหตุและวิธีการแก้ไขความเจ็บป่วยตลอดทั้งเกิดการพัฒนาเทคนิควิธีการปรับทางสังคม และวัฒนธรรม เหล่านี้คือ สิ่งที่เราเรียกว่าระบบการแพทย์

ระบบการแพทย์เป็นองค์ความรู้อันซับซ้อนของความเชื่อ เทคนิควิธีการ บทบาท ปทัสถาน ค่านิยม อุดมการณ์ ทศนคติ ประเพณี และสัญลักษณ์ซึ่งสัมพันธ์และเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมถึงองค์รวมของความรู้ ความเชื่อ ความสามารถ และการปฏิบัติทางสุขภาพของสมาชิกในสังคมทุกกลุ่มและครอบคลุมทั้งการปฏิบัติในทางการแพทย์และไม่ใชทางการแพทย์ ครอบคลุมทั้งสถาบันในระบบและนอกระบบ รวมทั้งการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพ ฟอสเตอร์ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข 2534 : 17 อ้างอิงจาก Foster 1978 : 34) ด้วยเหตุนี้ระบบการแพทย์จึงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ปรากฏออกมาให้เห็นทั้งนามธรรมและรูปธรรม สะท้อนแบบแผน ค่านิยมทางสังคมและวิวัฒนาการทางวัฒนธรรมและการปฏิบัติอันสะท้อนถึงระบบวัฒนธรรมรวมตลอดถึงบทบาทโครงสร้างหน้าที่ความสัมพันธ์ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงระบบสังคม มองในแง่นี้อาจกล่าวได้ว่าแนวความคิดเรื่องระบบการแพทย์สะท้อนการใช้แ่งมุมของสังคมวัฒนธรรมอย่างแท้จริงเพราะระบบการแพทย์เป็นระบบย่อย ของสังคมวัฒนธรรมใหญ่ การเป็นระบบวัฒนธรรมจึงหมายถึงการจัดรวมเข้าอย่างเป็นระบบของแนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติตามปทัสถานของสังคมซึ่งอีกนัยหนึ่งก็คือ วิธีการรับรู้และแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งแฝงอยู่ในขนบธรรมเนียมของสังคมในฐานะระบบสังคม ระบบการแพทย์ทำหน้าที่ให้ความหมายและรูปลักษณะกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย

ปรีชา อุปโยคิน (2533 : 16) กล่าวว่า การที่นักมานุษยวิทยาสนใจศึกษาระบบการแพทย์ ก็เพราะเป็นระบบย่อยอันหนึ่งของระบบวัฒนธรรม เช่นเดียวกับระบบครอบครัว ระบบศาสนา ระบบเศรษฐกิจ และระบบการเมืองการปกครอง ทุก ๆ วัฒนธรรมความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลได้ใช้ประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาในอดีต มาเป็นแนวทางการบำบัดรักษา เพราะฉะนั้น ในแต่ละสังคมที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค การจัดจำแนกชนิดความเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการบำบัดรักษา จึงมีความแตกต่างกัน

เมื่อก้าวโดยรวม ๆ แล้ว ระบบการแพทย์ ก็คือ แบบแผนทางความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่จะต้องคิดขึ้นแก่บุคคลไม่ว่าเวลาใดก็เวลาหนึ่ง และก็เป็นผลรวมของการจัดระเบียบทางโครงสร้างของสังคมเทคโนโลยี และบุคลากรต่าง ๆ ที่จะทำหน้าที่ในการบำบัดรักษาผู้เจ็บป่วย ขณะเดียวกันการปฏิบัติที่ต่อเนื่องก็จะทำหน้าที่ดำรงไว้ในระบบการแพทย์นั้น ๆ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับ

สาเหตุความเจ็บป่วย 2) วิธีการรักษาพยาบาล 3) ผู้ให้บริการ 4) ผู้รับบริการ โดยที่หมอผู้รักษาจะต้องมีระบบวิธีคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาทั้งหมด ผู้รักษาต้องรู้จักผู้ป่วยว่ามีพื้นฐานการดำเนินชีวิตในครอบครัวอย่างไร การอธิบายก็จะอธิบายทั้งหมดอย่างเชื่อมโยง มิใช่อธิบายเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งหรือแยกส่วน(เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2534 : 17-18 ; เบญจา ยอดดำเนิน. 2536 : 137-138 ; ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ. 2540 : 11-12)

สำหรับสังคมไทยปัจจุบันเราอาจถือได้ว่า ระบบการแพทย์ในสังคมไทยมีลักษณะเป็นระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ และระบบการแพทย์ที่มีอิทธิพลมากที่สุดขณะนี้

1.3.5. ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ

ในสังคมทั่วไปโดยเฉพาะในชนบท การให้บริการรักษาพยาบาลจะมีอยู่หลายลักษณะหลายรูปแบบ คือ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทยและการรักษาเชิงไสยศาสตร์ จากการศึกษาวิจัยพบว่า การเลือกใช้บริการขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมี 2 สาเหตุคือ อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน หรือคนต่างกลุ่มต่างเหล่ากันจะเลือกใช้บริการรักษาต่างกัน โดยอาจมีเหตุผลย่อยอื่น ๆ เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ เพราะการบริการของการแพทย์สมัยใหม่มีราคาสูง คนบางกลุ่มไม่สามารถใช้บริการได้ ตลอดจนความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม ความรู้ความเข้าใจล้วนมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการแบบใดแบบหนึ่งหรือผสมผสานทั้งสองรูปแบบ ซึ่งนักวิจัยหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่า ถ้าเป็นกรณีเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในขั้นวิกฤต ประชาชนจะเลือกใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนโรคอื่นที่ไม่รุนแรงก็ใช้ยาพื้นบ้าน (เบญจา ยอดดำเนินและคณะ. 2529 : 28 - 31)

โดยที่พฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคล มีลักษณะที่เป็นขั้นตอน (Stage of illness) มีการเคลื่อนไหวอย่างมีระดับขึ้นซึ่งเป็นไปตามกระบวนการตัดสินใจในเรื่องการประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย การวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค การพิจารณาเลือกแหล่งรักษาที่เหมาะสม การประเมินผล ซึ่งในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ เหล่านี้ บุคคล ครอบครัว ญาติพี่น้องเพื่อนบ้านและสังคมที่แวดล้อมล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทั้งสิ้น (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ. 2530 : 58)

การดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบพร้อมกัน สะท้อนถึงความซับซ้อนทางวัฒนธรรมในเรื่องระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและวิธีการรักษาของสังคม กล่าวได้ว่าธรรมชาติของระบบการแพทย์ ในทุกสังคมและของโลกทั้งหมดมีความเป็นพหุลักษณะ (Pluralistic) (ลือชัย ศรีเงินยวงและปรีชา อุปโยคิน. 2533 : 66 ; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2534 : 16-17)

แนวคิดเกี่ยวกับพหุลักษณะของระบบแพทย์ จึงมีความสำคัญทางวิชาการมากขึ้น เมื่อการแพทย์แผนตะวันตก ได้รับความนิยม และแผ่ขยายอิทธิพลไปยังภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก

ประสิทธิภาพที่เหนือกว่าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญทำให้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ได้รับความเชื่อมั่นว่า จะเป็นระบบการแพทย์ที่สำคัญที่สุด ทั้งในประเทศตะวันตกและประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย การพยายามที่จะประยุกต์เอาความรู้และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนการจัดรูปองค์กรการให้บริการทางการแพทย์แบบใหม่ ทำให้เกิดแนวทัศน์ขึ้นใหม่ว่าระบบการแพทย์ หมายถึง เพียงแต่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ประกอบขึ้นด้วย สถาบันโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล สมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกิจกรรมการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการต่าง ๆ ระบบการเฝ้าระวังรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมเป็นส่วนที่อยู่นอกระบบการแพทย์ ซึ่งหากไม่ถูกละเลยก็มักจะถือว่าเป็นการแพทย์เถื่อน หรือแบบไสยศาสตร์ ขาดความถูกต้องทางวิชาการ ความพยายามที่จะขยายขอบเขต และปรับปรุงคุณภาพการบริการของการแพทย์ในระบบที่มีความหมายเฉพาะการแพทย์แผนใหม่ ทำให้เกิดการปิดกั้นหรือ ควบคุมการแพทย์นอกระบบ เหล่านั้นอย่างเข้มงวด จากการที่ระบบสุขภาพของแต่ละสังคมมีความหลากหลายมาก ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยก็มีวิวัฒนาการประกอบกับความต้องการด้านการแพทย์ของประชาชนที่มีหลายระดับ ดังนั้นระบบการแพทย์เพียงระบบเดียวจึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางการแพทย์และความต้องการของ ประชาชน ได้อย่างสมบูรณ์ (ทอง บุญยศ. 2535 : บทนำ ; ธารา อ่อนชมจันทร์. 2536 : 5-6)

การเป็นระบบวัฒนธรรมทำให้ระบบการแพทย์เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เสื่อมสลายหรือพัฒนาการกว้างขวางขึ้น ทั้งจากกระบวนการของการผสมผสาน การหยิบยืม ตลอดจนด้วยอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอื่น ๆ ในสังคมนักมานุษยวิทยาการแพทย์ตะวันตก เช่น ได้จำแนกให้เห็นว่า หากพิจารณาเงื่อนไขทางภูมิศาสตร์และทางวัฒนธรรม ระบบการแพทย์สามารถจำแนกได้ 3 ประเภท คือ ระบบการแพทย์ท้องถิ่น ระบบการแพทย์ภูมิภาค และระบบการแพทย์สากล ซึ่งหมายถึง การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์หรือ การแพทย์แบบตะวันตก ความแตกต่างของระบบการแพทย์ทั้ง 3 ประเภทนั้น 2 ประเภทแรกมีลักษณะเป็นวัฒนธรรมและภูมิปัญญาดั้งเดิมของท้องถิ่น โดยการแพทย์ท้องถิ่นจะมีลักษณะของการเป็น การแพทย์แบบชาวบ้าน (Popular) ไม่มีลักษณะเป็นวิชาการชั้นสูง ส่วนการแพทย์แบบสากลนั้นมีความแพร่หลายไปทั่วโลกและมีลักษณะความเป็นวิชาการชั้นสูงมากที่สุด (ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน. 2533 : 66)

2. การแพทย์แผนไทย

แนวความคิดของภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยศาสตร์องค์ความรู้ 3 หมวด คือ ปรัชญา ศาสนาและวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาโรคความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิมสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยและวิถีชีวิตแบบไทย ประกอบด้วยการใช้สมุนไพรหัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้พุทธศาสนาหรือพิธีกรรมเพื่อดูแล รักษาสุขภาพจิต

การคลอด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิมและธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสมและเรียนรู้จากประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เช่น การบอกเล่า สังเกต การบันทึกและการศึกษาผ่านสถาบันการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2540:4) ในสมัยก่อนจะรู้ละเอียดมากเพราะประสบการณ์จริงและมีการทดลองจนกระทั่งได้ผลจึงจะมาประมวลความรู้และมีการถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรม

2.1. หลักการและแนวคิดของทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย

ในทางมานุษยวิทยาการแพทย์ ซึ่งเป็นสาขาวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมทางการแพทย์และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในวัฒนธรรมต่าง ๆ นั้น มีแนวคิดหนึ่งที่สำคัญเรียกว่า (เวชกรรมชาติพันธุ์) หมายถึง ความเชื่อและวิถีปฏิบัติที่สัมพันธ์กับโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งอันเป็นผลมาจากการพัฒนาวัฒนธรรมพื้นบ้านโดยมิได้มีเค้าโครงความคิดมาจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์ ในลักษณะนี้คือการแพทย์พื้นบ้านที่มีความเชื่อและถือปฏิบัติกันมายาวนานกลมกลืนกับวัฒนธรรมเป็นวิถีชีวิตเฉพาะพื้นที่จนได้รับการยอมรับเป็นแพทย์ประจำชนชาติเป็นเอกลักษณ์บ่งบอกถึงชาติพันธุ์นั้นๆ ซึ่งไม่สามารถอธิบายโดยกรอบความคิดของการแพทย์สมัยใหม่ได้ ฟอสเตอร์ แอนเดอร์สัน (Foster and Anderson. 1978 : 5)

1. แนวคิดของทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย ในสังคมไทยถือว่าโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมทางการแพทย์หรือการรักษาความเจ็บป่วยเป็นเรื่องสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย จนถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต เป็นเรื่องของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประชาชนอย่างแน่นแฟ้นและมีการสืบต่อกันจนถึงปัจจุบันโดยผ่านประสบการณ์ของชุมชนในการแสวงหายาฆาตลองรักษาโรค อาจจะเป็นตำรายาของครอบครัวนั้นๆ หรือจากตำราอื่นๆ ในหมู่บ้านแล้วช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องของความเจ็บป่วยซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญที่สุดของชาวชนบท สามารถกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าการแพทย์แผนไทยสืบทอดมาจากการแพทย์พื้นบ้านหลายทอดจนพัฒนาเป็นระบบขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ระบบย่อย เบอร์ดันและ เซน เวิน ไชห์ (Burton and Ch'en Wen – Chieh. 1983 : 5) ดังนี้

1.1. การแพทย์แบบเหนือธรรมชาติ เป็นระบบหนึ่งซึ่งเชื่อว่า ความเจ็บป่วยมีสาเหตุจากการกระทำ โดยอำนาจเหนือธรรมชาติ (เทวดาหรือพระเจ้า) การกระทำของมนุษย์ (ผี วิญญาณบรรพบุรุษหรือวิญญาณชั่วร้าย) หรือการกระทำของมนุษย์ (แม่มด พ่อมด) ผู้ที่เจ็บป่วยหรือผู้ที่ถูกลงโทษคือเหยื่อด้วยเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเฉพาะ

1.2. การแพทย์แบบธรรมชาติ การอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยในระบบนี้จะไม่ใช่เรื่องของบุคคล แต่เป็นการอธิบายความสมดุล โดยกล่าวว่าร่างกายของคนจะปกติถ้าส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ธาตุ ความร้อน ความเย็น หรือ หยินและหยาง อยู่ในสภาพที่สมดุลกับอายุและเงื่อนไขของแต่ละบุคคลตามสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสังคมของคน ๆ นั้น

แต่เมื่อความสมดุลถูกทำลายก็จะเกิดความเจ็บป่วยขึ้นในสังคมไทยถือว่าการแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบธรรมชาติมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยที่เป็นชาวพุทธ การดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย ล้วนเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนาทั้งสิ้น โดยอาศัยแนวคิดหรือหลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นหลัก ซึ่งกล่าวว่าสรรพสิ่งในธรรมชาติประกอบกันขึ้นด้วยธาตุทั้ง 4 อันได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟมารวมกัน ความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในธรรมชาติ เช่น พายุ ฝนฟ้าคะนอง น้ำท่วม ภัยแล้ง หรือแผ่นดินไหว ล้วนแต่มีพื้นฐานมาจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 ที่ประกอบเป็นโลกกระทำอันตรกิริยาต่อกัน สรรพสิ่งในโลกที่มีคุณสมบัติต่าง ๆ กัน เช่น แข็ง อ่อน ร้อน เย็น ไม่เหมือนกันนั้น เป็นเพราะประกอบด้วยธาตุอันเป็นองค์ประกอบขึ้นพื้นฐานที่มีสัดส่วนผิดแผกแตกต่างกันไปอันถือเป็นธาตุภายนอกส่วนร่างกายของมนุษย์เราเช่นกันที่ประกอบไปด้วยธาตุทั้ง 4 ซึ่งถือว่าเป็นธาตุภายใน คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ค้ำกันเป็นร่างกายของมนุษย์ ธาตุเหล่านี้มีคุณสมบัติและมีบทบาทที่แตกต่างกัน และทำหน้าที่สัมพันธ์กันเป็นร่างกายของมนุษย์ แนวคิดเรื่องธาตุจึงถือว่าสุขภาพดีเกิดขึ้นจากการมีธาตุทั้ง 4 ที่สมดุลกัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2535 : 9 ; มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ฯ อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ). 2539 : 110 - 121)

จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในแนวทางการแพทย์แผนไทยยึดหลักการความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ที่อยู่ภายในร่างกาย ซึ่งองค์ประกอบของธาตุทั้ง 4 มิได้แยกกันตามธาตุใดธาตุหนึ่งโดยเฉพาะหากมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันตลอดเวลา ความสัมพันธ์อันสมดุลนี้ยังมีปัจจัยแห่งกาลเวลาของรอบนักษัตรเข้ามามีอิทธิพลตามช่วงเวลาแห่งการหมุนเวียนในรอบปี เมื่อใดก็ตามที่เกิดการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 หรือได้รับการกระทบจากองค์ประกอบภายนอกในช่วงเวลาที่บุคคลมีจุดอ่อนของธาตุเจ้าเรือน แนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็จะเป็นไปได้โดยง่ายในช่วงเวลานั้น ๆ การดูแลรักษาตามแบบการแพทย์แผนไทยมีขั้นตอนการรักษาที่แตกต่างกันไปอันประกอบด้วยการใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นเป็นยาลูกกลอน) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้พุทธศาสนาหรือพิธีกรรมเพื่อดูแลรักษาสุขภาพจิต การคลอต การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิม และ ธรรมชาติบำบัดทั้งนี้เพื่อให้เกิดสมดุลแห่งสุขภาพ ซึ่งในคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ฯ อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ). 2535 : 1 - 17)

2. หลักการและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

หลักการวินิจฉัยโรคตามสมุฏฐานที่กล่าวไว้ในคำภีร์นำมาเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติจริง ๆ ต้องศึกษาให้มีความรู้ความชำนาญและความช่างสังเกตประกอบกันซึ่งวิธีการวินิจฉัยโรคนี้เป็นการยากที่จะวางแผนเป็นการตายตัวลงไปได้ทั้งหมด แต่สามารถสรุปหลักใหญ่ในการวินิจฉัยโรคได้อยู่ 4 ประการดังนี้

1. การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ชื่อ นามสกุล ตำบลที่อยู่ ที่เกิด สัญชาติ อายุ อาชีพ ความประพฤติก่อนโรครวมถึง โรคที่เคยเป็น ครอบครัวที่ใกล้ชิด สำหรับใช้ในการวิเคราะห์เฝ้าพันธุ์อันเป็นหนทางให้โรคติดต่อถึงกันได้

2. การซักประวัติโรคในอดีตและปัจจุบัน เช่น วันเวลาที่เริ่มป่วย มีอาการอย่างไร อาการในระยะต่อมา การรักษาพยาบาล อาการผันแปรที่เปลี่ยนไปในแต่ละวัน ขณะตรวจมีอาการสำคัญอย่างไร

3. การตรวจร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เช่น ตรวจดูลักษณะ รูปร่าง ผิวพรรณ กำลังสติปัญญา อารมณ์ ทุกซ์เวทนา ตรวจการหายใจ ตรวจอวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ตับ ปอด ม้าม ลิ้น ตา ฯลฯ ตรวจเหงื่อและส่วนที่พิการซึ่งแลเห็น เป็นต้น

4. การตรวจและการซักถามอาการ เช่น วัดปรอทดูความร้อน ตรวจ ชีพจร อุจจาระ ปัสสาวะ (ถามและตรวจ) ฯลฯ การบริโภคอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึก ภายในและภายนอก ในปากและในคอ เป็นต้น

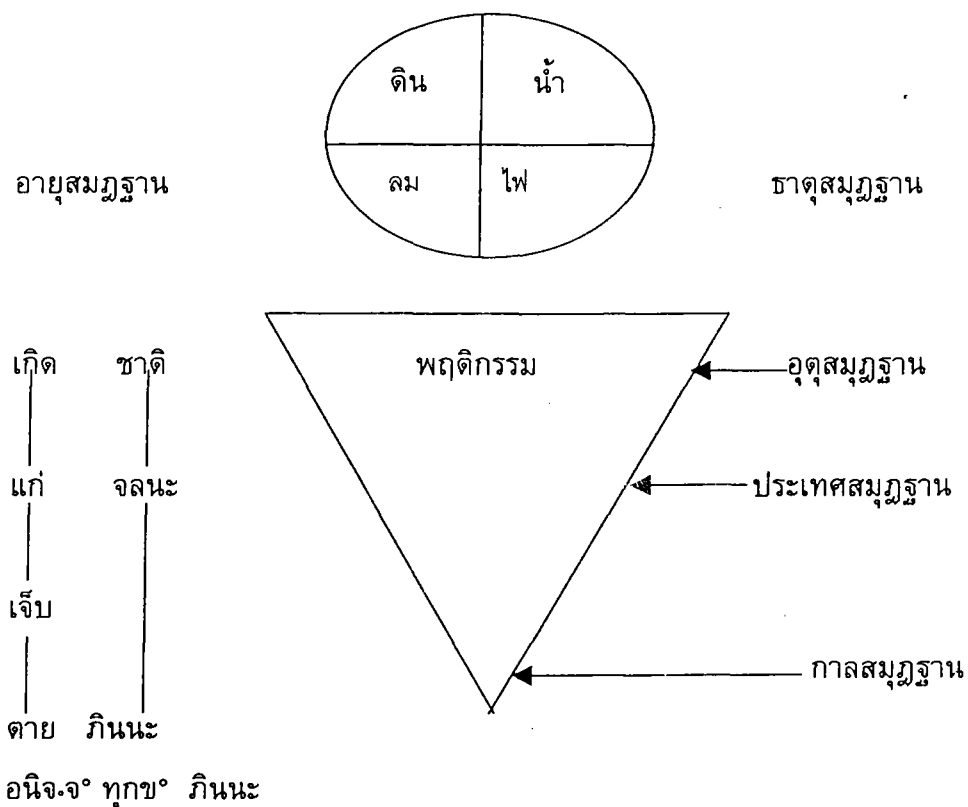
หลักการวินิจฉัยโรคที่กล่าวข้างต้น ไม่จำเป็นจะต้องตรวจผู้ป่วยทุกรายตามหลักการทุกข้อ ย่อมสุดแต่แต่เหตุผลของความเจ็บป่วยที่ปรากฏและขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ตามสมควร

3. วิธีการรักษาตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

วิธีการรักษาตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละคนวิธีการรักษาโดยทั่วมักจะใช้ยาสมุนไพรเป็นหลักในการรักษาจากอาการของผู้ป่วยแล้วจึงให้ยาตามอาการนั้น ๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้ว่าตัวยามีสรรพคุณในการรักษาโรคได้อย่างไร สรรพคุณของยาสมุนไพรแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับรสของยาสมุนไพร รสยาแต่ละรสจะมีสรรพคุณในการรักษาโรคที่ต่างกัน

