

ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย มาให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

กิตติธร ปานเทศ* ฉัตรสมุน พงศมิถิญาญ์** ญัฐนารี เอมยงค์***

วันที่รับบทความ 22 เมษายน 2564; วันแก้ไขบทความ 22 เมษายน 2564; วันตอบรับบทความ 22 พฤษภาคม 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อสำรวจและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จำนวน 198 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้รับแบบสอบถามคืน ร้อยละ 96 จาก 11 อำเภอ หน่วยบริการ 118 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ และ Binary Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยการรับรู้ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย 2) ปัจจัยการยอมรับคือ การยอมรับแนวคิดของการแพทย์แผนไทย 3) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุในช่วง 20-29 ปี ตำแหน่งงาน การเคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

สรุปได้ว่า การทำให้บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิมิพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้มากขึ้น ควรจัดการฝึกอบรมให้ความรู้ ที่การกระจายในทุกตำแหน่งงาน เลือกในช่วงอายุ 20- 29 ปีเป็นลำดับแรก โดยควรวางพื้นฐานวิธีคิดตามองค์ความรู้ อย่างเป็นเหตุเป็นผล นำเสนอประโยชน์ในเชิงลึกมากขึ้น สร้างแนวทางการใช้ยาสมุนไพรทดแทนฯ โดยแบ่งกลุ่มตามรสาขา

คำสำคัญ : องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย; ยาสมุนไพร

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ kpharma.pan@gmail.com

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

การแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ของประเทศไทยที่เก่าแก่มีการใช้กันมานานหลายร้อยปีในประเทศไทย เป็นที่ยอมรับในอดีต มีคุณประโยชน์ต่อประชาชน ผ่านการพิสูจน์จากบรรพบุรุษว่ามีคุณภาพ ความปลอดภัย มีผลดีในการรักษา เป็นที่พึ่งทางสุขภาพที่ใกล้บ้าน เข้าถึงได้ง่าย ราคาประหยัด สามารถใช้สมุนไพรใกล้ตัวมาเป็นยาในการรักษา (เพ็ญภาทรพย์เจริญ 2550) ความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยเริ่มตั้งแต่ยุคสุโขทัย ต่อเนื่องจนถึงยุครัตนโกสินทร์ มีการสืบทอดองค์ความรู้มาอย่างต่อเนื่อง จนถึงช่วงรัชกาลที่ 6 การเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยถูกยกเลิก คงเหลือแต่การแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ได้เริ่มมีการฟื้นฟูอีกครั้งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน การเว้นระยะการถ่ายทอดองค์ความรู้ยาวนานถึง 63 ปี ในปี 2019 องค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของการแพทย์ดั้งเดิมแต่ละประเทศโดยเสนอให้เพิ่มการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (WHO 2019) ประเทศไทยได้ดำเนินการตามกลยุทธ์นี้โดยออกนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2557) ซึ่งช่วยแพร่ขยายให้องค์ความรู้ที่สำคัญนี้ยังคงอยู่และมีการสืบทอดอย่างต่อเนื่องยั่งยืน สร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและประเทศ

ผลจากนโยบายทำให้การนำความรู้การแพทย์ดั้งเดิมได้รับการส่งเสริมให้กระจายลงระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงง่าย และขยายในวงกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งให้บริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่ถูก แต่การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละประเทศรวมถึงประเทศไทยที่ยังขาดงานวิจัยที่สนับสนุนความปลอดภัย คุณภาพ ประสิทธิภาพมีผลทำให้ การแพทย์แผนดั้งเดิมขาดความเชื่อมั่นในการนำไปใช้ (Thomas Sullivan, 2018) อิทธิพลของการที่นำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยผสมผสานในสุขภาพปฐมภูมิ มีส่งผลกระทบต่อหน่วยงานบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะมีการดำเนินการเชิงรุก ในด้านองค์ความรู้ในการเสาะหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดการไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้น (นครชาติ เผื่อนปฐม, 2554) และประชาชนจะมุ่งเน้นป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Self-care) รวมถึงสามารถนำมาใช้ดูแลคนในครอบครัว ชุมชนของตนเองได้ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยมีองค์ความรู้เกี่ยวกับที่มาและสาเหตุการเกิดโรค สอดคล้องกับวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น แต่มักเกิดแรงต้านจากผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากทัศนคติ การยอมรับ การมองเห็นคุณค่าที่ยังไม่ดี มีผลให้เกิดการปฏิเสธการเรียนรู้ ไม่ยอมปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน หรือยังไม่เข้าใจเพียงพอในการนำไปปฏิบัติ (ชาติชาย คงเพ็ชรดิษฐ์ และธีระวัฒน์ จันทิก, 2559) ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีวิธีการดำเนินงานที่

เหมาะสม เพื่อลดแรงต่อต้านจากผู้ปฏิบัติงานที่ต้องถูกกดดันในการเรียนรู้งานใหม่ ให้เรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง เข้าใจได้ง่าย ช่วยสนับสนุนและสอดคล้องกับการทำงานเดิม พร้อมกับนำไปใช้ได้จริง

การศึกษาเกี่ยวกับการปัญหาการเผยแพร่องค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศที่ผ่านมา Irene A. K. (Kretchy et al., 2016) ทำการศึกษาในประเทศกานา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ที่ทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 23 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขการแพทย์แผนปัจจุบันยอมรับการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแต่ยังขาดพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ การใช้องค์ความรู้อย่างปลอดภัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับประกอบด้วย การเกิดช่องว่างขององค์ความรู้การแพทย์ทั้งสองแบบ ความยอมรับในแนวความคิดของการแพทย์ดั้งเดิม การเคยมีประสบการณ์ในการแพทย์ดั้งเดิมมาก่อน การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการให้บริการสุขภาพ (ณัฐจิฎา คำผล และคณะ, 2554) ได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขแบบกลุ่มและเชิงลึกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรให้บริการทั้งมากและน้อย ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรยังขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิผล และความปลอดภัยของยาสมุนไพร ยาสมุนไพรมีรูปร่างลักษณะที่ไม่น่าใช้ มีราคาแพง พร้อมกันนั้นความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้เป็นไปตามเป้าหมายขณะนั้นคือ ร้อยละ 25 เทียบกับยาแผนปัจจุบัน ในทางปฏิบัติยังเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิที่เน้นรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมกกว่าโรงพยาบาลระดับล่าง แพทย์แผนปัจจุบันถ้าสามารถใช้ยาสมุนไพรได้จะเป็นต้นแบบที่ดีให้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นๆ ที่มีความมั่นใจในยาสมุนไพรมากขึ้น แต่ปัจจุบันการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพรจะมีแต่แพทย์แผนไทยเท่านั้น

ในประเทศไทย ปัญหาของการเผยแพร่องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเข้าสู่บริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ การขาดการยอมรับจากกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการปฐมภูมิสาขาอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่าง ๆ ผลที่เกิดขึ้นคือ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะเน้นให้บริการด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก โดยเน้นไปที่การรักษา มากกว่าการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษาในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่มีจำนวนมากขึ้นด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ของโรค เป็นการไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการพึ่งพาการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจปัจจัยในการทำให้เกิดโรค เกิดภาวะด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นของ

ประเทศ สาเหตุที่ทำให้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการยอมรับจากบุคลากร สาธารณสุขสาขาอื่น มาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้การแพทย์สาขานี้ ขาด แนวทางปฏิบัติการให้บริการ ขาดประสบการณ์ในการรักษา (วรรณมา ดำเนินสวัสดิ์และถาวร ล่อ กกา 2561) รวมถึง องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยยังขาดการจัดการให้มีการสื่อสารต่อบุคลากร สาธารณสุขให้เข้าใจได้ง่าย แนวทางการแก้ปัญหาที่สำคัญคือ 1) การกำหนดการใช้ระดับ การ จัดบริการที่เหมาะสมกับขนาดของสถานบริการ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิสามารถใช้ ทักษะความรู้ในระดับพื้นฐานในการตรวจวินิจฉัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและจ่ายยา สมุนไพรในกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยได้ 2) การจัดกระบวนการสื่อสารให้องค์ความรู้เกิดความ ชัดเจน เกิดการเรียนรู้ได้ง่าย สามารถทดลองใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและนำไปใช้ในการ ปฏิบัติงานได้ (ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, 2559)

