



**รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐**



รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บรรณาธิการ

นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ

นางสาวรัชณี จันทร์เกษ

คณะบรรณาธิการ

คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สนับสนุนโดย

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ครั้งแรก พฤษภาคม ๒๕๕๐ จำนวน ๑,๐๐๐ เล่ม

สถานที่พิมพ์ : มนัสฟิล์ม โทรศัพท์ : ๐-๒๕๖๔-๓๐๘๒



ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

ประพจน์ เกตุรากาศ รัชณี จันทร์เกษ และคณะ

รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐

กรุงเทพฯ : มนัสฟิล์ม

๑๖๐ หน้า

๑. การแพทย์แผนไทย ๒. การแพทย์พื้นบ้าน

๓. การแพทย์ทางเลือก ๔. ระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

ISBN : ๙๗๘-๙๗๔-๗๖๖๙-๒๐-๖

จัดพิมพ์โดย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๕๕๑-๗๘๐๔, ๐-๒๕๕๑-๒๖๐๐, ๐-๒๕๕๑-๗๘๐๖

โทรสาร : ๐-๒๕๕๑-๒๕๐๐, ๐-๒๕๕๑-๗๘๑๕

Website : <http://www.dtam.moph.go.th>



คำนำ

รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ นับเป็นฉบับแรกของประเทศไทย ที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้นภายใต้โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดยได้รับทุนสนับสนุนเพิ่มเติมจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศสำหรับการบริหารและพัฒนานโยบายด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำข้อมูลสำคัญมาใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการนี้ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อจัดทำระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และพัฒนากลไกในการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เบื้องต้น

รายงานสถานการณ์ฉบับนี้ ได้รวบรวม ประมวล และสังเคราะห์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ข้อเสนอแนะที่สำคัญ แนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูล และทิศทางการวิจัยที่ควรมีการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ รายงานสถานการณ์ ๕ เรื่อง

๑. สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย : ภาพรวม
๒. สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาการแพทย์แผนไทย
๓. สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ
๔. สถานการณ์การใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ
๕. สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ส่วนที่ ๒ บทความที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ วิทยากร ผู้นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ นักวิชาการ นักพัฒนา เครือข่ายหมอพื้นบ้าน ที่ได้มีส่วนในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการอ้างอิง สถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบข้อมูลการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกต่อไป



นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
พฤษภาคม ๒๕๕๐

สารบัญ

คำนำ
สารบัญตาราง
สารบัญแผนภูมิ

ส่วนที่ ๑	รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก	
	๑๑ สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ภาพรวม	๒
	๑๒ สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาการแพทย์แผนไทย	๑๐
	๑๓ สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ	๑๖
	๑๔ สถานการณ์การใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	๒๓
	ในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ	
	๑๕ สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย	๓๓
ส่วนที่ ๒	บทความการศึกษาสถานการณ์การแพทย์แผนไทย	
	การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก	
	๑๖ การศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย : ภาพรวม	๔๕
	ยงศักดิ์ ตันติปัญญ	
	๑๗ สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย	๗๖
	สมภาพ ประธานธรรักษ์	
	๑๘ สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ	๙๐
	เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ และรุจิราภ อรรถสหัส	
	๑๙ สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย	๑๐๘
	ปรียา มิตรานนท์	
	๒๐ สถานการณ์การจดสิทธิบัตรและกระบวนการค้นคว้าต่อยอด	๑๒๕
	องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย	
	พร้อมจิต ศรลัมพ์	
	๒๑ การวิเคราะห์ระบบข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาไทยและสมุนไพร	๑๓๔
	อาทร รวีไพบุลย์	
ภาคผนวก		
	คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์	๑๔๖
	การพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	

สารบัญตาราง

ส่วนที่ ๑

สถานการณ์การจัดการความรู้วิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

ตารางที่ ๑	แสดงการจำแนกจำนวนและประเภทของงานวิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ระหว่างปี ๒๕๓๕- ๒๕๔๘	๑๗
------------	---	----

สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ ๑	จำนวนและร้อยละประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ๑ เดือนก่อนสัมภาษณ์ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ จำแนกตามเพศที่วราชอาณาจักร	๓๕
------------	--	----

ส่วนที่ ๒

การศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย : ภาพรวม

ตารางที่ ๑	เลขทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๐๐-๒๕๔๘	๕๐
ตารางที่ ๒	เลขทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ. ๒๕๐๐-๒๕๔๘	๕๐

สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

ตารางที่ ๑	แสดงการจำแนกจำนวน ประเภทและสัดส่วนของงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ	๙๓
------------	--	----

สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ ๑	จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ๑ เดือนก่อนสัมภาษณ์ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๘ จำแนกตามเพศที่วราชอาณาจักร	๑๑๔
ตารางที่ ๒	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลการป่วย/รู้สึกไม่สบาย พ.ศ. ๒๕๔๖/๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ จำแนกตามเพศ ที่วราชอาณาจักร	๑๑๕
ตารางที่ ๓	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามโครงสร้างอายุ และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖/๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๑๑๖
ตารางที่ ๔	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามการศึกษาที่สำเร็จ และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖/๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๑๑๘
ตารางที่ ๕	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกการทำงานตามประเภทอุตสาหกรรม และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖/๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๑๑๙
ตารางที่ ๖	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอาชีพ และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖/๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๑๒๐
ตารางที่ ๗	จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มโรคสำคัญ ๖ อันดับแรก และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖/๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๑๒๑

สถานการณ์การจัดสิทธิบัตรและกระบวนการค้นคว้าต่อยอดองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

ตารางที่ ๑	สิทธิบัตรยาระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๖-๒๐๐๖	๑๒๘
------------	-------------------------------------	-----

การวิเคราะห์ระบบข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาไทยและสมุนไพร

ตารางที่ ๑	ภาพรวมของระบบสารสนเทศด้านสมุนไพรและยาไทย	๑๔๐
------------	--	-----

សារប័ណ្ណផែនការ

ส่วนที่ ๑

สถานการณ์กำลังคน ด้านการแพทย์แผนไทย : ภาพรวม

	๓
	๓
	๔
	๔
	๕
	๕
	๖
	๖
	๗
	๗
	๘
	๘
	๙
	๙
	๑๐
	๑๐
	๑๑
	๑๒
	๑๒
	๑๓
	๑๔
	๑๔
	๑๕
	๑๕
	๑๖
	๑๖
	๑๗
	๑๗
	๑๘
	๑๘
	๑๙
	๑๙
	๒๐
	๒๑

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาการแพทย์แผนไทย

แผนภูมิ ๑	ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๗ จำแนกตามกลุ่มวิจัย	๑๑
แผนภูมิ ๒	การวิจัยสมุนไพรแบบที่นักวิจัยใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง	๒๓
แผนภูมิ ๓	การวิจัยสมุนไพรแบบมุ่งเป้าใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง	๑๒
แผนภูมิ ๔	ลำดับความสำคัญของการวิจัยและการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย	๑๓

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

แผนภูมิ ๑	แสดงจำนวนและการกระจายตัวของหมอพื้นบ้าน	๑๗
แผนภูมิ ๒	แสดงสัดส่วนของงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ	๑๙

สถานการณ์การใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

แผนภูมิ ๑	การใช้บริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามเขต (ตุลาคม ๒๕๔๘-มีนาคม ๒๕๔๙)	๒๔
แผนภูมิ ๒	การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ ๒ ขึ้นไป ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ตุลาคม ๒๕๔๘-มีนาคม ๒๕๔๙)	๒๕
แผนภูมิ ๓	การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนตามเขต (ตุลาคม ๒๕๔๘-พฤษภาคม ๒๕๔๙)	๒๖
แผนภูมิ ๔	สถานื่อนามัยที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยตามเขต (ตุลาคม ๒๕๔๘-พฤษภาคม ๒๕๔๙)	๒๖
แผนภูมิ ๕	รูปแบบการใช้บริการการแพทย์แผนไทย	๒๗
แผนภูมิ ๖	โรคและอาการของผู้มารับบริการ	๒๘
แผนภูมิ ๗	ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท	๒๘

สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

แผนภูมิ ๑	แผนผังแนวทางการศึกษาการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ	๓๔
แผนภูมิ ๒	ร้อยละของประชากรจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๖
แผนภูมิ ๓	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน/ หมอแผนโบราณ จำแนกตามเพศ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๗
แผนภูมิ ๔	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามโครงสร้างอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๗
แผนภูมิ ๕	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามโครงสร้างอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๘
แผนภูมิ ๖	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๘
แผนภูมิ ๗	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๙
แผนภูมิ ๘	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามการประกอบอาชีพ ๓ ลำดับสูงสุด พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๓๙
แผนภูมิ ๙	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามการประกอบอาชีพ ๓ ลำดับสูงสุด พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๔๐
แผนภูมิ ๑๐	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตาม ๕ ลำดับแรกของกลุ่มโรค พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๔๑
แผนภูมิ ๑๑	ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตาม ๕ อันดับแรกของกลุ่มโรค พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘	๔๑

[illegible]

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทย

แผนภูมิ ๑	ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จำแนกตามกลุ่มงานวิจัย	๘๐
แผนภูมิ ๒	ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรด้านคุณภาพสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗	๘๐
แผนภูมิ ๓	ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรด้านพิษจนประสิทธิภาพของสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗	๘๐
แผนภูมิ ๔	ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรด้านความปลอดภัยของสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗	๘๑
แผนภูมิ ๕	การวิจัยสมุนไพรแบบที่นักวิจัยใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง	๘๒
แผนภูมิ ๖	การวิจัยสมุนไพรแบบมุ่งเป้าใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง	๘๒
แผนภูมิ ๗	ลำดับความสำคัญของการวิจัยและการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย	๘๔

สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

แผนภูมิ ๑	จำนวนและร้อยละของประชากรที่ได้รับการรักษาและไม่รักษาจากอาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย พ.ศ. ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ (จำนวน : พันคน)	๑๑๔
แผนภูมิ ๒	ร้อยละของประชากรจำแนกตาม ๕ อันดับแรกของกลุ่มโรคที่ใช้การรักษาโดยการ ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘	๑๒๒
แผนภูมิ ๓	ร้อยละของประชากรจำแนกตาม ๕ อันดับแรกของกลุ่มโรคที่ใช้การรักษาโดยการ ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ พ.ศ. ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘	๑๒๒

สถานการณ์การจดสิทธิบัตรและกระบวนการค้นคว้าต่อยอดองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

แผนภูมิ ๑	จำนวนสิทธิบัตรระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๖-๒๐๐๖	๑๒๙
แผนภูมิ ๒	การกระจายของหัวเรื่องสิทธิบัตรระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๖-๒๐๐๖	๑๒๙

การวิเคราะห์ระบบข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาไทยและสมุนไพร

แผนภูมิ ๑	กรอบระบบข้อมูลสมุนไพรและยาไทย	๑๓๙
-----------	-------------------------------	-----



ส่วนที่ หนึ่ง

รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์ การแพทย์ พื้นบ้าน แผนไทย ทางเลือก



สถานการณ์กำลังคน ด้านการแพทย์แผนไทย : ภาพรวม

ยงศักดิ์ ตันติปฏิภน / สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

วัตถุประสงค์

๑. สำรวจสถานะของฐานข้อมูลประชากรแพทย์แผนไทยในระดับประเทศ ตามทะเบียนของกองการประกอบโรคศิลปะ
๒. วิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน

วิธีการศึกษา

๑. ใช้ไฟล์ข้อมูลผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ของกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๙) ซึ่งเป็นไฟล์ข้อมูล Microsoft Excel ในการศึกษา
๒. ใช้โปรแกรม Microsoft Access ๒๐๐๐ ปรับปรุงข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและไม่ถูกต้อง
๓. ใช้โปรแกรม Microsoft Excel ๒๐๐๐ และ SPSS ๑๑.๖ วิเคราะห์ค่าสถิติและสร้างกราฟ

ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์

- ๕๐ เพศ
- ๕๐ อายุ (เฉพาะประเภทการนวดไทย)
- ๕๐ จังหวัดและภาคที่แจ้งในการขึ้นทะเบียน
- ๕๐ ปีที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ

ผลการศึกษา

เลขทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ
ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ปี ๒๕๐๐ - ๒๕๕๙

ประเภทเวชกรรมไทย เลขทะเบียน พท.ว. ๑๑๙๕๓ - พท.ว. ๑๕๖๑๒



ประเภทเภสัชกรรมไทย เลขทะเบียน พท.ภ. ๖๒๐๐ - พท.ภ. ๒๐๕๕๓

ประเภทการผดุงครรภ์ไทย เลขทะเบียน พท.ผ. ๑๗๗๑ - พท.ผ. ๓๖๖๑*

ปี ๒๕๔๘

ประเภทการนวด เลขทะเบียน พท.น. ๑- พท.น. ๘๑

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ปี ๒๕๓๒ - ๒๕๔๘

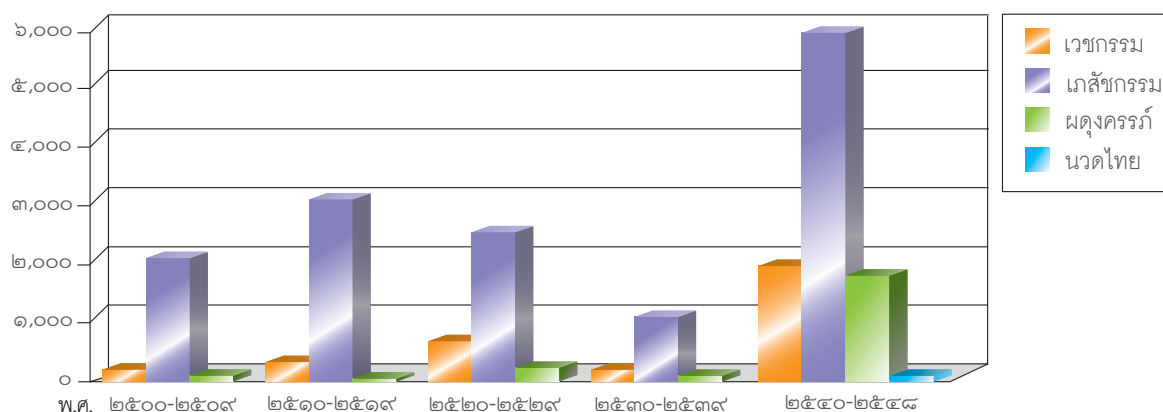
เลขทะเบียน บ.ป.๑ - บ.ป. ๔๗๓

*หมายเหตุ : เลขทะเบียน พท.ผ. ๒๑๗๖-๒๒๐๐ มีใบอนุญาตซ้ำกัน ในปี ๒๕๔๑ และ ๒๕๔๒

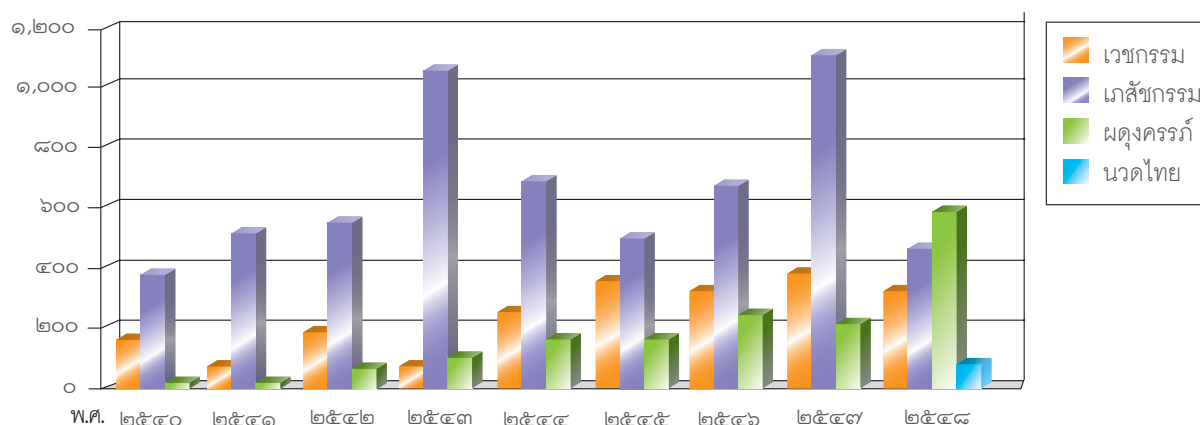


จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะตามทะเบียน

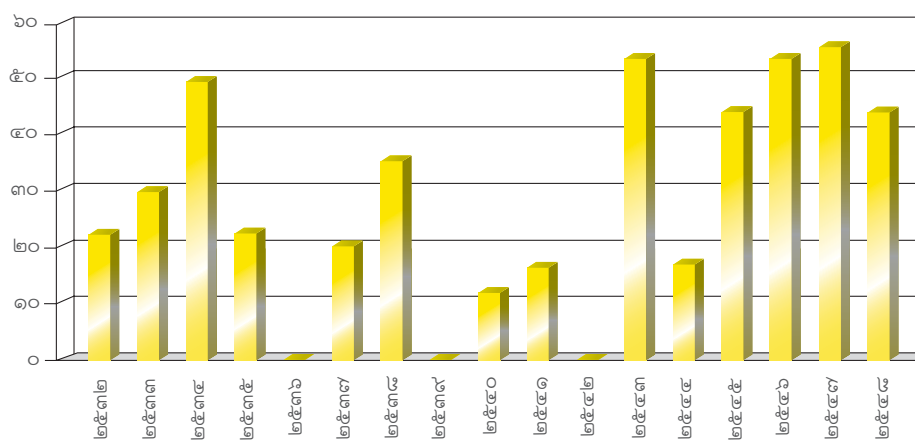
แผนภูมิ ๑ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย จำแนกตามช่วงปีที่ได้รับใบอนุญาต (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แผนภูมิ ๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย จำแนกตามปีที่ได้รับใบอนุญาต (๒๕๔๐-๒๕๔๘)

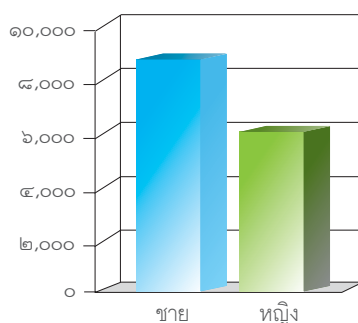


แผนภูมิ ๓ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำแนกตามช่วงปีที่ได้รับใบอนุญาต (๒๕๓๒-๒๕๔๘)

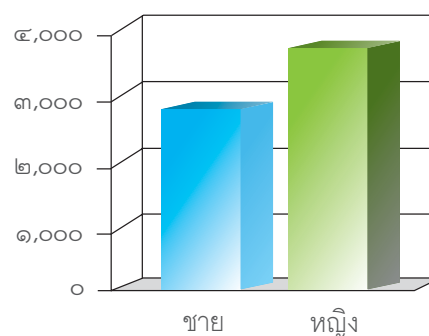


ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยรวมทุกประเภท

แผนภูมิ ๔ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



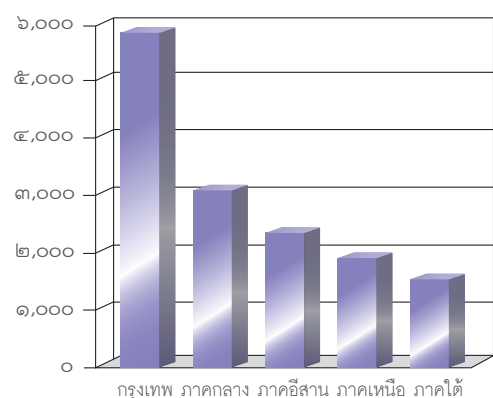
แผนภูมิ ๕ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท จำแนกตามเพศ (๒๕๔๐-๒๕๔๘)



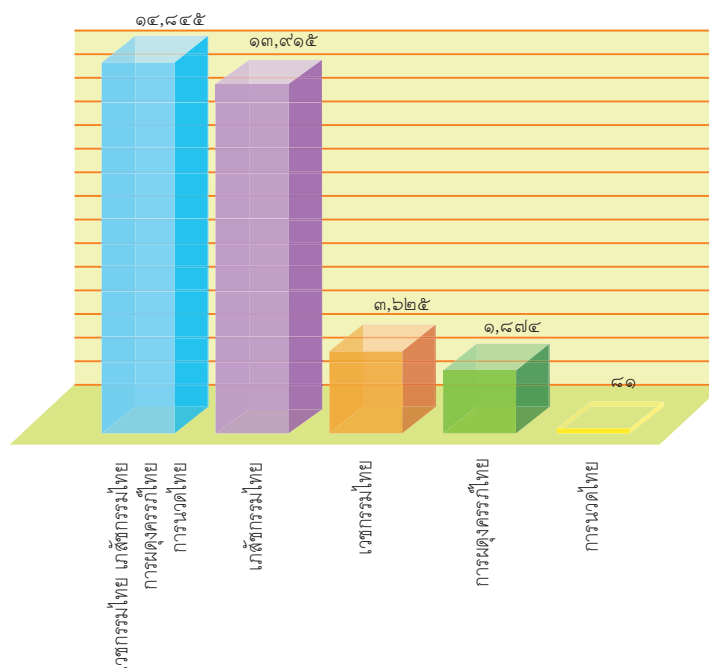
จากแผนภูมิ ๔ เห็นได้ว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย เพศชายมีมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน ๓ : ๒ แต่เปรียบเทียบกับแผนภูมิ ๕ แสดงให้เห็นว่าในช่วง ๘ ปีที่ผ่านมา ผู้หญิงสามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยได้มากกว่าผู้ชาย

แผนภูมิ ๖ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)

ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้

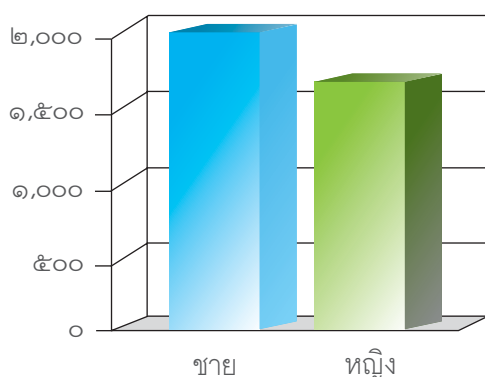


แผนภูมิ ๗ ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท



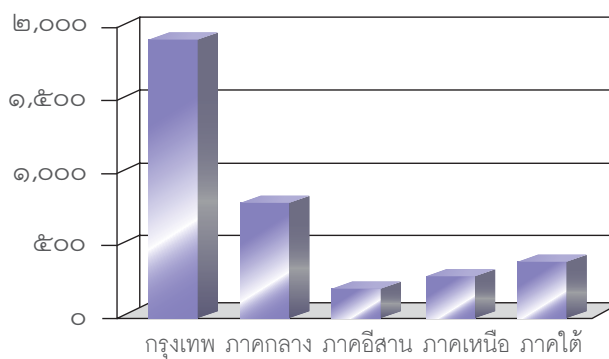
มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยรวมทั้งสิ้น ๑๔,๔๔๕ คน มีใบอนุญาตประเภท เวชกรรมไทย ๓,๖๒๕ คน (ร้อยละ ๒๕) เกษตรกรรมไทย ๑,๘๗๔ คน (ร้อยละ ๑๓) การฝังเข็มไทย ๑,๔๔๕ คน (ร้อยละ ๑๐) การนวดไทย ๔๑ คน (ร้อยละ ๐.๕)

แผนภูมิ ๘ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๖ : ๕

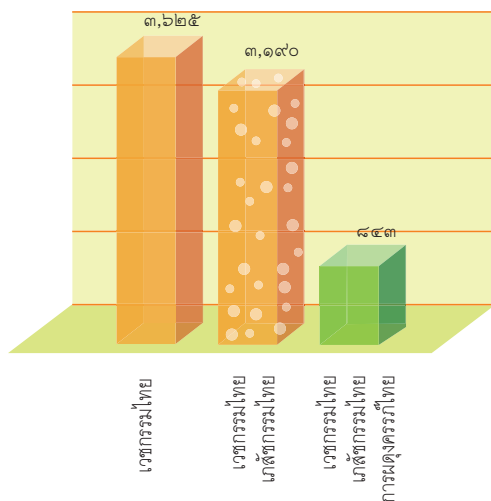
แผนภูมิ ๙ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ



แผนภูมิ ๑๐ ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย



มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

รวมทั้งสิ้น ๓,๖๒๕ คน ในจำนวนนี้

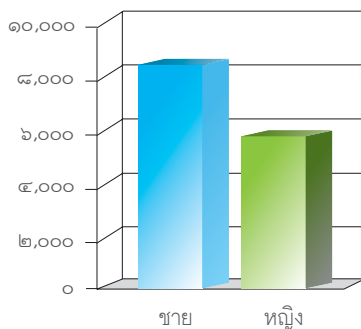
มีใบอนุญาตประเภทเภสัชกรรมไทยอยู่ด้วย ๓,๑๙๐ คน (ร้อยละ ๘๘)

มีใบอนุญาตประเภทการผดุงครรภ์ไทยอยู่ด้วย ๘๔๓ คน (ร้อยละ ๒๓)

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยเท่านั้น ๓๖๖ คน (ร้อยละ ๑๐)

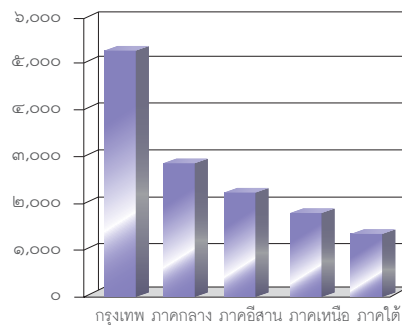
มีผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ขึ้นทะเบียนในประเภทเวชกรรมไทย ๕ คน

แผนภูมิ ๑๑ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



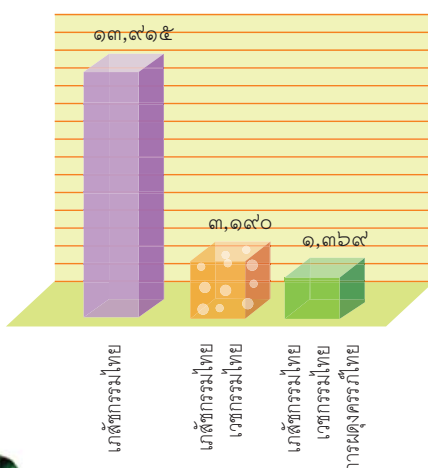
ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๓ : ๒

แผนภูมิ ๑๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้

แผนภูมิ ๑๓ ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย



มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย

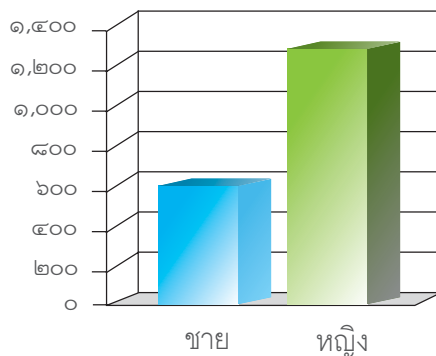
รวมทั้งสิ้น ๑๓,๙๑๕ คน ในจำนวนนี้

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยอยู่ด้วย ๓,๑๙๐ คน (ร้อยละ ๒๓)

มีใบอนุญาตประเภทการผดุงครรภ์ไทยอยู่ด้วย ๑,๓๖๙ คน (ร้อยละ ๑๐)

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยเท่านั้น ๑๐,๑๕๕ คน (ร้อยละ ๗๓)

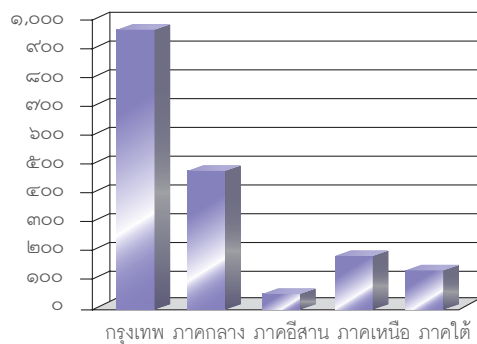
แผนภูมิ ๑๔ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย
จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายใน
สัดส่วน ๗ : ๓

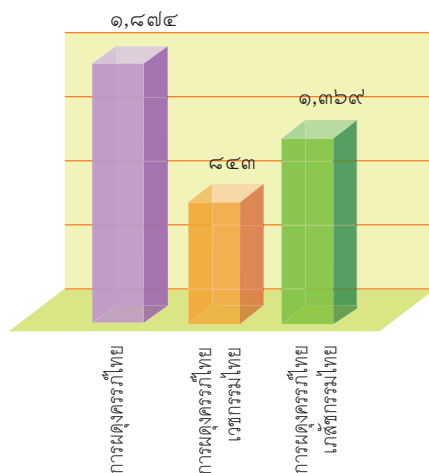


แผนภูมิ ๑๕ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย
จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือ
ภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้
และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

แผนภูมิ ๑๖ ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย



มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ประเภทการผดุงครรภ์ไทย

รวมทั้งสิ้น ๑,๔๐๐ คน ในจำนวนนี้

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยอยู่ด้วย ๘๕๓ คน
(ร้อยละ ๕๕)

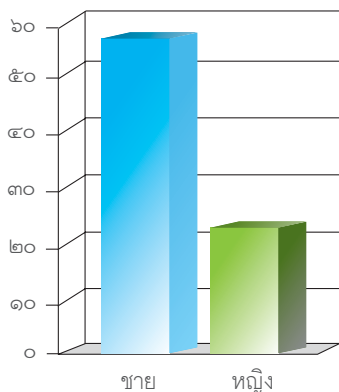
มีใบอนุญาตประเภทเภสัชกรรมไทยอยู่ด้วย ๑,๓๖๙ คน
(ร้อยละ ๙๗)

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยเท่านั้น ๕๖๐ คน
(ร้อยละ ๔๐)

หมายเหตุ : ข้อมูลที่ขาดหายไปจากฐานข้อมูลในประเภท
การผดุงครรภ์ไทยมี ๕๒ ราย

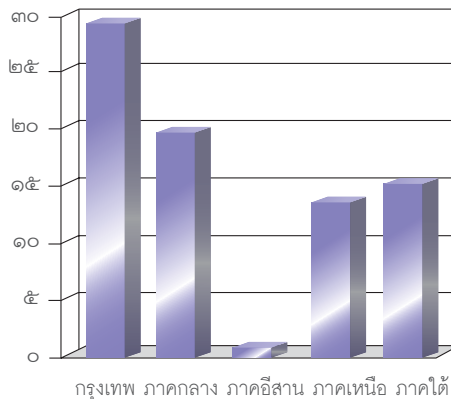


แผนภูมิ ๑๗ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย จำแนกตามเพศ (๒๕๕๘)



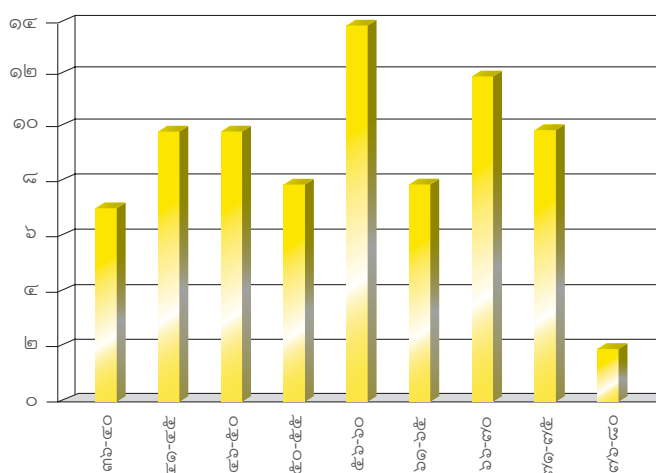
ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๗ : ๓

แผนภูมิ ๑๘ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๕๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

แผนภูมิ ๑๙ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๕๘)



สรุปข้อมูลภาพรวม

มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย รวมทั้งสิ้น ๘๑ คน

ร้อยละ ๔๗ มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยอยู่ด้วย

ร้อยละ ๔๔ มีใบอนุญาตประเภทเภสัชกรรมไทยอยู่ด้วย

ร้อยละ ๒๕ มีใบอนุญาตประเภทการนวดไทยอยู่ด้วย

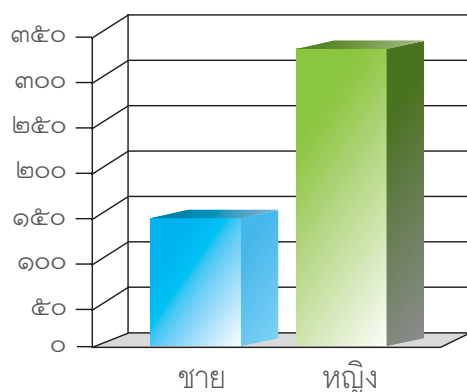
ร้อยละ ๔๕ มีใบอนุญาตประเภทการนวดไทยอย่างเดียว

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยที่มีใบอนุญาตทั้ง ๔ ประเภทมี ๑๔ คน



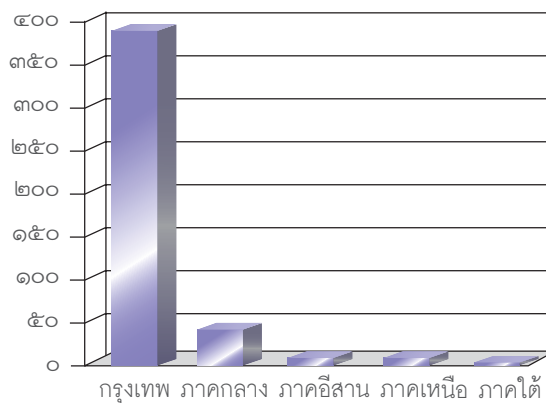
ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

แผนภูมิ ๒๐ จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขา
การแพทย์แผนไทยประยุกต์
จำแนกตามเพศ (๒๕๓๒-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในสัดส่วน
๗ : ๓

แผนภูมิ ๒๑ จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการ
แพทย์แผนไทยประยุกต์ จำแนกตาม
ภูมิภาค (๒๕๓๒-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ มากกว่าส่วน
อื่นๆ ของประเทศ

ปัญหาในการศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

๑. ฐานข้อมูลมีไม่ครบถ้วน มีรายชื่อซ้ำซ้อน และขาดการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับสมุดทะเบียน รวมทั้งยังไม่สามารถปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยได้
๒. ฐานข้อมูลขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาในเชิงนโยบาย เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ
๓. ข้อมูลที่ได้มายังขาดข้อมูลอายุ ทำให้ยังไม่สามารถวิเคราะห์เพื่อคาดการณ์จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะที่คาดว่าจะยังมีชีวิตอยู่

ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

๑. ปรับปรุงฐานข้อมูลให้ทันสมัยเพื่อการใช้งาน โดยให้ผู้ประกอบการโรคศิลปะสามารถปรับปรุงข้อมูลด้วยตนเองผ่านทางอินเทอร์เน็ต
๒. กำหนดให้ผู้ประกอบการโรคศิลปะต้องต่ออายุใบอนุญาตทุก ๕ ปี เพื่อให้กองการประกอบโรคศิลปะสามารถปรับปรุงฐานข้อมูลที่เป็นทางการให้ทันสมัยยิ่งขึ้น
๓. ปรับปรุงแบบฟอร์มในการสอบขึ้นทะเบียนให้มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาและอาชีพ



สถานการณ์ การแพทย์พื้นบ้าน แผนไทย ทางเลือก

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาการแพทย์แผนไทย

รศ.ดร.สมภพ ประธานธรรักษ์
/ ภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional medicine) เป็นกระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาหรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การนวดไทย รวมทั้งการผลิตยาไทย การประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา องค์การอนามัยโลก มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งหมายถึงการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสานกับการแพทย์กระแสหลักของแต่ละประเทศ โดยเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพและคุณภาพ เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล ทำให้คนทุกระดับเข้าถึงและสามารถใช้ได้ อันจะนำมาสู่การอนุรักษ์และพัฒนาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านอย่างยั่งยืน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการวิจัย และจัดการความรู้การแพทย์แผนไทยปัจจุบันและเสนอแนวทางการจัดการความรู้วิจัย และพัฒนาการแพทย์แผนไทยเพื่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนตลอดไป

สถานการณ์ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย

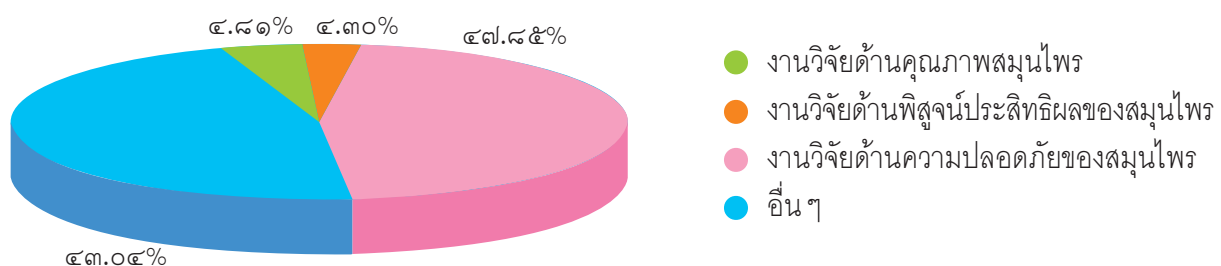
ในที่นี้ขอแบ่งประเด็นการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทยออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ว่าด้วยการวิจัยองค์ความรู้ด้านสมุนไพรและตำรายาแผนไทย และส่วนที่ ๒ ว่าด้วยการวิจัยองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยโรคการป้องกันและรักษาโรค และการดูแลสุขภาพ

การวิจัยองค์ความรู้ด้านสมุนไพร

สมภพ ประธานธรรักษ์ และคณะ ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๗ (ค.ศ. ๒๐๐๐ - ๒๐๐๔) พบว่ามีผลงานวิจัยตีพิมพ์โดยนักวิจัยชาวไทยและ/หรือนักวิจัยต่างชาติ จำนวน ๓๙๕ เรื่อง โดยตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติ ๒๒๓ เรื่อง ซึ่งสามารถจัดเป็น ๓ กลุ่ม ตามการนำไปใช้ประโยชน์ (แผนภูมิ ๑) ได้แก่

- งานวิจัยด้านคุณภาพสมุนไพร งานวิจัยในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘๕ ของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด ได้แก่ การระบุชนิดสมุนไพรทางพฤกษศาสตร์ การศึกษาทางพฤกษศาสตร์ พื้นบ้านทางการแพทย์ การวิจัยด้านเกษตร การศึกษาทางพฤกษเคมี ชีวสังเคราะห์ เทคโนโลยี การสกัด การควบคุมคุณภาพทางเคมี รวมถึงการจัดทำมาตรฐานสมุนไพร
- งานวิจัยด้านพิษจุนประสิทธิผลของสมุนไพร งานวิจัยกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๐๔ ของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด ได้แก่ การศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพในหลอดทดลอง ในสัตว์ทดลอง การวิจัยทางคลินิก และฤทธิ์ทางชีวภาพด้านการเกษตร
- งานวิจัยด้านความปลอดภัยของสมุนไพร งานวิจัยกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๑ ของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมดแบ่งเป็นการศึกษาด้านพิษวิทยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและสมุนไพร

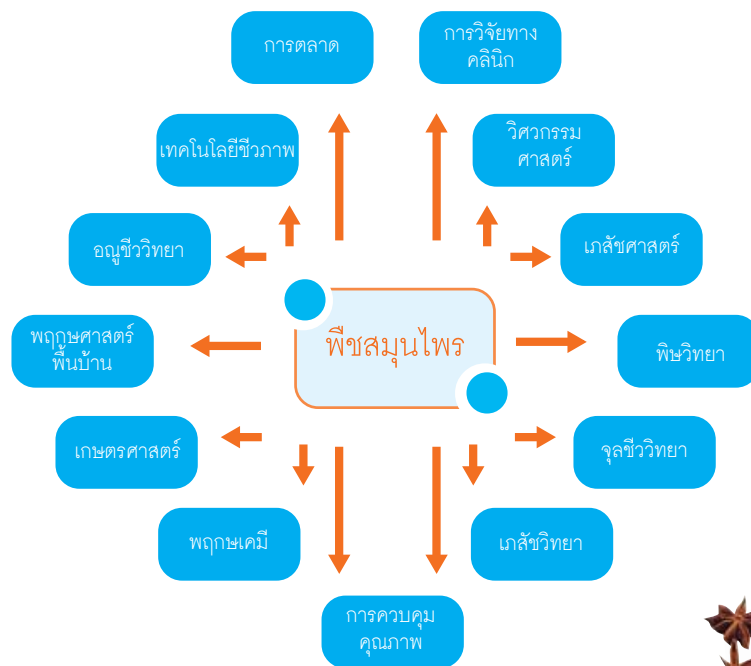
แผนภูมิ ๑ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จำแนกกลุ่มงานวิจัย



จากผลการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพร แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีนักวิชาการที่มีศักยภาพในการทำวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในระดับชาติได้ อย่างไรก็ตามในภาพรวมของงานวิจัยไม่ได้มุ่งเป้าไปที่ชนิดสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ได้อย่างชัดเจน เป็นการวิจัยที่ใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง (แผนภูมิ ๒) จะเห็นได้จากในจำนวนงานวิจัยทั้งหมด ๓๘๕ เรื่อง เมื่อวิเคราะห์เฉพาะชนิดพืชสมุนไพรที่ทำวิจัย พบว่ามีมากกว่า ๒๐๐ ชนิด ซึ่งถ้าสามารถกำหนดทิศทางและเป้าหมายการวิจัยร่วมกันเป็นแบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง (แผนภูมิ ๓) มีเป้าหมายที่การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยเริ่มจากการคัดเลือกพืชสมุนไพรที่มีศักยภาพ การวิจัยและพัฒนาการผลิตวัตถุดิบ ได้แก่ การคัดเลือกพันธุ์ การขยายพันธุ์ การปลูก การเก็บเกี่ยว และการปฏิบัติหลังการเก็บเกี่ยว เมื่อได้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพแล้ว ขั้นตอนต่อไปได้แก่ การสกัด การตั้งยาดำรยาเตรียมและการควบคุมคุณภาพ การทดลองระดับก่อนคลินิก และระดับคลินิก เมื่อได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพแล้ว ขั้นตอนสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งก็คือการวิจัยด้านเครื่องมือเพื่อผลิตในระดับอุตสาหกรรม หากรัฐบาลและหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัยสามารถกำหนดทิศทางการวิจัยของประเทศให้เป็นแบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลางเพิ่มมากขึ้น น่าจะทำให้ได้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับสากล จะทำให้เป็นประโยชน์กับประเทศชาติ มากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้



แผนภูมิ ๒ การวิจัยสมุนไพรแบบที่นักวิจัยใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง



แผนภูมิ ๓ การวิจัยสมุนไพรแบบมุ่งเป้าใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง



การวิจัยองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัยโรค การป้องกันและรักษาโรค และการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การป้องกัน การรักษาโรค และการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีการทำวิจัยไม่มากนักเมื่อเทียบกับการวิจัยสมุนไพรตามฐานแนวคิดแบบการแพทย์สมัยใหม่ ตัวอย่าง เช่น งานวิจัยแนวทางการใช้ประโยชน์และพิสูจน์ประสิทธิผลของการแพทย์แผนไทย งานวิจัยเกี่ยวกับตัวยาสมุนไพร งานวิจัยเกี่ยวกับโรคและอาการในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย งานวิจัยความเป็นพิษของยาตำรับ ฯลฯ

นอกจากนี้คัมภีร์แพทย์แผนไทยต่างๆ ที่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วนั้น มีคำศัพท์ต่างๆ ที่มีความหมายเฉพาะต้องอาศัยผู้รู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมายทั้งในด้านชื่อโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและการดำเนินโรค วิธีการรักษา ชื่อตัวยา และวิธีการเตรียมยา เป็นสิ่งที่ต้องเร่งหาผู้มาร่วมสังคายนาเพื่อจัดการความรู้ให้เป็นระบบ และจัดทำคำอธิบายโดยเร่งด่วน หากไม่เร่งดำเนินการต่อไปจะยิ่งขาดผู้รู้ ทำให้องค์ความรู้ที่มีอยู่ไม่สามารถถูกนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่

แนวทางการจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย

การจัดการความรู้ที่บรรลุเป้าหมาย หมายถึงการนำองค์ความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมในปัจจุบันได้ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันแล้วขอเสนอแนวทางการจัดการความรู้วิจัย และพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย ดังแสดงในแผนภูมิ ๔

แผนภูมิ ๔ ลำดับความสำคัญของการวิจัยและการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย



การรวบรวมและทำความเข้าใจองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ

อย่างที่กล่าวมาแล้วว่าตำราการแพทย์แผนไทยที่มีการจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีคำศัพท์ต่าง ๆ ที่มีความหมายเฉพาะต้องอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมาย ซึ่งนับวันมีจำนวนน้อยลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนโดยแบ่งเป็น ๒ ส่วนคือ

- ๑. **สมุฏฐานโรค การวินิจฉัย ลักษณะอาการของโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา และยาที่ใช้รักษา** ควรมีการศึกษาเชื่อมโยงทั้งในเรื่องของสมุฏฐานโรค การวินิจฉัย ลักษณะอาการของโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา และตำรับยาที่ปรากฏ ในตำราการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ได้คำอธิบายสำหรับใช้ประกอบกับตำราการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นมาตรฐานระดับชาติต่อไป

- ๒. **ตัวยา ตำรับยา และวิธีการเตรียมยา** ควรเก็บรวบรวมตัวอย่างสมุนไพรและวิเคราะห์วิจัยแหล่งที่มาทางชีวภาพ (biological origin) เพื่อเป็นตัวอย่างมาตรฐานสำหรับเทียบเคียง

วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ประโยชน์ให้ชัดเจน

ควรวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของการนำการแพทย์มาใช้ประโยชน์ให้ชัดเจนเพื่อนำมาวางนโยบายระดับประเทศ ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ การใช้ประโยชน์ ซึ่งได้เสนอแนวทางการวิเคราะห์ไว้เป็น ๒ แนวทางคือ การใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนใหม่ โดยการรวบรวมและทำความเข้าใจองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบควรดำเนินการเป็นลำดับแรกในลำดับต่อมาควรมุ่งการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้มีความสม่ำเสมอ จากนั้นการใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนเดิมน่าจะทำได้เลย สำหรับการำใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนใหม่นั้นต้องการการวิจัยระดับก่อนคลินิกและการวิจัยทางคลินิกรองรับ อาจดำเนินการในลำดับถัดมา (แผนภูมิ ๔)

ปรับแนวทางการวิจัยสมุนไพรจากการมุ่งหาสารบริสุทธิ์เป็นยามาสู่การวิจัยในรูปแบบยาตำรับยาพื้นฐานภูมิปัญญาไทย

การวิจัยสมุนไพรที่จะสามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาการแพทย์แผนไทย ควรมาจากคำถามการวิจัยที่อยู่บนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ได้แก่ ตำรับยาแผนไทยที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด มีสารออกฤทธิ์หลายชนิด (multi-component) และออกฤทธิ์ที่หลายเป้าหมาย (multi-target) การวางแผนการทดลองคำนึงถึงการวินิจฉัยโรค และหลักการแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นปรับสมดุลของร่างกายและการป้องกันโรค

นำวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการศึกษาวิจัยประเมินองค์ความรู้ดั้งเดิมเพื่อสร้างความมั่นใจในการนำภูมิปัญญาไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพมากยิ่งขึ้น

การจัดสิทธิบัตรเพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญา

ตำรับยาแผนไทยได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้หากมีการวิจัยต่อยอดอาจพัฒนาไปสู่การจัดสิทธิบัตรเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ได้



เผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมการใช้ประโยชน์

ควรมีการกำหนดแผนการเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการใช้ประโยชน์อย่างชัดเจน อาทิเช่น การปรับเจตคติของคนไทยต่อการแพทย์แผนไทย การจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์แผนไทยสาธิต การจัดหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ

การอนุรักษ์สมุนไพรในป่าถิ่นกำเนิด

ในขณะที่มีการส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรก็ควรจะต้องคำนึงถึงการอนุรักษ์สมุนไพรในป่าที่เป็นถิ่นกำเนิดไปพร้อม ๆ กัน ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินชนิดสมุนไพรที่เสี่ยงต่อการสูญพันธุ์ เพื่อกำหนดแนวทางการอนุรักษ์ และส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

สรุป

การจัดการความรู้ที่บรรลุเป้าหมาย คือ การที่นำองค์ความรู้นั้นมาทำให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม อันจะส่งผลมาสู่การใช้ประโยชน์จากความรู้กันอย่างยั่งยืน บทความนี้เสนอให้เห็นว่าการจัดการความรู้ที่เหมาะสมโดยใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือในการประสานความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ อันนำมาสู่การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์แก่สังคมอย่างสูงสุด



เอกสารอ้างอิง

๑. วุฒิจาญญ์ ธนภูมิ เพ็ญนภา ทวีทรัพย์เจริญ เสาวภา พรศิริพงษ์ จักรพงษ์ ไพบุญย์ วิชัย โชควิวัฒน์. (๒๕๕๖) การวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. วารสารการแพทย์แผนไทย ๒๕๕๖: ๗:๕-๑๘.
๒. World Health Organization. (๒๐๐๑) WHO Tradition Medicine Strategy ๒๐๐๒-๒๐๑๕. Geneva: World Health Organization.
๓. สมภพ ประธานธรรมาภิบาล พร้อมจิต ศรลัมพ์ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ ธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์. (๒๕๕๘) ระบบโครงสร้างและกลไกในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย: มาตรการด้านการจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุวาท, (บก.). ระบบโครงสร้างกลไกการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. กรุงเทพมหานคร: อุษากาแฟพิมพ์, หน้า ๑-๕๑.
๔. เสาวภา พรศิริพงษ์ พรทิพย์ อุดมรัตน์ เพ็ญนภา ทวีทรัพย์เจริญ มุขิตา เสถียรวัฒน์ชัย. (๒๕๖๓) สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



สถานการณ์ การแพทย์พื้นบ้าน แผนไทย ทางเลือก

สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

รุจิราภรณ์ อรรถดิษฐ์ เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์ รัชนิ จันทรเกษ สุพัตรา สันทนานุการ และ
พจิณณันท์ จิระเสถียรพงศ์ / สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข



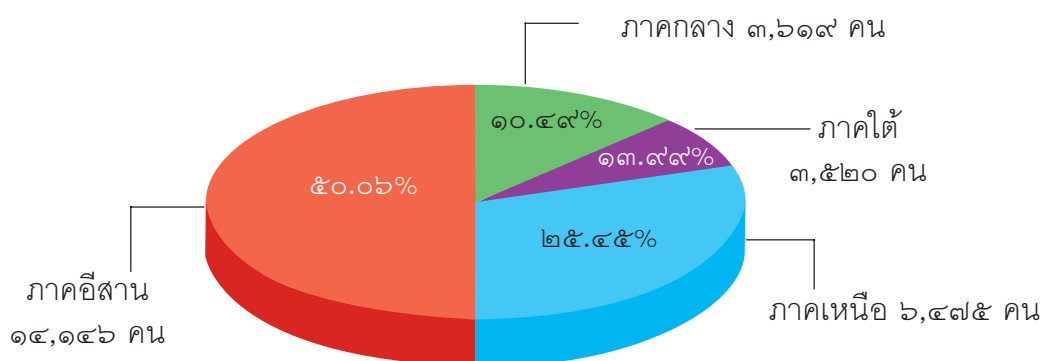
ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ภาพรวมของภูมิปัญญาด้านสุขภาพพื้นบ้าน (Indigenous Health) และภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine) การสร้างและจัดการความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๔๘ สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ศึกษา แสวงหา และจัดการระบบองค์ความรู้ภาพรวมของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

สถานการณ์ของจำนวน การกระจายตัว และบทบาทของหมอพื้นบ้าน

จากการสำรวจของกลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูลวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๔๘ พบว่า รายงานของ ๓๙ จังหวัด มีหมอพื้นบ้านจำนวน ๓,๐๗๕ คน จำแนกเป็น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑,๙๕๓ คน ภาคกลาง ๔๖๗ คน ภาคเหนือ ๑๔๔ คน และภาคใต้ ๕๑๑ คน (บางจังหวัดมีการสำรวจข้อมูลที่ดีและแสดงถึงการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านที่ชัดเจน เช่น จังหวัดพัทลุง ยโสธร มุกดาหาร และปราจีนบุรี) ข้อมูลชุดนี้ถูกวิเคราะห์โดย วรณา จารุสมบุรณ์ พบว่า หมอพื้นบ้าน ๓,๐๗๕ คน จำแนกเป็นเพศชาย ๑,๙๓๘ คน และเพศหญิง ๑,๑๓๗ คน ในจำนวนนี้มีพระสงฆ์ ๑๓ รูป อายุเฉลี่ย ๕๓ ปี และมีจำนวนหมอพื้นบ้านที่อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี เพิ่มขึ้นจากเดิม หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร แรงงานรับจ้าง และค้าขาย หมอพื้นบ้านบางส่วนมีรายได้จากการนวด หมอพื้นบ้านได้ความรู้จากหลายแหล่ง คือ จากบรรพบุรุษ จากบุคคลอื่น และจากโรงเรียน/สถาบัน ช่วงเวลาการศึกษามีตั้งแต่ ๑ ปี ถึงหลายสิบปี (๑๐-๔๐ ปีขึ้นไป) หมอพื้นบ้านจำแนกตามบทบาทเป็น ๔ ประเภท คือ หมอไสยศาสตร์ ๑,๒๓๘ คน หมอยาสมุนไพร/แผนโบราณ ๑,๐๙๓ คน หมอนวด ๑,๒๖๙ คน และหมอตำแย ๑๓๑ คน โดยประกอบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโรคที่บ้านตนเอง บ้านผู้ป่วย สถานพยาบาล/สถาน

ประกอบบริการและวัด และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ และข้อเสนอแนะมีหลายประเด็น คือ การรับรองและขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะ การส่งเสริมและสนับสนุนด้านวิชาการ การอนุรักษ์ และสืบทอด เวทีแลกเปลี่ยน และจัดตั้งชมรม อย่างไรก็ตาม การสำรวจครั้งนี้ยังไม่สมบูรณ์ (ข้อมูลปัจจุบัน ณ วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙) กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๗๕ จังหวัด พบว่ามีหมอพื้นบ้านทั้งหมด จำนวน ๒๗,๗๖๐ คน จำแนกเป็นภาคกลาง ๓,๖๑๙ คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๔,๑๔๖ คน ภาคเหนือ ๖,๔๗๕ คน และภาคใต้ ๓,๕๒๐ คน แต่ยังมีได้มีการวิเคราะห์ข้อมูล คู่มือในแผนภูมิ ๑) ข้อมูลภาพรวมยังแสดงภาพหมอพื้นบ้านไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับความเข้าใจต่อเป้าหมายและประโยชน์ของการเก็บข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล และเครื่องมือการเก็บข้อมูล

แผนภูมิ ๑ แสดงจำนวนและการกระจายตัวของหมอพื้นบ้าน



แหล่งข้อมูล : จากการสำรวจของกลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูลสรุป ณ วันที่ ๑ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ตารางที่ ๑ แสดงการจำแนกจำนวนและประเภทของงานวิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพระหว่างปี ๒๕๓๕-๒๕๕๘

รายการ	จำนวน (เรื่อง)	ประเภท	
		งานวิจัย	งานวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์
(๑) งานวิจัยด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน	๓๘	๑๐	๒๘
(๒) งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์	๗๘	๓๑	๔๗
(๓) งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรมและความเชื่อ	๓๘	๑๕	๒๓
รวม	๑๕๔	๕๖	๙๘



ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่สะท้อนศักยภาพและความจริงทั้งหมดเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านอย่างไรก็ตาม สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทยได้ใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการพัฒนาโครงการศักยภาพหมอพื้นบ้าน ปี ๒๕๔๘

สถานการณ์งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

สถานการณ์วิจัยภาพรวม

สำนักงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ประมวล จัดระบบ และวิเคราะห์งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๗

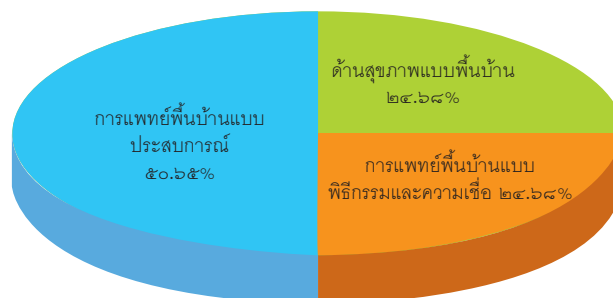
โดยการรวบรวมงานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์จากเครือข่ายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ และจากห้องสมุดของหน่วยงานภาครัฐ และสถาบันการศึกษาภาครัฐ ในกรุงเทพฯ และภูมิภาค ทั้งหมด ๑๗ แห่ง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ พบงานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์ ทั้งหมด ๒๐๗ เรื่อง จำแนกเป็นภาคเหนือ ๖๗ เรื่อง ภาคอีสาน ๘๒ เรื่อง ภาคกลาง ๓๖ เรื่อง และภาคใต้ ๒๒ เรื่อง หลังจากศึกษาบทคัดย่อและรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์บางส่วน จึงคัดเลือกงานจำนวน ๑๕๔ เรื่อง มาประมวลและวิเคราะห์เบื้องต้น งานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพจำนวน ๑๕๔ เรื่อง จำแนกเป็น ๓ หมวด คือ (๑) ภูมิปัญญาด้านสุขภาพแบบพื้นบ้านจำนวน ๓๘ เรื่อง (๒) ภูมิปัญญาพื้นบ้านแบบประสบการณ์ จำนวน ๗๘ เรื่อง และ (๓) ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรมและความเชื่อ จำนวน ๓๘ เรื่อง (ดูแผนภูมิ ๒) และงานทั้งหมดจำแนกเป็นงานวิจัย ๕๖ เรื่อง และงานวิทยานิพนธ์ ๙๘ เรื่อง (ดูตารางที่ ๑)

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

เป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชนและชาติพันธุ์ องค์ความรู้และวิถีปฏิบัติของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพสัมพันธ์กับวัฒนธรรม มีอัตลักษณ์ มีการผสมผสานกับการแพทย์แบบอื่นและมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพยังสืบทอดและเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงเป็น “**ความรู้เชิงประสบการณ์ (experienced-knowledge)**” ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมเฉพาะ ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ๒ ประเภท คือ