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้อธิบายลักษณะต่าง ๆ ถึงสาเหตุของการเกิดโรค พฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดโรครวมทั้งได้อธิบายหลักการในการวินิจฉัยโรคและวิธีการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรที่รสยาแตกต่างกันตามอาการของโรคตามวัยของผู้ป่วยอย่างละเอียดนับตั้งแต่ลิ้มตามองโลกมนุษย์จนถึงสิ้นอายุไข มนุษย์ต้องปรับตัวเข้าแล้วเข้าเล่าเพื่อให้ร่างกายสมดุลซึ่งเป็นไปตามกฎแห่งพระไตรลักษณ์ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา สิ่งที่กระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมแต่วิธีการที่จะทำให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุขจึงต้องมีวิชาการแพทย์เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา พอสรุปได้ดังนี้ (ภาพประกอบ 4)

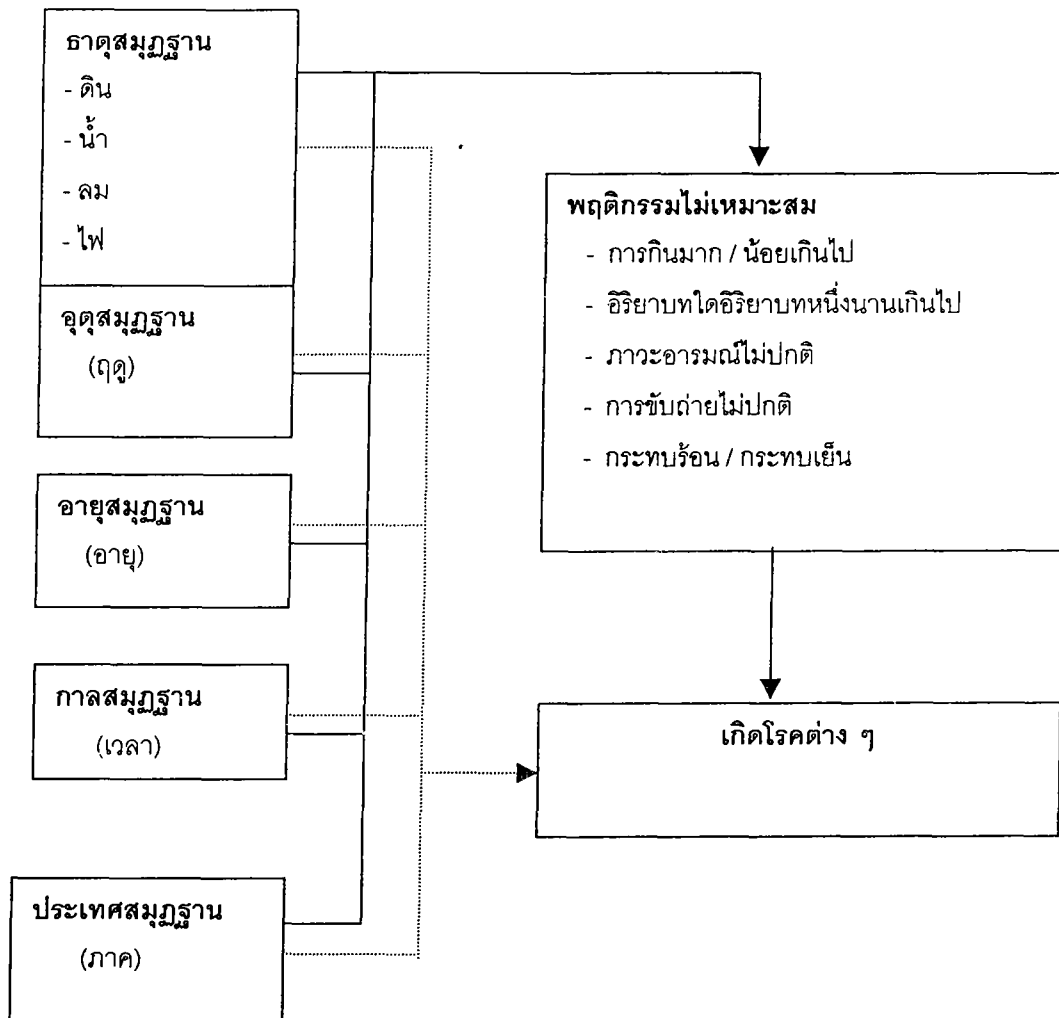
สมดุลงแห่งสุขภาพ
ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย



ภาพประกอบ 4 ภาพแสดงการเสียสมดุลก่อให้เกิดความเจ็บป่วย

ที่มา : สาเหตุการเกิดโรค. การแพทย์แผนไทยการแพทย์แบบองค์รวม. (2539 : 54)

จากแนวคิดเรื่องสมดุลงแห่งสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สามารถอธิบายการเกิดโรคได้คือ มนุษย์เราประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ซึ่งถือว่าเป็นธาตุภายในได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลมและธาตุไฟเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน ธาตุเหล่านี้มีคุณสมบัติที่แตกต่างและทำหน้าที่รักษาความสมดุลของร่างกาย ดังนั้น ธาตุภายในเกิดการเสียสมดุลหรือแปรปรวนไปไม่ว่าจากธาตุภายในเองหรือปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ฤดูกาล อายุ ช่วงเวลาในแต่ละวัน ถิ่นฐานที่เกิดตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ทั้งสิ้น ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 แสดงแนวคิดทฤษฎีและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค 8 ประการ

2.2. การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

การแพทย์แผนไทย เป็นมรดกทางภูมิปัญญาและวัฒนธรรมอันล้ำค่าจากบรรพบุรุษไทย ที่ได้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนมานานนับพันปี แต่ก็ได้เสื่อมความนิยมลงไปกว่าร้อยปีที่ผ่านมา ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้กลับมาเป็นที่ยอมรับของประชาชนในยุคปัจจุบันได้นั้น กลวิธีที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทยให้กว้างขวางมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้โดยสะดวกและให้บริการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการยอมรับและหันกลับมาใช้บริการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยมากขึ้นแต่เนื่องจากปัจจุบันได้มีความก้าวหน้า

ไปมากทั้งในด้านการพัฒนาทางวิชาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้การนำการแพทย์แผนไทยกลับมาใช้ประโยชน์ในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องมีการปรับหรือประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย.ม.ป.ป : 4)

ต่อมาได้มีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยขึ้นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ซึ่งได้จัดให้มีการสอนและถ่ายทอดภูมิปัญญาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยโดยนำมาบูรณาการกับการรักษาแบบตะวันตกเพื่อผลิตแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ที่มีความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มีความเข้าใจเรื่องร่างกายและกลไกของยารักษาโรคตลอดจนช่วยวินิจฉัยโรคให้เกิดความแม่นยำเรียกว่า แพทย์อายุรเวท หรือ ตามกฎหมายเรียกว่า แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ (อวย เกตุสิงห์. 2532 : 61)

การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์นี้ มีกำหนดจากบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นมรดกอันมีค่าของไทย โดยมีท่านศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ และศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นผู้ต้นคิดแพทย์แผนไทยที่เคยได้รับหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนไทยมาเป็นเวลานานด้วยความสำเร็จอย่างดีทำให้ชาวไทยมีสุขภาพดีและสามารถยืนหยัดรักษาเอกราชของชาติมาจนทุกวันนี้แต่เมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามาแทนที่ ทำให้การแพทย์แผนไทยตกต่ำและถูกทอดทิ้งมาป็นเวลาร่วมร้อยปีหากเราจะพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพดีเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปก็จะต้องทำให้การแพทย์แผนไทยของเราเป็นการแพทย์ทางเลือกอีกทางหนึ่งทั้งจะเป็นการเพิ่มบุคลากรสาธารณสุขสำหรับช่วยบริการประชาชนให้มีสุขภาพดีโดยทั่วถึงยิ่งขึ้น รัฐบาลก็จะประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากเพราะแพทย์แผนไทยเรียกโรครักษาจำง่ายและใช้ยาสมุนไพรซึ่งไม่ต้องสั่งเข้ามาจาก ต่างประเทศที่ผ่านมา ประเทศไทยเสียเงินค่ายาจากต่างประเทศปีละกว่าหมื่นล้านบาทถ้าประหยัดได้เพียงร้อยละ 10 ก็ยังเป็นเงินถึงพันล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่นับรวมถึงค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพงที่ใช้ในการตรวจ การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและการรักษาซึ่งมีมูลค่ามหาศาลอีกเช่นกัน

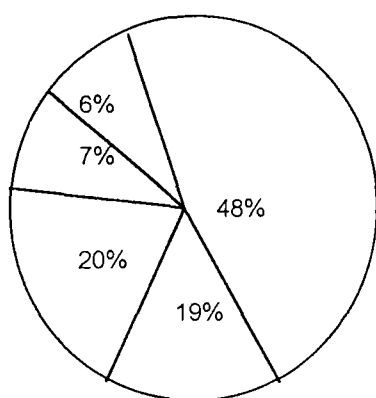
การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ได้ใช้หลักในการกำหนดหลักสูตร 3 ประการ คือ

1. ใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อเป็นรากฐานความรู้ ซึ่งจะทำให้สามารถอธิบายสาเหตุของโรคได้ดีขึ้น
2. วิชาการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเปรียบเทียบ ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำขึ้น และใช้เป็นแบบอย่างในการพัฒนา
3. วิชาแพทย์แผนไทยเดิม (โบราณ) เพื่อเป็นหลักในการปฏิบัติรักษา

นักศึกษาที่จะเข้าศึกษาที่โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัยฯ(ชีวโกมารภัจจ์)ต้องจบชั้น ม. 6 หรือเทียบเท่าเพื่อจะได้มีพื้นฐานเพียงพอที่จะรับความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์พฤกษศาสตร์การแพทย์และการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่จบการศึกษามีศักยภาพในการพัฒนาการแพทย์ไทยเดิมจะต้องใช้เวลาเรียน 3ปีท่านศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์

และคณะ ได้กำหนดวิชาที่แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ที่ต้องรู้และควรรู้ไว้ รวมแล้วเป็นจำนวน ถึง 159 หน่วยกิต ตามสัดส่วน ดังนี้

1. วิชาพื้นฐาน 44 หน่วยกิต
2. วิชาชีพ 96 หน่วยกิต
3. วิชาประกอบ 19 หน่วยกิต



การสาธารณสุขทั่วไป	6 %
การแพทย์ไทยเดิม	48 %
วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน	20 %
การแพทย์แผนปัจจุบันขั้นพื้นฐาน	19 %
วิชาประกอบ	7 %

ภาพประกอบ 6 สัดส่วนของรายวิชาหลักสูตรวิชาแพทย์อายุเวท (แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์)

ที่มา : เอกสารหลักสูตรวิชาแพทย์อายุเวท (แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ พ.ศ. 2525 –2539)

1. วัตถุประสงค์

หลักสูตรวิชาแพทย์อายุเวท (แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์) มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตแพทย์ให้มีคุณสมบัติและความสามารถดังนี้

- 1.1. มีความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน ศิลปศาสตร์ และมีทัศนคติที่จะสามารถส่งเสริมสุขภาพและอนามัยของประชาชนได้
- 1.2. มีความรู้และทักษะในการวินิจฉัย รักษาและป้องกันโรค ที่พบบ่อยเพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐบาลในการสาธารณสุขและสามารถแนะนำผู้ป่วยไปยังศูนย์การรักษาที่เหมาะสม
- 1.3. มีความเข้าใจเรื่องเศรษฐกิจของสังคม รู้จักวิธีปรับปรุง การรักษาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

1.4. สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีและประสานงานกับบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ

1.5. มีศีลธรรมและยึดมั่นในจรรยาบรรณของวิชาชีพ

2. ซีดความสามารถของผู้ประกอบโรคศิลปะของแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

1. สามารถรักษาโรคทางยาทั่วไป โดยใช้สมุนไพร และใช้แนวทางการรักษาแบบแผนไทยเดิม ยกเว้น โรคติดเชื้อรุนแรงและโรคที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาฉีด
2. ผ่าฝีที่ไม่ร้ายแรง ล้างแผลและแต่งแผลขนาดเล็กได้
3. รักษาโรคกระดูกและโรคข้อ ที่ไม่ต้องผ่าตัด สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และใช้เฝือกไม้ทางแผนไทยในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงได้
4. ทำคลอดปกติได้และสามารถวินิจฉัย เพื่อส่งต่อกรณีครรภ์ผิดปกติได้สามารถดูแลเด็กเกิดใหม่และหญิงหลังคลอดได้
5. สามารถรักษาโรคเฉพาะสตรีภายนอก โรคระดูผิดปกติและวัยหมดระดู
6. รู้วิธีเลี้ยงทารกและเด็กและให้การรักษาโรคไม่ร้ายแรงขั้นพื้นฐานได้
7. รู้วิธีนวด โดยวิธีการนวดแผนไทย เพื่อรักษาโรคทั่วไป ที่ไม่ร้ายแรงและรู้ข้อห้ามในการนวด
8. รู้จักใช้แสงแดด อากาศ น้ำ อาหาร ฯลฯ ซึ่งเป็นวิถีธรรมชาติบำบัด ในการรักษาโรค
9. รู้วิธีการรักษาโรคทางตา หู คอ จมูก เบื้องต้น โดยใช้ยาไทย

หมายเหตุ

⇒ ทุกอย่างใช้ยาไทย หรือยาสมุนไพร หรือวิถีธรรมชาติ

⇒ ห้ามใช้ยาฉีด หรือ ยาแผนปัจจุบัน ยกเว้นยาสามัญประจำบ้าน

2.3.การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

2.3.1. ด้านเวชกรรม คือ การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ (อายุรเวช) ต้องเข้าใจและสามารถใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมาวินิจฉัยและรักษาโรคและรู้วิธีใช้ธรรมชาติบำบัดเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์ มีอายุยืนยาว โดยมีความรู้และความเข้าใจในคัมภีร์เวชศึกษาว่าด้วยกิจของแพทย์ 4 ประการ รู้สมุฏฐาน วินิจฉัยสามารถวินิจฉัยแยกอาการปัญหาของคนไข้ในคัมภีร์และอาการที่พบบ่อยในปัจจุบันแต่ไม่มีกล่าวไว้ในคัมภีร์ โดยแบ่งออกเป็นโรคที่วินิจฉัยและรักษาได้ด้วยตนเอง และโรคที่วินิจฉัยให้การรักษาเบื้องต้นได้พร้อมทั้งปรึกษาผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญเมื่อจำเป็นโดยใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ก. โรคที่พบบ่อย

ข. กลุ่มอาการตามคัมภีร์

ค. วิเคราะห์จากตัวยาที่ใช้ในการรักษาประกอบการตัดสินใจ

ง. ความรุนแรงของโรคตามที่บรรยายในคัมภีร์ เช่น หายแล ตายแล ร้อยคนรอด สักหนึ่งคน เข้าสู่สันนิบาต ฯลฯ และเทียบเคียงโดยใช้ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ปัจจุบันมาประยุกต์

ขั้นตอนในการตรวจรักษาตามกระบวนการของการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ มีดังนี้

1. จัดให้มี ระบบทะเบียนประวัติผู้ป่วยเช่นเดียวกับ การแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาต่อเนื่องและใช้ในการรวบรวมและสรุปเป็นข้อมูลทางวิชาการ สนับสนุนการนำมาใช้อย่างมีเหตุผลเพื่อให้เกิดการยอมรับและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา งานด้านนี้ต่อไป

2. จัดทำแบบฟอร์มการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ตามแนวทางของทฤษฎี การแพทย์แผนไทยในการวินิจฉัยโรค เช่น ธาตุเจ้าเรือนมูลเหตุหรือพฤติกรรมที่สนับสนุนการ เจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่อทราบการกำเริบ หย่อน พิการ แพทย์สามารถแต่งยาตามพิภักและใช้ยา เบญจกุล ตรีผลา ตรีกฎก ตรีสาร ได้เป็นอย่างดีน้อยแล้วสรุปผลการวิเคราะห์สุขภาพเบื้องต้น ร่วมกับการใช้แผ่นหมุนวงกลมวิเคราะห์สุขภาพหรือ การคุณธาตุ

3. วิเคราะห์สุขภาพ ตามแนวทางของพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย ในบางโรคและ บางอาการได้มีการวินิจฉัยและตั้งชื่อโรคแล้ว โดยดูจากลักษณะที่ชัดเจน สามารถรักษาได้โดย วิเคราะห์จากลักษณะอาการความเจ็บป่วยชื่อโรคและวิธีการรักษาที่ชัดเจน (ดูจากภาคผนวก หัวเรื่อง การรักษา)

2.3.2. ด้านเภสัชกรรม คือการใช้สมุนไพร ในการรักษาผู้ป่วยแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์ (อายุรเวท) ต้องมีความรู้ความสามารถในด้านเภสัชกรรมดังต่อไปนี้

ก. เข้าใจถึงนโยบายการพึ่งตนเองในด้านยาของภาครัฐ

ข. เข้าใจถึงกลวิธีในการพัฒนาสมุนไพรครบวงจร เพื่อก้าวไปสู่หลักการพึ่งตนเองของ ประเทศ

ค. มีความรู้ความสามารถในเรื่องเภสัชวัตถุ สรรพคุณเภสัช คณาเภสัชและ เภสัชกรรม

การใช้สมุนไพรในการรักษา ได้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1 การรักษาด้วยยาสมุนไพรแห้ง ซึ่งให้ยาโดยพิจารณาความสมดุลของธาตุทั้ง 4 โดยการคัดเลือกสูตรคำนวณการคูณธาตุ จากหมอแผนโบราณที่มีประสบการณ์ ซึ่งปัจจุบันได้ใช้สูตรคำนวณธาตุของอาจารย์วันดี พงศ์สร้อยเพชร จากโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชิวโกมาร ภัจจ์) และพ่อขุนทอง กิจเพียร หมอพื้นบ้านจังหวัดปราจีนบุรี แล้วแต่งยาให้รับประทานตามความเหมาะสมกับธาตุที่กำลังเจ็บ หย่อน หรือ พิการ

2 การรักษาด้วยสมุนไพรสำเร็จรูป ทั้งที่ผลิตขึ้นโดยแพทย์แผนไทยและผลิตขึ้นโดยองค์การเภสัชกรรมซึ่งมีรูปแบบแตกต่างกันไป เช่น ลูกกลอน แคปซูล ยาขง เป็นต้น

2.3.3. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ คือ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ (อายุรเวท) สามารถให้บริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้วิธีการนวดแผนไทยในการฟื้นฟูสุขภาพคนไข้พิการได้ ใช้วิธีการคนไข้ทางจิตโดยยึดหลักแนวทางพุทธ ใช้ความรู้ธรรมชาติบำบัดโดยอาศัยอาหารสมุนไพรและการใช้ชีวิตในธรรมชาติบำบัดรักษาคนไข้เรื้อรัง ดังนี้

1. นำข้อมูลการวิเคราะห์สุขภาพโดยใช้วงกลมวิเคราะห์สุขภาพเบื้องต้นแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับปัญหาการเจ็บป่วยในครั้งนี้ของผู้ป่วยและการป้องกันการเกิดโรค

2. เผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับคุณค่าของพืชสมุนไพรในการบริโภคเป็นอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มสมุนไพร อาหารสมุนไพร เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย ม.ป.ป.: 7)

3. การรักษาด้วยการอบไอน้ำสมุนไพรใช้ในการดำเนินการ 2 แบบ คือ

3.1. ให้การรักษาผู้ป่วย ที่มีปัญหา ระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ โดยศึกษาวิธีการอบไอน้ำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดอาการ ของโรค

3.2. ให้การส่งเสริมสุขภาพ ในรายหลังคลอดบุตรและเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนในรายประชาชนทั่วไป

4. การรักษาด้วยการประคบสมุนไพร โดยทั่วไปแล้วการประคบสมุนไพรนั้น จะทำควบคู่ไปกับการนวดเพื่อลดการอักเสบจากการนวดและเพื่อช่วยเสริม ประสิทธิภาพของการนวดให้ดีขึ้น

5. การรักษาด้วยหัตถบำบัด (นวด) การให้บริการนวดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นการนวดแบบราชสำนัก ซึ่งมีแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ เป็นผู้นวดโดยเน้นให้การบำบัดรักษาเฉพาะโรคหรือกลุ่มอาการ

2.3.4. ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คือแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์(อายุรเวท) ต้องมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการวินิจฉัยรักษาคนไข้สามารถใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่

กำหนดไว้ในกฎกระทรวงและต้องมีความรู้ที่เป็นหลักคือ วิชาแพทย์แผนไทย แต่มีความรู้ประกอบในทางแผนปัจจุบันและในทางวิทยาศาสตร์พอที่จะสื่อสารกันเข้าใจโดยเฉพาะจะรู้หลักวิทยาศาสตร์พอจะทำการวิจัยง่าย ๆ และเผยแพร่ได้อย่างถูกหลักวิชาการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์สามารถแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรแก่แพทย์แผนปัจจุบันทำให้ช่วยประหยัดเวลาและช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มาก ในการรักษาคนไข้สามารถแบ่งเบาภาระจากแพทย์แผนปัจจุบันโดยการช่วยรักษาในรายไม่รุนแรงซึ่งแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์สามารถนำความรู้ที่มีในวงการแพทย์มาประยุกต์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและมีความรู้พอที่จะทดลองสรรพคุณของสมุนไพรอย่างถูกหลักวิทยาศาสตร์และเป็นหลักฐานพร้อมที่จะถ่ายทอดให้แก่แพทย์แผนไทยทั่วไปและบุคคลที่สนใจได้ (อวย เกตุสิงห์. 2532 : 64)

การนำการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคนั้นเป็นเรื่องที่มีคุณประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งโดยทฤษฎีแล้วการแพทย์แผนไทยมีศักยภาพในการรักษาโรคที่ร้ายแรงได้แต่เนื่องจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเหลืออยู่น้อยมากและบุคลากรปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์และความชำนาญประกอบกับการพัฒนาทางการแพทย์ก้าวหน้าไปมาก ดังนั้นการนำกลับมาใช้ใหม่จำเป็นต้องมีการศึกษา มีการคัดเลือกและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดดังกล่าวควบคู่ไปกับการพัฒนาองค์ความรู้ให้เป็นระบบและเป็นวิทยาศาสตร์เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ แต่อย่างไรก็ตามการนำมาประยุกต์ใช้ในระดับนี้สามารถแบ่งเบาภาระของแพทย์แผนปัจจุบันไปได้ระดับหนึ่งและประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะต้องมีการศึกษาในรายละเอียดให้มากขึ้นต่อไป (สถาบันการแพทย์แผนไทย. ป.ป.ป.:10)