ในการเผยแพร่องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสู่ประชาชนในพื้นที่ผ่านระบบบริการปฐม ภูมิจะทำให้เกิดการสืบทอดภูมิปัญญาของประเทศได้อย่างกว้างขวาง เพิ่มองค์ความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเอง นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ แต่ยังมี ความไม่ชัดเจนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนำองค์ความรู้ไปใช้ในการให้บริการสุขภาพได้ การศึกษานี้ใช้ในการประเมินผลจากนโยบายการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการ สุขภาพ ต่อพฤติกรรมของบุคลากรสาธารณสุขด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และหาข้อเสนอแนะใน การปรับปรุงพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในระบบบริการปฐมภูมิได้ทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional Study) ประชากรคือ กลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระ เกียรติ ศูนย์สุขภาพชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราที่สามารถ วิเคราะห์วินิจฉัยโรคตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย แบ่งกลุ่มประชากรตามชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามอำเภอที่ปฏิบัติงาน เลือกทุกอำเภอของจังหวัด (11 อำเภอ) กำหนดโควตา

(Quota sampling) ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามขนาด ใหญ่ 3 คน กลาง 2 คน เล็ก 1 คน รวมทั้งหมด 118 หน่วยบริการ ได้กลุ่มตัวอย่าง 198 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามมีทั้งหมด มีส่วนต่างๆ ดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามส่วนวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยตัวแปรใช้ Likert scale (คะแนนอยู่ระหว่าง 1-6) ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ มีหัวข้อ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ของการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้ ปัจจัยการยอมรับ มีหัวข้อ การยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทย และแบบสอบถามส่วนวัดระดับพฤติกรรมในการนำความรู้มาใช้ (คะแนนอยู่ระหว่าง 1-11) ประกอบด้วย การวิเคราะห์วินิจฉัยโรคด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เริ่มต้นจากวัดระดับความคิดเห็นของตัวแปรปัจจัยแต่ละตัวและพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้ จากนั้นจำแนกระดับความคิดเห็น ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวแปรปัจจัยที่มีระดับน้อยถึงปานกลาง และ ระดับมาก กลุ่มพฤติกรรมฯ ที่มีระดับน้อยถึงปานกลาง และ ระดับมากถึงมากที่สุด ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ นำเสนอความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า p-value และเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หาขนาดความสัมพันธ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย คือสถิติถดถอยโลจิสติก Binary Logistic Regression นำเสนอด้วย ค่า odd ratio 95% Confidence interval และ p-value

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม จากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แต่ละข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่าเนื้อหาสาระมีความถูกต้อง มาตรฐานมีความเหมาะสม ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพุทธโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และมหาวิทยาลัยมหิดล เรียบร้อย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) 20 ฉบับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่าระดับความคงที่ 0.956

แบบสอบถามส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง ให้กระจายแบบสอบถามไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด บุคลากรในหน่วยงานเป็นผู้ส่งผู้ตอบแบบสอบถามเอง และส่งเอกสารคืนกลับมาแยกแบบสอบถามกับหนังสือยินยอมตนให้ออกจากกันที่สาธารณสุขอำเภอ

เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูล ก่อนที่จะคืนแบบสอบถามทั้งหมดให้กับผู้วิจัย เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2563 แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ได้รับมีจำนวน 191 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96

ผลการศึกษา (Results) และ การอภิปรายผล (Discussion)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการมีดังนี้

อายุ

เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน บุคลากรในช่วงอายุ 20 – 29 ปี จะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้ 3.27 เท่า (95%CI=1.24-8.65) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 50 – 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจถือได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ กลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มนี้พร้อมที่จะเรียนรู้และทดลองในองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปี การรับรู้ประโยชน์ขององค์ความรู้ผ่านสื่อ ผ่านข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวมทั้งการมีประสบการณ์ในด้านการแพทย์แผนไทยผ่านการเรียนรู้ ทดลอง สังเกต ทั้งด้วยตนเอง และกับผู้อื่น มาเป็นเวลานานมากพอที่จะประเมินข้อดีข้อเสียได้ จึงจะตัดสินใจนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยปฏิบัติด้วยตนเองและอาจเกิดเป็นพฤติกรรมการนำมาให้บริการสุขภาพ เช่นเดียวกันกับการแพทย์แผนไทยที่มีอายุยืนยาวมาหลายร้อยปี เป็นการแพทย์ที่ศึกษาประสิทธิภาพการรักษาจากการสังเกตผลการรักษาเป็นหลัก แล้วเก็บเป็นประสบการณ์เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ตำแหน่งงาน