- ๑. **ภูมิปัญญาด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Indigenous Health)** หมายถึง การดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เป็นความรู้ เทคนิค และประสบการณ์เชิงปฏิบัติภายใน บั๊จแจก ครอบครัวและเครือญาติ ตัวอย่างเช่น ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด การใช้สมุนไพรและยาบำรุงร่างกายในครอบครัว เป็นต้น
- ๒. **ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine หรือ Folk Medicine)** เป็นภูมิปัญญาการรักษาโรคของท้องถิ่นและชาติพันธุ์ที่มีฐานคิดและแบบแผน การปฏิบัติที่ผสมผสานระหว่างอำนาจเหนือธรรมชาติ วัฒนธรรม ศาสนาและประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงที่สะสม สืบทอดและใช้ประโยชน์ในท้องถิ่น เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนดั้งเดิมจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต โดยมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพโรค ตัวอย่างเช่น การแพทย์พื้นบ้านล้านนา การแพทย์พื้นบ้านอีสาน การแพทย์พื้นบ้านของหลายชาติพันธุ์ เป็นต้น

แผนภูมิ ๒ แสดงสัดส่วนของงานวิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ



งานภูมิปัญญาด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน

งานศึกษามีทั้งหมด ๓๘ เรื่อง จำแนกเป็นงานวิจัย ๒๘ เรื่อง และงานวิทยานิพนธ์ ๑๐ เรื่อง จำแนกเนื้อหาเป็น ๓ ด้าน ดังนี้

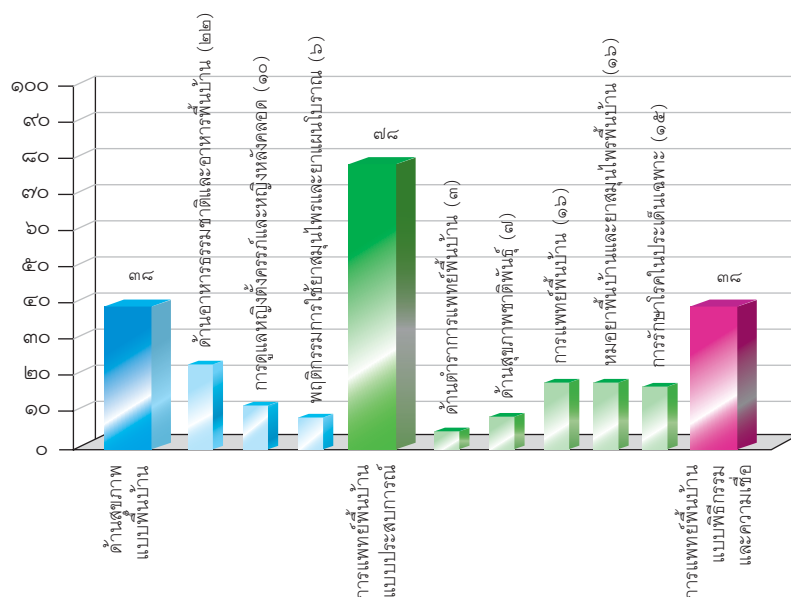
๑. **งานวิจัยอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้าน** งานศึกษาวิจัยมี ๒๒ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ บางส่วนเป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม องค์ความรู้จากงานวิจัยแสดงถึงความสนใจและความหลากหลายของอาหารพื้นบ้านหรืออาหารธรรมชาติ มีการศึกษาจำแนกชนิดและรูปแบบการบริโภคแมลงและปัจจัยที่ทำให้เกิดการบริโภคแมลง และงานวิจัยหลายเรื่องในภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคใต้ และในเขตภูเขา มีการศึกษาพืชผักพื้นบ้าน ที่ประชาชนเก็บจากแหล่งธรรมชาติหลายร้อยชนิด มีการจำแนกชื่อวิทยาศาสตร์ ส่วนที่ใช้ วิธีเก็บ การใช้ประโยชน์และการปรุงอาหาร แต่งานวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ และคุณค่าทางยาค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้านเกี่ยวกับ ชนิดอาหาร พฤติกรรมบริโภคอาหาร ปัจจัยการบริโภคอาหาร ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่และการสูญหายของอาหารและพืชผักพื้นบ้าน การฟื้นฟูวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้าน
๒. **งานวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ** งานศึกษาวิจัย ๖ เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ แสดงว่า ประชาชนซื้อยาจากร้านขายยาแผนโบราณ ตลาดและวัด รูปแบบเป็นยาตำรับและยาเดี่ยว ประชาชนมีการตัดสินใจเลือกซื้อและบริโภคยาสมุนไพร และยาแผนโบราณสำหรับดูแลสุขภาพและโรคที่พบในท้องถิ่น เป็นยาเพื่อรักษาโรคลม อากากรกลุ่ม เลือดลม โรคสตรี อากากรกินผิด การบำรุงธาตุ การบำรุงร่างกาย และบำรุงทางเพศ อากากรปวดเมื่อยและคลายเส้น ปัญหาการบริโภคยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ คือ การปนปลอมและการปนเปื้อน จากเชื้อราและโลหะหนัก และความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างเหมาะสมและถูกต้อง
๓. **งานวิจัยการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด** งานศึกษาวิจัย ๑๐ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ บางเรื่องเป็นงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พื้นที่วิจัยส่วนใหญ่เป็น ภาคกลางและภาคใต้ งานวิจัยแสดงถึงแรงจูงใจและกระบวนการดูแลแบบพื้นบ้าน นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดและยังคงมีความขัดแย้งดำรงอยู่ในการบริการการคลอดแผนใหม่กับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน



งานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์

งานวิจัยนี้หมายถึง การดูแลรักษาโรคแบบพื้นบ้านที่มีการสืบทอด เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติร่วมกับ ครูอาจารย์และการปฏิบัติจริงเป็นเวลายาวนานหลายปีหรือหลายสิบปี งานวิจัยลักษณะนี้มี ๗๘ เรื่อง จำแนกเป็น ๕ ด้าน ดังนี้

- ๕.๑ งานวิจัยตำราการแพทย์พื้นบ้าน มีงานวิจัย ๓ เรื่อง เป็นการรวบรวมตำราการแพทย์พื้นบ้านของวัดและหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียง วิเคราะห์เนื้อหาตำรา ปรีวรรต และบันทึกเป็นภาษาไทย งานวิจัยทั้งหมดใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยวิธีสืบค้นและการสัมภาษณ์



- ๕.๒ งานวิจัยด้านสุขภาพของชาติพันธุ์ มีงานวิจัย ๗ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ มีการศึกษาแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองและการแพทย์ของชนเผ่าภาคเหนือ ประกอบด้วย ชนเผ่า ลาหู่ ม้ง เย้า ลีซอ มูเซอดำ อาข่า กระเหรี่ยง เมี่ยน อีเก้อ งานวิจัยพบว่า ชุมชนมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดและใช้ประโยชน์ในชุมชน มีหมอยาสมุนไพรและหมอผีเป็นผู้เยียวยาและดูแลสุขภาพคนในชุมชน

- ๕.๓ งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน มีงานวิจัย ๑๖ เรื่อง ประกอบด้วยเนื้อหา ๔ ด้าน คือ

- (๑) การสำรวจและการกระจายตัวของหมอพื้นบ้าน
- (๒) ความเป็นมา พัฒนาการ แนวคิด การวินิจฉัยและวิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน
- (๓) สถานภาพบทบาทและการปรับบทบาทของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทของหมอพื้นบ้าน
- (๔) แนวคิดและแนวทางพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ งานวิจัยลักษณะนี้มีงานบุกเบิกที่สำคัญคือ “ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง เพื่อการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ของ ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ (๒๕๔๕-๒๕๔๗)”

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยภูมิปัญญาชาติพันธุ์ด้านสุขภาพผสมผสานกับศาสตร์นิเวศ-ชาติพันธุ์ (Ethnoecology) และพฤกษศาสตร์ชาติพันธุ์ (Ethnobotany) จำนวน ๒๑ เรื่อง ส่วนใหญ่ศึกษาหลายชาติพันธุ์ในพื้นที่ภาคเหนือ งานบุกเบิกสำคัญคืองานวิจัยเรื่อง ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น ของ ยศ สันตสมบัติ และคณะ (๒๕๔๗)

๕๑. **งานวิจัยหมอยาพื้นบ้านและยาสมุนไพรพื้นบ้าน** งานวิจัยนี้มี ๑๖ เรื่อง ประกอบด้วย การสำรวจการใช้ยาสมุนไพรของหมอยาพื้นบ้าน ๓ เรื่อง การศึกษาหมอยาพื้นบ้าน ๕ เรื่อง และการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านของประชาชน ๕ เรื่อง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาสมุนไพรพื้นบ้านผสมผสานกับความรู้แบบวิทยาศาสตร์และเภสัชศาสตร์ ๓ เรื่อง เพื่อตรวจสอบสรรพคุณและความปลอดภัยของยาสมุนไพรพื้นบ้าน

๕๒. **งานวิจัยแบบแผนการรักษาโรคแบบพื้นบ้านในประเด็นเฉพาะ** งานวิจัยนี้มี ๑๕ เรื่อง ประกอบด้วย

(๑) งานวิจัยการนวดพื้นบ้าน ๔ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นความเป็นมาของหมอนวด แนวคิด โรคและสาเหตุของโรค การตรวจและวิธีการนวด ผลการนวดและการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

(๒) งานวิจัยการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน มี ๔ เรื่อง มีการศึกษากระบวนการรักษากระดูกของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย และการถ่ายทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน

(๓) การวิจัยการรักษาอาการงูัดแบบพื้นบ้าน มี ๕ เรื่อง ประกอบด้วย งานศึกษาองค์ความรู้และกระบวนการรักษาของหมอและผู้ป่วย และงานศึกษาด้านเภสัชวิทยาของสมุนไพรพื้นบ้านที่รักษาอาการงูัด

(๔) งานวิจัยวิธีการรักษาโรคต่อกระดูก และดูแลสุขภาพช่องปากแบบพื้นบ้าน ๒ เรื่อง

งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรมและความเชื่อ

งานวิจัยนี้ หมายถึง งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านที่สะท้อนระบบ คุณค่า ฐานคิด และสัญลักษณ์ ซึ่งเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ของชีวิตและความเจ็บป่วย พิธีกรรมส่วนใหญ่เป็นการผสมผสานของความเชื่อแบบพราหมณ์ พุทธและผี งานวิจัยมี ๓๔ เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การศึกษาความเชื่อที่เกี่ยวกับผีและวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ ผีบรรพบุรุษ ผีเจ้าที่ และพิธีกรรม (หมอที่ประกอบพิธีกรรม ตัวอย่างเช่น หมอลำผีฟ้า เฒ่าจ๋้า หมอธรรม หมอเหยา มะมวด ม้าขี่ หมอขวัญ) บทบาทของพิธีกรรมในการคุ้มครองชีวิต ความสัมพันธ์ภายในเครือญาติ คุ้มครองธรรมชาติ การรักษาโรค เสริมความเชื่อมั่นและคลายกังวลใจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาหมอพระหรือพระสงฆ์ที่ทำหน้าที่

ดูแลรักษาโรค มีการทำหลักธรรม การสวดมนต์ ยาสมุนไพร และพิธีทางไสยศาสตร์มาใช้ในการรักษาโรคเรื้อรัง โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ และบำบัดผู้ติดยาเสพติด



ข้อเสนอแนะเพื่องานวิจัยและจัดองค์ความรู้ในอนาคต

๑. ในภาพรวม งานวิจัยและจัดการองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยแบบสำรวจและงานวิจัยเชิงทดลองมีจำนวนน้อยและยังขาดการวิเคราะห์แบบมหภาคและเชื่อมโยงไปสู่การใช้ประโยชน์กับการพัฒนา นอกจากนี้ พบว่างานวิจัยยังขาดทิศทาง ขาดระบบสนับสนุนงานวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง และควรสนับสนุนการสร้างความรู้โดยประสานงานกับสถาบันการศึกษา เพราะส่วนใหญ่เป็นงานวิทยานิพนธ์
๒. การวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพต้องการการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ครบวงจร นำไปใช้ประโยชน์และสื่อสารอย่างต่อเนื่องได้
๓. การวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้าน/ดั้งเดิมมาผสมผสานกับภูมิปัญญาสมัยใหม่ผู้วิจัยควรออกแบบให้ชุมชนได้เรียนรู้และสามารถสร้างระบบสุขภาพด้วยตนเองเพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง สงบสุข และอยู่รอด ได้ในสังคมปัจจุบัน
๔. การออกแบบและการนำผลงานวิจัยด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์กับสังคมควรคำนึงถึง “กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์” จากงานวิจัย อันมีทั้งระดับบุคคล ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนใหม่ในสถานบริการสาธารณสุข และสถาบันการศึกษา
๕. งานวิจัยภูมิปัญญาด้านสุขภาพมีหลายศาสตร์ หลายฝ่าย และแหล่งทุนวิจัยเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น กระบวนการวิจัยแบบบูรณาการ และการจัดสรรประโยชน์จากผลงานวิจัยยังต้องมีการวิจัยและหาคำตอบที่ชัดเจน อาจมีลักษณะ “สิทธิบัตรร่วม” ในนวัตกรรม ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สร้างใหม่



เอกสารอ้างอิง

- วรรณ จารุสมบุญ (๒๕๔๘). รายงานการประมวลผลข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในโครงการสำรวจศักยภาพหมอพื้นบ้าน ๒๕๔๘. (เอกสารต้นฉบับ).
- รุจิณา อรรถดิษฐ์ และคณะ. (๒๕๔๘). การประมวลและวิเคราะห์เบื้องต้น : องค์ความรู้ของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ร่วมสร้างและจัดการภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ, ๖-๗ กันยายน ๒๕๔๘ ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร. (อัดสำเนา).
- กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๔๘). การจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้าน Mapping รายจังหวัด ๒๕๔๘. (เอกสารต้นฉบับ).

สถานการณ์ การแพทย์ พื้นบ้าน แผนไทย ทางเลือก

สถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ

นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ พบ.,สบ. (บริหารสาธารณสุข) รป.ม., ว.ว.กุมารเวชกรรม
ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับจากประชาชนผู้ให้บริการอย่างกว้างขวาง การแพทย์แผนไทยมีสถานภาพเป็นการแพทย์กระแสหลัก (Conventional medicine) อีกระบบหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์มากขึ้น การศึกษาสถานการณ์การบริการการแพทย์แผนไทย จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพของประเทศไทย

บทความนี้จะศึกษาจำนวนสถานบริการ การกระจายตัวของการบริการ จำนวนผู้ให้บริการ โรคและอาการ และประเภทการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งเป็นหน่วยบริการหลัก และสถานบริการของเอกชน

ฐานข้อมูลสำคัญในการศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๙ รอบที่ ๑ และรอบที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๔๘ – พฤษภาคม ๒๕๔๙) โดยสำรวจข้อมูลการใช้และการให้บริการใน ๑๙ เขต ๗๙๐ อำเภอ ครอบคลุมประชากร ๕๖,๘๑๘,๙๙๐ คน

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระดับการบริการการแพทย์แผนไทยเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ระดับ ๑** มีการจำหน่ายหรือใช้สมุนไพรอย่างน้อย ๑ ชนิด รวมทั้งการใช้ลูกประคบสมุนไพร
- ระดับ ๒** มีบริการระดับ ๑ และมีคลินิกบริการด้านการนวดไทย อบ ประคบ



ระดับ ๓ มีบริการระดับ ๑, ๒ และมีการจัดอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของ
กระทรวงสาธารณสุข

ระดับ ๓ ก มีบริการระดับ ๑, ๒, ๓ และการจัดอบรมสมาธิบำบัด

ระดับ ๔ มีบริการระดับ ๑, ๒, ๓ และมีการผลิตยาสมุนไพร



การใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพ ได้มาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวง
สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๕ (ตุลาคม ๒๕๔๘ – มีนาคม ๒๕๔๙)

เขตที่มีประชาชนมาใช้บริการมากที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่

เขต ๑๙ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) คิดเป็น ร้อยละ ๑๙.๗๘

เขต ๗ (เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร) คิดเป็น ร้อยละ ๑๐.๓๔

เขต ๙ (ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด) คิดเป็น ร้อยละ ๗.๘๐

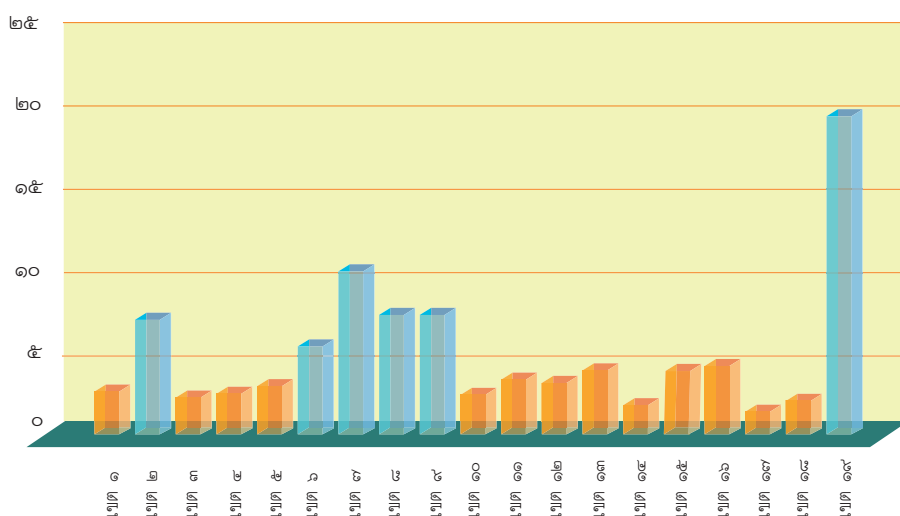
เขตที่มีประชากรใช้บริการน้อยที่สุด ๓ อันดับแรกได้แก่

เขต ๑๗ (ภูเก็ต) คิดเป็น ร้อยละ ๑.๙๘

เขต ๓ (นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี) คิดเป็น ร้อยละ ๒.๔๙

เขต ๑๘ (สงขลา สตูล) คิดเป็น ร้อยละ ๒.๗๒

แผนภูมิ ๑ การใช้บริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามเขต (ตุลาคม ๒๕๔๘-มีนาคม ๒๕๔๙)

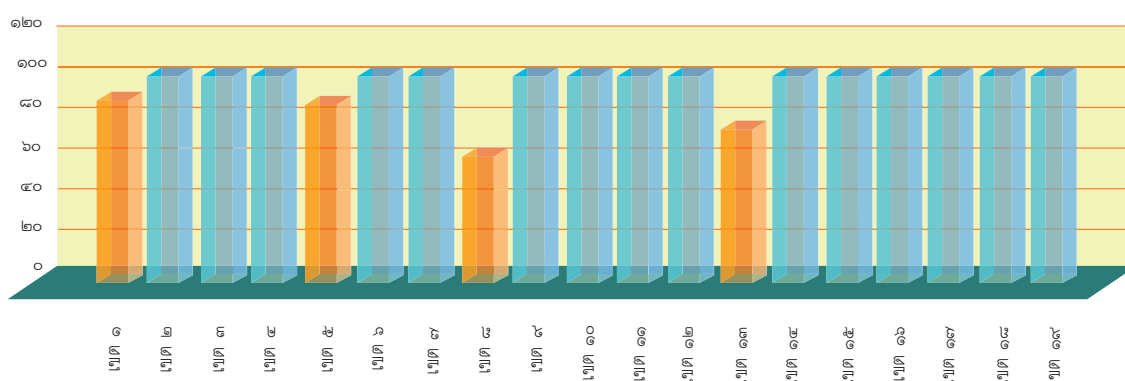


การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (จังหวัด) กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งจัดบริการการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ระดับ ๒ ขึ้นไป

พบว่าร้อยละ ๙๔.๗๙ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (๙๖ แห่ง) ได้จัดบริการการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ระดับ ๒ ขึ้นไป

แผนภูมิ ๒ การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ ๒ ขึ้นไป ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ตุลาคม ๒๕๔๘-มีนาคม ๒๕๔๙)



โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ยังไม่ได้จัดบริการแพทย์แผนไทยมีทั้งหมด ๕ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (อยู่ระหว่างดำเนินการ) โรงพยาบาลลำพูน (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

หน่วยที่ตรวจราชการ

เขต ๑ เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน

เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน

เขต ๒ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

เขต ๓ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี

เขต ๔ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง

เขต ๕ สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรี ชัยนาท

เขต ๖ ราชบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม

เขต ๗ เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม
สมุทรสาคร

เขต ๘ สมุทรปราการ ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา

นครนายก สระแก้ว

เขต ๙ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด

เขต ๑๐ เลย หนองบัวลำภู หนองคาย อุดรธานี

เขต ๑๑ มุกดาหาร กาฬสินธุ์ นครพนม สกลนคร

เขต ๑๒ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม

เขต ๑๓ สุรินทร์ บุรีรัมย์ นครราชสีมา ชัยภูมิ

เขต ๑๔ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร อุบลราชธานี

เขต ๑๕ ระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี

เขต ๑๖ นครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง

เขต ๑๗ ภูเก็ต

เขต ๑๘ สงขลา สตูล

เขต ๑๙ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส



จัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชน จัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ ๒ ขึ้นไป

ร้อยละ ๙๐.๕๑ ของโรงพยาบาลชุมชน (๗๑๙ แห่ง) ได้จัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ ๒ ให้กับประชาชนผู้รับบริการ

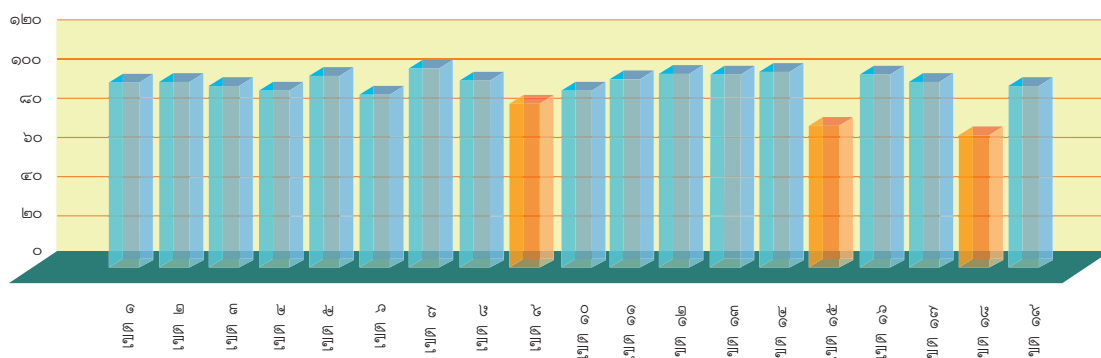
เขตที่โรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ (ร้อยละ ๑๐๐) มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เขต ๗ (เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร) ส่วนเขตที่จำนวนโรงพยาบาลชุมชน ที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยน้อยที่สุดได้แก่ เขต ๑๘ (สงขลา สตูล) ร้อยละ ๖๕.๓๘

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

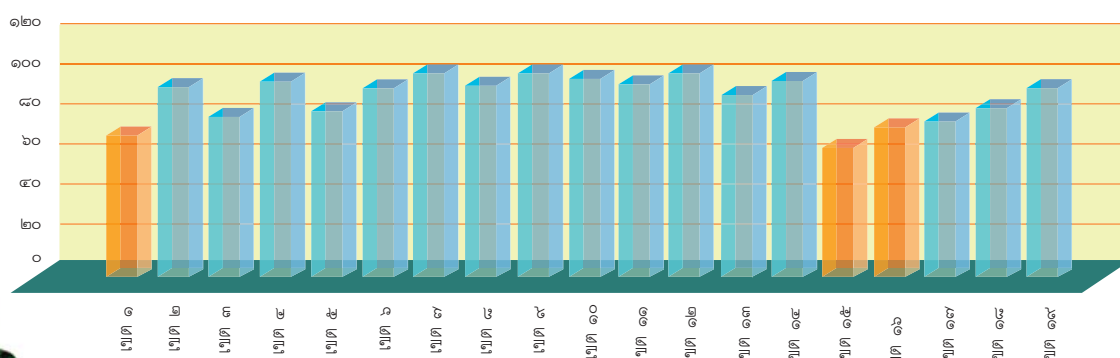
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้สถานอนามัยจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ ๑ ขึ้นไป ร้อยละ ๘๘.๐๘ ของสถานอนามัย (๙,๘๐๐ แห่ง) มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ ๑ ขึ้นไป เขตที่สถานอนามัยทุกสถานอนามัย (ร้อยละ ๑๐๐) จัดบริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เขต ๗ (เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร) และเขต ๑๒ (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม) เขตที่มีสถานอนามัยจัดบริการการแพทย์แผนไทยน้อยที่สุด ได้แก่ เขต ๑๕ (ระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี) คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕



แผนภูมิ ๓ การจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนตามเขต (ตุลาคม ๒๕๕๘-พฤษภาคม ๒๕๕๙)



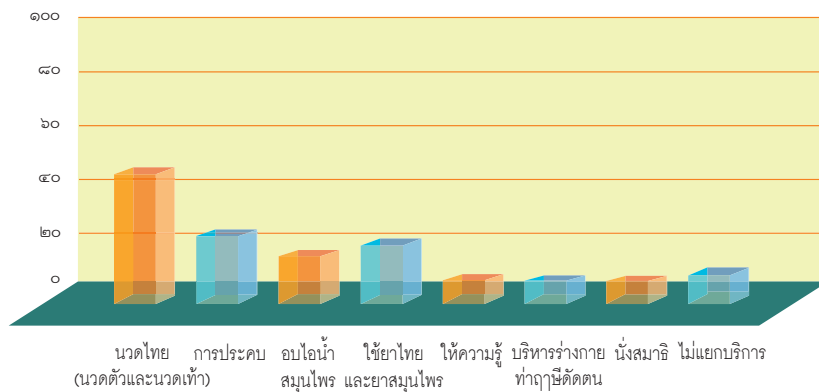
แผนภูมิ ๔ สถานอนามัยที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยตามเขต (ตุลาคม ๒๕๕๘-พฤษภาคม ๒๕๕๙)



รูปแบบการใช้บริการการแพทย์แผนไทย

จากข้อมูลการศึกษาการใช้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทย จำนวน ๕๗ แห่ง จากทั้งหมด ๗๐ แห่ง ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า การใช้บริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีจำนวน ๒๙๓,๙๕๘ ครั้ง และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีจำนวน ๑๑๓,๖๙๓ ครั้ง รวมเป็น ๔๐๗,๖๕๑ ครั้ง พบว่าเป็นการใช้การนวดไทย (นวดตัวและนวดเท้า) ร้อยละ ๔๘ การประคบ ร้อยละ ๑๙.๓ การอบ ไอน้ำสมุนไพร ร้อยละ ๑๐.๒ การใช้ยาไทยและยาสมุนไพร ร้อยละ ๑๗.๘ การให้ความรู้ ร้อยละ ๑.๔ การบริหารร่างกายท่าฤๅษีดัดตน ร้อยละ ๐.๒ การนึ่งสมาธิ ร้อยละ ๐.๑ ไม่แยกประเภทบริการ ร้อยละ ๒.๙

แผนภูมิ ๕ รูปแบบการใช้บริการการแพทย์แผนไทย



หมายเหตุ ยาไทยและยาสมุนไพร ประกอบด้วย ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก (๘ รายการ) ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ๒๖ รายการ และยาจากสมุนไพรในบัญชียาโรงพยาบาล ๓๑ รายการ ยังไม่มีข้อมูลการใช้ยาแต่ละชนิด

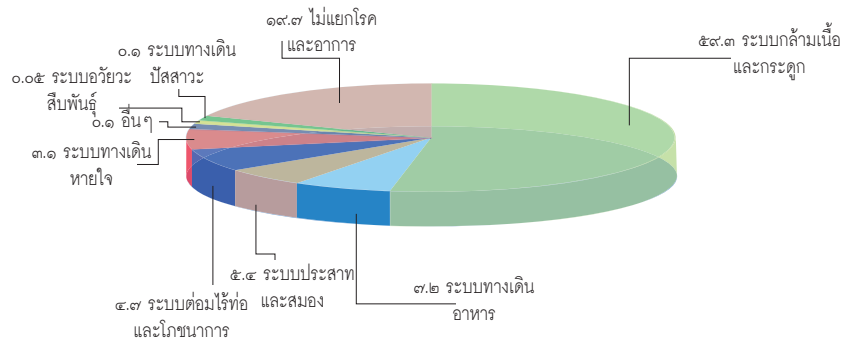
โรคและอาการของผู้มารับบริการ

๕.๑ การเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ร้อยละ ๕๙.๓ โดยเป็นการเจ็บป่วยเนื่องมาจากปวดหลังมากที่สุด คือ ร้อยละ ๑๕.๓ รองลงมาได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ/เคล็ดขัดยอก, ปวดขา/ข้อเท้าแพลง, ปวดไหล่/สะบัก/บ่า และ ปวดเข่า/เข่าอักเสบ ร้อยละ ๑๒.๔, ๙.๑, ๗.๕ และ ๕.๒ ตามลำดับ

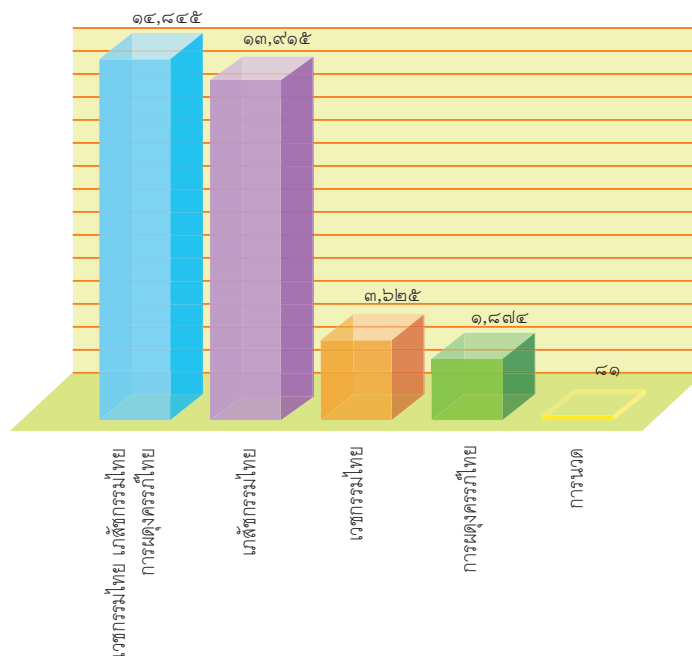
๕.๒ ส่วนการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ ๗.๒ ระบบประสาทและสมอง ร้อยละ ๕.๔ ระบบต่อมไร้ท่อและโภชนาการ ร้อยละ ๔.๗ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ ๓.๑ ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ ๐.๑ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ร้อยละ ๐.๐๕ อื่นๆ ๐.๑ และไม่มีการแยกอาการโรค ๑๙.๗



แผนภูมิ ๖ โรคและอาการของผู้มารับบริการ



แผนภูมิ ๗ ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท



ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภะนั้น สรุปได้ดังนี้

มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยรวมทั้งสิ้น ๑๔,๘๔๕ คน

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทย ๓,๖๒๕ คน (ร้อยละ ๒๔)

เภสัชกรรมไทย ๑๓,๙๑๕ คน (ร้อยละ ๙๓)

การผดุงครรภ์ไทย ๑,๘๗๔ คน (ร้อยละ ๑๓)

การนวดไทย ๘๑ คน (ร้อยละ ๐.๕)

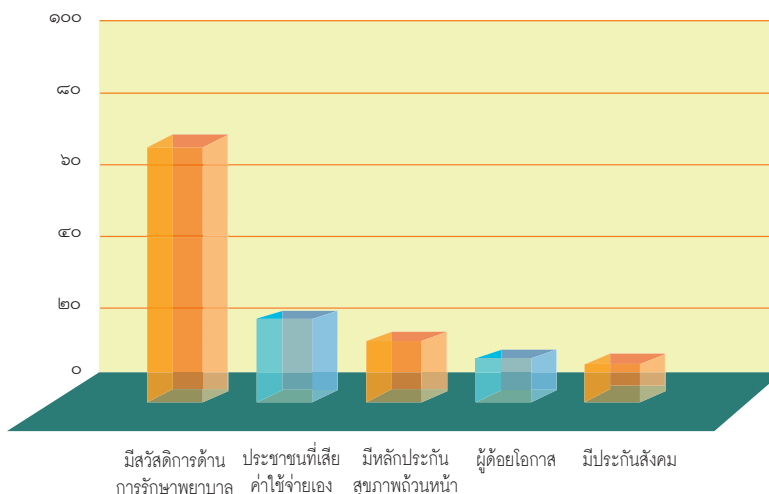
มีใบอนุญาตเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย ๓,๑๙๐ คน (ร้อยละ ๒๑)

มีใบอนุญาตเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย และการผดุงครรภ์ไทย ๗๙๙ คน (ร้อยละ ๕)

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, สถานการณ์กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย : ภาพรวม.



ประเภทผู้มารับบริการ



พบว่า

- ร้อยละ ๖๖.๒ เป็นผู้มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล
- ร้อยละ ๑๘.๒ เป็นประชาชนทั่วไปที่เสียค่าใช้จ่ายเอง
- ร้อยละ ๙.๑ เป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ร้อยละ ๓.๙ เป็นผู้ด้อยโอกาส (ผู้พิการ ผู้สูงอายุ พระ สามเณร ฯลฯ)
- ร้อยละ ๒.๗ เป็นผู้มีประกันสังคม

รายการยาสมุนไพรที่ใช้บริการ

๕๖ ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙

(ไม่มีข้อมูลปริมาณการใช้แต่ละรายการ)

ประกอบด้วย ยา ๒ กลุ่ม จำนวนรวม ๑๙ รายการ คือ (๑) ยาแผนไทย เป็นยาดำรงประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด จำนวน ๑๑ ตำรับ ได้แก่ ยาแก้ไข้ห้าว ยาเขียวหอม ยาเหลืองปิดสมุทร ยาจันทร์ลีลา ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาประสะไพล ยาประสะมะแว้ง ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ และ (๒) ยาพัฒนาจากสมุนไพร (ทั้งตำรับยาเดี่ยว และยาผสม) เป็นยาที่มีการพัฒนารูปแบบ ขนาดใช้ และข้อบ่งใช้ มีหลักฐานทางวิชาการด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยสนับสนุนอย่างเพียงพอ จำนวน ๘ รายการ ได้แก่ ชมื่นชัน ขิง ชุมเห็ดเทศ บัวบก พญาขอ พริก ไพล และ ฟ้าทะลายใจ

๕๖ ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ

จำนวน ๒๖ รายการ

ได้แก่ ยาประสะกะเพรา ยาวิสมัพญาใหญ่ ยาประสะ-กานพลู ยาแสงหมึก ยามันทธาตุ ยาธรณีสัณทฆาต ยาถ่าย ยาเหลืองปิดสมุทร ยาธาตุบรรจบ ยาจันทร์ลีลา ยาประสะเจตพังคี ยามหาจักรใหญ่ ยาประสะจันทร์แดง ยาเขียวหอม ยามหานิล-แท่งทอง ยาหอมเทพจิตร ยาหอมทิโอสถ ยาหอมอินทจักร ยาหอมนวโกฐ ยาหอมมฤควาที ยานำรุงโลหิต ยาไฟประลัยกัลย์ ยาไฟหักกอง ยาประสะเปราะใหญ่ และยาประสะมะแว้ง

๕๖ ยาจากสมุนไพรในบัญชียาโรงพยาบาล

จำนวน ๓๑ รายการ

ได้แก่ มะระขี้นก บัวบก หนุ้าหนวดแมว เพชรสังฆาต ส้มแขก เถาวัลย์เปรียง ขลุ่ ตะไคร้ มะขามแขก หนุ้าปักกิ่ง พลุควา เหงือกปลาหมอ ยอ ชีเหล็ก น้ำมันไพล ลูกประคบ ชูดอบสมุนไพร (สูตรสถาบันการแพทย์แผนไทย) ชุมเห็ดเทศ ยาริดสีดวงทวาร สหสธารา หนุ้าดอกขาว ยาอายุวัฒนะ ขิง รวงจืด บอระเพ็ด ยาธาตุบรรจบ ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาหม่องเสลดพังพอน ลูกใต้ใบ ว่านหางจระเข้ และกระเทียม



การบริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลเอกชน

๕. สถานพยาบาลเวชกรรมแผนไทย (แผนโบราณ)

● ประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

	กรุงเทพฯ	ส่วนภูมิภาค	รวม
เวชกรรมแผนไทย (แห่ง)	๒ (แห่ง)	๖ (แห่ง)	๘ (แห่ง)
(เตียง)	(๕๖)(เตียง)	(๔๑)(เตียง)	(๙๖)(เตียง)

● ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

	กรุงเทพฯ (แห่ง)	ส่วนภูมิภาค (แห่ง)	รวม (แห่ง)
เวชกรรมแผนไทย	๓๘๑	๘๗	๔๖๘
เวชกรรมแผนไทยประยุกต์	๓๒	๒	๓๔
ผดุงครรภ์แผนไทย	๑	-	๑

๕. โรงพยาบาลแผนปัจจุบันที่ให้บริการแผนไทย ๑๕ แห่ง

(ข้อมูลสำรวจปี ๔๗ ของสถาบันการแพทย์แผนไทย)

๕. สถานที่ผลิตและจำหน่ายยา

(กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ต.ค. ๒๕๔๘)

	กรุงเทพฯ (แห่ง)	ส่วนภูมิภาค (แห่ง)	รวม (แห่ง)
สถานที่ขายยาแผนโบราณ	๔๐๑	๑,๖๔๑	๒,๐๔๒
สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	๒๙๔	๖๑๘	๙๑๒
สถานที่นำหรือสั่งยาเข้ามา			
ในราชอาณาจักร	๑๕๙	๑๔	๑๗๓

สถานบริการธุรกิจสุขภาพ

(จากสำนักส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี ๒๕๔๘)

จำนวนสถานบริการที่ผ่านการรับรองและจำนวนผู้ให้บริการ

สปาเพื่อสุขภาพ	นวดเพื่อสุขภาพ	สถานเสริมความงาม	รวม
๒๓๗/๒,๗๒๖	๕๑๖/๖,๗๓๓	๑๓๗/๗๕๐	๘๙๐/๑๐,๒๐๙



กิจการสปาเพื่อสุขภาพ การประกอบกิจการที่ให้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพ โดยบริการหลักที่จัดไว้ประกอบด้วย การนวดเพื่อสุขภาพและการใช้น้ำเพื่อสุขภาพโดยอาจมีบริการเสริมประกอบด้วย เช่น การอบเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โภชนบำบัดและการควบคุมอาหาร โยคะและการทำสมาธิ การใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ตลอดจนการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือไม่ได้

กิจการนวดเพื่อสุขภาพ การประกอบกิจการนวดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความเมื่อยล้า ความเครียด ด้วยวิธีการกด การคลึง การบีบ การจับ การดัด การดึง การประคบ การอบ หรือโดยวิธีการอื่นใดตามศาสตร์และศิลปะของการนวดเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ต้องไม่มีสถานที่อาบน้ำโดยมีผู้ให้บริการ

กิจการนวดเพื่อเสริมสวย การประกอบกิจการนวดในสถานที่เฉพาะ เช่น ร้านเสริมสวยหรือแต่งผม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสวยงามด้วยวิธีการ กด การคลึง การบีบ การจับ การประคบ การอบ หรือด้วยวิธีการอื่นใดตามศิลปะการนวดเพื่อเสริมสวย ทั้งนี้ต้องไม่มีสถานที่อาบน้ำโดยมีผู้ให้บริการ

สรุป

การจัดบริการการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทั้งในเชิงพื้นที่และระดับของสถานบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสถานเฝ้าระวัง) มีปริมาณการให้บริการจากประชาชนผู้มีหลักประกันสุขภาพในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ (ร้อยละ ๔.๔๕) ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการ การนวดไทย อบประคบ ร้อยละ ๗๗.๕ และใช้ยาไทย ยาสมุนไพรร้อยละ ๑๗.๘

การพัฒนาคุณภาพการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่น่าเชื่อถือ ทั้งในระดับผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข ที่สำคัญ การศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการใช้การแพทย์แผนไทยในการบำบัดรักษาโรคจะเป็นการยกสถานะภาพการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

๑. ส่งเสริมให้มีการสำรวจและจัดทำแผนที่ระบบบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
๒. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลของระบบบริการ การแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน โดยมีองค์ประกอบของฐานข้อมูล ด้านทรัพยากรสุขภาพ การให้บริการ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ
๓. พัฒนาตัวชี้วัดด้านต่างๆ เพื่อใช้ในการประเมินผลและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอต่อการวิจัย

๑. ส่งเสริมการวิจัยพัฒนารูปแบบการบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านทั้งภาครัฐและเอกชน
๒. ส่งเสริมการวิจัยการใช้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ในการบำบัดรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง



ข้อเสนอทางนโยบาย

๑. การส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ
๒. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลของระบบบริการการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๓. การพัฒนามาตรฐาน/คุณภาพ การบริการการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก



เอกสารอ้างอิง

ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และคณะ. (๒๕๔๘). รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริม สุขภาพแผนไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (๒๕๔๘). รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาราคากลางยาสมุนไพร วันที่ ๑๗-๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์แผนไทย.

สำนักงานเลขาธิการกรม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๔๘). รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานปีงบประมาณ ๒๕๔๘ โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและธุรกิจบริการสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานเลขาธิการกรม.

คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎบัญญัติไทย สุขภาพวิถีไทย. (๒๕๔๙). ร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากฎบัญญัติไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ (มกราคม ๒๕๔๙). (อัดสำเนา)

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). (๒๕๔๗). กฎบัญญัติไทย สุขภาพวิถีไทย ผลการศึกษาทำประเด็นหลักการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๔๗. นนทบุรี : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๙). สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๙ รอบที่ ๑ (มิถุนายน ๒๕๔๙). นนทบุรี : สำนักตรวจและประเมินผล.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (๒๕๔๙). บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๔๙ ตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๗ (ฉบับที่ ๔). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สถานการณ์ การแพทย์ พื้นบ้าน แผนไทย ทางเลือก

สถานการณ์สำรวจ อนามัยและสวัสดิการ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ปรียา มิตรานนท์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

บทนำ

การศึกษาด้านการณและแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาจากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจดังกล่าวนี้ได้เริ่มทำการสำรวจมาตั้งแต่ปี ๒๕๑๗ โดยในช่วงแรกจัดทำสำรวจทุกปีจนถึงปี ๒๕๒๑ หลังจากนั้นในปี ๒๕๒๕ - ๒๕๔๔ ได้จัดทำสำรวจทุก ๕ ปี และนับตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ เป็นต้นไปจะทำการสำรวจทุกปี

โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขและการเข้าถึงของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรไทย จากการสำรวจดังกล่าวนี้ได้มีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้ายระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสำรวจและการไปรับบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบการรักษาพยาบาลมีหลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งการรักษาโดยการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในหลายวิธีและได้นำมาเป็นประเด็นที่จะทำการศึกษารายละเอียดในครั้งนี้

การศึกษาด้านการณและแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. ศึกษาจำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วยในแต่ละวิธีแยกตามประเภทวิธีการรักษาพยาบาล
๒. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการการรักษาพยาบาลตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม
๓. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการรักษาพยาบาล โดยการใช้วิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ขอบข่ายการศึกษา

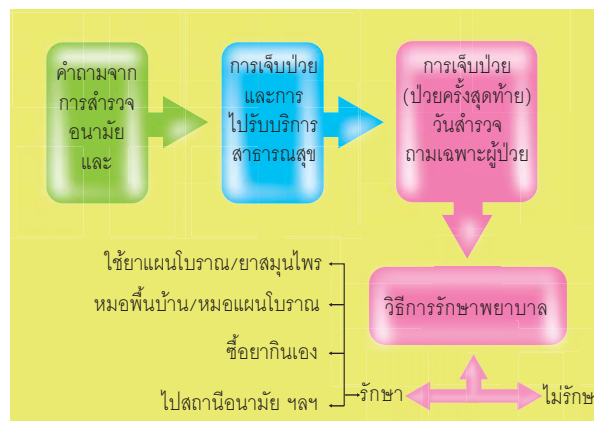
การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของข้อมูลในช่วงเวลา ๓ ปี คือปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ วิธีการเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์



ประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศโดยมีครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศในแต่ละปีที่สำรวจประมาณปีละ ๒๗,๐๐๐ ครัวเรือน ซึ่งการสำรวจปี ๒๕๔๘ เป็นครั้งที่ ๑๓ ได้ดำเนินการสำรวจในระหว่างวันที่ ๑-๑๒ เมษายน ๒๕๔๘

แนวทางการศึกษาการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอ.) ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

แผนภูมิ ๑ แผนผังแนวทางการศึกษาการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ



คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจ

นิยามที่ใช้ในการสำรวจหรือเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละแหล่งข้อมูลมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ เพราะถ้าคำนิยามแตกต่างกันผลที่ได้ก็จะแตกต่างกันด้วย คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ มีดังนี้

- ๑. **ยาแผนโบราณ** หมายถึงยาที่ใช้ในการบำบัดโรคโดยอาศัยความรู้จากตำราแผนโบราณ ซึ่งได้จากการเรียนสืบต่อกันมาหรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. ๒๕๑๗-๒๕๒๐ ยาเหล่านี้มีกรรมวิธีการผลิตแบบธรรมชาติไม่ซับซ้อน เช่น บดเป็นผงละลายน้ำ บั่นเป็นลูกกลอน ต้มเอาน้ำมากิน อบ อบแห้ง แช่ เป็นต้น
- ๑. **ยาแผนโบราณที่พบโดยทั่วไปมี ๒ รูปแบบ คือ**
 ๑. **ยาแผนโบราณสำเร็จรูป** ที่วางขายตามร้านขายยาทั่วไปหรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ยาแผนโบราณเหล่านี้จะมีคำว่า “ยาแผนโบราณ” และเลขทะเบียนตำรับยากำกับไว้บนฉลากยาให้ทราบ
 ๒. **ยาแผนโบราณในรูปของสมุนไพรต่างๆ** นำมาจัดเป็นตำรับตามอาการโรคที่รักษา ซึ่งยาเหล่านี้ชาวบ้านโดยทั่วไปมักเรียกว่า “ยาหม้อ” “ยาต้ม” “ยาพื้นบ้าน” “ยากลับบ้าน” รวมทั้งยาไทย ยาจีน หรือยาพื้นบ้านของคนเชื้อสายต่างๆ เช่น พม่า เขมร แขก เป็นต้น
- ๑. **หมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ** หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยโดยใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร (หรือวิธีการนวดแผนโบราณ)



สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ได้ทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย โดยจากการสำรวจมีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/รู้สึกไม่สบาย ซึ่งหมายถึง การป่วยทุกชนิด ตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยจนถึงป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกตัวว่าไม่สบายในช่วง ๑ เดือนย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ รวมทั้งถามถึงวิธีการรักษาว่ามีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร ซึ่งคำตอบเกี่ยวกับวิธีการรักษามีหลายวิธีด้วยกัน แต่มีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยอยู่ ๒ ประเด็นคือ

๑. รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร
๒. รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี คือ ปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ เพื่อต้องการศึกษาด้านการกระจายและแนวโน้ม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ทำการศึกษา สรุปผลได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ผลจากการศึกษาพบว่า ในปี ๒๕๔๖ ประชากรของประเทศไทยมีประมาณ ๖๓.๙ ล้านคนเพิ่มเป็น ๖๕.๑ ล้านคน และ ๖๕.๓ ล้านคน ในปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ตามลำดับ ในจำนวนนี้ มีผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗, ๒๐.๖ และ ๑๙.๗ ของประชากรทั้งสิ้น

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ๑ เดือนก่อนสัมภาษณ์ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ จำแนกตามเพศที่ราชอาณาจักร



พ.ศ.	รวม	ป่วย	ไม่ป่วย
๒๕๔๖	๑๐๐.๐ (๖๓,๘๘๔.๕)	๑๘.๗ (๑๑,๙๕๙.๓)	๘๑.๓ (๕๑,๙๒๕.๒)
๒๕๔๗	๑๐๐.๐ (๖๕,๑๑๒.๗)	๒๐.๖ (๑๓,๔๒๐.๖)	๗๙.๔ (๕๑,๖๙๒.๐)
๒๕๔๘	๑๐๐.๐ (๖๕,๒๘๗.๘)	๑๙.๗ (๑๒,๘๖๕.๐)	๘๐.๓ (๕๒,๔๒๒.๘)

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

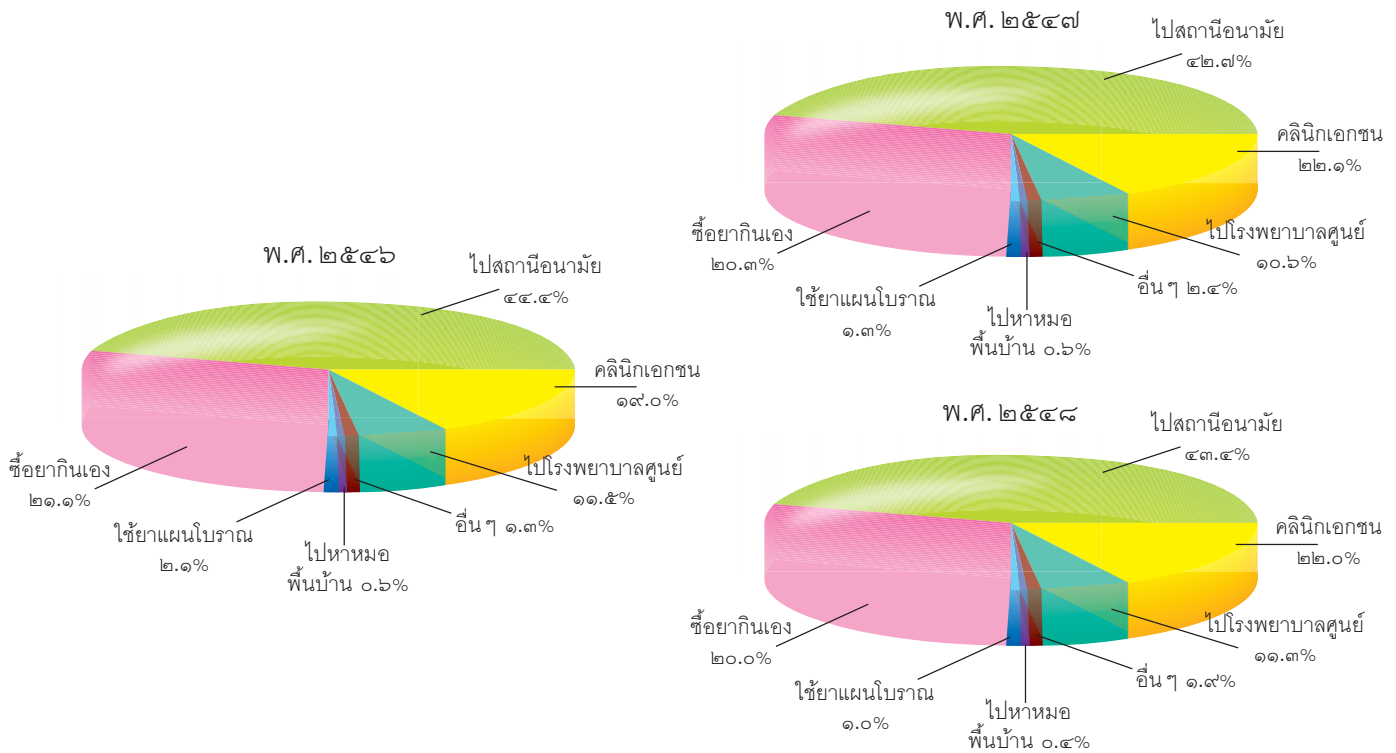
ในการสอบถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับการป่วยครั้งสุดท้ายในระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ผู้ตอบสามารถตอบวิธีการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ได้มากกว่า ๑ คำตอบ เนื่องจากในการป่วยแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจจะมีวิธีการรักษาพยาบาลหลายวิธี จากผลการศึกษาพบว่า ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปสถานเอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงสุด (ร้อยละ ๔๓.๔ ในปี ๒๕๔๘) รองลงมา คือ การรักษาพยาบาลโดยไปคลินิก/ไปโรงพยาบาลเอกชน และซื้อยากินเอง (ร้อยละ ๒๒.๐ และ ๒๐.๐)



สำหรับการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประชากรเลือกใช้โดยที่ในปี ๒๕๔๖ ใช้วิธีนี้ร้อยละ ๒.๑ ลดลงเหลือร้อยละ ๑.๓ และ ๑.๐ ในปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ตามลำดับ ในการใช้วิธีการรักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่าในช่วง ๓ ปีนี้ไม่มีความแตกต่างกัน อยู่ในช่วงร้อยละ ๐.๔ - ๐.๖

แผนภูมิ ๒ ร้อยละของประชากรจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย

พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การวิเคราะห์ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร

จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษา ดังนี้

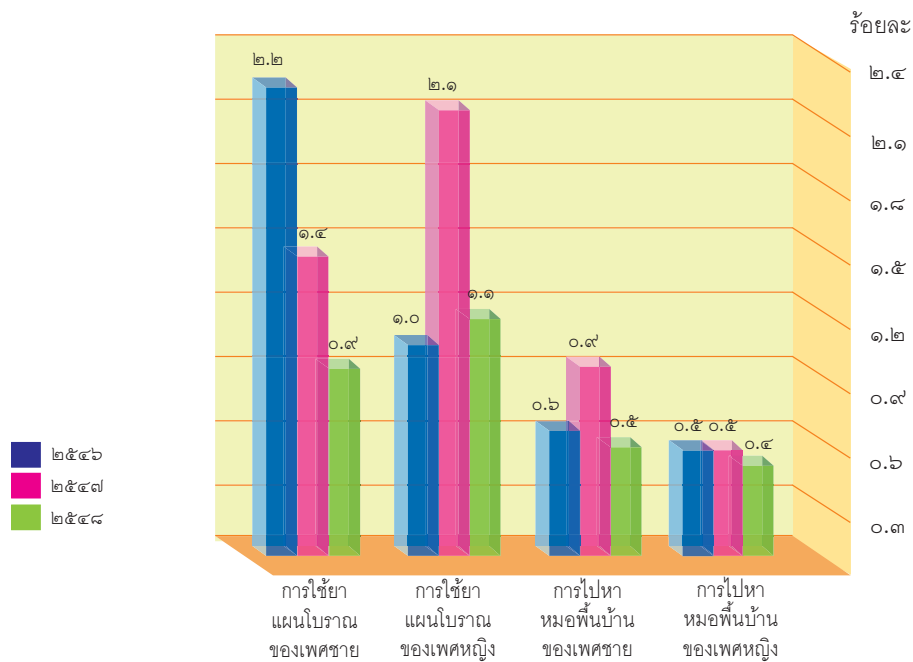
๑. ประชากรจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วย/รู้สึกไม่สบายโดยการใช้อยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย (แผนภูมิ ๓)

๒. โครงสร้างอายุของประชากร

สำหรับโครงสร้างอายุของประชากรได้แบ่งออกเป็น ๔ ช่วงอายุด้วยกันคือ อายุ ๐-๑๔ ปี (วัยเด็ก) ๑๕-๒๔ ปี (วัยรุ่น) ๒๕-๕๙ ปี (วัยทำงาน) และ ๖๐ ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)

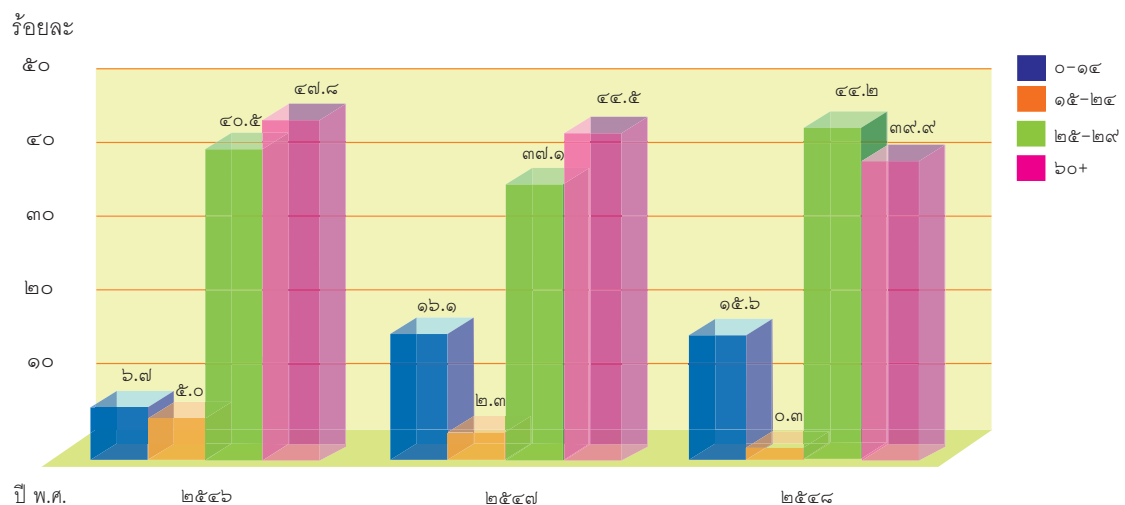
แผนภูมิ ๓ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามเพศ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาตามวิธีการรักษาพยาบาลในแต่ละวัย จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรมากที่สุดในช่วงปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ คือ ประชากรสูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘ และ ๔๔.๕ ของผู้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ทั้งหมด) รองลงมา คือ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ ๒๕-๕๙ ปี แต่ในปี ๒๕๔๘ กลับพบว่า ในจำนวนผู้ใช้วิธีรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานกลับเป็นผู้ที่มีอัตราร้อยละของการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าผู้สูงอายุคือ ร้อยละ ๔๔.๒ และ ๓๙.๙ (แผนภูมิ ๔)

แผนภูมิ ๔ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามโครงสร้างอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