ข้อควรคำนึงในการรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาได้ แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ต้องสามารถแยกแยะได้ว่าโรคอะไรควรส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ความดันโลหิตสูงมาก หัวใจเต้นผิดปกติ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะเป็นเลือด เป็นหนองและไข้สูง การติดเชื้อ เช่น ฝี ขนาดใหญ่ ฝีภายใน ปวดท้องรุนแรง อาเจียนเป็นเลือด ปวดท้องข้างขวา (ไส้ติ่งอักเสบ) มดลูกอักเสบ นิ้วขนาดโต ปวดหลังมาก กระดูกงอก กระดูกเสื่อม กระดูกหักผ่านข้อ กระดูกหักแผลเปิด การช็อกจากการขาดน้ำรุนแรง การตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอด หรือมีหนองออกมาจากช่องคลอด ส่วนโรคมะเร็ง โรคเอดส์ เบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ควรให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือกและควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อความชัดเจนส่วนการเลือกการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์นั้นเป็นลักษณะความร่วมมือกับแพทย์แผนปัจจุบันเพราะบางโรคแพทย์แผนปัจจุบันสามารถรักษาให้หายขาดได้ แผนไทยอาจส่งเสริมทำให้การรักษาที่มีผลดียิ่งขึ้นและไม่สมควรทำในลักษณะชวนเชื่อให้ผู้ป่วยมาเลือกการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามหากทางโรงพยาบาลชุมชนสนใจที่จะวิจัยการรักษาโรค

เรื่องร้องเหล่านี้ด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้จากแบบฟอร์มในภาคผนวก

การประเมินผลการรักษา

1. ประเมินจากการตรวจร่างกายทางเวชกรรม โดยการนัดคนไข้
2. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาไว้ใน OPD CARD ทุกครั้งเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษา

3. ลักษณะที่ส่งผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

3.1. อายุ

อายุกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ อายุของบุคคลสามารถนำมาใช้อธิบายและทำนายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์เสมอ ทั้งนี้เพราะองค์ประกอบทางด้านอายุนั้นเป็นตัวกำหนดหรือเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ลอนดิส และแฮท (เสาวคนธ์ สุตสาวก. 2526 : 52 ; อ้างอิงจาก Londis and Hatt. 1950) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมของ เฉลียว บุรีภักดี (2524 : 101) พบว่า ผู้มีอายุน้อยกว่าจะมีแนวโน้มที่จะลองสิ่งใหม่ ๆ ด้านพลังงานสูงกว่า ผู้มีอายุต่างวัยย่อมมีความต้องการแตกต่างกันไป สอดคล้องกับ ดิเรก ฤกษ์หรั่ง (2528 : 95 - 96) พบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีการยอมรับนวัตกรรมมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก วิลาสินี วงศ์ประเสริฐ (2529 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ คือ อายุ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้หมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กิตติพล สุวรรณ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของเกษตรกรผู้ปลูกถั่วเหลืองที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีการปลูกถั่วเหลืองหลังการทำนาของเกษตรกร บ้านแม่ใจ ตำบลบ้านเป้า และบ้านมวกหม้อ ตำบลชีเหล็ก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุของเกษตรกรไม่มีนัยสำคัญต่อการยอมรับเทคโนโลยีการปลูกถั่วเหลืองหลังการทำนาถึงแม้เกษตรกรที่มีอายุต่างกัน ก็ไม่ทำให้ระดับการยอมรับเทคโนโลยี การปลูกถั่วเหลืองหลังการทำนาแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจรียา นาสกุล (2535 : 76) เรื่องทัศนคติและการยอมรับของประชาชนต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมองตายของแพทย์สภาในการตัดสินใจ พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการยอมรับ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร น่าจะสรุปได้ว่าอายุมีผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

3.2. เพศ

โดยทั่วไป เพศหญิงจะได้รับการจู๋ใจ ง่ายกว่าเพศชาย สำหรับเพศชายนั้นจะได้รับการจู๋ใจได้ง่ายกว่าเพศหญิง ถ้าเรื่องที่จู๋ใจเป็นเรื่องของเหตุผลพบว่า สภาพของเพศชายถูกจู๋ใจได้ยากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพสังคมสอนให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัวและสอนให้เป็นผู้กล้าสู้กับสิ่งต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เพศชายมีความระมัดระวังที่จะยอมรับการจู๋ใจ แต่ถ้าเป็นเรื่องของเหตุผล เพศชายจะยอมรับการจู๋ใจได้ง่ายกว่าเพศหญิงทั้งนี้เป็นเพราะในการดำเนินการสิ่งต่าง ๆ ให้ทันเหตุการณ์นั้นจะต้องเป็นผู้ที่กล้าตัดสินใจ (นรินทร์ พัฒนพงศา. 2528 : 71) จากการศึกษาของ อลงกรณ์ เหล่างาม (2534 : 1) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ของชาวบ้านในหมู่บ้านเทคโนโลยี : ศึกษาโครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชนบทในหมู่บ้านเทคโนโลยี ของกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการพลังงาน พบว่า ชาวบ้านเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มีการยอมรับเทคโนโลยีมากกว่าเพศชาย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร น่าจะสรุปได้ว่าเพศมีผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

3.3. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการยอมรับทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ค่านิยม แนวคิด แนวความเชื่อ ของบุคคลผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมจะมีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหา และร่วมมือที่จะพัฒนาให้เจริญก้าวหน้า จากงานวิจัยของ ภารดี ศิริบุรี (2525 : 88 - 89) ได้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้นวัตกรรมการสอนขออาจารย์วิทยาลัยครู ผลปรากฏว่า อาจารย์ที่มีวุฒิสูงกว่า เป็นบุคคลที่มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงความเจริญก้าวหน้าทางการศึกษามากกว่าอาจารย์ที่มีวุฒิต่ำกว่า โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับนวัตกรรมทางการสอนต่าง ๆ แม้อาจารย์ที่มีวุฒิต่ำกว่า เหล่านั้น ไม่ได้ศึกษามาโดยตรง แต่ก็รู้จักวิธีการเสาะแสวงหาและค้นคว้าวิทยาการใหม่ ๆ ได้ดี และกว้างขวางกว่าอาจารย์ที่มีวุฒิต่ำกว่า และเอกพงศ์ วรกุล (2532 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยการยอมรับการปลูกไม้ดอก เพื่อเป็นรายได้เสริมของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาของเกษตรกร มีผลต่อการยอมรับสอดคล้องกับ ฤดีกรณ์ ญาณสังวรชัย (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับของเกษตรกรในการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงศึกษากรณี อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระดับการศึกษา สอดคล้องกับ ชุติมา อึ้งภากรณ์ (2539 : 112) ได้ศึกษาเรื่อง การยอมรับการใช้สินค้าที่ผลิตจากวัสดุที่ใช้แล้ว ประเภทกระดาษของแม่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการยอมรับการใช้สินค้าที่ผลิตจากวัสดุที่ใช้แล้วประเภทกระดาษแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ในทางกลับกัน

จากผลการศึกษาของสุวรรณณี สิมะกรพันธ์ (2527 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การยอมรับเทคโนโลยีทางการเกษตร ซึ่งสอดคล้องกับ ทนุ ชื่นพุฒ (2525 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีนัยสำคัญกับการยอมรับการปลูกถั่วเหลืองหลังการทำนาแตกต่างกัน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร น่าจะสรุปได้ว่าระดับการศึกษา มีผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

3.4. อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจยอมรับในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวพันกับวิถีชีวิต เพราะว่า ผู้มีอาชีพต่างกัน จะมีการยอมรับ แตกต่างกัน ดังงานวิจัยของวิลาสนิวงศ์ประเสริฐ (2529 : 56) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ในกรุงเทพมหานครพบว่ากลุ่มอาชีพรับราชการมีการยอมรับการใช้หมวกนิรภัยสูงที่สุด รองลงมาคืออาชีพรับจ้างที่ไม่ใช่แรงงานเช่น เสมียนบริษัท พนักงานขาย อาชีพรับจ้างแรงงานและอาชีพธุรกิจค้าขาย ตามลำดับ ณัฐนันท์ เกลิมวงศาเวช (2535 : 105) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการอยู่อาศัยในคอนโดมิเนียมของชาวกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพอิสระต่าง ๆ มีระดับการยอมรับการอยู่อาศัยในคอนโดมิเนียมสูงที่สุด รองลงมาคืออาชีพ รับราชการ อันดับต่อมา คือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ที่คือนักศึกษาหรือแม่บ้าน ส่วนเจ้าของหรือผู้บริหารธุรกิจขนาดใหญ่ มีระดับการยอมรับน้อยและปิยรัตน์ นิมสกุล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการนำผักปลอดสารพิษมาบริโภคของแม่บ้านในเขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า แม่บ้านที่มีอาชีพหลักต่างกัน มีการยอมรับแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร น่าจะสรุปได้ว่าอาชีพมีผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

3.5. ด้านรายได้

รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดในการยอมรับ เพราะว่า ผู้มีอาชีพเดียวกัน แต่มีรายได้ต่างกัน ย่อมทำให้มีความคิดเห็นที่ต่างกัน นอกจากนี้ รายได้รวมของครอบครัวอาจแสดงถึงตำแหน่งหน้าที่การงานสูงจากการศึกษาของพิสมัย กระแสอินทร์ (2518 : 70) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการปลูกพืชหมุนเวียนของเกษตรกรของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ารายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของเกษตรกรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการปลูกพืชหมุนเวียนและจากการศึกษาของ กานดา ธรรมปรีชา (2536 :บทคัดย่อ) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการอยู่อาศัยในเคหะสงเคราะห์แบบแฟลตศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้อยู่อาศัยที่เคยและไม่เคยอยู่ในชุมชนแออัดมาก่อน พบว่ารายได้มีผลต่อความพึงพอใจ คือ ผู้มีรายได้สูงมีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต

ประจำวันมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับ ชัยณรงค์ กาพมณี (2533 : บทคัดย่อ) กล่าวว่า ราคาผลผลิตจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะจูงใจให้เกษตรกรตัดสินใจว่าควรปลูกพืชชนิดใด เพื่อเพิ่มรายได้ให้สูงขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ดาบทิพย์ จิตพิงษ์พาณิชย์ (2539 : 115) ที่ได้พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการบริหารคุณภาพโดยรวมแตกต่างกัน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร น่าจะสรุปได้ว่ารายได้มีผลต่อการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

อรรถัย รวยอาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ (2523 : 74) ได้ศึกษาบทบาทของแพทย์แผนโบราณ จากการศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของหมอโบราณ พบว่า มีรายได้ต่ำ และต้องประกอบอาชีพอื่นเพื่อหารายได้เพิ่มเติม มูลเหตุจูงใจอันสำคัญที่ทำให้มีหมอโบราณ (หมอสมุนไพรพื้นบ้าน) รับผิดชอบต่อสังคมทุกวันนี้ คือ ความพอใจและมีใจรักและต้องการที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และพบว่าคนไข้ของหมอโบราณมิใช่ประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นประชาชนทุกเพศทุกวัยและพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของหมอสมุนไพรพื้นบ้านที่ทำการศึกษามีบิดามารดาหรือบรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนและเคยมีประสบการณ์ในการรักษาแผนโบราณ และได้ผลดีมาก่อน คนไข้ที่มารักษาสองในห้ามาเพราะมีผู้แนะนำมา หนึ่งในห้าเชื่อในความสามารถและเกือบหนึ่งในห้าเคยไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หาย จึงหันมารักษาด้วยโรคที่หมอสมุนไพรคิดว่ารักษาได้ผลดีกว่า

เบญญา ยอดดำเนิน - แอ็ดติกิจ และ กฤตยา อาชวนิจกุล (2523 : 54 -65) ได้ศึกษาพฤติกรรมอนามัยที่อำเภอห้วยฉัตร จังหวัดลำปาง ก็พบว่าในหมู่บ้านมีบริการสุขภาพหลายอย่างทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ลักษณะการเจ็บป่วยมีส่วนกำหนดการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เช่น น้ำเหลืองเสียต้องรักษาโดยวิธีไสยศาสตร์ อาการรุนแรงต้องล้มหมอนนอนเสื่อ ต้องรักษาแผนโบราณคู่กับแผนปัจจุบันถ้าเป็นโรคเรื้อรังมักเชื่อว่าเกิดจากเหตุลี้ลับมหัศจรรย์

บุษยมาส บุญใจเพชร (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยของผู้ป่วยที่ใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบันพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการใช้บริการแผนโบราณและแผนปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับความเชื่อแบบดั้งเดิม ความพึงพอใจต่อการบริการ ความกังวลใจของผู้ป่วยต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาแผนปัจจุบันจากค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผนโบราณ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจต่ำมักใช้บริการแผนโบราณมากกว่าแผนปัจจุบัน

ทิวา อำนวยโชค (2530 : บทคัดย่อ) ได้วิเคราะห์บทบาทความของพระสงฆ์ในการรักษาพยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง พบว่า ผู้ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากวัดทำการรักษาในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง มีความเชื่อเกี่ยวกับ

สมมุติฐานของโรค การตรวจและวิธีการรักษาโรคที่คล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เนื่องจากพระสงฆ์ในแต่ละที่ต่างกัน ก็มีความผูกพันกับความเชื่อพื้นฐานทางวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนโบราณของไทย ที่มีลักษณะความเชื่อและการปฏิบัติทางไสยศาสตร์ผสมผสานอยู่ด้วยการรักษาของพระสงฆ์เหล่านี้ มีทั้งการรักษาบำบัดทางกายและทางจิต นอกจากนั้นพระสงฆ์บางรูปได้อาแนวความคิดและวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาประกอบการรักษาโรคให้กับผู้ป่วยร่วมกับการใช้สมุนไพรผู้ป่วยทั้งสองเขตต่างก็มีแนวโน้ม ทักษะคิด แรงจูงใจ และเหตุผลในการรักษาคล้ายคลึงกันอีกด้วย ผู้ป่วยที่รับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำและไม่รู้หนังสือ คิดเป็นร้อยละ 28 ในเขตกรุงเทพมหานคร และมีร้อยละ 29.33 ในจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจนเกิดความท้อแท้และเกือบจะสิ้นหวัง คิดเป็นร้อยละ 23.3 ในเขตกรุงเทพมหานครและร้อยละ 31.33 ในจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างต่ำ คือเป็นผู้ที่มีรายได้ประมาณ 200 - 500 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.3 ในเขตกรุงเทพมหานครและร้อยละ 38 ในจังหวัดใกล้เคียง

มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530 : บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจประชากรเขตพื้นที่ยากจนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาพื้นบ้าน ในการรักษาอาการอุจจาระร่วงในจังหวัดลำปาง จำนวน 447 หลังคาเรือน พบว่าส่วนใหญ่ (55 %) ยังใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการอุจจาระร่วง ซึ่งได้แก่ ใบฝรั่ง ใบทับทิม และปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาพื้นบ้านเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ขนาดครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่า เพศหญิง เพศชาย มีการใช้ยาพื้นบ้านต่างกัน ครอบครัวขนาดใหญ่ใช้ยาพื้นบ้านต่างกับครอบครัวขนาดเล็ก ครอบครัวที่มีรายได้มากมีการใช้ยาพื้นบ้านต่างจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย และการเคยใช้และไม่เคยใช้ยาแผนปัจจุบันมีผลต่อการใช้ยาพื้นบ้านต่างกัน

สมจินตนา ทองทิว (1989 : 86) ได้วิจัยเรื่อง " แนวคิดสำคัญของการแพทย์ - แผนไทย แบบดั้งเดิม " โดยศึกษาจากเอกสารย้อนหลังที่เกี่ยวข้องกับประวัติและการพัฒนาการแพทย์แผนไทยจนเข้าสู่การแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทยปัจจุบันพบว่าแนวคิดและ หลักการทั่วไปซึ่งเป็นพื้นฐานของการแพทย์แผนไทยประกอบด้วยทฤษฎีธาตุ 4 กายวิภาคศาสตร์และสรีรศาสตร์ อันจะช่วยให้เข้าใจถึงสาเหตุของโรค นอกจากนี้ยังใช้หลักของอายุรเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นวิชาที่ว่าด้วยการรักษาอาการและสมมุติฐานของโรค เกสัชกรรมแผนโบราณ รวมทั้งแบบแผนและขั้นตอนในการรักษาผสมผสานกันโดยไม่สามารถแยกอย่างชัดเจนอย่างใดอย่างหนึ่งได้

สมทรง ณ นคร (2532 : 48) ได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับหมอสมุนไพรพื้นบ้านของชาวชนบท ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งยอมรับว่าหมอสมุนไพรพื้นบ้านมีความสามารถในการรักษาโรคเท่ากับหมอแผนปัจจุบัน สามในสี่เห็นว่าหมอสมุนไพรพื้นบ้านช่วยเหลือคนยากจนในหมู่บ้านและเกือบทั้งหมดประสงค์ให้หมอสมุนไพรพื้นบ้านประจำในหมู่บ้าน

มะลิ ลีวนานนท์และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2534 : 85 - 87) ได้ทำการศึกษาเรื่องระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ พบว่า หมอที่ให้การรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ เป็นแพทย์แบบประสบการณ์ระบบความคิด ความเชื่อและกระบวนการรักษา อาศัยความรู้ที่ได้รับถ่ายทอดมา ผสมผสานกับประสบการณ์ที่ทดลองปฏิบัติซึ่งสะสมเป็นเวลาหลายปี และการผสมผสานความรู้ความเข้าใจและเทคนิควิธีการรักษากระดูกจากการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้การรักษาแผนโบราณมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับระบบความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของคนในชุมชน

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการหมอพื้นบ้านของชาวบ้านสุขเกษม พบว่าชาวบ้านยังคงใช้บริการหมอพื้นบ้านด้วยเงื่อนไข 3 ประการ คือ ความไม่สะดวกในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิก ฐานะทางเศรษฐกิจของชาวบ้านที่อยู่ในพื้นที่ปานกลางและค่อนข้างยากจน และความศรัทธา

ทิพย์สุตา เณรทอง (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้าน และแผนปัจจุบัน : กรณีศึกษา เฉพาะวัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้มารับบริการที่วัดโพธิ์ทองบนมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของสิ่งที่มีอำนาจลึกลับ ซึ่งการรักษาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ที่มารับบริการมีความเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของสิ่งที่มีอำนาจลึกลับ จึงต้องไปรักษาที่วัดโพธิ์ทองบน

ประจวบ รักแพทย์และศศิธร พลมุข (2535 : 51 – 59 ศึกษาเรื่อง " การประเมินผล การให้บริการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลบวรนิเวศโบราณเวชกรรม พ.ศ. 2530 -2534 " พบว่าวิธีรักษาโรคที่ได้ผลคือ หัตถเวชกรรมหายขาดร้อยละ 2.82 อาการดีขึ้นร้อยละ 75.17 คงเดิมร้อยละ 21.39 และอาการเลวลง ร้อยละ 0.62 โดยที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูง ได้แก่ อาการทางกล้ามเนื้อ รองลงมา คือ ข้ออักเสบ ส่วนการรักษาทางเวชกรรม ได้แก่โรคทางระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ทางเดินหายใจ เป็นต้น ปัญหาที่พบ คือ การรักษาที่เป็นลักษณะองค์รวม ซึ่งไม่สามารถจะแยกใช้รักษาเฉพาะโรคได้ อีกทั้งมีการบันทึกการเจ็บป่วยที่ไม่อาจจะระบุชัดเจนถึงการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร ที่ทำให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการรักษา

วีระ เกษะรักษ์ (2535 : 115 - 116) ได้ศึกษาเรื่อง " การยอมรับการใช้เข็มฉีดยาของผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานคร ปรากฏว่า ผู้ขับขีรถยนต์ส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานคร มีการยอมรับการใช้เข็มฉีดยาในการขับขีรถยนต์ ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการใช้เข็มฉีดยาพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา ปวส. และสูงกว่า กลุ่มที่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน กลุ่มที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้เข็มฉีดยาบ่อยครั้ง และกลุ่มที่เห็นด้วยกับการใช้เข็มฉีดยาสูงเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่

จะยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัยมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ รายได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุบนถนนมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัย

อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ และคณะ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยของสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่า มีประโยชน์ควรพัฒนาต่อไป เมื่อศึกษาไประยะหนึ่งนำผลมาปรับปรุงในโรงพยาบาลอุ้มทอง พบว่า ผู้ใช้บริการมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี มีการศึกษาระดับประถม อาชีพเกษตรกร อาการคือปวดกล้ามเนื้อ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ผู้ป่วยมารับบริการซ้ำพ้อใจ

อรุณศรี มงคลชาติ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย พบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์ต่อแบบแผนการเลือกใช้บริการการรักษาแผนโบราณ ซึ่งหมายรวมถึงยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรของประชาชนปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

1. ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษา รายได้ พบว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะเลือกใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรมากกว่าผู้มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า

2. เขตที่อยู่อาศัย ผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะเลือกใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเขตชนบท ส่วนเขตชนบทมักพบการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าเขตเมือง

3. ระดับอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุจะเลือกใช้บริการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่น

4. ภาคที่อยู่อาศัย พบว่าภาคกลางมีการใช้ยาแผนโบราณน้อยกว่าภาคอื่น ๆ

5. อาชีพ พบว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรเลือกใช้ยาแผนโบราณมากกว่าอาชีพอื่น ๆ

6. เพศ พบว่า เพศหญิงจะใช้ยาแผนโบราณ มากกว่าเพศชาย (อรุณศรี มงคลชาติ ได้กล่าวไว้ในงานวิจัยเรื่องเดียวกันนี้ว่า งานวิจัยบางชิ้นพบว่าเพศหญิงและเพศชายใช้ยาแผนโบราณพอ ๆ กัน และพบว่า เพศชายมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าเพศหญิง)

7. ลักษณะความรุนแรงของโรค พบว่าถ้าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยมีแนวโน้มใช้ยาแผนโบราณมากกว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะฉับพลันและรุนแรง

8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยนานเกินกว่า 3 ปี ขึ้นไปจะใช้ยาแผนโบราณมากที่สุด

นอกจากนี้ อรุณศรี มงคลชาติ ยังได้กล่าวถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการยาแผนโบราณและยาสมุนไพร เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ระยะทางในการเดินทาง

ทางไปรักษา การเคยใช้ ไม่เคยใช้หรือประสบการณ์การรักษา และความพึงพอใจของการบริการ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพรทั้งสิ้น

สุจินดา ดุจาวีรณิซ (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง " การปรับบทบาทของหมอพื้นบ้าน ในชุมชนไทยลาว จังหวัดนครพนม " พบว่าการเข้ามาของแพทย์แผนปัจจุบันทำให้ความเชื่อเรื่องประสิทธิภาพการรักษาของหมอพื้นบ้านลดลง การปรับบทบาทไม่ใช่เพื่อสู่บทบาทใหม่ แต่เป็นการลดบทบาทด้านการรักษาและป้องกันโรคที่เหลือโรคอาการบางกลุ่มที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายได้ โครงสร้างทางครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาและช่องว่างในกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่สืบทอดประเพณีวัฒนธรรมและระบบการแพทย์พื้นบ้าน การปล่อยให้หมอพื้นบ้านมีการปรับตัวกันเองตามระบบเศรษฐกิจและสังคม อาจทำให้เกิดข้อดีได้แก่ ความซื่อสัตย์เปลี่ยนแปลงไป มีผลไม่ใช่สถานภาพที่ทำหน้าที่ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล และดูแลรักษาโรคของชุมชน แต่เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งของการรักษาโรคเท่านั้น

เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์ และ ประจวบ รักแพทย์ (2535 : 21 – 23) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย

1. ผู้มารับบริการ เพศหญิงมากกว่า เพศชาย 2 เท่า กลุ่มอายุที่มารับบริการมากที่สุด คือ 33 - 60 ปี การศึกษามากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและปริญญาตรี ตามลำดับ กลุ่มแม่บ้านมารับบริการมากที่สุดและส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000 - 5,000 บาท / เดือน

2. ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการจากปัจจัยต่าง ๆ คือ การบอกต่อของผู้ที่เคยมารักษาแล้ว 82.77 % เห็นป้ายของที่ทำการสถานพยาบาล 12.30 % ผลการรักษาดีขึ้นในผู้ป่วยที่เคยมารักษาแล้ว 41 %

3. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการให้บริการในแต่ละครั้งพบว่า ระยะเวลาเหมาะสม 74.01 % ส่วน 14.55 % เห็นว่าการรักษาแต่ละครั้งใช้เวลามากเกินไป

4. ทักษะคดีของผู้ป่วยที่มีต่อยาไทย พบว่ารับประทานปกติเหมือนกับยาทั่วไป 85 % ส่วน 15 % เห็นว่ากินยากและยาขม

5. ทักษะคดีของผู้ป่วยที่มีต่อการนวดไทย พบว่ามากกว่า 80 % นวดแล้วดีขึ้นไม่มีอาการแทรกซ้อน

6. ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารักษา ในขั้นแรกจะใช้วิธีรักษากันเองในครอบครัวก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงมารักษากับแพทย์แผนไทยหรือไปหาหมอจีนเพื่อกินยา ผังเข็ม

7. ในด้านทัศนคติทั่ว ๆ ไป เห็นว่า ผู้ป่วยเต็มใจที่จะมารับบริการหรือถ้ามีผู้แนะนำ ก็พร้อมจะมารับการรักษา มีความพึงพอใจต่อการแพทย์แผนไทย

วุฒิไกร บัวผัน (2536 : 61 - 63) ได้ศึกษาเรื่อง " การยอมรับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ " พบว่า คนงานที่มีการศึกษาสูงกว่า คนงานที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และคนงานที่เคยรับข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงจะมีการยอมรับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงมากกว่า

ฤทธิกรณ ญาณสังวรชัย (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีต่อการยอมรับของเกษตรกรในการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดแมลง : ศึกษากรณีอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี พบว่าระดับการยอมรับการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดแมลง เกษตรกรส่วนใหญ่มีการยอมรับในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือความรู้ถึงโทษของสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงระดับการศึกษาความคิดเห็นในการใช้สมุนไพรทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงและอายุตามลำดับ

เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ (2537 : 6) ได้เรียบเรียงและประมวลทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เล่ม 1 คือ พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย จากเอกสารตำรา จากความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ซึ่งอ้างอิงจากเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบกับความคิดเห็นของผู้เขียน เนื้อหาสาระของพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจัย เป็นปรัชญา องค์ความรู้ ในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ พระคัมภีร์นี้เป็นแก่นหรือเป็นหลักในการวินิจฉัยโรคตามแนวทางของทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

เพ็ญภา ทรัพย์เจริญและคณะ (2538 : 1 – 9) ศึกษาเรื่อง " การประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค " เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชนและในโรงเรียน พบว่าการแพทย์แผนไทยมีศักยภาพในการรักษาโรคที่ร้ายแรงได้แต่เนื่องจากที่มีผู้เชี่ยวชาญเหลืออยู่น้อยมาก บุคลากรการแพทย์ในปัจจุบันเป็นรุ่นใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์และความชำนาญ ประกอบกับการพัฒนาทางการแพทย์ก้าวหน้าไปมาก การนำการแพทย์แผนไทยกลับมาใช้ใหม่จำเป็นต้องศึกษา คัดเลือก และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัด และควบคู่ไปกับการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นระบบและเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ใช้บริการ

สุนทรี วิทยานารถไพศาล (2538 : 7 - 9) ได้กล่าวถึงอุตสาหกรรมยาไทยว่า ปัจจุบันมีทะเบียนยาที่ใช้สำหรับมนุษย์และผลิตโดยอุตสาหกรรมยาไทยจำนวน 3,180 ดำรับสรรพคุณที่ระบุคือ บำรุงร่างกาย แก้ไข้ ร้อนใน กระหาย ขับลม ยาเหล่านี้จำหน่ายในร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณเป็นแหล่งกระจายที่สำคัญทำให้ยาไทยเข้าถึงชุมชนได้อย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในชนบท

อุมาดี ธนผลผดุงกุล (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยของผู้อยู่อาศัยในอาคารชุด พบว่า ผู้อยู่อาศัยในอาคารชุดที่มีอายุมากขึ้นจะมีการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยมากกว่าผู้อยู่อาศัยใน

อาคารชุดที่มีอายุน้อยกว่า ผู้อยู่อาศัยในอาคารชุดที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวจะมีการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยดีกว่าอาชีพอื่น ๆ ผู้อยู่อาศัยในอาคารชุดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการยอมรับมากกว่า ผู้มีรายได้ต่อเดือน มากกว่าจะมีการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้อยู่อาศัยในอาคารชุดที่มีระยะเวลาของการอยู่อาศัยนานกว่าจะมีการยอมรับการแยกประเภทของขยะมูลฝอยดีกว่า ผู้อยู่อาศัยในชุดที่มีจำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัยในปัจจุบันมากกว่าจะมีการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยมากกว่าผู้อยู่อาศัยในอาคารชุดที่มีความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยและการแยกประเภทขยะมูลฝอยมากกว่าจะมีการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยดีกว่า

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาลักษณะความเจ็บป่วยของประชาชนที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยกับแพทย์อายุรเวท พบว่า สาเหตุที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นการมีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านผู้ให้การรักษาระบบการรักษาและยาสมุนไพร รวมทั้งค่าบริการที่ไม่แพงผลการรักษาประมาณ 3 ใน 4 ระบุว่าอาการดีขึ้นเป็นที่พอใจ

เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2539 : 12 -21) ได้ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย "พ่อใหญ่เคน ลาวงศ์" บ้านท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านประเด็นสำคัญได้แก่ การวินิจฉัยโรค โดยได้รับการถ่ายทอดวิชาจากบุคคลในสายตระกูลเดียวกันด้านการบำบัดรักษา อาศัยการท่องตำรายาและอาศัยประสบการณ์ในการรักษา ส่วนสาเหตุการเกิดโรคยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน แต่ยังเชื่อว่ามีสาเหตุจากพยาธิสภาพของร่างกาย ภูตผี เควาะห์กรรม และโชคชะตา

งานวิจัยต่างประเทศ

วรวิทย์ (Woravit. 1971 : 55) ได้ศึกษาการยอมรับวิทยาการแผนใหม่ของชาวสวนยางกลุ่มหนึ่งในประเทศมาเลเซีย พบว่า เกษตรกรที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ จะเป็นพวกที่มีอายุ มีการศึกษา มีรายได้สูง

ฟาบริดา (Fabrica. 1973 : 79) ได้อธิบายถึงขั้นตอนต่าง ๆ ของพฤติกรรมมนุษย์เมื่อเกิดมีอาการผิดปกติขึ้นแก่ร่างกาย ก่อนที่จะเกิดการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาวิธีหนึ่งวิธีใด เป็นแนวคิดที่อาศัยหลักการทางเศรษฐศาสตร์มาอธิบายว่า การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของบุคคลนั้น ได้จากการพิจารณาถึงประโยชน์สูงสุดที่จะได้รับจากการเลือกวิธีการรักษาวิธีนั้น

นูนิซ (Nunez. 1978 : 4460 - A) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมการศึกษาของครูพบว่า ตัวแปร เพศ เชื้อชาติ ระดับและวิชาที่สอนความคุ้นเคยโครงการและความมีประสบการณ์ ไม่มีนัยสำคัญที่จะจัดการรับรู้วัฒนธรรมการศึกษาของครูได้

แม้ว่าเพศจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ก็ตาม แต่เมื่อรวมตัวแปรทั้งหมดแล้ว ก็ไม่ถือว่าตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ นวัตกรรมการศึกษาของครู

รามอส (Ramos. 1981 : 2311 - A) ได้ศึกษาถึงการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษาของครู ในโรงเรียนเปอร์โตริกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการยอมรับนวัตกรรมในชั้นการนำไปใช้ พบว่า ครูที่มีตำแหน่งทางบริหาร ทางการสอน และมีอายุต่างกัน จะมีการยอมรับนวัตกรรมที่แตกต่างกัน

โพเวลล์ (Powell. 1982 : 5245 - A) ได้ศึกษาวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติการของนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับนวัตกรรม จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา จำนวน 40 คน พบว่า นักศึกษาที่มีอายุน้อย มีความเคลื่อนไหวในการใช้นวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพของความสำเร็จสูงมากกว่านักศึกษากลุ่มที่อายุมาก

โลอิส และ มาร์แชล (Lois and Marshall. 1982 : 348 - 350) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการให้คุณค่าต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นว่า ตามปกติคนเราจะให้คุณค่าต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น ในลักษณะที่ต้องการให้สุขภาพดีขึ้น เพราะความเชื่อของบุคคล จะไวต่อความรู้สึกในเรื่องของการเจ็บป่วย ทั้งสองท่านได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมอีกว่า ตามปกติคนเรามีความปรารถนาที่จะให้ตนเองมีสุขภาพดี ไม่มีการเจ็บป่วยโดยจะให้คุณค่าในการบำรุงรักษาสุขภาพตนเองในเชิงบวกและบางคนลงทุนเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตามลำดับดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การสร้างเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่มารับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ พ.ศ. 2545 ในภาคกลาง รวมทั้งสิ้น 24,424 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่มารับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ พ.ศ. 2545 ในภาคกลาง ได้มาด้วยการสุ่มโดยวิธีการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 คำนวณ หาขนาด กลุ่มตัวอย่าง ของผู้รับบริการ โดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, Tora. 1973 : 725 - 729) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 394 คน

ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการในแต่ละโรงพยาบาลของทุกจังหวัดในภาคกลาง ตามสัดส่วนโดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัดและหน่วยงานที่เปิดบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ พ.ศ. 2545 ในภาคกลาง

จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนประชากร ผู้รับบริการ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการ
กรุงเทพมหานคร	คลินิกสุวรรณแพทย์แผนไทย ประยุกต์	1,440	23
นนทบุรี	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย	14,400	232
ระยอง	โรงพยาบาลวังจันทร์	1,594	26
สุพรรณบุรี	โรงพยาบาลอู่ทอง	3,862	62
สระแก้ว	โรงพยาบาลวังน้ำเย็น	3,128	51
รวม	5	24,424	394

ที่มา : สถาบันการแพทย์แผนไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545 :7)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ใช้กับผู้รับบริการ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert.1967:1-55) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ได้แก่

- 1 ด้านเวชกรรม
2. ด้านเภสัชกรรม

3. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
4. ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

3. การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

2. สร้างข้อคำถามในแต่ละตอน ดังนี้

2.1 สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพของผู้รับบริการ

2.2. การสร้างแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์โดยมีลักษณะเนื้อหาในแบบสอบถามสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและการนิยามศัพท์เฉพาะ

3. เสร็จแล้วเสนอต่อประธานกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อพิจารณาและปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์

4. นำแบบสอบถาม ที่ประธานกรรมการ กรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่อง เสร็จเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้เกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้อง 3 ใน 5 ในการคัดเลือกข้อคำถาม

5. นำแบบสอบถามที่ได้ ปรับปรุงแก้ไข จนมีความสมบูรณ์และมีความเหมาะสม ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้รับบริการของ โรงพยาบาลทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 50 คน ซึ่งมีใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

6. นำผลมาวิเคราะห์ หาค่าอำนาจจำแนกแบบรายข้อของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และเลือกข้อที่มีค่า r ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ซึ่งมีค่า r ระหว่าง .2311 ถึง .7635

7. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

(α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9066

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 394 ชุดพร้อมหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการครบวงจรด้วยตนเอง และได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 394 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมดและทุกชุดมีความสมบูรณ์

5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามตอนที่ 1 และตอนที่ 2 และตรวจให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์

การยอมรับมากที่สุด	ตรวจให้ 5 คะแนน
การยอมรับมาก	ตรวจให้ 4 คะแนน
การยอมรับปานกลาง	ตรวจให้ 3 คะแนน
การยอมรับน้อย	ตรวจให้ 2 คะแนน
การยอมรับน้อยที่สุด	ตรวจให้ 1 คะแนน

2. นำแบบสอบถามตอนที่ 1 มาหาค่าความถี่และค่าร้อยละ

3. ศึกษาระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามตอนที่ 2 โดยเทียบกับเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2541 : 98 - 99) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 แปลความว่า การยอมรับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 แปลความว่า การยอมรับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 แปลความว่า การยอมรับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 แปลความว่า การยอมรับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 แปลความว่า การยอมรับน้อยที่สุด

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการยอมรับ การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลางจำแนกตามอายุ อาชีพและรายได้ของครอบครัว โดยใช้สถิติ F – test ส่วนเพศและระดับการศึกษาใช้สถิติ t – test

5. การศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ 0.05

6. สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

6.1. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

6.1.1. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแบบรายข้อของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

6.1.2. หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach)

6.2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.2.1. หาค่าร้อยละ

6.2.2. หาค่าเฉลี่ย

6.2.3. หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3. ทดสอบสมมติฐานของผู้รับบริการที่มี เพศและระดับการศึกษาที่ต่างกัน โดยใช้สถิติ t – test

6.4. ทดสอบสมมติฐานของผู้รับบริการที่มีอายุ อาชีพและรายได้ของครอบครัวที่ต่างกันโดยใช้สถิติ F – test ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' Method)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง มีความสัมพันธ์กันโดย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ กับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 394 คน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2545 ถึง มกราคม 2546 โดยติดตามแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 394 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด เพื่อความเข้าใจในการแปลความหมายจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเสนอสัญลักษณ์และอักษรย่อพร้อมทั้งรูปตารางประกอบคำอธิบายตามลำดับต่อไปนี้ ดังนี้

1. สัญลักษณ์และอักษรย่อ

n = จำนวนตัวอย่าง

$\bar{X}$ = ค่าคะแนนเฉลี่ย

SD = ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

F = สถิติที่ใช้ทดสอบใน F- distribution

t = สถิติที่ใช้ทดสอบใน t – distribution

p = ค่าความน่าจะเป็น (probability) ของค่าสถิติที่ใช้ทดสอบ

df = Degree of Freedom(ชั้นแห่งความเป็นอิสระ)

SS = Sum of Square(ผลรวมกำลังสอง)

MS = Mean Square(ค่าเฉลี่ยกำลังสอง)

* = ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1. ผลการวิเคราะห์สถานภาพของผู้รับบริการในภาคกลาง

2.2. ผลการศึกษาระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์
ของผู้รับบริการในภาคกลาง

2.3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบ
ประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ที่มีและ เพศ ระดับการศึกษาต่างกัน โดยใช้สถิติ t - test

2.4. ผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนคะแนนการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ที่มี อายุ อาชีพและรายได้ของครอบครัวต่างกัน โดยใช้สถิติ F - test

2.5. ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ เป็นรายคู่.กรณี ค่า F ในการทดสอบข้อ 2.4 มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe' Method)

2.1. ผลการวิเคราะห์สถานภาพของผู้รับบริการในภาคกลาง

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละสถานภาพของผู้รับบริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า หรือ 30 ปี	65	16.5
31 – 40 ปี	117	29.7
41 – 50 ปี	120	30.5
51 – 60 ปี	65	16.5
61 ปีขึ้นไป	27	6.9
รวม	394	100.00
เพศ		
ชาย	218	55.3
หญิง	176	44.7
รวม	394	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	135	34.26
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	259	65.74
รวม	394	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการและรัฐวิสาหกิจ	152	40.21
ลูกจ้างและรับจ้าง	112	29.63
ธุรกิจส่วนตัว (เกษตรกร,ค้าขาย)	114	30.16
อื่น ๆ (นักศึกษา แม่บ้าน ผู้ว่างงาน)	16	4.10
รวม	394	100.00
รายได้		
ต่ำกว่า หรือ 5,000 บาท	34	8.60
ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท	129	32.70
ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท	71	18.00
ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท	76	19.30
ตั้งแต่ 20,001 บาทขึ้นไป	84	21.30
รวม	394	100.00

จากตาราง 2 พบว่า ผู้รับบริการส่วนมากมีอายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 30.5) และอายุ 31 – 40 ปี (ร้อยละ 29.7) ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.3) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 65.74) มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 40.21) และมี รายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 32.7)

2.2.ผลการศึกษาระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์โดยรวมและรายด้านของผู้รับบริการ จำนวน 394 คน

การยอมรับการแพทย์	$\bar{x}$	S.D	ค่าระดับ
ด้านเวชกรรม	3.59	.59	มาก
ด้านเภสัชกรรม	3.60	.57	มาก
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	3.89	.55	มาก
ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์	3.81	.60	มาก

จากตาราง 4 พบว่า ผู้รับบริการมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์โดยรวมและในแต่ละด้าน อยู่ในระดับมาก

2.3.ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบ
ประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ที่มี เพศ ระดับการศึกษาต่างกัน โดยใช้สถิติ t - test

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์
ทั้งรายด้านและรวมทุกด้านระหว่างผู้รับบริการที่มี เพศต่างกัน

การยอมรับการแพทย์	ชาย		หญิง		t	p
	n = 218		n = 176			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านเวชกรรม	36.17	4.48	36.72	4.78	-1.17	.24
ด้านเภสัชกรรม	36.73	4.16	36.61	5.00	.26	.80
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	38.89	4.59	39.59	4.81	-1.47	.14
ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์	38.75	5.21	38.07	5.88	1.22	.26
รวมทุกด้าน	150.55	12.95	150.99	14.61	-.32	.75

* p = < .05

จากตาราง 4 พบว่า ผู้รับบริการที่มีเพศต่างกันมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์
แผนไทยแบบประยุกต์ทั้งรายด้านและรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ทั้งรายด้านและรวมทุกด้านระหว่างผู้รับบริการ ที่มี ระดับการศึกษา ต่างกัน

การยอมรับการแพทย์	ปริญญาตรีและ สูงกว่าปริญญาตรี		ต่ำกว่าปริญญาตรี		t	p
	n = 259		n = 135			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านเวชกรรม	36.07	4.38	37.07	4.99	-2.06*	.04
ด้านเภสัชกรรม	36.61	4.25	36.81	5.09	-.38	.71
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	39.23	4.35	39.16	5.31	.14	.89
ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์	38.31	5.31	38.70	5.92	-.65	.51
รวมทุกด้าน	150.23	12.61	151.73	15.59	-.97	.33

* $p = < .05$

จากตาราง 5 พบว่า ผู้รับบริการที่มีการศึกษาต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ด้านเวชกรรมแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน

2.4. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง จำแนกตาม อายุ อาชีพและรายได้ของครอบครัว โดยใช้สถิติ F - test

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง จำแนกตามอายุ

การยอมรับการแพทย์	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านเวชกรรม	ระหว่างกลุ่ม	4	397.707	99.427	4.842 *	.001
	ภายในกลุ่ม	389	7987.859	20.534		
	รวม	393	8385.566			
ด้านเภสัชกรรม	ระหว่างกลุ่ม	4	108.158	27.040	1.312	.265
	ภายในกลุ่ม	389	8019.548	20.616		
	รวม	393	8127.706			
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	4	108.703	27.176	1.236	.295
	ภายในกลุ่ม	389	8551.645	21.984		
	รวม	393	8660.348			
ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์	ระหว่างกลุ่ม	4	301.237	75.309	2.057 *	0.42
	ภายในกลุ่ม	389	11686.035	30.041		
	รวม	393	11987.272			
รวมทุกด้าน	ระหว่างกลุ่ม	4	1000.495	250.124	1.337	.255
	ภายในกลุ่ม	389	72758.614	187.040		
	รวม	393	73759.109			

* $p < .05$

จากตาราง 6 พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรมและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน เมื่อพบความแตกต่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ้(Scheffe' Method) ได้ผลดังตาราง 7 – 8

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับให้บริการการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์ของผู้รับบริการด้านเวชกรรมที่มีอายุต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		31-40	< 30	41-50	51-60	> 60
	$\bar{X}$	(35.37)	(36.08)	(36.33)	(37.95)	(38.41)
31-40	35.37	-	.71	.97	2.59*	3.04*
< 30	36.08		-	.26	1.88	2.33
41-50	36.33			-	1.62	2.07
51-60	37.95				-	.45
> 60	38.41					-

*p < .05

จากตาราง 7 พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ 51 – 60 ปีและมากกว่า 60 ปี มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรมแตกต่างจากผู้รับบริการที่มีอายุ 31 – 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์
ของผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ที่มีอายุต่างกันเป็นรายคู่

อายุ		< 30	51-60	> 60	41-50	31-40
	$\bar{X}$	(37.22)	(37.46)	(37.56)	(39.12)	(39.19)
< 30	37.22	-	.25	.34	1.90	1.97
51-60	37.46		-	.09	1.66	1.73
> 60	37.56			-	1.56	1.63
41-50	39.12				-	.07
31-40	39.19					-

*p < .05

จากตาราง 8 พบว่า ผู้รับบริการทุกช่วงของอายุมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการยอมรับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง จำแนกตามอาชีพ

การยอมรับการแพทย์	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
ด้านเวชกรรม	ระหว่างกลุ่ม	22.2	7.978	3.989	.186	.830
	ภายในกลุ่ม	375	8049.186	21.464		
	รวม	377	8057.164			
ด้านเภสัชกรรม	ระหว่างกลุ่ม	22.2	63.028	31.514	1.484	.228
	ภายในกลุ่ม	375	7963.175	21.235		
	รวม	377	8026.204			
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	22.2	156.292	78.146	3.587*	.029
	ภายในกลุ่ม	375	8169.351	21.785		
	รวม	377	8325.643			
ด้านวิทยาศาสตร์	ระหว่างกลุ่ม	22.2	14.363	7.181	.230	.794
	ภายในกลุ่ม	375	11697.756	31.194		
	รวม	377	11712.119			
รวมทุกด้าน	ระหว่างกลุ่ม	22.2	229.126	114.563	.600	.549
	ภายในกลุ่ม	375	71627.946	191.008		
	รวม	377	71857.071			

*P < 0.5

จากตาราง 9 พบว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกันมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านการฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน เมื่อพบความแตกต่าง ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe' Method) ได้ผลดังตาราง

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์
ของผู้รับบริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพที่มีอาชีพต่างกัน เป็นรายคู่

อาชีพ	$\bar{X}$	ลูกจ้างและรับจ้าง (38.82)	ธุรกิจส่วนตัว (39.25)	รับราชการและรัฐวิสาหกิจ (39.28)
ลูกจ้างและรับจ้าง	38.82	-	.43	.45
ธุรกิจส่วนตัว	39.25		-	.02*
รับราชการและรัฐวิสาหกิจ	39.28			-