ตำแหน่งในงานบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้จบทางด้านการศึกษาการแพทย์แผนไทยโดยตรง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพ เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน จะมีการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้น้อยกว่าตำแหน่งการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 90 (95%CI=52-98) , 85 (95%CI=27-97) , 84 (95%CI=21-97) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจาก ตำแหน่งการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีการแพทย์แผนไทยมาแล้ว ผ่านการฝึกฝนอบรมจนมีความเชี่ยวชาญ มีความรู้มีความเข้าใจในองค์ความรู้เป็นอย่างดี แต่จำนวนแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา มีเพียงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิทั้งหมด ดังนั้น การแพร่ขยายองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไม่ควรจะจำกัดเฉพาะ ตำแหน่งการแพทย์แผนไทยเพียงตำแหน่งเดียว ควรส่งเสริมให้ตำแหน่งงานอื่นๆ ได้รับการเรียนรู้ เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐาน เพื่อเชื่อมองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

เข้าด้วยกันเช่นเดียวกับการศึกษา Amy R. W. (Weinstein, Dolce et al. 2018) พบว่าการนำองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมลงสู่บริการปฐมภูมิควรเตรียมบุคลากรที่หลากหลายสาขาอาชีพในการเข้ารับการศึกษาเพิ่มพูนความสามารถทักษะ รวมทั้งการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย พยาบาล เกษัชกร นักสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดี ลดความขัดแย้ง ช่วยเสริมให้มีการสื่อสารองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิม รวมถึงการทำงานร่วมกันอย่างเข้าใจ

การเคยฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยมาก่อน

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา ที่เคยฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยมาก่อนเมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน จะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ มาให้บริการสุขภาพ มากกว่าคนที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม 3.70 เท่า (95%CI=1.76-7.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการฝึกอบรมทำให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจ จนเกิดการรับรู้ การเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะอย่างคล่องแคล่วจะกลายเป็นพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการได้ จากข้อมูลการสำรวจบุคลากรส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมมาแล้ว แต่ยังพบปัญหาแนวทางการปฏิบัติยังไม่ชัดเจนในการนำองค์ความรู้มาใช้ โดยที่กลุ่มบุคลากรส่วนมากยอมรับประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และคิดว่าไม่เป็นอุปสรรคในการนำมาให้บริการมากนักรวมถึงประชาชนบางส่วนมีความพึงพอใจในการใช้ยาสมุนไพร ควบคู่กับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

การยอมรับประโยชน์ขององค์ความรู้

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา รับรู้ประโยชน์ของการนำองค์ความรู้ มาให้บริการสุขภาพ ระดับมาก มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับพฤติกรรมในการนำองค์ความรู้ มาให้บริการ นั่นคือ เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน บุคลากรที่รับรู้ประโยชน์ระดับมาก จะมีพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ มาใช้มากกว่าระดับการรับรู้น้อยลงไป 3.24 เท่า (95%CI=1.63-6.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก ในการให้บริการปฐมภูมิจะเน้นการให้บริการในเชิงการป้องกันโรค การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ซึ่งองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสามารถนำมาใช้ได้ ค่าเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 4.88 ($\bar{x}=4.88, SD=0.12$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือความสามารถในการสังเกตผลได้ของการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 5.29 รองลงมาคือ การรับรู้ของคุณค่าองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ที่ให้ความสำคัญที่ต้นเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษาสามารถนำสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวมาใช้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.21 น้อยที่สุดคือ การรับรู้ประโยชน์เรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาสมุนไพร ทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 และ 4.18 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียของ Anak K.J. (Johny, Cheah et al.

2017) ที่พบว่า การแพทย์ดั้งเดิมสามารถป้องกันอาการข้างเคียงของการเจ็บป่วยได้ มีความละเอียดละม่อม ละเอียดอ่อนในการรักษาและปลอดภัย

การยอมรับอุปสรรคในการนำองค์ความรู้มาให้บริการ

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา รับรู้อุปสรรคของการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการนำองค์ความรู้มาให้บริการ ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 3.90 ($\bar{x}=3.90$, $SD=0.11$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ยาสมุนไพรถ้าใช้ไม่ถูกต้อง ก็เกิดอันตรายต่อสุขภาพเช่นกัน เท่ากับ 4.88 รองลงมา คือ รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการใช้จ่ายสมุนไพรแต่ไม่เห็นความชัดเจนในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.39 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้ทำให้เพิ่มภาระงานประจำ มีคะแนนเท่ากับ 3.15 สอดคล้องกับ Uday N. Y.(Yadav, Lloyd et al., 2020) อุปสรรคในการผสมผสานการแพทย์คือ ข้อจำกัดด้านการติดตามความปลอดภัยของการแพทย์ดั้งเดิม และ ความจำกัดในทักษะของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ

การยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทย

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา ยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพ นั่นคือ เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน บุคลากรที่ยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทยระดับมาก จะมีพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ มาใช้มากกว่าระดับน้อยลงไป 3.09 เท่า (95%CI=1.68-5.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรกลุ่มนี้จะเข้าใจแนวทางวิธีในการคิด (Conceptual Philosophy) ขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย/ยาสมุนไพร และสามารถนำไปใช้ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างคล่องแคล่ว ทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุโรค การวินิจฉัยการเจ็บป่วย การจ่ายยาสมุนไพร การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการยอมรับเท่ากับ 4.70 ($\bar{x}=4.70$, $SD=0.18$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าองค์ความรู้ เกี่ยวกับ ทฤษฎีธาตุ องค์ประกอบร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับสูงที่สุดเท่ากับ 5.10 รองลงมาคือด้านปัจจัยที่เป็นสาเหตุโรค และ ด้านการทำงานของร่างกาย เท่ากับ 4.69 และ 4.13 สอดคล้องกับ Deborah S. (Sharp, Lorenc et al., 2018) ศึกษาการแพทย์ผสมผสานในบริการปฐมภูมิ สิ่งที่สำคัญในการพัฒนางานบริการมีประสิทธิภาพ และ ต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ดีคือ การที่ต้องสามารถปรับให้เข้าใจแนวคิดของการแพทย์ดั้งเดิมให้ได้ แต่ปัญหาที่

พบในการนำมาใช้คือ องค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมยังขาดฉันทามติหรือข้อสรุปที่ชัดเจนในการนำมาปฏิบัติ

ตาราง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและตัวแปรปัจจัยกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้ (n=191)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์มาใช้		ค่า p-value เมื่อทดสอบไคสแควร์	การหาขนาดความสัมพันธ์ ด้วย Binary Logistic Regression		
	น้อย-ปานกลาง	มาก-มากที่สุด		Odd ratio	95% Confidence interval	P-value
เพศ			0.506			
หญิง	37.2	49.2				
ชาย	6.8	6.8				
อายุ*			0.038*			
20-29	5.2	15.7		3.27	1.24-8.65	0.017*
30-39	15.7	14.1		0.92	0.41-2.70	0.835
40-49	12.6	16.2		1.42	0.62-3.26	0.402
50-60	10.5	9.9		1.00		
ตำแหน่งงาน*			0.018*			
ผู้อำนวยการรพ.	13.1	14.7		0.15	0.03-0.73	0.019*
พยาบาลวิชาชีพ	11.0	14.1		0.16	0.03-0.79	0.025*
นักวิชาการ สธ.	13.1	9.9		0.10	0.02-0.48	0.004*
เจ้าพนักงานสธ.	5.8	8.4		0.20	0.04-1.05	0.057
แพทย์แผนไทย	1.0	8.9		1.00		
เคยฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยมาก่อน*			0.001*			
เคย	29.8	48.7		3.70	1.76-7.52	<0.001*
ไม่เคย	14.1	7.3		1.00		

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์มาใช้		ค่า p-value เมื่อทดสอบด้วยไคสแควร์	การหาขนาดความสัมพันธ์ ด้วย Binary Logistic Regression		
	น้อย-ปานกลาง	มาก-มากที่สุด		Odd ratio	95% Confidence interval	P-value
ขนาดของหน่วยบริการ			0.124			
เล็ก	26.7	27.7				
กลาง-ใหญ่	17.3	28.3				
การรับรู้ประโยชน์ขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย*			0.001*			
มาก	28.3	47.6		3.24	1.63-6.46	0.001*
น้อย-ปานกลาง	15.7	8.4		1.00		
การรับรู้อุปสรรคในการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้			0.258			
มาก	8.4	11.0				
น้อย-ปานกลาง	35.6	45.0				
มาก	21.5	41.9		3.09	1.68-5.69	<0.001*
การยอมรับแนวความคิดขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย*			<0.001*			
น้อย-ปานกลาง	22.5	14.1		1.00		