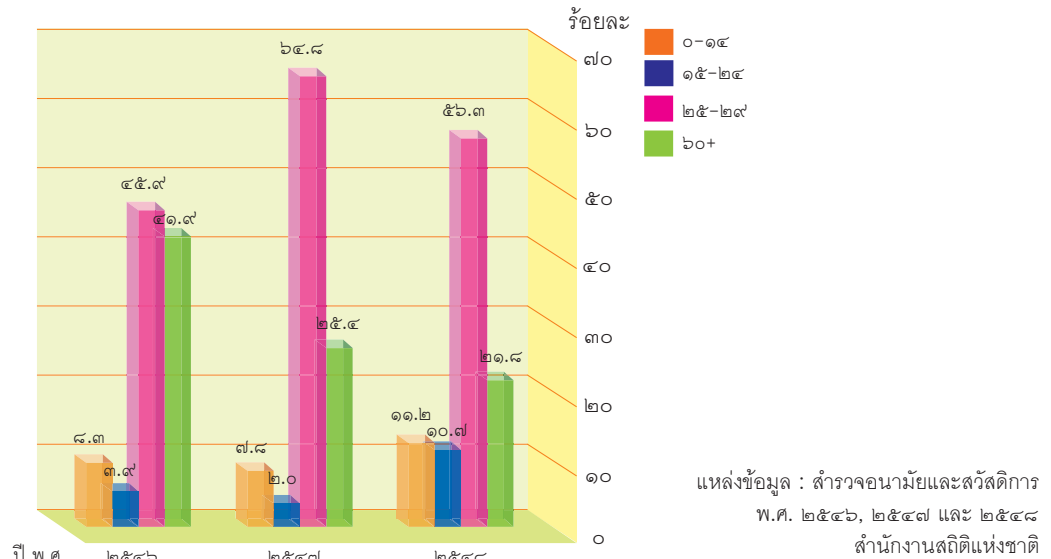


แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ



สำหรับผู้รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณมากที่สุด ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ คือกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานอายุ ๒๕-๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๙, ๖๔.๘ และ ๕๖.๓ ตามลำดับ รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๔๑.๙, ๒๕.๔ และ ๒๑.๘ ตามลำดับ (แผนภูมิ ๕)

แผนภูมิ ๕ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามโครงสร้างอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

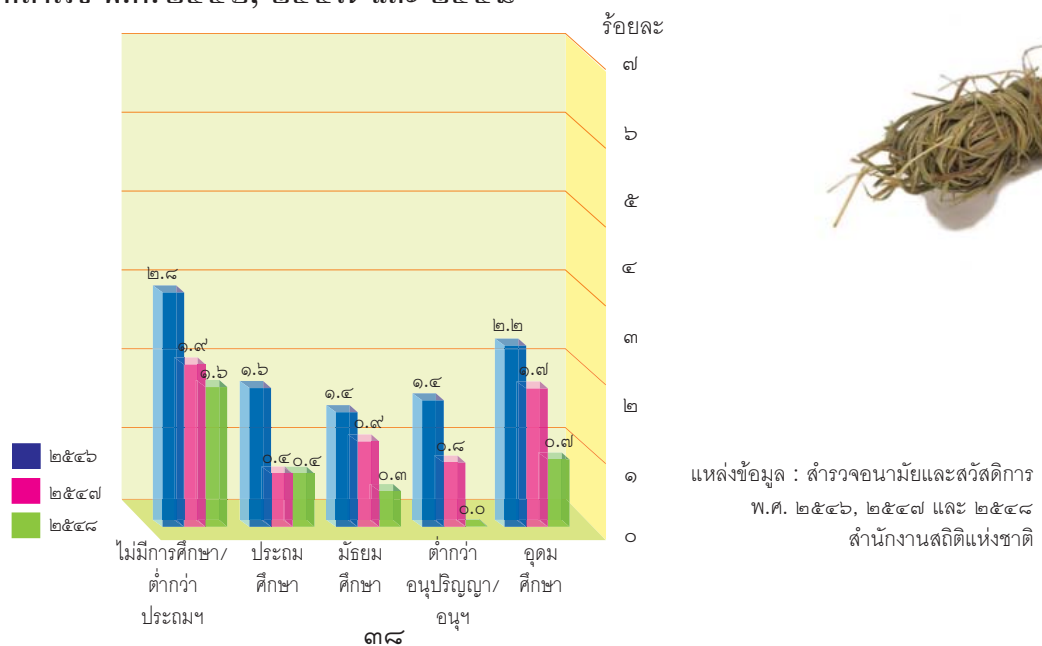


๓. การศึกษา

ผลการศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ไม่ว่าจะสำเร็จการศึกษาในระดับใดยังนิยมรักษาพยาบาลโดยไปสถานเอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ชุมชน อาจเนื่องจากความสะดวกและตั้งอยู่ในชุมชนนั้น

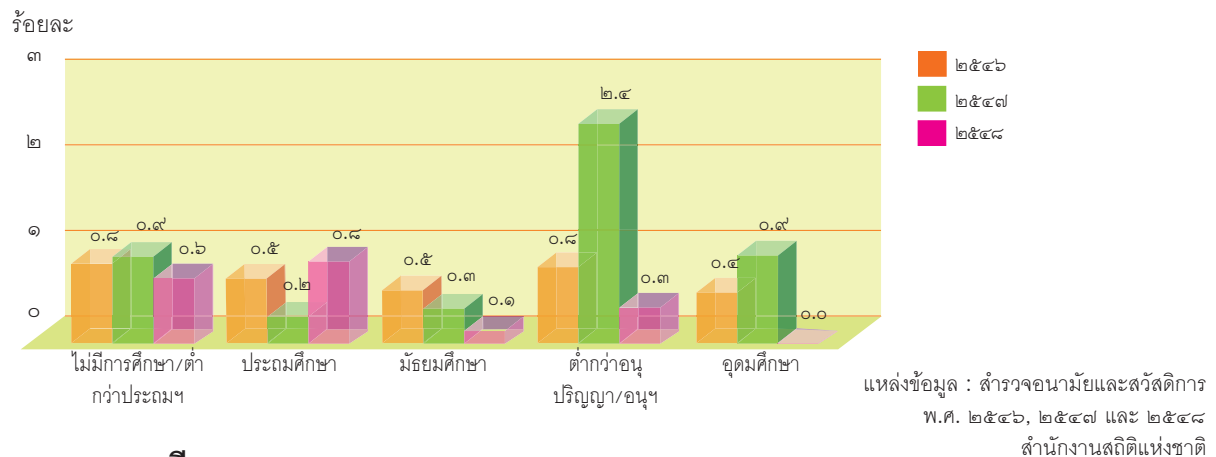
เมื่อศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร ในช่วงปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ของประชากรที่สำเร็จการศึกษาแตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภูมิ ๖

แผนภูมิ ๖ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



สำหรับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ในแต่ละระดับการศึกษาที่สำเร็จปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ โดยรวมทุกระดับการศึกษามีผู้ใช้วิธีนี้รักษาพยาบาลประมาณร้อยละ ๑.๐

แผนภูมิ ๗ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

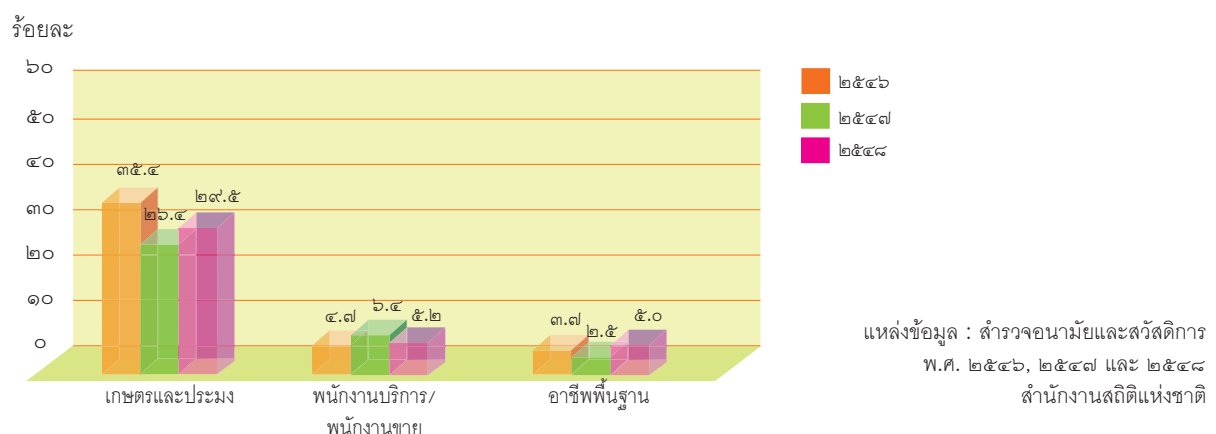


๔. อาชีพ

การศึกษาคั้งนี้แบ่งการทำงานเป็น ๒ หมวดคือ ภาคเกษตรกรรม และนอกภาคเกษตรกรรม พบว่าปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ผู้อยู่ในภาคเกษตรกรรมเป็นผู้ที่ใช้วิธีรักษาพยาบาลโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/ยาสมุนไพรมากกว่าผู้อยู่นอกภาคเกษตรกรรมโดยคิดเป็นร้อยละ ๖๒.๗, ๕๖.๕ และ ๖๘.๙ ตามลำดับ

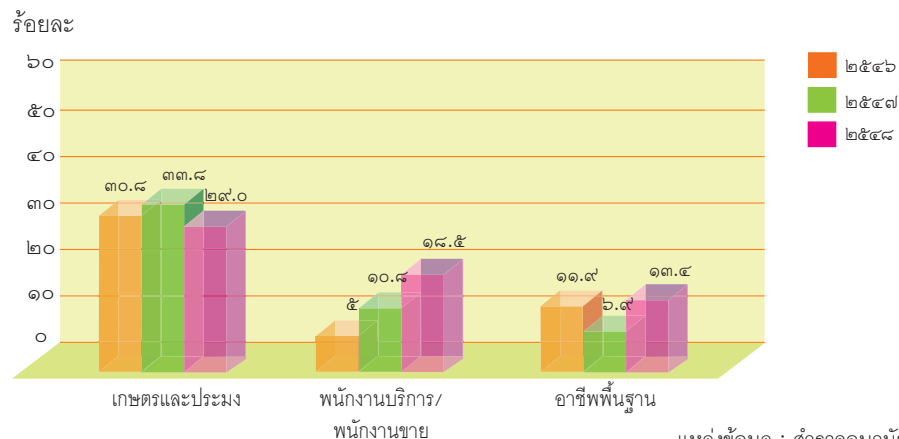
เมื่อแยกรายละเอียดของอาชีพที่สำคัญ ได้แก่ **ผู้บัญญัติกฎหมาย** วิชาชีพด้านต่างๆ ช่างเทคนิค เสมียน **พนักงานบริการ/พนักงานขาย** **เกษตรกรและประมง** ด้านฝีมือและธุรกิจ เครื่องจักร และ **อาชีพพื้นฐาน** พบว่าผู้ที่รักษาพยาบาล โดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/ยาสมุนไพรสูงสุดเป็นผู้ประกอบอาชีพ เกษตรและประมง ร้อยละ ๓๕.๔, ๒๖.๔ และ ๒๙.๕ ทั้งปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ รองลงมาคือ พนักงานบริการ/พนักงานขาย ร้อยละ ๔.๗, ๖.๔ และ ๕.๒ และผู้บัญญัติกฎหมายร้อยละ ๕.๐ ในปี ๒๕๔๘ (แผนภูมิ ๘)

แผนภูมิ ๘ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/ยาสมุนไพร จำแนกตามการประกอบอาชีพ ๓ ลำดับสูงสุด พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



สำหรับการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ พบว่า ผู้ประกอบอาชีพเกษตรและประมง ร้อยละ ๓๐.๘, ๓๓.๘ และ ๒๙ ในปี ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ ตามลำดับ รองลงมาคือ พนักงานบริการ/พนักงานขาย ร้อยละ ๕.๐, ๑๐.๘ และ ๑๘.๕ (แผนภูมิ ๙)

แผนภูมิ ๙ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตามการประกอบอาชีพ ๓ ลำดับสูงสุด พ.ศ. ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘



แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ
พ.ศ. ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ

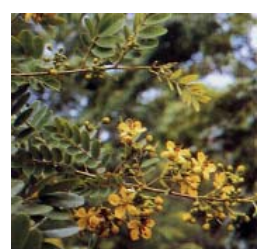
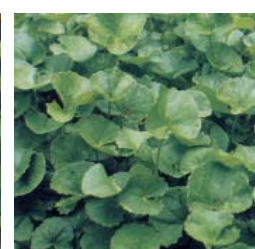
จากการศึกษาถึงกลุ่มโรคที่สำคัญต่าง ๆ นั้น พบว่ามีกลุ่มโรคที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาพยาบาลมากที่สุดแบ่งได้เป็น ๖ กลุ่มโรคที่สำคัญ ๆ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ และโรคติดเชื้อ

๖ วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค

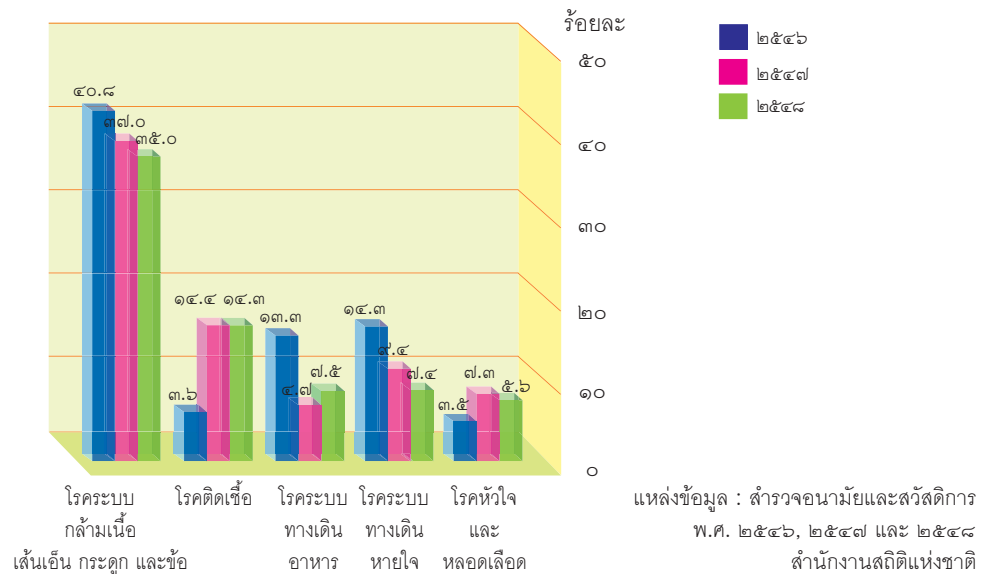
การศึกษครั้งนี้ได้ศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ โดยพิจารณาวิธีการรักษาด้วยการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ก่อนที่นำเสนอในรายละเอียดของวิธีการรักษาโดยวิธีดังกล่าวพบว่า กลุ่มโรคที่มีการรักษาพยาบาล มากที่สุดทั้งในปี ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ ได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ รองลงมาคือ ระบบทางเดินหายใจ ลำดับที่สามคือ โรคระบบทางเดินอาหาร ลำดับที่สี่คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด

๖ การรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร

เมื่อพิจารณาวิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรตามกลุ่มโรคในช่วงปี ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบว่าผู้ที่เป็โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ ๔๐.๘ ๓๗.๐ และ ๓๕.๐ นิยมใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคอื่น ๆ (แผนภูมิ ๑๐)



แผนภูมิ ๑๐ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตาม ๕ ลำดับแรก
ของกลุ่มโรค พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

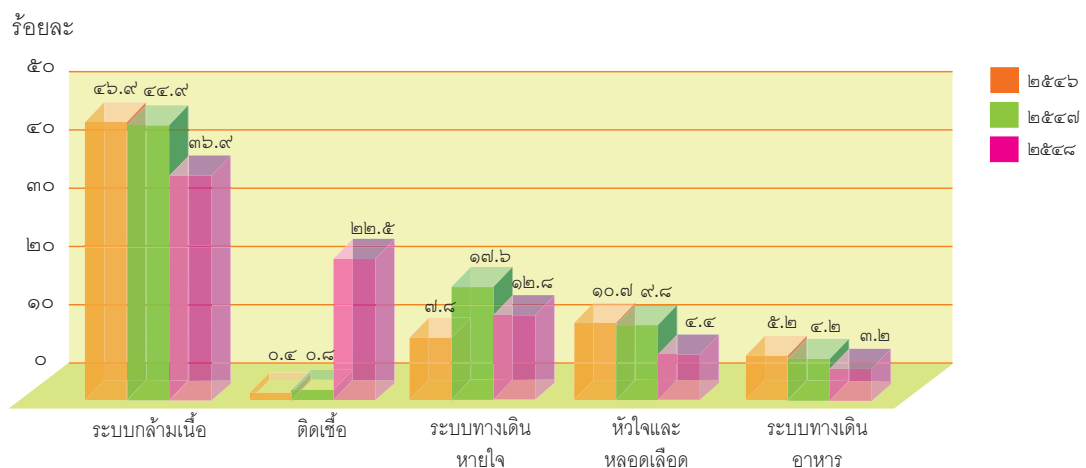


การรักษาโดยวิธีการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ

การรักษาวิธีนี้เป็นที่นิยมมากที่สุดคือ ผู้ที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ซึ่งมีถึงร้อยละ ๔๖.๘, ๔๔.๘ และ ๓๖.๘ ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคอื่นๆ ทั้งหมด

รองลงมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๑๐.๗ และ ๙.๘ และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ ๗.๘ และ ๑๗.๖ (สำหรับปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗) สำหรับลำดับรองลงมาของปี ๒๕๔๘ คือ โรคติดเชื้อ ร้อยละ ๒๒.๕ และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ ๑๒.๘ (แผนภูมิ ๑๑)

แผนภูมิ ๑๑ ร้อยละของประชากรที่รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ จำแนกตาม ๕ อันดับแรกของกลุ่มโรค พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



ข้อเสนอต่อบทบาท

๑. ควรกำหนดแนวทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการพัฒนาวิธีการรักษาโดยแพทย์แผนไทย
๒. ควรให้ความรู้/ความเข้าใจและเผยแพร่วิธีการรักษาโดยแพทย์แผนไทยให้ประชาชนมีความเข้าใจอย่างถูกต้องและชัดเจน
๓. พัฒนามาตรฐาน คุณภาพ ตลอดจนสนับสนุนการแพทย์แผนไทย
๔. ควรมีการประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลในระดับประเทศเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

๑. ควรมีการสำรวจโดยเฉพาะในด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ได้ความชัดเจนและรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มขึ้น
๒. พัฒนา/จัดทำตัวชี้วัดด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้วัดและประเมินในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ควรมีการพัฒนาข้อมูล และศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดของข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูล (database) เพื่อให้สะดวกในการสืบค้น

ข้อเสนอต่อการศึกษาวิจัย

๑. ควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยกับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
๒. ควรศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์/แนวโน้มอย่างต่อเนื่องรวมทั้งศึกษารายละเอียดในระดับพื้นที่ย่อย เช่น เขตเมือง/เขตชนบท และระดับจังหวัด
๓. ในการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยต้องคำนึงถึงนิยามที่นำมาใช้ในการสำรวจ/เก็บรวบรวมข้อมูล เพราะจะมีผลต่อข้อมูลนี้ได้เป็นอย่างมาก
๔. ระเบียบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คำนิยาม ขอบข่ายการเก็บข้อมูล ฯลฯ ต้องได้มาตรฐานและเป็นรูปแบบเดียวกัน



เอกสารอ้างอิง

- ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และคณะ. (๒๕๔๘). รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (๒๕๔๘). รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาราคากลางยาสมุนไพร วันที่ ๑๗-๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์แผนไทย.
- สำนักงานเลขาธิการกรม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (๒๕๔๘). รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานปีงบประมาณ ๒๕๔๘ โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและธุรกิจบริการสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานเลขาธิการกรม.
- คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมัยปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. (๒๕๔๙). ร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากฎมัยปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ (มกราคม ๒๕๔๙). (อัดสำเนา)
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). (๒๕๔๗). กฎมัยปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ผลการศึกษาหำประเด็นหลัก การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. ๒๕๔๗. นนทบุรี : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๔๙). สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๙ รอบที่ ๑ (มิถุนายน ๒๕๔๙). นนทบุรี.





ส่วนที่ สอง

บทความการศึกษา

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน

และการแพทย์ทางเลือก

การศึกษาข้อมูล

กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย :

ภาพรวม

เกสัชกรยงค์ดี ตันติปิฎก
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานะของฐานข้อมูลประชากรแพทย์แผนไทยในระดับประเทศ และวิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ประกอบการโรคศิลปะของกองการประกอบโรคศิลปะ ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ จังหวัดและภาคที่แจ้งในการขึ้นทะเบียน ปีที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ จำนวนศิษย์ทั้งหมด และศิษย์ที่สอบได้

ผลการศึกษาแบ่งเป็นสองส่วน สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง : ผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้ประกอบการโรคศิลปะ

สาขาการแพทย์แผนไทย

๑. นับแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๐ เป็นต้นมา มีผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยขึ้นทะเบียนทั้ง ๔ ประเภทรวมทั้งสิ้น ๒๐,๐๑๑ คน แต่เมื่อตรวจสอบตามทะเบียนเพื่อดูการได้ใบอนุญาตซึ่งหลายคนมีใบอนุญาตได้หลายประเภทพบว่าผู้ที่เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งสิ้น ๑๔,๘๔๕ คน
๒. ในช่วงทศวรรษนี้ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๙) ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าช่วงทศวรรษก่อนหน้านี้อย่างมาก โดยเมื่อรวมผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ๒.๘ - ๕.๕ เท่า
๓. ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงสัดส่วน ๓ : ๒ แต่ในช่วง ๙ ปีที่ผ่านมาผู้หญิงสามารถสอบขึ้นทะเบียนได้มากกว่าผู้ชายสัดส่วน ๔ : ๓ (ยกเว้นประเภทการผดุงครรภ์ไทยที่มีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ๗ : ๓)





๔. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยแจ้งในการขึ้นทะเบียนว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ
๕. มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๔๑-๗๕ ปีในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๘ ปี (ยังไม่ตัดข้อมูลผู้เสียชีวิต) มีเพียงประเภทการผดุงครรภ์ไทยที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุน้อยกว่าประเภทเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย กล่าวคือมีค่าอายุเฉลี่ย ๔๘ ปี
๖. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยเพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๖๑-๗๖ ปีในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๖๓ ปี ในขณะที่เพศหญิงกระจายอยู่ในช่วงอายุที่น้อยกว่าเพศชาย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๑ ปี
๗. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นประเภทเภสัชกรรมไทย ร้อยละ ๔๓ รองลงมาคือประเภทเวชกรรมไทย ร้อยละ ๒๔ การผดุงครรภ์ไทย ร้อยละ ๑๓ การนวดไทย ร้อยละ ๐.๕ ในจำนวนนี้มีผู้ที่ใบอนุญาตหลายประเภท คือ มีใบอนุญาตเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย ร้อยละ ๒๑ มีใบอนุญาตเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย ร้อยละ ๕ ส่วนผู้ที่มีใบอนุญาตครบทั้ง ๔ ประเภทมีเพียง ๑๗ คนเท่านั้น

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

๑. นับแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๒ ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการขึ้นทะเบียนมีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้นทะเบียนรวมทั้งสิ้น ๔๗๓ คน
๒. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในแต่ละปีน้อยกว่าสาขาการแพทย์แผนไทยมาก กล่าวคือ มีผู้ขึ้นทะเบียนสูงสุดไม่เกินปีละ ๖๐ คน โดยมีค่าเฉลี่ยปีละ ๒๘ คน
๓. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในสัดส่วน ๗ : ๓
๔. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์แจ้งในการขึ้นทะเบียนว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนที่เหลือซึ่งมีสัดส่วนน้อยมากกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ



๕. มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อยู่ในช่วงอายุ ๒๑-๓๐ ปี และ ๓๖-๔๐ ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๓๔ ปี

ส่วนที่สอง : ผลการศึกษาเกี่ยวกับครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

๑. มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ประเภทเวชกรรมไทย ๘๘๑ คน แต่ครูที่มีการรับศิษย์จริงมีเพียง ๔๓๐ คน (ร้อยละ ๔๙) ค่าเฉลี่ยการรับศิษย์คือ ๓๐ คนต่อครู ๑ คน ค่าเฉลี่ยจำนวนศิษย์ที่สอบได้ คือ ๕ คนต่อครู ๑ คน ครูที่มีศิษย์สอบไม่ได้เลยจำนวน ๒๓๘ คน (ร้อยละ ๕๕) ครูที่มีศิษย์สอบได้จำนวน ๑๙๒ คน (ร้อยละ ๔๕) ครูที่มีศิษย์สอบได้อย่างน้อยครั้งหนึ่งจำนวน ๗๐ คน (ร้อยละ ๑๖) ครูที่รับศิษย์มากที่สุด มีศิษย์ ๙๐๕ คน (ศิษย์ยังสอบไม่ได้เลย) ครูที่รับศิษย์รองลงมา มีศิษย์ ๘๔๔ คน (ศิษย์สอบได้แล้ว ร้อยละ ๔๖)
๒. ครูที่มีการรับศิษย์จริงเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๗ : ๓ อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาอยู่ในภาคกลาง มีอายุอยู่ในช่วง ๕๖-๖๐ ปีมากที่สุด ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๐ มากที่สุด ส่วนใหญ่รับศิษย์ ๑-๑๐ คน
๓. ครูที่มีการรับศิษย์จริงและมีศิษย์สอบได้อย่างน้อยครั้งหนึ่ง เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๖ : ๑ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๑-๒๕๓๐ มากที่สุด
๔. ครูที่มีการรับศิษย์จริงและศิษย์ยังสอบไม่ได้เลยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๓ : ๒ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๘ มากที่สุด

ปัญหาที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คือ ฐานข้อมูลมีไม่ครบถ้วน มีรายชื่อซ้ำซ้อน และขาดการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับสมุดทะเบียน รวมทั้งยังไม่สามารถปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยได้ และฐานข้อมูลขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาในเชิงนโยบาย เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้มายังขาดข้อมูลอายุ ทำให้ยังไม่สามารถวิเคราะห์เพื่อคาดการณ์จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะที่คาดว่าจะยังมีชีวิตอยู่



ข้อเสนอแนะทางในการพัฒนาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ปรับปรุงฐานข้อมูลให้ทันสมัยเพื่อการใช้งาน โดยให้ผู้ประกอบโรคศิลปะสามารถปรับปรุงข้อมูลด้วยตนเองผ่านทางอินเทอร์เน็ต กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องต่ออายุใบอนุญาตทุก ๕ ปี เพื่อให้กองการประกอบโรคศิลปะสามารถปรับปรุงฐานข้อมูลที่เป็นทางการให้ทันสมัยยิ่งขึ้น และปรับปรุงแบบฟอร์มในการสอบขึ้นทะเบียนให้มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับการศึกษา และอาชีพ





ความเป็นมา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยโดยภาพรวมในชั้นเบื้องต้น โดยอาศัยข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการโรคศัลปะจากฐานข้อมูลของกองการประกอบโรคศัลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทางกองการประกอบโรคศัลปะได้ป้อนข้อมูลจากแฟ้มทะเบียนผู้ประกอบการโรคศัลปะเข้าฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ย้อนหลังจนถึงปี พ.ศ.๒๕๐๐ เสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ.๒๕๔๔ และข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่นี้ ได้ถูกนำมาใช้ในงานเพื่อส่งบัตรลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพนับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๒ จนถึงครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ.๒๕๔๔ แม้จะพบปัญหาหลายประการจากฐานข้อมูลนี้ เช่น ชื่อที่อยู่ที่ยังไม่ถูกต้องหรือตกหล่น เนื่องจากปัญหาทางเทคนิคในการพิมพ์และยังไม่มีมาตรการที่สามารถทำให้ข้อมูลทันสมัยต่อการใช้งานได้มากกว่าที่เป็นอยู่ แต่ฐานข้อมูลนี้ก็พื้นฐานข้อมูลเดียวที่มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประกอบการโรคศัลปะมากที่สุด ดังนั้น หากมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการวางแผนการพัฒนากำลังคนในด้านนี้ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องใช้นำข้อมูลชุดนี้มาวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจสถานะกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย แต่ทั้งนี้ เราต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ฐานข้อมูลชุดนี้ยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

วัตถุประสงค์

๑. สสำรวจสถานะของฐานข้อมูลประชากรแพทย์แผนไทยในระดับประเทศตามทะเบียนของกองการประกอบโรคศัลปะ
๒. วิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเพื่อสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน

วิธีดำเนินการ

๑. ขอข้อมูลผู้ประกอบการโรคศัลปะสาขากการแพทย์แผนไทยและสาขากการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากกองการประกอบโรคศัลปะ โดยได้รับไฟล์ข้อมูลครุแพทย์แผนไทย (๒๑ มีนาคม ๒๕๔๔)

ข้อมูลบุคลากรแพทย์แผนไทย (๒๖ มิถุนายน ๒๕๔๙) ในรูปแบบไฟล์ข้อมูล Microsoft Access และ Microsoft Excel

๒. รวบรวมข้อมูลการอนุญาตขึ้นทะเบียนในแต่ละปีจากรายงานการประชุมคณะกรรมการวิชาชีพ
๓. ตรวจสอบข้อมูลบางรายการกับแฟ้มทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะของกองการประกอบโรคศิลปะ
๔. ใช้โปรแกรม Microsoft Access ๒๐๐๐ ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและไม่ถูกต้อง
๕. ใช้โปรแกรม Microsoft Excel ๒๐๐๐ และ SPSS ๑๑.๖ วิเคราะห์ค่าสถิติและสร้างกราฟ
๖. วิเคราะห์ผลและเขียนรายงานการศึกษา

ตัวแปรสำคัญ ที่ใช้ในการวิเคราะห์

- ๕๑. เพศ
- ๕๒. อายุ
- ๕๓. จังหวัด และภาคที่แจ้งในการขึ้นทะเบียน
- ๕๔. ปีที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ
- ๕๕. จำนวนศิษย์ทั้งหมด และศิษย์ที่สอบได้

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็นสองส่วนคือ

๑. ผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้ประกอบการโรคศิลปะ
๒. ผลการศึกษาเกี่ยวกับครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย



ส่วนที่หนึ่ง: ผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้ประกอบการโรคศิลปะ

ผลศึกษาในส่วนนี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ผลการขึ้นทะเบียนในแต่ละปีนับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๐๐-๒๕๔๘ และการวิเคราะห์ผลจากข้อมูลผู้ประกอบการโรคศิลปะในทะเบียน

การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะ

- ๕๑. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๑๒ (ก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๒ เรียกว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ) แต่การศึกษาในครั้งนี้ เลือกที่จะศึกษาผู้ที่ขึ้นทะเบียนนับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๐๐ เป็นต้นมา เพราะข้อมูลก่อนหน้านี้ยังไม่ถูกนำมาป้อนเข้า



คอมพิวเตอร์และบางส่วนก็สูญหายไปจากเหตุการณ์ไฟไหม้เมื่อครั้งที่กองการประกอบโรคศิลป์ยังตั้งอยู่ที่วังเทวะเวสม์ เขตพระนคร กรุงเทพฯ

จากการประมวลผลการขึ้นทะเบียนนับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๐๐ ถึงปี พ.ศ.๒๕๔๘ สรุปได้ดังตาราง ๑

ตารางที่ ๑ เลขทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๐๐-๒๕๔๘

ปี พ.ศ.	ประเภท	เลขทะเบียน	จำนวน (คน)
๒๕๐๐-๒๕๔๘	เวชกรรมไทย	พท.ว.๑๑๙๕๓ - ๑๕๖๑๒	๓,๖๖๐
๒๕๐๐-๒๕๔๘	เภสัชกรรมไทย	พท.ภ.๖๒๐๐ - ๒๐๕๕๓	๑๔,๓๕๔
๒๕๐๐-๒๕๔๘	การผดุงครรภ์ไทย	พท.ผ.๑๗๗๑ - ๓๖๖๑*	๑,๙๑๖
๒๕๔๘	การนวดไทย	พท.น. ๑ - ๘๑	๘๑
รวม			๒๐,๐๑๑

*หมายเหตุ: เลขทะเบียน พท.ผ.๒๑๗๖-๒๒๐๐ มีใบอนุญาตซ้ำกัน ในปี ๒๕๔๑ และ ๒๕๔๒

๒. ผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

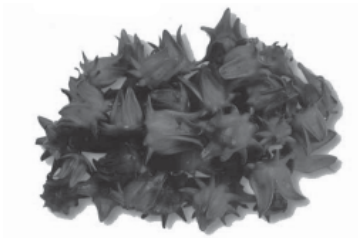
การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ดำเนินการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.๒๕๓๒ (ก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๒ เรียกว่า ผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณแบบประยุกต์) จากการประมวลผลการขึ้นทะเบียนนับตั้งแต่ ปี พ.ศ.๒๕๓๒ จนถึงปี พ.ศ.๒๕๔๘ สรุปได้ดังตาราง ๒

ตารางที่ ๒ เลขทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ.๒๕๐๐-๒๕๔๘

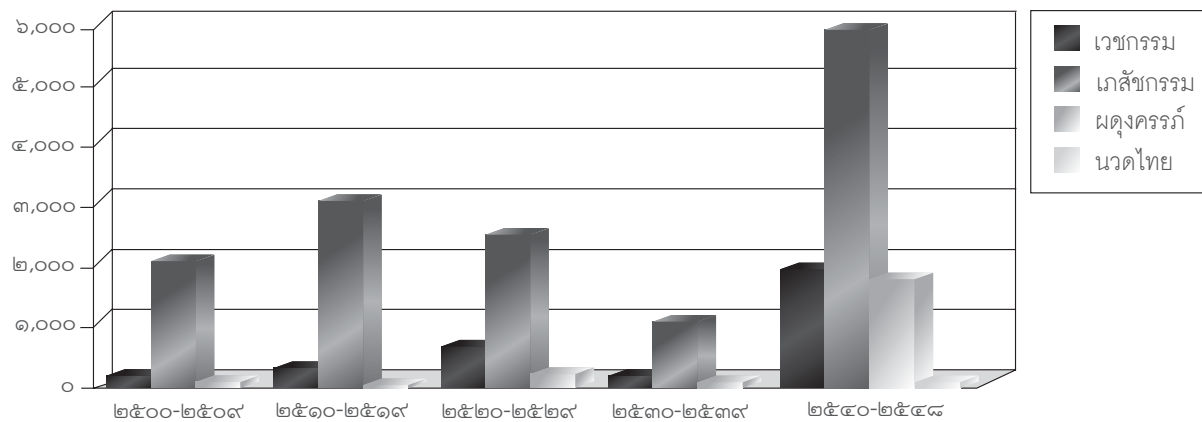
ปี พ.ศ.	สาขา	เลขทะเบียน	จำนวน (คน)
๒๕๓๒-๒๕๔๘	การแพทย์แผนไทยประยุกต์	บ.ป.๑ - ๔๗๓	๔๗๓

จำนวนผู้ประกอบการโรคศิลป์ตามทะเบียน

จากตัวเลขการขึ้นทะเบียนในแต่ละปี สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อดูจำนวนที่ขึ้นทะเบียนโดยแบ่งเป็น ๕ ช่วงปี ปีละ ๑๐ ปี สรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๑



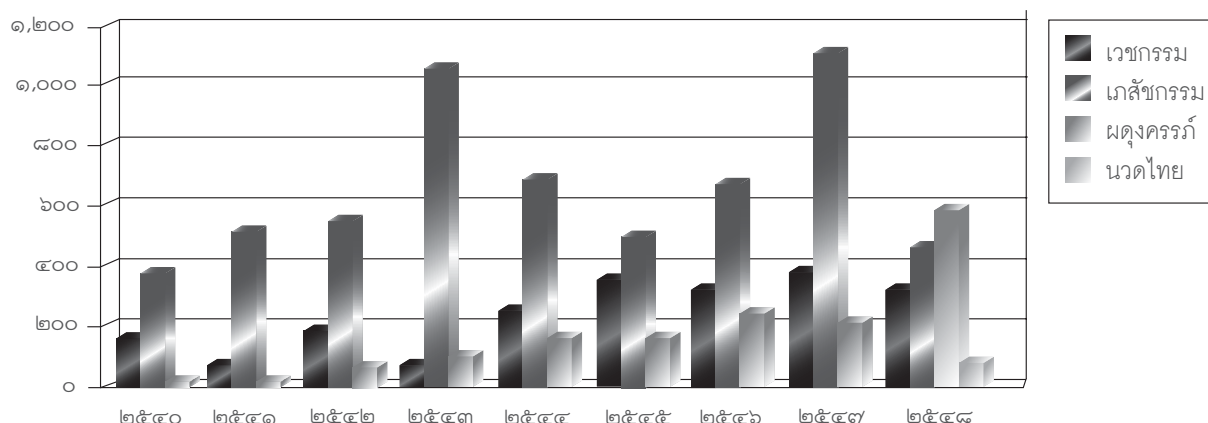
แผนภูมิ ๑ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยจำแนกตามช่วงปีที่ได้รับใบอนุญาต
(๒๕๐๐-๒๕๔๘)



นอกจากนี้ ยังพบว่าในทศวรรษ ๒๕๔๐-๒๕๔๘ ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นมากกว่าทศวรรษก่อนหน้าเป็นอย่างมาก โดยประเภทเวชกรรมไทยเพิ่มขึ้นประมาณ ๓-๑๒ เท่า ประเภทเภสัชกรรมไทยเพิ่มขึ้นประมาณ ๒-๗ เท่า ประเภทการผดุงครรภ์ไทยเพิ่มขึ้นประมาณ ๑๒-๓๖ เท่า เมื่อรวมผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง ๒.๘ - ๕.๕ เท่า

เมื่อพิจารณาเฉพาะช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๘ ซึ่งเป็นช่วงที่มีการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยโดยภาครัฐอย่างมากหลังวิกฤตเศรษฐกิจ สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๒

แผนภูมิ ๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยจำแนกตามปีที่ได้รับใบอนุญาต
(๒๕๔๐-๒๕๔๘)

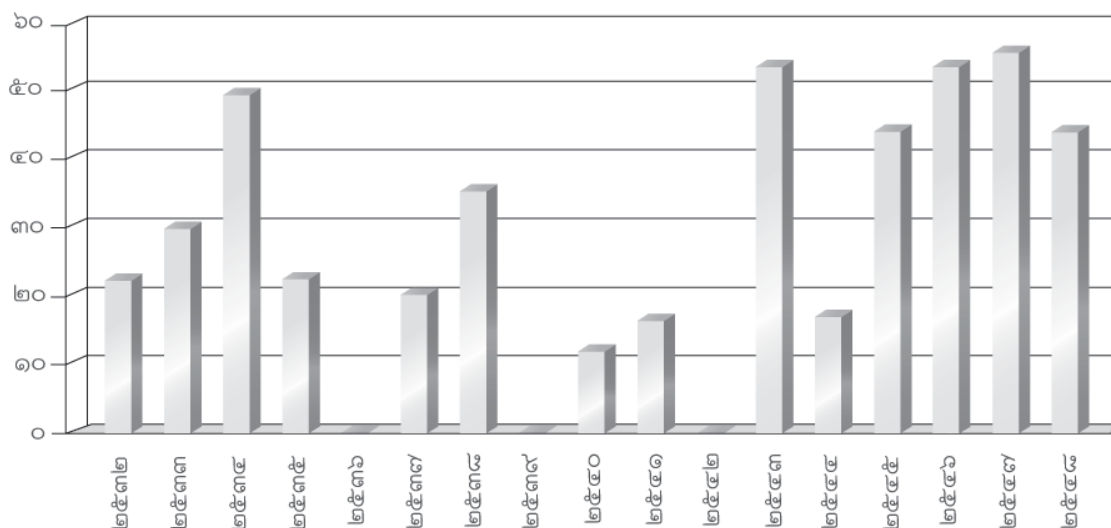


ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี ช่วงปี ๒๕๔๐-๒๕๔๘
ประเภทเวชกรรมไทย = ๒๑๗ เภสัชกรรมไทย = ๖๕๒ การผดุงครรภ์ไทย = ๑๗๑



สำหรับจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๓

แผนภูมิ ๓ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จำแนกตามปีที่ได้รับใบอนุญาต (๒๕๓๒-๒๕๔๘)



ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี ช่วงปี ๒๕๓๒-๒๕๔๘ = ๒๘

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยรวมทุกประเภท

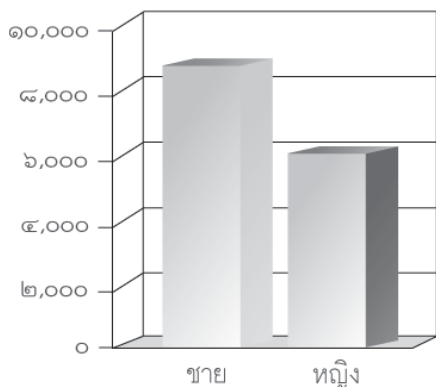
เนื่องจากการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยแยกการสอบขึ้นทะเบียนเป็นประเภทต่างๆ ถึง ๔ ประเภท ดังนั้น ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยจึงอาจมีทั้งผู้ที่มีใบอนุญาตประเภทใดประเภทหนึ่งเพียงประเภทเดียว หรืออาจมีใบอนุญาตหลายประเภทก็ได้ การหาจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยโดยภาพรวมว่ามีจำนวนเท่าใด จึงต้องตรวจสอบฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะเพื่อประมวลว่าผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ละรายมีใบอนุญาตประเภทใดบ้าง ซึ่งเป็นงานที่ต้องอาศัยเวลาและความละเอียดอ่อน เนื่องจากในฐานข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่สามารถลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งเป็นคนๆ เดียวกันให้เหลือเพียงรายการเดียวได้ทั้งหมด

นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ผู้ประกอบโรคศิลปะบางรายเปลี่ยนแปลงชื่อและนามสกุล ทำให้ไม่ทราบได้ว่าเป็นบุคคลๆ เดียวกับผู้ประกอบโรคศิลปะคนใดในประเภทอื่นหรือไม่ ปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยได้พยายามตรวจสอบและประมวลเท่าที่จะสามารถทำได้ การจะตรวจสอบให้ถูกต้องมากขึ้น จำเป็นต้องตรวจสอบกับเอกสารในแฟ้มทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะของกองการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเป็นงานที่ควรดำเนินการในโอกาสต่อไป

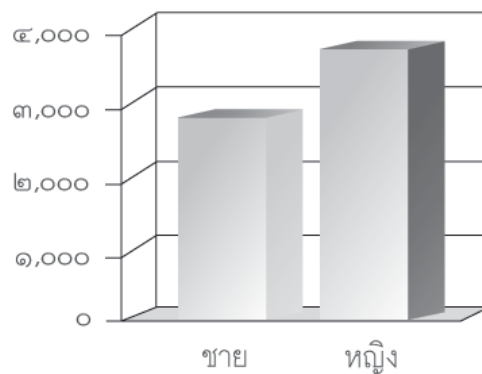
เมื่อนำข้อมูลผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๐๐-๒๕๔๘ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ อายุ ประเภท และปีที่ขึ้นทะเบียน นำมาประมวลโดยแก้ไขความซ้ำซ้อนของข้อมูลแล้วพบว่า มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยรวมทั้งสิ้น ๑๔,๘๔๕ คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ยังไม่ตรงกับข้อเท็จจริง เพราะพบว่า ยังมีข้อมูลที่ตกหล่นเพราะเลขทะเบียนขาดหายไปจากฐานข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย เวชกรรมไทย ๓๕ คน เภสัชกรรมไทย ๔๓๙ คน การผดุงครรภ์ไทย ๔๒ คน แต่เมื่อพิจารณาว่าจำนวนคนที่ขาดหายไปนี้มีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด ผลการวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆ ทางประชากรดังแผนภูมิต่อไปนี้จะน่าจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้



แผนภูมิ ๔ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



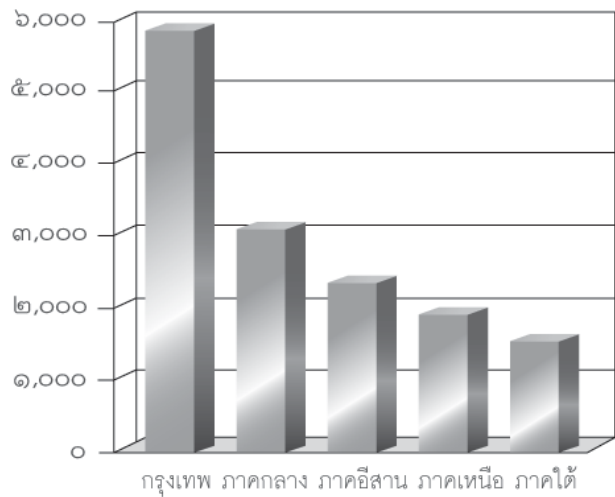
แผนภูมิ ๕ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท จำแนกตามเพศ (๒๕๔๐-๒๕๔๘)



จากแผนภูมิ ๔ เห็นได้ว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยเพศชายมีมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน ๓ : ๒ แต่เปรียบเทียบกับแผนภูมิ ๕ แสดงให้เห็นว่าในช่วง ๘ ปีที่ผ่านมา ผู้หญิงสามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยได้มากกว่าผู้ชายในสัดส่วน ๔ : ๓



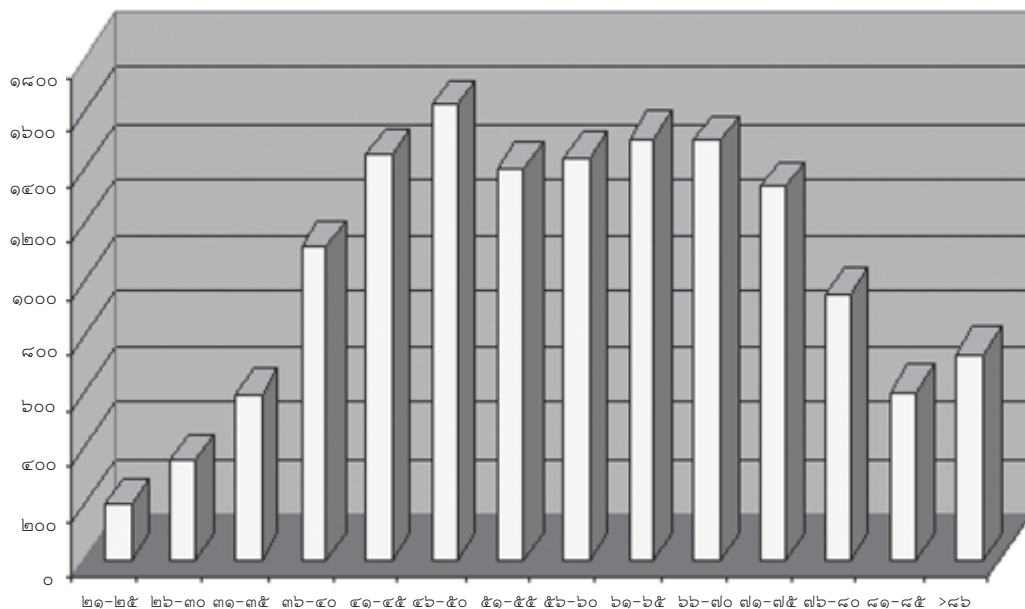
แผนภูมิ ๖ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทจำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ

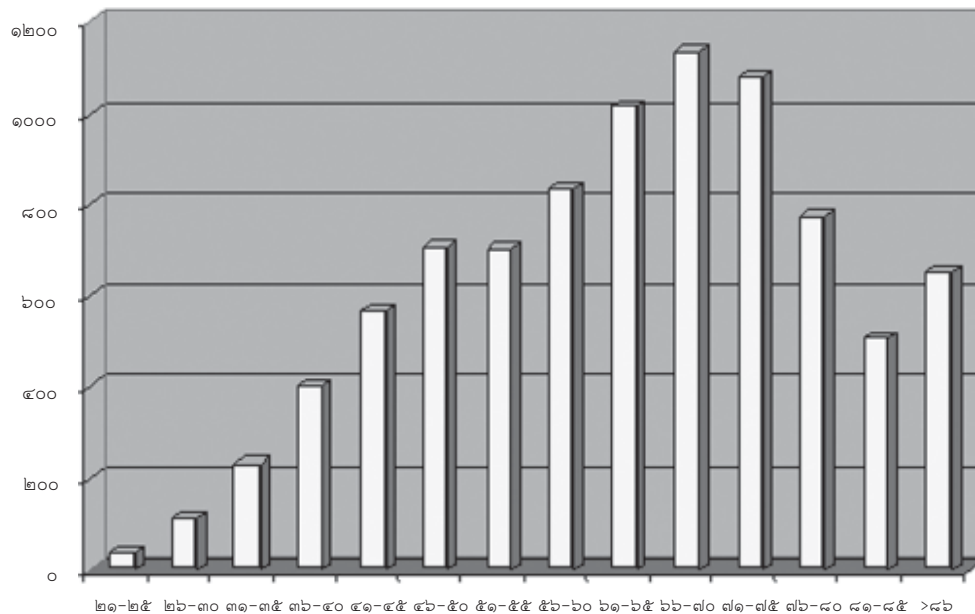


แผนภูมิ ๗ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



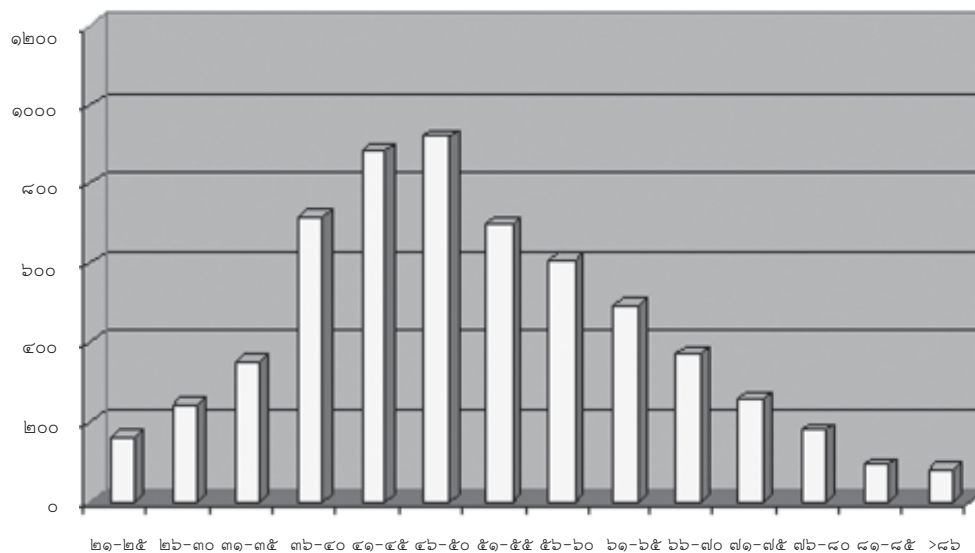
เนื่องจากฐานข้อมูลไม่สามารถตัดข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตออกไปได้ และผู้วิจัยไม่นำอัตราการตายในแต่ละช่วงอายุมาคำนวณ ดังนั้นจึงพบว่าผู้มีแพทย์แผนไทยกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๔๑ - ๗๕ ปีในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ค่าอายุเฉลี่ย ๕๘ ปี

แผนภูมิ ๘ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทเพศชายจำแนกตาม
ช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยเพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๖๑-๗๖ ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๖๓ ปี

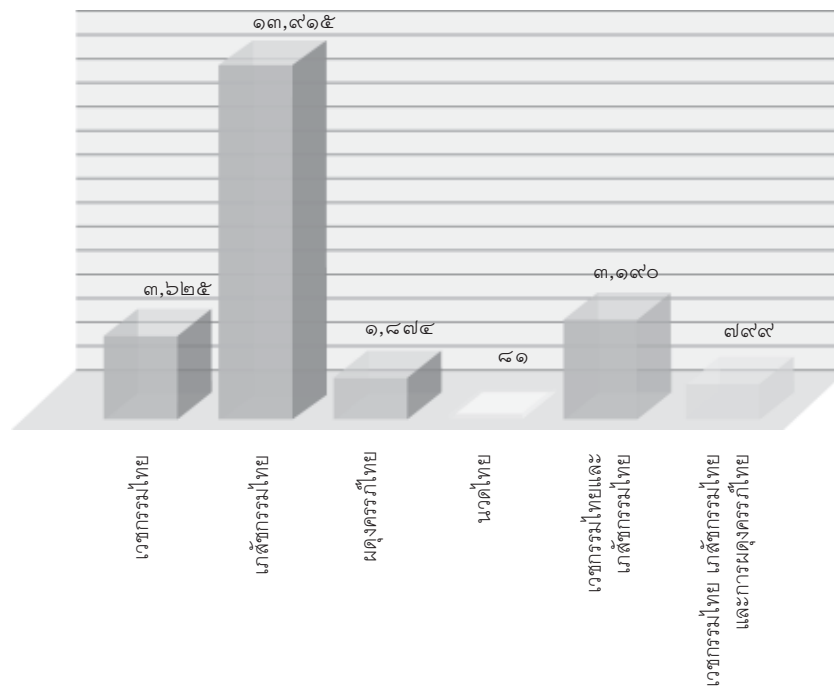
แผนภูมิ ๙ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทเพศหญิงจำแนกตาม
ช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยเพศหญิงกระจายอยู่ในช่วงอายุที่น้อยกว่าเพศชาย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๑ ปี



แผนภูมิ ๑๐ ภาพรวมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท



ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ๑๔,๘๔๕ คน มีใบอนุญาตประเภท

เวชกรรมไทย ๓,๖๒๕ คน (ร้อยละ ๒๔)

เกษตรกรรมไทย ๑๓,๙๑๕ คน (ร้อยละ ๙๓)

การผดุงครรภ์ไทย ๑,๘๗๔ คน (ร้อยละ ๑๓)

การนวดไทย ๘๑ คน (ร้อยละ ๐.๕)

มีใบอนุญาตเวชกรรมไทยและเกษตรกรรมไทย ๓,๑๙๐ คน (ร้อยละ ๒๑)

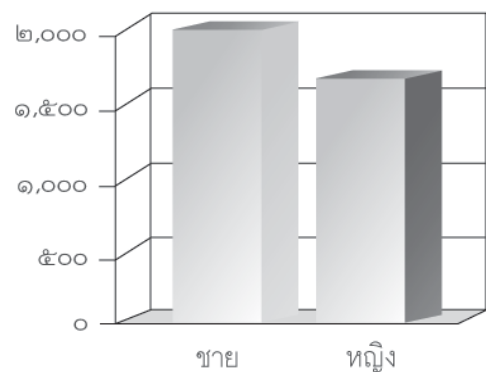
มีใบอนุญาตเวชกรรมไทย เกษตรกรรมไทย และการผดุงครรภ์ไทย ๗๙๙ คน (ร้อยละ ๕)

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

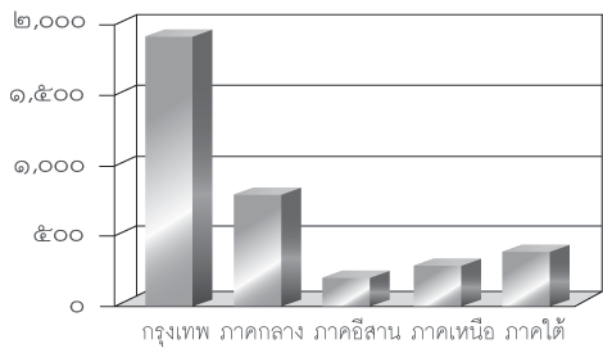
เมื่อแยกวิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเฉพาะผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๑๑ - ๑๖

แผนภูมิ ๑๑ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)

ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๖ : ๕

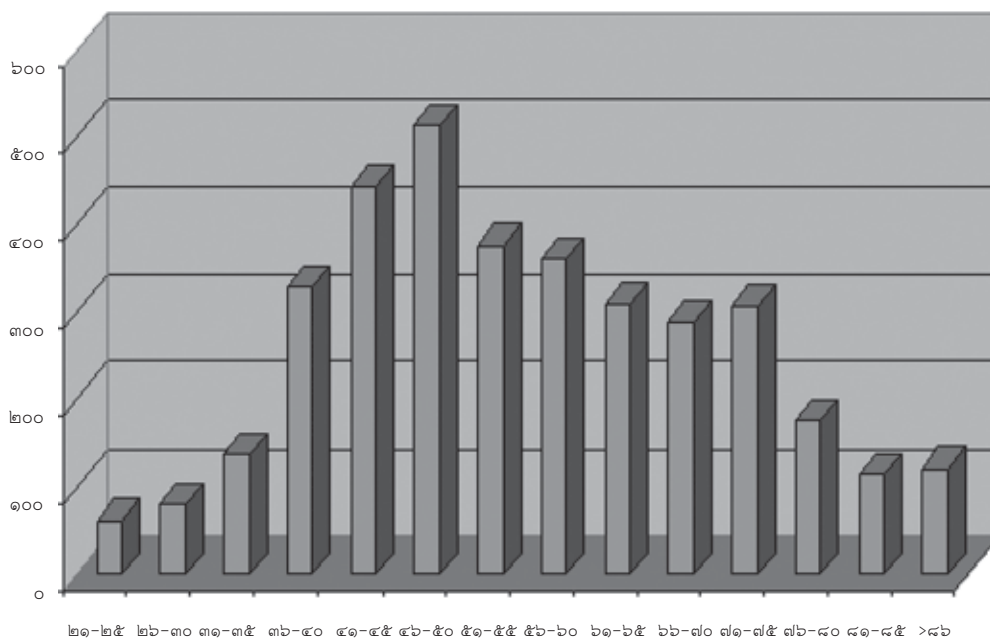


แผนภูมิ ๑๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยจำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวม พบว่า แพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยมีสัดส่วนของผู้ที่สูงอายุจำนวนน้อยกว่าแพทย์แผนไทยทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ ๕๖ ปี

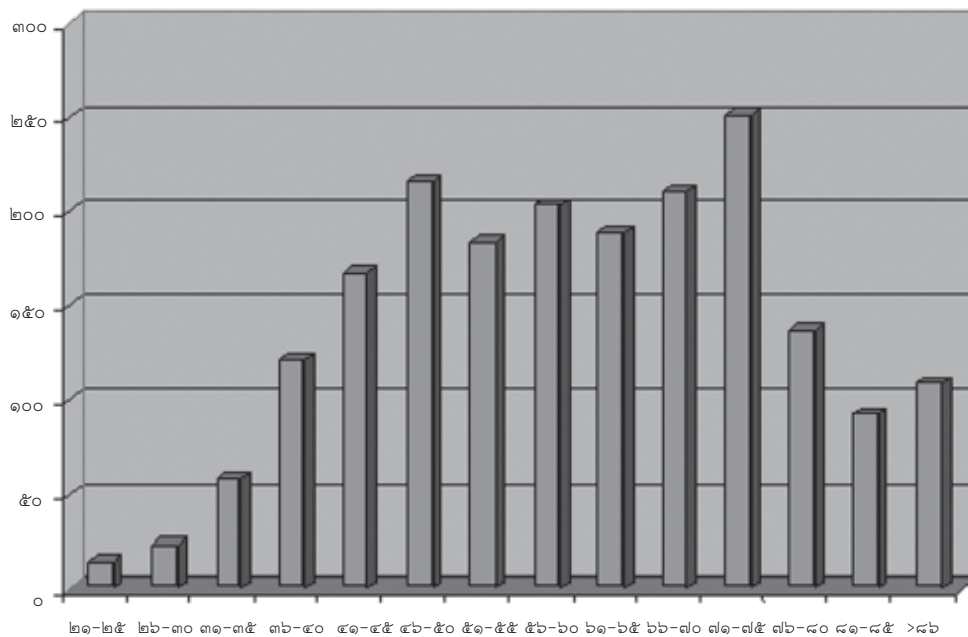
แผนภูมิ ๑๓ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวม พบว่า แพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย มีสัดส่วนของผู้ที่สูงอายุจำนวนน้อยกว่าแพทย์แผนไทยทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยอายุ ๕๖ ปี