*p < 0.5

จากตาราง 10 พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านการฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างจากผู้รับบริการที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

การยอมรับการแพทย์ แปรปรวน	แหล่งความ	df	SS	MS	F	P
ด้านเวชกรรม	ระหว่างกลุ่ม	4	486.379	121.595	5.988*	.000
	ภายในกลุ่ม	389	7899.187	20.306		
	รวม	393	8385.566			
ด้านเภสัชกรรม	ระหว่างกลุ่ม	4	288.659	72.165	3.581*	.007
	ภายในกลุ่ม	389	7839.047	20.152		
	รวม	393	8127.706			
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	4	188.132	47.033	2.160	.073
	ภายในกลุ่ม	389	8472.216	21.779		
	รวม	393	8660.348			
ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์	ระหว่างกลุ่ม	4	406.358	100.00	3.360*	.010
	ภายในกลุ่ม	389	11586.913	29.786		
	รวม	393	11987.272			
รวมทุกด้าน	ระหว่างกลุ่ม	4	4362.098	1090.525	6.113*	.000
	ภายในกลุ่ม	389	69397.011	178.398		
	รวม	393	73579.109			

*p < 0.5

จากตาราง 11 พบว่าผู้รับบริการที่รายได้ต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรมและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่างกัน เมื่อพบความแตกต่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ ตามวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe ' Method) ได้ผลดังตาราง 12 - 14

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์
ของผู้รับบริการด้านเวชกรรมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

รายได้		5,000-10,000	15,001-20,000	> 20,000	10,001-15,000	< 5,000
	$\bar{X}$	(35.64)	(35.64)	(36.68)	(36.79)	(39.62)
5,000 -10,000	35.64	-	.01	1.04	1.15	3.97*
15,001-20,000	35.64		-	1.03	1.14	3.97*
> 20,000	36.68			-	.11	2.94*
10,001-15,000	36.79				-	2.83*
< 5,000	39.62					-

*p < .05

จากตาราง 12 พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเวชกรรม แตกต่างจากผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท ต่อเดือน มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท ต่อเดือน และมีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท ต่อเดือน

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์
ของผู้รับบริการด้านเภสัชกรรมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

รายได้		5,000-10,000	> 20,000	15,001-20,000	10,001-15,000	< 50,000
	$\bar{X}$	(35.81)	(36.70)	(36.87)	(36.93)	(39.00)
5,000-10,000	35.81	-	.90	1.06	1.12	3.19*
> 20,000	36.70		-	.17	.23	2.30
15,001-20,000	36.87			-	.06	2.13
10,001-15,000	36.93				-	2.07
< 5,000	39.00					-

*p < .05

จากตาราง 13 พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ด้านเภสัชกรรม แตกต่างจากผู้มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 5,000 –10,000 บาท

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

รายได้		5,000-10,000	> 20,000	15,001-20,000	10,001-15,000	< 50,000
	$\bar{X}$	(37.29)	(38.04)	(39.00)	(39.63)	(40.09)
5,000-10,000	37.29	-	.74	1.71	2.34	2.79
> 20,000	38.04		-	.96	1.60	2.05
15,001-20,000	39.00			-	.63	1.09
10,001-15,000	39.63				-	.45
< 5,000	40.09					-

*p < .05

จากตาราง 14 พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย มีขั้นตอนในการศึกษาและผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

ความมุ่งหมายในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง
2. เปรียบเทียบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว

สมมุติฐาน

1. ผู้รับบริการที่มี อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ทุกด้านแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลสุขภาพของสังคมไทย เกี่ยวกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ โดยมุ่งศึกษาดังนี้

1. ผู้มารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์เฉพาะโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการ 5 จังหวัดในภาคกลาง จำนวน 5 แห่ง เท่านั้น ได้แก่

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1.1 จังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล | คลินิกสุวรรณแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ |
| 1.2 จังหวัดนนทบุรี | ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย
สถาบันการแพทย์แผนไทย |
| 1.3 จังหวัดระยอง | โรงพยาบาลวังจันทร์ |
| 1.4 จังหวัดสุพรรณบุรี | โรงพยาบาลอู่ทอง |
| 1.5 จังหวัดสระแก้ว | โรงพยาบาลวังน้ำเย็น |

2. ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการที่มารับบริการครบวงจร กล่าวคือผู้รับบริการที่เคยมารับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ในด้าน เวชกรรม ด้านเภสัชกรรม ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ใช้กับผู้รับบริการ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามสถานภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ของการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1 ด้านเวชกรรม
- 2 ด้านเภสัชกรรม
- 3 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
- 4 ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

2. การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

2. สร้างข้อคำถามในแต่ละตอน ดังนี้

2.1. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพของผู้รับบริการ

2.2. การสร้างแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์โดยมีลักษณะเนื้อหาในแบบสอบถามสอดคล้องกับการนิยามศัพท์เฉพาะโดยมีข้อความทางบวกทุกข้อ

3. เสร็จแล้วเสนอต่อประธานกรรมการ กรรมการควบคุมจริยธรรม เพื่อพิจารณาและปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์

4. นำแบบสอบถามที่ประธานกรรมการ กรรมการควบคุม จริยธรรม ตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง เสร็จเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิที่มี

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์เฉพาะ ที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น เมื่อผู้เชี่ยวชาญแนะนำและให้ข้อเสนอแนะผู้วิจัยมาทำการปรับปรุงแบบสอบถาม ให้ถูกต้อง

5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข จนมีความสมบูรณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้รับบริการของโรงพยาบาลทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 50 คน ซึ่งมีไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลไปหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) และเลือกข้อที่มีค่า r ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ซึ่งมีค่าระหว่าง .2311 ถึง .7635 โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9078

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 394 ชุด พร้อมหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ครบวงจรด้วยตนเองและรับแบบสอบถามคืน จำนวน 394 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด และ ทุกชุดมีความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทำการทดสอบสมมุติฐานของผู้รับบริการที่มี เพศและระดับการศึกษา โดยใช้สถิติ t - test และทดสอบสมมุติฐานของผู้รับบริการที่มี อายุ อาชีพและรายได้ของครอบครัวโดยใช้สถิติ F-test กรณีถ้าพบผลการทดสอบมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ ตามวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe' Method)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้รับบริการที่มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า ผู้รับบริการมีการยอมรับอยู่ในระดับมากทุกด้าน

2. ผลการเปรียบเทียบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง พบว่า

2.1. ผู้รับบริการที่มีเพศ ต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ทั้งรายด้านและรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

2.2. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ด้านเวชกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบแตกต่างกัน

2.3. ผู้รับบริการที่มีอายุ ต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ด้านเวชกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า

2.3.1. ด้านเวชกรรม ผู้รับบริการ ที่มีอายุ 51 – 60 ปีและมีอายุมากกว่า 60 ปี มีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีอายุ 31 – 40 ปี

2.3.2. ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ผู้รับบริการทุกช่วงอายุ มีการยอมรับไม่แตกต่างกันโดยวิธีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe' Method)

2.4. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์ แผนไทยแบบประยุกต์ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบแตกต่างกัน โดยพบว่า ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจมีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว

2.5. ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรมและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า

2.5.1. ด้านเวชกรรม ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน มีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท ต่อเดือน ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัว 10,001 – 15,000 บาท ต่อเดือนและผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน

2.5.2.ด้านเภสัชกรรม ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน มีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน

2.5.3.ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัว ต่างกัน มีการยอมรับไม่แตกต่างกันโดยวิธีเปรียบเทียบเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe' Method)

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ผลการศึกษา การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลางอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระแสในการส่งเสริมฟื้นฟูการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชนให้หันกลับมาใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยรวมทั้งการรณรงค์ให้เห็นคุณค่าของสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นมรดกภูมิปัญญาของไทยและการใช้สมุนไพรอย่างแพร่หลายตามความต้องการของท้องถิ่นประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดยเน้นถึงความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพการบำบัดโรคที่เหมาะสมและกระจายไปยังผู้รับบริการอย่างทั่วถึง (ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย. 2535 : 5) ภาครัฐจึงกำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการและความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการที่ส่งเสริมให้มีการจัดรูปแบบของสถานบริการที่มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างมีคุณค่าและให้ความหมายในการรับใช้สังคมไทย อีกส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อเกี่ยวกับการยอมรับได้เคยปฏิบัติสืบต่อกันมารวมทั้งการยอมรับด้านสรรพคุณและความศรัทธาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกแก่ผู้มารับบริการในรูปของกำลังใจ โดยเกิดกำลังใจว่าตนเองได้รับการรักษาจากหมอผู้มีความสามารถโดยผ่านกระบวนการรักษาที่สามารถช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น (มะลิ ลีวนานนท์และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2534 : 85 – 87) ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพา อำนวยโชค (2530 : บทคัดย่อ ; อรุณศรี มงคลชาติ 2535 : บทคัดย่อ ; เสาวภา พรสิริพงศ์และคณะ 2539 : 12 – 21) ที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสมุฏฐานของโรค การตรวจวิธีการรักษาที่มีความผูกพันกับความเชื่อและพื้นฐานทางวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนโบราณของไทย ขณะที่กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์ (2542 : 86 – 90) พบว่า ผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ส่วนใหญ่ตัดสินใจมารับบริการด้วยตนเองเพราะมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการและความเชื่อมั่นในผลของการรักษาจากแนวคิดของโลอิส และมาร์แชล (Lois and Marshall. 1982 : 348 - 350) ได้กล่าวถึงการให้คุณค่าต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นในลักษณะที่ต้องการให้สุขภาพดีขึ้นอันเกิดจากความเชื่อของบุคคลที่ไวต่อความรู้สึกในเรื่องการเจ็บป่วย

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลางโดยจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว เพื่อตอบสนองสภาพของผู้รับบริการ ผู้วิจัยนำเสนอ ดังนี้

2.1. อายุกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ปรากฏผลเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ คือ ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการยอมรับแตกต่างกันซึ่งผลจากการศึกษาสอดคล้องกับรามอส (Ramos. 1981 :2311 - A) ได้ศึกษาการยอมรับนวัตกรรมทางการศึกษาของครูในโรงเรียนปอรัตรีกัน จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา พบว่า นักศึกษาที่มีอายุต่างกัน จะมีการยอมรับนวัตกรรมที่แตกต่างกัน เมื่อแยกพิจารณารายด้านพบว่า ผู้รับบริการด้านเวชกรรมที่มีอายุ 51 – 60 ปี และมากกว่า 60 ปี จะมีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีอายุ 31 – 40 ปี ทั้งนี้เพราะว่าผู้รับบริการที่มีอายุมากมีความเชื่อและศรัทธาในการตรวจรักษาและขั้นตอนในการตรวจวินิจฉัยโรคและสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวา อำนวยโชค (2530 :บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิเคราะห์บทบาทความของพระสงฆ์ในการรักษาพยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง พบว่า ผู้ทำการรักษาและผู้มารับบริการมีความผูกพันกับความเชื่อพื้นฐานทางวัฒนธรรมของการแพทย์แผนโบราณเกี่ยวกับสมุฏฐานของโรคและเช่นเดียวกับมะลิ ลิวานนท์และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2534 :85-87) ได้ศึกษาเรื่องระบบความคิดความเชื่อและพฤติกรรมการรักษาโรคกระดูกด้วยระบบแพทย์แผนโบราณ พบว่า ความเชื่อและกระบวนการรักษาที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาผสมผสานกับประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติทำให้การแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับระบบความคิดความเชื่อและวัฒนธรรมของคนในชุมชนเช่นเดียวกับหลักการทั่วไปของการแพทย์แผนไทยการสมดุลงแห่งสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิศักดิ์ เหลืองเวชการและคณะ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน พบว่า ผู้รับบริการเห็นประโยชน์จึงใช้บริการส่วนใหญ่จะมีอายุตั้งแต่ 60 ปีและจากการวิจัยของ อรุณศรี มงคลชาติ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะเลือกใช้การรักษาโดยยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่น และงานวิจัยของ อุมมาตี ธนผลผดุงกุล (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับ การแยกประเภทขยะมูลฝอยของผู้อาศัยในอาคารชุด พบว่า ผู้อยู่อาศัยที่มีอายุมากจะมีการยอมรับมากกว่าผู้อยู่อาศัยที่มีอายุน้อย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ดิเรก ฤกษ์หรราย (2528 : 95 – 96) ได้ศึกษาการนำการเปลี่ยนแปลง:เน้นกระบวนการแพร่กระจายนวัตกรรมและจากการศึกษาของ โพลเวลล์ (Powell. 1982 : 5245 - A) ได้ศึกษาวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ การของนักศึกษาที่เกี่ยวกับการยอมรับนวัตกรรม พบว่า บุคคลที่อายุน้อยจะมีการยอมรับนวัตกรรมมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก ในขณะที่งานวิจัยของกิตติพล สุวรรณ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความคิดของเกษตรกรผู้ปลูกถั่วเหลืองที่มีต่อแหล่งและประเภทข่าวสารในการยอมรับเทคโนโลยีการปลูก ถั่วเหลือง เขตอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ และจากการวิจัยของจริยาน้ำสกุล (2535 :162) ได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับของประชาชนต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมองตายของแพทย์สภาในการตัดสินใจการตาย พบว่า อายุที่ต่างกันไม่มีผลต่อการยอมรับ

2.2. เพศกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ปรากฏผล ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ คือ ผู้รับบริการที่มีเพศต่างกัน มีการยอมรับไม่แตกต่างกันโดยรวมทุกด้านทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้รับบริการในปัจจุบันมีความ เข้าใจในการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ว่าเป็นการนำบัตรรักษาโรคโดยใช้สมุนไพรและมีความ สนใจที่จะศึกษาเรียนรู้จึงเห็นว่าการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์เป็นประโยชน์และมีความ สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในสังคมไทยได้ระดับหนึ่งซึ่งสามารถรองรับและแบ่งเบา ภาระทางด้านบริการของแพทย์แผนปัจจุบัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ อรทัย รวยอาจิณและกาญจนา แก้วเทพ (2523 : 74) ที่ได้ศึกษา บทบาทของแพทย์แผน โบราณ พบว่า คนไข้ของหมอโบราณมิใช่ประชาชนกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดแต่เป็นทุกเพศทุกวัยที่มาใช้ บริการแผนโบราณปรากฏผลการวิจัยขัดแย้งกับงานวิจัยของ อลงกรณ์ เหล่างาม (2534 : 1) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ของชาวบ้านในหมู่บ้านเทคโนโลยี โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชนบทในหมู่บ้านเทคโนโลยีของกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และพลังงาน เอื้อมพร สุวรรณไตรย์ และ ประจวบ รักแพทย์ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา พฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยที่สถานพยาบาลบวรนิเวศโบราณ เวชกรรม พ.ศ. 2527- 2535 ในโครงการวิจัยแผนงานพัฒนาแพทย์แผนไทย และอรุณศรี มงคลชาติ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณ และยาสมุนไพรของประชากรไทยพบว่าการใช้แผนโบราณหรือการให้บริการการแพทย์แผนไทย เพศหญิงจะมีการยอมรับมากกว่า เพศชาย ขณะที่มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ ศึกษาการใช้ยาพื้นบ้านในการรักษาอาการอุจจาระร่วงของประชาชน พบว่า เพศต่างกันจะมีการ ยอมรับการใช้ยาพื้นบ้านแตกต่างกัน

2.3. ระดับการศึกษากับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของ ผู้รับบริการในภาคกลาง ปรากฏผลเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้เฉพาะด้านเวชกรรม คือ ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการยอมรับแตกต่างกันทั้งนี้เพราะการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์เป็นวิธีการตรวจรักษาโรคที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ที่มาจากสมผสานระหว่าง แพทย์แผนโบราณกับแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อให้มีขีดความสามารถในการให้บริการต่อความ ต้องการของผู้รับบริการได้ในปัจจุบันประกอบกับผู้รับบริการเคยมีประสบการณ์ในการรักษามาก่อนและจากงานวิจัยของ เอกพงศ์ วรกุล (2532 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการปลูกดอกไม้เพื่อเป็นรายได้เสริมของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่ ฤดีกรณ ญาณสังวรชัย (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับของเกษตรกรในการทดลองใช้สมุนไพร ทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดแมลง และ ชุติมา อึ้งภากรณ์ (2539 : 112) ได้ศึกษาการยอมรับ การใช้สินค้าที่ผลิตจากวัสดุที่ใช้แล้วประเภทกระดาษของแม่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า

ระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีการยอมรับที่แตกต่างกัน ขณะที่ สุวรรณิ สิมากรพินท์ (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีการปลูกถั่วเหลืองหลังการทำนาของเกษตรกร พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อการยอมรับ

2.4. อาชีพกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ปรากฏผลเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกันจะมีการยอมรับแตกต่างกัน ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการ และรัฐวิสาหกิจจะมีการยอมรับมากกว่าอาชีพอื่นทั้งนี้เพราะการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กันในการรักษาของแพทย์แผนไทย เพื่อป้องกันไม่ให้จิตใจเจ็บป่วยตามร่างกายไปด้วย ดังนั้นเมื่อผู้รับบริการ ได้รับการบำบัดทางใจแล้วก็ย่อมส่งผลมาถึงการบำบัดทางกายด้วย เมื่อผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในการใช้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์และเห็นคุณค่าของประโยชน์จากการนวด อบสมุนไพรประคบสมุนไพร ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิต ก็มีความยินดีเต็มใจที่ใช้บริการจากเหตุผลข้างต้นมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมทรง ญ นคร (2532 : 48) ได้ศึกษาการพัฒนาสมุนไพรไทยและการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านไทย พบว่าประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งยอมรับหมอมสมุนไพรพื้นบ้านว่ามีความสามารถในการรักษาโรคเท่าเทียมกับหมอแผนปัจจุบันและสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลาสินี วงศ์ประเสริฐ (2529 : 56) ได้ศึกษาการยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตกรุงเทพมหานคร ประจวบ รักแพทย์และศศิธร พลमुख (2535 : 51 – 59) ได้ศึกษาการประเมินผลการให้บริการรักษาพยาบาลบรรณนิเวศโบราณเวชกรรม พ.ศ. 2530 - 2534 พบว่า กลุ่มอาชีพรับราชการมีการยอมรับสูงที่สุด และปิยรัตน์ นิมสกุล (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการยอมรับการนำผักปลอดสารพิษมาบริโภคของแม่บ้านในกรุงเทพมหานคร และอดิศักดิ์ เหลืองเวชการ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน โรงพยาบาลอุ้มทอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกันก็มีการยอมรับแตกต่างกัน

2.5. รายได้ของครอบครัวกับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ปรากฏผลเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรมและวิทยาศาสตร์ประยุกต์ทั้งนี้เพราะรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นในการเลือกใช้บริการในการดูแลสุขภาพและมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการยอมรับ (วีระ เกศะรักษ์. 2535 : 115 – 116) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วรวิทย์ (Woravit.1971 : 55) ได้ศึกษาการยอมรับวิทยาการแผนใหม่ของชาวสวนยางกลุ่มหนึ่งในประเทศมาเลเซีย ; กานดา ธรรมปรีชา (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการอยู่อาศัยในเคหะสงเคราะห์ แบบแฟลต , มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการใช้ยาพื้นบ้านในการรักษาอาการอุจจาระร่วงของประชาชน ; ชัยณรงค์ กาพมณี

(2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการใช้พันธุ์ข้าวจากประเทศมาเลเซียในการทำนาปรังของเกษตรกรตามทัศนะของเกษตรกรและเจ้าหน้าที่ส่งเสริมการเกษตรในจังหวัดปัตตานี ; อุมาดิธณผลผดุงกุล (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยของผู้ที่อยู่อาศัยในอาคารชุด พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในอาคารชุดมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงหรือรายได้สูงมีการยอมรับมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ขณะเดียวกันผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน จะมีการยอมรับมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท ต่อเดือน และมากกว่า 20,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญยมาศ บุญใจเพชร (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบันที่วชิรพยาบาล (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพระพุทธศาสนาและการรักษาพยาบาลวิเคราะห้บทบาทของพระสงฆ์ในการรักษาพยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง และอรุณศรี มงคลชาติ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย พบว่า ผู้มีรายได้ต่ำจะเลือกใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพรมากกว่าผู้มีรายได้สูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลของการวิจัย

1.1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง ทบวงหรือกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในการดูแลสุขภาพของประชาชนน่าจะนำปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจต่อการโน้มน้าวใจให้เกิดการยอมรับโดยการให้ความสำคัญในการให้ข่าวสารด้านเวชกรรม,ด้านเภสัชกรรมและด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ด้วยการใช้สื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อการโน้มน้าวใจอย่างต่อเนื่องให้เกิดการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ต่อไป

1.2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้มีการนำวิทยาการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์มาใช้อย่างเหมาะสมและจริงจัง โดยเฉพาะสนับสนุนให้สามารถเปิดบริการอย่างทั่วถึง เพื่อเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะพึงพาได้และเป็นการผสมผสานในการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรนำการศึกษาครั้งนี้ไปขยายพื้นที่ในการศึกษาให้ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ

2.2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อแสวงหาแนวทางในการฟื้นฟูและพัฒนาบทบาทของการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ให้เป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาคอขวดของประชาชนอย่างทั่วถึง