ข้อเสนอแนะ

1) การฝึกอบรมความรู้การแพทย์แผนไทยในการให้บริการปฐมภูมิ ควรมีการจัดฝึกอบรมในทุกสายอาชีพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกร และ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ควรเลือกช่วงอายุ 20 -29 ปี เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความกล้าที่จะเรียนรู้ ทดสอบประสิทธิภาพขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง เพื่อเก็บเกี่ยวประสบการณ์และประเมินผลทำให้เกิดการยอมรับได้ ซึ่งจะเป็นกำลังที่ช่วยในการแพร่ขยายการแพทย์แผนไทยให้ขยายวงกว้างออกไป และเป็นตัวแทนที่จะแนะนำความรู้สู่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ น่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดในทุกพื้นที่ของประเทศ

2) การจัดการฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยสำหรับการให้บริการปฐมภูมิ ในเนื้อหาความรู้การแพทย์แผนไทยพื้นฐาน ควรมีหัวข้อวิธีการทำความเข้าใจในองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย (Conceptual Philosophy) ซึ่งจะช่วยเพิ่มพูนทักษะ การวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผล ตามองค์ความรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจได้ลึกซึ้งมากขึ้น นำไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิม ช่วยในการประเมินผลประกอบการตัดสินใจยอมรับต่อแนวความคิดการแพทย์แผนไทย ผลที่เกิดขึ้นจะช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย นำองค์ความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดความขัดแย้งกับความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วยในการสื่อสารกันภายในหน่วยงานบริการ ให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

3) การดำเนินงานตามนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ควรมีการจัดการฝึกอบรมผสมผสานในหลักสูตรปริญญาตรีของบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อองค์ความรู้ของบรรพบุรุษ ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีม ร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและประชาชนในพื้นที่

4) การปรับปรุงการใช้ภาษาในการแพทย์แผนไทยให้มีความสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษากลุ่มอาการเจ็บป่วยพื้นฐาน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงทางองค์ความรู้จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไปใช้ได้ง่ายขึ้น

5) องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกำลังเป็นทางเลือกใหม่ของประชาชน แต่บุคลากรในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ควรจัดทำเป็นคลิปวิดีโอเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้ โดยเฉพาะความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้สมุนไพรหรือตามวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะนำไปใช้ในการให้คำแนะนำในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน

เอกสารอ้างอิง (References)

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2557). "นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน." สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ณัฐริญา คำผล. และคณะ (2554). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาสมุนไพรและนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. นนทบุรี, เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- นครชาติ เผื่อนภูมิ (2554). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประพจน์ เกตุรากาศ.และคณะ (2559). สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 3 วันที่ 30 สิงหาคม-3 กันยายน 2559 นนทบุรี, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2550). ประวัติ วิวัฒนาการและการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย. นนทบุรี, มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา.
- วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์และถาวร ล้อกา (2561). "การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง." วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 11(1) : 126-133.
- Johny AK, Cheah WL, and Razitasham S (2017). "Disclosure of Traditional and Complementary Medicine Use and Its Associated Factors to Medical Doctor in Primary Care Clinics in Kuching Division, Sarawak, Malaysia." Evid Based Complement Alternat Med 2017: 5146478.
- Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, and MacPherson H (2018). "Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity." BMC Complement Altern Med 18 (1): 290.
- Sullivan T. (2018). "Modern Medicine vs. Alternative Medicine: Different Levels of Evidence." from <https://www.policymed.com/2011/08/modern-medicine-vs-alternative-medicine-different-levels-of-evidence.html>.
- Weinstein AR, Dolce MC, Koster M, Parikh R, Hamlyn E, A McNamara E, Carlson A, and DiVall MV (2018). "Integration of systematic clinical interprofessional training in a student-faculty collaborative primary care practice." J Interprof Care 32(1): 104-107.
- WHO (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva, World Health Organization.
- Yadav UN, Lloyd J, Hosseinzadeh H, Baral KP, Dahal S, Bhatta N and Harris MF (2020). "Facilitators and barriers to the self-management of COPD: a qualitative study from rural Nepal." BMJ Open 10(3): e035700.