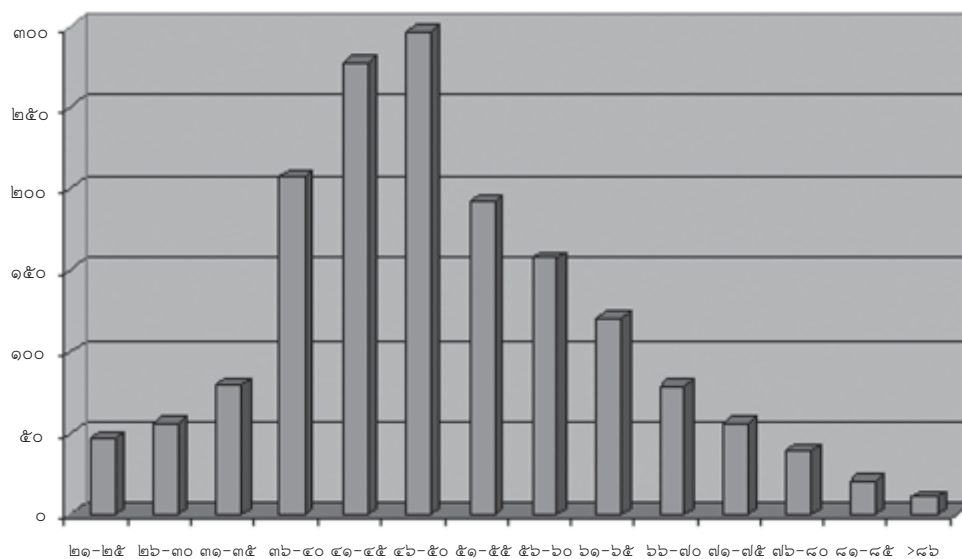


แผนภูมิ ๑๔ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยเพศชาย
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยเพศชายส่วนใหญ่กระจายอยู่ในช่วงอายุ ๔๑-๗๕ ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๖๐ ปี

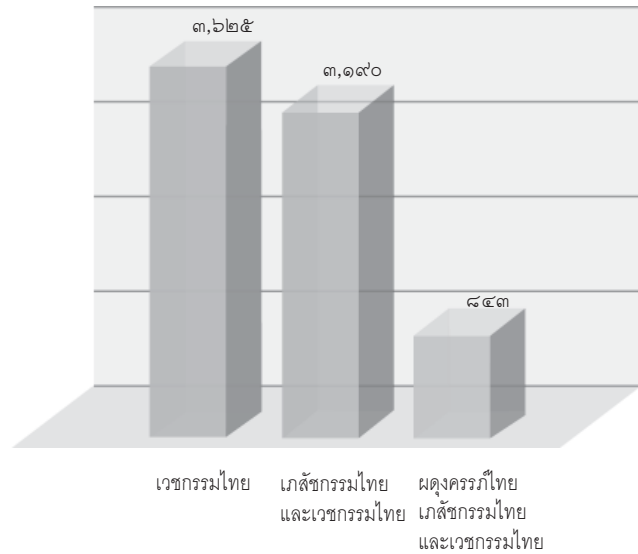
แผนภูมิ ๑๕ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยเพศหญิง
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยเพศหญิงกระจายอยู่ในช่วงอายุที่น้อยกว่าเพศชาย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๐ ปี

แผนภูมิ ๑๖ จำนวนของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย จำแนกตามการมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะประเภทอื่นๆ

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ประเภทเวชกรรมไทย ๓,๖๒๕ คน
มีใบอนุญาตประเภทเภสัชกรรมไทยอยู่ด้วย
๓,๑๙๐ คน (ร้อยละ ๘๘)
มีใบอนุญาตประเภทการผดุงครรภ์ไทยอยู่ด้วย
๘๔๓ คน (ร้อยละ ๒๓)
มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยเท่านั้น
๓๖๖ คน (ร้อยละ ๑๐)
มีผู้มีประสบการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย
๕ คน

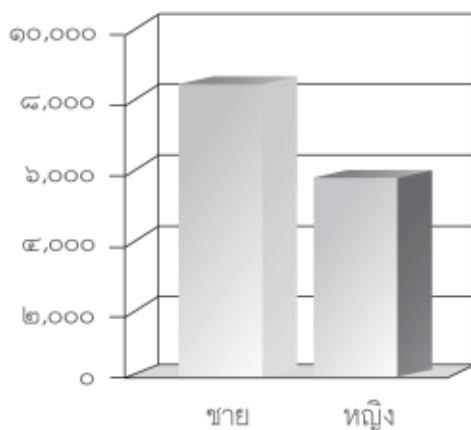


หมายเหตุ ข้อมูลที่ขาดหายไปจากฐานข้อมูลในประเภทเวชกรรมไทยมี ๓๖ ราย

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย

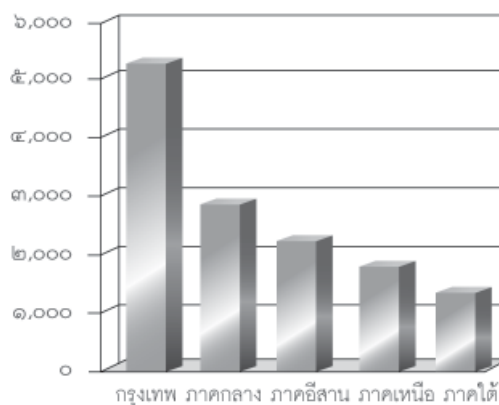
เมื่อแยกวิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเฉพาะผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ประเภทเภสัชกรรมไทย สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๑๗ - ๒๒

แผนภูมิ ๑๗ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประเภท เภสัชกรรมไทย จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน
๓: ๒

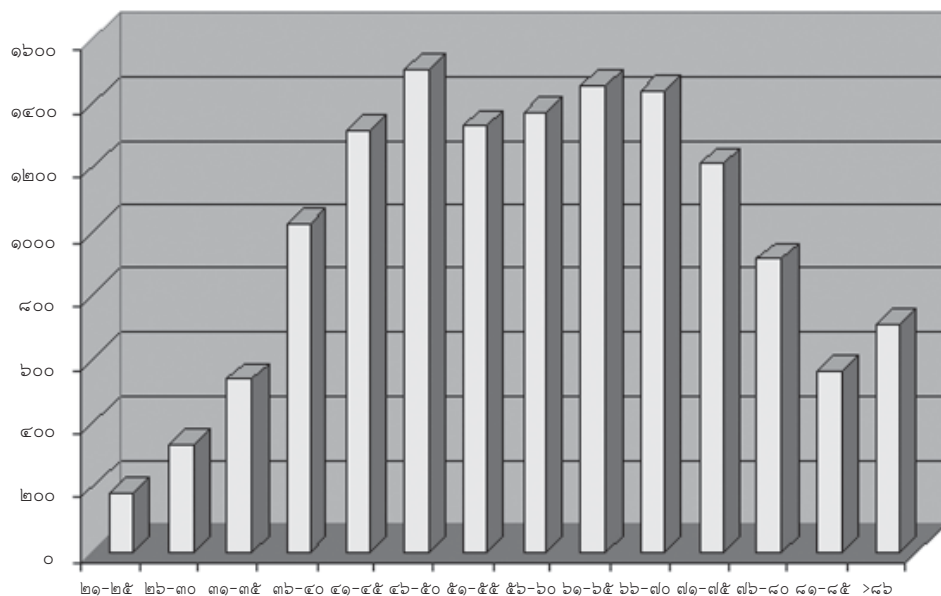
แผนภูมิ ๑๘ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการ แพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



มีผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมา
คือภาคกลาง ส่วนที่เหลือนกระจายอยู่ในภาคตะวันออก-
ออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้

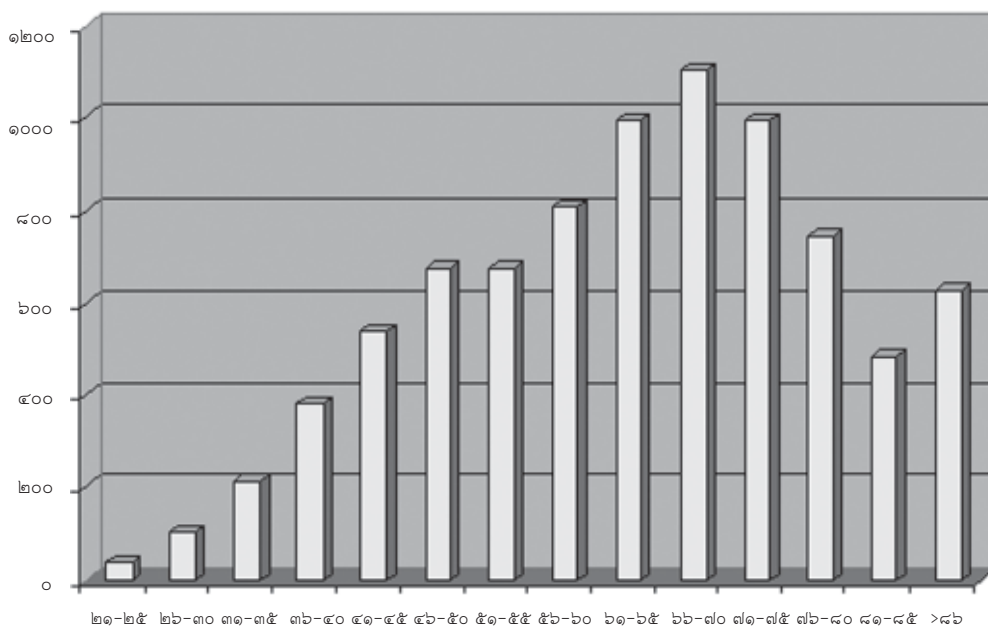


แผนภูมิ ๑๙ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



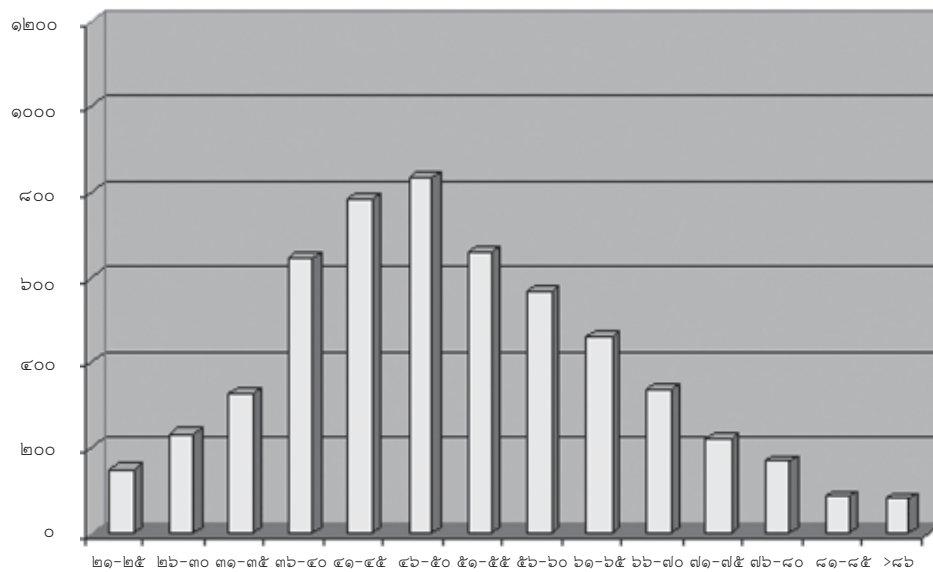
เนื่องจากแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทยเป็นประชากรส่วนใหญ่ของแพทย์แผนไทย จึงพบว่า สัดส่วนในช่วงอายุต่างๆ ใกล้เคียงกับแพทย์แผนไทยทั้งหมด ค่าอายุเฉลี่ย ๕๘ ปี

แผนภูมิ ๒๐ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทยเพศชาย
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



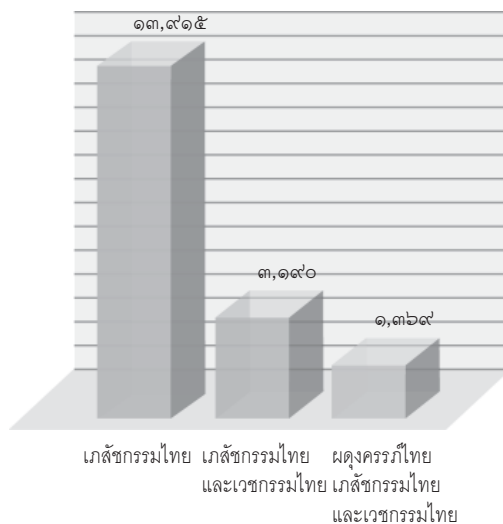
แพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทยเพศชายอยู่ในช่วงอายุ ๔๖-๘๐ ปี ใน สัดส่วนที่มากกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๖๓ ปี

แผนภูมิ ๒๑ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทยเพศหญิง
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทยเพศหญิงกระจายอยู่ในช่วงอายุที่น้อยกว่า
เพศชาย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๑ ปี

แผนภูมิ ๒๒ จำนวนของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย
จำแนกตามการมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะประเภทอื่นๆ



ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภท
เภสัชกรรมไทย ๑๓,๙๑๕ คน
มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะประเภทเวชกรรมไทยอยู่ด้วย ๓,๑๙๐ คน
(ร้อยละ ๒๓)
มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะการผดุงครรภ์ไทยอยู่ด้วย ๑,๓๖๙ คน
(ร้อยละ ๑๐)
มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเวชกรรมไทยเท่านั้น ๑๐,๑๕๕ คน
(ร้อยละ ๗๓)

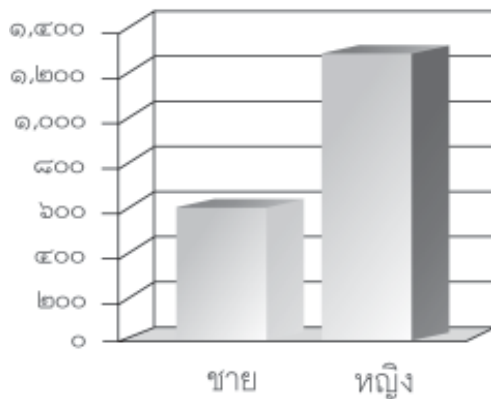
หมายเหตุ ข้อมูลที่ขาดหายไปจากฐานข้อมูลในประเภทเภสัชกรรมไทยมี ๔๙๙ ราย



ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย

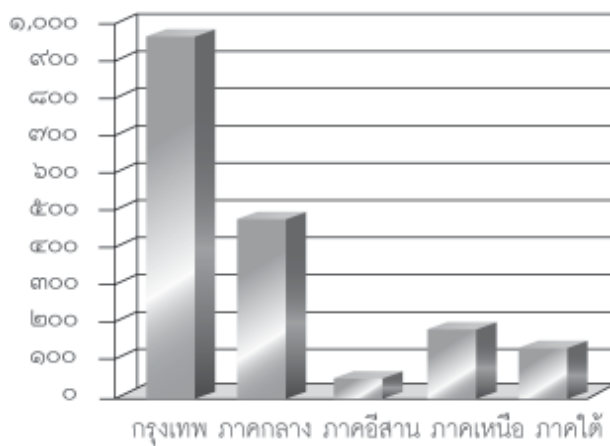
เมื่อแยกวิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเฉพาะผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๒๓ - ๒๔

แผนภูมิ ๒๓ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย
จำแนกตามเพศ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในสัดส่วน ๗ : ๓

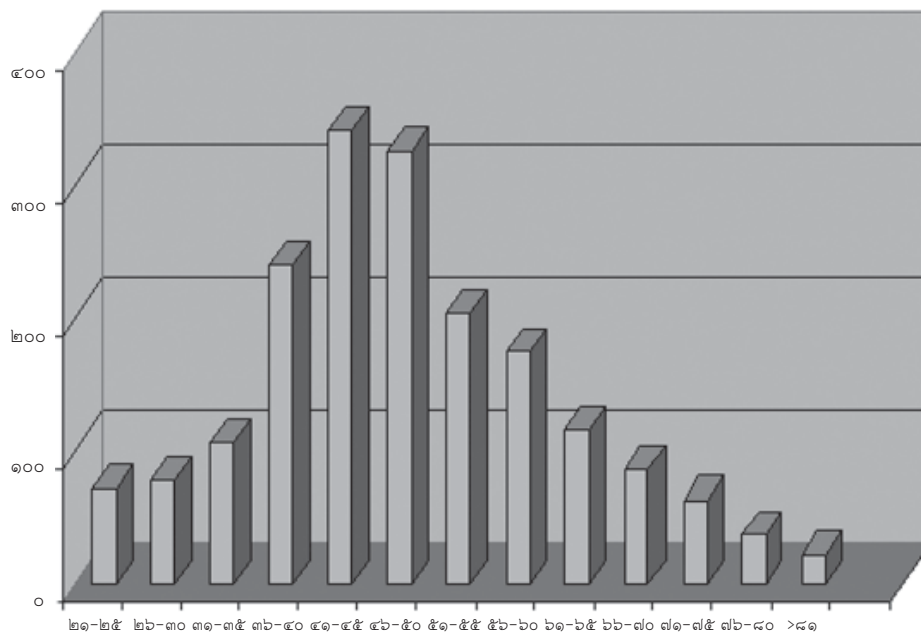
แผนภูมิ ๒๔ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย
จำแนกตามภูมิภาค (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ

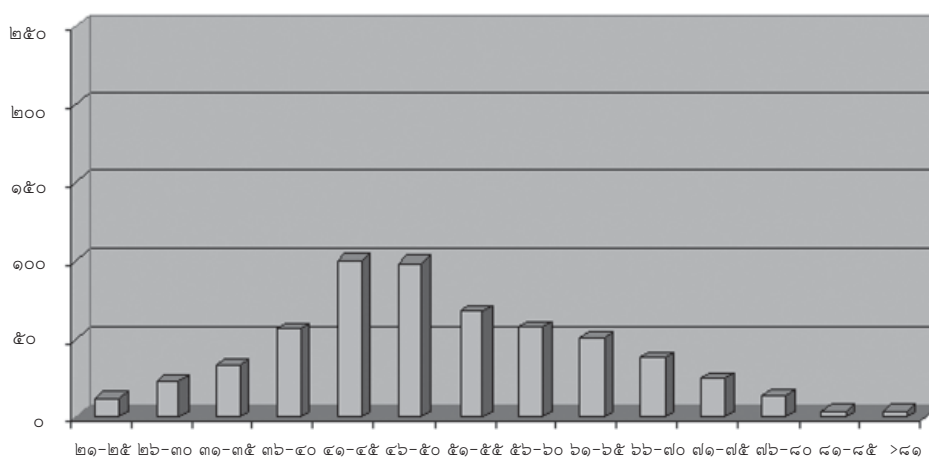


แผนภูมิ ๒๕ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทยจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุน้อยกว่าประเภทเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๔๘ ปี

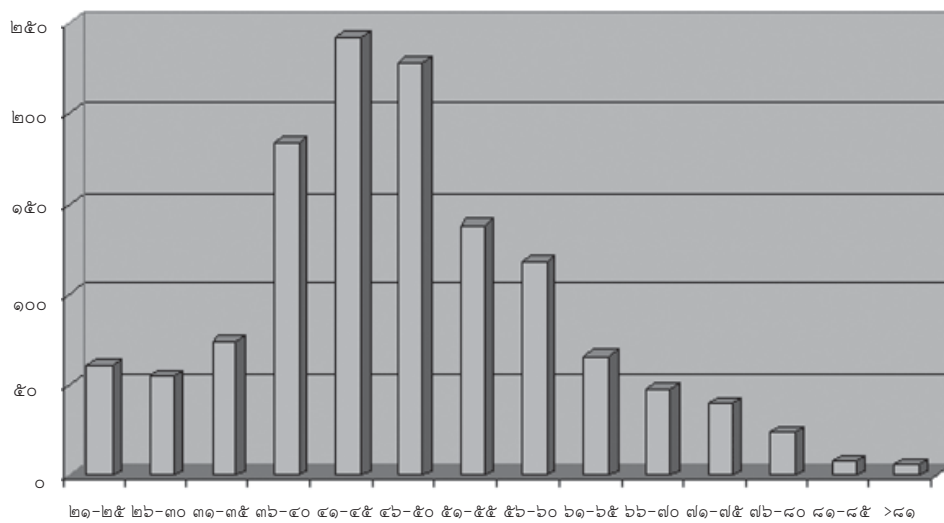
แผนภูมิ ๒๖ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทยเพศชายจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทยเพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๔๑ - ๕๐ ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๐ ปี

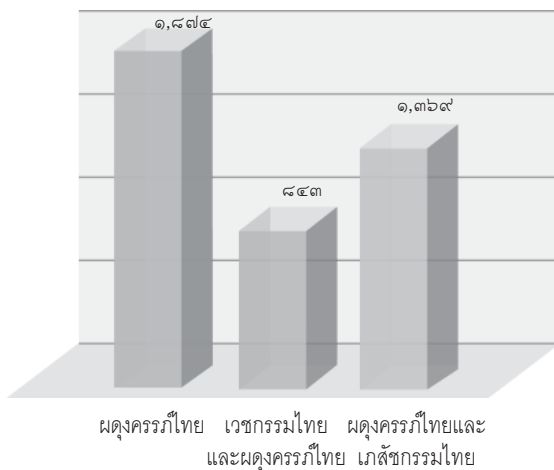


แผนภูมิ ๒๗ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทยเพศหญิง
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๐๐-๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทยเพศหญิงมีสัดส่วนช่วงอายุคล้ายเพศชาย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๔๘ ปี

แผนภูมิ ๒๘ จำนวนของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย
จำแนกตามการมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะประเภทอื่น ๆ



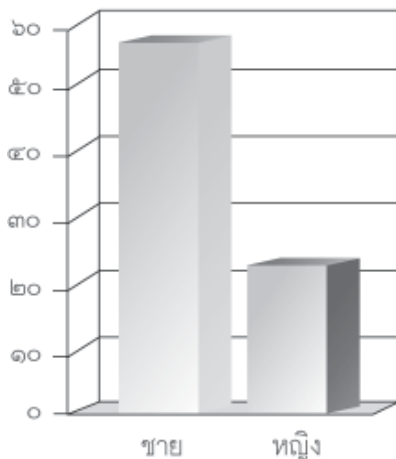
ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการ
ผดุงครรภ์ไทย ๑,๔๗๔ คน
มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยอยู่ด้วย ๔๔๓ คน
(ร้อยละ ๔๕)
มีใบอนุญาตประเภทเภสัชกรรมไทยอยู่ด้วย ๑,๓๖๙ คน
(ร้อยละ ๗๓)
มีใบอนุญาตประเภทการผดุงครรภ์ไทยเท่านั้น ๔๖๐ คน
(ร้อยละ ๒๔)

หมายเหตุ ข้อมูลที่ขาดหายไปจากฐานข้อมูลในประเภทการผดุงครรภ์ไทยมี ๔๒ ราย

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย

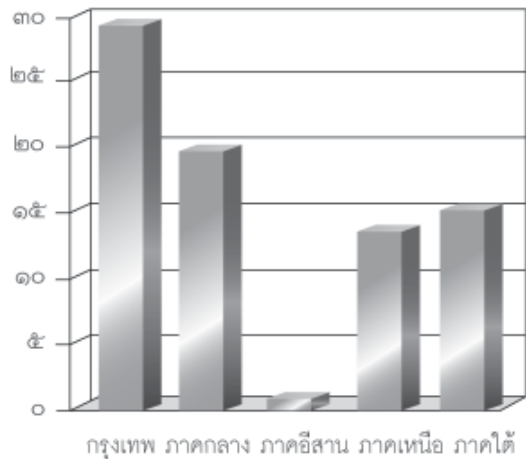
เมื่อแยกวิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเฉพาะผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๒๙ - ๓๔

แผนภูมิ ๒๙ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยจำแนกตามเพศ (๒๕๔๘)



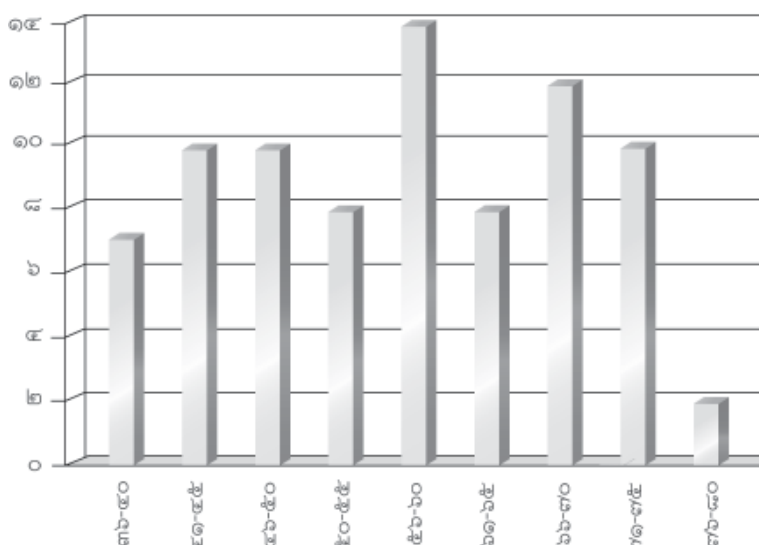
ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๗ : ๓

แผนภูมิ ๓๐ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยจำแนกตามภูมิภาค (๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

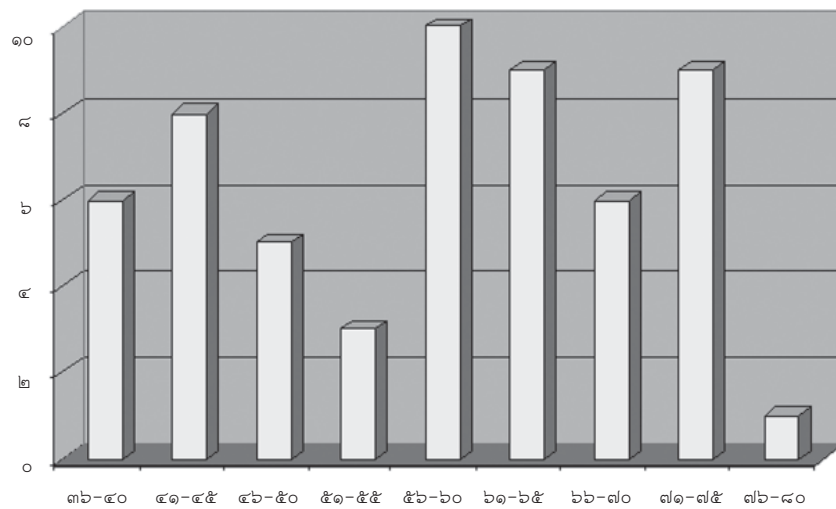
แผนภูมิ ๓๑ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๔๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนกระจายอยู่ในช่วงอายุต่างๆ ใกล้เคียงกัน ค่าอายุเฉลี่ย ๕๖ ปี

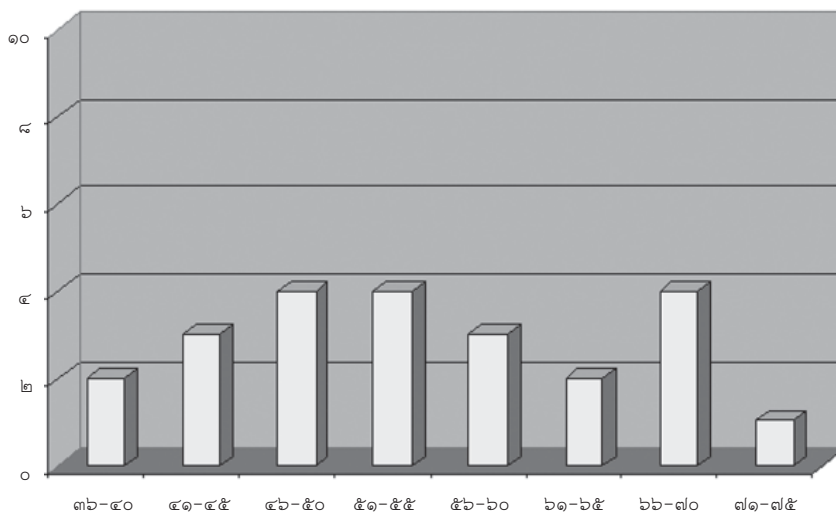


แผนภูมิ ๓๒ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยเพศชายจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๔๘)



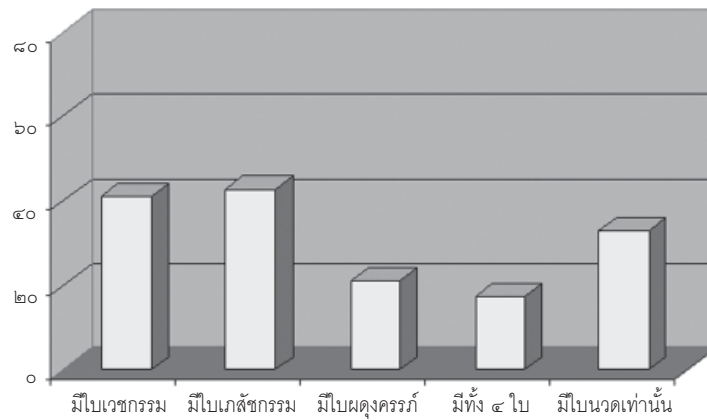
แพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยเพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๕๖ - ๖๕ ปี, ๗๑ - ๗๕ ปี และ ๔๑ - ๔๕ ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๗ ปี

แผนภูมิ ๓๓ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยเพศหญิงจำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๔๘)



แพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยเพศหญิง กระจายอยู่ในช่วงอายุต่างๆ ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๕ ปี

แผนภูมิ ๓๔ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยจำแนกตาม
การมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะประเภทอื่นๆ (๒๕๕๘)



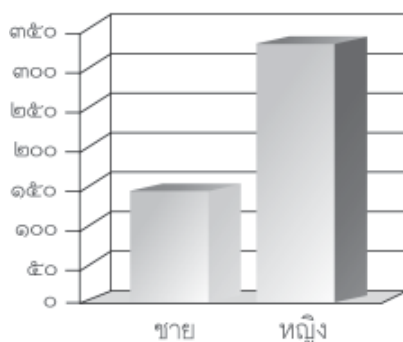
ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย ๘๑ คน

มีใบอนุญาตประเภทเวชกรรมไทยอยู่ด้วย	๔๑	คน (ร้อยละ ๕๑)
มีใบอนุญาตประเภทเภสัชกรรมไทยอยู่ด้วย	๔๓	คน (ร้อยละ ๕๓)
มีใบอนุญาตประเภทการผดุงครรภ์ไทยอยู่ด้วย	๒๑	คน (ร้อยละ ๒๖)
มีใบอนุญาตประเภทการนวดไทยเท่านั้น	๓๓	คน (ร้อยละ ๔๑)
มีใบอนุญาตครบทั้ง ๔ ประเภท	๑๗	คน (ร้อยละ ๒๑)

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

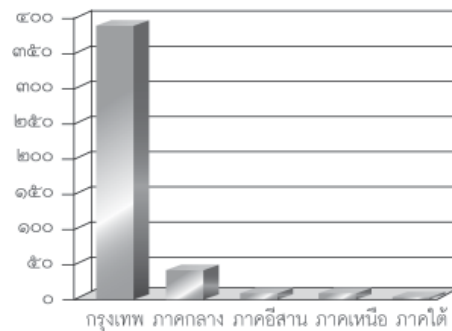
เมื่อแยกวิเคราะห์ตัวแปรทางประชากรเฉพาะผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๓๕ - ๓๘

แผนภูมิ ๓๕ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา
การแพทย์แผนไทยประยุกต์
จำแนกตามเพศ
(๒๕๓๒ - ๒๕๕๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในสัดส่วน
๗ : ๓

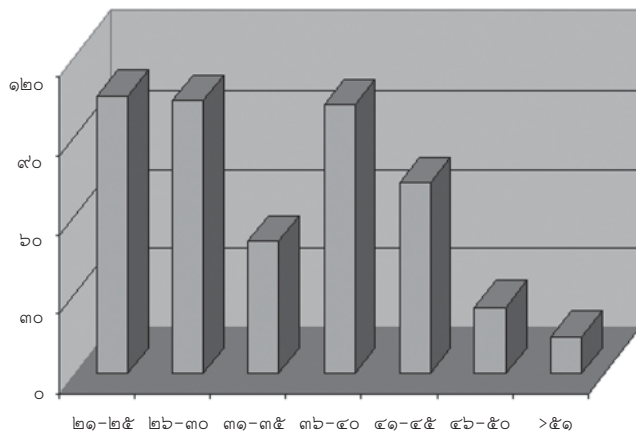
แผนภูมิ ๓๖ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา
การแพทย์แผนไทยประยุกต์จำแนก
ตามภูมิภาค (๒๕๓๒-๒๕๕๘)



ผู้ขึ้นทะเบียนส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ มากกว่าส่วน
อื่นๆ ของประเทศ

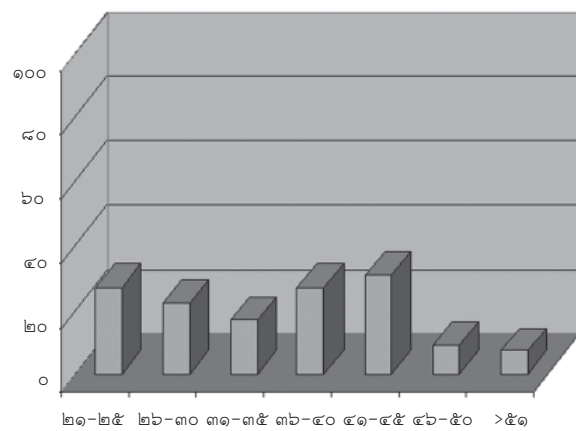


แผนภูมิ ๓๗ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา
การแพทย์แผนไทยประยุกต์จำแนก
ตามช่วงอายุ (๒๕๓๒-๒๕๔๘)



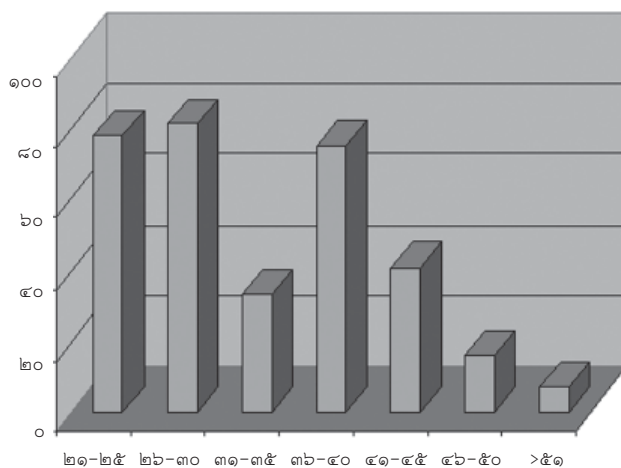
ผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในช่วงอายุ ๒๑ - ๓๐ ปี และ ๓๖ - ๔๐ ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๓๔ ปี

แผนภูมิ ๓๘ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการ
แพทย์แผนไทยประยุกต์เพศชาย
จำแนกตามช่วงอายุ (๒๕๓๒-๒๕๔๘)

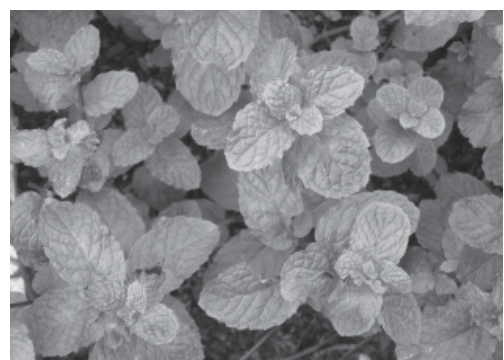


แพทย์แผนไทยประยุกต์เพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๒๑ - ๕๕ ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๓๖ ปี

แผนภูมิ ๓๙ จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์เพศหญิงจำแนกตาม
ช่วงอายุ (๒๕๓๒-๒๕๔๘)



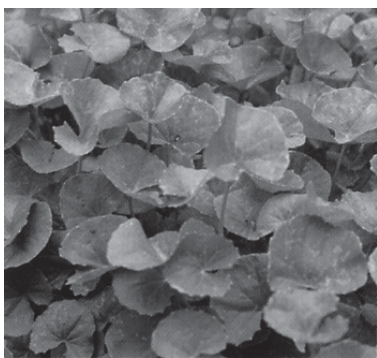
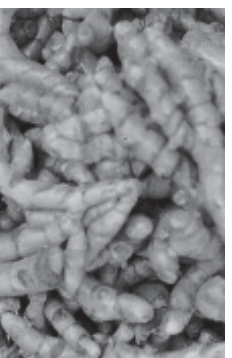
แพทย์แผนไทยประยุกต์เพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๒๑ - ๕๕ ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๓๖ ปี



สรุปผลการศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ประกอบการโรคศิลปะ:

๕. สาขาการแพทย์แผนไทย

๑. นับแต่ปี พ.ศ.๒๕๐๐ เป็นต้นมา มีผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยขึ้นทะเบียนทั้ง ๔ ประเภทรวมทั้งสิ้น ๒๐,๐๑๑ คน แต่เมื่อนำมาตรวจสอบตามทะเบียนเพื่อดูการได้ใบอนุญาตซึ่งหลายคนมีใบอนุญาตได้หลายประเภทแล้ว พบว่ามีผู้ที่เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยจำนวนทั้งสิ้น ๑๔,๘๔๕ คน
๒. ในช่วงทศวรรษนี้ (พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๔๙) ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าช่วงทศวรรษก่อนหน้านี้อย่างมาก โดยเมื่อรวมผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภทพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง ๒.๘ - ๕.๕ เท่า
๓. ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๓ : ๒ แต่ในช่วง ๙ ปีที่ผ่านมาผู้หญิงสามารถสอบขึ้นทะเบียนได้มากกว่าผู้ชายในสัดส่วน ๔ : ๓ (ยกเว้นในประเภทการผดุงครรภ์ไทยที่มีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ๗ : ๓)
๔. ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยแจ้งในการขึ้นทะเบียนว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ
๕. มีผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๔๑-๗๕ ปีในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๘ ปี (ยังไม่ตัดข้อมูลผู้เสียชีวิต) มีเพียงประเภทการผดุงครรภ์ไทยที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุน้อยกว่าประเภทเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย มีค่าอายุเฉลี่ย ๔๘ ปี
๖. ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยเพศชายกระจายอยู่ในช่วงอายุ ๖๑-๗๖ ปีในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๖๓ ปี ในขณะที่เพศหญิงกระจายอยู่ในช่วงอายุที่น้อยกว่าเพศชาย โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๑ ปี
๗. ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นประเภทเภสัชกรรมไทย ร้อยละ ๙๓ รองลงมาคือประเภทเวชกรรมไทย ร้อยละ ๒๔ การผดุงครรภ์ไทย ร้อยละ ๑๓ การนวดไทย ร้อยละ ๐.๕ ในจำนวนนี้มีผู้ที่ใบอนุญาตหลายประเภท คือ มีใบอนุญาตเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย ร้อยละ ๒๑ มีใบอนุญาต เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย ร้อยละ ๕ ส่วนผู้ที่มีใบอนุญาตครบทั้ง ๔ ประเภทมีเพียง ๑๗ คนเท่านั้น



๕. สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

๑. นับแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๒ ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการขึ้นทะเบียน มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้นทะเบียน รวมทั้งสิ้น ๔๗๓ คน
๒. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในแต่ละปีน้อยกว่าสาขาการแพทย์แผนไทยมาก กล่าวคือ มีผู้ขึ้นทะเบียนสูงสุดไม่เกินปีละ ๖๐ คน โดยมีค่าเฉลี่ยปีละ ๒๘ คน
๓. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในสัดส่วน ๗:๓
๔. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์แจ้งในการขึ้นทะเบียนว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ส่วนที่เหลือซึ่งมีสัดส่วนน้อยมากกระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ
๕. มีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อยู่ในช่วงอายุ ๒๑-๓๐ ปี และ ๓๖-๔๐ ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๓๔ ปี



ส่วนที่สอง: ผลการศึกษาเกี่ยวกับครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

ในการศึกษาเกี่ยวกับครูแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ข้อมูลผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ ก่อนวันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๔๘ เป็นฐานในการวิเคราะห์ เนื่องจากไม่ได้ข้อมูลที่ทันสมัยกว่านี้ โดยผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย เนื่องจากเป็นประเภทที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากที่สุด

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยพบว่า มีครูผู้รับมอบตัวศิษย์ ๑๒๓ คน ที่มีศิษย์จำนวน ๑,๐๑๕ คน ผู้เป็นศิษย์ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะก่อนครู ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้^๑ ผู้วิจัยจึงไม่นำเอาข้อมูลส่วนนี้มาใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยพบผลการวิเคราะห์ที่น่าสนใจซึ่งจะนำไปใช้วิเคราะห์ต่อไป ดังนี้

ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์	๘๘๑ คน
ครูที่มีการรับศิษย์	๔๓๐ คน
มีศิษย์	๑๒,๒๗๐ คน
ค่าเฉลี่ยการรับศิษย์	๓๐ คนต่อครู ๑ คน
ค่าเฉลี่ยจำนวนศิษย์ที่สอบได้	๕ คนต่อครู ๑ คน
ครูที่มีศิษย์สอบไม่ได้เลย	๒๓๘ คน (๕๕.๓%)



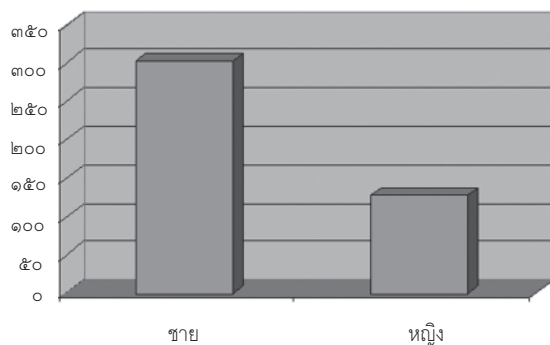
ผู้วิจัยได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ป้อนข้อมูลแล้ว พบว่า ปัญหานี้เกิดจากการที่โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้ต้องป้อนรหัสของครูที่ผู้ประกอบโรคศิลปะได้มอบตัวศิษย์เอาไว้ ซึ่งผู้ประกอบโรคศิลปะที่ขึ้นทะเบียนก่อนหน้าที่จะมีการกำหนดให้มีการอบรมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ (ก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๑) อาจมอบตัวเป็นศิษย์กับผู้ที่ไม่ได้มาอบรมเป็นครูในภายหลัง ทำให้ไม่มีเลขรหัสครูผู้รับมอบตัวศิษย์ เจ้าหน้าที่จึงป้อนเลขรหัสของครูคนอื่นลงไปแทน

ครูที่มีศิษย์สอบได้	๑๙๒ คน (๔๔.๗%)
ครูที่มีศิษย์สอบได้อย่างน้อยครั้งหนึ่ง	๗๐ คน (๑๖.๓%)
ครูที่รับศิษย์มากที่สุด มีศิษย์	๙๐๕ คน (ศิษย์ยังสอบไม่ได้เลย)
ครูที่รับศิษย์รองลงมา มีศิษย์	๘๔๔ คน (ศิษย์สอบได้แล้ว ๔๖%)

ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีการรับศิษย์

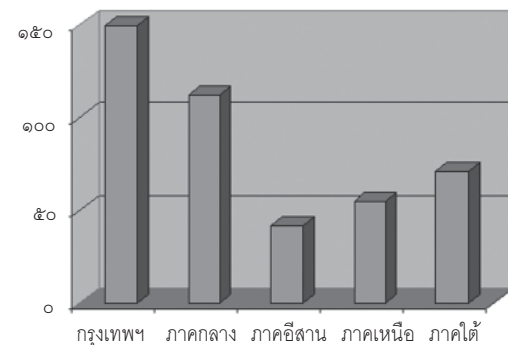
เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีการรับศิษย์จำนวน ๔๓๐ คน สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๔๐ - ๔๖

แผนภูมิ ๔๐ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยจำแนกตามเพศ



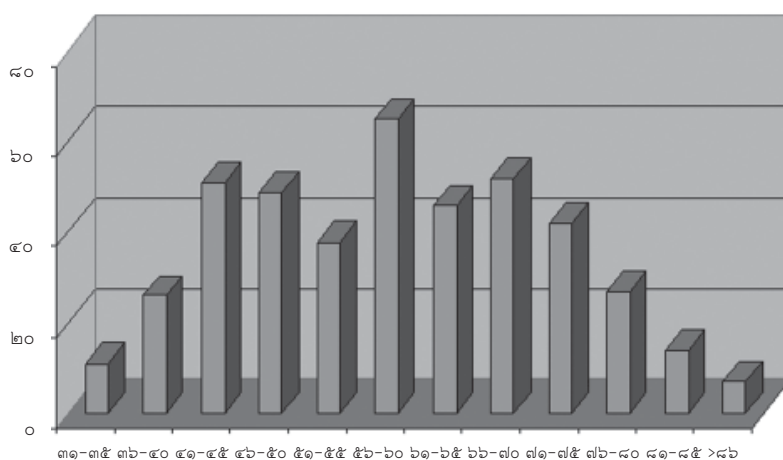
ครูเวชกรรมไทยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๗ : ๓

แผนภูมิ ๔๑ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยจำแนกตามภูมิภาค



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาอยู่ในภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

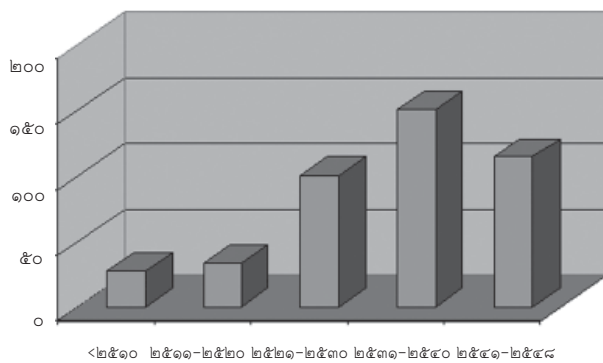
แผนภูมิ ๔๒ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยจำแนกตามช่วงอายุ



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยมีอายุอยู่ในช่วง ๕๖ - ๖๐ ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วง ๖๖ - ๗๐ ปี, ๔๑ - ๔๕ ปี และ ๔๖ - ๕๐ ปี ตามลำดับ โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๙ ปี

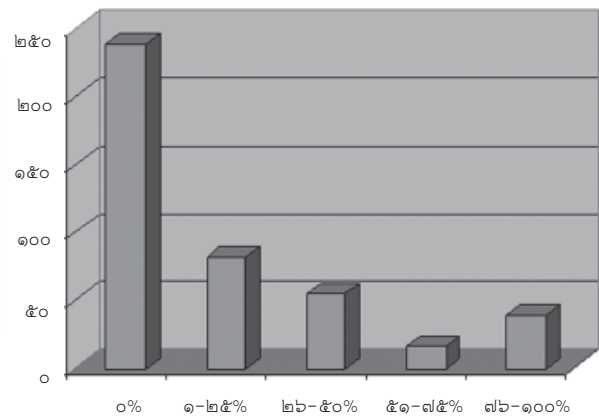


แผนภูมิ ๔๓ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภท
เวชกรรมไทยจำแนกตามช่วงปีที่
ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ



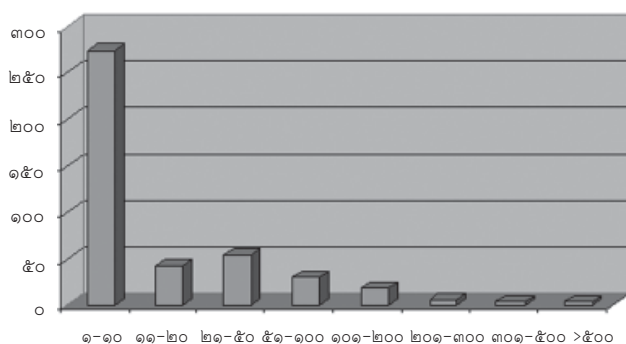
ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่ขึ้นทะเบียนในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๔๐ มากที่สุด รองลงมาคือช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๔๔ และ ๒๕๒๑ - ๒๕๓๐ ตามลำดับ

แผนภูมิ ๔๔ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภท
เวชกรรมไทยจำแนกตามร้อยละ
ของศิษย์ที่สอบขึ้นทะเบียนเป็น
ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์
แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยได้



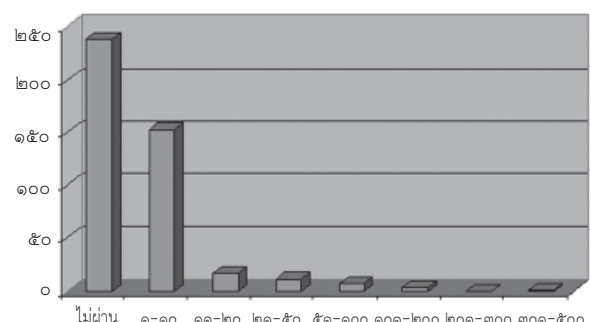
ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่ศิษย์สอบไม่ได้เลยมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือศิษย์สอบได้ ๑ - ๒๕% , ๒๖ - ๕๐% และ ๗๕ - ๑๐๐% ตามลำดับ

แผนภูมิ ๔๕ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภท
เวชกรรมไทยจำแนกตามจำนวน
ของศิษย์ที่รับทั้งหมด



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่รับศิษย์ ๑-๑๐ คนมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือรับศิษย์ ๒๑ - ๕๐ คน, ๑๑ - ๒๐ คน และ ๕๑ - ๑๐๐ คน ตามลำดับ

แผนภูมิ ๔๖ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภท
เวชกรรมไทยจำแนกตามจำนวน
ของศิษย์ที่สอบขึ้นทะเบียนเป็น
ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์
แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยได้

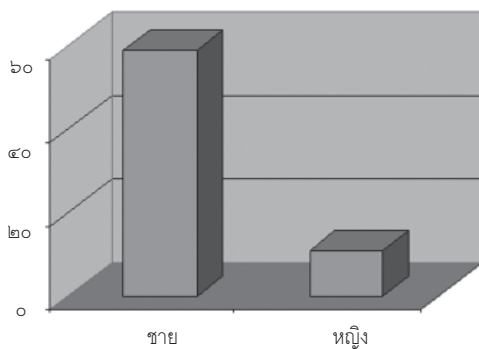


ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ผ่านมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือมีศิษย์สอบผ่าน ๑ - ๑๐ คน, ๑๑ - ๒๐ คน และ ๒๑ - ๕๐ คนตามลำดับ

ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

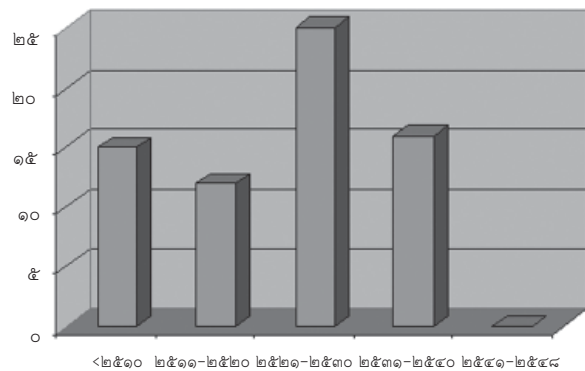
เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของจำนวนศิษย์ทั้งหมด จำนวน ๗๐ คน สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๔๗ - ๔๙

แผนภูมิ ๔๗ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภท
เวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่
น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
จำแนกตามเพศ



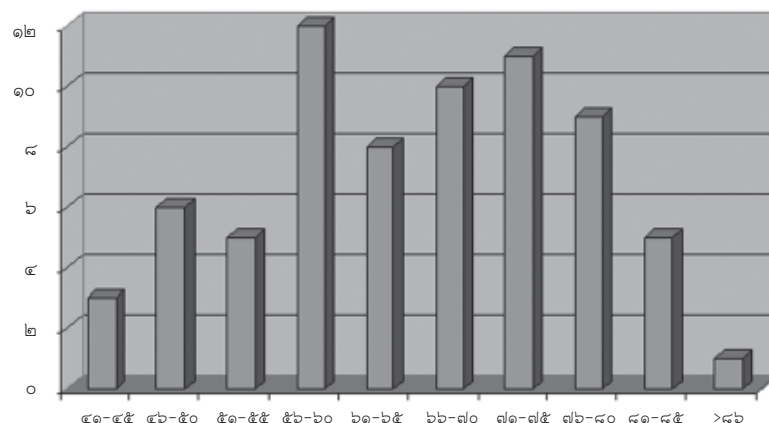
เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วนประมาณ ๖ : ๑

แผนภูมิ ๔๘ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภท
เวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่
น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จำแนกตามช่วงปีที่
ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่ขึ้นทะเบียนในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๓๐ มากที่สุด รองลงมาคือช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๔๐

แผนภูมิ ๔๙ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
จำแนกตามช่วงอายุ



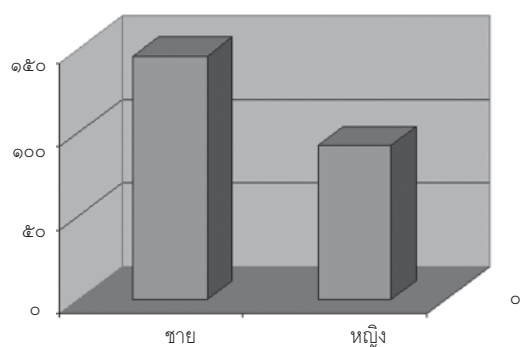
ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ มีอายุอยู่ในช่วง ๕๖ - ๖๐ ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วง ๗๑ - ๗๕ ปี ๖๖ - ๗๐ ปี ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๔๑ ปีอยู่เลย ค่าอายุเฉลี่ย ๖๕ ปี



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้

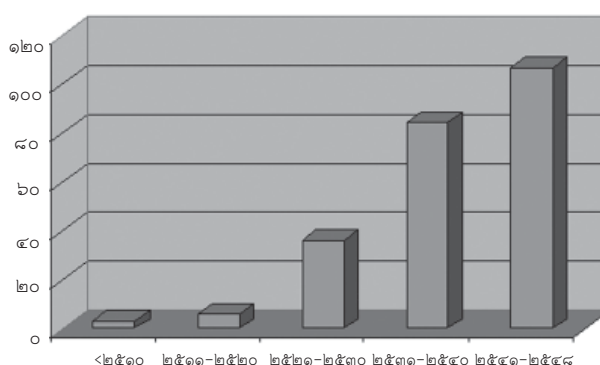
เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้ จำนวน ๒๓๘ คน สามารถสรุปผลได้ตามแผนภูมิ ๕๐ - ๕๒

แผนภูมิ ๕๐ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้ จำแนกตามเพศ



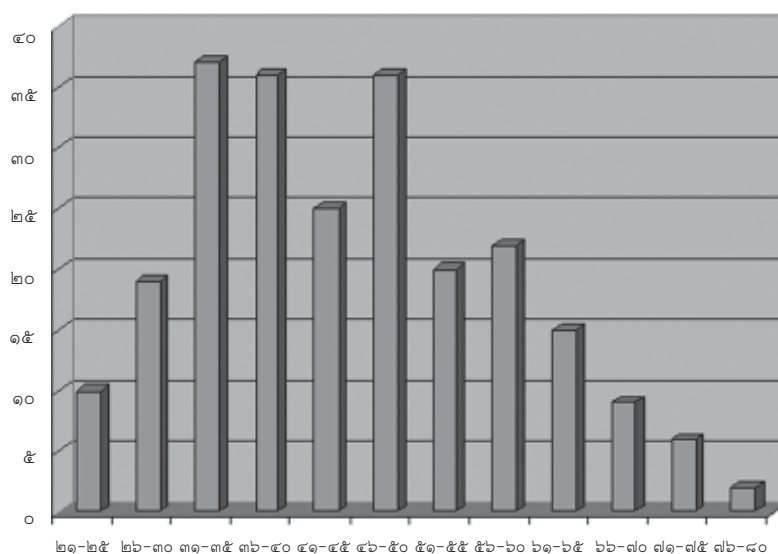
เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วนประมาณ ๓ : ๒

แผนภูมิ ๕๑ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้ จำแนกตามช่วงปีที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้ เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่ขึ้นทะเบียนในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๔๘ มากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๔๐

แผนภูมิ ๕๒ จำนวนครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้ จำแนกตามช่วงอายุ



ครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่มีศิษย์สอบไม่ได้ มีอายุอยู่ในช่วง ๓๑ - ๓๕ ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วง ๓๖ - ๔๐ ปี และ ๔๖ - ๕๐ ปี โดยมีค่าอายุเฉลี่ย ๕๕ ปี

สรุปผลการศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับครูแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

1. มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์ประเภทเวชกรรมไทย ๘๘๑ คน แต่ครูที่มีการรับศิษย์จริงมีเพียง ๔๓๐ คน (ร้อยละ ๔๙) ค่าเฉลี่ยการรับศิษย์คือ ๓๐ คนต่อครู ๑ คน ค่าเฉลี่ยจำนวนศิษย์ที่สอบได้คือ ๕ คนต่อครู ๑ คน ครูที่มีศิษย์สอบไม่ได้เลยจำนวน ๒๓๘ คน (ร้อยละ ๕๕) ครูที่มีศิษย์สอบได้จำนวน ๑๙๒ คน (ร้อยละ ๔๕) ครูที่มีศิษย์สอบได้อย่างน้อยครั้งหนึ่งจำนวน ๗๐ คน (ร้อยละ ๑๖) ครูที่รับศิษย์มากที่สุด มีศิษย์ ๙๐๕ คน (ศิษย์ยังสอบไม่ได้เลย) ครูที่รับศิษย์รองลงมา มีศิษย์ ๘๔๔ คน (ศิษย์สอบได้แล้ว ร้อยละ ๔๖)
2. ครูที่มีการรับศิษย์จริงเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๗ : ๓ อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาอยู่ในภาคกลาง มีอายุอยู่ในช่วง ๕๖-๖๐ ปีมากที่สุด ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในช่วงปี พ.ศ.๒๕๓๑-๒๕๔๐ มากที่สุด ส่วนใหญ่รับศิษย์ ๑-๑๐ คน
3. ครูที่มีการรับศิษย์จริงและมีศิษย์สอบได้อย่างน้อยครั้งหนึ่ง เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๖ : ๑ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในช่วงปี พ.ศ.๒๕๒๑-๒๕๓๐ มากที่สุด
4. ครูที่มีการรับศิษย์จริงและศิษย์ยังสอบไม่ได้เลย เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในสัดส่วน ๓ : ๒ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๑-๒๕๔๘ มากที่สุด



ปัญหาในการศึกษาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

1. ฐานข้อมูลมีไม่ครบถ้วน มีรายชื่อซ้ำซ้อน และขาดการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับสมุดทะเบียน รวมทั้งยังไม่สามารถปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยได้
2. ฐานข้อมูลขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาในเชิงนโยบาย เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ
3. ข้อมูลที่ได้มายังขาดข้อมูลอายุทำให้ยังไม่สามารถวิเคราะห์เพื่อคาดการณ์จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะที่คาดว่าจะยังมีชีวิตอยู่

ข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาข้อมูลกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

1. ปรับปรุงฐานข้อมูลให้ทันสมัยเพื่อการใช้งาน โดยให้ผู้ประกอบโรคศิลปะสามารถปรับปรุงข้อมูลด้วยตนเองผ่านทางอินเทอร์เน็ต
2. กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องต่ออายุใบอนุญาตทุก ๕ ปี เพื่อให้กองการประกอบโรคศิลปะสามารถปรับปรุงฐานข้อมูลที่เป็นทางการให้ทันสมัยยิ่งขึ้น ปรับปรุงแบบฟอร์มในการสอบขึ้นทะเบียนให้มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับการศึกษาและอาชีพ



สถานการณ์การจัดการความรู้ วิจัย และ พัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทย

รศ.ดร.สมภพ ประธานธรรักษ์

ภาควิชาเภสัชพิษพิษศาสตร์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์การวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยวิเคราะห์จากสถานการณ์ด้านการวิจัยการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน แบ่งเป็น ๒ ส่วนคือ

(๑) การวิจัยด้านตัวยาสมุนไพร จากผลงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศแสดงให้เห็นว่านักวิจัยไทยมีศักยภาพสูงในการวิจัยสมุนไพร แต่ภาพรวมของงานวิจัยไม่ได้มุ่งเป้าไปที่ชนิดสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ได้อย่างชัดเจน และส่วนใหญ่ของงานวิจัยสมุนไพรมีฐานคิดเพื่อมุ่งหาสารออกฤทธิ์ที่เป็นยาตามทฤษฎีการแพทย์สมัยใหม่

(๒) การวิจัยด้านการวินิจฉัยโรค การป้องกันและรักษาโรค และการดูแลสุขภาพ มีงานวิจัยจำนวนไม่มากนัก โดยครอบคลุมงานวิจัย แนวทางการใช้ประโยชน์และพิสูจน์ประสิทธิผลของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย งานวิจัยเกี่ยวกับตัวยาสมุนไพร งานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและอาการในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย งานวิจัยความเป็นพิษของยาตำรับ ฯลฯ

อย่างไรก็ตามตำราแพทย์แผนไทยที่มีการจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้นั้น มีคำศัพท์ต่างๆ ที่มีความหมายเฉพาะ ต้องอาศัยผู้รู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมายทั้งในด้านชื่อโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและการดำเนินโรค วิธีการรักษา รวมถึงชื่อตัวยาสมุนไพร กรรมวิธีการเตรียมยา ฯลฯ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องทำการรวบรวมและทำความเข้าใจองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้าน สมุนไพร โรค การวินิจฉัย ลักษณะอาการของโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา และยาที่ใช้รักษา รวมถึงการเก็บรวบรวมตัวอย่างสมุนไพรและวิเคราะห์วิจัยแหล่งที่มาทางชีวภาพเพื่อเป็นตัวอย่างมาตรฐาน ส่วนมาตรการอื่นๆ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของการนำการแพทย์





แผนไทยมาใช้ประโยชน์ให้ชัดเจน ปรับแนวทางการวิจัยสมุนไพรจากการมุ่งหาสารบริสุทธิ์เป็นยา มาสู่การวิจัยในรูปแบบยาตำรับบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย นำวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการศึกษาวิจัยประเมินองค์ความรู้ดั้งเดิม เพื่อสร้างความมั่นใจในการนำภูมิปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหายาแผนไทยเพื่อการใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ เผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมการใช้ประโยชน์การแพทย์แผนไทย โดยปรับเจตคติของคนไทยต่อการแพทย์แผนไทย จัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์แผนไทยสาธิต จัดหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมกับบุคคลกลุ่มต่างๆ นอกจากนี้การอนุรักษ์สมุนไพรในป่าถิ่นกำเนิดก็มีความสำคัญเพื่อให้มีตัวยาสมุนไพรใช้อย่างยั่งยืน

การจัดการการวิจัยที่เหมาะสมตามที่ได้นำเสนอไว้จะทำให้การแพทย์แผนไทยกลับมาเป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขและสังคมไทยในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลมาสู่การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนต่อไป





บทนำ

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) เป็นกระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การนวดไทย รวมทั้งการผลิตยาไทย การประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา^๑ นับเป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพที่อยู่คู่กับสังคมไทยมาอย่างยาวนาน ก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่จะถูกนำเข้ามาในประเทศไทยในยุคที่ความสัมพันธ์กับชาติตะวันตกเฟื่องฟูในรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช อย่างไรก็ตามไม่ได้รับความนิยมนเท่าที่ควรและสิ้นสุดลงเมื่อสิ้นรัชกาล การแพทย์สมัยใหม่กลับมาสู่ประเทศไทยอีกครั้งหนึ่งเมื่อประมาณปลายรัชกาลที่ ๓ และมีการตั้งโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์แห่งแรกขึ้นในประเทศไทยในสมัยรัชกาลที่ ๕ ในปี พ.ศ. ๒๔๒๙ เมื่อแรกตั้งนั้นมีการให้บริการทางการแพทย์ทั้งแผนใหม่และแผนไทย จนกระทั่ง ปี พ.ศ. ๒๔๕๘ จึงยกเลิกการให้บริการและการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศิริราช^๒ จากนั้นเมื่อการแพทย์แผนใหม่เจริญขึ้นความนิยมในการแพทย์แผนไทยรวมถึงการแพทย์พื้นบ้านก็ค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านยังดำรงอยู่และมีบทบาทสำคัญในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย ซึ่งสามารถเสริมประสานกับการแพทย์กระแสหลักเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ตามวิถีไทย^๓

องค์การอนามัยโลก^๔ มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านซึ่งหมายรวมถึงการแพทย์แผนไทยด้วยนั้น โดยการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบสาธารณสุขของประเทศซึ่งก็คือการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นการแพทย์กระแสหลักอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพ เพื่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล ทำให้คนทุกระดับเข้าถึงและสามารถใช้ได้ อันจะนำมาสู่การอนุรักษ์และพัฒนาการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้านอย่างยั่งยืน

การจัดการการวิจัยด้านแพทย์แผนไทยที่ดีและเหมาะสม จะต้องสามารถนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมในปัจจุบัน ไม่มีการแบ่งพรมแดนของความรู้ระหว่างตะวันตกและตะวันออก แต่ยอมรับซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม ส่งผลให้สิ่งที่ต้องการอนุรักษ์อยู่คู่กับสังคมไทยตลอดไปได้้อย่างยั่งยืน ไม่ใช่เพียงแค่เก็บไว้ในพิพิธภัณฑ์เท่านั้น ปัญหาของภูมิปัญญาไทยประการหนึ่งคือถูกละเลยมาเป็นเวลานาน การอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยในรูปแบบที่สมบูรณ์ครบถ้วน

อันรวมถึงจิตวิญญาณของภูมิปัญญาไทย โดยการสร้างกรอบแนวคิดและวิธีวิทยาที่เป็นอิสระบนพื้นฐานแห่งญาณวิทยาทางการแพทย์แต่ละระบบนั้น^๓ เป็นสิ่งที่ท้าทายและพึงกระทำโดยเร่งด่วน โดยเฉพาะในบริบทของสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากรากเหง้าเดิม ที่สำคัญคือกำหนดยุทธศาสตร์และรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมเพื่อสื่อสารกับโลกยุคปัจจุบันได้ซึ่งต้องใช้ศาสตร์ที่หลากหลายอย่างเหมาะสมในแต่ละด้าน ทั้งวิทยาศาสตร์เพื่อพัฒนาการนำมาใช้ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และสังคมศาสตร์ เพื่อทำให้เกิดมาตรการที่จะเข้าถึงได้ การมีใช้ รวมไปถึงการใช้อย่างสมเหตุสมผล เมื่อมีการใช้อย่างแพร่หลายแล้วนั้นคือวิธีการอนุรักษ์ที่ดีที่สุด และองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยที่ดีสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้อย่างดีอีกด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการจัดการการวิจัยและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย โดยวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการวิจัยการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันและนำเสนอแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนจากวิทยาศาสตร์แบบเก่าหรือวิทยาศาสตร์แบบตะวันตกที่ศึกษาแบบแยกส่วน เป็นวิทยาศาสตร์ใหม่ที่มีการเชื่อมโยงกับธรรมชาติในภาพรวมมากขึ้น ๕, ๖



สถานการณ์การวิจัยการแพทย์แผนไทย

ในที่นี้ขอแบ่งประเด็นการวิเคราะห์สถานการณ์การวิจัยการแพทย์แผนไทยออกเป็น ๒ ส่วนคือ

ส่วนที่ ๑ การวิจัยด้านสมุนไพรและตำรับยาแผนไทย

ส่วนที่ ๒ การวิจัยด้านการวินิจฉัย การป้องกัน การรักษาโรค และการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ ๑ การวิจัยด้านสมุนไพรและตำรับยาสมุนไพร

สมภพ ประธานธรรักษ์ และคณะ^๗ ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๗ (ค.ศ. ๒๐๐๐-๒๐๐๔) พบว่ามีผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรไทยตีพิมพ์โดยนักวิจัยชาวไทย และ/หรือนักวิจัยต่างชาติ จำนวน ๓๙๕ เรื่อง โดยตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติ ๒๒๓ เรื่อง และตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในประเทศ ๑๗๒ เรื่อง ซึ่งสามารถจัดเป็น ๓ กลุ่มตามการนำไปใช้ประโยชน์ (แผนภูมิ ๑) ได้แก่

๑. งานวิจัยด้านคุณภาพสมุนไพร

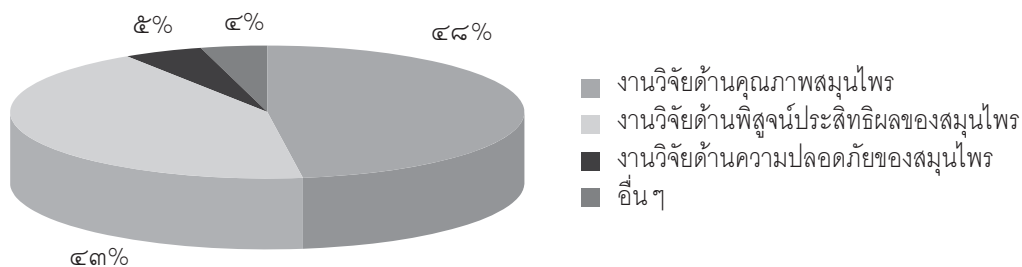
งานวิจัยในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘๕ ของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่การระบุชนิดสมุนไพรทางพฤกษศาสตร์ (Plant Identification) การศึกษาทางพฤกษศาสตร์พื้นบ้านทางการแพทย์ (Medical ethnobotany) การวิจัยด้านการเกษตร (Agricultural research) เพื่อให้ได้มาซึ่งสายพันธุ์ วิธีการขยายพันธุ์ การเพาะปลูกและการเก็บเกี่ยวที่เหมาะสม การศึกษาทางพฤกษเคมี (Phytochemistry) ชีวสังเคราะห์ (Biosynthesis) เทคโนโลยีการสกัด (Extraction) การควบคุมคุณภาพทางเคมี รวมถึงการจัดทำมาตรฐาน สมุนไพร (Standardization) (แผนภูมิ ๒)



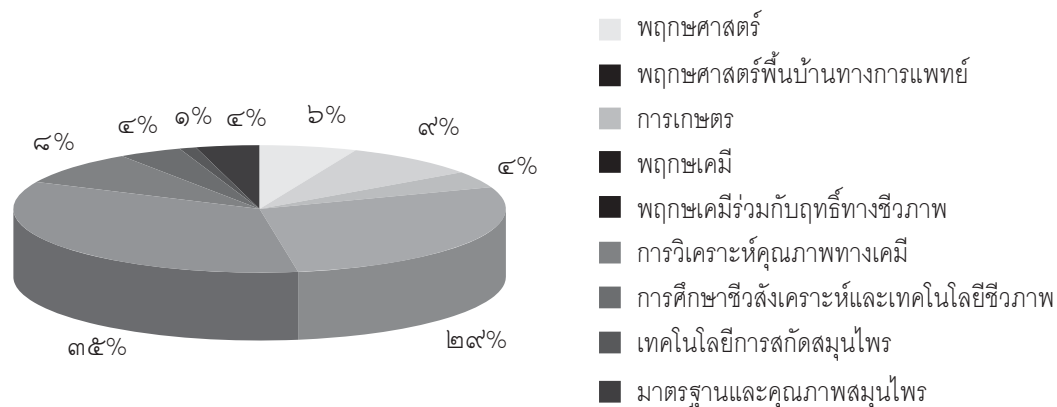
๒. งานวิจัยด้านพิษจันประสิทธิผลของสมุนไพร

งานวิจัยในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๐๔ ของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด ครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพในหลอดทดลอง ในสัตว์ทดลอง การวิจัยทางคลินิก และฤทธิ์ทางชีวภาพด้านการเกษตร (แผนภูมิ ๓) เมื่อวิเคราะห์จากรายงานวิจัยที่มีการศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพของสมุนไพรทั้งหมด พบว่า กลุ่มฤทธิ์ทางชีวภาพที่มีรายงานวิจัยสูงสุด ๕ กลุ่ม คือ ฤทธิ์ต้านเชื้อจุลชีพ (antimicrobial activity) ฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง (Cytotoxic activity) ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant activity) ฤทธิ์ต้านไวรัส (Antiviral activity) และฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Antiinflammatory activity)

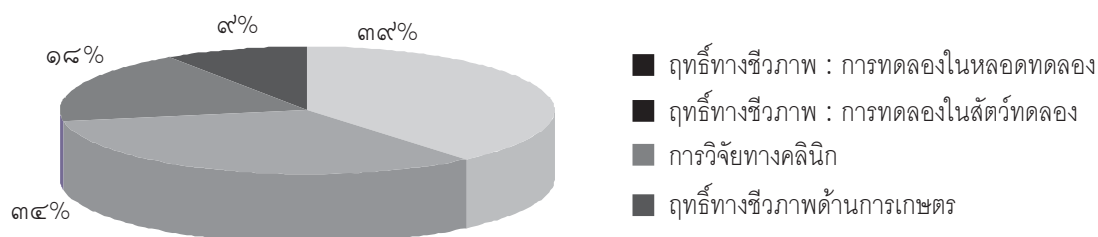
แผนภูมิ ๑ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จำแนกตามกลุ่มงานวิจัย^๗



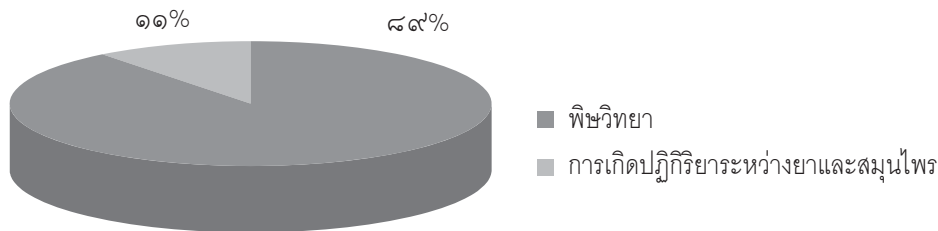
แผนภูมิ ๒ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรด้านคุณภาพสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗



แผนภูมิ ๓ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรด้านพิษจันประสิทธิผลของสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗^๗



แผนภูมิ ๔ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรด้านความปลอดภัยของสมุนไพรตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗^๗



๓. งานวิจัยด้านความปลอดภัยของสมุนไพร

งานวิจัยในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๑ ของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด แบ่งเป็นการศึกษาด้านพิษวิทยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและสมุนไพร (แผนภูมิ ๔) ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จำนวน ๓๙๕ เรื่อง แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีนักวิชาการที่มีศักยภาพในการทำวิจัยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้ สามารถตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลนานาชาติได้ถึง ๒๒๓ เรื่อง ในจำนวนนี้มี ๑๗๗ เรื่องที่นักวิชาการไทยเป็น **author of correspondence** (ร้อยละ ๗๙.๓๗) อย่างไรก็ตามในภาพรวมของงานวิจัยไม่ได้มุ่งเข้าไปที่ชนิดสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ได้อย่างชัดเจน เป็นการวิจัยที่ใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง (แผนภูมิ ๕) จะเห็นได้จากในจำนวนงานวิจัยทั้งหมด ๓๙๕ เรื่อง เมื่อวิเคราะห์เฉพาะชนิดพืชสมุนไพรที่ทำวิจัยพบว่ามากถึงกว่า ๒๐๐ ชนิด สมุนไพรที่มีงานวิจัยตีพิมพ์มากในช่วงดังกล่าวคือ ขมิ้นชัน และกวาวเครือขาว อย่างละ ๖ เรื่อง รองลงมาคือ มะระขี้นก รากจืด และบอระเพ็ด อย่างละ ๕ เรื่อง นอกจากนั้นพืชสมุนไพรส่วนใหญ่ถูกศึกษาวิจัยและตีพิมพ์ชนิดละ ๑ เรื่อง ซึ่งถ้าสามารถกำหนดทิศทางและเป้าหมายการวิจัยร่วมกันเป็นแบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง (แผนภูมิ ๖) มีเป้าหมายที่การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยเริ่มจากการคัดเลือกพืชสมุนไพรที่มีศักยภาพ การวิจัยและพัฒนาการผลิตวัตถุดิบ ได้แก่ การคัดเลือกพันธุ์ การขยายพันธุ์ การปลูก การเก็บเกี่ยว และการปฏิบัติหลังการเก็บเกี่ยว เมื่อได้วัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพแล้ว ขั้นตอนต่อไป ได้แก่ การสกัด การตั้งตำรับยาเตรียมและการควบคุมคุณภาพ การทดลองระดับก่อนคลินิก และระดับคลินิก เมื่อได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพแล้วขั้นตอนสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งก็คือการวิจัยด้านเครื่องมือเพื่อผลิตในระดับอุตสาหกรรม หากรัฐบาลและหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัยสามารถกำหนดทิศทางการวิจัยของประเทศให้เป็นแบบใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลางเพิ่มมากขึ้น น่าจะทำให้ได้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับสากล จะทำให้เป็นประโยชน์กับประเทศชาติมากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้



แผนภูมิ ๕ การวิจัยสมุนไพรแบบที่นักวิจัยใช้ความถนัดของตนเองเป็นศูนย์กลาง



แผนภูมิ ๖ การวิจัยสมุนไพรแบบมุ่งเป้าใช้ผลิตภัณฑ์เป็นศูนย์กลาง



ส่วนที่ ๒ การวิจัยด้านการวิจัย ป้องกัน รักษาโรค และการดูแลสุขภาพ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การป้องกัน การรักษาโรค และการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไม่มากนัก ในบทความนี้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยที่สนับสนุนทุนวิจัยโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ ๒๕๔๐-๒๕๔๕ และอีกส่วนหนึ่งจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย ของศูนย์บริการสารสนเทศทางเทคโนโลยี สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ โดยแบ่งได้เป็น ๔ กลุ่มคือ

- กลุ่มที่ ๑ งานวิจัยแนวทางการใช้ประโยชน์และประสิทธิผลของการแพทย์แผนไทย เช่น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการให้บริการผู้ป่วยในระบบบริการสาธารณสุข การวิจัยประสิทธิผลของการนวดไทยในการลดปวด ฯลฯ
- กลุ่มที่ ๒ งานวิจัยเกี่ยวกับตัวยาสมุนไพร เช่น สมุนไพรที่มีสรรพคุณใช้ทดแทนกันในตำราการแพทย์แผนไทย แมลงที่ใช้ในตำรับยาแผนไทย ฯลฯ
- กลุ่มที่ ๓ งานวิจัยเกี่ยวกับโรคและอาการในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เช่น เบาหวาน กษัย ฯลฯ
- กลุ่มที่ ๔ งานวิจัยความเป็นพิษของยาตำรับ ได้แก่ เบญจกูล ตรีกฎก ตรีนลา และตรีสาร
- กลุ่มที่ ๕ งานวิจัยอื่นๆ เช่น การศึกษาความคุ้มค่าของการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ การศึกษาระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ฯลฯ

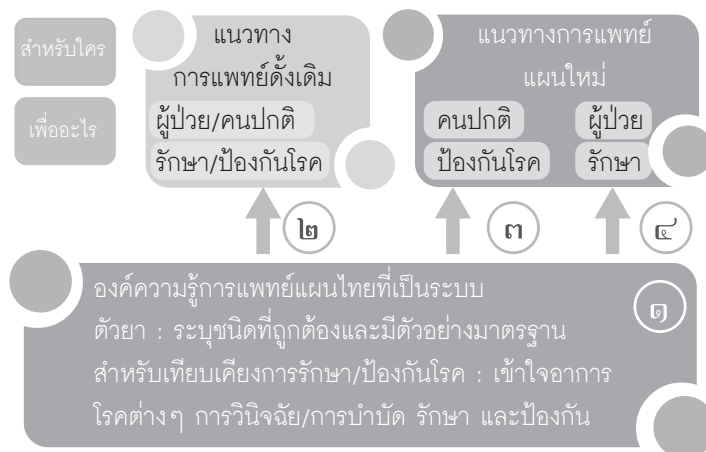
จากข้อมูลที่รวบรวมโดย เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ^๕ จะเห็นว่าถ้าไม่รวมงานวิจัยทางการแพทย์พื้นบ้าน และงานวิจัยสมุนไพรซึ่งมุ่งหาประโยชน์ใหม่ตามแนวทางการแพทย์แผนใหม่ งานวิจัยเฉพาะการแพทย์แผนไทยมีจำนวนไม่มากนักและมีสัดส่วนน้อยกว่าการวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งอาจเป็นเพราะนักวิจัยเห็นว่าการแพทย์แผนไทยมีการจดบันทึก มีตำราที่เป็นมาตรฐานแล้ว แต่ในความเป็นจริง คัมภีร์แพทย์แผนไทยต่างๆที่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วนั้น มีคำศัพท์ต่างๆ ที่มีความหมายเฉพาะต้องอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมายทั้งในด้านชื่อโรคสาเหตุการเกิดโรค อาการและการดำเนินโรค วิธีการรักษา และที่สำคัญก็คือชื่อตัวยาหลายชนิดที่ไม่ทราบว่าจะหมายถึงอะไร เช่น รากพืชศุภกรรม ในพระคัมภีร์ปฐมจินดา เป็นต้น นอกจากนี้วิธีการเตรียมยาที่มีความจำเพาะเจาะจงก็มีความสำคัญเช่นกัน



แนวทางการจัดการ การวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย

การจัดการการวิจัย หมายถึงการวิจัยอย่างมีทิศทาง มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจนถึงการนำความรู้ที่เกิดจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การวิจัย การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน ประเทศไทยควรมีแนวทางการจัดการ การวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย ดังต่อไปนี้ (แผนภูมิ ๗)

แผนภูมิ ๗ ลำดับความสำคัญของการวิจัยและการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย



การวิจัยเพื่อเข้าใจความหมาย มีความ ท้าความชัดเจน องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ

อย่างที่กล่าวมาแล้วว่าตำราการแพทย์แผนไทยที่มีการจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีคำศัพท์ต่างที่มีความหมายเฉพาะ ต้องอาศัยผู้รู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการอธิบายความหมาย ซึ่งนับวันมีจำนวนน้อยลง จึงมีความจำเป็นที่ต้องรีบดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยแบ่งเป็น ๒ ส่วนคือ

- ๑. สมุฏฐานโรค การวินิจฉัย ลักษณะอาการของโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา และยาที่ใช้รักษา

ทำการทบทวนเอกสารตำราต่างๆ จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชำระสะสางองค์ความรู้ที่สืบค้นได้ โดยเชิญแพทย์แผนไทยที่เป็นยอมรับ และแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อศึกษาเชื่อมโยงทั้งในเรื่องของสมุฏฐานโรค การวินิจฉัย ลักษณะอาการของโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษา และตำรับยา ที่ปรากฏในตำราการแพทย์แผนไทยมาตรฐานของประเทศ นอกจากนี้อาจศึกษาเปรียบเทียบกับตำราของสำนักอื่นๆ เพื่อเติมรายละเอียดและตรวจสอบความถูกต้องในขั้นตอนสุดท้ายจัดประชุมสัมมนาแพทย์แผนไทย แพทย์ เภสัชกร นักวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือก ตลอดจนนักวิชาการในด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ เพื่อให้ได้คำอธิบายสำหรับใช้ประกอบกับตำราการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นมาตรฐานระดับชาติต่อไป

๕.1 ตัวอย่าง ตำรับยา และวิธีการเตรียมยา

ควรเก็บรวบรวมตัวอย่างสมุนไพรและวิเคราะห์แหล่งที่มาทางชีวภาพ (biological origin) เพื่อเป็นตัวอย่างมาตรฐาน ตัวอย่างสมุนไพรบางชนิดอาจจะเป็นที่รู้จักกันทั่วไป แต่บางชนิดอาจไม่รู้แหล่งที่มาทางพฤกษศาสตร์ ก็ต้องทำวิจัยเพื่อให้รู้ที่มาที่ไป โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ ลักษณะทางกายวิภาค องค์ประกอบทางเคมี หรือ เทคนิคทางอนุชีววิทยา ฯลฯ เมื่อทราบแหล่งที่มาทางชีวภาพแล้ว ก็ควรเก็บตัวอย่างไว้เป็นตัวอย่างเทียบเคียง นอกจากนี้ในบางครั้งอาจพบตัวอย่างที่ปลอมปน (adulterant) มาบ่อยๆ ก็ควรเก็บไว้ด้วย นอกจากนี้องค์ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น วิธีการเก็บตัวอย่างให้ได้คุณภาพ สมุนไพรที่ interchangeable ได้ และเทคนิคการเตรียมยาแบบต่างๆ ก็ควรจดบันทึกไว้ด้วย

๕.2 การวิจัยเพื่อกำหนดทิศทางการใช้ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย

ทำการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายของการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ประโยชน์ให้ชัดเจน เพื่อนำมาวางนโยบายระดับประเทศ ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ การใช้ประโยชน์ การวิจัย การอนุรักษ์ และการรณรงค์ส่งเสริมการใช้ประโยชน์ ซึ่งได้เสนอแนวทางการวิเคราะห์ไว้เป็น ๒ แนวทาง คือ การใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนเดิม และการใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งถ้าการรวบรวมและทำความเข้าใจองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยทำได้อย่างเป็นระบบแล้ว อาจต้องการการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพเพื่อให้คุณภาพของผลิตภัณฑ์มีความสม่ำเสมอ จากนั้นการใช้ประโยชน์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนเดิมน่าจะทำได้เลย สำหรับการใช้อย่างเป็นระบบตามทฤษฎีการแพทย์แผนใหม่นั้น ต้องการการวิจัยระดับก่อนคลินิก และการวิจัยทางคลินิกรองรับ อาจดำเนินการในลำดับถัดมา (แผนภูมิ ๗)

๕.3 การวิจัยประสิทธิผลของยาไทยตามรูปแบบยาตำรับดั้งเดิม แทนการมุ่งหาสารบริสุทธิ์ที่เป็นยา

จากข้อมูลสถานการณ์การวิจัยสมุนไพรในประเทศไทยแม้ว่ามีการวิจัยสมุนไพรตีพิมพ์จำนวนมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยสมุนไพรเพื่อมุ่งหาสารบริสุทธิ์ที่ใช้เป็นยาเดี่ยว ตามแนวทางของวิทยาศาสตร์เดิม ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ศึกษาสมุนไพรทั้งในประเทศและต่างประเทศ หรือเรียกอีกอย่างว่า วิธีคิดแบบลดส่วน (Reductionism) ได้แก่ การศึกษาสารสำคัญในพืชต่างๆ เพื่อหาสารออกฤทธิ์ที่นำมาใช้เป็นยา การแพทย์แผนไทยอาจมีส่วนเกี่ยวข้องเพียงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยฤทธิ์ทางชีวภาพ ผลสำเร็จจากงานวิจัยจะนำมาสู่การได้ยาใหม่สำหรับการรักษาโรคที่อยู่นบนแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ อาจทำให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพสมุนไพรในท้องถิ่นมากขึ้น สร้างงานให้กับภาคเกษตรกรรม แต่จะไม่นำมาซึ่งการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยแต่อย่างใด

การวิจัยสมุนไพรที่จะสามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การวิจัยที่อยู่บนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ศึกษาตำรับยาแผนไทยที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด มีสารออกฤทธิ์หลายชนิด (multi-component) และออกฤทธิ์ที่หลายเป้าหมาย (multi-target) การวางแผนการทดลองคำนึงถึงการวินิจฉัยโรค และหลักการแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นปรับสมดุลของร่างกาย และการป้องกันโรค การวิจัยแบบนี้จัดเป็นวิทยาศาสตร์องค์รวม (Holistic science) อย่างไรก็ตามการวิจัยแบบ



ลดส่วนก็ยังคงมีความสำคัญและเอื้อต่อการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์องค์รวม ตัวอย่างเช่น การวิจัยแบบลดส่วนเพื่อมุ่งหาสารออกฤทธิ์ก็มีความสำคัญต่อการวิจัยแบบองค์รวมของยาตำรับกล่าวคือ สารออกฤทธิ์นั้นจะเป็นสารมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพของยาตำรับให้มีความสม่ำเสมอ ในที่นี้ขอสรุปแนวทางการวิจัยสมุนไพรตำรับที่ดีไว้ดังต่อไปนี้

- ก. **วัตถุดิบสมุนไพร** ที่ใช้ในการผลิตยาสมุนไพรทั้งแบบที่ใช้ตามทฤษฎีแพทย์แผนไทยหรือตามแนวคิดการแพทย์แผนใหม่ ต้องผ่านการระบุชนิดที่ถูกต้องทางพฤกษศาสตร์ ทั้งจากลักษณะทางสัณฐานวิทยาและทางเภสัชเวท รวมถึงข้อกำหนดด้านคุณภาพอื่นๆ เช่น การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ ยาปราบศัตรูพืช และโลหะหนัก ทั้งนี้รวมถึงการวิจัยเพื่อผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพดีด้วย
 - ข. **การเตรียมยา (Preparation) และการควบคุมคุณภาพ (Standardization)** การเตรียมยาควรยึดแนวทางขององค์ความรู้เดิม หากมีการปรับเปลี่ยนควรมีการพิสูจน์เทียบด้วยวิธีทางเคมีและฤทธิ์ทางชีวภาพว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติไปจากเดิม และที่สำคัญต้องไม่ก่อให้เกิดความเป็นพิษ ในการควบคุมคุณภาพ เนื่องจากยาตำรับประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด ซึ่งมีสารประกอบจำนวนมาก จึงควรใช้ทั้งการควบคุมคุณภาพเชิงปริมาณสำหรับสารออกฤทธิ์หลัก และการควบคุมเชิงคุณภาพโดยใช้ **chemical fingerprints** สำหรับสารอื่นๆ เพื่อความสม่ำเสมอของผลิตภัณฑ์ นอกจากนี้อาจใช้การควบคุมคุณภาพทางเคมีควบคู่ไปกับการควบคุมด้วยฤทธิ์ทางชีวภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยวิธีในหลอดทดลอง (*in vitro* bioassays)
 - ค. **การทดลองทางคลินิก (Clinical studies)** ต้องวางแผนการทดลองตามมาตรฐานสากล โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดของภูมิปัญญาไทย เพื่อให้การทดลองทางคลินิกสามารถตอบคำถามงานวิจัยให้ตรงประเด็นมากขึ้น
๕. **การนำวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างความมั่นใจในการนำภูมิปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหามามากยิ่งขึ้น**
- เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีการบันทึกและถ่ายทอดความรู้สืบทอดกันมา แต่ในโลกที่ถูกครอบงำด้วยวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์การให้คุณค่าอาจต้องสื่อสารด้วยภาษาที่เป็นวิทยาศาสตร์ ดังนั้นการนำวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการศึกษาวิจัยประเมินองค์ความรู้ดั้งเดิมเพื่อสร้างความมั่นใจในการนำภูมิปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหามามากยิ่งขึ้น อาจเป็นหนทางหนึ่งในการสื่อสารถึงคุณค่าของการแพทย์แผนไทยกับสังคมปัจจุบัน
- ในประเทศอินเดียมีการนำเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการศึกษาวิจัยองค์ความรู้ต่างวัฒนธรรม ระหว่างการแพทย์ตะวันตกและการแพทย์ภูมิปัญญาอินเดีย เช่นการพิสูจน์ให้เห็นว่าการเก็บเกี่ยวสมุนไพร ตามอายุสมุนไพร ช่วงเวลา และวิธีการตามทีระบุนี้ในคัมภีร์โบราณให้ผลทางยาสูงกว่าวิธีทั่วไป โดยมีการตรวจสอบตามวิธีสมัยใหม่ เช่น การวิเคราะห์โดยใช้ **HPLC** หรือการตรวจสอบฤทธิ์ทางชีวภาพเป็นการนำภูมิปัญญาเป็นฐานคิดในการจัดทำมาตรฐานพืชสมุนไพรสำหรับเป็นวัตถุดิบให้กับภาคอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังทำการพิสูจน์เทคนิคการทำให้น้ำบริสุทธิ์

โดยใช้วิธีดั้งเดิมของอินเดียที่ใช้หม้อทองแดงในการบรรจุน้ำดื่มซึ่งพบว่าปริมาณเชื้อ *E. coli* ลดลงเมื่อระยะเวลาที่น้ำถูกบรรจุในหม้อทองแดงนานขึ้น เป็นต้น^๙

๕. การจดสิทธิบัตรความรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

การจดสิทธิบัตรเป็นการแสดงความเป็นเจ้าของนวัตกรรมใหม่ที่เกิดจากการวิจัย ตำรับยาแผนไทยได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้หากมีการวิจัยต่อยอดอาจพัฒนาไปสู่การจดสิทธิบัตรเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ได้จึงควรกำหนดนโยบายส่งเสริมให้มีการวิจัยต่อยอดจากภูมิปัญญาที่มีอยู่เดิม โดยให้ภาคเอกชนที่เป็นเจ้าของตำรับยามีส่วนร่วมในการลงทุนวิจัย ซึ่งภาครัฐอาจต้องหาวิธีการสนับสนุนในรูปแบบกองทุนกู้ยืมเพื่อการวิจัย นอกจากนี้ควรจัดตั้งหน่วยงานที่มีความรู้และความชำนาญด้านการจดสิทธิบัตรงานวิจัยสมุนไพรและนวัตกรรมจากภูมิปัญญาโดยเฉพาะเพื่อให้คำแนะนำปรึกษาในการจดสิทธิบัตรรวมถึงการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการจดสิทธิบัตร ดูแลกระบวนการและงบประมาณในการจดสิทธิบัตรทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการเฝ้าระวังการละเมิดสิทธิ์และการปกป้องสิทธิ์

๕. การเผยแพร่ผลงานวิจัยและส่งเสริมการใช้ประโยชน์

ควรมีการกำหนดแผนการเผยแพร่ผลงานวิจัยและส่งเสริมการใช้ประโยชน์ โดย

๑. ปรับเจตคติของคนไทยต่อการแพทย์แผนไทย โดยการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จะช่วยให้เจตคติของคนไทยต่อสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นไปในทิศทางที่เอื้อต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยมากขึ้น
๒. จัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์แผนไทยสาธิต ควรจัดตั้งศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ เพื่อจัดทำโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาเฉพาะโรค การวิจัยทางคลินิก การฝึกอบรมแพทย์แผนไทย เพื่อนำรูปแบบของโรงพยาบาลแบบนี้ไปใช้ในที่อื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ
๓. จัดหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ ควรจัดการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมในหลักสูตรระดับต่าง ๆ ได้แก่ ระดับประถม มัธยม มหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคณะ สถาบันที่ผลิตบุคลากรสาธารณสุข เช่น คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ฯลฯ

๕. การอนุรักษ์สมุนไพรในป่าถิ่นกำเนิด

ในขณะที่มีการส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร ก็ควรที่จะต้องคำนึงถึงการอนุรักษ์สมุนไพรในป่าที่เป็นถิ่นกำเนิดไปพร้อม ๆ กัน ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินชนิดสมุนไพรที่เสี่ยงต่อการสูญพันธุ์เพื่อกำหนดแนวทางอนุรักษ์ และส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรธรรมชาติและ การใช้ประโยชน์สมุนไพรที่ครอบคลุมภูมิปัญญาในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของท้องถิ่น การกระจายพันธุ์ และสถานภาพของสมุนไพรแต่ละชนิด



การขยายพันธุ์และการเพาะปลูก การใช้ประโยชน์ทางยาของท้องถิ่น วิธีการใช้ หรือมาตรฐานตาม แนวคิดของท้องถิ่น และข้อมูลการตลาด มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงทั่วประเทศ

สรุป

การจัดการการวิจัยที่บรรลุเป้าหมาย คือ การนำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมอันจะส่งผลมาสู่การใช้ประโยชน์จากความรู้นั้นอย่างยั่งยืน บทความนี้เสนอให้เห็นว่าการจัดการการวิจัยที่ดีต้องมีนโยบายและทิศทาง มีความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาการระหว่างวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ มีความร่วมมือระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ทิศทาง ผู้วิจัย สถาบันวิชาการ ผู้ให้บริการ และสุดท้ายความรู้ที่เกิดขึ้นจะต้องมีมาตรการ กลไก ในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์



เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิกิจ ณะภูมิ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ เสาวภา พรสิริพงษ์ จักรพงศ์ ไพบูลย์ และวิชัย โชควิวัฒน์. (2546). การวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. วารสารการแพทย์แผนไทย 2546;7:5-18.
2. วิชัย โชควิวัฒน์. (2546). นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์, หน้า 3-48.
4. World Health Organization. (2002). *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization.
5. พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2535). พุทธศาสนาในฐานะเป็นรากฐานของวิทยาศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
6. ประเวศ วะสี. (2547). ธรรมชาติของสรรพสิ่ง การเข้าถึงความจริงทั้งหมด. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
7. สมภพ ประธานธรรักษ์ พร้อมจิต ศรีลัมพ์ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ และธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์. มาตรการด้านการจัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เกตุรากาศ, (บก.). ระบบ โครงสร้างและกลไกในการอนุรักษ์พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์, 2548:1-51.
8. เสาวภา พรสิริพงษ์ พรทิพย์ อุศุภรัตน์ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และมุทิตา เสถียรวัฒน์ชัย. (2539). สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
9. สมภพ ประธานธรรักษ์ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ สุภาภรณ์ ปิติพร ทยา เจนจิตติกุล และพิชัย อัมมมมงคล. (2549). รายงานการฝึกอบรมและดูงานด้านการปลูกและการจัดการวัตถุดิบสมุนไพร ณ ประเทศอินเดีย. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ



เสาวณีย์ กุลสมบุญ และ รุจิณา อรรถสิขัฐ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพนับเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของหลากหลายชาติพันธุ์ในสังคมไทย เป็นศาสตร์และศิลป์ที่ตกผลึกจากการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือก กลั่นกรองและสั่งสมสืบทอดจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลัง เป็นภูมิปัญญาที่สะท้อนถึงโลกทัศน์ ระบบคิดและระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ มนุษย์กับธรรมชาติ และมนุษย์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ เพื่อการดำรงอยู่และการพึ่งพาตนเองของชีวิตและชาติพันธุ์ นอกจากนี้ ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพยังมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในสังคมไทยยุคปัจจุบัน ภูมิปัญญาด้านสุขภาพของคนไทยสามารถพิจารณาคุณค่าและความหมายในหลากหลายมิติ นั่นคือ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพเป็นสิ่งสะท้อนระบบคิด ความเชื่อและแนวทางการดูแลสุขภาพแบบตะวันออก เป็นความรู้และเทคโนโลยีที่เรียบง่าย คนไทยสามารถเข้าถึง ใช้ประโยชน์และทำให้พึ่งตนเองได้ เป็นการอยู่ร่วมกันภายในสังคมและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติร่วมกัน อย่างไรก็ตามภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพยังเป็นทุนทางปัญญาที่สามารถเชื่อมต่อกับชีวิตทางเศรษฐกิจ ทั้งยังเป็นสิ่งที่สามารถนำมาพัฒนา ต่อยอดและประยุกต์ใช้เป็นสินค้าและบริการในสังคมทุนนิยมได้ด้วย กลายเป็นทรัพย์สินทางปัญญาที่สังคมควรดูแลคุ้มครองและส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนและยุติธรรม^(๑)

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพสามารถจำแนกเป็นสองลักษณะ คือ ด้านสุขภาพพื้นบ้าน (indigenous health) และการแพทย์พื้นบ้าน (indigenous medicine) ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเป็นเวลากว่าสองทศวรรษ นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๒๕-๒๕๓๗ เสาวภา พรศิริพงษ์, เพ็ญภา ทรัพย์เจริญและคณะ ได้ประมวลงานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านทั้งหมด ๖๔ เรื่อง มีการจำแนกเนื้อหาเป็น ๔ หมวด คือ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน การศึกษาเปรียบเทียบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน การศึกษาสภาพปัญหาและระบบบริการของการแพทย์พื้นบ้าน และการศึกษาทัศนคติของชุมชนและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่อการแพทย์พื้นบ้าน^(๒) และผู้วิจัยได้เสนอประเด็นวิจัยในอนาคตด้วย ต่อมาในช่วงเวลา ๓-๕ ปีที่ผ่านมา ภาครัฐ ภาคเอกชนและสถาบันการศึกษาให้ความสนใจฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง และแต่ละภูมิภาคยังมีการรวมตัวและเคลื่อนไหวเพื่อศึกษาและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่นภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ มีการศึกษาและใช้ประโยชน์

อย่างกว้างขวางมากขึ้น อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพยังขาดการประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อจัดระบบองค์ความรู้ ข้อมูลงานวิจัยยังคงกระจัดกระจายและยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาและประเมินสถานการณ์การวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ตลอดจนสังเคราะห์ภาพรวมเพื่อเสนอแนะความคิดเห็นต่องานวิจัยในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์การวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๕-พ.ศ. ๒๕๔๗
๒. เพื่อสังเคราะห์ภาพรวม และเสนอแนะทิศทางในอนาคตของการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

ขอบเขตการวิจัยและวิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่องสถานการณ์และทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) โดยกำหนดขอบเขตของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมี ๓ หมวด คือ หมวด ๑ งานวิจัยด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน หมวด ๒ งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน และหมวด ๓ งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านด้านพิธีกรรมและความเชื่อ มีวิธีการศึกษาวิจัยดังนี้

๑. ทบทวนสถานการณ์งานวิจัยที่ผ่านมาและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดประเด็นและขอบเขตในการศึกษาวิจัย
๒. รวบรวมงานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์จากห้องสมุดและเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานภาครัฐและสถาบันการศึกษาภาครัฐ
๓. ศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๗
๔. วิเคราะห์แนวโน้มและเสนอแนะประเด็นวิจัยในอนาคต รวมทั้งทิศทางการวิจัยในอนาคต
๕. จัดทำรายงานวิจัยและเผยแพร่ในวารสารวิชาการ



นิยามศัพท์

๑. **ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ** หมายถึง วัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชนและชาติพันธุ์และเป็นระบบคิด องค์ความรู้และวิถีปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพและรักษาความเจ็บป่วย มีอัตลักษณ์ สัมพันธ์กับวัฒนธรรม เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและผสมผสานกับการแพทย์แบบอื่น นอกจากนี้ ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพได้รับการถ่ายทอดผ่านประสบการณ์ตรง นับเป็นความรู้เชิงประสบการณ์ (experienced – knowledge) ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมและระบบนิเวศน์
๒. **สุขภาพแบบพื้นบ้าน (indigenous health)** หมายถึง การดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เป็นความรู้ เทคนิค และประสบการณ์การดูแลสุขภาพของประชาชนระดับปัจเจกและครอบครัวตัวอย่าง เช่น ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด การใช้ยาสมุนไพรของประชาชนทั่วไป เป็นต้น
๓. **การแพทย์พื้นบ้าน (indigenous medicine)** หมายถึง ภูมิปัญญาการรักษาโรคของท้องถิ่นและชาติพันธุ์ที่มีฐานคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานระหว่างอำนาจเหนือธรรมชาติ ศาสนา และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงที่สะสม สืบทอดและใช้ประโยชน์ในท้องถิ่น โดยหมอพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรค

ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ประมวลจัดระบบและวิเคราะห์งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๗ โดยการรวบรวมงานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์จากเครือข่ายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ และจากห้องสมุดของหน่วยงานภาครัฐ และสถาบันการศึกษาภาครัฐ ในกรุงเทพฯ และภูมิภาค ทั้งหมด ๑๗ แห่ง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ พบงานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์ทั้งหมด ๒๐๗ เรื่อง จำแนกตามพื้นที่วิจัย พบว่างานวิจัยของภาคเหนือ ๖๗ เรื่อง ภาคอีสาน ๘๒ เรื่อง ภาคกลาง ๓๖ เรื่อง และภาคใต้ ๒๒ เรื่อง หลังจากศึกษาบทคัดย่อและรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์บางส่วน จึงคัดเลือกงานจำนวน ๑๕๕ เรื่อง มาประมวลและวิเคราะห์เบื้องต้น งานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพจำนวน ๑๕๕ เรื่อง จำแนกเป็น ๓ หมวด คือ หมวด ๑ ด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน จำนวน ๓๘ เรื่อง หมวด ๒ การแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ จำนวน ๗๙ เรื่อง และ หมวด ๓ การแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรมและความเชื่อ จำนวน ๓๘ เรื่อง งานทั้งหมดจำแนกเป็นงานวิจัย ๕๖ เรื่อง และวิทยานิพนธ์ ๙๘ เรื่อง (ดูตารางที่ ๑) โดยมีรายละเอียดดังนี้



ตารางที่ ๑ แสดงการจำแนกจำนวน ประเภทและสัดส่วนของงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ

รายการ	จำนวน (เรื่อง/ร้อยละ)	ประเภท	
		งานวิจัย	งานวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์
1. งานวิจัยด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน	๓๘ (๒๔.๖๘%)	๑๐	๒๘
2. งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน แบบประสบการณ์	๗๙ (๕๐.๖๐%)	๓๑	๔๘
3. งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน แบบพิธีกรรมและความเชื่อ	๓๘ (๒๔.๖๘%)	๑๕	๒๓
รวม	๑๕๕	๕๖	๙๘

หมวด ๑ งานวิจัยด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน^(๓)

ในสังคมไทย คนไทยมีภูมิปัญญาในการดูแลชีวิตและสุขภาพ สะสมเป็นความรู้ เทคนิคและประสบการณ์การดูแลสุขภาพ อันก่อให้เกิดความสมดุลและสอดคล้องระหว่างชีวิตมนุษย์ กฎเกณฑ์ทางสังคมและกฎธรรมชาติ เป็นการสืบทอดและสะสมประสบการณ์ภายในครอบครัวและเครือข่าย อย่างไรก็ดีตามความรู้และประสบการณ์บางลักษณะมีการเรียนรู้ภายในชุมชน ตัวอย่างเช่น ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน การเก็บและใช้ประโยชน์จากอาหารธรรมชาติ การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็นต้น งานวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพแบบพื้นบ้านมีความหลากหลายตามท้องถิ่นและวัฒนธรรม มีงานวิจัยทั้งหมด ๓๘ เรื่อง จำแนกเป็น ๓ ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

งานวิจัยอาหารพื้นบ้าน

งานวิจัยเกี่ยวกับอาหารพื้นบ้าน งานวิจัยทั้งหมดมี ๒๑ เรื่อง จำแนกเป็น (๑) **งานวิจัยแมลง ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน** มีจำนวน ๑๒ เรื่อง งานศึกษาวิจัยจำแนกเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ๑๐ เรื่องและงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ ๒ เรื่อง เป็นการสำรวจ ประมวลและจำแนกพืชและแมลงตามหลักอนุกรมวิธาน โดยอาศัยศาสตร์ด้านกีฏวิทยา พฤกษศาสตร์และสังคมศาสตร์ วิธีการเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ การสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตพืชที่ใช้เป็นอาหารและการสำรวจตลาดพื้นที่ศึกษาอยู่ในภาคเหนือและภาคอีสาน ผลการศึกษาแสดงถึงการสำรวจและการศึกษาอนุกรมวิธานพืช (ผักพื้นบ้าน) สมุนไพร แมลงและเห็ด โดยการจำแนกสายพันธุ์ มีการระบุชื่อวิทยาศาสตร์ ชื่อท้องถิ่น ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ ส่วนที่ใช้และประโยชน์ด้านอาหารและสมุนไพร และมีการศึกษาพฤติกรรม การแสวงหาการบริโภคอาหารพื้นบ้าน ปัจจัยกำหนดการบริโภค ความคงอยู่และการสูญหายของผักพื้นบ้าน/แมลง คุณค่าและการใช้ประโยชน์ด้านชีวิตและสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและด้านวัฒนธรรม และการศึกษาบางเรื่องมีการรวบรวมพันธุ์กรรมพืชพื้นบ้านและการปลูกเพื่ออนุรักษ์ นอกจากนี้ยังมีงานวิเคราะห์คุณค่าด้านโภชนาการของผักพื้นบ้าน (๒) **งานวิจัยวัฒนธรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้าน** จำนวน ๙ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ และงานวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาแสดงถึง



ชนิดของอาหารพื้นบ้าน วิธีการปรุงและบริโภคอาหารพื้นบ้าน ปัจจัยที่กำหนดการบริโภคและการสูญหายของอาหารพื้นบ้าน รวมทั้งรูปแบบการฟื้นฟูวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้าน อาหารพื้นบ้านและอาหารธรรมชาติมีคุณค่าด้านสุขภาพและด้านวัฒนธรรม ปัจจัยที่ทำให้อาหารพื้นบ้านดำรงอยู่ คือ ระบบนิเวศน์และแหล่งธรรมชาติที่เอื้อต่อความหลากหลายของผักพื้นบ้าน วิธีคิดและกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและสืบทอดประสบการณ์ของประชาชน และการอนุรักษ์และฟื้นฟูแหล่งอาหารสามารถปฏิบัติการผ่านกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม และทางกฎหมาย

ภาพรวมของงานวิจัยเกี่ยวกับอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้านสรุปได้ว่า การศึกษาอาหารธรรมชาติและ ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านมีนักวิจัยสนใจพอสมควร เพราะระบบนิเวศน์ของไทยมีความหลากหลายของผักพื้นบ้านจำนวนมาก และประชาชนยังคงมีวัฒนธรรมการบริโภคแมลง ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง และยังให้คุณค่าด้านสุขภาพ ด้านวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจชุมชนและด้านทรัพยากรธรรมชาติด้วย งานวิจัยด้านอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้านมีการใช้ศาสตร์หลายสาขา และยังมีการวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการและคุณค่าทางยาของผักพื้นบ้าน แต่ยังมีจำนวนน้อย ดังนั้น ในอนาคต การศึกษาวิจัยอาหารธรรมชาติและอาหารพื้นบ้านควรมีการจัดระบบองค์ความรู้ของอาหารพื้นบ้านและอาหารธรรมชาติในมิติทางวัฒนธรรม มิติทางทรัพยากรธรรมชาติ มิติทางสุขภาพและมิติทางเศรษฐกิจชุมชนเพื่อให้เกิดการอนุรักษ์ ฟื้นฟูและสืบทอดองค์ความรู้ของชุมชนและส่งเสริมให้มีการวิจัยผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านแบบสหวิทยาการเพื่อให้ผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ชัดเจนและยังสามารถพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพในสังคมร่วมสมัยอีกด้วย

งานวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ

งานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณรวมทั้งการรวบรวมยาสมุนไพรที่ประชาชนมีการใช้อย่างกว้างขวาง มีจำนวน ๗ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจและงานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยพบว่า ประชาชนซื้อยาจากร้านขายยาแผนโบราณ วัดและร้านศาลาขาดองรูปแบบเป็นยาสมุนไพรเดี่ยวและยาตำรับแผนโบราณ รักษากลุ่มอาการปวดเมื่อย กลุ่มอาการเลือดลมอาการร้อนใน อาการกินผิด กลุ่มอาการบำรุงร่างกาย คลายเส้น บำรุงกำลังและโรคสตรี และผู้ชายบางแห่งไม่มีความรู้ด้านเภสัชกรรมแผนไทย อาศัยข้อมูลที่ถ่ายทอดกันต่อมา ปัญหาการบริโภค คือ การปลอมปนและการปนเปื้อนจากเชื้อราและโลหะหนักในยาสมุนไพรและความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างเหมาะสมและถูกต้อง นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัย ๓ เรื่อง ศึกษาและสำรวจยาสตรีและยาอดองเหล้าพบว่า ประชาชนมีการบริโภคตำรับยาสตรี ๑๒ ตำรับ โดยมีสมุนไพรดอกคำฝอย ฝรั่งเสน โกฐเชียง เอี้ยะบ่อเช่า โกฐหัวบัว หัวแห้วหมู ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายเอสโตรเจน มีผลกระตุ้นการบีบตัวของมดลูกและเหนี่ยวนำให้มีประจำเดือน และพบว่ากลุ่มที่บริโภคยาอดองเหล้ามีการเตรียมยาอดองเหล้าเองและซื้อยาร้านศาลาขาดอง บริโภคเพื่อรักษาโรคและบำรุงสุขภาพ มียาอดองเหล้า ๙๑ สูตรตำรับและมีพืชสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ ๒๔๒ ชนิด ซึ่งมีการจำแนกลักษณะพฤกษศาสตร์ ๒๐๙ ชนิด ตัวอย่างเช่น สะค้าน ฝรั่ง เจตมูลเพลิงแดง กำลังเสือโคร่ง เป็นต้น นอกจากนี้สังคมยาอดองเหล้ายังเป็นพื้นที่สร้างความสำคัญของคนในชุมชนด้วย

งานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณยังคงเป็นทางเลือกส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ประชาชนมีการตัดสินใจเลือกซื้อและบริโภคยาสมุนไพรและยาแผนโบราณด้วยตนเอง โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยและโรคหรือกลุ่มอาการเฉพาะวัฒนธรรม (culture – bounded syndromes) **ในอนาคตงานวิจัยควรมีการสำรวจมูลค่า และพฤติกรรมการบริโภคยาสมุนไพรและยาแผนโบราณทั่วประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นมูลค่าทางเศรษฐกิจและแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคอันจะนำมาพัฒนานโยบายของประเทศต่อไป** นอกจากนี้ควรมีการวิจัยยาสมุนไพรและยาแผนโบราณแบบบูรณาการ อาศัยแนวทาง และวิธีการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์และแบบสังคมมาทำความเข้าใจยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ เพื่อให้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณมีคุณค่าที่ชัดเจนมากขึ้น อันจะทำให้เกิดการยอมรับจากคนรุ่นใหม่ได้

งานวิจัยการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

งานวิจัยเกี่ยวกับระบบคิดและแบบแผนการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็ก มีจำนวน ๑๐ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ งานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยแบบผสมและงานวิจัยปฏิบัติการ พื้นที่วิจัยมีทั้งภาคกลาง ภาคอีสานและภาคใต้ งานวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดยังคงมีการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้าน งานวิจัยแสดงถึงระบบความเชื่อและแบบแผนการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดผ่านครอบครัว หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนเองและบางแห่งมีการนวดโดยหมอฟื้นบ้าน ภายหลังการคลอด (อาจเป็นการคลอดที่โรงพยาบาลหรือคลอดกับหมอฟื้นบ้าน) หญิงหลังคลอดจะมีกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองโดยความช่วยเหลือของครอบครัวและหมอฟื้นบ้าน (หรือผดุงครรภ์แผนโบราณ) โดยการนวด การประคบ อบ หรืออาบน้ำสมุนไพร การอยู่ไฟ การบริโภคยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ การบริโภคและการไม่บริโภคอาหารบางชนิดประกอบกับพิธีกรรมตามวัฒนธรรม โดยเชื่อว่าช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ผิวพรรณดี ขับน้ำคาวปลา มดลูกแห้งและเข้าอู่เร็ว ปัจจัยที่ทำการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน เพราะแรงสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อนบ้าน ความเชื่อและความคาดหวังในประสิทธิผล รายได้ ความพึงพอใจในบริการ (เขตเมืองมีหมอฟื้นบ้านให้บริการดูแลหญิงหลังคลอด) และความนิยมทางสังคม ปัจจุบันการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะหญิงในเมืองและคนรุ่นใหม่ อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของหญิงหลังคลอดยังคงดำรงอยู่และเป็นความต้องการทางสังคมวัฒนธรรม ส่วนงานวิจัยปฏิบัติการพบว่าหญิงหลังคลอดมีการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการเสริมความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาหญิงหลังคลอด

งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดยังคงมีความเชื่อและแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยความช่วยเหลือของครอบครัวและหมอฟื้นบ้าน (ผดุงครรภ์แผนโบราณ) ทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ แม้ว่าองค์ความรู้ดังกล่าวจะได้รับการยอมรับมากขึ้น และสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนบางแห่งผนวกการดูแลสุขภาพแบบไทยเป็นส่วนหนึ่งของการบริการแต่ภาพรวมยังคงมีความขัดแย้งด้านความคิดและด้านปฏิบัติการเกิดขึ้นในการบริการการคลอดแผนปัจจุบันกับการดูแลสุขภาพแบบแผนไทย (พื้นบ้าน) ดังนั้น **งานวิจัยในอนาคตควรศึกษาและประเมินประสิทธิผลด้านสุขภาพและด้านสังคมที่ชัดเจนและศึกษารูปแบบบูรณาการดูแลหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดแบบแผนไทย (แบบพื้นบ้าน) เข้าสู่การบริการสาธารณสุขภาครัฐ** อันจะทำให้การดูแลสุขภาพ



หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีประสิทธิผลและสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม

หมวด ๒ งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์^(๓)