2.3. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลในด้านประสิทธิภาพของการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ อยู่วงศ์. (2541). *การศึกษาการยอมรับของเกษตรกรในการปลูกผักปลอดสารพิษ*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สิ่งแวดล้อมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กานดา ธรรมปรีชา. (2526). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการอยู่อาศัยในเคหะสงเคราะห์แบบแฟลต (ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้อยู่อาศัยที่เคยและไม่เคยอยู่ในชุมชนแออัดมาก่อน)*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กิตติพล สุวรรณ. (2535). *ความคิดเห็นของเกษตรกรผู้ปลูกถั่วเหลืองที่มีต่อแหล่งและประเภทของข่าวสารในการยอมรับเทคโนโลยีการปลูกถั่วเหลือง เขตอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ทษ.ม. (ส่งเสริมการเกษตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีการเกษตรแม่โจ้. ถ่ายเอกสาร.
- กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์. (2542). *การใช้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ วศ.ม. (บริหารสาธารณสุข).กรุงเทพฯ. : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลธน ธนาพงศธร. (2530) *ประโยชน์และการบริการ*. พิมพ์ครั้งที่7 นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- กุลสุมา ชูศิลป์ และคณะ. (2532). *สภาพและปัญหาการแพทย์แผนไทยโบราณและกลวิธีพัฒนาในงานสาธารณสุขมูลฐาน*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ถ่ายเอกสาร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2529). *สภาพความนิยมในการรักษาแบบพื้นบ้านโดยการใช้สมุนไพรของชุมชนในเขตอำเภอชุมพวง*. รายงานการวิจัย. นครราชสีมา : โรงพยาบาลชุมพวง.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2533). *"ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท" พฤติกรรมสุขภาพ*. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ บรรณาธิการ, กรุงเทพฯ : ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- . (2535). *คืนสุขภาพแก่ประชาชน*. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- คณะกรรมการการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสูงเนิน. (2534). *การพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์ไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา*. นครราชสีมา : โรงพยาบาลสูงเนิน
- คณะกรรมการและอาจารย์สมาคม. "โรงเรียนแพทย์แผนโบราณในประเทศไทย." (2522). *คู่มือการศึกษาเวชกรรม*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัดพระเชตุพนฯ
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2539). "แผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุข, " ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จริยา นาสกุล. (2535). *ทัศนคติและการยอมรับของประชากรต่อการใช้เกณฑ์วินิจฉัยสมรรถภาพของแพทย์สภาในการตัดสินใจการตาย* วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การบริหารสาธารณสุข).นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรีวัตร คมพยัคฆ์และคณะ. (2539). *ลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย*. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : อัดสำเนา.
- เจลิยว บุรีภักดี. (2524). *สถานการณ์ใช้พลังงานในชนบทไทย*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษาและฝึกอบรมการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กองส่งเสริมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- ชัยณรงค์ กาพมณี. (2533). *การใช้พันธุ์ข้าวจากประเทศมาเลเซียในการทำนาปรังของเกษตรกรตามธรรมชาติของเกษตรกรและเจ้าหน้าที่ส่งเสริมการเกษตรในจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ ทย.ม. (ส่งเสริมการเกษตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีการเกษตรแม่โจ้. ถ่ายเอกสาร.
- ชุติมา อึ้งภากรณ์. (2539). *การยอมรับการใช้สินค้าที่ผลิตจากวัสดุที่ใช้แล้วประเภทกระดาษของแม่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐนันท์ เฉลิมวงศาเวช. (2535). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการอยู่อาศัยในคอนโดมิเนียมของชาวกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ น.ศ.ม. (การประชาสัมพันธ์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- ดิเรก ฤกษ์หรรษา. (2528). *การนำการเปลี่ยนแปลง : เน้นกระบวนการแพร่กระจายนวัตกรรม*.
กรุงเทพฯ : โครงการตำราพัฒนาชนบท สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เด่นดาว ศิลปานนท์. (2542). *"ภูมิปัญญาไทยในการแพทย์แผนไทย"*. ในภูมิปัญญาและเทคโนโลยีท้องถิ่น หนังสือประกอบนิทรรศการพิเศษเนื่องในวันอนุรักษ์มรดกไทย
ณ พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติพระนคร. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเผยแพร่และประชาสัมพันธ์
สำนักงานเลขาธิการกรมศิลปากร.
- ดาบทิพย์ ฐิติพงษ์พาณิชย์. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม
ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์
วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) . นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- หนู ชื่นฟูฉิม. (2525). *การยอมรับเทคโนโลยีการปลูกถั่วเหลืองหลังการทำนาของเกษตรกรบ้าน
แม่ใจ ตำบลบ้านแปะและบ้านบวกหม้อ ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*.
วิทยานิพนธ์ ทษ.ม. (ส่งเสริมการเกษตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย
สถาบันเทคโนโลยีการเกษตรแม่ใจ. ถ่ายเอกสาร.
- ทอง บุญยศ (บรรณาธิการ). (2535). *ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน : กรณี
ศึกษาจังหวัดสุรินทร์*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิพย์วรรณ ขวัญศรีสุทธิ. (2540). *การยอมรับการใช้อุปกรณ์ประหยัดไฟฟ้าของประชาชนใน
กรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีอุปกรณ์ประหยัดไฟฟ้าโครงการประชาชนร่วมประหยัด
ไฟฟ้า การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ส.ค.ม. (สิ่งแวดล้อม).
นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์สุดา เณรทอง. (2534). *การเลือกใช้บริการรักษาโรคแบบพื้นบ้านและปัจจุบัน : กรณีศึกษา
วัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.
(วัฒนธรรมศึกษา) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทิวา ธรรมอำนายโชค. (2530). *พระพุทธศาสนาและการรักษาพยาบาลวิเคราะห์บทบาทของ
พระสงฆ์ในการรักษาพยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง*.
วิทยานิพนธ์ อ.ม.(ศาสนาเปรียบเทียบ) นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

- รัชชัย แสงสินแก้ว. (2527). *การถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชนบท*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธารา อ่อนชมจันทร์ และ วิราพร ใจกล้า. (2536). *ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ : กรณีศึกษาการรักษากระดูกหักของหมอมือเมืองและการดูแลสุขภาพครรภ์ของชาวอาข่า*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
- นรินทร์ พัฒนพงศา. (2529). *การยอมรับวิทยาการแผนใหม่กับการเผยแพร่ความรู้ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการใช้สื่อทางไกลทางงานส่งเสริมการเกษตร.หน่วยที่ 1-7* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิพนธ์ แจ้งเยี่ยม. (2541). *จิตวิทยาสังคม*. ภูเก็ต : คณะครุศาสตร์ วิทยาลัยครูภูเก็ต.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์. (2543). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ. : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญสม วราเอกศิริ. (2529). *หลักวิธีการส่งเสริมการเกษตร*. พิมพ์ครั้งที่ 2 : เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์ภาควิชาส่งเสริมการเกษตร สถาบันเทคโนโลยีเกษตรแม่โจ้.
- บุษยมาส บุญใจเพชร. (2526). *การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน*. วิทยานิพนธ์ สด.ม.(สังคมศาสตร์การแพทย์) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุษยมาส สินธุประมาและจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี. (2534). *การแพทย์แผนไทยในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพเชียงใหม่.
- เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ. (2523). *ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยามนุษยวิทยาการแพทย์*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศรีอนันต์.
- (2529). *ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยามนุษยวิทยาการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- เบญจา ยอดดำเนิน. (2536). *แนวคิดและเทคนิคการศึกษาการแพทย์พื้นบ้านและการดูแลรักษาตนเองแบบพื้นบ้านในวิชาการเรื่อง การวิจัยทางการแพทย์พื้นบ้าน*. นครปฐม : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประจวบ รักแพทย์และศศิธร พลมุข. (2535). *การประเมินผลการให้บริการรักษาพยาบาล
บริเวณเขตโบราณเวชกรรม พ.ศ. 2530 - 2534 ในโครงการวิจัยแผนงานพัฒนาแพทย์
แผนไทย*. กรุงเทพฯ. : มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ.
- ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ. (2540). *การดำรงอยู่และปรับเปลี่ยนของระบบการแพทย์พื้นบ้าน :
กรณีศึกษาการใช้สมุนไพรในจังหวัดพิษณุโลก*. ปริญญาโท กศ.ด. (พัฒนศึกษา
ศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประยุทธ์ ประยุกต์โต. (2533). *พุทธศาสนาสุขภาพในพฤติกรรมสุขภาพ* กรุงเทพฯ :
ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข.
- ประวัฒน์ อุตตะโมทย์. (2540). *เทคนิคก้าวล้ำหน้าด้านบริการสารสนเทศองค์การโทรศัพท์แห่ง
ประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : กองการพิมพ์ องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย.
- ประเวศ วะสี และคณะ. (2542). *"พหุวัฒนธรรมจะมีทางเลือก,"* มูลนิธิหมอชาวบ้าน.มูลนิธิชีวจิต.
กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด(มหาชน).
- ปรีชา เวสารัชช. (2526). *องค์การกับลูกค้า*. กรุงเทพฯ. : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีชา อุปโยคิน. (2528). *ระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย*.ในเอกสารการสอน
ชุดวิชาสังคมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หน่วยที่ 1 - 8 นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช.
- . (2533,สิงหาคม). *"มานุษยวิทยากับระบบการแพทย์และสาธารณสุข"* วารสาร
สังคมศาสตร์การแพทย์. 6 (1) : 16-32.
- ปรีชา อุปโยคิน และ เสาวภา พรศิริพงษ์. (2540). *การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ*.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปรีชา อุยตระกูล และคณะ. (2532). *บทบาทหมอพื้นบ้านในสังคมชนบทอีสาน*. รายงานการวิจัย.
สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปัญญา หิรัญศรี. (2529). *ความรู้พื้นฐานการส่งเสริมการเกษตร*. นนทบุรี : มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช.

- ปิยรัตน์ นิมสกุล. (2539). *การยอมรับการนำผักปลอดสารพิษมาบริโภคของแม่บ้านใน กรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีเขตดอนเมือง*. วิทยานิพนธ์ ส.ศ.ม. (สิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ผาณิต กันตาคม. (2538). *เอกสารประกอบการบรรยายศิลปการให้บริการหน่วยวิชาการตลาด สำหรับผู้บริหาร กองวิชาการจัดการ*. กรุงเทพฯ. : กองการพิมพ์ องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย.
- พระยาพิศณุประสาธเวช. (2531). *เวชศึกษา.แพทยศาสตร์สังเขป เล่ม 1,2,3* . กรุงเทพฯ : ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- พัชรี ศรีเมือง. (2542). *ผลกระทบของการแพทย์แผนไทยต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชนบท*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (รัฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ. (2530). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่ง ในภาคอีสาน*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิศมัย กระแสอินทร์. (2518). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการปลูกพืชหมุนเวียนของเกษตรกรจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ กษ.ม.(ส่งเสริมการเกษตร) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พิสิฐ บุญไชย. (2542). " *ความรู้ ความเชื่อ ในการใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพของชาวภูไท จังหวัดยโสธร*." รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม : ถ่ายเอกสาร.
- พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค. (2535). *การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2534). *สังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพร*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2537). *ประมวลทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เล่ม 1*. พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- (2544). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วยในระบบบริหารสาธารณสุขของรัฐ* สถาบันการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญและคณะ. (2538). "การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย," ในการสัมมนาวิชาการการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย. โครงการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย. ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. 10 -13 มีนาคม . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ..
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2536). *บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน*. วิทยานิพนธ์ ศส.ม. (ประชากรศาสตร์). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรา นิคมานนท์. (2539). *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัย*. กรุงเทพฯ : อักษราพิทักษ์.
- ภารดี ศิริบุรี. (2525). *องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้นวัตกรรมทางการสอนของครูอาจารย์วิทยาลัยครูกลุ่มนครหลวง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การประถมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี เปาประดิษฐ์. (2530). *การศึกษาการใช้ยาพื้นบ้านในการรักษาอาการอุจจาระร่วงของประชาชน*. วิทยานิพนธ์. วท.ม.(วิทยาการระบาด).นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มะลิ ลีวนานนท์ชัยและกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2534). *ระบบความคิดความเชื่อและพฤติกรรมการรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. นครปฐม : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). *แนวคิดและการพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง : ทิศนะทางสังคมวัฒนธรรม*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์). (2535). *ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับอนุรักษ์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

----- (2539). *ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับพัฒนาตอนที่ 2*
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สี่ไทย.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข,
กระทรวง. (2531, 12 - 15 กันยายน). *การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1*
ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

แมนมาส ขวลิต. (2529). *ปรัชญาและแนวทางในการให้บริการห้องสมุดมหาวิทยาลัย.*

การสัมมนาทางวิชาการ "เรื่องบทบาทของสำนักหอสมุดกลางต่อการบริหารทางวิชาการ
ณ โรงแรมรามารีเวอร์แคว จังหวัดกาญจนบุรี 31 พฤษภาคม - 2 มิถุนายน." กรุงเทพฯ
: สำนักหอสมุดกลางมหาวิทยาลัยรามคำแหง.

รวีวรรณ ชินะตระกูล. (2538). *วิธีวิจัยการศึกษา.* กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.

รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์. (2535). *ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์:
ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ภาคนิพนธ์*
(ศิลปศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีสังคมเกริก.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2531). *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
อักษรเจริญทัศน์.

ฤดีกรณ์ ญาณสังวรชัย. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับของเกษตรกรในการใช้สมุนไพร*
ทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดแมลง: ศึกษากรณีอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี.
วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. กองบรรณาธิการ. (2533). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแล*
สุขภาพตนเอง. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลือชัย ศรีเงินยวง และ ปรีชา อุปโยคิน. (2533). *" พหุลักษณะของระบบการแพทย์ในภาคกลาง*
และการเปลี่ยนแปลง. ในพฤติกรรมสุขภาพ ". ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. นครปฐม.
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาทีณี บุญชะลิกษ์. (2530). *รูปแบบการเลือกใช้บริการรักษาของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2541). *การปฏิบัติเชิงปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- วิลาวัลย์ ภูมั่ง. (2539). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์*. ปริญญาโท วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิลาสินี วงศ์ประเสริฐ. (2529). *การยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วีระ เกษะรักษ์. (2535). *การยอมรับการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วุฒไกร บัวผัน. (2535). *การยอมรับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิรินันท์ ทิมคำ. (2540). *การศึกษาระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย : กรณีศึกษาสถานพยาบาลและสมาคมแพทย์แผนโบราณในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (วัฒนธรรมศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทย. (2535). “แนวคิดนโยบายและความก้าวหน้าของการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ” สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ . เอกสารอัดสำเนา
- สมทรง ณ นคร. (2532). “การพัฒนาสมุนไพรและการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านไทย”. ในสภาวะการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านไทย : มิติทางสังคมและวัฒนธรรม. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สมพร หิรัญรามเดช. (2535). *การสำรวจการใช้สมุนไพรของแพทย์แผนโบราณ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์เกษตร.
- .(2542). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยสมุนไพรกับการแพทย์แผนไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สรใจ แสงวิเชียร,บรรณาธิการ. (2531). *ศิริราชร้อยปี : ประวัติและวิวัฒนาการ*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิคตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. กรมการแพทย์ (ม.ป.ป.). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการรักษาโรค*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2537). *ทัศนคติที่เกี่ยวกับทิศทางการวิจัย : ด้านปรัชญา และทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนไทยในรายงานการประชุมการวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2538). *สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2539). *การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- . (2540). *การแพทย์แผนไทยสายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุจินดา ดุจาร์วณิช. (2535). *การปรับบทบาทของหมอพื้นบ้านในชุมชนไทยลาว จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ สด.ม.(มนุษยวิทยาประยุกต์). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- สุนทรี วิทยานารถไพศาล. (2538,10 - 13 มีนาคม). *อุตสาหกรรมยาไทย*. การแพทย์แผนไทย : ภูมิปัญญากับการประยุกต์ใช้ในสังคมไทย ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ : ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์
- สุพจน์ อัครพันธุ์ธนกุล. (2532). " *เภสัชกรกับการพัฒนาสมุนไพร* ". ใน *สมุนไพรไม่ใช่ยาหม้อ* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุภาพร อาษากิจและคณะ. (2538). *การศึกษาภูมิปัญญาและศักยภาพหอมพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพประชาชน จังหวัดบุรีรัมย์ กรณีศึกษา : หอมไผ่สาสตร์ หอมน้ำมัน หอมสมุนไพร และ หอมอวดไทย*. รายงานการวิจัย. บุรีรัมย์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- สุรเกียรติ์ อาษานานภาพ. (2530). *"สถานการณ์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน " การแพทย์แผนไทย : ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เอช เอน สเตชั่นนารี และการพิมพ์.
- สุรัตน์ วรางค์รัตน์. (2533). *"การศึกษาเรื่องการรักษายาบาลแบบพื้นบ้านของชนกลุ่มน้อยในภาคอีสานเหนือ"*. ในพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณณี สิมะกรพันธ์. (2527). *การยอมรับเทคโนโลยีทางการเกษตรของเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่เนื้อ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ กษ.ม.(ส่งเสริมการเกษตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคนอื่น ๆ. (2538). *ระบบยาของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ. : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- เสมอ พริ้งพวงแก้ว. (2538). *การแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกาภิวัตน์..ในการสัมมนาวิชาการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.
- เลาวคณธ์ สุดสวาท. (2526, กุมภาพันธ์-มีนาคม). *"การย้ายถิ่นและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม"*. วารสารข่าวสารเกษตรศาสตร์. 28 (1) : 47 - 58.
- เลาวภา พรสิริพงษ์. (2539). *ขั้นตอนการรักษาโรคของหอมสมุนไพรในการสัมมนาวิชาการการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.
- แสงอรุณ ทองแดง. (2537). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้สารจากสะเดาควบคุมแมลงศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ส่งเสริมการเกษตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- หทัย ชิตานนท์. (2537,กรกฎาคม-กันยายน). *รายงานพัฒนาการโลก พ.ศ. 2536 : การลงทุนด้านสาธารณสุข(1)*. การวิจัยระบบสาธารณสุข. 2 (3) : 23.

อภิชัย พรหมพิทักษ์กุล. (2540). *ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการมาใช้บริการและการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานของการท่าอากาศยานที่มีการรื้อระบบและทีมไม่มีการรื้อปรับระบบ*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (รัฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ และ คณะ. (2535). *การวิจัยเพื่อการพัฒนา รูปแบบผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี*. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เซ็นทรัลมีเดีย.

อรรถัย รวยอาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ. (2523). *บทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย*. รายงานการวิจัย. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณศรี มงคลชาติ. (2535). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(วิจัยประชากรและสังคม) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.

อลงกรณ์ เหล่างาม. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ของชาวบ้านในหมู่บ้านเทคโนโลยี โครงการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชนบทในหมู่บ้านเทคโนโลยีของกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและพลังงาน*. วิทยานิพนธ์ วส.ม.(ส่งเสริมการเกษตร) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.ถ่ายเอกสาร.

อวย เกตุสิงห์. (2532). *อายุรเวท*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สามเจริญพานิช.

อาทร ธีวไพบูลย์และคณะ. (2535). *การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม*. รายงานการวิจัย. เอกสารด้านการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : สี่แควการพิมพ์

อำนวย คงมีสุข. (2538). *เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรศิลปการบริหารและการบังคับบัญชาผู้บริหารรุ่นที่ 69*. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมศึกษาและบริการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. อัดสำเนา.

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. (2536). *รายงานพิธีเปิดสถาบันการแพทย์แผนไทย*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

อุมาดี ธนผลผดุงกุล. (2538). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการแยกประเภทขยะมูลฝอยของผู้ที่อยู่อาศัยในอาคารชุด กรณีศึกษาผู้อยู่อาศัยในอาคารชุดในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม). นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

เอกพงศ์ วรกุล. (2532). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการปลูกไม้ดอกเพื่อเป็นรายได้เสริมของเกษตรกรในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ วท.ม (ส่งเสริมการเกษตร). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

เอื้อมพร สุวรรณไตรย์และประจวบ รักแพทย์. (2535). *การศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยที่สถานพยาบาลบวรนิเวศโบราณเวชกรรม พ.ศ. 2527 - 2535 ในโครงการวิจัยแผนงานพัฒนาแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ. : มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ฯ.

Alavi, M. and Joachimsthaler, E. (1992). Revisiting DSS implementation research : A meta – analysis of the literature and suggestion for researchers. MIS Quarterly. 16 (1) : 95 - 116.

Bannerman, Robert H, John Burton, and Wenchich. (1983). " *Traditional Medicine and Health Care Coverage a Reader for Health Administrators and Practitioners* ". : WHO / HQ.

Cronbach,lee W. (1970). *Essential of Psychological Testing*. 3rd ed.New York : Mcmillan.

Elster, Jon. (1986). *Rational Choice*. Oxford : Basil Blackwell Ltd.

Fabrega, H. (1980 ,December). " Toward, a Model of Illness Behavior, " *Medical care*. 11(8) : 470 – 478.

Foster, Auderson. (1978). *Medical Anthopology..* New York : John willer & Son Inc.

Foster, M. (1973). *Traditional Societies and Technological Change*. New York : Haver and Row Publicher.

- Hindess, Barry. (1988). *Choice Rationality and Social Theory*. London : Urwinhyman Ltd.
- Katz and Danet Breuda. (1973). *Bureaucracy and The Public*. New York : Basic Book , Inc.
- Klouglan, B.E. and E.W.Coward Jr.. (1970). "The Concept of Symbolic Adoptions : A Suggested Interpretation," *Rural Sociology*. 35(6) : 77 - 83.
- Likert,Rensis. (1967). *The Human Organization : Is Management and Values*. New York : Mcgraw Hill Book Company.
- LOIS A. Maiman , Marshall H. Beeker (1974, Winter). "The Health Belief Model : Origina and Corretates in Psychological Theory Health Education Monograph. " 2(4) : 348.
- Nunez, Ann Raquel. (1978,February). "Variables Influencing Teacher Perception of Educational Innovation," *Dissertation Abstracts International*. 36 (13) : 4460 - A
- Powell, Lou G. (1982, June). "An Analysis of Research Education' Degree of Implementatiion and Concerns Ralated to Adoption of An Innovation," *Dissertation Abstracts International*. 42(12) : 5245 - A
- Ramos, Ortiz and Lusi Angel. (1981,November). "Receptivity of Puerto Rican School Teacher to Four Proposed Innovation : an Examination of Risk Theory," *Dissertation Asbtracts International*. 42(15) : 2311 - A
- Robertson, T.S. (1971). *Innovative Behavior and Communication*. New York : Holt.
- Roger, Everett M. and F.F. Shoemaker. (1971). *Communication. of Innovations. : A Cross Cultural Approach*. New York : The Free Press.
- Roger, Everett M. and F.F. Shoemaker. (1983). *Diffution of Innovations*. 3rd ed. New York : The Free Press.
- Schneider, H.K. (1974). *Economic Man*. New York : The Free Press.

- Spitzer, Roxane B. (1988). "Meeting Consumer Expectation," *Nursing Administration Quarterly : Aspent Publishers*. 12 (3) : 66.
- Stockdill, S.H. and Morehouse, D.L. (1992). "Critical Factors in Successful Adoption of Technology : A checklist of TDC finding S " *Educational Technology*. 32 (1) : 57 - 58.
- Suchitra Punyaratabandhu - Bhakdi , et al. (1986). Delivery of Public Services in Asian Counties : Cases in Development Administration. Bangkok : Thammasat University Press.
- William,L.H.,Grillbert, D, & Birkhead,G.(1977). Equity in local Service distribution. Public Administration Review.
- Woravit, Withyapiman. (1971). *Factor Associated with the Adoption of Agricultural Practise by of Rubber Farmers Village of Paya' Uas, Malasia*. Master 's Thesis, Louisian State University Photocopied.
- Yamane, Tora. (1973). *Statistis, An introductory analysis*. New York : Harper & Row,Publishers,Inc.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความร่วมมือและแบบสอบถามในการวิจัย

ม 1012/ 3060



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

10 สิงหาคม 2544

1. ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

1. ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตรดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา
ดำเนินการเสนอเค้าโครงปริญญานิพนธ์ ในหัวข้อเรื่อง “การยอมรับภูมิปัญญาไทยสาขการแพทย์แผนไทย
ประยุกต์” ในการเสนอเค้าโครงปริญญานิพนธ์เรื่องนี้ มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ที่เป็นปัจจุบัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 – 2543 ดังนี้

1. จำนวนองค์กรที่แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์สังกัดแต่ละจังหวัด
2. จำนวนแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ที่ปฏิบัติงานในแต่ละองค์กร
3. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์แต่ละองค์กร

บัณฑิตวิทยาลัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้สำรวจข้อมูลดังกล่าว
เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทร. 258-4119



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทม 1012/ ๗516

วันที่ 15 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ กิติมา ปรีดีคิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำ ปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนันท์ ศลโกสุม เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบทดสอบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ 7513



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/ 5 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจริญพัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ กิติมา ปรีดีคิลิก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ถัศฉาย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวมาลี เจริญพัฒนพงศ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7514



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ กิติมา ปรีดีคิลิก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบทดสอบการยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7512



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางสาวมาลี .แจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ กิตติมา ปรีดีดิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบการยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวมาลี .แจ้งวัฒนพงศ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกร หนะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7515



114

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี ชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิติระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ กิติมา ปรีดีคิดิก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำ ปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวทวิทย์ ภู่อุณณา พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบทดสอบการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรณ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7454



115

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ กิติมา ปรีดีดิถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำ ปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้มารับ บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบการยอมรับ การให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย ในระหว่าง เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้เก็บข้อมูล ในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ ๑๐๗๕



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลคลินิกสุวรรณแพทย์แผนไทยประยุกต์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์กิติมา ปรีดีคิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้รับบริการ จำนวน 23 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ประเทศไทย ในระหว่างเดือนธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/5074



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์กิติมา ปรีดีคิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้รับบริการ จำนวน 232 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย ในระหว่างเดือนธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 5076



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังจันทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์กิติมา ปรีดีคิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้รับบริการ จำนวน 26 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ประเทศไทย ในระหว่างเดือนธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/๑๐๖๖



119

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๓ ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์กิติมา ปรีดีคิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้รับบริการ จำนวน 62 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ประเทศไทย ในระหว่างเดือนธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 คอ 5C18, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ ๕๐๖๘



120

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการในภาคกลาง ประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์กิติมา ปรีดีคิลก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้รับบริการ จำนวน 51 คน ตอบแบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ ในภาคกลาง ประเทศไทย ในระหว่างเดือนธันวาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

ภาควิชาการบริหารการศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2 ธันวาคม 2545

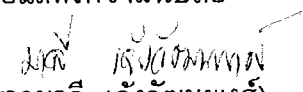
เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้รับบริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ทุกท่าน

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวมาลี เจ่งวัฒนพงศ์ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอก การบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ทำการวิจัยเรื่อง " การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ " เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์แก่ผู้มารับบริการต่อไป

ในการนี้ ดิฉันเห็นว่าท่านเป็นผู้หนึ่ง ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การสรุปผลการวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ตรงความเป็นจริง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความกรุณาของท่าน คำตอบของท่านถือเป็นความลับและจะไม่กระทบกระเทือนต่อผู้ใดทั้งสิ้น ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามจากท่าน ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรงและขอขอบคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(นางสาวมาลี เจ่งวัฒนพงศ์)

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกการบริหารการศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง การยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ของผู้รับบริการ
ในภาคกลาง ประเทศไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ใช้เฉพาะเพื่อการเก็บข้อมูลทางการศึกษาของนักศึกษาปริญญาโท
สาขา การบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ แบ่งออกเป็น 4
ด้าน ได้แก่

1. ด้านเวชกรรม
2. ด้านเภสัชกรรม
3. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
4. ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงตรงข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี เดือน

2. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

3. ระดับการศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. อาชีพ

☐ รับราชการ และรัฐวิสาหกิจ

☐ ธุรกิจส่วนตัว (เกษตรกรรม, ค้าขาย)

☐ ลูกจ้างและรับจ้าง

☐ อื่น ๆ (นักศึกษา, แม่บ้าน, ผู้ว่างงาน)

5. รายได้.....บาทต่อเดือน (รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์

คำชี้แจง แบบสอบถามตอนนี้ ขอความกรุณาท่านได้โปรดพิจารณาแล้วตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการยอมรับการให้บริการ การแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ในการตัดสินใจมารับบริการ ดังนี้

- | | | |
|------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ผู้รับบริการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ อยู่ในระดับมากที่สุด |
| มาก | หมายถึง | ผู้รับบริการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ อยู่ในระดับมาก |
| ปานกลาง | หมายถึง | ผู้รับบริการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ อยู่ในระดับปานกลาง |
| น้อย | หมายถึง | ผู้รับบริการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ อยู่ในระดับน้อย |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ผู้รับบริการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์ อยู่ในระดับน้อยที่สุด |

ข้อ	การให้บริการการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์	ระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์แผน ไทยแบบประยุกต์				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1	<u>ด้านเวชกรรม</u> การตรวจร่างกายเบื้องต้นแบบแผนปัจจุบัน เช่น การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน โลหิต ตรวจชีพจรทุกครั้งก่อนวินิจฉัยโรค					
2	การตรวจธาตุเจ้าเรือนเพื่อการวินิจฉัยอาการ					
3	ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการป้องกัน ได้ชัดเจน					
4	มีการชี้แจงในกระบวนการรักษา					
5	การให้คำอธิบายข้อข้อใจต่าง ๆ จนเข้าใจ					
6	การเปิดโอกาสให้เลือกใช้บริการการรักษาได้ หลายแนวทางแก่ผู้มารับบริการ					
7	การตรวจรักษาทางด้านการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์เกิดผลดี					
8	ท่านเชื่อและศรัทธาในด้านการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์					
9	สุขภาพของประชาชนในสังคมไทยยังต้องพึ่ง พาการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์					
10	ท่านจะแนะนำบุคคลในครอบครัวไปใช้บริการ ทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์					

ข้อ	การให้บริการการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์	ระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์ แผนไทยแบบประยุกต์				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
11	<u>ด้านเภสัชกรรม</u> ยาของการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์รักษาได้ถ้ากินยา ตามคำแนะนำ					
12	ยาสมุนไพรมีผลดีในด้านการรักษา					
13	ตัวยาสมุนไพรสามารถหาได้ง่าย					
14	สมุนไพรบางชนิดทำเป็นเครื่องดื่ມเพื่อสุขภาพได้					
15	ท่านพอใจในการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค					
16	ยาสมุนไพรรักษาโรคโดยเฉพาะได้					
17	ตัวยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคได้หลายโรค					
18	มียาสมุนไพรสามารถรักษาโรคร้ายแรงได้ เช่น มะเร็ง เอดส์					
19	มีการพัฒนายาสมุนไพรให้สะดวกในการใช้และพกพา					
20	ยาสมุนไพรมีการบรรจุภัณฑ์ที่ทันสมัย เช่น บรรจุแคปซูล					
21	<u>ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ</u> การนวดแผนไทยมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ					
22	การนวดแผนไทยเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรค อัมพฤกษ์ นอกเหนือจากการใช้ยาสมุนไพร					
23	การนวดแผนไทยทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น					
24	การปฏิบัติตนด้วยท่ากายบริหารตนตามอาการของโรค เป็นการรักษาสุขภาพ					
25	การอบสมุนไพรทำให้ระบบทางเดินหายใจสะดวก					
26	การประคบสมุนไพรทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและบรรเทา อาการปวด					
27	การดื่มน้ำสมุนไพรเป็นประจำเป็นการรักษาสุขภาพ					
28	อาหารที่มีสมุนไพรช่วยลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ					
29	สมุนไพรในครัวเรือนช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค					
30	การฝึกสมาธิร่วมกับการรักษาทำให้เกิดผลดีต่อด้าน สุขภาพร่างกายและจิตใจ					

ข้อ	การให้บริการการแพทย์แผนไทย แบบประยุกต์	ระดับการยอมรับการให้บริการการแพทย์ แผนไทยแบบประยุกต์				
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
31	<u>ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์</u> บริการทางด้านการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยและมีความสะดวก					
32	แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์มีการใช้เครื่องมือแบบแพทย์แผนปัจจุบันในการตรวจรักษา					
33	การรักษาคามแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์เจ้าหน้าที่ได้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ไว้พร้อมในการให้บริการแต่ละครั้ง					
34	การแพทย์แผนไทยมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ทันสมัย					
35	ให้คำอธิบายเกี่ยวกับภาวะของโรค โดยเทียบเคียงอาการโรคกับแผนปัจจุบัน					
36	แนะนำการปฏิบัติตนตามภาวะของโรค					
37	แพทย์แผนไทยแบบประยุกต์สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชนได้					
38	เครื่องมือที่ใช้ในการผลิตยาของแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์มีความทันสมัย					
39	การใช้เครื่องมือในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบยาสมุนไพรที่ทันสมัย					
40	ห้องอบสมุนไพรสะอาดถูกหลักอนามัย					

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ผู้ตรวจความถูกต้องแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีรายชื่อดังนี้

1. ผศ.ดร.สุนันท์ ศลโกสุม สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
2. พญ.เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย
กระทรวงสาธารณสุข
3. น.พ. อติศักดิ์ เหลืองเวชการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทอง
อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี
4. น.พ.จรัส จันทรตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง
อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
5. นางสรวงทิพย์ ภูักฤษณา พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี

ภาคผนวก ค
รายชื่อหน่วยงานที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. โรงพยาบาลทุ่งสง อ.ทุ่งสง จ. นครศรีธรรมราช
2. โรงพยาบาลวังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว
3. โรงพยาบาลอุ้มทอง อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี
4. โรงพยาบาลวังจันทร์ อ. วังจันทร์ จ.ระยอง
5. สถานพยาบาลคลินิกสุวรรณแพทย์แผนไทยประยุกต์ จ.กรุงเทพฯ
6. สถาบันการแพทย์แผนไทย อ.เมือง จ.นนทบุรี

ภาคผนวก ง
แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วย

การซักประวัติการเจ็บป่วย

History taking

1. อาการสำคัญ (อส) chief complaint

- 1.1. อาการหลัก ๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกเดือดร้อน จนต้องมาพบหมอ
- 1.2. ระยะเวลาของอาการที่เป็น

2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ป.ป.) Present illness

หมายถึง ประวัติอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนับตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย

- 2.1. อาการนั้นเริ่มเป็นตั้งแต่เมื่อไร?
- 2.2. ตอนเริ่มเป็นนั้นเป็นอย่างไร? ค่อยเป็นหรือเป็นปุบปับ(ทันทีทันใด)?
- 2.3. อาการนั้นมีลักษณะอย่างไร? เป็นมากไหม? นานไหม?
- 2.4. อาการนั้นเป็นมากเวลาใด?
- 2.5. ตำแหน่งที่เป็น
- 2.6. อะไรทำให้อาการเป็นมากขึ้น? และอะไรทำให้อาการเป็นน้อยลง?
- 2.7. มีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยอะไรบ้าง?
- 2.8. อาการนั้นเคยเป็นมาก่อนไหม? อาการเรื้อรัง
- 2.9. ได้ทำการรักษาหรือกินยาอะไรมาบ้าง? ดีขึ้นบ้างไหม?

หมายเหตุ การที่จะซักถามให้ได้รายละเอียดที่ชัดเจน ผู้ซักถามจะต้องมีความรู้ในอาการของโรคต่าง ๆ ได้อย่างแม่นยำและรู้ว่าอาการสำคัญหนึ่ง ๆ นั้นอาจมีสาเหตุจากโรคอะไรได้บ้าง

3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ป.อ.) Past illness

หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งก่อน ๆ ของผู้ป่วยตั้งแต่เกิด ซึ่งอาจสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้

- 3.1. เคยเจ็บป่วยอะไรมาก่อนบ้าง ๆ เมื่อไร? มีอาการอย่างไร? รักษาที่ไหน? หมอบอกว่าเป็นโรคอะไร?
- 3.2. เคยผ่าตัดอะไรมาก่อนบ้างเมื่อไร? ด้วยโรคอะไร? รักษาที่ไหน?
- 3.3. เคยเป็นโรคภูมิแพ้หรือแพ้ยาอะไรมาก่อนบ้าง? มีอาการอย่างไร?
- 3.4. เคยมีอาการซีดเหลืองเป็นประจำหรือไม่?

4. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ป.ค.) Family history

- 4.1. ประวัติทางโรคกรรมพันธุ์
- 4.2. ประวัติทางโรคติดเชื้อ

5. ประวัติการเจ็บป่วยในคนข้างเคียง (ป.ข.) History of illness in neighborhood

หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ของบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง

มีใครเคยเป็นหรือกำลังเป็นอะไรบ้าง? รักษาอย่างไร? โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ

6. ประวัติส่วนตัว (ป.ส.) Personal history

หมายถึงประวัติเกี่ยวกับอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ชีวิตความเป็นอยู่ ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่นน้ำดื่ม น้ำใช้ ส้วม) นิสัยส่วนตัว (เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ กินอาหารดิบ) อารมณ์ส่วนตัว (เช่นโมโหง่าย งอนเก่ง) งานอดิเรก การเดินทางไปในเขตมาลาเรีย
ข้อควรจำ ควรถามถึงสิ่งที่สัมพันธ์กับอาการเป็น

7. ประวัติในเด็ก (ป.ด.) History of preschool children

7.1. การคลอด คลอดปกติหรือผิดปกติ? คลอดที่ไหน? ใครทำคลอด? น้ำหนักแรกคลอดเท่าไร? (โดยเฉพาะในเด็กที่เติบโตผิดปกติ)

7.2. การเลี้ยงดูและอาหาร กินนมอะไร? นมแม่ นมชั้นหรือนมผง?

7.3. การเจริญเติบโต ปกติ?

7.4. ภูมิคุ้มกัน

8. ประวัติในผู้หญิง (ป.ญ.) Menstrual history in women

8.1. ปกติประจำเดือนมาสม่ำเสมอหรือไม่ ?

8.2. ครั้งละกี่วัน ? มากหรือน้อย ?

8.3. ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?

8.4. มีตกขาวหรือเปลา ? มากหรือน้อย ? มีกลิ่นเหม็นไหม ? คันไหม?

9. ประวัติตามระบบ (ป.ร.)

หมายถึง การซักถามอาการเป็นระบบจากหัวจรดเท้า เพื่อป้องกันมิให้ลืมอาการสำคัญบางอย่างที่ผู้ป่วยอาจลืมบอก

การตรวจร่างกาย

อุณหภูมิ.....ซ ซีฟจร.....ครั้ง / นาที หายใจ.....ครั้ง / นาที

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

อาการทั่วไป การรู้สึกตัว ☐ ดี ☐ ซึม ☐ เอะอะ ☐ ไม่รู้ตัว

รูปร่าง ☐ อ้วน ☐ ปานกลาง ☐ ผอม

สีระ (เด็กเล็ก) ความยาวรอบศีรษะ.....ซม.

กระหม่อม ☐ ปกติ ☐ บวม ☐ โป่งตึง

บาดแผล / แผลพุพอง / ฝี ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ พบที่.....

ผิวหนัง สี ☐ ปกติ ☐ ซีด ☐ เหลือง

☐ เขียว

ผื่น ตุ่มหรือจ้ำ ☐ ไม่มี ☐ พบที่

ลักษณะ

แผลหรือฝี ☐ ไม่มี ☐ พบที่

	ผิวหนังเหี่ยวยุ่น	☐ ไม่มี	☐ มีขนาด
	อื่น ๆ		
หน้า	สี	☐ ปกติ	☐ ซีด ☐ เหลือง ☐ แดง
	บวม	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	ปากเบี้ยว	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	อื่น ๆ		
ตา	สี	☐ ปกติ	☐ เหลือง ☐ แดง
	บวม	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	ซีดตา	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	กัวยิง	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	กระจกตา	☐ ไส ☐ ขุ่น ☐ เป็นแผล	
	แก้วตา	☐ ไส ☐ ขุ่น	
	รูม่านตา	☐ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขนาด.....มม.	
		☐ ไม่เท่ากัน ขนาด ซ้าย มม. ขวา มม.	
		☐ ไวต่อแสง ☐ ช้ำ ☐ ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง	
	เปลือกตา	☐ ปกติ	☐ แดง ☐ ซีด
		☐ อื่น ๆ	
หู	หูอื้อ	☐ ไม่มี	☐ พบข้าง
	หูหนวก	☐ ไม่มี	☐ พบข้าง
	หูน้ำหนวกไหล	☐ ไม่มี	☐ พบข้าง
	เยื่อแก้วหู	☐ ไม่มี	☐ ทะลุ
	อื่น ๆ		
จมูก	น้ำมูก	☐ ไม่มี	☐ ไส ☐ ชัน สี.....
	เลือดกำเดา	☐ ไม่มี	☐ พบข้าง
	เยื่อจมูก	☐ ปกติ	☐ บวมแดง ☐ บวมซีด
	อื่น ๆ		
ปากและคอ	ริมฝีปาก	☐ ปกติ	☐ ซีด ☐ แดง
		☐ บวม	☐ เป็นแผล
	ฟัน	☐ ปกติ	☐ ผุ
	เหงือก	☐ ปกติ	☐ อักเสบ ☐ เป็นแผล
	ลิ้น	☐ ปกติ	☐ ผาหนา ☐ มั่นลิ้น ☐ ตุ่ม
	จุดแดงที่กระพุ้งแก้ม เพดานปาก ลิ้นไก่	☐ ไม่มี	☐ พบที่

	จุดค็อปติก	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	รูเปิดของท่อน้ำลาย	☐ ปกติ	☐ บวมแดง พบที่.....
	เยื่อบุคอ	☐ ปกติ	☐ แดง
	ต่อมทอนซิล	☐ ปกติ	☐ โต
		☐ แดง	☐ เป็นหนอง
	ต่อมธัยรอยด์	☐ ปกติ	☐ โต ชม.
		☐ เสียงฟู่(bruit)	
	แผ่นฝ้าขาวบนคอและทอนซิล (White grayish membrane)		
		☐ ไม่มี	☐ พบที่
	ขากระดูก	☐ ไม่แข็ง	☐ แข็ง
	คอแข็ง	☐ ไม่มี	☐ มี
	คางบวม	☐ ไม่มี	☐ พบข้าง
	ก้อนที่คอ	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	เส้นเลือดที่คอ	☐ ปกติ	☐ โป่ง
	ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ โต พบที่
		☐ อื่น ๆ	
ปอด	หอบ	☐ ไม่มี	☐ มี
	หลอดลม	☐ อยู่ตรงกลาง	☐ เบี่ยงไปข้าง.....
	การเคลื่อนไหวของปอด	☐ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง	
		☐ ไม่เท่ากัน	
	เสียงเคาะ	☐ ปกติ	☐ ทับ (dullness)
		☐ โป่ง (hyperresonant)	
	เสียงหายใจ	☐ ปกติ	☐ ไม่ปกติ ลักษณะ.....
		☐ เสียงฮืด (rhonchi) พบที่	
		☐ เสียงกรอบแกรบ (crepitation) พบที่	
		☐ เสียงวี๊ด (wheezing) พบที่	
		☐ อื่น ๆ	
หัวใจ	จังหวะการเต้น	☐ สม่าเสมอ.....ครั้ง / นาที	
		☐ ไม่สม่าเสมอ.....ครั้ง / นาที	
	เสียงฟู่ (murmur)	☐ ไม่มี	☐ พบที่บริเวณ
		☐ อื่น ๆ	
ท้อง	รูปร่าง	☐ ปกติ	☐ อืด

	เส้นเลือดพองที่หน้าท้อง	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	รอยผ่าตัด	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	ท้องมาน	☐ ไม่มี	☐ มีขนาด
	ท้องแข็ง	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	อาการกดเจ็บ	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	อาการกดปล่อยแล้วเจ็บ	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	ตับ	☐ คลำไม่ได้	☐ โต ซม.
		☐ กดเจ็บ	☐ นุ่ม ☐ แข็ง
		☐ ผิวเรียบ	☐ ผิวขรุขระ
	ม้าม	☐ คลำไม่ได้	☐ โต.... ซม. ☐ กดเจ็บ
	ก้อน	☐ ไม่มี	☐ พบที่ ☐ กดเจ็บ
	เสียงเคาะ	☐ ปกติ	☐ โปร่ง ☐ ทึบ
	เสียงโครกคราก (Bowel sound)	☐ ปกติ	☐ มาก
		☐ น้อย	☐ ไม่ได้ยินเลย
		☐ อื่น ๆ	
แขนขา	อาการฟิการ	☐ ไม่มี	☐ พบที่
	บวม	☐ ไม่มี	☐ บวมขนาด
	ข้อ	☐ ปกติ	☐ บวม
		☐ แดงพบที่	
	กำลังกล้ามเนื้อ	☐ แข็งแรง	
		☐ อ่อนแอ พบที่	
		☐ อัมพาต (ย่ำไม่ได้) พบที่	
	เขมแท่ง	☐ เจ็บ	☐ ไม่เจ็บ พบที่
	รีเฟลกซ์ของข้อ	☐ ปกติ	☐ ไว ☐ ช้า
		☐ ไม่มี	
	นิ้วมือ	☐ ไม่ปุ่ม	☐ ปุ่ม
	ฝ่ามือ	☐ ปกติ	☐ ชีด ☐ แดง
	อื่น ๆ		
ปัสสาวะ	ลักษณะ	☐ ใส	☐ ขุ่น
	สี	☐ ปกติ	☐ เหลืองเหมือนน้ำชา
		☐ สีน้ำปลา	☐ เหลืองเหมือนขมิ้น
		☐ แดงเหมือนน้ำล้างเนื้อ	☐ ดำเหมือนโคล่า

น้ำตาล	☐ ไม่มี	☐ 1+ ☐ 2+
	☐ 3+	☐ 4+
สารไข่ขาว	☐ ไม่มี	☐ 1+ ☐ 2 +
	☐ 3+	☐ 4+

มีอะไรในตัวเรา
ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

1. ชาติสมุฏฐาน
ชื่อ..... วัน เดือน ปี เกิด (ไทย).....
อายุ..... วัน เดือน ปี เกิด (สากล).....
2. ประเทศสมุฏฐาน
ลักษณะภูมิประเทศที่เกิด (เลือกข้อที่ใกล้เคียงที่สุด)
 1. ที่สูงเนินเขา หรือที่ดอน เช่น ภาคเหนือ
 2. ที่น้ำ กรวดทราย เช่น ภาคอีสาน
 3. ที่น้ำ เปลือกตม เช่น ภาคกลาง
 4. ที่น้ำเค็ม เปลือกตม เช่น ภาคใต้หรือ ชายทะเล
 ลักษณะภูมิประเทศปัจจุบัน (เลือกข้อที่ใกล้เคียงที่สุด)
 1. ที่สูงเนินเขา หรือที่ดอน เช่น ภาคเหนือ
 2. ที่น้ำ กรวดทราย เช่น ภาคอีสาน
 3. ที่น้ำ เปลือกตม เช่น ภาคกลาง
 4. ที่น้ำเค็ม เปลือกตม เช่น ภาคใต้หรือชายทะเล
3. อายุสมุฏฐาน
ท่านที่เคยเจ็บป่วยสำคัญในช่วงอายุต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดระบุโรคหรือกลุ่มอาการ)
 0 – 16 ปี
 17- 32 ปี
 มากกว่า 32 ปี
4. กาลสมุฏฐาน
เวลาที่มีอาการ หรืออาการกำเริบ
 เวลา อาการ
 เวลา อาการ
 เวลา อาการ
5. พฤติกรรม
 อาหารที่ท่านชอบมากและทานเป็นประจำ กาเครื่องหมาย ถูก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 อาหารที่ท่านไม่ชอบหรือทานไม่ได้ กาเครื่องหมายผิด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ อาหารรสขม เช่น สะเดา มะระ ใบบัวบก
☐ อาหารรสเผ็ดจัด รสร้อน เช่น เครื่องเทศ ขิง
☐ อาหารรสเปรี้ยว เช่น มะนาว ส้ม มะขาม
☐ อื่น ๆ

ท่านมีพฤติกรรมเช่นนี้อยู่เสมอหรือไม่ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

- ☐ อตนอนอยู่เสมอ
- ☐ ทำงานในทำยีนหรือนั่งตลอดเวลา
- ☐ นอนหลับยาก
- ☐ ชอบนอนกลางวัน
- ☐ ปล่อยให้หิว หรืออดข้าวอยู่เสมอ
- ☐ อยู่ภาวะที่เผชิญเรื่องตั้นตั้นอยู่ตลอดเวลา
- ☐ อยู่ท่ามกลางโศกเศร้า เสียใจอยู่เสมอ

6. อุดสมมุฐาน

ท่านชอบอากาศหรือรู้สึกสบายภายในฤดูใด กาเครื่องหมายถูก (✓)

ท่านไม่ชอบอากาศหรือรู้สึกไม่สบายภายในฤดูใด กาเครื่องหมายผิด (✕)

.....ฤดูร้อน

.....ฤดูฝน

.....ฤดูหนาว

7. การเสียการสมดุลทำให้เกิดการเจ็บป่วย

ท่านเคยมีโรคที่สำคัญหรือโรคประจำตัวอะไรบ้าง

ความดันโลหิต.....มม.	ปรอท	น้ำหนัก	กก.
ผิวหนัง.....	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
หู คอ ตา จมูก	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
หัวใจ	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ปอด	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ตับ ม้าม	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ระบบทางเดินอาหาร.....	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ระบบทางเดินปัสสาวะ.....	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ระบบสืบพันธุ์.....	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ระบบอวัยวะ	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
ระบบประสาท	ปกติ	ไม่ปกติ.....	
เคยเป็นโรคเส้นเลือดแตก ตีบตัน.....	เคยเมื่ออายุ.....ปี.....	ไม่เคย.....	
เคยเป็น โรคหัวใจขาดเลือด.....	ไม่เคย.....	เคยเมื่ออายุ.....ปี	
เคยมีก้อนเนื้องอก.....	ไม่เคย.....	เคยเมื่ออายุ.....ปี	
เคยเป็นริดสีดวงทวาร.....	ไม่เป็น.....	เป็นเมื่ออายุ.....ปี	
น้ำตาลในเลือด.....	สูง ปกติ		
ไขมันในเลือด	สูง ปกติ		
ปัสสาวะ	ปกติ	ไม่ปกติ	
ตับอักเสบ.....	มี	ไม่มี	

ตารางสรุปสมมุติฐานโรค

ธาตุ	ปิตตะ	วาตะ	เสมหะ	ปถวี
1. ธาตุเจ้าเรือน				
2. ธาตุสมมุติฐาน (จากการตรวจร่างกายและอาการ)				
3. อุตุสมมุติฐาน				
4. อายุสมมุติฐาน				
5. กาลสมมุติฐาน				
6. ประเทศสมมุติฐาน				

ลักษณะธาตุเจ้าเรือน

โปรดใช้เครื่องหมายถูก ✓ ตรงกับลักษณะที่ท่านยอมรับว่าใกล้เคียงกับลักษณะของท่านมากที่สุด

ลักษณะธาตุดิน	ลักษณะธาตุน้ำ	ลักษณะธาตุลม	ลักษณะธาตุไฟ
รูปร่างสมบูรณ์สูงใหญ่	รูปร่างอ้วน สมบูรณ์	รูปร่างโปร่ง ร่างเล็ก	รูปร่างปานกลาง
กล้ามเนื้อข้อกระดูก แข็งแรง	โครงสร้างร่างกาย สมบูรณ์	เดินไม่มั่นคง ข้อ กระดูกลั่นเวลาเดิน	กล้ามเนื้อและข้อ ข้อกระดูกหลวม
ผิวค่อนข้างคล้ำ	ผิวพรรณสดใส อิม เอิบ	ผิวพรรณหยาบ ไม่สดใส	ผิวพรรณแห้งเหี่ยว ย่นและตกกระ
ผมดกดำหนา	ผมดกดำเงางาม มันสวย	ผม ขน หนวดหยาบ ผมน้อย	ผม ขน หนวดอ่อนนิ่ม หงอกเร็ว
เหงื่อมาก	เหงื่อปานกลาง	เหงื่อน้อย	เหงื่อมาก มีกลิ่นปาก และกลิ่นตัว
มือหนา หนัก	มือนุ่มนวลอ่อน	มือหยาบ แดกแห้ง	มือแห้งหยาบ ปาน กลาง
เสียงดัง ฟังชัด	เสียงโปร่งใส	เสียงแหบพร่า	เสียงปานกลาง
พูดจาหนักแน่น	พูดช้า	ช่างพูด พูดเร็ว	พูดจาดี มีหลักการ
ทนร้อนได้ปานกลาง	ทนร้อนและหนาวได้ดี	ทนหนาวไม่ได้	ทนร้อนไม่ได้
กินอาหารปานกลาง	ทนหิวได้ดี	กินไม่จุ ทานน้อย	ทนหิวไม่ได้ กินเก่ง
ความจำดี	ความจำดีมาก	จำเร็ว ลืมเร็ว	ความจำปานกลาง
ความคิดริเริ่ม ปานกลาง	เฉื่อย ขาดความ กระตือรือร้น	มีความคิดริเริ่มดี กระตือรือร้นดีมาก	ใจร้อน กระตือรือร้น ปานกลาง
อารมณ์หนักแน่น	สงบ ความรู้สึกช้า	หวั่นไหว ชี้อัล	จริงจัง ย่อมนไหว ขี้ใจหนา
ความรู้สึกทางเพศดี	ความรู้สึกทางเพศ ดีมาก	ความรู้สึกทางเพศ ไม่ดี	ความรู้สึกทางเพศ ปานกลาง

วิธีคำนวณธาตุและการให้ยาปรับธาตุ

การคำนวณธาตุ

(สูตรของหมอมขุนทอง กิจเพียร)

การคำนวณธาตุมีหลายสูตร แต่ที่เลือกมานี้เป็นสูตรของหมอมขุนทอง กิจเพียร ซึ่งเห็นว่าเป็นสูตรซึ่งหมอมขุนทองยังใช้อยู่เป็นประจำทุกวันนี้ และมีความนิยมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ซึ่งบอกเล่าว่า ได้ผลดี

ธาตุทั้ง 4 และตัวยาประจำธาตุทั้ง 4 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปรถวีธาตุ (ธาตุดิน) มี 21 ประการ ตัวยาประจำธาตุ คือ รากข้าวพลุ
2. อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) มี 12 ประการ ตัวยาประจำธาตุ คือ เกาสะค่าน
3. วาโยธาตุ (ธาตุลม) มี 6 ประการ ตัวยาประจำธาตุคือ ดอกดีปลี
4. เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) มี 4 ประการ ตัวยาประจำธาตุ คือ รากเจตมูลเพลิงแดง

หมายเหตุ ธาตุดิน 21 ประการ และตัวยาประจำธาตุทั้ง 4 แตกต่างจากทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเนื่องจากการเป็นการสืบทอดกันมา ไม่สามารถอธิบายได้

สูตรการคำนวณธาตุ

$$\frac{\text{อายุ(ปี)จำนวนธาตุแต่ละธาตุ}}{7} = \text{เศษ}$$

$$\text{เช่น อายุ 10 ปี - ธาตุดิน} = \frac{10 + 21}{7} = \text{เศษ 3}$$

$$\text{- ธาตุน้ำ} = \frac{10 + 12}{7} = \text{เศษ 2}$$

$$\text{- ธาตุลม} = \frac{10 + 6}{7} = \text{เศษ 2}$$

$$\text{- ธาตุไฟ} = \frac{10 + 4}{7} = \text{เศษ 0}$$

- ถ้าเศษเดือนเกิดที่นับได้เกิน 6 เดือนขึ้นไปให้นับเพิ่มเป็น 1 ปี เช่น เกิดเดือนมกราคม 2513 ปัจจุบันเดือนตุลาคม 2533 ก็มียายุเท่ากับ 10 ปี 9 เดือน ให้นับเป็น 11 ปี

- ถ้าเศษเดือนเกิดที่นับได้ต่ำกว่า 6 เดือนลงมาให้ตัดทิ้ง นับเอาเฉพาะปีนั้น ๆ เช่น เกิดเดือน มกราคม 2513 ปัจจุบันเดือน มีนาคม 2533 ก็มียายุเท่ากับ 10 ปี 2 เดือน ให้นับเป็นแค่ 10 ปี

ตัวหารเลข 7 : เลข 7 มาจากธรรมชาติ 7 อย่าง อยู่ในร่างกายเรานั้นเอง คือ

เลข 1 หมายถึง ภาวังก คือ ความเกิด

เลข 2 หมายถึง มะโน คือ ความน้อย

เลข 3 หมายถึง จิตตัว คือ ความคิด

เลข 4 หมายถึง สัญญา คือ ความจำหมาย

เลข 5 หมายถึง วิญญาณ คือ ความรู้แจ้ง

เลข 6 หมายถึง สังขาร คือ ความปรุงแต่ง

เลข 7 หมายถึง เวทนา คือ ความเสวยอารมณ์สุข-ทุกข์

บริบูรณ์-ไม่บริบูรณ์ของธาตุ

ความบริบูรณ์-ไม่บริบูรณ์ของธาตุ ดูได้จาก เศษ?

- ถ้าหารแล้วเหลือเศษ 0 แสดงว่า ธาตุน้ำเสียหมด (ธาตุพิการ)
- ถ้าหารแล้วเหลือเศษ 1, 2, 3 แสดงว่า ธาตุนั้นไม่บริบูรณ์ (ธาตุหย่อน)
- ถ้าหารแล้วเหลือเศษ 4, 5 แสดงว่า ธาตุนั้นบริบูรณ์ดี (ธาตุปกติ)
- ถ้าหารแล้วเหลือเศษ 6 แสดงว่า ธาตุน้ำกำเริบ

ยาปรับธาตุ

1. ปฐมวัย (อายุ 1-25 ปี)

- ถ้าธาตุนั้นบริบูรณ์ (ธาตุปกติ) ให้ยาประจำธาตุนั้น 4-5 บาท
- ถ้าธาตุนั้นไม่บริบูรณ์ (ธาตุพิการ) ให้ยาประจำธาตุนั้น 5-6.5 บาท
- ถ้าธาตุนั้นกำเริบ ให้ยาประจำธาตุนั้น 6.5 บาท
- ถ้าธาตุนั้นเสียหมด (ธาตุพิการ) ให้ยาประจำธาตุนั้น 7 บาท

2. มัชฌิมวัย (อายุ 25-50 ปี)

การตั้งยาปรับธาตุ ให้เพิ่มน้ำหนักยาจากปฐมวัยอีกประมาณ 1 บาท ตามความบริบูรณ์-ไม่บริบูรณ์ของธาตุ เช่น ถ้ามัชฌิมวัยให้น้ำหนัก 5 บาท ปัจฉิมวัยก็ให้น้ำหนัก 6 บาท เป็นต้น

หมายเหตุ

การตั้งยานอกจากพิจารณาเรื่องอายุแล้ว ยังต้องพิจารณาในด้านอื่น ๆ อีก เช่นความต้านทานและความแข็งแรงของร่างกาย ถ้ามีความต้านทานและความแข็งแรงของร่างกายดีก็ให้น้ำหนักยาเต็มที่ได้ แต่ถ้าความต้านทานและความแข็งแรงของร่างกายไม่ดี น้ำหนักยาอาจลดลงได้อีก ขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณของแพทย์ ชาติตินถ้าเสียควรให้มากกว่าชาติอื่น เพราะมีจำนวนมากกว่าชาติอื่น การให้ยาต้องติดตามดูผลด้วย เช่น ถ้าหม้อแรกไม่ได้ผล หม้อต่อไปก็เพิ่มตัวยารับอีก และการกินยาต้องให้กินยาจากจำนวนน้อยไปหาจำนวนมาก

การรักษา				
โรคและอาการ	ลักษณะอาการ	ยาเดี่ยว	ยาดำรับ	มาตรฐานการใช้
- ระบบทางเดินอาหาร 1. ท้องอืด, ท้องเฟ้อ	ไม่สบายท้อง จุก มีลมมากในท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม, อืดอืด	- ขมิ้น (ลูกกลอน) - ขิงผง	- ยาราคูบเซบ	- รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด 3 เวลาก่อนอาหาร - ขิงผง 1 ซอง (5 กรัม) ชงน้ำดื่ม (250 ซีซี) - รับประทานครั้งละ 1-2 ซ้อนโต๊ะ 3 เวลาก่อนอาหาร
2. ภาวะอาหารอึกเสบ	ปวดท้องเวลาหัว แลบท้อง - พบในคนที่เครียด ทานอาหารไม่เป็นเวลา และทานยาแก้ปวดประจำ	- ขมิ้นชัน (ลูกกลอน)	- ยาราคูบรจข+ขมิ้นชัน	- รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด 4 เวลาก่อนอาหาร และ ก่อนนอน - รับประทานครั้งละ 1-2 ซ้อนชา 4 เวลาก่อนอาหาร และก่อนนอน หรือรับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด 4 เวลาก่อนอาหารและก่อนนอน
3. ท้องเสีย	- ถ่ายเหลว - ถ่ายหลายครั้ง เช่น 3 ครั้ง/วัน - ปวดท้อง - เป็นหลังทานอาหาร ไม่สะอาดและปนเปื้อน - อาจมีไข้ร่วมด้วย	- ใบฝรั่ง (ยาขง) - ฟักทะลายโจร (แคปซูล)	- ยาเหลืองปิดสมุทร (ผง, ลูกกลอน)	- ใบฝรั่ง 1 ซอง (5 กรัม) ชงน้ำ 250 ซีซี ดื่มต่างน้ำ - รับประทานครั้งละ 2-4 แคปซูล 3 เวลาก่อนอาหาร - รับประทานครั้งละ 1-2 ซ้อนชา 3 เวลาก่อนอาหาร หรือ รับประทาน 3-5 เม็ด 3 เวลาก่อนอาหาร
4. คลื่นไส้, อาเจียน	- มีอาการไม่สบาย บ้านป่วนในท้อง แล้วอึดอึดออกมา - อาจเกิดจากเมารถ-เมาเรือ - แพ้ท้อง, อาหารเป็นพิษ, ไข้มาลาเรีย ฯลฯ	- ลูกยอ (ยาขง)		- ลูกยอหั่นเป็นชิ้นบาง ๆ 3-5 แว่น ชงน้ำ 250 ซีซี
5. ท้องผูก	- ไม่ถ่ายหลายวัน - ไม่ทานน้ำ - กินยาถ่ายประจำ	- ชุมเห็ดเทศ (ยาขง)		- รับประทานครั้งละ 1 ซอง (5 กรัม) ชงน้ำ 250 ซีซี วันละ 2 เวลาเช้า-ก่อนนอน

การรักษา				
โรคและอาการ	ลักษณะอาการ	ยาเดี่ยว	ยาดำรับ	มาตรฐานการใช้
ระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ ปวดหลังปวดเอว	- ใช้ท่าในการยืน นั่งไม่ถูกต้อง	- เตาวัลย์เปรี๊ยะ (ลูกกลอน)		- รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด 3 เวลาก่อนอาหาร
เข่าเสื่อม	- อุบัติเหตุ เคล็ด - กระดูกเสื่อม - ข้อเสื่อม - ทำงานหนักเกินไป ไม่พักผ่อน - ปวดเข่า - เดินมีเสียงดัง ขัด, เจ็บ - เกิดจาก นั่งพับขานาน ๆ - ผู้สูงอายุเข่าเสื่อม - อุบัติเหตุ - ใช้งานมากเกินไป	- น้ำมันไหล, ขี้ผึ้งไหล - ไพลจิซาล - สหสรา (ลูกกลอน)	- ตำรับโคคลาน (ยาต้ม)	- รับประทานครั้งละ 1/2 แก้ว 3 เวลาก่อนอาหาร - ใช้ทาบริเวณที่ปวด - ใช้ทาบริเวณที่ปวด - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด 3 เวลาก่อนอาหาร
ระบบผิวหนัง ไฟไหม้, น้ำร้อนลวก	- ถูกความร้อนจากแสงแดด - ไฟ, น้ำร้อนลวก - มีอาการแดงร้อนพอง	- ว่านหางจระเข้ (สด) - เจลว่านหางจระเข้	- น้ำมันพุทธรักษา	- ใช้วันทาบ่อย ๆ บริเวณที่เป็น - ใช้ทาบ่อย ๆ บริเวณที่เป็น - ใช้ทาบ่อย ๆ บริเวณที่เป็น - ใช้ทาบ่อย ๆ บริเวณที่เป็น
ริม, งูสวัด เบได้ทั่วไป	- เป็นเม็ดใส ๆ เจ็บ, คัน, เมื่อแตกจะแสบ พบได้ทั่วไป เช่น บริเวณปากทวารหนัก อวัยวะเพศ	- เสลดพังพอนตัวเมีย - (ยาแดง) - กริเซอลีน เสลดพังพอน - ครีมนพญาเสือ		- ใช้ทาบ่อย ๆ บริเวณที่เป็น - ใช้ทาบ่อย ๆ บริเวณที่เป็น
ผลร้อนในปาก	- มีแผลเป็นหลุม เกิดหนอง หลังจากการกระทบ โดนฟันกัด	- เสลดพังพอน กริเซอลีน	- มหาฉลึงก์ทอง	- ป้ายแผลในปาก เข้า-เย็นหลังอาหาร - ใช้ทาแผลในปาก เข้า-เย็นหลังอาหาร
มลงสัตว์กัดต่อย ลาก-เกลื่อน		- ยาแดงเสลดพังพอน - ยาแดงทองพันชั่ง - เทียนบ้าน, เทียนกิ่ง ว่านมหาภาพ (สด ๆ)		- ใช้ทาบริเวณที่ถูกแมลงสัตว์กัดต่อย บ่อย ๆ - ใช้ทาบริเวณที่เป็น เข้า-เย็น - คำพอกหัวฝี

การรักษา				
โรคและอาการ	ลักษณะอาการ	ยาเดี่ยว	ยาคำรับ	มาตรฐานการใช้
7. แผลพุพอง 3. ลมพิษ ระบบจิตประสาท 1. เบื่ออาหาร 2. นอนไม่หลับ 1. เหนื่อยง่าย, ใจสั่น อ่อนเพลีย ระบบโลหิตระดูของสตรี ปวดประจำเดือน 1. ตกขาว 1. วิดสีดวงทวาร		- ใบพลู - บอระเพ็ด (ลูกกลอน) - ยาดองขี้เหล็ก - ทานอาหารพริกสัปดาห์มาก - ไม่ทานผัก, ผลไม้ประจำ - ปวดแบ่งเวลาถ่าย, ท้องผูก, ถ่ายเป็นเลือด มีก้อนออกจากรูทวาร (เส้นเลือดดำโป่ง)	- ยาหอม - ยาประสะไพล (ลูกกลอน), ผง - ยาประสะไพล (ลูกกลอน), ผง - ยารัตนสันทฆาต (ลูกกลอน) - ยารัตนสีดวงทวาร (ลูกกลอน) (ตำรับอายุรเวท)	- คำผสมสุราทาบบริเวณที่เป็น - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด 3 เวลา ก่อนอาหาร - รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนโต๊ะ ก่อนนอน - รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา ขณะมีอาการ - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด ขณะมีอาการ - รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา ผสมกับน้ำร้อน ขณะมีอาการ - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด ขณะมีอาการ - รับประทานครั้งละ 1 ชอง (5 กรัม) ชงน้ำ 250 ซีซี วันละ 2 เวลาเช้า-ก่อนนอน - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด วันละ 2 เวลา ก่อนอาหารเช้า-ก่อน นอน - รับประทานครั้งละ 2-4 แคปซูล วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร

การรักษา				
โรคและอาการ	ลักษณะอาการ	ยาเดี่ยว	ยาดำรับ	มาตรฐานการใช้
ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะขัด, แสบ	- เวลาปัสสาวะแสบ - ปัสสาวะบ่อย - มีเลือด	- ซลู่, หนองหนองแมว (ยาซง)		- รับประทานค่างน้ำ 1 ซอง (5 กรัม) ซงน้ำ 750 ซีซี
นิ้วขนาดเล็ก ไม่เกิน (0.5 เซนติเมตร)	- มีเม็ดแข็งออกมา - ไม่ทานน้ำมาก - ขอบกลั้นปัสสาวะ	- ซลู่, หนองหนองแมว (ยาซง)		- รับประทานค่างน้ำ 1 ซอง (5 กรัม) ซงน้ำ 750 ซีซี
ระบบทางเดินหายใจ ไข้หวัด	- ไข้, น้ำมูกไหล กระทบความเป็นจิต	- ฟัทะลายโจร (แคปซูล)		- รับประทานครั้งละ 2-4 แคปซูล ทุก 4 ชั่วโมง
	- อ่อนแอ - ไม่ได้พักผ่อน		- เบญจโลกวิเชียร (ลูกกลอน) - จันทลีลา	- รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง - รับประทานครั้งละ 3-5 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง
อ, เจ็บคอ	- คอแดง, อักเสบติดเชื้อ		- มะแว้ง (เม็ด)	- อมครั้งละ 1-2 เม็ด ขณะมีอาการ
	- ไข้สูงมาก - เป็นหวัด - ไม่ได้พักผ่อน	- น้ำมะนาว (สด ๆ)	- ยามมแก้ไอ	- อมครั้งละ 1-2 เม็ด ขณะมีอาการ - น้ำมะนาว+เกลือ จิบบ่อย ๆ

ภาคผนวก จ
ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวมาลี เจ้งวัฒนพงศ์
วัน เดือน ปีเกิด	10 พฤษภาคม 2501
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	73 / 1 ม. 3 ต.ปากนคร อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อดีตผู้ช่วยครูใหญ่โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	73 / 1 ม.3 ต.ปากนคร อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2519	ป.กศ. วิทยาลัยครูนครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2522	ป.กศ.สูง (วิทยาศาสตร์ทั่วไป) วิทยาลัยครูนครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2524	กศ.บ.(ชีววิทยา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตสงขลา
พ.ศ. 2546	กศ.ม.(การบริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