การแพทย์พื้นบ้านหรือการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นองค์ความรู้และแบบแผนการดูแลสุขภาพและรักษาโรคของกลุ่มชนหรือชาติพันธุ์ เป็นภูมิปัญญาของบรรพชนที่สืบทอดรุ่นต่อรุ่น มีอัตลักษณ์เฉพาะถิ่นและมีความสัมพันธ์กับโลกทัศน์และระบบนิเวศน์ของท้องถิ่น การแพทย์พื้นบ้านมีหมอพื้นบ้านหรือผู้เยียวยาแบบพื้นบ้าน ซึ่งมักเป็นผู้ชำนาญหรือผู้รู้ในการรักษาโรคเฉพาะ และมีใช้ลักษณะการประกอบอาชีพที่เป็นทางการ การศึกษาการแพทย์พื้นบ้านมีการจำแนกเป็น ๒ ส่วน คือ การแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบประสบการณ์ (secular subsector) ตัวอย่าง เช่น การใช้สมุนไพร การรักษากระดูก การนวด เป็นต้น และการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและความเชื่อ (seared subsector) เช่น คนทรง หมอผี หมอไสยศาสตร์ เป็นต้น^(๔) อย่างไรก็ตาม หมอพื้นบ้านในสังคมไทยมักมีแนวคิดและวิธีการรักษาโรคแบบผสมผสานทั้งสองส่วน ตัวอย่าง เช่น หมอกระดูกมีการใช้เผือกไม้และจัดกระดูก การใช้ยาสมุนไพร การนวดและการเป่ามนต์ประกอบกัน เป็นต้น การวิเคราะห์งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านเป็นสองส่วนจึงเป็นการจำแนกและวิเคราะห์ภาพใหญ่ แต่งานวิจัยเฉพาะหัวข้ออาจมีการศึกษาวิจัยที่ผสมผสานกันเป็นสองส่วน

งานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์เป็นการรวบรวมงานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านภาพรวม งานวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพชาติพันธุ์ และงานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านที่มีการสืบทอดเรียนรู้และฝึกฝนกับครูอาจารย์และการปฏิบัติจริงเป็นเวลายาวนานหลายปีเช่นการใช้ยาสมุนไพรการนวดการรักษากระดูกแบบพื้นบ้าน เป็นต้น งานวิจัยทั้งหมดมีจำนวน ๗๙ เรื่อง จำแนกเป็น ๗ ด้าน คือ

งานวิจัยตำราการแพทย์พื้นบ้าน

งานวิจัยตำราการแพทย์พื้นบ้านมี ๓ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการคือการสืบค้นและการสัมภาษณ์ งานวิจัยได้รวบรวมตำราการแพทย์พื้นบ้านและตำรับยาพื้นบ้านจากสมุดข่อย หรือหนังสือใบจากวัดและหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียง (ตำรับยาลงพู่สุข ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ ปรึวรรตและบันทึกเป็นภาษาไทยปัจจุบัน พบว่า ตำราการแพทย์พื้นบ้านได้บันทึกตำรับยาสมุนไพรเป็นจำนวนมากที่ใช้ในการรักษาโรคเด็ก โรคสตรี โรคเรื้อรังและโรคที่พบบ่อย เช่น ยาแก้ไอ ยาบำรุงธาตุ ยาแก้ซาง และยาแก้ริดสีดวง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยควรนำความรู้จากตำราการแพทย์พื้นบ้านมาตรวจสอบกับการปฏิบัติจริงของหมอพื้นบ้านในยุคปัจจุบัน

งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน

งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านภาพรวม มีจำนวน ๑๖ เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ให้ความสำคัญกับระบบคิดและแบบแผนการปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและอาศัยศาสตร์ด้านสังคมศาสตร์การแพทย์ในการศึกษาวิจัย สามารถจำแนกงานวิจัยเป็น ๔ ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

๑. การสำรวจประเภทและการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านในภาพรวมสังคมไทยยังคงมีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านทุกภูมิภาค จากการสำรวจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ^(๕) พบว่า ในพื้นที่ ๗๖ จังหวัด มีหมอพื้นบ้านทั้งหมด ๒๗,๗๖๐ คน จำแนกเป็น ภาคกลาง ๓,๖๑๙ คน (ร้อยละ ๑๓.๐๔) ภาคอีสาน ๑๔,๑๔๖ คน (ร้อยละ ๕๐.๙๖) ภาคเหนือ ๖,๔๗๕ คน (ร้อยละ ๒๓.๓๒) และภาคใต้ ๓,๕๒๐ คน ร้อยละ (๑๒.๖๘) และยังมีการสำรวจของพัชรินทร์ สิริสุนทร และคณะสำรวจหมอพื้นบ้าน ๘ จังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง พบว่า มีหมอพื้นบ้าน ๑,๐๔๙ คน จากข้อมูลเห็นได้ว่าภาคอีสานมีจำนวนหมอพื้นบ้านสูงที่สุด อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มีพื้นที่วิจัยระดับหมู่บ้าน ตัวอย่างเช่น หมอพื้นบ้านในหมู่บ้านนาสีดา จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๓ คน^(๖) และขณะนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีการสำรวจหมอพื้นบ้าน จำนวนหมอพื้นบ้านมีตั้งแต่ ๓ คน ในจังหวัดกระบี่ จนถึง ๑,๖๐๘ คน ในจังหวัดอุบลราชธานี แสดงถึงการกระจายตัวที่ไม่สม่ำเสมอของหมอพื้นบ้านหรืออาจเป็นเพราะความเข้าใจต่อหมอพื้นบ้านและความเที่ยงของการสำรวจ

การจำแนกประเภทหมอพื้นบ้านของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มี ๕ ประเภท คือ หมอไสยศาสตร์ หมอยาสมุนไพรหรือแผนโบราณ หมอนวด หมอตำแย และหมอแบบอื่นๆ การจำแนกดังกล่าวยังไม่อาจครอบคลุมสภาวะจริงของหมอพื้นบ้านทั้งหมด จากงานวิจัยพบว่าประชาชนในชุมชนเรียกชื่อหมอพื้นบ้านตามวิธีการรักษาโรค ตัวอย่าง เช่น หมอทรง หมอสมุนไพร หมอยาฮากไม้ หมอยาฝน หมอนวด หมอเอ็น หมอเป่า หมอดู หมอเมื่อ เฒ่าจ้ำ หมอขวัญ หมอรำผีฟ้า หมอเหยา มะมวด เป็นต้น หรืออาจเรียกตามชื่อโรค เช่น หมอกระดูก หมอหู หมอตำแย โต๊ะบิดัน/โต๊ะบิดะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเรียกชื่อแบบรวม ดังเช่นภาคเหนือเรียกหมอพื้นบ้านว่า หมอเมือง เป็นต้นและเรียกชื่อพระสงฆ์ที่รักษาโรคแบบพื้นบ้านว่าหมอพระ กล่าวได้ว่าการเรียกชื่อหมอพื้นบ้านสะท้อนความเชื่อและภาษาท้องถิ่นของวัฒนธรรมกลุ่มชาติพันธุ์



๒. ระบบคิด โรคและแบบแผนการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน จากการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านเป็นบุคคลที่ชาวบ้านยอมรับนับถือและพึ่งพายามเจ็บป่วย หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นชาย มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง และมีรายได้เสริมจากการนวด หมอพื้นบ้านเกือบทั้งหมดไม่มีใบประกอบโรคศิลปะที่เป็นทางการ หมอพื้นบ้านมีแรงจูงใจและเข้าสู่บทบาทการเป็นหมอพื้นบ้านเพราะบรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านตนเองมีประสบการณ์รักษาตนเองหรือญาติใกล้ชิดในครอบครัว มีความสนใจและอยากเรียนวิชาการแพทย์พื้นบ้าน และเกิดจากพลังอำนาจเหนือธรรมชาติและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การศึกษาและฝึกฝนของหมอพื้นบ้านมาจากหลายแหล่ง คือ ศึกษาจากตำรา ศึกษาจากบรรพบุรุษที่เป็นผู้ฝึกสอน จากครู ผู้รู้ และจากโรงเรียนหรือสถาบัน พร้อมกับฝึกทดลองร่วมกับอาจารย์และฝึกฝนประสบการณ์การรักษาโรคด้วยตนเอง ช่วงระยะเวลาศึกษามีตั้งแต่ ๑ ปี ถึงหลายสิบปี (๑๐ - ๔๐ ปี ขึ้นไป) และเนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบเปิด หมอพื้นบ้านยังมีการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ พร้อมทั้งนำความคิดและเทคนิคของการแพทย์แบบอื่นมาปรับประยุกต์ใช้ในการรักษาของตนเอง

การแพทย์พื้นบ้านมีระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ๕ ด้าน คือ โรคและความผิดปกติของสุขภาพมีสาเหตุจากความสมดุลของธาตุ จากการกระทำของผีหรือวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ จากอำนาจของไสยศาสตร์ จากกฎแห่งกรรม และจากชะตาชีวิตของผู้ป่วย หมอพื้นบ้านมีบทบาทในการรักษาโรคทางกาย โรคทางจิตใจ และโรคทางจิตสังคม ชนิดของโรคที่รักษาโดยหมอพื้นบ้าน มีโรคเด็ก (ตาล ชาง หละ อีสุกอีใส ไข้) กลุ่มอาการกระดูกหักและข้อ ปวดกล้ามเนื้อและปวดเคล็ดเฉพาะที่ (กษัยเส้น เส้น



ติง เส้นจัน) กลุ่มอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือด ไฟลามทุ่ง แมลงสัตว์กัดต่อย งูกัด แมงมุมกัด โรค ประดง ผื่นคัน โรคสตรี (ใช้ทั้งกระดูก อาการผื่นผดผื่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เลือดลมผิดปกติ) โรคเบาหวาน โรคจิตเสียดวง กลุ่มอาการทางจิตใจและจิตสังคม อาการถูกคุณไสย ผีเข้า ชะตาไม่ดี ประสบเคราะห์กรรม ป่วย และยังมีโรคท้องถิ่น (culture-bound syndrome) เช่น โรคไข้หมาป่า โรค ประดง โรคลมผัดผื่น โรคพิษ โรคกำเริบ โรคปะเอ็ง ขวัญหาย เป็นต้น และวิธีการรักษาโรคผสมผสานหลายวิธีประกอบกัน คือ การใช้ยาสมุนไพร การเป่า การนวด การใช้พิธีกรรมและคาถาอาคม หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะรักษาโรคที่บ้านตนเอง บ้านผู้ป่วย วัดและสถานพยาบาล และส่วนใหญ่จะไม่มีใบประกอบโรคศิลปะแบบทางการ จากข้อมูลงานวิจัยสรุปได้ว่าแบบแผนการรักษาโรคแบบพื้นบ้านจะเป็น ความรู้ที่สะสมจากการปฏิบัติ เป็นความรู้ที่มีลักษณะเฉพาะและสอดคล้องกับระบบคิดและระบบนิเวศน์ ของท้องถิ่น และวิธีการรักษาโรคแบบพื้นบ้านจะใช้หลายวิธีการผสมผสานกัน

นอกจากงานวิจัยจะศึกษาหมอพื้นบ้านแล้ว งานวิจัยจำนวนหนึ่งศึกษาผู้ป่วยของหมอพื้นบ้าน และการปฏิสัมพันธ์ของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากเพื่อนบ้านใน ชุมชนเดียวกันหรือใกล้เคียง หากหมอพื้นบ้านมีชื่อเสียงผู้ป่วยจะมาจากจังหวัดอื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบ การศึกษาชั้นพื้นฐาน หลายช่วงอายุ หลายอาชีพ ฐานะยากจนและปานกลาง จำนวนผู้ป่วยที่มารับ บริการจากหมอพื้นบ้านค่อนข้างน้อย ค่าใช้จ่ายในการรักษามี ๒ ส่วน คือ ค่ายาคู และค่าตอบแทน หรือค่าสมนาคุณ มีจำนวนไม่แน่นอน ขึ้นกับหมอพื้นบ้านและความสมัครใจของผู้ป่วย ปัจจัยที่ทำให้ ผู้ป่วยยังคงมารักษากับหมอพื้นบ้าน มี ๕ ด้าน คือ (๑) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค (๒) ความ เชื่อมั่น ความศรัทธาและชื่อเสียงของหมอพื้นบ้าน (๓) คำแนะนำจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เคยมี ประสบการณ์การรักษาโรคแบบพื้นบ้าน (๔) การรักษาโรคแบบพื้นบ้านสะดวก เข้าถึงง่าย ค่าใช้จ่าย น้อยและอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกับผู้ป่วย (๕) การรักษาโรคของการแพทย์แผนใหม่ที่ไม่หายและไม่อาจ ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม หมอพื้นบ้านมีประสบการณ์และความสามารถ แตกต่างกัน หมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียง มีความสามารถและคุณธรรม ชุมชนจะมีการยอมรับและดูแล รักษาโรคให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น พระครูปลัดนรินทร์ หมอกระดูกและหมอนวดที่วัดยุคธรรมาภิบาล จ.ชลบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ มีผู้ป่วยเฉลี่ย ๒๑๓ ราย/เดือน หมอสง่า พันธุ์สายศรี หมอนวด จ.พระนครศรีอยุธยา มีผู้ป่วยเฉลี่ย ๑๐-๑๕ ราย/วัน หมอสมนึก จันทระประสูตร หมอ จ.นครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเฉลี่ย ๒๑๙ คน/ปี เป็นต้น

งานวิจัยที่ศึกษาองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านที่นับเป็นงานบุกเบิกในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา คือ ชุดโครงการวิจัย เรื่อง **“การสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง เพื่อการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน ล้านนา (๒๕๔๕-๒๕๔๗)”** โดย **ยิ่งยง เทาประเสริฐและคณะ^(๗)** เป็นงานรวบรวมชำระตรวจสอบ จัดระบบและสังเคราะห์องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านล้านนา โดยแบ่งเป็น ๒ ช่วง ช่วงแรก เป็นการ จัดระบบทฤษฎีของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ช่วงที่สอง เป็นการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับหมอเมือง ในองค์ ความรู้การแพทย์พื้นบ้านล้านนาลักษณะเจาะลึก ปัจจุบันมีผลงานเป็นตำรากลางของระบบการแพทย์ พื้นบ้านล้านนา ๔ เล่ม คือ ตำราทฤษฎีการแพทย์ ตำราเภสัชกรรม ตำรากายภาพบำบัด และตำรา พิธีกรรมบำบัด/จิตบำบัด งานวิจัยนี้มีประโยชน์ด้านวิชาการและด้านการศึกษาอย่างต่อเนื่อง

๒. บทบาทและปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทของหมอพื้นบ้าน งานวิจัยหลายเรื่องมีการศึกษาบทบาทและการปรับบทบาทของหมอพื้นบ้าน งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า หมอพื้นบ้านมีบทบาทรักษาโรคในชุมชนและส่วนใหญ่มีบทบาทลดลง นอกจากนี้ ยังมีบทบาทด้านสังคมและมีบทบาทสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านยังมีการปรับตัวโดยการสร้างคำอธิบายต่อโรคที่เกิดขึ้นใหม่ตัวอย่าง เช่น โรคเอดส์ โรคเบาหวาน เป็นต้น และยังมีการประยุกต์ใช้เทคนิค วิธีการและเครื่องมือของการแพทย์แผนใหม่ มาใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโรคด้วย เช่น หมอกระดูก หมอเหยา เป็นต้น ปัจจัยที่ทำให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทลดลง คือ เศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นใหม่ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาโรค และความเชื่อมั่น ความศรัทธาและการเข้าถึงที่สะดวกของการแพทย์แผนใหม่

นอกจากบทบาทเฉพาะบุคคลของหมอพื้นบ้าน ยังมีงานวิจัยศึกษาถึงการรวมตัวของหมอพื้นบ้านในลักษณะเป็นกลุ่มและเครือข่าย ลักษณะการรวมตัวเกิดขึ้นได้ ๒ ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นการรวมตัวของหมอพื้นบ้านเพื่อประโยชน์ร่วมกัน ตัวอย่าง เช่น เครือข่ายของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วยที่สัมพันธ์และรวมตัวเพื่อรำลึกถึงครูอาจารย์ในพิธีไหว้ครูประจำปีของหมอพื้นบ้าน ของร่างทรง หรือในภาคอีสาน มีเครือข่ายลำทรง เครือข่ายครูบาใหญ่กับครูบารอง เครือข่ายครูบาและลูกฝั่งครูเทียน เป็นกิจกรรมพบปะไหว้ครูและแลกเปลี่ยนช่วยเหลือทุกข์สุขซึ่งกันและกัน หรือกลุ่มหมอยาพื้นบ้านและผู้เก็บยาสมุนไพรในภาคอีสานรวมตัวกันเก็บยาสมุนไพรและจัดเป็นชุดยาสมุนไพรเพื่อนำไปจำหน่ายเพื่อหารายได้ เป็นต้น ลักษณะที่สอง เป็นกลุ่มหมอพื้นบ้านที่เกิดจากการกระตุ้นและการส่งเสริมของนักพัฒนาทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้หมอพื้นบ้านมีการรวมตัวและมีกิจกรรมถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ การศึกษาสมุนไพรในป่าธรรมชาติ การรักษาโรคร่วมกันในลักษณะเครือข่ายหมอพื้นบ้าน การเคลื่อนไหวผลักดัน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ตัวอย่างเช่น เครือข่ายหมอเมืองล้านนา สมาคมหมอพื้นบ้านอีสาน ชมรม/กลุ่มหมอพื้นบ้านในหลายพื้นที่ เป็นต้น และมีงานวิจัยที่สะท้อนถึงศักยภาพและข้อจำกัดของการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้าน



๓. แนวทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน

งานวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญ คือ ด้าน (๑) องค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่รักษาตามอาการของโรคและไม่รู้สาเหตุของโรค ขาดคุณภาพและไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ (๒) ปาและทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมโทรม ยาสมุนไพรหายากและไม่มีการปลูกทดแทนหรือฟื้นฟูแหล่งทรัพยากรสมุนไพร (๓) ประชาชนไม่นิยมการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน เพราะยาสมุนไพรออกฤทธิ์ช้า และรูปแบบไม่สะดวกในการใช้ (๔) คนรุ่นใหม่และเยาวชนไม่สนใจศึกษาองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านมีการปฏิบัติหน้าที่เคร่งครัดและคัดเลือกคุณสมบัติเฉพาะของลูกศิษย์ นอกจากนี้ งานวิจัยยังเสนอแนะว่าระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นทุนทางสังคมวัฒนธรรมและทุนทางปัญญาของสังคมไทย ทำให้สังคมสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ภาครัฐควรสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้าน ยอมรับสถานภาพของหมอพื้นบ้าน สนับสนุนให้การแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกด้านสุขภาพและส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านมีการรวมตัวและสัมพันธ์ภาคส่วนอื่นของสังคมอย่างเท่าเทียม





งานวิจัยสุขภาพชาติพันธุ์

งานวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพชาติพันธุ์เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์หรือชนเผ่าในประเทศไทย มีการอาศัยแนวคิดและวิธีการศึกษาของการแพทย์ชาติพันธุ์ (ethnomedicine) พฤษศาสตร์ชาติพันธุ์ (ethnobotany) และนิเวศวิทยาชาติพันธุ์ (ethnobotany) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยแบบประยุกต์เพื่อพัฒนารูปแบบการอนุรักษ์ สืบทอดและจัดการทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น มีงานวิจัยทั้งหมด ๒๕ เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยศึกษาแบบแผนการดูแลสุขภาพและการแพทย์ของชาติพันธุ์ภาคเหนือ ประกอบด้วย ชนเผ่า ลาหู่ ม้ง เย้า ลีซอ มูเซอดำ อาข่า กระเหรี่ยง เมี่ยน อีก้อ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าชุมชนมีการสืบทอดและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น มีหมอยาสมุนไพร หมอผี และหมอตำแยเป็นผู้เชี่ยวชาญของชุมชน งานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าภาครัฐควรยอมรับภูมิปัญญาท้องถิ่นและเลือกสิ่งดีมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับการแพทย์สมัยใหม่ และปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพของตนเองและยังมีการศึกษาด้านพฤษศาสตร์พื้นบ้าน มีจำนวน ๙ เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบสำรวจพื้นที่ศึกษา คือ ภาคเหนือและภาคอีสาน เป็นการศึกษาสำรวจและเก็บตัวอย่างพืชที่ประชาชนใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน มีพืชสมุนไพร พืชอาหาร เครื่องใช้และที่อยู่อาศัย พืชเศรษฐกิจ และพืชประกอบพิธีกรรม จากนั้นนำมาจำแนกและตรวจสอบทางอนุกรมวิธาน งานวิจัยมีการจำแนกวงศ์ (family) และมีการสอบถามการใช้ประโยชน์จากผู้รู้และหมอพื้นบ้าน

งานวิจัยลักษณะมีงานบุกเบิกสำคัญ ๒ เรื่องของ **ยศ สันตสมบัติ** และคณะ เป็นงานนิเวศวิทยาชาติพันธุ์ (ethnoecology) คือ (๑) เรื่อง **“ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน”** ^(๔) พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นการศึกษาภูมิปัญญาองค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น เกี่ยวกับทรัพยากรชีวภาพภาคเหนือตอนบน ในกลุ่มชาติพันธุ์ ๑๔ กลุ่ม เน้นพืชอาหารและยา ระบบการจำแนกของชาวบ้าน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการผลิตการจัดการทรัพยากร และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและธรรมชาติแวดล้อม งานวิจัยพบว่า ความสมบูรณ์ของความหลากหลายทางชีวภาพและการดำรงอยู่ของภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน และ (๒) เรื่อง **“นิเวศวิทยาชาติพันธุ์ ทรัพยากรและสิทธิชุมชน”** ^(๕) พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นการศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพและระบบการจัดการทรัพยากรของกลุ่มชาติพันธุ์ ๑๔ กลุ่ม ภาคเหนือตอนบน งานวิจัยได้รวบรวมฐานข้อมูลด้านอาหารและสมุนไพร ทั้งหมด ๑,๖๔๗ ชนิด นำมาปรุงอาหารและใช้เป็นยาบรรเทาอาการเจ็บป่วย ๒๖๔ อาการ และยังค้นพบภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการทรัพยากรชีวภาพของชุมชน นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการ การอนุรักษ์และการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลายทางชีวภาพ ๘ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานปฏิบัติการแสดงให้เห็นถึงภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์จากพืชพรรณในธรรมชาติ ลักษณะการสืบทอดภูมิปัญญาเพื่อการใช้ในครอบครัวและชุมชน

การวิจัยหมอยาพื้นบ้านและยาสมุนไพรพื้นบ้าน

งานวิจัยหมอยาพื้นบ้านหรือหมอสมุนไพรและยาสมุนไพรพื้นบ้านมีจำนวน ๒๐ เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบสำรวจ งานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยแบบทดลอง ประกอบด้วยการศึกษาการใช้ยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้าน การศึกษาหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย การศึกษาการใช้และการผลิตยาสมุนไพรพื้นบ้านของชุมชน และการศึกษาสมุนไพรพื้นบ้านแบบวิทยาศาสตร์ พื้นที่วิจัย คือ ภาคอีสาน ภาคใต้และภาค



ตะวันออก และยังมีการศึกษาสมุนไพรในภาคเหนือซึ่งนำเสนออยู่ในหัวข้องานวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพชาติพันธุ์

งานศึกษาวิจัยพบว่า หมอสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นชาย อายุมาก มีการศึกษาขั้นพื้นฐานน้อย มีอาชีพเกษตรกรรมและไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ หมอยาพื้นบ้านส่วนใหญ่เรียนวิชาจากบรรพบุรุษและญาติ มีประสบการณ์รักษายาวนาน รักษาตามอาการของโรคและมีงานวิจัยสรุปแนวทางการรักษาโรคของหมอสมุนไพร ๒ ลักษณะ คือ การใช้ฤทธิ์ของสมุนไพรไปกดหรือกระตุ้นกลไกการตอบสนองของร่างกาย เช่น การอาเจียน การระบาย การทำให้เหงื่อออก เป็นต้น และการใช้สมุนไพรไปรักษาสาเหตุและอาการของโรค โรคที่รักษาในภาคอีสาน มีโรคไข้หัดหมาไม่ ไข้อกตุ่ม ไข้ฮักฮักไอ้สือ กามโรค โรคผิวกะปูด หรือผิวดำแดง โรคกระเพาะ โรคประดง โรคพิษสุนัขบ้า โรคลมบ้าหมู งูกัด โรคตับและไต โรคเอดส์ โรคเบาหวาน ภาคใต้ มีโรคซาง ภาคตะวันออก มีอาการพิษจากยาฆ่าหญ้า โรคมะเร็ง การรักษาใช้สมุนไพรในหลายรูปแบบ คือ การต้ม ฝน ประคบ แช่น้ำ ลูกกลอนผสมกับวิธีนวด โหราศาสตร์ และพิธีกรรม หมอพื้นบ้านเก็บยาสมุนไพรจากป่าธรรมชาติและป่าใกล้บ้าน มักประกอบยาสมุนไพรเป็นตำรับในภาคอีสานพบว่ามีการใช้ตำรับยาสมุนไพร ๗๖๑ ตำรับ มีสมุนไพร ๑,๐๐๘ ชนิด และในจำนวนนี้ ๕๐๕ ชนิด มีการจำแนกชื่อวิทยาศาสตร์และหมอพื้นบ้านมีการปฏิบัติหน้าที่เคร่งครัด และมีหมอพื้นบ้านบางพื้นที่มีการรวมตัวกันผลิตยาสมุนไพรและบางส่วนเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ขายยาสมุนไพร เพื่อเพิ่มรายได้ของครอบครัว ปัญหาของหมอพื้นบ้านคือ รัฐไม่สนับสนุนและฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านอย่างจริงจังและยาสมุนไพรขาดแคลน เพราะป่าธรรมชาติเสื่อมโทรมลง นอกจากนี้ การเก็บยาสมุนไพรยังขาดความรู้ในการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากสมุนไพรอย่างยั่งยืน



หมอยาพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ งานวิจัยของ นิธิมา สุทธิพันธุ์^(๑๐) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ แสดงให้เห็นว่าระบบวิถีวัฒนธรรมของหมอยาพื้นบ้านอีสานไม่สอดคล้องกับระบบการสอบเพื่อเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย เพราะหมอยาพื้นบ้านมีพื้นฐานจากหลักธรรม เป็นการช่วยเหลือแบบเสียสละ ทำบุญและไม่หวังผลตอบแทน รายได้หลักมาจากอาชีพอื่น หมอพื้นบ้านส่วนหนึ่งจึงไม่ต้องการใบประกอบโรคศิลปะ และองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านมีเอกลักษณ์แตกต่างจากการแพทย์แผนไทยและปัจจุบัน การเปิดสอนการแพทย์แผนไทยเป็นธุรกิจและทำลายภูมิปัญญาดั้งเดิม และมิข้อเสนอให้รัฐควรหาวิธีการเหมาะสมในการออกใบประกอบโรคศิลปะให้หมอพื้นบ้าน

สำหรับการวิจัยสมุนไพรพื้นบ้านแบบวิทยาศาสตร์เป็นการใช้แนวคิดและกระบวนการแบบวิทยาศาสตร์มาวิเคราะห์และพิสูจน์สรรพคุณและพิษของสมุนไพร มีงานวิจัย ๓ เรื่อง เป็นงานวิจัยวิเคราะห์สารเคมีของสมุนไพรพื้นบ้าน และศึกษาเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของสมุนไพรในภาคเหนือและภาคกลาง นอกจากนี้ พร้อมจิต ศรลัมภ์และคณะ ยังมีการสำรวจสายพันธุ์และศึกษาฤทธิ์แก้ปวดต้านอักเสบ และพิษวิทยาของสมุนไพรโคคลาน ซึ่งเป็นสมุนไพรอยู่ในยาตำรับโคคลานแก้ปวดเมื่อยที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในภาคอีสาน

การวิจัยหมอนวด และการนวดพื้นบ้าน

การวิจัยการนวดพื้นบ้านมี ๖ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรค การนวด เทคนิคการนวด และผลของการนวด พบว่า หมอนวดพื้นบ้านเรียนวิชาจากบรรพบุรุษ



ใช้เทคนิคการนวดหลายวิธี ประกอบกับลูกประคบสมุนไพร ยาสมุนไพร ไม้nard น้ำมัน เกล็ดเผาไฟ และมีพิธีกรรมในกระบวนการรักษาโรค โรคที่หมอนวดพื้นบ้านรักษา คือ อาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคกระดูกและเอ็น เหน็บชา เครียด มดลูกหย่อน กระตุ้นน้ำนม นวดน้กมวญ วิธี การนวดแต่ละภูมิภาคมีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน

การวิจัยหมอกระดูกและการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน

การวิจัยการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้านมี ๔ เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การศึกษากระบวนการรักษากระดูกของหมอกระดูกและผู้ป่วย ๓ เรื่อง และการศึกษากระบวนการถ่ายทอด ความรู้ของหมอกระดูก ๑ เรื่อง ผลการศึกษาแสดงว่า หมอกระดูกได้รับการถ่ายทอดวิชาการบรรพบุรุษ และครูอาจารย์ สามารถรักษากลุ่มอาการกระดูกหัก เข้าเฝือกให้ใช้น้ำมันหรือน้ำมันสมุนไพร ประกอบกับการเป่า การใช้คาถาและสมาธิ และมีงานวิจัย ๒ เรื่อง แสดงถึงประสิทธิผลของการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้านที่ค่อนข้างดี ทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้และพึงพอใจในการรักษากระดูกหัก หมอกระดูกมีการปฏิบัติธรรมและสวดมนต์เป็นประจำ และบางคนมีการถ่ายทอดความรู้สู่ลูกศิษย์ด้วย เหตุผลที่ผู้ป่วยมารักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน คือ ความเชื่อ ความศรัทธา และค่าใช้จ่าย

การวิจัยหมอและการรักษากระดูกแบบพื้นบ้าน

การวิจัยการรักษากระดูกแบบพื้นบ้านมี ๕ เรื่อง ประกอบด้วยงานศึกษาองค์ความรู้และกระบวนการการรักษากระดูกของหมอและผู้ป่วย ๒ เรื่อง คือ งานวิจัยเรื่อง “ภูมิปัญญาหมอ” ของ สุวิทย์ มาประสงค์ (๒๕๔๖)^(๑๑) และงานวิจัยเรื่อง “การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ของ พิบูล กมลเพชรและคณะ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๓๘^(๑๒) ส่วนงานวิจัยอีก ๓ เรื่อง เป็นการศึกษา เภสัชวิทยาของสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้รักษากระดูก พื้นที่วิจัยคือภาคใต้และภาคอีสาน งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า หมอเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความสามารถในการรักษาพิษและงูไม่มีพิษกัดและได้รับการยอมรับจากชุมชน หมอใช้สมุนไพรในท้องถิ่นรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากงูกัดเพื่อระงับอาการปวด กำจัดพิษออกจากร่างกาย และรักษาแผลที่เกิดจากพิษงู หมอบางส่วนใช้วิธีการไสยศาสตร์ประกอบการรักษาด้วย และผู้วิจัยเสนอว่า ประสิทธิภาพในการรักษากระดูก เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม มิใช่เกิดจากประสิทธิภาพยาเพียงอย่างเดียว

ในภาพรวมของหมอดงานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ อันเป็นงานวิจัย การแพทย์พื้นบ้านที่มีผลเชิงประจักษ์ (empirical tradition) มีงานวิจัย ๗๙ เรื่อง จำแนกเป็น ๗ ด้าน คือ การวิจัยตำราการแพทย์พื้นบ้าน การวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน การวิจัยสุขภาพชาติพันธุ์ การวิจัย หมอยาพื้นบ้านและยาสมุนไพรพื้นบ้าน การวิจัยหมอนวดและการนวดพื้นบ้าน การวิจัยหมอกระดูก และการรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน และการวิจัยหมอและการรักษากระดูกแบบพื้นบ้าน เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบสำรวจและการวิจัยแบบทดลอง งานวิจัยส่วนใหญ่อาศัยศาสตร์ด้านมานุษย-วิทยาการแพทย์ (medical anthropology) การแพทย์ชาติพันธุ์ (ethnomedicine) และวัฒนธรรม สาธารณสุขและบางส่วนใช้วิทยาศาสตร์และเภสัชศาสตร์ในการวิจัย และในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมา งานวิจัยบางส่วนได้มีการผสมผสานศาสตร์มากกว่าหนึ่งศาสตร์ในการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน ตัวอย่างเช่น นิเวศวิทยาชาติพันธุ์ พฤกษศาสตร์ชาติพันธุ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยยังคงทำงานวิจัยลักษณะ

โครงการเดี่ยว งานวิจัยที่มีลักษณะบูรณาการและใช้ศาสตร์หลายสาขา (multidisciplinary approach) เพื่อพัฒนางานระยะยาวและสร้างเป้าหมายที่ชัดเจนยังคงมีน้อย นอกจากนี้ งานวิจัยก็ยังคงเป็นงานลักษณะวิทยานิพนธ์ ทำให้ผลวิจัยถูกนำมาใช้ประโยชน์ต่อสาธารณชนได้จำกัด

สำหรับผลของการวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ยังคงให้ความสำคัญกับระบบคิด ความเชื่อและแบบแผนการดูแลสุขภาพโรคของหมอพื้นบ้าน เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมและระบบนิเวศน์ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคและการศึกษาถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แบบอื่นยังคงมีน้อย งานวิจัยเป็นการมองระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบวัฒนธรรม (cultural Interpretive theory) และยังมีการวิจัยหมอพื้นบ้านที่มีลักษณะและความชำนาญเฉพาะมากขึ้น ตัวอย่างเช่น หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอนวดและหมอด้านพิธีกรรม เป็นต้น ทำให้เกิดความเข้าใจต่อภาพรวมของการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบและชัดเจนขึ้น แต่งานวิจัยยังเป็นไปในมิติด้านสังคมศาสตร์ ทำให้ผลการวิจัยยังไม่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านนโยบายและด้านปฏิบัติการสำหรับประเด็นการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ในอนาคต คือ

- การสำรวจประเภทและการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านในแต่ละภูมิภาค
- การศึกษาและสังเคราะห์ระบบองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านแบบสหวิทยาการ
- การศึกษาประสิทธิผลแบบองค์รวมของการแพทย์พื้นบ้าน
- การวิจัยและพัฒนาฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านชาติพันธุ์เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ
- การศึกษาและพัฒนาสถานะทางกฎหมายและทางสังคมของหมอพื้นบ้าน
- การจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมอพื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านกับนักวิชาการหลายสาขา
- การวิจัยรูปแบบและกระบวนการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน
- การศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการจดสิทธิบัตรภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีฐานมาจากการแพทย์พื้นบ้าน



หมวด ๓ งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรมและความเชื่อ

งานวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านแบบศาสนธรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นการศึกษาวิจัยความเชื่อและพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ มีงานวิจัยทั้งหมด ๓๘ เรื่อง จำแนกเป็น งานวิจัยหมอพระและพุทธศาสนาในการดูแลสุขภาพ จำนวน ๖ เรื่อง งานวิจัยความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวกับผี จำนวน ๒๕ เรื่อง และงานวิจัยเกี่ยวกับขวัญและคาถาอาคม จำนวน ๗ เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ

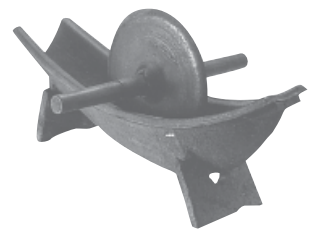
สำหรับงานวิจัยหมอพระและพุทธศาสนาในการดูแลสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงบทบาทของหมอพระต่อชีวิตและความเจ็บป่วย งานวิจัยพบว่า หลักพุทธศาสนามีการกล่าวถึงหลักการและวิธีการ



ดูแลโรคทางกายและโรคทางใจ หมอพระเป็นพระสงฆ์ที่มีความสนใจและเรียนวิชาการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน โรคที่รักษามีโรคเอดส์ โรคมะเร็ง อาการติดยาเสพติด วิธีการคือการสวดมนต์ภาวนา การคิดทางบวก การฟังรายการธรรมะ ยาสมุนไพร พิธีไสยศาสตร์ หมอพระบางท่านใช้วิธีการของการแพทย์แผนใหม่มาผสมผสานในการรักษาโรค นับเป็นการอนุรักษ์และส่งเสริมการรักษาโรคแบบพื้นบ้านและสงเคราะห์ผู้ป่วย ส่วนงานวิจัยความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวกับผีเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ สะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับผีบรรพบุรุษ ผีเจ้านาย วิญญาณศักดิ์สิทธิ์ เช่น ผีฟ้าพญาแถน พญานาค เจ้าพ่อ ผีเจ้านายเป็นต้น ผีจะช่วยคุ้มครองให้ชีวิตมีสุข ดลบันดาลให้ธรรมชาติและฝนตกตามฤดูกาล ส่งผลดีต่อการเพาะปลูกพืช ชุมชนจะมีหมอผีหรือร่างทรงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประกอบพิธีกรรม พิธีกรรมจะช่วยแก้สถานการณ์ที่ผิดปกติได้ ช่วยรักษาความเจ็บป่วย ช่วยให้กำลังใจ คลายความวิตกกังวล เพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและยังมีบทบาทช่วยคลี่คลายปัญหาในครอบครัวและชุมชนได้ สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับขวัญและคาถาอาคมพบว่า ประชาชนมีความเชื่อเกี่ยวกับขวัญ เป็นความเชื่อที่ผสมผสานระหว่างพุทธและพราหมณ์ พิธีทำขวัญมีหมอขวัญเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมในหลายช่วงของชีวิต ช่วงโกนจุก บวชนาค แต่งงาน และเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีพิธีทำขวัญข้าวและพิธีทำขวัญเรือด้วย

กล่าวโดยสรุปว่า งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบศาสนธรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติเป็นงานศึกษาวิจัยถึงความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวกับพระ พราหมณ์และผี มีงานวิจัยทั้งหมด ๓๘ เรื่อง พิธีกรรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับชีวิตและแบบแผนการผลิตทางเกษตร อย่างไรก็ตาม พิธีกรรมและแบบแผนมีการเปลี่ยนแปลงจากแบบดั้งเดิม ประเด็นการวิจัยในอนาคตคือ

- การวิจัยและฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้านและระบบความรู้ท้องถิ่น
- การวิจัยและพัฒนาคนรุ่นใหม่เรียนวิชาจากหมอพิธีกรรม
- ศึกษาและจัดการองค์ความรู้การดูแลรักษาโรคของหมอพระที่มีประสบการณ์สูง



บทสรุปและการอภิปรายผล

การศึกษสถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพเป็นงานวิจัยเชิงเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานภาพและทิศทางการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๗ ผลการศึกษาพบว่า งานวรรณกรรมของการวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมีจำนวน ๑๕๕ เรื่อง จำแนกเป็นงานวิจัยด้านสุขภาพพื้นบ้าน ๓๘ เรื่อง งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ ๗๙ เรื่อง และงานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบศาสนธรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติ ๓๘ เรื่อง พื้นที่วิจัยอยู่ในพื้นที่ภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ รองลงมาเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ งานวิจัยแบบทดลอง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ งานส่วนใหญ่เป็นงานวิทยานิพนธ์และส่วนที่เหลือเป็นงานวิจัยของสถาบันการศึกษาในภาพรวม จำนวนงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมีจำนวนไม่มากนัก งานวิจัยยังไม่มีระบบ ทิศทางและวาระการวิจัยไม่ชัดเจน ไม่มีระบบสนับสนุน และยังไม่มีการจัดการความรู้ที่ได้รับจากงานวิจัยเพื่อใช้ประโยชน์ด้านนโยบายและด้านปฏิบัติการที่ต่อเนื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่อาศัยองค์ความรู้ด้านสังคมศาสตร์และเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ศาสตร์

ที่ใช้ประโยชน์ในงานวิจัยคือมานุษยวิทยาการแพทย์และการแพทย์ชาติพันธุ์ นอกจากนี้ ศาสตร์ด้านอื่นได้ถูกนำมาผนวก และใช้ประโยชน์ในงานวิจัย ตัวอย่างเช่น ด้านนิเวศน์ชาติพันธุ์ (ethno ecology) พฤกษศาสตร์ชาติพันธุ์ (ethnobotany) ด้านเภสัชศาสตร์ (pharmacy) เป็นต้น ศาสตร์ทุกด้านล้วนมีคุณค่าและทำให้เกิดความเข้าใจ “ความจริง” ของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ในการศึกษาวิจัย ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพควรเริ่มจากศาสตร์ด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) หรือการแพทย์ชาติพันธุ์ (ethno medicine) หลังจากนั้นอาศัยศาสตร์ด้านอื่นมาวิจัยคู่ขนานหรือวิจัยต่อยอด เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจต่อภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพแบบหลายมิติและแบบบูรณาการ พร้อมทั้งวิจัยและพัฒนาเชื่อมโยงไปสู่ภาคนโยบายและภาคปฏิบัติการอันจะทำให้สามารถสื่อสารและใช้ประโยชน์กับสาธารณะได้อย่างสมสมัย

งานวิจัยด้านสุขภาพแบบพื้นบ้าน ประกอบด้วยงานวิจัยเกี่ยวกับอาหารธรรมชาติ อาหารพื้นบ้าน พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ และการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด งานส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและเป็นงานวิจัยที่นักวิจัยทั้งในและต่างประเทศให้ความสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในวิถีชีวิตของประชาชน เป็นองค์ความรู้ที่เป็นประสบการณ์ตรงของประชาชน ทิศทางงานวิจัยในอนาคตควรส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้าน วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้าน เพื่อให้ประชาชนมีความเชื่อมั่น ภูมิใจและตระหนักถึงคุณค่าภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรธรรมชาติและวิธีการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ มาต่อยอดวิเคราะห์สารอาหาร สารเคมี และคุณค่าด้านอาหารและยา วิเคราะห์ด้านสุขภาพเพื่อให้มีข้อมูลที่เชื่อถือได้และสามารถใช้ประโยชน์ต่อสาธารณะได้

งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ ประกอบด้วยงานวิจัยตำราการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้าน (ภาพรวม) ภูมิปัญญาสุขภาพชาติพันธุ์ การนวดพื้นบ้าน การรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้านและการรักษา ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ทั้งหมด ๗๙ เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยแบบสำรวจและงานวิจัยแบบทดลอง อาศัยศาสตร์ด้านมานุษยวิทยาการแพทย์มาใช้ประโยชน์ในงานวิจัย และในระยะที่ผ่านมา มีการใช้ศาสตร์อื่นมาวิจัยร่วมด้วย ตัวอย่างเช่น นิเวศน์วิทยาชาติพันธุ์ พฤกษศาสตร์ ชาติพันธุ์ เภสัชศาสตร์ เป็นต้น ในอนาคต การวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ควรมีวาระการวิจัยและระบบสนับสนุนงานวิจัยที่ชัดเจนและมีหลายมิติ วิจัยระบบคิดและแบบแผนการรักษาโรคแบบพื้นบ้านที่มีเอกลักษณ์และศักยภาพสูงเฉพาะด้าน ตัวอย่างเช่น การรักษากระดูกหักแบบพื้นบ้าน การรักษาโรคท้องถื่นด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้าน การนวดพื้นบ้าน การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด เป็นต้น เพื่อให้มีคำตอบด้านประสิทธิผลแบบองค์รวม และความปลอดภัยที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมได้

งานวิจัยการแพทย์พื้นบ้านแบบพิธีกรรมและความเชื่อ ประกอบด้วยงานวิจัยหมอพระ ความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวกับผี ขวัญและคาถาอาคม จำนวน ๓๔ เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาความเชื่อ แบบแผนพิธีกรรมโดยมีหมอผี ร่างทรง หมอขวัญและหมอพระเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในพิธีกรรม ในอนาคตองค์ความรู้แบบศาสนธรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติจะเป็นที่พึงทางจิตใจและจิตสังคมของชุมชน ควรมีงานวิจัยและส่งเสริมระบบความรู้ท้องถิ่น และมีการศึกษาและจัดการองค์ความรู้การดูแลรักษาโรคของหมอพระที่มีประสบการณ์



ข้อเสนอแนะ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ๖ ด้าน คือ

- (๑) การวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพควรมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและครบวงจรมีระบบสนับสนุนงานวิจัยที่ชัดเจนและระยะยาว และมีกลไกการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์และสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่องได้ ระบบสนับสนุนงานวิจัยควรเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคสถาบันการศึกษา
- (๒) การประมวลและสร้างฐานข้อมูลงานวิจัยด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมีความเจริญต่อการพัฒนานโยบายและภาคปฏิบัติการ และยังมีประโยชน์ในการพัฒนาแผนงานวิจัยและระบบงานวิจัยด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ดังนั้น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำเป็นต้องสร้างระบบฐานข้อมูลงานวิจัยด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ประเมินและสังเคราะห์ภาพรวมอย่างต่อเนื่อง (ประมาณ ๕ ปี/ครั้ง) และนำข้อมูลมาจัดระบบและจัดการเพื่อการใช้ประโยชน์ต่อไป
- (๓) การวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพผสมผสานกับภูมิปัญญาสมัยใหม่ควรมีการออกแบบงานวิจัยให้ชุมชนได้เรียนรู้และมีศักยภาพในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนด้วยตนเอง เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง สงบสุขและอยู่รอดได้ในสังคมปัจจุบัน
- (๔) การวิจัยด้านประสิทธิผลของการแพทย์พื้นบ้าน ควรอาศัยมุมมองการประเมินประสิทธิผลแบบองค์รวม ประกอบด้วยประสิทธิภาพทางกายภาพ (physical efficacy) ประสิทธิภาพทางจิต (psychological efficacy) และประสิทธิผลทางสังคม (social efficacy)^(๑๓) อีกทั้งพิจารณาผลกระทบต่อวัฒนธรรมและระบบนิเวศน์อันจะช่วยให้เข้าใจคุณค่าของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน
- (๕) การออกแบบงานวิจัยและการนำผลงานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์กับสังคม ควรคำนึงถึง “กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์” จากงานวิจัย ซึ่งมีทั้งประชาชน หมอพื้นบ้าน ชุมชน บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน สถาบันการศึกษาและนักพัฒนา
- (๖) งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพมีหลายศาสตร์ หลายฝ่ายและแหล่งทุนในกระบวนการวิจัยและการจัดสรรประโยชน์จากผลงานวิจัยควรมีการวิจัยและหาคำตอบที่ชัดเจน อาจมีลักษณะ “สิทธิบัตรร่วม” ในนวัตกรรม ผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพที่สร้างใหม่
- (๗) งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ ควรมีกระบวนการที่ผนึกกำลังทุกฝ่ายทั้งด้านกำลังคนและแหล่งทุนเพื่อวิจัย พัฒนาและรื้อฟื้นคุณค่าภูมิปัญญาให้เป็นประโยชน์ในวงกว้าง



เอกสารอ้างอิง

- ๑ เอกวิทย์ ณ ถลาง. (๒๕๕๖). *ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการจัดการความรู้*. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ๒ เสาวภา พรศิริพงษ์ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญและคณะ. (๒๕๓๙). *สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย* กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ๓ รุจิณา อรรถดิษฐ์และคณะ. (๒๕๔๘). การประมวลและวิเคราะห์เบื้องต้น : องค์ความรู้ของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ร่วมสร้างและจัดการภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ, ๖-๗ กันยายน ๒๕๔๘ ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)
- ๔ Kleinman A. (๑๙๘๔). *Indigenous System of healing : question for professional, popular and folk care in Alternative Medicine*. New York : Tavistock Publication, p.๑๓๘-๑๖๔
- ๕ กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ประเภทบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย, ข้อมูลสรุป ณ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๔๙. (อัดสำเนา)
- ๖ รุ่งรังษี วิบูลชัย. (๒๕๓๘). *การดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษานานาชาติ ตำบลข้าวบูน อำเภอกุดข้าวบูน จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา) สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบทมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ๗ ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (๒๕๔๖). *วิถีการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา*. เชียงใหม่ : วนิดาเพรส.
- ๘ ยศ สันตสมบัติ. (๒๕๔๗). *นิเวศน์วิทยาชาติพันธุ์ ทรัพยากรชีวภาพและสิทธิชุมชน*. เชียงใหม่ : บริษัท วิทอินดีไซน์.
- ๙ ยศ สันตสมบัติ. (๒๕๔๒). *ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน*. เชียงใหม่ : นนทบุรีการพิมพ์.
- ๑๐ นิธิมา สุทธิพันธุ์และคณะ. (๒๕๔๗). ความไม่สอดคล้องของวิถีวัฒนธรรมหมอยาพื้นบ้านอีสานกับระบบการสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ๑๑ สุวิทย์ มาประสงศ์. (๒๕๔๖). *ภูมิปัญญาหมอยา*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสนับสนุนกองทุนการวิจัย.
- ๑๒ พิบูล กมลเพชร สมจิตร ปทุมานนท์และคณะ. (๒๕๓๘). *ศึกษาการใช้สมุนไพรจากหมอสุมไพรพื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ๑๓ Heggenhougen K. (๑๙๘๘). *Tradition medicine and primary health care*. EPC publication.



สถานการณ์ สำรวจอนามัยและสวัสดิการ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปรียา มิตรานนท์
สำนักงานสถิติแห่งชาติ
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ
และการสื่อสาร

การศึกษาสถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาจากผลสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการรักษาพยาบาลเมื่อเวลาเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายโดยใช้วิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้แก่ การรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ นอกจากนี้ยังได้ศึกษา/วิเคราะห์เกี่ยวกับจำนวนและข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการการรักษาพยาบาลตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ตลอดจนกำหนดนโยบายการให้บริการการรักษาพยาบาล และเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากร

ในการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จำเป็นอย่างยิ่งต้องศึกษาคำนึงถึงระเบียบวิธีการจัดเก็บข้อมูล ซึ่งจะมีผลต่อข้อมูลที่ได้ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นการศึกษาข้อมูลระดับประเทศ มีขนาดตัวอย่างถึง ๒๗,๐๐๐ ครัวเรือน จากการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปผลดังนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ผลจากการศึกษาพบว่า จากจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทยในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ซึ่งมีจำนวน ๖๓.๙, ๖๕.๑ และ ๖๕.๓ ล้านคน เป็นผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในช่วง ๑ เดือน ย้อนหลังจากวันที่ไปสำรวจซึ่งหมายถึง การป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยจนถึงป่วยหนักรวมถึงรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗, ๒๐.๖ และ ๑๙.๗ ของประชากรทั้งสิ้น โดยจากผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย





ได้มีการรักษาพยาบาลถึงประมาณร้อยละ ๙๕ ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

วิธีการรักษาพยาบาล

วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจมีวิธีการรักษาหลายวิธี ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยไปสถานเอนกมัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนมากที่สุด สำหรับการให้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประชากรเลือกใช้มีประมาณร้อยละ ๒.๑, ๑.๓ และ ๑.๐ (ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘) สำหรับการใช่วิธีการรักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณพบว่ามีประมาณร้อยละ ๑.๐

การวิเคราะห์ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร

การวิเคราะห์ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล ได้ผลดังนี้

๑. ประชากรจำแนกตามเพศ ผลจากการศึกษาพบว่า ชายและหญิงใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณแตกต่างกันเล็กน้อย โดยที่ชายจะใช้วิธีการรักษาดังกล่าวสูงกว่าหญิงเล็กน้อย

๒. โครงสร้างอายุของประชากร ประชากรผู้สูงอายุคือ ผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร มากที่สุดในปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ แต่ในปี ๒๕๔๘ ผู้ที่รักษาโดยใช้วิธีนี้สูงสุดคือ กลุ่มวัยทำงานคือ ผู้ที่มีอายุ ๒๕-๕๙ ปี

ผู้ที่รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณมากที่สุดทั้งในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ คือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน รองลงมาคือผู้สูงอายุ

๓. การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณในแต่ละระดับการศึกษาที่สำเร็จมีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยในกลุ่มที่ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๒.๘, ๑.๙ และ ๑.๖ ของ



ประชากรในกลุ่มนี้ทั้งหมด ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ขณะที่ผู้มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ ๒.๒, ๑.๗ และ ๐.๗ ในปีดังกล่าว

สำหรับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ในแต่ละระดับ การศึกษาไม่แตกต่างกันคือประมาณร้อยละ ๑.๐ ของประชากรในแต่ละระดับการศึกษา

๔. อาชีพ เมื่อแบ่งการทำงานออกเป็น ๒ หมวดใหญ่ๆ คือ ภาคเกษตรกรรม และนอกภาคเกษตรกรรม พบว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรเป็นผู้อยู่ในภาคเกษตรกรรมมากกว่านอกภาคเกษตรกรรม แต่สัดส่วนของผู้ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณมีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งภาคเกษตรกรรมและนอกภาคเกษตรกรรม และเมื่อศึกษารายละเอียดตามอาชีพหลักพบว่า อาชีพที่ใช้วิธีการรักษาดังกล่าวมากที่สุดคืออาชีพเกษตรและประมง ลำดับรองลงมา คือ อาชีพด้านฝีมือและธุรกิจ และอาชีพพนักงานบริการ



รายละเอียดถึงปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชากรที่มีผลกระทบต่อทางเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

การวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ

การรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญนั้นในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ผู้ที่รักษาโดยยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร คือ ผู้ที่ป่วย/รู้สึกไม่สบายโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ รองลงมาคือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ และโรคหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับผู้รักษาโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ คือ ผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนกำหนดนโยบาย และการจัดทำยุทธศาสตร์ ตลอดจนพัฒนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามสถานการณ์ และแนวโน้มของข้อมูล และควรจัดให้มีการสำรวจเป็นการเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย ตลอดจนต้องศึกษา

สำหรับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของประชากรไทยในปัจจุบันสามารถเลือกใช้ได้หลายวิธี แต่จะมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยหลายปัจจัย เช่น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล ดังนั้นควรจะได้มีการศึกษาหาข้อมูลต่างๆ เพื่อนำไปประกอบการวางแผน และกำหนดนโยบายต่างๆ ได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง รวมทั้งควรมีข้อมูลในระดับพื้นที่ย่อยจึงจะสามารถวางแผนและพัฒนาได้อย่างครอบคลุม และสนับสนุนให้มีการศึกษาข้อมูลในระดับพื้นที่ย่อย เช่น เขตเมือง เขตชนบท ระดับจังหวัด เป็นต้น



บทนำ

การศึกษาด้านการณและแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาจากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจดังกล่าวนี้ได้เริ่มทำการสำรวจมาตั้งแต่ปี ๒๕๑๗ โดยในช่วงแรกจัดทำการศึกษาสำรวจทุกปีจนถึงปี ๒๕๒๑ หลังจากนั้นในปี ๒๕๒๕-๒๕๔๔ ได้จัดทำการศึกษาสำรวจทุก ๕ ปี และนับตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ เป็นต้นไปจะทำการสำรวจทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการบริการด้านสาธารณสุขและการเข้าถึงของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรไทย จากการศึกษาสำรวจดังกล่าวนี้ ได้มีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายครั้งสุดท้ายระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสำรวจและการไปรับบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบการรักษาพยาบาลมีหลายลักษณะด้วยกัน ซึ่งการรักษาโดยการใช้อาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร การไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในหลายวิธีและได้นำมาเป็นประเด็นที่จะทำการศึกษารายละเอียดในครั้งนี้

การศึกษาด้านการณและแนวโน้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ศึกษาจำนวนผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วยในแต่ละวิธีแยกตามประเภทวิธีการรักษาพยาบาล
2. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการการรักษาพยาบาลตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม
3. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการรักษาพยาบาลโดยการใช้วิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ขอบข่ายของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของข้อมูลในช่วงเวลา ๓ ปี คือปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ จากการศึกษาสำรวจอนามัยและสวัสดิการ วิธีการเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ โดยมีครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศในแต่ละปีสำรวจประมาณปีละ ๒๗,๐๐๐ ครัวเรือน



คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจ

นิยามที่ใช้ในการสำรวจหรือเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละแหล่งข้อมูลมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ต่อข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ เพราะถ้าคำนิยามแตกต่างกันผลที่ได้ก็จะแตกต่างกันด้วย คำนิยามที่ใช้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการมีดังนี้

๑. ยาแผนโบราณ หมายถึงยาที่ใช้ในการบำบัดโรคโดยอาศัยความรู้จากตำราแผนโบราณ ซึ่งได้จากการเรียนสืบทอดกันมา หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ ตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. ๒๕๑๗-๒๕๒๐ ยาเหล่านี้มีกรรมวิธีการผลิตแบบธรรมชาติ ไม่ซับซ้อน เช่น บดเป็นผงละลายน้ำ บั่นเป็นลูกกลอน ต้มเอาน้ำมากิน อบ อบแห้ง เป็นต้น

ยาแผนโบราณที่พบโดยทั่วไปมี ๒ รูปแบบ คือ

๑. ยาแผนโบราณสำเร็จรูป ที่วางขายตามร้านขายยาทั่วไป หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ยาแผนโบราณเหล่านี้จะมีคำว่า “ยาแผนโบราณ” และเลขทะเบียนตำรับยากำกับไว้บนฉลากยาให้ทราบ ซึ่งขายเฉพาะยาแผนโบราณที่จัดว่าเป็นยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาธาตุ บรรจบบรรจุ ยาหอมอินทจักร์ ยาเขียวหอม เป็นต้น

๒. ยาแผนโบราณในรูปของสมุนไพรต่าง ๆ นำมาจัดเป็นสักรับตามอาการโรคที่รักษา ซึ่งยาเหล่านี้ชาวบ้านโดยทั่วไปมักเรียกว่า “ยาหม้อ” “ยาต้ม” “ยาพื้นบ้าน” “ยากองบ้าน” รวมทั้งยาไทย ยาจีน หรือยาพื้นบ้านของคนเชื้อสายต่าง ๆ เช่น พม่า เขมร เขก เป็นต้น

๒. หมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วย โดยใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร (หรือวิธีการนวดแผนโบราณ)

สถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ได้ทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย โดยจากการสำรวจมีการถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/รู้สึกไม่สบาย ซึ่งหมายถึง การป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยจนถึงป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกตัวว่าไม่สบายในช่วง ๑ เดือนย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ รวมทั้งถามถึงวิธีการรักษาว่ามีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร ซึ่งคำตอบเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลมีหลายวิธีด้วยกัน แต่มีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยอยู่ ๒ ประเด็นคือ

๑. รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร

๒. รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี คือ ปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ เพื่อต้องการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้ม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ทำการศึกษา สรุปผลได้ดังนี้



ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ผลจากการศึกษาพบว่า ในปี ๒๕๔๖ ประชากรของประเทศไทยมีประมาณ ๖๓.๙ ล้านคนเพิ่มเป็น ๖๕.๑ ล้านคน และ ๖๕.๓ ล้านคน ในปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗, ๒๐.๖ และ ๑๙.๗ ของประชากรทั้งสิ้น ชายจะป่วยหรือรู้สึกไม่สบายน้อยกว่าหญิง เป็นชายประมาณร้อยละ ๑๖.๒, ๑๘.๖ และ ๑๗.๗ ของประชากรชายทั้งสิ้น ตามลำดับ ขณะที่หญิงป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นร้อยละ ๒๑.๒, ๒๒.๖ และ ๒๑.๗ ของประชากรหญิงทั้งสิ้นตามลำดับ

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ๑ เดือนก่อนสัมภาษณ์
พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ จำแนกตามเพศ ทัวราชอาณาจักร

(จำนวน : พันคน)

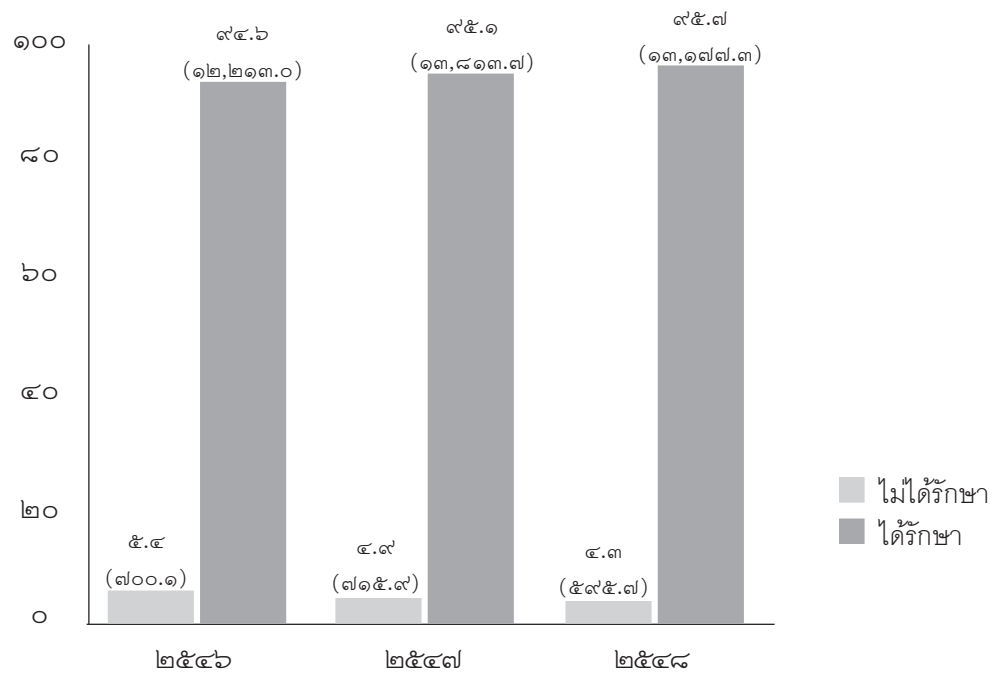
เพศ	รวม	ป่วย	ไม่ป่วย
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐๐ (๖๓,๘๘๔.๕)	๑๘.๗ (๑๑,๙๕๙.๓)	๘๑.๓ (๕๑,๙๒๕.๒)
ชาย	๑๐๐.๐๐ (๓๑,๘๑๘.๒)	๑๖.๒ (๕,๑๕๔.๑)	๘๓.๘ (๒๖,๖๖๔.๑)
หญิง	๑๐๐.๐๐ (๓๒,๐๖๖.๓)	๒๑.๒ (๖,๘๐๕.๒)	๗๘.๘ (๒๕,๒๖๑.๑)
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐๐ (๖๕,๑๑๒.๗)	๒๐.๖ (๑๓,๔๒๐.๖)	๗๙.๔ (๕๑,๖๙๒.๑)
ชาย	๑๐๐.๐๐ (๓๒,๔๓๒.๘)	๑๘.๖ (๖,๐๒๗.๕)	๘๑.๔ (๒๖,๔๐๕.๓)
หญิง	๑๐๐.๐๐ (๓๒,๖๗๙.๙)	๒๒.๖ (๗,๓๙๓.๑)	๗๗.๔ (๒๕,๒๘๖.๘)
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐๐ (๖๕,๒๘๗.๘)	๑๙.๗ (๑๒,๘๖๕.๐)	๘๐.๓ (๕๒,๔๒๒.๘)
ชาย	๑๐๐.๐๐ (๓๒,๕๑๙.๖)	๑๗.๗ (๕,๗๕๗.๒)	๘๒.๓ (๒๖,๗๖๒.๔)
หญิง	๑๐๐.๐๐ (๓๒,๗๖๘.๒)	๒๑.๗ (๗,๑๐๗.๘)	๗๘.๓ (๒๕,๖๖๐.๔)

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในจำนวนผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายได้ใช้วิธีการรักษาในหลายๆ รูปแบบด้วยกันโดยได้มีการรักษาพยาบาลในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ประมาณร้อยละ ๙๕ จากผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายทั้งหมด



แผนภูมิ ๑ จำนวนและร้อยละของประชากรที่ได้รับการรักษาและไม่รักษาจากอาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ (จำนวน : พันคน)



แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สํานักงานสถิติแห่งชาติ

วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย

ในการสอบถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลสำหรับการป่วยครั้งสุดท้ายในระหว่าง ๑ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ผู้ตอบสามารถตอบวิธีการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ได้มากกว่า ๑ คำตอบ เนื่องจากในการป่วยแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจจะมีวิธีการรักษาพยาบาลหลายวิธี จากผลการศึกษาพบว่า ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปสถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนสูงสุด (ร้อยละ ๔๓.๔ ในปี ๒๕๔๘) รองลงมา คือ การรักษาพยาบาลโดยไปคลินิก/ไปโรงพยาบาลเอกชน และซื้อยากินเอง (ร้อยละ ๒๒.๐ และ ๒๐.๐)

สำหรับการใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ประชากรเลือกใช้โดยที่ในปี ๒๕๔๖ ใช้วิธีนี้ร้อยละ ๒.๑ ลดลงเหลือร้อยละ ๑.๓ และ ๑.๐ ในปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ตามลำดับ ในการใช้วิธีการรักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณ พบว่าในช่วง ๓ ปีนี้ไม่มี ความแตกต่างกัน คือ คิดเป็นประมาณเกือบร้อยละ ๑.๐



ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลการป่วย/รู้สึกไม่สบาย พ.ศ. ๒๕๔๖/ ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ จำแนกตามเพศ หัวราชอาณาจักร

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ.	รวมที่รับการรักษาพยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	ซื้อยากินเอง	ไปสถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ไป รพ.ของมหาวิทยาลัย/ไป รพ.สังกัดอื่นของรัฐ	ไปคลินิกเอกชน/ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ (ระบุ)
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐	๒.๑	๐.๖	๒๑.๑	๔๔.๔	๑๑.๕	๑๙.๐	๑.๓
	(๑๒,๒๓๓.๐)	(๒๖๑.๑)	(๗๗.๘)	(๒,๕๗๑.๓)	(๕,๔๑๘.๗)	(๑,๔๐๘.๒)	(๒,๓๑๖.๖)	(๑๕๙.๒)
	ชาย	๑๐๐.๐	๒.๒	๒๒.๗	๔๔.๒	๑๑.๒	๑๗.๗	๑.๑
	(๕,๒๒๑.๒)	(๑๑๓.๒)	(๔๖.๓)	(๑,๑๘๕.๓)	(๒,๓๐๙.๒)	(๕๙๒.๒)	(๙๒๕.๙)	(๕๙.๑)
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐	๒.๑	๐.๕	๑๙.๘	๔๔.๕	๑๑.๘	๑๙.๙	๑.๔
	(๖,๙๙๑.๙)	(๑๔๗.๙)	(๓๑.๖)	(๑,๓๘๖.๐)	(๓,๑๐๙.๕)	(๘๒๖.๐)	(๑,๓๙๐.๗)	(๑๐๐.๑)
	ชาย	๑๐๐.๐	๑.๓	๒๐.๓	๔๒.๗	๑๐.๖	๒๒.๑	๒.๔
	(๑๓,๘๑๓.๘)	(๑๘๔.๙)	(๘๖.๖)	(๒,๘๐๔.๓)	(๕,๙๐๔.๗)	(๑,๔๕๖.๘)	(๓,๐๔๗.๙)	(๓๒๘.๔)
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐	๑.๔	๐.๘	๒๒.๔	๔๑.๓	๑๐.๐	๒๑.๕	๒.๖
	(๖,๑๕๑.๓)	(๘๖.๒)	(๔๗.๐)	(๑,๓๗๘.๖)	(๒,๕๔๒.๗)	(๖๑๔.๕)	(๑,๓๒๓.๓)	(๑๕๙.๐)
	ชาย	๑๐๐.๐	๑.๓	๑๘.๖	๔๓.๙	๑๑.๐	๒๒.๕	๒.๒
	(๗,๖๖๒.๓)	(๙๘.๗)	(๓๙.๖)	(๑,๔๒๕.๗)	(๓,๓๖๒.๐)	(๘๒๒.๓)	(๑,๗๒๖.๖)	(๑๖๙.๕)
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐	๑.๐	๐.๔	๒๐.๐	๔๓.๔	๑๑.๓	๒๒.๐	๑.๙
	(๑๓,๑๗๗.๓)	(๑๓๒.๘)	(๕๘.๗)	(๒,๖๔๐.๘)	(๕,๗๑๕.๖)	(๑,๔๙๐.๔)	(๒,๘๙๒.๑)	(๒๔๖.๙)
	ชาย	๑๐๐.๐	๐.๙	๒๑.๒	๔๒.๖	๑๑.๔	๒๑.๔	๒.๐
	(๕,๘๓๐.๑)	(๕๐.๖)	(๒๙.๙)	(๑,๒๓๓.๑)	(๒,๔๘๖.๐)	(๖๖๕.๗)	(๑,๒๔๖.๙)	(๑๑๗.๘)
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐	๑.๑	๐.๔	๑๙.๑	๔๔.๐	๑๑.๒	๒๒.๔	๑.๘
	(๗,๓๔๙.๒)	(๘๒.๒)	(๒๘.๘)	(๑,๔๐๗.๗)	(๓,๒๓๑.๕)	(๘๒๔.๗)	(๑,๖๔๕.๒)	(๑๒๙.๑)

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การวิเคราะห์ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษา ดังนี้

๑. ประชากรจำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วย/ รู้สึกไม่สบายโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ พบว่า มีความแตกต่างกันเล็กน้อย

๒. โครงสร้างอายุของประชากร

สำหรับโครงสร้างอายุของประชากรได้แบ่งออกเป็น ๔ ช่วงอายุด้วยกันคือ อายุ ๐-๑๔ ปี (วัยเด็ก) ๑๕-๒๔ ปี (วัยรุ่น) ๒๕-๕๙ ปี (วัยทำงาน) และ ๖๐ ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ) ได้ผลดังนี้



เมื่อพิจารณาตามวิธีการรักษาพยาบาลในแต่ละวัย จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรมากที่สุดในช่วงปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ คือ ประชากรสูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๔๗.๘ และ ๔๔.๕ ของผู้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ทั้งหมด รองลงมา คือ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ ๒๕-๕๙ ปี แต่ในปี ๒๕๔๘ กลับพบว่า ในจำนวนผู้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานกลับเป็นผู้ที่มีอัตราร้อยละของการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าผู้สูงอายุคือ ร้อยละ ๔๔.๒ และ ๓๙.๙

สำหรับผู้ที่รักษาโดยไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ มากที่สุด ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ คือกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานอายุ ๒๕-๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๙, ๖๔.๘ และ ๕๖.๓ ตามลำดับ รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๔๑.๙, ๒๕.๔ และ ๒๑.๘ ตามลำดับ



ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามโครงสร้างอายุ และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

(จำนวน : พันคน)

โครงสร้างอายุ (ปี)	รวมที่รับการรักษาพยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	ซื้อยากินเอง	ไปสถานีนานามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ไป รพ.ของมหาวิทยาลัย/ไป รพ.สังกัดอื่นของรัฐ	ไปคลินิกเอกชน/ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ (ระบุ)
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐ (๑๒,๒๑๓.๐)	๑๐๐.๐ (๒๖๑.๑)	๑๐๐.๐ (๗๗.๘)	๑๐๐.๐ (๒,๕๗๑.๓)	๑๐๐.๐ (๕,๔๑๘.๗)	๑๐๐.๐ (๑,๔๐๘.๒)	๑๐๐.๐ (๒,๓๑๖.๖)	๑๐๐.๐ (๑๕๙.๒)
๐-๑๔	๒๓.๐	๖.๗	๘.๓	๑๔.๐	๒๘.๔	๑๖.๙	๒๖.๘	๑๑.๒
๑๕-๒๔	๘.๒	๕.๐	๓.๙	๑๑.๖	๗.๐	๘.๐	๘.๓	๖.๘
๒๕-๕๙	๔๘.๔	๔๐.๕	๔๕.๙	๖๐.๒	๔๓.๑	๔๗.๔	๔๘.๙	๕๕.๒
๖๐+	๒๐.๔	๔๗.๘	๔๑.๙	๑๔.๒	๒๑.๕	๒๗.๗	๑๖.๐	๒๖.๘
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐ (๑๓,๘๑๓.๗)	๑๐๐.๐ (๑๘๔.๙)	๑๐๐.๐ (๘๖.๖)	๑๐๐.๐ (๒,๘๐๔.๓)	๑๐๐.๐ (๕,๙๐๔.๗)	๑๐๐.๐ (๑,๕๕๖.๘)	๑๐๐.๐ (๓,๐๔๘.๐)	๑๐๐.๐ (๓๒๘.๔)
๐-๑๔	๒๖.๘	๑๖.๑	๗.๘	๑๗.๕	๓๑.๐	๑๙.๒	๓๒.๘	๒๐.๓
๑๕-๒๔	๙.๓	๒.๓	๒.๐	๑๓.๓	๗.๕	๑๑.๓	๘.๙	๘.๖
๒๕-๕๙	๔๕.๐	๓๗.๑	๖๔.๘	๕๖.๖	๔๐.๔	๔๓.๔	๔๓.๔	๕๑.๓
๖๐+	๑๘.๙	๔๔.๕	๒๕.๔	๑๒.๖	๒๑.๑	๒๖.๑	๑๔.๙	๑๙.๘
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐ (๑๓,๑๗๗.๓)	๑๐๐.๐ (๑๓๒.๘)	๑๐๐.๐ (๕๘.๗)	๑๐๐.๐ (๒,๖๔๐.๘)	๑๐๐.๐ (๕,๗๑๗.๖)	๑๐๐.๐ (๑,๔๙๐.๔)	๑๐๐.๐ (๒,๘๙๒.๑)	๑๐๐.๐ (๒๔๖.๙)
๐-๑๔	๒๗.๕	๑๕.๖	๑๑.๒	๑๖.๗	๓๒.๗	๑๖.๙	๓๔.๓	๑๕.๖
๑๕-๒๔	๘.๘	๐.๓	๑๐.๗	๑๔.๕	๖.๙	๗.๘	๗.๔	๑๘.๓
๒๕-๕๙	๔๔.๒	๔๔.๒	๕๖.๓	๕๕.๒	๓๘.๙	๔๖.๗	๔๒.๗	๔๙.๓
๖๐+	๑๙.๕	๓๙.๙	๒๑.๘	๑๓.๖	๒๑.๕	๒๘.๖	๑๕.๖	๑๖.๘

แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๓. การศึกษา

ผลการศึกษาวិธีการรักษาพยาบาลของประชากรพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ไม่ว่าจะสำเร็จการศึกษาในระดับใดยังนิยมรักษาพยาบาลโดยไปสถานเอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ชุมชน อาจเนื่องจากความสะดวกและตั้งอยู่ในชุมชนนั้น

เมื่อศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร ในช่วงปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ของประชากรที่สำเร็จการศึกษาแตกต่างกันพบว่า ในกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรในแต่ละระดับการศึกษามีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยกลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ ๒.๘, ๑.๙ และ ๑.๖ ของประชากรในกลุ่มนี้ทั้งหมดของ ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ขณะที่จากผู้มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาทั้งหมดเลือกใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรร้อยละ ๒.๒, ๑.๗ และ ๐.๗ ขณะที่ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาอยู่ในอัตราใกล้เคียงกัน

สำหรับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ในแต่ละระดับการศึกษาที่สำเร็จจะไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ โดยรวมแล้วทุกระดับการศึกษาจะมีผู้ที่ใช้วิธีนี้รักษาพยาบาลประมาณเกือบร้อยละ ๑.๐

๔. อาชีพ

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการทำงานออกเป็น ๒ หมวดใหญ่ๆคือ ภาคเกษตรกรรม และนอกภาคเกษตรกรรม พบว่าในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ผู้ที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมเป็นผู้ที่ใช้วิธีรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพรมากกว่าผู้นอกภาคเกษตรกรรมโดยคิดเป็นร้อยละ ๖๒.๗, ๕๖.๕ และ ๖๘.๙ ตามลำดับ

การไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยในปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๘ เป็นผู้นอกภาคเกษตรกรรมสูงกว่าในภาคเกษตรกรรมเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๘ และ ๕๐.๕ ตามลำดับ แต่ในปี ๒๕๔๗ ผู้นอกภาคเกษตรกรรมจะสูงกว่านอกภาคเกษตรกรรมคือคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๔ และ ๔๕.๖

เมื่อแยกรายละเอียดของอาชีพตาม ๑๐ หมวดอาชีพ พบว่าผู้ที่รักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรสูงสุดเป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรทั้งปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ร้อยละ ๓๕.๔, ๒๖.๔ และ ๒๙.๕ เมื่อพิจารณาอาชีพที่รักษาด้วยวิธีนี้รองลงมาคือ อาชีพพื้นฐาน (ร้อยละ ๗.๑ ในปี ๒๕๔๖) งานด้านฝีมือ (ร้อยละ ๖.๕ สำหรับปี ๒๕๔๗) และพนักงานบริการ (ร้อยละ ๕.๒ สำหรับ ๒๕๔๘)

สำหรับการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ พบว่าผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีสัดส่วนสูงกว่าอาชีพอื่นๆ ประมาณร้อยละ ๓๐.๘, ๓๓.๘ และ ๒๙.๐ ตามลำดับ รองลงมาคือผู้ประกอบอาชีพพื้นฐาน (ร้อยละ ๑๑.๙ ในปี ๒๕๔๖) อาชีพพนักงานบริการ ร้อยละ ๑๐.๘ และ ๑๘.๕ สำหรับปี ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘)



ตารางที่ ๔ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามการศึกษาที่สำเร็จ และวิธีการรักษาพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

(จำนวน : พันคน)

การศึกษา ที่สำเร็จ	รวมที่รับการ รักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ยา สมุนไพร	ไปหาหมอ พื้นบ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานี อนามัย/ศูนย์ บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/ รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ.ของ มหาวิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัดอื่น ของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ (ระบุ)
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐ (๑๐,๖๐๖.๐)	๒.๔ (๒๔๘.๓)	๐.๗ (๗๕.๐)	๒๒.๘ (๒,๔๑๙.๐)	๔๒.๖ (๔,๕๑๓.๗)	๑๒.๑ (๑,๒๘๕.๖)	๑๘.๐ (๑,๙๑๓.๔)	๑.๔ (๑๕๑.๐)
ไม่มีการศึกษา/ ต่ำกว่าประถมฯ	๑๐๐.๐	๒.๘	๐.๘	๒๐.๓	๔๗.๗	๑๑.๑	๑๖.๑	๑.๒
ประถมศึกษา	๑๐๐.๐	๑.๖	๐.๕	๒๖.๑	๔๐.๖	๑๐.๓	๑๙.๐	๑.๙
มัธยมศึกษา	๑๐๐.๐	๑.๓	๐.๕	๒๘.๑	๓๐.๙	๑๕.๙	๒๒.๕	๑.๘
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ อนุปริญญา	๑๐๐.๐	๑.๔	๐.๘	๒๕.๙	๒๙.๑	๑๑.๓	๒๙.๙	๑.๖
อุดมศึกษา	๑๐๐.๐	๒.๒	๐.๔	๓๑.๐	๑๐.๒	๒๓.๕	๓๐.๕	๒.๒
การศึกษาอื่น	๑๐๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๖๔.๑	๐.๐	๓๕.๙	๐.๐
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐ (๑๑,๗๔๔.๖)	๑.๕ (๑๗๓.๗)	๐.๘ (๘๓.๓)	๒๒.๔ (๒,๖๓๓.๐)	๔๑.๒ (๔,๘๕๕.๑)	๑๑.๑ (๑,๓๐๒.๑)	๒๐.๖ (๒,๔๒๓.๙)	๒.๕ (๒๙๕.๕)
ไม่มีการศึกษา/ ต่ำกว่าประถมฯ	๑๐๐.๐	๑.๙	๐.๙	๑๙.๘	๔๖.๒	๑๐.๖	๑๘.๔	๒.๒
ประถมศึกษา	๑๐๐.๐	๐.๔	๐.๒	๒๗.๖	๔๐.๑	๘.๗	๒๐.๑	๒.๙
มัธยมศึกษา	๑๐๐.๐	๐.๙	๐.๓	๒๗.๑	๓๑.๗	๑๒.๘	๒๔.๔	๒.๘
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ อนุปริญญา	๑๐๐.๐	๐.๗	๒.๔	๓๑.๔	๑๗.๓	๑๖.๐	๒๗.๙	๔.๓
อุดมศึกษา	๑๐๐.๐	๑.๗	๐.๙	๒๒.๒	๑๑.๙	๑๗.๓	๔๑.๗	๔.๓
การศึกษาอื่น	๑๐๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑๗.๙	๗๐.๕	๑๑.๖	๐.๐	๐.๐
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐ (๑๑,๒๔๙.๗)	๑.๑ (๑๒๕.๘)	๐.๕ (๕๘.๗)	๒๑.๗ (๒,๔๓๖.๑)	๔๒.๓ (๔,๗๕๓.๐)	๑๒.๑ (๑,๓๕๗.๔)	๒๐.๓ (๒,๒๘๙.๐)	๒.๐ (๒๒๙.๗)
ไม่มีการศึกษา/ ต่ำกว่าประถมฯ	๑๐๐.๐	๑.๖	๐.๖	๑๗.๘	๔๘.๗	๑๑.๔	๑๘.๓	๑.๖
ประถมศึกษา	๑๐๐.๐	๐.๔	๐.๘	๒๖.๓	๔๔.๔	๙.๐	๑๗.๑	๒.๐
มัธยมศึกษา	๑๐๐.๐	๐.๓	๐.๑	๒๙.๖	๒๙.๐	๑๓.๐	๒๔.๖	๓.๔
ต่ำกว่าอนุปริญญา/ อนุปริญญา	๑๐๐.๐	๐.๐	๐.๓	๒๙.๒	๑๑.๑	๑๗.๙	๓๙.๓	๒.๒
อุดมศึกษา	๑๐๐.๐	๐.๗	๐.๐	๒๗.๐	๙.๕	๒๖.๐	๓๔.๑	๒.๗
การศึกษาอื่น	๑๐๐.๐	๕.๐	๐.๐	๓๑.๗	๓๘.๓	๓.๑	๑๑.๘	๑๐.๑

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกการทำงานตามประเภทอุตสาหกรรม และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

(จำนวน : พันคน)

ประเภทของอุตสาหกรรม	รวมที่รับการรักษาพยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	ซื้อยากินเอง	ไปสถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ไป รพ.ของมหาวิทยาลัย/ไป รพ.สังกัดอื่นของรัฐ	ไปคลินิกเอกชน/ไป รพ.เอกชน	อื่นๆ (ระบุ)
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
ภาคเกษตรกรรม	(๖,๕๒๓.๕)	(๑๔๗.๙)	(๔๗.๑)	(๑,๖๘๐.๑)	(๒,๖๖๖.๑)	(๖๗๔.๓)	(๑,๒๑๐.๑)	(๙๘.๐)
นอกภาคเกษตรกรรม	๕๑.๓	๖๒.๗	๔๔.๒	๔๕.๙	๖๖.๘	๓๒.๗	๓๔.๕	๔๑.๓
	๔๘.๗	๓๗.๓	๕๑.๘	๕๔.๑	๓๓.๒	๖๗.๓	๖๕.๕	๕๘.๗
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
ภาคเกษตรกรรม	(๗,๐๕๔.๕)	(๗๗.๓)	(๕๒.๗)	(๑,๘๓๒.๔)	(๒,๗๖๑.๒)	(๖๕๕.๕)	(๑,๔๙๖.๓)	(๑๗๖.๓)
นอกภาคเกษตรกรรม	๔๙.๒	๕๖.๕	๕๔.๔	๔๐.๖	๖๕.๖	๓๖.๓	๓๕.๓	๔๒.๑
	๕๐.๘	๔๓.๕	๔๕.๖	๕๙.๔	๓๔.๔	๖๓.๗	๖๔.๗	๕๗.๙
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
ภาคเกษตรกรรม	(๖,๖๗๙.๑)	(๕๓.๕)	(๓๖.๔)	(๑,๖๘๑.๐)	(๒,๖๓๖.๙)	(๗๑๓.๔)	(๑,๔๐๘.๔)	(๑๔๙.๒)
นอกภาคเกษตรกรรม	๔๗.๑	๖๘.๙	๔๙.๕	๓๗.๓	๖๓.๙	๓๓.๐	๓๓.๖	๔๘.๙
	๕๒.๙	๓๑.๑	๕๐.๕	๖๒.๗	๓๖.๑	๖๗.๐	๖๖.๔	๕๑.๑

แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ



การวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ

จากการศึกษาถึงกลุ่มโรคที่สำคัญต่างๆ นั้น พบว่ามีกลุ่มโรคที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาพยาบาลมากที่สุดแบ่งได้เป็น ๖ กลุ่มโรคที่สำคัญๆ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ และโรคติดเชื้อ

๖ วิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคที่สำคัญ โดยพิจารณาวิธีการรักษาด้วยการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน /หมอแผนโบราณ ก่อนที่นำเสนอในรายละเอียดของวิธีการรักษาโดยวิธีดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยภาพรวมแล้วกลุ่มโรคที่มีการรักษาพยาบาลมากที่สุดทั้งในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๑, ๔๓.๓ และ ๔๕.๑ ตามลำดับ รองลงมาคือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อประมาณร้อยละ ๑๔.๕, ๑๑.๔ และ ๑๑.๓ และลำดับที่สามคือ โรคระบบทางเดินอาหารประมาณร้อยละ ๑๐.๘, ๙.๕ และ ๙.๗ ตามลำดับ



ตารางที่ ๖ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอาชีพ และวิธีการรักษาพยาบาล

พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

(จำนวน : พันคน)

อาชีพ	รวมที่รับการ รักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ยา สมุนไพร	ไปหา หมอพื้น บ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานี อนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/ รพ.ชุมชน	ไป รพ.ศูนย์/ ไป รพ. ของมหา- วิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัด อื่นของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ (ระบุ)
พ.ศ. ๒๕๔๖	๑๐๐.๐ (๙,๔๑๒.๕)	๑๐๐.๐ (๒๔๓.๕)	๑๐๐.๐ (๗๑.๔)	๑๐๐.๐ (๒,๒๑๐.๖)	๑๐๐.๐ (๓,๘๗๙.๔)	๑๐๐.๐ (๑,๑๗๑.๐)	๑๐๐.๐ (๑,๖๙๕.๒)	๑๐๐.๐ (๑๔๑.๔)
๑. ผู้บัญญัติกฎหมาย	๔.๘	๓.๗	๓.๔	๕.๐	๔.๑	๓.๙	๖.๘	๕.๕
๒. วิชาชีพด้านต่างๆ	๑.๖	๒.๒	๑.๖	๒.๒	๐.๖	๒.๖	๑.๙	๖.๓
๓. ช่างเทคนิค	๑.๗	๐.๔	๑.๙	๑.๘	๐.๖	๒.๗	๓.๕	๔.๑
๔. เสริม	๑.๕	๐.๕	๐.๐	๒.๒	๐.๓	๒.๑	๓.๑	๑.๕
๕. พนักงานบริการ พนักงานขาย	๘.๒	๔.๗	๕.๐	๙.๙	๕.๘	๑๐.๔	๑๐.๔	๘.๐
๖. เกษตรและประมง	๓๒.๐	๓๕.๔	๓๐.๘	๓๑.๓	๔๑.๒	๑๗.๑	๒๒.๔	๒๖.๑
๗. ด้านฝีมือและธุรกิจ	๗.๖	๖.๐	๗.๘	๘.๗	๗.๑	๗.๑	๘.๓	๓.๖
๘. เครื่องจักร	๔.๐	๐.๗	๓.๖	๔.๖	๒.๐	๕.๖	๗.๓	๔.๗
๙. อาชีพพื้นฐาน	๗.๙	๗.๑	๑๑.๙	๑๐.๓	๗.๐	๖.๑	๗.๗	๙.๕
๑๐. ไม่ได้ทำงาน	๓๐.๗	๓๙.๓	๓๔.๐	๒๔.๐	๓๑.๓	๔๒.๔	๒๘.๖	๓๐.๗
พ.ศ. ๒๕๔๗	๑๐๐.๐ (๑๐,๑๐๙.๕)	๑๐๐.๐ (๑๕๕.๑)	๑๐๐.๐ (๗๙.๘)	๑๐๐.๐ (๒,๓๑๓.๖)	๑๐๐.๐ (๔,๐๗๕.๓)	๑๐๐.๐ (๑,๑๗๗.๓)	๑๐๐.๐ (๒,๐๔๖.๖)	๑๐๐.๐ (๒๖๑.๘)
๑. ผู้บัญญัติกฎหมาย	๔.๕	๒.๕	๑.๔	๕.๔	๓.๘	๓.๘	๖.๐	๓.๖
๒. วิชาชีพด้านต่างๆ	๑.๘	๐.๕	๔.๕	๑.๓	๐.๘	๓.๓	๓.๕	๑.๖
๓. ช่างเทคนิค	๑.๙	๐.๐	๐.๐	๒.๔	๐.๕	๑.๘	๔.๔	๑.๔
๔. เสริม	๑.๓	๑.๖	๐.๐	๑.๓	๐.๗	๒.๒	๒.๐	๑.๗
๕. พนักงานบริการ พนักงานขาย	๘.๘	๖.๔	๑๐.๘	๑๒.๒	๕.๑	๙.๒	๑๑.๕	๑๑.๓
๖. เกษตรและประมง	๓๐.๓	๒๖.๔	๓๓.๘	๒๗.๓	๓๙.๓	๑๘.๒	๒๓.๓	๒๔.๘
๗. ด้านฝีมือและธุรกิจ	๗.๙	๖.๕	๘.๓	๙.๙	๗.๑	๖.๑	๘.๒	๑๑.๖
๘. เครื่องจักร	๓.๙	๑.๖	๐.๓	๕.๔	๒.๐	๓.๕	๖.๓	๖.๑
๙. อาชีพพื้นฐาน	๙.๕	๔.๓	๖.๙	๑๔.๑	๘.๗	๗.๘	๗.๙	๕.๒
๑๐. ไม่ได้ทำงาน	๓๐.๑	๕๐.๒	๓๔.๐	๒๐.๗	๓๒.๐	๔๔.๑	๒๖.๙	๓๒.๗
พ.ศ. ๒๕๔๘	๑๐๐.๐ (๙,๕๕๙.๔)	๑๐๐.๐ (๑๑๒.๑)	๑๐๐.๐ (๕๒.๑)	๑๐๐.๐ (๒,๑๙๘.๕)	๑๐๐.๐ (๓,๘๔๙.๒)	๑๐๐.๐ (๑,๒๓๘.๘)	๑๐๐.๐ (๑,๙๐๐.๓)	๑๐๐.๐ (๒๐๘.๔)
๑. ผู้บัญญัติกฎหมาย	๔.๘	๕.๐	๕.๐	๕.๙	๓.๖	๓.๗	๖.๖	๔.๔
๒. วิชาชีพด้านต่างๆ	๒.๑	๐.๖	๐.๐	๒.๔	๐.๗	๔.๐	๓.๒	๒.๖
๓. ช่างเทคนิค	๑.๙	๑.๒	๐.๐	๒.๒	๐.๗	๒.๘	๓.๖	๑.๓
๔. เสริม	๑.๘	๐.๐	๐.๐	๒.๔	๐.๓	๓.๙	๒.๖	๒.๓
๕. พนักงานบริการ พนักงานขาย	๘.๘	๕.๒	๑๘.๕	๑๑.๖	๖.๕	๘.๐	๑๐.๗	๘.๔
๖. เกษตรและประมง	๒๙.๙	๒๙.๕	๒๙.๐	๒๔.๘	๔๐.๒	๑๗.๑	๒๓.๓	๓๓.๖
๗. ด้านฝีมือและธุรกิจ	๗.๑	๒.๖	๒.๗	๑๐.๕	๖.๑	๕.๗	๖.๔	๗.๒
๘. เครื่องจักร	๕.๒	๐.๖	๑.๒	๕.๗	๒.๖	๕.๗	๑๐.๐	๔.๑
๙. อาชีพพื้นฐาน	๘.๓	๓.๑	๑๓.๔	๑๑.๐	๗.๘	๖.๗	๗.๗	๗.๗
๑๐. ไม่ได้ทำงาน	๓๐.๑	๕๒.๒	๓๐.๒	๒๓.๕	๓๑.๕	๔๒.๔	๒๕.๙	๒๘.๔

แหล่งข้อมูล : สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ ๗ จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มโรคสำคัญ ๖ อันดับแรก และวิธีการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

(จำนวน : พันคน)

กลุ่มโรค	รวมที่รับการ รักษา พยาบาล	วิธีการรักษาพยาบาล						
		ใช้ยาแผน โบราณ/ยา สมุนไพร	ไปหา หมอพื้น บ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยา กินเอง	ไปสถานี อนามัย/ ศูนย์บริการ สาธารณสุข/ ศูนย์สุขภาพ ชุมชน/ รพ.ชุมชน	ไป รพ. ศูนย์/ไป รพ.ของ มหา- วิทยาลัย/ ไป รพ. สังกัดอื่น ของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ไป รพ. เอกชน	อื่นๆ (ระบุ)
พ.ศ. ๒๕๔๖	(๑๒,๒๑๑.๙)	(๒๖๑.๑)	(๗๗.๘)	(๒,๕๗๑.๔)	(๒,๘๖๓.๔)	(๓,๙๖๒.๔)	(๒,๓๑๖.๖)	(๑๕๙.๒)
๑. โรคระบบทางเดินหายใจ	๔๐.๑	๑๔.๓	๗.๘	๔๙.๔	๕๐.๑	๒๗.๑	๔๔.๔	๒๗.๒
๒. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	๑๔.๕	๔๐.๘	๔๖.๙	๑๖.๘	๑๒.๒	๑๓.๗	๑๑.๘	๒๐.๐
๓. โรคระบบทางเดินอาหาร	๑๐.๘	๑๓.๓	๕.๒	๗.๐	๑๐.๒	๑๓.๒	๑๑.๙	๓.๗
๔. โรคหัวใจและหลอดเลือด	๖.๖	๓.๕	๑๐.๗	๑.๑	๖.๑	๑๐.๙	๖.๖	๔.๓
๕. โรคของต่อมไร้ท่อ	๔.๗	๒.๓	๕.๖	๐.๕	๒.๔	๙.๖	๔.๒	๒.๑
๖. โรคติดเชื้อ	๑.๓	๓.๖	๐.๔	๐.๗	๑.๐	๑.๖	๑.๘	๐.๒
พ.ศ. ๒๕๔๗	(๑๑,๗๐๔.๐)	(๑๘๔.๙)	(๘๖.๖)	(๒,๘๐๓.๗)	(๕,๘๕๗.๗)	(๑,๔๔๓.๐)	(๙๙๙.๗)	(๓๒๘.๔)
๑. โรคระบบทางเดินหายใจ	๔๓.๓	๙.๔	๑๗.๖	๕๕.๙	๔๔.๑	๒๖.๔	๓๗.๕	๓๘.๒
๒. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	๑๑.๔	๓๗.๐	๔๔.๙	๑๐.๕	๑๐.๑	๑๒.๕	๑๑.๑	๑๔.๘
๓. โรคระบบทางเดินอาหาร	๙.๕	๔.๗	๔.๒	๖.๗	๑๑.๒	๙.๗	๑๐.๔	๔.๖
๔. โรคหัวใจและหลอดเลือด	๕.๘	๗.๓	๙.๘	๐.๕	๖.๘	๑๒.๕	๕.๑	๒.๗
๕. โรคของต่อมไร้ท่อ	๓.๔	๓.๖	-	๐.๗	๔.๑	๖.๓	๓.๗	๑.๐
๖. โรคติดเชื้อ	๒.๒	๑๔.๔	๐.๘	๑.๘	๒.๓	๑.๕	๑.๙	๑.๒
พ.ศ. ๒๕๔๘	(๑๓,๑๖๐.๙)	(๑๓๒.๖)	(๕๘.๗)	(๒,๖๔๐.๘)	(๖,๗๘๓.๙)	(๔๒๓.๘)	(๒,๘๗๕.๒)	(๒๔๖.๙)
๑. โรคระบบทางเดินหายใจ	๔๕.๑	๗.๔	๑๒.๘	๕๖.๐	๔๑.๑	๒๗.๐	๔๙.๕	๔๘.๐
๒. โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	๑๑.๓	๓๕.๐	๓๖.๙	๑๒.๙	๑๐.๕	๗.๖	๑๐.๑	๑๕.๕
๓. โรคระบบทางเดินอาหาร	๙.๗	๗.๕	๓.๒	๗.๓	๑๐.๕	๙.๓	๑๐.๗	๕.๒
๔. โรคหัวใจและหลอดเลือด	๖.๑	๕.๖	๔.๔	๐.๗	๘.๒	๑๖.๓	๕.๑	๒.๘
๕. โรคของต่อมไร้ท่อ	๔.๖	๕.๖	๓.๒	๐.๕	๖.๖	๙.๐	๓.๓	๑.๖
๖. โรคติดเชื้อ	๑.๙	๑๔.๓	๒๒.๕	๑.๒	๑.๙	๑.๔	๒.๐	-

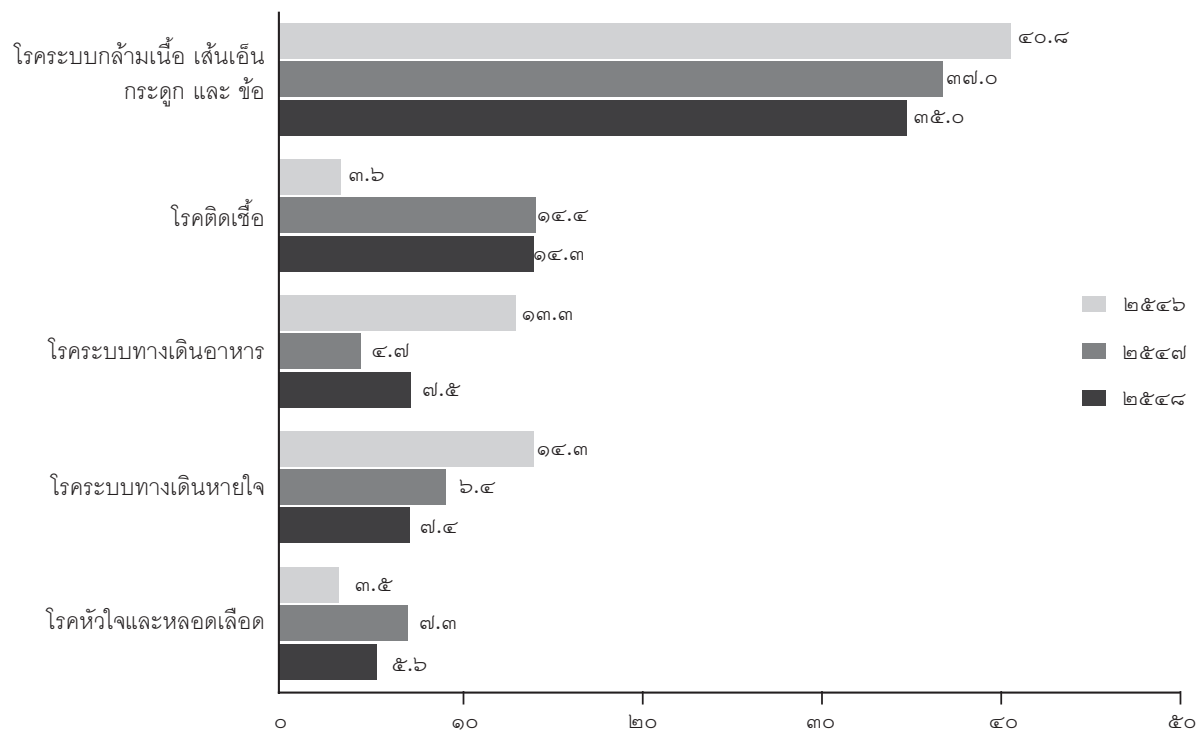
แหล่งข้อมูล : สำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๕. การรักษาพยาบาลโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร

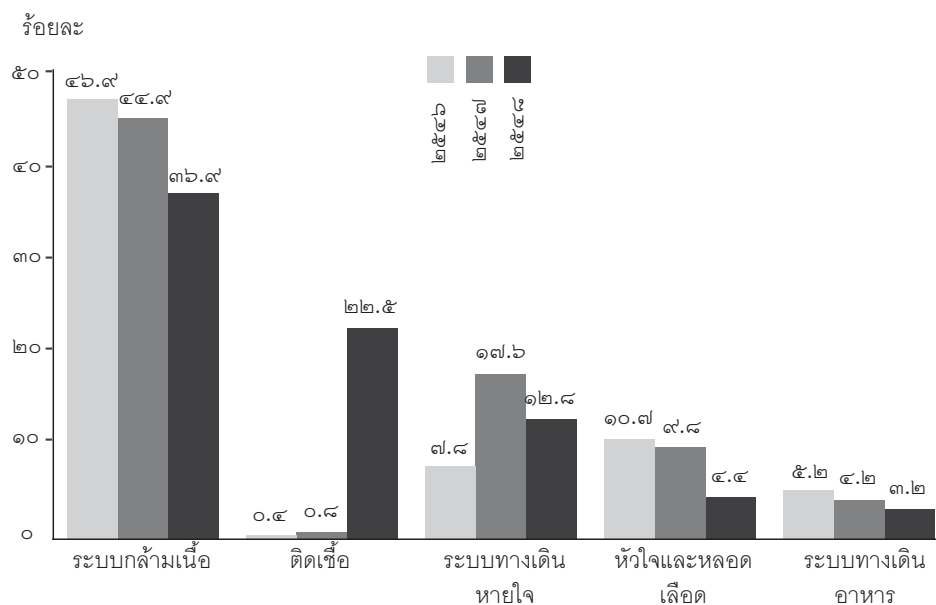
เมื่อพิจารณาวิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรตามกลุ่มโรคในช่วงปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ พบว่าผู้ที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ นิยมใช้วิธีการรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๘, ๓๗.๐ และ ๓๕.๐ ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ ตามลำดับ นอกจากนั้นลำดับรองลงมาคือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ และโรคหัวใจและหลอดเลือด



แผนภูมิ ๒ ร้อยละของประชากรจำแนกตาม ๕ อันดับแรกของกลุ่มโรคที่ใช้การรักษาโดยการ
ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



แผนภูมิ ๓ ร้อยละของประชากรจำแนกตาม ๕ อันดับแรกของกลุ่มโรคที่ใช้การรักษาโดยการไปหา
หมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ พ.ศ. ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘



๕. การรักษาโดยวิธีการไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ

การรักษาวิธีนี้เป็นที่นิยมมากที่สุดคือ ผู้ที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ซึ่งมีถึงร้อยละ ๔๖.๙, ๔๔.๙ และ ๓๖.๙ ในปี ๒๕๔๖, ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็โรคอื่น ๆ ทั้งหมด รองลงมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจ (สำหรับปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗) สำหรับลำดับรองลงมาของปี ๒๕๔๘ คือ โรคติดเชื้อ และโรคระบบทางเดินหายใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาสถานการณ์สำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบและข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเวลาเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหลายประเด็นทำให้ทราบข้อมูลและแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายแยกตามวิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ รวมทั้งกลุ่มโรคที่สำคัญที่นิยมใช้การรักษาโดยใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร และไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณสามารถนำผลที่ได้ไปวางแผน กำหนดนโยบาย ด้านการรักษาพยาบาล มีข้อเสนอแนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้



ข้อเสนอต่อยุบาย

๑. ควรกำหนดแนวทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการพัฒนาวิธีการรักษาโดยแพทย์แผนไทย
๒. ควรให้ความรู้/ความเข้าใจและเผยแพร่วิธีการรักษาโดยแพทย์แผนไทยให้ประชาชนมีความเข้าใจอย่างถูกต้องและชัดเจน
๓. พัฒนามาตรฐาน คุณภาพ ตลอดจนสนับสนุนการแพทย์แผนไทย
๔. ควรมีการประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลในระดับประเทศเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

๑. ควรมีการสำรวจโดยเฉพาะในด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ได้ความชัดเจนและรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มขึ้น
๒. พัฒนา/จัดทำตัวชี้วัดด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้วัดและประเมินในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ควรมีการพัฒนาข้อมูล และศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดของข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูล (Database) เพื่อให้สะดวกในการสืบค้น



ข้อเสนอต่อการศึกษาวิจัย

๑. ควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยกับการใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
๒. ควรศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์/แนวโน้มอย่างต่อเนื่องรวมทั้งศึกษารายละเอียดในระดับพื้นที่ย่อย เช่น เขตเมือง/เขตชนบท และระดับจังหวัด
๓. ในการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยต้องคำนึงถึงนิยามที่นำมาใช้ในการสำรวจ/เก็บรวบรวมข้อมูล เพราะจะมีผลต่อข้อมูลนี้ได้เป็นอย่างมาก
๔. ระเบียบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คำนิยาม ขอบข่ายการเก็บข้อมูล ฯลฯ ต้องได้มาตรฐานและเป็นรูปแบบเดียวกัน



สถานการณ์ การาสดสิทธิบัตร และกระบวนการค้นคว้า ต่อยอดองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

รศ.พร้อมจิต ศรีลัมพ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การใช้สมุนไพรเพื่อป้องกันโรคและบำบัดรักษาเมื่อเกิดโรคเป็นองค์ความรู้ที่ได้ค้นคว้าและสร้างสมมายาวนาน เป็นมรดกทางวัฒนธรรม และเป็นศาสตร์อันทรงค่าของบรรพบุรุษไทย และได้ตกทอดมารุ่นแล้วรุ่นเล่า แม้ว่าการวิจัยสมุนไพรจะได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหลายทศวรรษแล้วก็ตาม แต่จากปัจจัยหลายประการทั้งในเชิงนโยบาย งบประมาณและกระบวนการจัดการ ทำให้ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจดสิทธิบัตร หรือถ่ายทอดออกในเชิงอุตสาหกรรม และเป็นประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติในการวิจัยสมุนไพรที่ผ่านมาเอกชนมีส่วนร่วมกับภาครัฐน้อยมาก ทำให้วงจรในการวิจัย ผลิต และจำหน่าย ไม่สามารถเป็นรูปธรรมได้ การวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งประสบผลสำเร็จมักจะดำเนินการโดยบริษัทเอกชน ทำให้การวิจัยมีเป้าหมายชัดเจน รวดเร็ว สามารถจดสิทธิบัตรและได้ผลลัพธ์เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับความต้องการของตลาด สร้างเม็ดเงินกลับคืนมา แต่สำหรับสภาพการของประเทศไทยไม่สามารถเป็นเช่นนั้นได้ เพราะสถานภาพทางการเงินของโรงงานผลิตยาแผนโบราณยังอยู่ในระดับครอบครัวหรืออุตสาหกรรมย่อยไม่มีเงินทุนที่จะดำเนินการเช่นต่างประเทศได้ ผลของการวิจัยที่ค้างคา คือความสูญเสียของงบประมาณและโอกาสในการวิจัยต่อยอดจนเป็นผลิตภัณฑ์จำหน่ายไปทั่วโลกได้ บทเรียนในเรื่องยารักษาโรคกระเพาะอาหารจากปลาน้อย ชาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากผักเชียงดา และผลิตภัณฑ์จากกวาวเครือ ทำให้รัฐและนักวิจัยควรต้องเปลี่ยนแปลงแนวคิด เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นกรรมสิทธิ์และมีประโยชน์กลับสู่ประเทศชาติได้

สิทธิบัตร (Patent) หมายถึง หนังสือสำคัญที่รัฐออกให้เพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์ (Invention) การออกแบบผลิตภัณฑ์ (Product Design) หรือผลิตภัณฑ์อรรถประโยชน์ (Utility Model) ที่มีลักษณะตามที่กฎหมายกำหนด

การประดิษฐ์ (Invention) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับ ลักษณะองค์ประกอบ โครงสร้าง หรือกลไกของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งกรรมวิธีในการผลิตการรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น หรือทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ขึ้นใหม่ ที่แตกต่างไปจากเดิม

การออกแบบผลิตภัณฑ์ (Product Design) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะภายนอกของผลิตภัณฑ์ ที่แตกต่างไปจากเดิม

อนุสิทธิบัตร (Petty Patent) คือ หนังสือสำคัญที่ออกให้เพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์เป็นผลิตภัณฑ์อรรถประโยชน์ จะมีลักษณะคล้ายกันกับการประดิษฐ์ แต่เป็นความคิดสร้างสรรค์ที่มีระดับการพัฒนาเทคโนโลยีไม่สูงมากนัก หรือเป็นการประดิษฐ์คิดค้นเพียงเล็กน้อย



ส่วนงานที่จะจัด **ลิขสิทธิ์** ซึ่งมักมีผู้เข้าใจคลาดเคลื่อนกับสิทธิบัตรเสมอ จะหมายถึงงานสร้างสรรค์ประเภทวรรณกรรม นาฏกรรม ศิลปกรรม ดนตรีกรรม ทัศนศิลป์ วรรณคดี ภาพยนตร์ สิ่งบันทึกเสียง งานแพร่เสียงแพร่ภาพ หรืองานอื่นใดในแผนกวรรณคดี แผนกวิทยาศาสตร์ หรือแผนกศิลปะ ของผู้สร้างสรรค์ไม่ว่างานดังกล่าวจะแสดงออกโดยวิธีหรือรูปแบบอย่างไร

สำหรับการแพทย์แผนไทย มีหลักการและพื้นฐานส่วนหนึ่งจากการแพทย์เชิงพุทธ (Buddhism medicine) และอายุรเวทของอินเดีย (Ayurvedic medicine) ผสมผสานกับวัฒนธรรมและความเชื่อของคนไทย รวมทั้งอิทธิพลการแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านอื่น ๆ เช่น ประเทศจีน เป็นต้น จุดเด่นของประเทศไทยคือมีความหลากหลายของพรรณพืชสูง เนื่องจากอยู่ในเขตร้อนชื้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพืชที่เป็นยา แต่มีจุดอ่อนคือ ในอดีตกว่า ๒๐๐ ปี ที่ผ่านมา การแพทย์แผนไทยขาดการใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลทางการเมืองระหว่างประเทศ ทำให้พัฒนาการการวิจัยของประเทศไทยล่าช้า ในขณะที่ประเทศที่มีภูมิปัญญาใกล้เคียงกัน เช่น ประเทศอินเดียและจีนก้าวหน้าไปไกลกว่ามาก

การจดสิทธิบัตรทรัพย์สินทางปัญญาของสมุนไพรในประเทศไทย เริ่มมีการขอยื่นคำขอตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๓ มีการจดสิทธิบัตรไม่มากนัก ในการวิเคราะห์ศักยภาพของการจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์และกระบวนการค้นคว้าที่ต่อยอดจากองค์ความรู้แผนไทย จึงขอใช้กรณีศึกษาจากการจดสิทธิบัตรที่ต่อยอดจากองค์ความรู้การแพทย์อายุรเวท ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ที่ใกล้เคียงกับการแพทย์แผนไทยมากที่สุด เพื่อให้เห็นแนวทางที่จะพัฒนาการจดสิทธิบัตรสมุนไพรของประเทศไทยต่อไป

การจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์เป็นตำรับ (Multi-component drugs) ในสหรัฐอเมริกา (US patent)

การจดสิทธิบัตรองค์ความรู้ใหม่โดยอิงและต่อยอดจากหลักการแพทย์อายุรเวทของอินเดียในประเทศไทยมีจำนวนมากมาย ส่วนใหญ่ผู้ทรงสิทธิ์ (Assignee) ซึ่งเป็นผู้ให้ทุนในการวิจัยจนได้องค์ความรู้ใหม่ เป็นบริษัทใหญ่ในอเมริกาและยุโรป ผู้ประดิษฐ์ (Inventor) คือนักวิจัย มีทั้งชาวตะวันตกและชาวตะวันออก ซึ่งมีทั้งเจ้าของภูมิปัญญาคือชาวอินเดีย และนักวิจัยจากจีนและญี่ปุ่น แต่ขณะนี้เริ่มมีผู้ทรงสิทธิ์และผู้ประดิษฐ์ชาวอินเดีย แสดงว่าอินเดียมองการณ์ไกล ให้ความสนใจและมองเห็นประเด็นในการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์อายุรเวทให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ทั้งยังเป็นการเผยแพร่วัฒนธรรมทางการแพทย์ที่เก่าแก่ให้ชาวโลกได้รู้จัก ซึ่งเท่ากับเป็นการอนุรักษ์ที่ดีที่สุด

ตัวอย่างสิทธิบัตรเรื่อง Herbal composition and method of manufacturing such composition for the management of gynecological disorders (Katiyar et al., ๒๐๐๑) US Patent เลขที่ ๖,๔๕๕,๐๗๗ ได้รับสิทธิบัตรเมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๐๐๑ ผู้ทรงสิทธิ์เป็นสถาบันวิจัยในประเทศอินเดียชื่อ Dabur Research Foundation ผู้ประดิษฐ์ คือ Katiyar; Chandra Kant (Delhi, India); Duggal; Ramesh Kumar (Delhi, India) และ Rao; Bodapati Venkata Jagannadha (Delhi, India) เป็นนักวิจัยชาวอินเดีย สิ่งที่จะระบุในข้อถือสิทธิ์ (claims) คือ วิธีการผลิตระดับอุตสาหกรรมของผลิตภัณฑ์ที่เป็น multi-component drug เพื่อใช้รักษาโรคของสตรี และป้องกันหรือรักษาอาการโลหิตจางจากการตกเลือดและประจำเดือนไม่ปกติ สูตรสมุนไพรแบ่งเป็น ๓ ส่วน ส่วนแรก เป็นส่วนประกอบสมุนไพรที่ตามการแพทย์อายุรเวทว่าใช้ปรับสมดุลธาตุในร่างกาย ได้แก่ สมอไทย สมอทิเพก มะขามป้อม

(ตรีผลา) ขิง ดีปลี หัวหมู ยี่หระ บัวหลวง เสนียด โสภ รัตจันทร์ และ *Berberis aristata* ระบุวิธีทำสารสกัดแห้งว่า ใช้ตัวทำละลายที่มีขั้วสูง และทำสารสกัดให้แห้งเป็นผง ส่วนที่สอง เป็นการแยกสกัดสมุนไพรอีก ๓ ชนิด ได้แก่ เหมือดหอม มะม่วง และ *Woodfordia fruticosa* ระบุวิธีทำสารสกัดว่าใช้ตัวทำละลายที่เป็นส่วนผสมของแอลกอฮอล์และน้ำ ในสัดส่วนตั้งแต่ ๑:๙ จนถึง ๙:๑ ส่วนที่สาม เป็นวิธีสกัดโปรตีนจากส่วนใบของผัก ๔ ชนิด *Spinacia oleracea* หรือ ปวยเล้ง, *Amaranthus* spp. หรือ ผักขม, *Trifolium alexandrinum* และ *Vigna sinensis* ในสัดส่วนต่าง ๆ ชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิดด้วยวิธีที่เหมาะสม และวิธีการแยกโปรตีนใช้ความร้อนที่อุณหภูมิ ๔๐-๑๐๐ องศาเซลเซียส นำสารสกัดทั้งสามส่วนมาผสมกันจนได้สารสกัดที่ต้องการและมีการพิสูจน์ฤทธิ์ *uterotonic* ในหนูทดลองถึง ๒ วิธี และเน้นการพัฒนารูปแบบที่จะใช้ (routes of administration) ให้เหมาะสมและมีประสิทธิผลดีที่สุด

ในการจดสิทธิบัตรได้อ้างสรรพคุณที่อ้างอิงตำราอายุรเวทของสมุนไพรแต่ละชนิดซึ่งเป็นองค์ความรู้เดิม แต่เพิ่มการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่เข้ามาช่วยทำให้เกิดสิทธิบัตรได้คือ กรรมวิธีในการสกัด ซึ่งมีหลายขั้นตอน เพื่อให้ได้สารที่เป็นยาสูงที่สุด การวิเคราะห์สารประกอบหลักในสารสกัด สัดส่วน ของสารสกัดทั้งหลาย และมีการพิสูจน์ฤทธิ์ของสารสกัดในสัตว์ทดลอง เน้นการพัฒนารูปแบบยาที่จะใช้ให้เหมาะสมและมีประสิทธิผลดีที่สุด และสุดท้ายมีผลการทดลองเบื้องต้นในผู้ป่วยจำนวน ๑๐ คน

สิทธิบัตร US Patent เลขที่ ๖,๖๔๙,๑๘๕ ชื่อเรื่อง Herbal formulation ได้รับสิทธิบัตรเมื่อวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๐๐๓ ผู้ทรงสิทธิเป็นบริษัทในประเทศอินเดียชื่อ Sahajanand Biotech Private Limited ผู้ประดิษฐ์ คือ Solanki และ Ranjitsinh จากจังหวัด Gujarat ประเทศอินเดีย เป็นการจดสิทธิบัตรของตำรับยารักษามะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งเม็ดเลือด (haematological malignancies) ประกอบด้วยสมุนไพร ๗ ชนิด ได้แก่ บอระเพ็ด ว่านหางจระเข้ ขมิ้นชัน หญ้าพันงู กระเพรา โกงสุก้านพร้าว และ *Withania somnifera* ระบุและกล่าวการใช้การวิจัยเพื่อให้ได้ประเด็นในการจดสิทธิบัตรทำนองเดียวกันกับสิทธิบัตรแรก ต่างกันตรงที่ผู้ทรงสิทธิเป็นบริษัทเอกชน



สำหรับประเทศไทยล่าสุดเป็นที่น่ายินดีที่มีการจดสิทธิบัตรเลขที่ US patent ๗,๑๓๕,๑๖๔ เรื่อง *Andrographis paniculata* gel as an adjunct in the treatment of periodontitis ผู้ทรงสิทธิคือ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ประดิษฐ์คือ Rojanapanthu; Pleumchitt, Gritsanapan; Wandee, Sirirat; Mullika, Amornchat; Cholticha อนุมัติ เมื่อ วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙ เป็นส่วนประกอบของ biodegradable gel, chip หรือ ointment สำหรับรักษาโรคปริทันต์ ประกอบด้วยสมุนไพรฟ้าทะลาย มังคุดและขมิ้นชัน ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดเป็นผลจากงานวิจัยร่วมของคณะเภสัชศาสตร์ และคณะทันตแพทยศาสตร์

การจดสิทธิบัตรสมุนไพรเดี่ยวในประเทศ (Single-component drug)

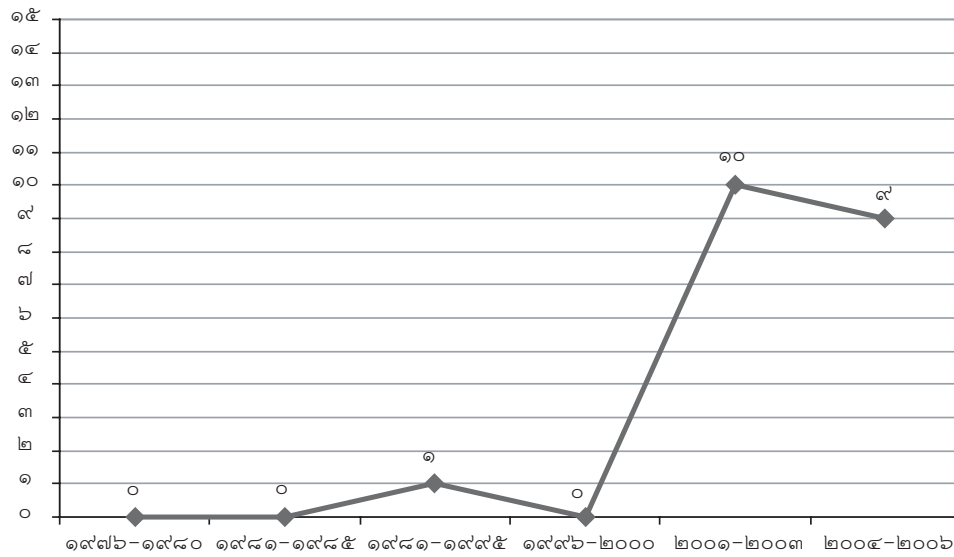
ในที่นี้ขอใช้ชื่อ (*Morinda citrifolia*) เป็นตัวอย่างของพืชสมุนไพรที่มีการจดสิทธิบัตร และมีการใช้ประโยชน์จากสิทธิบัตรในเชิงการค้าอย่างกว้างขวางและมียอดการจำหน่ายสูงมากชนิดหนึ่งขอเป็นพืชที่สามารถเจริญเติบโตได้หลายภูมิภาคของโลก ซึ่งเป็นที่ทราบกันอยู่ว่าภูมิภาคประเทศ ภูมิภาคอากาศ และสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสายพันธุ์พืช อาจทำให้เกิดความแตกต่างในส่วนลักษณะภายนอก มีการจดสิทธิบัตรของยอบับแรกเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๙๔ และจนถึงปี ค.ศ. ๒๐๐๖ มีการจดสิทธิบัตรที่เน้นยอบับเป็นหลัก รวมทั้งสิ้น ๒๐ ฉบับ ดังนี้



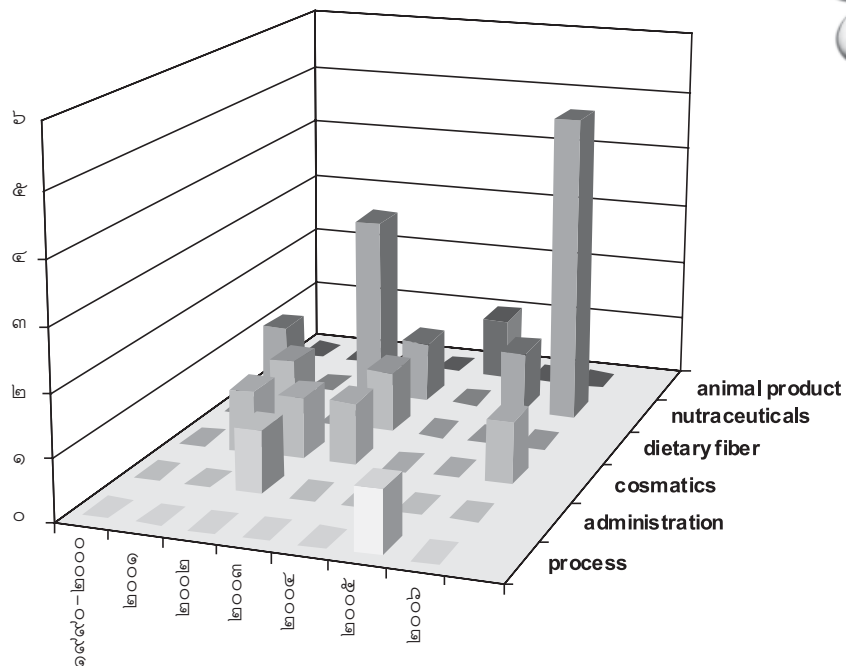
ตารางที่ ๑ สิทธิบัตรยอระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๖-๒๐๐๖

	US patents/ ปีที่ได้รับ/ ผู้ทรงสิทธิ์หรือผู้ประดิษฐ์	ชื่อเรื่องสิทธิบัตร
๑	๕,๒๔๘,๔๙๑/๑๙๙๔/ Moniz	Noni (<i>Morinda citrifolia</i>) as a pharmaceutical product
๒	๖,๒๑๔,๓๕๑/๒๐๐๑/ Morinda, Inc.	<i>Morinda citrifolia</i> oil
๓	๖,๒๕๔,๙๑๓/๒๐๐๑/ Morinda, Inc.	<i>Morinda citrifolia</i> dietary fiber and method
๔	๖,๓๔๗,๓๗๐/๒๐๐๒/ Braswell; A. Glenn	Compositions containing extracts of <i>Morinda citrifolia</i> , red wine, prune, blueberry, pomegranate, apple and enzyme mixture
๕	๖,๔๐๓,๐๘๖/๒๐๐๒/ Braswell; A. Glenn	Administering extracts of <i>Morinda citrifolia</i> , red wine, prune, blueberry, pomegranate, apple and an enzyme mixture
๖	๖,๔๑๗,๑๕๗/๒๐๐๒/ Morinda, Inc.	<i>Morinda citrifolia</i> oil
๗	๖,๔๓๖,๔๔๙/๒๐๐๒/ Gidlund; Bo	Use of a composition
๘	๖,๔๔๐,๔๑๐/๒๐๐๒/ Braswell; A. Glenn	Reducing oxysterols with extracts of <i>Morinda citrifolia</i> , red wine, prune, blueberry, pomegranate, apple and enzymes
๙	๖,๕๒๘,๐๕๓/๒๐๐๓/ Braswell; A. Glenn	Compositions and methods for reducing oxysterols in blood
๑๐	๖,๕๒๘,๐๖๖/๒๐๐๓/ Morinda, Inc.	<i>Morinda citrifolia</i> dietary fiber
๑๑	๖,๕๔๙,๕๑๔/๒๐๐๓/ Morinda, Inc.	Cosmetic intensive repair serum with <i>Morinda citrifolia</i>
๑๒	๖,๗๓๗,๐๘๙/๒๐๐๔/ Morinda, Inc.	<i>Morinda citrifolia</i> (Noni) enhanced animal food product
๑๓	๖,๘๕๕,๓๔๕/๒๐๐๕/ Morinda, Inc.	Preventative and treatment effects of <i>Morinda citrifolia</i> on diabetes and its related conditions
๑๔	๖,๘๕๕,๓๕๔/๒๐๐๕/ Morinda, Inc.	Freeze concentration process
๑๕	๗,๐๑๔,๘๗๓/๒๐๐๖/ Morinda, Inc.	Method and formulation for treating candidiasis using <i>Morinda citrifolia</i>
๑๖	๗,๐๑๘,๖๖๒/๒๐๐๖/ Morinda, Inc.	Palliative effects of <i>morinda citrifolia</i> oil and juice
๑๗	๗,๐๓๓,๖๒๔/๒๐๐๖/ Morinda, Inc.	Preventative and treatment effects of <i>Morinda citrifolia</i> on osteoarthritis and its related conditions
๑๘	๗,๐๔๘,๙๕๒/๒๐๐๖/ Morinda, Inc.	Formulation for inhibiting fungal and microbial growth comprising <i>morinda citrifolia</i> puree juice
๑๙	๗,๐๗๐,๘๑๓/๒๐๐๖/ Morinda, Inc.	Preventative and treatment effects of <i>Morinda citrifolia</i> as a colon cancer cell growth inhibitor
๒๐	๗,๑๒๒,๒๑๑/๒๐๐๖/ Morinda, Inc.	Methods for manufacturing an enhanced cosmetic skin care toner

แผนภูมิ ๑ จำนวนสิทธิบัตรยาระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๖-๒๐๐๖



แผนภูมิ ๒ การกระจายของหัวเรื่องสิทธิบัตรยาระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๙๐-๒๐๐๖



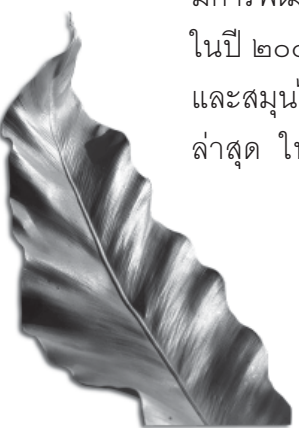
บริษัท Morinda Inc. เป็นผู้ทรงสิทธิของสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยอยจำนวน ๑๔ ฉบับ และมีผลิตภัณฑ์ออกจำหน่ายแพร่หลายในราคาสูงมาก เริ่มตั้งแต่ปี ๒๐๐๑ ประกอบด้วย สิทธิบัตรเรื่อง *Morinda citrifolia* oil (Wadsworth and Story, ๒๐๐๑, Wadsworth, ๒๐๐๒) *Morinda citrifolia* dietary fiber and method (Wadsworth et al., ๒๐๐๑, Wadsworth, ๒๐๐๓) Cosmetic intensive repair serum with



Morinda citrifolia (Jensen and Robinson, ๒๐๐๓) *Morinda citrifolia* (Noni) enhanced animal food product (Wadsworth et al., ๒๐๐๔) Preventative and treatment effects of *Morinda citrifolia* on diabetes and its related conditions (Jensen et al., ๒๐๐๕a) และ Freeze concentration process (Jensen et al., ๒๐๐๕b) อีก ๒ สิทธิบัตรเป็นการประดิษฐ์บรรจุภัณฑ์และการออกแบบขวดบรรจุ *Morinda juice* ในสิทธิบัตรที่เป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือเครื่องสำอาง จะมีการทดสอบฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่าง ๆ เพิ่มขึ้น รวบรวม case report และพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ออกสู่ตลาดเพิ่มขึ้น ซึ่งในปี ๒๐๐๖ มีถึง ๖ สิทธิบัตร Method and formulation for treating candidiasis using *morinda citrifolia* (West; Brett Justin, Jensen; Claude Jarakae, Palu; Afa Kehaati, ๒๐๐๖), Palliative effects of *morinda citrifolia* oil and juice (Jensen; Jarakae, Su; Chen, Fritz; Jonathan William, ๒๐๐๖), Preventative and treatment effects of *Morinda citrifolia* on osteoarthritis and its related conditions (Jensen; Claude Jarakae, Palu; Afa Kehaati, ๒๐๐๖) Formulation for inhibiting fungal and microbial growth comprising *morinda citrifolia* puree juice (Gerson; Scott, Palu; Afa Kehaati, Zhou; Bing-Nan, Su; Chen, Jensen; Claude Jarakae, Story; Stephen P., Ogden; Robert V., ๒๐๐๖) Preventative and treatment effects of *morinda citrifolia* as a colon cancer cell growth inhibitor (Jensen; Claude Jarakae, Palu; Afa Kehaati, Story; Stephen P., Jensen; Summer, Su; Chen, ๒๐๐๖) Methods for manufacturing an enhanced cosmetic skin care toner (Jensen; Claude Jarakae, Robinson; Heidi, ๒๐๐๖)



การจดสิทธิบัตรของ บริษัท Morinda Inc. มีรายละเอียดที่สามารถเป็นแนวทางต้นแบบเพื่อการพัฒนาวิจัยให้เป็นผลิตภัณฑ์ระดับอุตสาหกรรมได้ มีกลุ่มนักวิจัยที่ทำงานครบวงจร เนื้อเรื่องในข้อถือสิทธิจะครอบคลุมตั้งแต่การคัดเลือกวัตถุดิบผลยอที่จะเข้าสู่กระบวนการผลิต ขั้นตอนการล้างและการสกัดแยกและวิธีเตรียมน้ำยอ (*Morinda juice*) ซึ่งต้องผ่านกรรมวิธีหลายขั้นตอน ผสมกับน้ำสารให้ความหวาน สารแต่งรส สารแต่งสี และส่วนประกอบอาหารรวมทั้งสมุนไพรอื่น ๆ ภาชนะบรรจุมีลักษณะเฉพาะ เขียนคลุมไว้ทั้งพลาสติก แก้ว และอื่น ๆ ที่ทนต่ออุณหภูมิในขั้นตอนต่อไป ส่วนน้ำยอที่เหลือไปผ่านการ pasteurize หรือใช้ทำปฏิกิริยากับเอนไซม์และนำไปทำให้แห้ง ให้ได้เป็นผลิตภัณฑ์เส้นใยเสริมอาหารพิเศษที่มีโปรตีนสูง แต่มีแคลอรีต่ำ (The high fiber product) ผสมเส้นใยอื่น ๆ เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับดูดซับไขมันในระบบทางเดินอาหารและลดความอ้วน ส่วนเมล็ดยอซึ่งแยกออกจากเนื้อและ juice ในขั้นตอนแรก ๆ นำมาพัฒนาจนสามารถจดสิทธิบัตรน้ำมันเมล็ดยอ ที่มีกลิ่นเฉพาะและกระบวนการในการสกัดและทำให้น้ำมันบริสุทธิ์ ฟอกสี แห้งขึ้น กำจัดกรดไขมันอิสระและสารประกอบที่ไม่พึงประสงค์ เติม antioxidant เพื่อเพิ่มความคงตัวสำหรับการนำไปใช้หรือการเก็บรักษา เรียกว่า *Morinda citrifolia oil* ใช้ในเครื่องสำอาง น้ำมันทาถู และลูกอม ตั้งแต่ คศ. ๒๐๐๓ เป็นต้นมา บริษัทพัฒนางานวิจัยต่อเนื่องในเรื่องผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง โดยใช้ *Morinda juice* และ *Morinda fiber* มีการพัฒนาเส้นใยไปผสมอาหารสัตว์ และค้นพบวิธี Freeze concentration process ทำให้เส้นใยแห้ง ในปี ๒๐๐๕ จดสิทธิบัตรการใช้สารสกัดใบยอด้วยน้ำ แอลกอฮอล์และไอน้ำ ผสมกับน้ำยอ เส้นใยผลยอ และสมุนไพรอื่น ทดลองใช้ป้องกันและรักษาเบาหวาน ชนิด Type II diabetes ในสัตว์ทดลอง และล่าสุด ในปี ๒๐๐๖ มีการวิจัยผลิตภัณฑ์จากยอเพิ่มเติมและนำไปใช้เป็น nutraceutical product



เพื่อใช้ป้องกันและเสริมการรักษาเชื้อรา *Candida albicans* รวมทั้งโรคเรื้อรังที่เป็นผลจากการอักเสบ เช่น มะเร็ง อัลไซเมอร์โรคความเสื่อมของเซลล์ประสาท (neuro-degenerative diseases) และโรคข้อกระดูกอักเสบ (osteoarthritis) มีการจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ระบุว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าที่เคยได้รับสิทธิบัตรไปแล้ว การวิจัยพัฒนาของ Morinda Inc. ครอบคลุมและใช้วัตถุดิบทุกอย่างไม่เหลือทิ้งเลย เป็นตัวอย่างที่ดีของการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและใช้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาดผู้บริโภค

ถ้าสังเกตรายชื่อของผู้ประดิษฐ์หรือนักวิจัย จะเห็นว่าเป็นกลุ่มเดียวกัน ในช่วงแรกเป็น Wadsworth และคณะ กลุ่มที่สองเป็น Jensen; Claude Jarakae และคณะ

จะเห็นได้ว่า เมื่อจดสิทธิบัตรไม่ว่าจะเป็นในประเทศใด ต้องมีการพัฒนาต่อยอดสำหรับสมุนไพรของตนตลอดเวลาเพราะจากข้อมูลในสิทธิบัตรของผลิตภัณฑ์ที่เปิดเผยออกมา และสามารถครองตลาดได้ดีย่อมมีผู้สนใจติดตาม ลอกเลียนและดัดแปลงได้ จึงต้องอาศัยการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ หรือวิธีการใหม่ ๆ ให้ครองความเป็นผู้นำความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่อไป

การจดสิทธิบัตรสมุนไพรในประเทศไทย กรณีศึกษากวาวเครือ

การจดทะเบียนสิทธิบัตรทรัพย์สินทางปัญญาของสมุนไพรในประเทศไทย เริ่มมีการขอยื่นคำขอตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๓ มีการจดสิทธิบัตรไม่มากนัก เพิ่มประโยชน์ในการประยุกต์การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจึงขอใช้กรณีการจดสิทธิบัตรกวาวเครือซึ่ง**ผู้ประดิษฐ์**คือ นางมณฑนา เอื้อวิทยา **ชื่อสิ่งที่แสดงถึงการประดิษฐ์**: องค์ประกอบสมุนไพรจากกวาวเครือ Patent No. Int.cl. A๖๑K ๓๕/๗๘ ได้รับสิทธิบัตรเมื่อวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๔๒ ในข้อถือสิทธิจะระบุ **องค์ประกอบของสมุนไพร** กวาวเครือชนิดต่าง ๆ ไว้โดยไม่ระบุชื่อวิทยาศาสตร์ตามหลักสากล ระบุสัดส่วนไว้กว้างมาก ตั้งแต่ ๑๐-๑๐๐ ของน้ำหนักขององค์ประกอบสมุนไพรที่ผลิตขึ้นในกระบวนการผลิต มิได้มีส่วนใดที่เป็นการวิจัยที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ มิได้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบในเชิงวิทยาศาสตร์ มิได้มีการพิสูจน์การออกฤทธิ์ในการรักษาโรคไม่ว่าจะเป็นในสัตว์ทดลองหรือในคน ใช้การสนับสนุนโดยใช้ข้อความดังนี้

“ทั้งนี้ แม้ว่าจะไม่มีผลวิจัยทางการแพทย์ยืนยัน หรืออธิบายฤทธิ์ขององค์ประกอบสมุนไพร กวาวเครือที่ผลิตได้ แต่ก็อาจสมมุติฐานได้ว่าขององค์ประกอบสมุนไพรกวาวเครือที่ผลิตขึ้นนี้ สามารถออกฤทธิ์ในด้านที่กล่าวมาโดยไม่พบผลข้างเคียงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายโดยรวมของผู้ที่บริโภค ไม่มากกว่าวันละ ๕๐-๒๐๐ มิลลิกรัม”

สิทธิบัตรนี้มีผลกระทบต่อเอกชนในวงกว้าง เพราะไม่มีความเฉพาะของผลิตภัณฑ์จากการวิจัย และอยู่ระหว่างการฟ้องร้องทางกฎหมาย ระหว่าง ห้างหุ้นส่วนจำกัด ขาวล่อเกสซ์ และพวก บริษัท มณฑปานิษฐ์เชียงใหม่ จำกัด คำพิพากษาศาลชั้นต้นให้บริษัทดังกล่าวเพิกถอนสิทธิบัตร แต่บริษัท มณฑปานิษฐ์เชียงใหม่ จำกัด ยังคงอุทธรณ์ต่อ และล่าสุดศาลอุทธรณ์มีคำสั่งยืน คำพิพากษาของศาลชั้นต้น



บทสรุป

การจดสิทธิบัตรเป็นการแสดงความเป็นเจ้าของนวัตกรรมใหม่ที่เกิดจากการวิจัย สมุนไพรเป็นสิ่งที่ต้องใช้กับสิ่งมีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ สัตว์หรือพืช ผลต่อสัตว์และพืชจะกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ด้วย ถือได้ว่ามนุษย์ต้องการจะค้นคว้าเพื่อหาสิ่งที่ดีให้กับมนุษย์ด้วยกัน และผลจากความต้องการนั้นสามารถแปลงเป็นเงินได้ ตามหลักสากลถือว่าสมุนไพรและตำรับยาแผนโบราณของทุกประเทศเป็นมรดกโลก ไม่มีใครจับจองเป็นเจ้าของแต่เพียงผู้เดียวหรือกลุ่มเดียวได้ ที่ผ่านมาสหรัฐอเมริกาเคยจดสิทธิบัตรเรื่องการใช้หมันชั้นในการรักษาท้องอืดท้องเฟ้อ ซึ่งเป็นผลกระทบต่อประเทศอื่นที่ใช้หมันชั้นเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยา ประเทศอินเดียคัดค้านเรื่องนี้โดยใช้ตำรายาอายุรเวทเป็นหลักฐานจนสำเร็จ ดังนั้น การแข่งขันในเรื่องการจดสิทธิบัตร ต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญคือการวิจัยที่เป็นระบบครบถ้วนตามหลักวิทยาศาสตร์ เห็นได้ว่าสิทธิบัตรที่ดีในต่างประเทศ มีการดำเนินการวิจัยอย่างชัดเจนอ้างอิงได้ สิทธิบัตรจะอ้างอิงภูมิปัญญาเสมอ และตอบคำถามในเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสิ่งประดิษฐ์ที่ได้กล่าวกันว่า ถ้าเริ่มต้นจากภูมิปัญญาจะประสบผลสำเร็จในการวิจัยได้ถึง ๗๐ %

สำหรับประเทศไทยแม้ว่าการวิจัยสมุนไพรจะได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหลายทศวรรษแล้วก็ตาม แต่ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจดสิทธิบัตรหรือถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ภาคอุตสาหกรรม และเป็นประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติได้ ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการเช่น นโยบายการวิจัยสมุนไพรของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน ทำให้นักวิจัยทำงานตามความสนใจของตนเองโดยไม่มีกรอบได้รับงบประมาณในลักษณะการจัดกระจายและมักไม่เพียงพอที่จะทำให้งานสำเร็จครบวงจรและได้ผลผลิตออกสู่ภาคอุตสาหกรรม การวิจัยเพื่อนำสมุนไพรที่ผ่านการวิจัยมาแล้วระดับหนึ่งและมีศักยภาพในเชิงพาณิชย์มาดำเนินการต่อให้เสร็จตามกระบวนการและหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์แผนตะวันตก โดยอาศัยพื้นฐานของการแพทย์ไทยประกอบกัน จึงเป็นแนวทางที่จะประสบผลสำเร็จได้

ในการวิจัยสมุนไพรที่ผ่านมามีเอกชนซึ่งน่าจะมีความเหมาะสมเป็นผู้ทรงสิทธิ์มีส่วนร่วมกับการวิจัยน้อยมาก ทำให้วงจรในการวิจัย ผลิตและจำหน่ายไม่สามารถเป็นรูปธรรมได้ การวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งประสบผลสำเร็จมักจะดำเนินการโดยบริษัทเอกชน ทำให้การวิจัยมีเป้าหมายชัดเจน รวดเร็ว สามารถจดสิทธิบัตรและได้ผลลัพธ์เป็นเม็ดเงิน แต่สำหรับสภาพการของประเทศไทยไม่สามารถเป็นเช่นนั้นได้ เพราะสภาพทางทางการเงินของโรงงานผลิตยาแผนโบราณยังอยู่ในระดับครอบครัวหรืออุตสาหกรรมย่อย ไม่มีเงินทุนที่จะดำเนินการเช่นต่างประเทศได้ ผลของการวิจัยที่ค้างคา คือความสูญเสียของงบประมาณและโอกาสในการวิจัยต่อยอดจนเป็นผลิตภัณฑ์จำหน่ายไปทั่วโลกได้ บทเรียนในเรื่องยารักษาโรคกระเพาะอาหารจากเปิ้ลน้อย ชาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากผักเชียงดา และอาจจะต่อยอดด้วยผลิตภัณฑ์จากกวาวเครือ น่าจะทำให้รัฐและนักวิจัยเปลี่ยนแปลงแนวคิด เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นกรรมสิทธิ์และมีประโยชน์กลับสู่ประเทศชาติได้

ในภาคผู้ประดิษฐ์ หรือนักวิจัย ประเทศไทยขาดแคลนทั้งนักวิจัยและอุปกรณ์ที่จำเป็น นักวิจัยส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ซึ่งมีภาระงานหลักเป็นการเรียนการสอนทุกระดับชั้น ตั้งแต่ปริญญาตรี โท และเอก ผู้ช่วยทำงานวิจัยของอาจารย์คือนักศึกษา ทำให้งานไม่ค่อยต่อเนื่อง การสร้างนักวิจัยจากนักศึกษา



ประสบปัญหาที่ใหญ่มากคือ เส้นทางอาชีพนักวิจัย (Career path) ของประเทศไทยไม่ชัดเจน ตำแหน่งหรือสถานที่ทำงานวิจัยมีน้อยมาก บางคนมีฝีมือและความถนัดด้านวิจัย แต่ไม่ต้องการเป็นอาจารย์ หรือกลัวจะไม่มีที่บรรจุเข้าทำงานเพราะมาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐ จึงขาดแรงจูงใจที่จะตั้งใจเข้าสู่การเป็นนักวิจัย

ความแตกต่างจากตัวอย่างสมุนไพร คือผู้ทรงสิทธิ์เป็นบริษัท Morinda Inc. ผู้วิจัยเป็นกลุ่มนักวิจัยที่ทำงานต่อเนื่อง จึงสามารถสร้างสรรค์ผลงานและจดสิทธิบัตรต่อเนื่องได้

ในส่วนของแนวทางพัฒนาการจดสิทธิบัตรทรัพย์สินทางปัญญาในประเทศไทยแม้ว่าจะไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่นักวิจัยภาคเอกชน และเจ้าหน้าที่ของกรมทรัพย์สินทางปัญญาที่เข้าใจประเด็น กรรมวิธี และกระบวนการมีน้อยมาก แม้ว่าจะมีเอกสารแนะนำก็ตาม และในทางปฏิบัติ มีประเด็นที่เกี่ยวข้องและกลยุทธ์ทางการค้ามากมาย หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลระบบการวิจัย รวมทั้งหน่วยงานที่กำกับนโยบาย เช่น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรจัดให้มีที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญด้านการค้าและสิทธิบัตร มาช่วยเสริมจุดอ่อนและวิเคราะห์ในประเด็นที่สำคัญเหล่านี้ เพื่อประโยชน์ในการประยุกต์การดำเนินงานให้เกิดสิทธิบัตรสมุนไพรที่มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อเศรษฐกิจและเกียรติภูมิของประเทศไทย

แนวทางเสนอแนะ

๑. ต้องมีหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย พร้อมทั้งดูแลจัดสรรงบประมาณวิจัยให้สอดคล้อง และมีกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด
๒. ต้องให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มทำงานของหน่วยงานข้างต้น
๓. รัฐลงทุนในโครงสร้างสถาบันวิจัยสมุนไพร กำหนดกรอบตำแหน่งนักวิจัย และสร้างแนวทางให้ชัดเจนเพื่อสร้างนักวิจัยอาชีพให้เกิดขึ้นในประเทศไทย
๔. สร้างเครือข่ายนักวิจัยของประเทศให้เข้มแข็ง
๕. ต้องมีกลุ่มนักกฎหมายที่เชี่ยวชาญด้านสิทธิบัตร ช่วยจัดการให้นักวิจัยและบริษัทที่ลงทุนกับการวิจัย
๖. แก้ไขกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องให้สนับสนุนธุรกิจของเอกชนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจที่ผ่านการวิจัย

แหล่งที่มาของข้อมูล

๑. United States Patent and Trademark Office, Patent Full-text and Full-Page Image Databases. [Accessed ๒๐๐๖, November ๓๐]. Available from: <http://www.uspto.gov/patft/index.html>
๒. กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์. (๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๙). [ออนไลน์] จาก: <http://www.ipthailand.org>



การวิเคราะห์ระบบข้อมูล สถานการณ์การใช้ยาไทย และสมุนไพร



รศ.ดร.อาทร ธีวไพบูลย์
/คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่มา

สมุนไพรและยาไทย ได้รับการยอมรับทั้งจากภาครัฐในการสนับสนุน และจากประชาชนในการใช้อย่างแพร่หลายในการนี้รัฐควรเข้ามาจัดการให้การใช้นั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมทั้งในด้านผลต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจหรือการคลังด้านสุขภาพ ที่ผ่านมามีหน่วยงานต่างๆ ได้ทำการเก็บข้อมูล และจัดทำเป็นสารสนเทศอยู่บ้างแต่ยังไม่เป็นระบบและสมบูรณ์เพียงพอที่จะใช้ในการวางแผนการพัฒนา ในการนี้ จึงได้จัดให้มีการวิเคราะห์ระบบข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาไทยและสมุนไพรขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ระบบข้อมูลการใช้ยาไทยและสมุนไพรในประเทศไทยนำไปสู่กระบวนการวางแผนทาง (หรือนโยบาย) การพัฒนาในอนาคต ได้ศึกษาตามแนวทางดังนี้

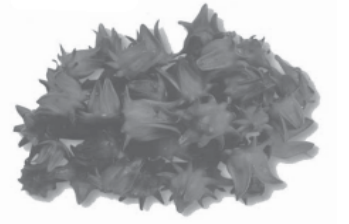
๑. ศึกษาสถานการณ์ของระบบข้อมูลการใช้ยาไทยและสมุนไพร
 - ๑.๑ การผลิตยาไทย
 - ๑.๒ การใช้ยาในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน
 - ๑.๓ การบริโภคยาไทยและสมุนไพร
 - ๑.๔ ปริมาณการบริโภคยาไทยและสมุนไพร
๒. วิเคราะห์ สังเคราะห์ภาพรวม พร้อมทั้งแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูล

วิธีการดำเนินการ

๑. ทบทวนรายงานที่เกี่ยวข้อง
๒. กำหนดกรอบการศึกษา
๓. ศึกษาจากเอกสาร การสัมภาษณ์ หรือการดูงาน แล้วสรุปเป็นรายงานเบื้องต้น
๔. พัฒนาคุณภาพรายงานโดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ

๕. ปรับปรุงรายงานหลังจากได้รับข้อเสนอแนะ
๖. นำเสนอผลงานวิชาการที่ปรับปรุง
๗. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษา



การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

๑. ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (Management Information Systems: MIS)

การทบทวนในส่วนของระบบสารสนเทศนี้ สรุปจากตำราของจิตติมา เทียมบุญประเสริฐ^๑

สารสนเทศเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารงาน เพราะจะช่วยให้ในการจัดหาข้อมูลหลักฐาน (Evidence) สำหรับการตัดสินใจหรือบริหารงาน (Evidence-based management)

ศัพท์บัญญัติที่เกี่ยวข้อง

- ๑. ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน
- ๒. สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผล ผ่านการวิเคราะห์หรือสรุปให้อยู่ในรูปที่มีความหมาย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามวัตถุประสงค์
- ๓. ระบบสารสนเทศ (Information System) หมายถึง ระบบที่ผ่านกระบวนการกลั่นกรองหรือประมวลข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศที่ต้องการเพื่อที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กร

องค์ประกอบของระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศต้องประกอบด้วย อุปกรณ์ (Hardware) โปรแกรมสำเร็จรูป (Software) และบุคลากร (Peopleware)

คุณสมบัติของสารสนเทศที่ดี

คุณสมบัติของสารสนเทศที่ดี ต้องประกอบด้วยลักษณะถูกต้อง เชื่อถือได้ (Accuracy) ตรวจสอบได้ (Verifiable) สมบูรณ์ (Completeness) ทันเวลา (Timeliness) กระชับรัด (Conciseness) ตรงประเด็น (Relevance) และ เป็นปัจจุบัน (Update)

การใช้ประโยชน์ของสารสนเทศ

๑. การประมวลผลรายการ เป็นการจัดเตรียมสารสนเทศเบื้องต้นเพื่อจัดทำรายงาน
๒. การวางแผนปฏิบัติงาน ตัดสินใจและควบคุม สนับสนุนการดำเนินงานประจำวันสำหรับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้บริหารระดับต้น
๓. การวางแผนยุทธวิธีและการตัดสินใจและวางแผนระยะสั้นโดยผู้บริหารระดับกลาง สารสนเทศที่ได้เป็นการสรุปตามคาบเวลา
๔. การวางแผนกลยุทธ์และการตัดสินใจและวางแผนระยะยาวโดยผู้บริหารระดับสูง



๒. การวางแผนระบบสาธารณสุข

ในการวางแผนระบบสาธารณสุข มีการกำหนดเป้าหมายลักษณะของระบบได้แก่ สามารถจัดหาให้บริการได้ (Availability) ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ (Accessibility) บริการนั้นได้รับการยอมรับ (Acceptability) เป็นบริการที่มีคุณภาพ (Quality of care) และมีต้นทุนที่สามารถจ่ายได้ (Affordable cost) ^๒

๓. ทบทวนการดำเนินงานในต่างประเทศ

ในสหรัฐอเมริกา National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCAM) ซึ่งเป็นองค์กรภายใต้ National Institute of Health (NIH) ได้จัดทำสารสนเทศ ^(๓) ซึ่งมีสาระประกอบด้วย

- ๑. ความหมายของการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริม (Complementary and Alternative Medicine; CAM) (What is CAM?)
- ๒. ประเภทของการแพทย์ดังกล่าวที่การสำรวจครอบคลุม (CAM therapies included in the survey)
- ๓. ประชาชนมีการใช้มากน้อยเท่าไร (How many people use CAM)
- ๔. ประชาชนกลุ่มไหนเป็นผู้ใช้ (Who uses the CAM most)
- ๕. ใช้การแพทย์แต่ละประเภทรวมทั้งผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ (Natural products) มากน้อยเพียงใด (CAM therapies used the most)
- ๖. ใช้กับสภาพการเจ็บป่วยอย่างไร (Health conditions prompting CAM use)
- ๗. เหตุผลในการใช้ (Reasons for using CAM)
- ๘. ค่าใช้จ่าย (Spending on CAM)



นอกจากนี้ยังมีแผนงานที่จะรายงานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริมกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ เชื้อชาติ เพศ รวมทั้งปัจจัยต่อการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริม สำหรับการศึกษาในลักษณะการวิจัยมีรายงานที่ระบุรูปแบบการใช้ความชุกและค่าใช้จ่ายของการใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริมที่ทำการศึกษานี้อย่างไรเป็นการแสดงแนวโน้มของการใช้ ^{๔, ๕} ที่ประเทศออสเตรเลียก็มีการศึกษานำร่องเดียวกันนี้ ^{๖, ๗}

การศึกษาเฉพาะกิจชิ้นหนึ่งที่น่าสนใจของสหรัฐอเมริกา ชื่อ Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the United States จัดทำโดย Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public Board on Health Promotion and Disease Prevention^๘ ระบุว่าวัตถุประสงค์ในการศึกษาว่าเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนระบบดูแลสุขภาพ

(Health care system) ที่มีประสิทธิผล (effective) ประสิทธิภาพ (efficient) และผู้ให้บริการพึงพอใจ การศึกษาชิ้นนี้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ รวมทั้ง รูปแบบการใช้ ความชุกและค่าใช้จ่ายของการใช้การแพทย์ ทางเลือกและการแพทย์เสริม

สถานการณ์ระบบข้อมูลการชียาไทยและสมุนไพรในหน่วยงานต่าง ๆ

ได้ทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้ (ภาคผนวก ๑)

๑. กรมการพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ได้เคยทำการสำรวจสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน ในลักษณะการสำรวจเฉพาะกิจ เนื้อหาครอบคลุมประเภทของการให้บริการ จำนวนผู้รับบริการ และประเภทของผู้รับบริการ

๒. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแผนไทย

๓. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร กองควบคุมยา มีการบันทึกข้อมูลจากเอกสารการขึ้น ทะเบียนตำรับยา แต่ไม่ได้มีการประมวลผลจากฐานข้อมูลดังกล่าว เพราะไม่มีการใช้งานที่ชัดเจน อีกทั้งเป็นข้อมูลที่เป็นความลับ การกำหนดกลุ่มยาก็ยังไม่มีหลักการที่ชัดเจน ในส่วนของ กลุ่มงานพัฒนาระบบ กองควบคุมยา ได้มีการจัดทำฐานข้อมูลการผลิตและนำเข้า โดยมี รายละเอียดของยาแต่ละตำรับที่ผลิตทั้งปริมาณและมูลค่าที่ได้จากการส่งรายงานประจำปีของ ผู้ประกอบการ มูลค่าที่รายงานเป็นราคาที่ตั้งขาย (Wholesale Price) การนำเข้า เป็นราคาที่ ผู้ผลิตต้องจ่ายเงินไป บวกค่าขนส่ง ด้านความน่าเชื่อถือของตัวเลขที่รายงานเข้ามา จะดำเนินการ ตามข้อมูลที่ได้รับเข้ามา ไม่มีการตรวจสอบตัวเลขจากแหล่งอื่น

๔. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการกำหนดให้โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ส่งรายงานการผลิตยา การจัดซื้อและการใช้ยา ซึ่งครอบคลุม ยาทุกอย่าง รวมทั้งยาจากสมุนไพร แต่ได้รับความร่วมมือในการรายงานไม่มากนัก

ในกรณีที่จะเข้าสู่ระบบรายงานปกติ ทางสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนดให้โรงพยาบาล ส่งรายงาน (รง.) ต่างๆ ซึ่ง รง.๕ เป็นรายงานเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ รายงานเป็นยอดรวมใน แต่ละเดือน ข้อมูลในรายงานจะเป็นข้อมูลรวม ไม่ได้แยกว่าเป็นสมุนไพร

๕. กรมศุลกากร

กรมศุลกากรเป็นแหล่งหนึ่งในการรายงานชนิดและมูลค่าการนำเข้าและส่งออก แต่ระบบการ



จำแนกพิภักต์ ยังไม่ให้รายละเอียดในการจำแนกประเภทของสมุนไพรและยาแผนโบราณ

๖. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความต้องการใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบายการสนับสนุน แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลดังกล่าว

๗. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจด้านสมุนไพรและยาแผนโบราณ เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจภาวะอนามัยและสวัสดิการ โดยทำการสำรวจทุก ๆ ๒ ปี ในการสำรวจจะใช้กลุ่มตัวอย่างจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ แบ่งพื้นที่เก็บข้อมูลเป็นเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลทำการสำรวจครั้งสุดท้าย ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ จากนั้นได้หยุดไปเพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ปรับเนื้อหาใหม่ โดยตัดด้านสมุนไพรและยาแผนโบราณออกไป

การให้สำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นผู้สำรวจการใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณของประชาชนสามารถทำได้โดยการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในลักษณะ

- รวมเข้าไว้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ซึ่งทำการสำรวจทุกปีหรือสองปี
- รวมกับการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ซึ่งทำการสำรวจทุกเดือน
- แยกเป็นโครงการด้านยาแผนไทยโดยเฉพาะกรณีมีเนื้อหา

๘. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย

ศูนย์วิจัยกสิกรไทยให้ความสนใจวิจัยสมุนไพร เพราะเป็นส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมเกษตรที่เป็นภารกิจที่รับผิดชอบ โดยพิจารณาว่าผลิตภัณฑ์เครื่องเทศและสมุนไพร เป็นสินค้าที่มีศักยภาพการดำเนินงานมีเป้าหมายเพื่อให้บริการข้อมูลทางวิชาการแก่ลูกค้าของธนาคารและสาธารณชนทั่วไป โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากธนาคารต้นสังกัด เป็นส่วนหนึ่งของงานประชาสัมพันธ์ของธนาคาร ฉะนั้นลูกค้าธนาคารหรือหน่วยงานราชการสามารถขอข้อมูลได้โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ศูนย์ฯ เริ่มงานด้านสมุนไพรเมื่อปี 2540 โดยใช้เครือข่ายการสำรวจข้อมูลจากสถาบันราชภัฏสวนดุสิต ปัจจุบันยังมีนโยบาย ที่จะดำเนินการสำรวจ แต่ไม่มีแผนงานในรายละเอียด ถ้ากระทรวงสาธารณสุขจะจัดทำระบบสารสนเทศ ก็สามารถร่วมมือกันได้

สารสนเทศที่จำเป็นในการวางแผน

การใช้ยาแผนไทยในมุมมองของระบบสุขภาพ ต้องการให้การใช้นั้นเป็นไปอย่างเหมาะสม และคุ้มค่า ฉะนั้นสารสนเทศที่จำเป็นในการวางแผน กำหนดโดยพิจารณาจากเป้าหมายลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพ ที่จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านคุณภาพและต้นทุน ประสิทธิภาพของต่างประเทศ และสอบถามหน่วยงานที่ใช้สารสนเทศ แล้วพิจารณาร่วมกับลักษณะที่ดีของสารสนเทศ สรุปว่าสารสนเทศที่ต้องการประกอบด้วย

๑. ความชุกของการใช้ จำแนกตามประเภทการเจ็บป่วย ชนิดและประเภทของยา ลักษณะของ



ตารางที่ ๑ ภาพรวมของระบบสารสนเทศด้านสมุนไพรและยาไทย

ลักษณะข้อมูล	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บ	หน่วยงานที่ควรเป็นผู้ดำเนินการ	ลักษณะสารสนเทศ	ปัญหาอุปสรรค/ ข้อเสนอ
1. การนำเข้าและส่งออก	ผู้ประกอบการนำเข้าและส่งออก (เอกสารที่ยื่นขออนุญาต)	- กรมศุลกากร - อย. ผู้ประกอบการรายงาน	- กรมศุลกากร - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)	- มูลค่านำเข้าและส่งออกต่อปี จำแนกตามชนิดสมุนไพรและยาไทย - ร้อยละของปริมาณที่เปลี่ยนแปลง	มีปัญหาด้านไม่สามารถจำแนกรายละเอียดชนิดสมุนไพรหรือยา
2. การผลิตที่โรงงาน	ผู้ผลิต (เอกสารรายงานประจำปี)	- อย. ผู้ประกอบการรายงาน	อย.	- ปริมาณการผลิตต่อปี - จำแนกตามชนิดและประเภท - มูลค่าการผลิตต่อปี - จำแนกตามชนิดและประเภท - สัดส่วนมูลค่าการผลิตของยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันของประเทศ	มีปัญหาด้านรายงานต่ำกว่าจริงและไม่สามารถจำแนกกลุ่มยาได้อย่างเหมาะสมที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย และชนิดสมุนไพร
3. การผลิตที่โรงพยาบาล	โรงพยาบาลรัฐสังกัดต่าง ๆ โรงพยาบาลเอกชน	-	- กรมต้นสังกัดของ รพ.รัฐ - กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒน์) /สำนักงานสาธารณสุข-สุขภาพจิต (สสจ.)	- จำนวนโรงพยาบาลที่มีการผลิตต่อโรงพยาบาลทั้งหมด - สัดส่วนโรงพยาบาลที่มีการผลิต - ปริมาณการผลิตต่อปี - จำแนกตามชนิดและประเภท - มูลค่าการผลิตต่อปี (ราคาขาย) จำแนกตามชนิดและประเภท - สัดส่วนมูลค่าการผลิตของยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน	ยังไม่มีการจัดกลุ่มประเภทยา ควรมีการจัดประเภทของยาตามการรักษาให้เป็นระบบเดียวกัน
4. การใช้ในสถานบริการ	โรงพยาบาลรัฐสังกัดต่าง ๆ	-	กรมต้นสังกัดของ รพ.รัฐ	- จำนวนโรงพยาบาลที่มีการใช้ - สัดส่วนโรงพยาบาลที่มีการใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ต้องการ

ลักษณะข้อมูล	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บ	หน่วยงานที่ควรเป็นผู้ดำเนินการ	ลักษณะสารสนเทศ	ปัญหาอุปสรรค/ ข้อเสนอ
	โรงพยาบาลเอกชน		กรมพัฒนา/ สสจ.	- จำนวนรายการยาที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาล - สัดส่วนรายการยาแผนไทยและยาแผนปัจจุบันในรายการยาของโรงพยาบาล - มูลค่า (ราคาขาย) ของยาแผนไทยที่ใช้ต่อปี - สัดส่วนมูลค่า ของยาแผนไทยต่อยาแผนปัจจุบันที่ใช้ต่อปี - มูลค่า (ราคาขาย) ของยาแผนไทยต่อรายผู้ป่วยนอก (visit)	เก็บจึงไม่ให้ความร่วมมือ
5. การบริโภคผ่านร้านยา	ร้านยา	-	หน่วยงานวิชาการ เช่นมหาวิทยาลัย ร่วมกับ สสจ.	- มูลค่า (ราคาขายส่ง และราคาขายปลีกที่ประมาณการณ) ที่ขายต่อปี จำแนกตามประเภทยา - มูลค่าการบริโภค (ราคาขายส่ง และราคาขายปลีกที่ประมาณการณ) ผ่านร้านยาต่อคนต่อปี จำแนกตามประเภทยา	เป็นการตรวจสอบปริมาณการผลิต และการบริโภคที่ได้จากผู้ผลิต ใช้วิธีการวิจัยในการสำรวจอย่างและคำนวณมูลค่ารวมเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูล
6. การบริโภคโดยทั่วไปของประชาชน	ครัวเรือน	สำนักงานสถิติแห่งชาติ (เคยดำเนินการ) ศูนย์วิจัยกสิกรไทย	สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ	- อัตราความถี่ของการใช้ต่อประชากรต่อปี จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ ประเภทการเจ็บป่วย ประเภท บริการ - สาเหตุการใช้ ลักษณะการใช้ และผลการใช้ - มูลค่าการบริโภคต่อคนและต่อครัวเรือน ต่อปี	สำนักงานสถิติแห่งชาติและศูนย์วิจัยกสิกรไทยยินดีให้ความร่วมมือ



ลักษณะข้อมูล	แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บ	หน่วยงานที่ควรเป็นผู้ดำเนินการ	ลักษณะสารสนเทศ	ปัญหาอุปสรรค/ ข้อเสนอ
7. ปัจจัยต่อการบริโภคของประชาชน	ผู้บริโภค	-	ศูนย์วิจัยกสิกรไทย และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ	โอกาสของการใช้จากปัจจัยต่างๆ (odd ratio)	งานวิจัยที่วิเคราะห์โดย Logistic Regression
8. อาการข้างเคียงจากการใช้ของประชาชน	ผู้บริโภค ผู้ป่วย	-	หน่วยงานทางวิชาการ	ความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจาการตามการเจ็บป่วยหรือสาเหตุการใช้และชนิดและประเภทของยา	กำหนดแผนการวิจัยโดยจัดลำดับความสำคัญของยาจากผลการศึกษาค่าความถี่ของการใช้
9. การใช้ของผู้ป่วยเฉพาะโรค	ผู้ป่วย สถานพยาบาล	-	หน่วยงานทางวิชาการ	- ความถี่ของการใช้ยาแผนไทยร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน - สัดส่วนของผลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้ - ความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียง	เพื่อเฝ้าระวังความถี่ของการใช้และ drug interaction
10. ความคุ้มค่าต่อระบบสุขภาพ	ผู้ป่วย สถานพยาบาล	-	หน่วยงานทางวิชาการ	- ต้นทุนของยา - ต้นทุนประสิทธิภาพและต้นทุนที่ได้ของการใช้	กำหนดแผนการวิจัยโดยจัดลำดับความสำคัญของยาจากผลการศึกษาค่าความถี่ของการใช้

ความหมายของยาไทยและสมุนไพร

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ระบุว่า

ยาแผนไทย หมายความว่า ยาที่ได้จากสมุนไพรโดยตรงหรือที่ได้จากการผสม ปิ้ง หรือแปรรูปสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา

ฉะนั้นในการศึกษานี้ยาไทยและสมุนไพร น่าจะหมายถึงยาแผนไทย หรือระบุรายละเอียดว่าหมายถึง สมุนไพรและยาแผนโบราณ โดยไม่รวมถึงเครื่องสำอางสมุนไพร และอาหารเสริมสุขภาพจากสมุนไพร

แหล่งที่มา	ทั้งในประเทศและนำเข้า
แหล่งผลิต	โรงงานผู้รับใบอนุญาตผลิตยาแผนโบราณและหน่วยผลิตของโรงพยาบาล
แหล่งส่งมอบยา	สถานบริการสุขภาพ และร้านยา
สถานบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลของรัฐ เอกชน
การบริโภค	การซื้อจากร้านยา การซื้อจากแผงลอยพ่อค้าเร่ การซื้อจากการขายตรง การเตรียมใช้เอง การพบแพทย์แผนโบราณ การสั่งจ่ายของแพทย์ การซื้อจากโรงพยาบาล

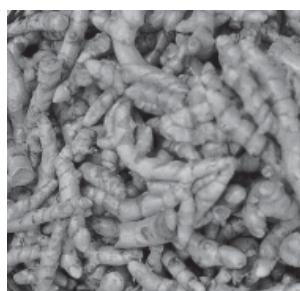


สรุป วิจัยรณผลและเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูล

การสำรวจการผลิตและการใช้ในสถานบริการของรัฐ มักจะประสบปัญหาความร่วมมือ เพราะหน่วยงานที่ต้องการข้อมูลไม่ใช่หน่วยงานต้นสังกัดของสถานบริการ จึงไม่มีอำนาจสั่งการ และข้อมูลที่ต้องการก็ไม่ได้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานผู้รายงานจะได้ใช้ประโยชน์อย่างไร นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านเทคนิค คำจำกัดความของยาแผนไทยยังไม่ตรงกัน ไม่มีการทำรหัสสำหรับยาแผนโบราณ ไม่มีการรวบรวมสำรวจ และการทำความเข้าใจในการจัดทำสารสนเทศ จึงทำให้การประมวลสารสนเทศและวิเคราะห์ผลในระดับประเทศเป็นไปได้ยาก

ข้อมูลในส่วนการใช้ของประชาชน น่าจะเป็นข้อมูลที่มีความเป็นไปได้มาก เพราะสำนักงานสถิติแห่งชาติมีประสบการณ์และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบก็มีความเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือ

ในการจัดทำระบบสารสนเทศกลางควรมีการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำเป็นเครือข่าย มีการประชุมเตรียมการให้เข้าใจหลักการ เทคนิควิธีการตรงกัน^๙ แบ่งงานความรับผิดชอบ จากนั้นมีการประมวลข้อมูลรวมที่ได้จากเครือข่าย โดยต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือ และวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมของประเทศ ในลักษณะที่หน่วยงานที่สนับสนุนข้อมูลจะได้ประโยชน์ เช่น ข้อมูลการผลิตยาที่รายงานจากผู้ผลิต มีการวิเคราะห์ให้เห็นแนวโน้มตลาด ข้อมูลที่สำรวจจากยอดซื้อของร้านยา^{๑๐} ที่ซื้อจากผู้ผลิตต่างกันมากน้อยเพียงใด ซึ่งสารสนเทศที่ได้ควรแจกจ่ายไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานที่รายงานข้อมูลในทุกกระดับ โดยที่มีการจัดทำสารสนเทศและวิเคราะห์ในมุมมองต่าง ๆ เพื่อให้หน่วยงานทุกระดับได้ใช้ประโยชน์จึงจะเป็นการกระตุ้นให้มีการรายงาน



ภาคผนวก 1
รายชื่อเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้สัมภาษณ์

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน
๑. คุณยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก	รองผู้อำนวยการสารสนเทศ นักวิจัย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๒. คุณนิเวศน์ บวรคุณวัฒน์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ๓ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
๓. คุณเกษร อังศุสิงห์	นวก.สาธารณสุข ๗ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
๔. คุณพรทิพย์ เต็มวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุข ๘ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
๕. คุณนวรรตน์ โอบนพันธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานสถิติประชากรและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ
๖. คุณพรทิพย์ ศรีวัชรินทร์	หัวหน้ากลุ่มวางแผนและพัฒนาโครงการด้านสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ
๗. คุณศุภรภัทรรัตน์ เจริญทรัพย์ยิ่งยศ	นักวิทยาศาสตร์ ๗ ว. กลุ่มมาตรฐานพิทักษ์ศุลกากร ๑ กลุ่มงานพิทักษ์อัตราศุลกากร กรมศุลกากร
๘. คุณประสิทธิ์ ศรีทิพย์สุโข	กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพร กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๙. คุณนันทรัตน์ ราชนานนท์	กลุ่มงานพัฒนาระบบ กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑๐. คุณปรีชา จัตรวัฒนานันท์	ศูนย์ประสานงานพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๑๑. คุณสรชัย จำเนียรดำรงการ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๒. คุณไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑๓. คุณปัญญาภัทร ธาระวานิช	เจ้าหน้าที่วิจัยอาวุโส ฝ่ายวิจัยเศรษฐกิจจุลภาค บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด

เอกสารอ้างอิง

จิตติมา เทียมบุญประเสริฐ. (๒๕๕๖). *ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.ปรีนติ้ง.

Wessen AF. (๑๙๙๙). The comparative study of health care reform. In: Powell FD, Wessen AF, editors. *Health care systems in transition: An international perspective*. California: SAGE Publications, Inc.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. The use of complementary and alternative medicine in the United States. Available from: http://nccam.nih.gov/news/camsurvey_fs๑.htm. [accessed June ๒๓, ๒๐๐๖];

Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. (๑๙๙๘). Trends in Alternative Medicine Use in the United States, ๑๙๙๐-๑๙๙๗: Results of a Follow-up National Survey. *JAMA* ๑๙๙๘;๒๘๐(๑๘):๑๕๖๙-๑๕๗๕.

Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, and Eisenberg DM. (๒๐๐๕). Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: ๑๙๙๗-๒๐๐๒. *Altern Ther Health Med* ๒๐๐๕;๑๑(๑):๔๒-๙.

MacLennan AH, Wilson DH, and Taylor AW. (๑๙๙๖). Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* ๑๙๙๖;๓๔๗(๙๐๐๑):๕๖๙-๗๓.

MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. (๒๐๐๒). The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Prev Med* ๒๐๐๒;๓๕(๒):๑๖๖-๗๓.

Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public Board on Health Promotion and Disease Prevention. Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the United States. Available from: <http://www.nap.edu/books/๐๓๐๙๐๙๒๗๐๑/html/>. [accessed January ๑๙, ๒๐๐๖].

อาทร รั้วไพบูลย์. (๒๕๕๕). การวิจัยสมุนไพรด้านเศรษฐศาสตร์ กรอบแนวคิดและสถานการณ์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๕๕;๑๑(๔):๕๔๕-๖๑.

Riewpaiboon A. (๒๐๐๖). Increasing herbal product consumption in Thailand. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* ๒๐๐๖; DOI ๑๐.๑๐๐๒/pds.๑๑๕๗.





ภาคผนวก

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ 133 /2548

เรื่อง คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

.....

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีบทบาทหน้าที่เป็นแกนหลักในการทำงานด้านแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ทั้งในด้านการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาองค์ความรู้วิชาการ การถ่ายทอดองค์ความรู้ รวมทั้งการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย ในกรณี เพื่อให้มีระบบ และโครงสร้าง ตั้งแต่ลักษณะข้อมูลที่ต้องการเพื่อการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ การจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปรผลข้อมูล ไปจนถึงกระบวนการนำเสนอข้อมูลสำคัญเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่มีประสิทธิภาพ และตรงเป้าหมาย

ในการนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังต่อไปนี้

ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

- | | | | |
|---|---|---|-----------|
| 1 | นายธวัช จานิชโยธิน | ที่ปรึกษาสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |
| 2 | อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | ที่ปรึกษา |
| 3 | นายชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ที่ปรึกษา |
| 4 | นายคำณวน อึ้งชูศักดิ์ | ผู้อำนวยการสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |

คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------------------|
| 1 | นายประพจน์ เกตุธำมาศ | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร | หัวหน้าคณะ
กรรมการ |
| 2 | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หรือ ผู้แทน | | คณะกรรมการ |
| 3 | นายณรงค์ กษิตประดิษฐ์ | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (ด้านข้อมูลข่าวสาร) | คณะกรรมการ |

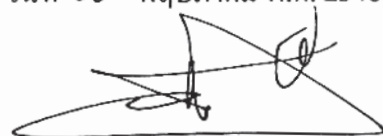
4	นายชาณวิทย์ ทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะกรรมการ
5	นางสาวบุษบา สมร่วง	หัวหน้ากลุ่มแผนงานและประเมินผล	คณะกรรมการ
6	นายวิชัย จันทร์กิตติวัฒน์	หัวหน้าสำนักงานสารนิเทศและวิเทศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
7	นางวงเดือน จินดาวัฒนะ	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะกรรมการ
8	นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ์	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	คณะกรรมการ
9	นางบุญใจ ลิ่มศิลา	กองการแพทย์ทางเลือก	คณะกรรมการ
10	นางเบญจณีย์ เกาพาณิชย์	กองการแพทย์ทางเลือก	คณะกรรมการ
11	นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์	สถาบันการแพทย์แผนไทย	คณะกรรมการ
12	นางปนัดดา จันทวงศ์	สถาบันการแพทย์แผนไทย	คณะกรรมการ
13	นางสาวรุจิรา ธรรมสิทธิ์	กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย	คณะกรรมการ
14	นางสาวณิชา กุลสมบุรณ์	กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย	คณะกรรมการ
15	นางสาวสายสุนีย์ คุ้มครองญาติ	หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร	คณะกรรมการ
15	นางสาวรัชณี จันทร์เกษ	กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย	คณะกรรมการและ เลขานุการ

ให้คณะกรรมการ มีหน้าที่ดังนี้

1. จัดทำระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
2. พัฒนากลไกในการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์
3. อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
ลงชื่อ



(นายวิชัย โชควิวัฒน์)

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองการแพทย์ทางเลือก

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ 195 / 2548

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เพิ่มเติม)

ตามคำสั่งกรมพัฒนาที่ 133/2548 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2548 ตั้งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ในการพัฒนากลไกการบริหารและจัดระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้เพื่อการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ การจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล ไปจนถึงกระบวนการนำเสนอข้อมูลสำคัญ สำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและตรงเป้าหมายนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ จึงให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เพิ่มเติม) คือ

นายพินิจ ฟ้าอำนวยผล ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ คณะกรรมการ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2548



(นายวิชัย โชควิวัฒน์)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก



คำสั่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ที่ 193 / 2549

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เพิ่มเติม)

ตามคำสั่งกรมพัฒนาที่ 133/2548 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2548 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ในการพัฒนากลไกการบริหารและจัดระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้เพื่อการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ การจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล ไปจนถึงกระบวนการนำเสนอข้อมูลสำคัญ สำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและตรงเป้าหมายนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ จึงให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เพิ่มเติม) คือ

นางปรีชา มิตรานนท์ หัวหน้ากลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม คณะกรรมการ
สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2549

(นายวิชาญ ไร่แก้ววัฒนา)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก