



การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง
Human Capital Development to Promote Thai Traditional Medicine
Strategies for Medical Treatment in Central North-Eastern Region

ศศพร มุ่งวิชา

SASAPHON MOONGVICHA

ดุษฎิณิพนธ์เสนอต่อมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจดุษฎิณิบัณฑิต
ปีการศึกษา 2560



การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง
Human Capital Development to Promote Thai Traditional Medicine
Strategies for Medical Treatment in Central North-Eastern Region

ศศพร มุ่งวิชา
SASAPHON MOONGVICHA

ดุษฎีนิพนธ์เสนอต่อมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

ชื่อคุณิพนธ์ การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง
ชื่อ นามสกุล นางศศพร มุ่งวิชา
ชื่อปริญญา บริหารธุรกิจดุขฎิบัณฑิต
คณะ บริหารธุรกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.อมร ฤงสุวรรณ
อาจารย์ที่ปรึกษาาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชยุต ภวภานันท์กุล

คณะกรรมการสอบคุณิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบคุณิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์)

.....กรรมการ

(ดร.ธนากร รัชตกุลพัฒน์)

.....กรรมการ

(ดร.ณภัทร พานิชการ)

.....กรรมการ

(ดร.อมร ฤงสุวรรณ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชยุต ภวภานันท์กุล)

.....กรรมการ

(อาจารย์ข้ามะนาฎ แสนยากร)

คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร อนุมัติให้รับคุณิพนธ์

ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจดุขฎิบัณฑิต

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

.....คณบดีคณะบริหารธุรกิจ

(ดร.ปริญญา มากลีน)

วันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561

| | |
|------------------------------|---|
| ชื่อเรื่องคุณูปนิพนธ์ | การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทยในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง |
| ชื่อ สกุล | ศศพร มุ่งวิชา |
| ชื่อปริญญา | บริหารธุรกิจดุขฎฎฎฎฎฎ |
| คณะ | บริหารธุรกิจ |
| ปีการศึกษา | 2560 |

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับ การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง 2) เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง 3) เพื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์ การพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง 4) เพื่อสังเคราะห์ ประมวลคุณภาพ การพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กลุ่มบุคลากรการแพทย์แผนไทย และนักศึกษาแพทย์แผนไทยชั้นปีสุดท้ายในภาคอีสานตอนกลาง 4 จังหวัดคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดขอนแก่น จำนวน 370 ตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี(Mixed-Method)ทั้งแบบปริมาณและคุณภาพ โดยการวิเคราะห์สถิติคาโนนิคอลล และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนาทุนมนุษย์มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านหลักสูตรในระดับต่ำ 2) การพัฒนาทุนมนุษย์มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์ ในระดับต่ำมาก 3) การพัฒนาทุนมนุษย์ มีความสัมพันธ์กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะภาพแพทย์แผนไทย ในระดับต่ำ 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยคือนโยบายการสนับสนุนภาครัฐและระบบค่าตอบแทน 5) การพัฒนาทุนมนุษย์มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยคือความรู้ ในการรู้จักโรค ความรู้ ในการรู้จักกายา

ความสามารถ ในการรู้จักยาความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรคมีผลต่อ การศึกษา และการได้รับใบประกอบโรคศิลป์สาขาเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย 6) การพัฒนาทุนมนุษย์ มีความสัมพันธ์กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการพัฒนา และมี ความสัมพันธ์ กับนโยบายการสนับสนุนภาครัฐ ระบบค่าตอบแทน ในระดับสูงมาก

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ทุนมนุษย์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย



| | |
|---------------------------|---|
| Dissertation Title | Human Capital Development to Promote Thai Traditional Medicine Strategies for Medical Treatment in Central North-Eastern Region |
| Author | Mrs.Sasaphon Moongvicha |
| Degree | Doctor of Business Administration |
| Field Study | Business Administration |
| Academic Year | 2017 |

ABSTRACT

This research aims 1) to study the relationship of human capital development to promote Thai traditional medicine in central north-eastern region 2) to analyze factors effect to human capital development to promote Thai traditional medicine in central north-eastern region 3) to synthesize the relationship of human capital development to promote Thai traditional medicine in central north-eastern region 4) to synthesize the quality of human capital to promote Thai traditional medicine in central north-eastern region. Research methodology is mixed-method in both quantitative and qualitative. Quantitative analysis, data collected were 370 samplings from Thai traditional medicine in central north-eastern region; 4 provinces, Kalasin, Roi Et, Mahasara Kham and KhonKaen between August 2017 – April 2018. Statistical analysis was by canonical method for testing dependent and independent variables. Sample was calculated under Krejcie and Morgan (Krejcie and Morgan, 1970:608) against 1,543 Thai traditional medicines in central north-eastern region. IOC for questionnaire testing validity and reliability were with alpha coefficient more than 0.70. Data analyzed by SPSS 20 calculated mean, median, mode, standard deviation, t-test and F-test, statistics analysis using canonical correlation test for dependent and independent variables relation.

Qualitative analysis, data collected by in-depth interview from administrative of Thai Herbal institution, the administrative of center of Thai traditional medicine for gathering and examining the quantitative previous data. The results are 1) human capital development has related to Thai traditional medicine for medical treatment in Thai traditional medicine course of study in low range 2) human capital development has related to Thai traditional medicine for medical treatment for practice experience in very low range 3) human capital development has related to Thai traditional medicine for medical treatment in Thai traditional medicine professional status in low range 4) factors influence to human capital development to promote Thai traditional medicine in medical treatment are government supporting policies and remuneration system 5) human capital development has related to Thai traditional medicine for medical treatment in knowing sickness, knowing medicine, capability of medical knowledge and knowing sickness originated that has related to course of study and certificate granted in medical treatment, pharmacy, midwifery and Thai massage in high range 6) human capital development has related to Thai traditional medical evolution in government supporting policies and remuneration in very high range.

Keywords: Knowledge, Skill, Ability, Human Capital, Thai Traditional Medicine

กิตติกรรมประกาศ

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความศรัทธาในศาสตร์แพทย์แผนไทยของ พลเรือเอก พระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้าอาภากรเกียรติวงศ์ กรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์หรือ หมอพร ณ วังนางเลิ้งเดิม ซึ่งเป็นที่ตั้งของคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.อมร ฤงสูววรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชยุตภวภานันท์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างยิ่ง รวมถึงท่านประธานกรรมการสอบ ศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐรัตนานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.ณภัทร พานิชการ อาจารย์ชำนาญแสนยากร ช่วยกันจักร และกรรมการสอบดุษฎีนิพนธ์ ดร.ธนากร รัชตกุลพัฒนาที่ให้คำแนะนำกำกับแนวทางด้วยความเมตตาปรารถนาดีต่อศิษย์ โดยช่วยให้คำแนะนำปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.ณสรัญ มหิทธิชาติกุล และ ดร.พิชญญาณ์คานะโกะ ผู้เชี่ยวชาญให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลืออย่างดีเยี่ยม ประโยชน์ที่พึงมีจากดุษฎีนิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ศศพร มุ่งวิชา

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อ | ก |
| ABSTRACT | ค |
| กิตติกรรมประกาศ | จ |
| สารบัญ | ฉ |
| สารบัญตาราง | ช |
| สารบัญภาพ | ฎ |
| 1. บทนำ | 1 |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ | 4 |
| 1.3 ขอบเขตของการศึกษา | 4 |
| 1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น | 6 |
| 1.5 สมมติฐานงานวิจัย | 7 |
| 1.6 กรอบแนวคิดงานวิจัย | 7 |
| 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย | 10 |
| 1.8 นิยามศัพท์ | 10 |
| 1.9 คำสำคัญ | 14 |
| 2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 15 |
| 2.1 ประวัติการแพทย์แผนไทย | 15 |
| 2.2 องค์ประกอบการแพทย์แผนไทยและตัวแปร | 33 |
| 2.3 แนวคิด ทฤษฎีทุนมนุษย์ | 60 |
| 2.4 แนวคิด การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ | 75 |
| 2.5 แนวคิด ทฤษฎีอัจฉริยะ | 85 |
| 2.6 แนวคิด ภูมิปัญญา | 89 |
| 2.7 การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านเวชกรรมไทยกับการแพทย์แผนไทย | 93 |
| ประเภท ก ข และ ค | |
| 2.8 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 107 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| 3. วิธีดำเนินการวิจัย | 113 |
| 3.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง | 113 |
| 3.2 เครื่องมือการวิจัย | 137 |
| 3.3 การทดสอบค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย | 142 |
| 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 144 |
| 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล | 145 |
| 4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 147 |
| 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การวิจัยเชิงปริมาณ | 147 |
| 4.2 การทดสอบสมมติฐาน การวิจัยเชิงปริมาณ | 153 |
| 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ | 175 |
| 5. สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 181 |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย | 181 |
| 5.2 อภิปรายผล | 189 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป | 192 |
| บรรณานุกรม | 196 |
| ภาคผนวก | 204 |
| ภาคผนวก ก แบบสอบถาม | 205 |
| ประวัติการศึกษาและการทำงาน | 214 |

สารบัญตาราง

| ตาราง | หน้า |
|--|------|
| 2-1 ประวัติการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย | 18 |
| 2-2 วงจรวัฏจักรตรีธาตุ | 42 |
| 2-3 การวินิจฉัยโรค | 44 |
| 2-4 ความสัมพันธ์สมุฏฐานธาตุ ที่ตั้ง ตัวควบคุม | 47 |
| 2-5 การจัดกลุ่มตัวแปรการแพทย์แผนไทย | 56 |
| 2-6 ตัวแปรทุนมนุษย์ | 74 |
| 2-7 การเปรียบเทียบระหว่างการบริหารความสัมพันธ์และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ | 79 |
| 2-8 ตัวแบบเกสต์ (ผลตอบแทนทางการเงิน คือ กำไรและผลตอบแทนเงินลงทุน) | 81 |
| 2-9 ตัวแปรการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ และผลรวมคะแนนตัวแปรทุนมนุษย์ | 84 |
| 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค | 98 |
| 3-1 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดกาฬสินธุ์ | 114 |
| 3-2 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด | 118 |
| 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม | 123 |
| 3-4 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดขอนแก่น | 130 |
| 3-5 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค พื้นฟูสภาพ – บริการนวดไทย | 133 |
| 3-6 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค พื้นฟูสภาพ – บริการยาสมุนไพร | 133 |
| 3-7 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค พื้นฟูสภาพ – บริการอบสมุนไพร | 134 |
| 3-8 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค พื้นฟูสภาพ - บริการแพทย์ทางเลือกอื่น | 134 |
| 3-9 จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ของ Krejcie and Morgan | 136 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตาราง | หน้า |
|--|------|
| 3-10 การสังเคราะห์หัตถ์จริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวิธี Q | 138 |
| 4-1 จำนวนร้อยละของการแจกแจงด้านประชากรศาสตร์ ของข้อมูล 370 ตัวอย่าง | 148 |
| 4-2 คะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง ที่มีการวัดผลด้านความรู้ | 150 |
| 4-3 คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง ที่มีการวัดผลด้านทักษะ | 151 |
| 4-4 คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง ที่มีการวัดผล ด้านความสามารถ | 152 |
| 4-5 ผลรวมคะแนน 370 ตัวอย่าง ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านความสามารถ | 153 |
| 4-6 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านการศึกษาหลักสูตรเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย | 158 |
| 4-7 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านประสบการณ์ | 165 |
| 4-8 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย | 170 |

สารบัญญภาพ

| ภาพ | | หน้า |
|------|--|------|
| 1-1 | กรอบแนวคิด แสดงความสัมพันธ์ การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริม การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง | 8 |
| 2-1 | แนวคิดศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย | 32 |
| 2-2 | แนวคิดการพัฒนาแพทย์แผนไทย | 36 |
| 2-3 | หลักเวชกรรมการแพทย์แผนไทย | 41 |
| 2-4 | ความสัมพันธ์ของธาตุทั้ง 4 | 43 |
| 2-5 | แสดงความสัมพันธ์ของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ | 48 |
| 2-6 | แสดงหลักการวินิจฉัยโรค ทางเดินโรค | 50 |
| 2-7 | ระบบการแพทย์แผนไทยตามแนวภูมิปัญญาไทย (Wisdom-based) | 52 |
| 2-8 | ตัวแปรการพัฒนาแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน | 55 |
| 2-9 | ความสัมพันธ์ การสังเคราะห์อัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย | 57 |
| 2-10 | องค์ประกอบทุนมนุษย์ ตามความสัมพันธ์กับเศรษฐศาสตร์ | 61 |
| 2-11 | แนวคิดทุนมนุษย์ สัมพันธ์กับสุขภาพ | 62 |
| 2-12 | ทุนมนุษย์ สัมพันธ์กับทุนทางอารมณ์ | 63 |
| 2-13 | ทุนมนุษย์ สัมพันธ์กับผลสำเร็จองค์กร | 63 |
| 2-14 | แสดง การบริหารทุนมนุษย์ | 64 |
| 2-15 | แสดง แบบจำลองพื้นฐานกลยุทธ์ทุนมนุษย์ | 65 |
| 2-16 | ทุนมนุษย์ ความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจมุมมอง OECD | 67 |
| 2-17 | ทุนมนุษย์ กับทุนทางสังคม | 67 |
| 2-18 | ทุนมนุษย์ กับความสัมพันธ์ทุนทางสังคม | 68 |
| 2-19 | องค์ประกอบทุนมนุษย์ | 68 |
| 2-20 | แสดงความสัมพันธ์ทุนมนุษย์ | 69 |
| 2-21 | ทุนมนุษย์ กับความเกี่ยวข้องทุนด้านอื่นๆ | 71 |
| 2-22 | ระบบทรัพยากรมนุษย์ ตามรูปแบบฮาร์วาร์ด | 76 |
| 2-23 | ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบฮาร์วาร์ด | 77 |
| 2-24 | การบริหารเชิงกลยุทธ์ และอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม | 78 |

สารบัญญภาพ

| ภาพ | | หน้า |
|------|---|------|
| 2-25 | ตัวแบบโมเดลมิชชีแกน และวัฏจักรทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Cycle) | 79 |
| 2-26 | ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบวารวิค | 80 |
| 2-27 | ตัวแบบโมเดลชอยท์ | 82 |
| 2-28 | โมเดลการพัฒนาอัจฉริยะสู่ความเชี่ยวชาญ | 88 |
| 2-29 | ขั้นตอนการพัฒนาอัจฉริยะสู่ความเชี่ยวชาญ | 89 |
| 2-30 | ความสัมพันธ์ภูมิปัญญา อัจฉริยะ และความคิดสร้างสรรค์ | 92 |
| 2-31 | ความสัมพันธ์ ภูมิปัญญา และอัจฉริยะ | 93 |
| 2-32 | การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค ตามกลุ่มการพัฒนา | 97 |
| 2-33 | ความสัมพันธ์ระหว่างอัจฉริยะ ภูมิปัญญา ทุณมนุษย์ และยุทธศาสตร์ กับตัวแปรทุนมนุษย์ | 106 |
| 4-1 | ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ที่มีความ สัมพันธ์กับ ตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านหลักสูตร | 154 |
| 4-2 | ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ กับ ตัวแปรตาม ด้านการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย | 156 |
| 4-3 | ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ ความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ตัวแปรตาม ด้านประสบการณ์ | 163 |
| 4-4 | ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ ความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ตัวแปรตาม ด้านสถานะแพทย์แผนไทย | 168 |
| 5-1 | การขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ | 194 |
| 5-2 | ทำนองโรคไข้เอกโทษ | 194 |

บทที่ 1

บทนำ

ปัจจุบันแม้การแพทย์แผนตะวันตกจะได้รับความนิยมในสถานพยาบาลทั่วโลก แต่นับจากปีพ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้มีการรณรงค์ให้การแพทย์หลายระบบ หรือ การแพทย์พหุลักษณะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากปัญหาสุขภาพในปัจจุบันเป็นปัญหาที่ไม่ได้มาจากโรคติดต่อ การแพทย์ระบบเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของชนในสังคมได้ โดยหลักใหญ่สาเหตุของโรคมักมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพจึงควรเริ่มตั้งแต่การบำบัด รักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนโบราณของไทยเคยได้รับความนิยมแพร่หลายในอดีตเมื่อครั้งหลายพันปีก่อน โดยการแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์ที่ถือกำเนิดจากอารยธรรมอินเดียโบราณตามพุทธศาสนา และแพทย์อายุรเวชศาสตร์ฮินดูก่อนพุทธกาล มีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางไสยศาสตร์-ศาสนา ต่อมาเมื่อมีการเผยแพร่องค์ความรู้เข้ามาในประเทศไทย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยจึงเป็นการผสมผสานระหว่างพุทธศาสตร์และการแพทย์พื้นบ้านของชนท้องถิ่น

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศาสตร์แพทย์ของไทยได้รับอิทธิพลจากชนชาติที่เข้ามามีอิทธิพลแต่ละยุคแต่ละสมัย ทำให้การแพทย์แผนไทยมีเอกลักษณ์ และมีอัตลักษณ์เฉพาะตัว โดยมีหลักใหญ่จากคัมภีร์พุทธศาสนา ความเข้าใจพื้นฐาน การเกิดโรค การวินิจฉัย ตลอดจนการรักษา มีการอธิบายตามธาตุ 4 ประการ สมุฏฐานโรค หรือ “ธาตุสมุฏฐานวินิจฉัย” ตามธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน (ปถวี) ธาตุน้ำ (อาโป) ธาตุลม (วาโย) และธาตุไฟ (เตโช) อันมีการกระทบจากพลังงาน เช่น พลังงานความร้อน (ปิตตะ) พลังงานลม (วาตะ) พลังงานน้ำ (เสมหะ) และผลกระทบที่มาจากสัดส่วนธาตุวินิจฉัย จากจักรราศีสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน ฤดูสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน รวมถึงผลกระทบการเกิดโรคจากมูลเหตุอื่นๆ ประกอบ เช่น พฤติกรรม อาชีพ

การบำบัดอาการโรค กลไกการเกิดโรค ทางเดินของโรค และยาที่ใช้บำบัดนั้น มีบัญญัติในคัมภีร์ซึ่งมีมาจากคัมภีร์สืบทอดมาแต่อดีต และที่มีการรวบรวมเรียบเรียงใหม่ ปรากฏชื่อผู้แต่งบ้าง ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่งบ้าง โดยอาการที่ผิดปรกติธาตุนั้นถ้าเรียกตามศัพท์การแพทย์แผนไทยว่า อาการกำเริบ หย่อนและพิการโดยสามารถแบ่งตามกลุ่มอาการ และคัมภีร์ที่ใช้ในการรักษา

อาการตามโรคนี้ๆ ดังจะเห็นได้ว่าการเกิดโรคตามหลักการแพทย์แผนไทยนั้นมาจากหลักความสมดุล ซึ่งเป็นทั้งหลักการทางธรรมชาติ และหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยที่คัมภีร์แพทย์แผนไทยพัฒนามาจากปรัชญาทางพุทธศาสนาโดยพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ซึ่งเป็นผู้ที่กล่าวถึงหลักการการกำเนิดชีวิต อันประกอบด้วยรูป และนาม คือ ธาตุ 4 (ดิน น้ำ ลม ไฟ) และขันธ์ 5 (รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ) หมายถึง กายและจิต จากการที่การแพทย์แผนไทยมีรากฐานมาจากปรัชญาทางพุทธศาสนา และมีศาสตร์ที่เกี่ยวข้องของหลายศาสตร์ เช่น โหราศาสตร์ เหตุเหนือธรรมชาติ กฎแห่งกรรม ต้นกำเนิดการแพทย์แผนไทยเป็นทฤษฎีสำคัญในหลายคัมภีร์ ได้แก่ พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์ฉันทศาสตร์ พระคัมภีร์โรคนิทาน พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ พระคัมภีร์ธาตุวิภังค์ พระคัมภีร์ธาตุบรจและคัมภีร์อื่นๆ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการยกย่องถือเป็นบรมครูทางศาสตร์แพทย์แผนไทยคือ หมอชีวกโกมารภัจจ์เป็นผู้ซึ่งมีชื่อเสียงด้านการวินิจฉัยรักษาโรค รวมถึงเป็นหมอประจำองค์พระพุทธเจ้า ศาสตร์การแพทย์เชิงพุทธศาสตร์ได้รับความเชื่อถือและเป็นที่นิยมมาก มีผู้ขอเข้ามาเพื่อรับการรักษาจากหมอชีวกเป็นจำนวนมาก การแพทย์แผนไทยถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคม จากความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมไทย วิถีชุมชน จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา

จากความสืบเนื่องของเหตุผลในความสัมพันธ์ศาสตร์ของการแพทย์แผนไทย เข้ามามีความเกี่ยวข้องกับการแพทย์หลายระบบ หรือการแพทย์พหุลักษณะตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สำหรับประเทศไทยแล้ว จะพบข้อเท็จจริงสำคัญ คือจากสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในทวีปเอเชีย ประเทศไทยถือเป็นลำดับที่ 3 รองจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีเมื่ออัตราการขยายตัวของผู้สูงวัยไทยเพิ่มขึ้นขณะที่อัตราการตายลดลง คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนคนวัยเด็กวัยแรงงานลดลง คนวัยทำงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงวัยมากขึ้น รูปแบบการบริการสุขภาพในสังคมไทยควรต้องมีความรู้เฉพาะทางมากขึ้น ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2553 มีค่าใช้จ่ายเพียง 63,565.1 ล้านบาท และจะเพิ่มขึ้นอีก 3.6 เท่าเป็น 228,482.2 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2565 ซึ่งมีมูลค่าสูงถึงร้อยละ 2.8 ของ GDP (กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น.22) โดยสังคมสูงวัยและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ทำให้ภาครัฐเริ่มให้ความสำคัญกับระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐได้ จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตราที่ 47 (7) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีการส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญา

ท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ (สภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) ทำให้เกิดความเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยจึงเริ่มเข้ามาในระบบการแพทย์ของสถานบริการภาครัฐ การวางมาตรฐานให้กับการแพทย์แผนไทยจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การแพทย์แผนไทยกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้งและมีความสำคัญต่อการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศในยุคสังคมของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการปรับตัวของการสร้างขีดความสามารถทางการแข่งขันให้กับประเทศไทยตามโมเดล Thailand 4.0

ในการสร้างความสามารถทางการแข่งขันให้กับประเทศไทย เพื่อรับกับสถานการณ์การแข่งขันของโลกยุคโลกาภิวัตน์ทำให้ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวตามสภาพการแข่งขันของไทยสู่เศรษฐกิจโลกในยุคศตวรรษที่ 21 ตามโมเดล Thailand 4.0 จึงให้ความสำคัญถึงแนวคิดของทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งล้ำค่าควรให้มีการพัฒนาด้วยทักษะที่ควรพัฒนามากขึ้น คือ ทักษะด้านปัญญา (Cognitive Abilities) ทักษะด้านระบบ (Systems Skills) ทักษะด้านการแก้ปัญหา (Complex Problem Solving) ทักษะด้านเนื้อหา (Content Skills) และทักษะด้านกระบวนการ (Process Skills) ส่วนทักษะที่ลดความสำคัญลงในศตวรรษที่ 21 คือ ทักษะด้านสังคม (Social Skills) ทักษะด้านการจัดการทรัพยากร (Resource Management Skills) ทักษะทางเทคนิค (Technical Skills) ความสามารถทางกายภาพ (Physical Abilities) ตามแนวคิดอุตสาหกรรม 4.0 (Industry 4.0) งานที่ง่ายตามแนวทางเดิมๆ (Routine Jobs) ก็จะถูกแทนที่ด้วยหุ่นยนต์ (Automation) เหตุที่แรงงานประเทศไทยในยุค 4.0 จึงอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ “National Brain Power Development” เน้นการพัฒนายกระดับแรงงานที่มีความรู้ ทักษะการบริหารจัดการ “Stock & Flow” โดย Talent Development และ Talent Mobility โดยแรงงานควรมีทักษะสูง มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาทักษะอาชีพต่อเนื่อง มีระบบสวัสดิการสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม มีการพัฒนาทุนมนุษย์ ให้มีความรู้ความสามารถ คุณธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม การยกระดับคุณภาพชีวิต และการหาโอกาสทางสังคม (Social Mobility)

จากโมเดล Thailand 4.0 ดังกล่าว การวางมาตรฐานให้กับการแพทย์แผนไทยที่ต้องมาเกี่ยวข้องในฐานะเป็นการแพทย์พหุลักษณะหรือหลายระบบนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นมาตรฐานสำคัญ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะใช้แนวคิดของทุนมนุษย์ แทนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในความหมายเชื่อมต่อกันและมีความประสงค์ที่จะศึกษาการพัฒนาทุนมนุษย์ ด้วยความฉลาดหรืออัจฉริยะภูมิปัญญาไทย สู่องค์ประกอบการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม ในเขตพื้นที่ภาคอีสานทั้งนี้เพื่อสามารถสร้างมาตรฐานการยอมรับในสถานพยาบาลภาครัฐ

และเพื่อการพัฒนาปรับปรุงการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม ในภาคอีสานพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จังหวัดซึ่งประชากรมีรายได้เฉลี่ยสูงสุดในภาคอีสาน รวมถึงเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจ คมนาคม การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ ระดับภาคและนานาชาติ ซึ่งนับเป็นศูนย์กลางแห่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือสู่ภูมิภาคต่างๆ รวมถึงเป็นระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกเฉียง-ตะวันตก ภายใต้การส่งเสริมภาครัฐพัฒนาสู่นครแห่ง อาเซียน ผู้ศึกษาคาดว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม สู่มาตรฐานทุนมนุษย์ สร้างความเชื่อมั่น เพิ่มความนิยม อนุรักษ์ไว้ซึ่งภูมิปัญญาไทยทั้งในด้านการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันส่งผลต่อความนิยมในการเข้า ใช้บริการ สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และความสามารถสร้างรายได้ต่อชน ท้องถิ่นสืบไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้าน เวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง
- 1.2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์ แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง
- 1.2.3 เพื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์ แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง
- 1.2.4 เพื่อสังเคราะห์ ประมวลคุณภาพการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาของการวิจัย

ดำเนินการศึกษาเอกสารหลักแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ตัวแปรทุนมนุษย์ได้แก่ การพัฒนาทุนมนุษย์ คือ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ คุณลักษณะ และยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ได้แก่หลักสูตร นโยบายมาตรฐานภาครัฐ ระบบค่าตอบแทน และการสนับสนุนภาครัฐ ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) โดยมีทั้ง การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการเก็บข้อมูลทางสถิติเพื่อการทดสอบความสัมพันธ์ในเรื่อง ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ที่มีความสัมพันธ์กับ หลักสูตร ซึ่งหมายถึง หลักสูตรแพทย์แผนไทยประสพการณ์และสถานะแพทย์แผนไทย

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อการยืนยันคำตอบเชิงปริมาณ ในเรื่อง ทุณมนุษย์ คือ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และการพัฒนาความรู้ การพัฒนาทักษะ นโยบาย การสนับสนุนภาครัฐ ระบบคำตอบแทน

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ประชากรที่ใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อการศึกษา คือ บุคลากรแพทย์แผนไทยที่มีในระบบบริการสุขภาพ และนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้ายใน 4 จังหวัดเขตภาคอีสานตอนกลาง จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และขอนแก่น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น โรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาล จำนวนทั้งหมด 1,543 คน

1.2 การเลือกตัวอย่าง (Sampling) ในการวิจัยเชิงปริมาณจะทำการสุ่มเก็บข้อมูลแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และขอนแก่นตามสูตรตารางของ Krejcie และ Morgan (Krejcie and Morgan, 1970) และเมื่อทำการประมาณการแพทย์แผนไทยที่ประกอบอาชีพอิสระ และนักศึกษาปีสุดท้ายรวมทั้งสิ้น จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ทำโดยใช้กลุ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย จำนวน 9 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

2.1 หน่วยงานภาครัฐ ในส่วนสถาบันการศึกษาที่ส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตร จำนวน 4 คน

2.2 หน่วยงานภาครัฐ ส่วนแพทย์แผนไทยประจำสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 3 คน

2.3 หน่วยงานภาคเอกชน ผู้ประกอบการเภสัชกรรมไทย จำนวน 2 คน

1.3.3 ขอบเขตด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอบเขตด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ในเรื่อง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยอัจฉริยะภูมิปัญญา ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถด้านแพทย์แผนไทยและการวิเคราะห์ด้วยวิธีสถิติคานอนิคอล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ด้วยการสัมภาษณ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาความรู้ การพัฒนาทักษะ คุณลักษณะ การพัฒนาหลักสูตร นโยบายภาครัฐ ระบบค่าตอบแทน

1.3.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ขอบเขตด้านระยะเวลา เริ่มตั้งแต่ สิงหาคม 2560 – มีนาคม 2561

1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น

จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการ ที่ปรึกษาร่วมมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการวิจัย การพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง แนะนำให้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mix Method) โดยการวิจัยให้นำร่องด้วยเชิงปริมาณก่อนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการใช้เทคนิคคานอนิคอล (Canonical Correlation) จะมีความเหมาะสมเนื่องด้วยมีตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องจำนวนมาก และไม่มีข้อจำกัดในเรื่องตัวแปรแบบใด เช่น แบบสัดส่วน แบบระดับชั้น หรือแบบระหว่างช่วงเป็นต้นทำให้สามารถหาผลการศึกษาที่เหมาะสมและถูกต้องตรงกับงานวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี

ขณะเดียวกันและเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและถูกต้องในผลของงานวิจัยนี้ จึงจะใช้การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการเพื่อทดสอบและยืนยันความถูกต้องของผลการวิจัยเชิงปริมาณอีกการดำเนินการวิจัยอีกขั้นตอนหนึ่ง ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนนำไปสรุปผล และอภิปรายพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อไป อนึ่งการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น เพื่อให้เป็นไปในการรักษาจรรยาบรรณทางวิชาการและรักษาความลับของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 กลุ่ม จึงขอไม่เปิดเผยนามท่านในงานวิจัยนี้แต่จะใช้รหัสแทนดังปรากฏอยู่ในบทที่ 3

ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ส่วนสถาบันการศึกษาที่ส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตร หน่วยงานภาครัฐ ส่วนแพทย์แผนไทยประจำสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานภาคเอกชน ผู้ประกอบการเภสัชกรรวมไทย ขอไม่เปิดเผยนามท่านในงานวิจัยนี้ ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้จะพบอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามเกิดขึ้นด้วย ไม่ใช่เพียงค่าที่ต่างกัน ด้วยการดูค่า Sig หรือค่าทางสถิติแต่เพียงอย่างเดียว

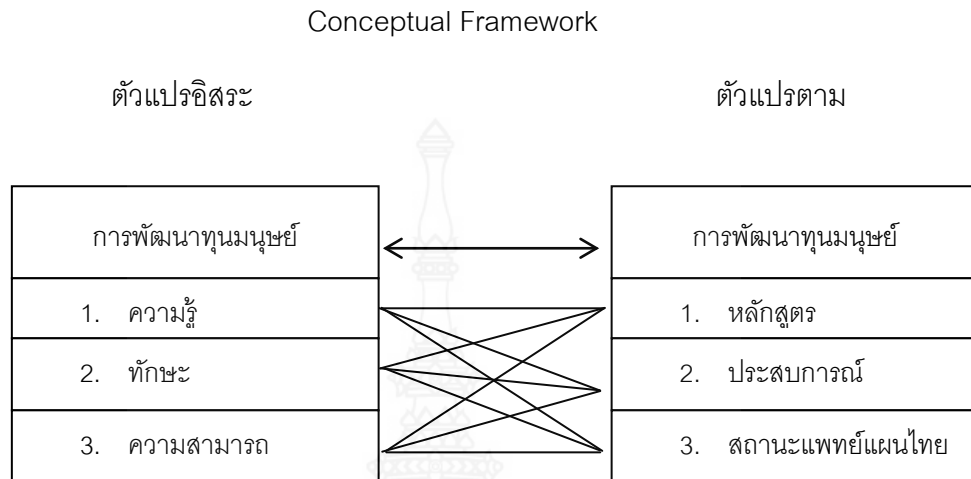
1.5 สมมติฐานงานวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 การพัฒนาทุนมนุษย์ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในภาพรวมหลักสูตรทั้ง 4 ด้าน
- สมมติฐานที่ 2 การพัฒนาทุนมนุษย์ ผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์
- สมมติฐานที่ 3 การพัฒนาทุนมนุษย์ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษา เรื่องการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลางผู้ศึกษาได้แนวคิด ทฤษฎีซึ่งได้ทบทวนรวบรวมวรรณกรรมไว้ในบทที่ 2 เพื่อสังเคราะห์ตัวแปรและตั้งสมมติฐาน รวมถึงกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงดังภาพ 1-1

ภาพ 1-1 กรอบแนวคิด แสดงความสัมพันธ์ การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง



ตัวแปรอิสระ คือ การพัฒนาทุนมนุษย์ 3 ตัวแปร คือ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ประกอบด้วยรายละเอียดตัวแปร ดังนี้

1. ความรู้ ประกอบด้วย
 - 1.1 มีความรู้สมมุติฐานโรค
 - 1.2 รู้จักโรคที่เกิด
 - 1.3 รู้จักยาที่ใช้
 - 1.4 รู้ว่ายาใด แก้โรคใด
2. ความสามารถ ประกอบด้วย
 - 2.1 มีความสามารถ ในการรู้สมมุติฐานโรค
 - 2.2 มีความสามารถ ในการรู้จักโรคที่เกิด
 - 2.3 มีความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้
 - 2.4 มีความสามารถ ในการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด
3. ทักษะ ประกอบด้วย
 - 3.1 มีความรู้สมมุติฐานโรค
 - 3.2 รู้จักโรคที่เกิด

3.3 รู้จักยาที่ใช้

3.4 รู้ว่ายามีโรคใด แก้โรคใด

ตัวแปรตาม คือ เวชกรรม การแพทย์แผนไทย ได้แก่ หลักสูตร ประสบการณ์ สถานะ แพทย์แผนไทย ดังมีรายละเอียดในแต่ละส่วนประกอบดังนี้

1. หลักสูตร

1.1 การศึกษาหลักสูตรเวชกรรม

1.2 การศึกษาหลักสูตรเภสัชกรรม

1.3 การศึกษาหลักสูตรผดุงครรภ์

1.4 การศึกษาหลักสูตรนวดไทย

2. ประสบการณ์

2.1 ผู้ได้ใบประกอบโรคศิลป์

2.2 ระยะเวลาประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย

3. สถานะแพทย์แผนไทย

3.1 อาชีพ แพทย์แผนไทย

3.2 ผู้ได้ใบประกอบโรคศิลป์สาขาเวชกรรม

3.3 ผู้ได้ใบประกอบโรคศิลป์สาขาเภสัชกรรม

3.4 ผู้ได้ประกอบโรคศิลป์สาขาผดุงครรภ์

3.5 ผู้ได้ใบประกอบโรคศิลป์สาขานวดไทย

จากการที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมดข้างต้น สามารถสรุปเนื้อหาเพื่อนำสู่การสร้างแบบสอบถามโดยนำแนวคิดของการแพทย์แผนไทยและการพัฒนาแพทย์แผนไทยและนำผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวไปตรวจสอบเพื่อยืนยันในคุณภาพของงานวิจัยนี้ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำผลการวิจัยสุดท้ายตามระเบียบวิธีวิจัยผสมผสานวิธี นำไปสู่สรุปผลอภิปรายและสร้างข้อเสนอแนะต่อไป

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1.7.1 ด้านวิชาการเชิงมหภาคเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนแนะนำภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปจัดทำเป็นนโยบายและการวางแผนพัฒนาทุนมนุษย์ในการจัดทำนโยบายระดับมหภาค การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย

1.7.2 ด้านวิชาการเชิงจุลภาคแก่นักวิชาการในการนำไปศึกษาต่อยอดทางการพัฒนาทุนมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยเพื่อประโยชน์ในทางการนำไปใช้เพื่อปรับปรุงการพัฒนาทุนมนุษย์ ต่อการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยให้เป็นปัจจุบันด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคตหรือเชิงคุณภาพอื่น และเชิงทดลองเป็นต้น

1.7.3 การนำไปใช้แก่ภาคชุมชน ตลอดจนหน่วยงานราชการและเอกชนรวมถึงสถาบันการศึกษา ในการปรับปรุงการพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแผนการบริหารงานของหน่วยงาน หรือพัฒนาหลักสูตร ตลอดจนสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะและคุณลักษณะแก่ผู้เชี่ยวชาญแท้จริง นอกจากนี้เป็นเพียงมืออาชีพได้ต่อไป

1.8 นิยามศัพท์

1.8.1 ทุนมนุษย์ หมายถึง ความสามารถของมนุษย์ที่สามารถสร้างมูลค่า หรือทรัพยากรภายในองค์กรอันเกิดจากมนุษย์ สามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้ แต่ไม่หมดไป เช่น ทุนปัญญา ทุนสังคม ทุนอารมณ์ ทุนพฤติกรรม ทุนเวลาและอื่นๆ

1.8.2 ทุนมนุษย์ทางเวชกรรมไทย หมายถึง ความรู้แจ้งในหลักเวชกรรมไทย ตั้งแต่กายวิภาค คือ ธาตุทั้ง 4 และตรีธาตุ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ การตั้งวินิจฉัยเริ่มแรก การตั้งสมุฏฐานวินิจฉัย จากจักรราศี อายุ ประเทศ ฤดู อุตุ กาล อาชีพ อากาการเบื้องต้น รอยโรค ธาตุทั้ง 4 เส้นประธานทั้งสิบ การสรุปผลวินิจฉัย การเชื่อมอาการกับธาตุ 4 การประมวลธาตุ 4 นำผลเข้ากฎ 6 ประการ ประเมินกองธาตุตั้งแต่การรักษา รู้แจ้งกลไกการเกิดโรค ทางเดินโรคและยาที่ใช้ ตามคัมภีร์ ทฤษฎีตามหลักวิชา ตำรามาตรฐาน ทั้งส่วนทฤษฎีและปฏิบัติ (ประยุกต์จาก คมสัน ทินกร ณ อยุธยา, 2557)

1.8.3 ทุนปัญญาทางเวชกรรมไทย หมายถึงความรู้ เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ตามหลักเวชกรรมไทย คือ ตั้งแต่รู้ที่ตั้งโรค หรือ สมุฏฐานโรค ระบุโรคได้ถูกต้อง ชัดเจน ตามกระบวนการวินิจฉัย รู้วิธีการรักษา มีการวางแผนการรักษา และรู้จักยาในการรักษาได้อย่างถูกต้อง (ประยุกต์จากกัญญา ดีวิเศษ, 2537)

1.8.4 ทุนสังคัม ทางเวชกรรมไทย หมายถึง จรรยาแพทย์แผนไทย จากองค์ประกอบแพทย์แผนไทย ทั้งกายและจิต การประพฤติปฏิบัติที่ดั่งงาม ได้แก่ด้าน ความประพฤติ การครองตน การปฏิบัติตนในศีล กล่าวเท็จอาการใช้เพื่อหวังเงิน ไม่นำความลับผู้ป่วยไปเปิดเผย การเข้าเยี่ยมไข้ผู้ป่วยจากการรับเชิญ ตรงต่อเวลา (ประยุกต์จาก คณะอาจารย์ โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, 2503)

1.8.5 ทุนอารมณท์ทางเวชกรรมไทย หมายถึง อัจฉริยศาสตร์อันโยน มารยาทอันดั่งงามตามจรรยาแพทย์แผนไทย ของแพทย์แผนไทย ซึ่งหมายถึง การงดโอ้อวด ปราศจากอคติ การรังเกียจ กีดกัน ผู้ที่มีความรู้สูงกว่าตน ดูถูกแพทย์ผู้อายุน้อยกว่า ปกปิดความดีผู้อื่น การรักษาใช้โดยเลือกสภาพฐานะผู้ป่วย ให้การรักษาเพราะเห็นแก่เงินทอง เห็นแก่สตรี ติดอบายมุข ขาดสติไม่โกรธเกลียดคนไข้ มีพรหมวิหาร 4 ละอายต่อบาป (ประยุกต์จาก คณะอาจารย์ โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, 2503)

1.8.6 ทุนวัฒนธรรม หมายถึง ทุนที่มนุษย์สั่งสม จนเกิดเป็นภูมิปัญญา จารีต ประเพณี ซึ่งในด้านทุนทางกายภาพ หมายถึง ทุนด้านบทบาทภาครัฐ โครงสร้างองค์กร หรือข้อมูล ภายใต้โครงสร้างสถาบัน(สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2559)

1.8.7 อัจฉริยะ (Intelligence) หมายถึง มีความฉลาด ความรู้ ความสามารถ เกินกว่าระดับปรกติและสามารถพัฒนาสู่การเปลี่ยนแปลงที่ปฏิสัมพันธ์ ต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งความสามารถในการคิดวิเคราะห์ จดจำ ประเมิน ค้นพบ สร้างสรรค์ และสามารถนำไปใช้ (ประยุกต์จาก Sternberg, 2003, p. 73)

1.8.8 ภูมิปัญญา (Local Wisdom) หมายถึง องค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมารุ่นต่อรุ่นมักเป็นความรู้พิเศษ นอกเหนือความรู้ทั่วไป หรือมีเฉพาะท้องถิ่นนั้น (ประยุกต์จาก Sternberg, 2003, p. 83)

1.8.9 การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย รวมถึงการเตรียม การผลิตยาแผนไทย การประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์ โดยอาศัยความรู้ตำราที่ได้รับถ่ายทอดสืบต่อกันมา วิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย วิชาชีพการแพทย์แผนไทย และ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ด้วยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย นวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอด พัฒนาสืบต่อกันมาตามตำราการแพทย์แผนไทย หรือสถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย, 2556, น. 1)

1.8.10 เวชกรรมไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึง ผดุงครรภ์ไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย(ประยุกต์จาก พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย, 2556, น. 2)

1.8.11 ความรู้ หมายถึง ความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพการศึกษาด้านเวชกรรมไทย แบ่งเป็น ความรู้ตามการบอกจากครู อาจารย์ ทั้งแผน ก ข ค และความรู้ตามชั้นตอนที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาในระบบชั้นเรียน ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญของอัจฉริยะ (ประยุกต์จาก Sternberg, 2003, น. 74)

1.8.12 ทักษะ หมายถึง ความเข้าใจและส่วนของการสามารถควบคุมและนำมาใช้งานได้ แบ่งเป็น ด้านความเข้าใจ ด้านการเรียนรู้ และด้านการคิด ตั้งแต่การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดด้านการปฏิบัติด้านเวชกรรมไทย ทักษะเป็นองค์ประกอบในอัจฉริยะ (ประยุกต์จาก Sternberg, 2003, น. 74)

1.8.13 ความสามารถ หมายถึง การตัดสินใจด้วยความเชื่อมั่นอย่างถูกต้องตามเหตุปัจจัยด้านเวชกรรม บนพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ ความเข้าใจด้านเวชกรรมอย่างถูกต้อง เป็นไปตามหลักเวชกรรมไทยสอดคล้องตามภูมิปัญญาไทย (ประยุกต์จาก Sternberg, 2003, น. 148)

1.8.14 คุณลักษณะ หมายถึง ลักษณะความเข้าใจที่ยอมรับในทางเวชกรรมไทย การวินิจฉัย การสื่อสาร สมรรถนะทั่วไปด้านเวชกรรมไทย การมีมนุษยสัมพันธ์ และการยอมรับสถานะผู้อื่น คุณลักษณะเวชกรรมเป็นส่วนของภูมิปัญญาไทย

1.8.15 เขตภาคอีสานตอนกลางหมายถึง พื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และขอนแก่น

จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นพื้นที่จังหวัดดั้งเดิมของชนเผ่าละว้า มีความอุดมสมบูรณ์และมีความเจริญกว่า 1,600 ปี ทางภาคอีสาน มีการแบ่งการปกครองโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 151 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง และเทศบาลตำบล 67 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 81 แห่ง มีประชากร 984,907 คน

จังหวัดร้อยเอ็ดมีพื้นที่ 8,299.46 ตารางกิโลเมตร หรือ 5,187,156 ไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของภาค มีการปกครอง 20 อำเภอ 192 ตำบล 2,444 หมู่บ้าน 20 ชุมชน มีประชากรทั้งหมดจำนวน 1,303,093 คน

จังหวัดมหาสารคามมีพื้นที่ 5,291.7 ตารางกิโลเมตร (อันดับที่ 42 ของประเทศ) หรือประมาณ 3.38 ล้านไร่ มีชนหลายเผ่า เช่น ชาวไทยพื้นเมืองพูดภาษาอีสาน ชาวไทยย้อ และชาว

ผู้ไท การปกครองแบ่งออกเป็น 13 อำเภอ 133 ตำบล 1,944 หมู่บ้าน และ 30 ชุมชนมีประชากรทั้งหมดจำนวน 963,484 คน

จังหวัดขอนแก่น ถือเป็นศูนย์กลางในการคมนาคม มีแผนพัฒนาสู่มหานครแห่งอาเซียนศูนย์กลางของภูมิภาคด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (สำนักงานจังหวัดขอนแก่น, 2555, น. 46) เป็นศูนย์กลางบริการด้านการแพทย์ที่สำคัญในระดับและนานาชาติ มีรายได้เฉลี่ยต่อประชากรเป็นอันดับ 1 ในภาคอีสาน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) ตั้งอยู่ในระเบียบเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก (East-West Economic Corridor: EWEC) ตัดกับแนวเชื่อมโยงเศรษฐกิจเหนือ-ใต้ สู่พื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก (Eastern Sea Board: ESB) อยู่ภายใต้การส่งเสริมภาครัฐ 1 ใน 3 จังหวัดนำร่องพัฒนาสู่นครแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศศูนย์กลางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดอยู่ในเขตส่งเสริมการลงทุนเขต 3 มีสิทธิประโยชน์ การยกเว้นอากรขาเข้า ยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยว มีแรงงานเพียงพอในตลาดแรงงานท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่นมีประชากร มากที่สุด คือ 1,798,014 คน

1.8.16 หลักสูตร หมายถึง การเรียนแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมทั้ง 3 แบบ คือ ประเภท ก (การเรียนแบบฝากตัวเป็นศิษย์ และผ่านการสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ) ประเภท ข (การเรียนแพทย์แผนไทยที่ผ่านระบบการเรียนการสอนในสถานศึกษา ได้รับคุณวุฒิปริญญาตรีสาขา แพทย์แผนไทยที่จบการศึกษาจากสถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง ทั้งแพทย์แผนไทย และ แพทย์แผนไทยประยุกต์) และแบบ ค (แพทย์พื้นบ้าน ที่มีองค์ความรู้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม)

1.8.17 นโยบายมาตรฐานภาครัฐ หมายถึง มาตรฐานองค์ความรู้ มาตรฐานคุณสมบัติแพทย์แผนไทย มาตรฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐานครูผู้ถ่ายทอด มาตรฐานการพัฒนา ประสบการณ์

1.8.18 ระบบค่าตอบแทน หมายถึง ระบบค่าตอบแทนในอัตราระบบแพทย์แผนไทย สาขา เวชกรรม ตำแหน่ง ระบบการประเมิน หน่วยงานสังกัดดูแล

1.8.19 การสนับสนุนภาครัฐ หมายถึง การสนับสนุนในระบบบริการตั้งแต่สถานะและระบบ บริการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการพัฒนาบุคลากรในการกำกับดูแลการ

สนับสนุนการสอบรับใบอนุญาต การพัฒนาประสบการณ์ในการสืบทอด เกณฑ์การศึกษา
ตลอดจนวัตถุประสงค์ในการเรียน

1.9 คำสำคัญ

ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ทูมมนุษย์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดทำคู่มือวิทยานิพนธ์นี้มุ่งศึกษา การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลางและเพื่อให้การค้นคว้าครั้งนี้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จึงได้ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ประวัติการแพทย์แผนไทย
- 2.2 องค์ประกอบการแพทย์แผนไทยและตัวแปร
- 2.3 แนวคิด ทฤษฎีทุนมนุษย์
- 2.4 แนวคิด การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์
- 2.5 แนวคิด ทฤษฎีอัจฉริยะ
- 2.6 แนวคิด ภูมิปัญญา
- 2.7 การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านเวชกรรมไทยกับการแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค
- 2.8 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ประวัติการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยนับเป็นวัฒนธรรม ประเพณีสืบทอดมาแต่โบราณ เป็นองค์ความรู้ทางพุทธศาสนาเผยแพร่ครั้งแรกจากหมู่สงฆ์ จุดเริ่มต้นความนิยมจึงมีรากฐานจากความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การประกอบพิธีกรรมลัทธิศาสนาพราหมณ์ เมื่อเข้ามามีอิทธิพลในไทยซึ่งมีศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านเดิมได้มีการประยุกต์เข้ากันจนมีเอกลักษณ์เฉพาะแบบไทย ศาสตร์การแพทย์เชิงพุทธศาสนาที่เข้ามาในยุคเริ่มแรกนั้น มากับการเผยแพร่ศาสนาของสงฆ์ที่เดินทางเข้ามาจากประเทศอินเดีย มีหลักการพื้นฐานประกอบด้วยหลักทางกายและหลักทางจิตใจ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีพื้นฐานคล้ายกับการแพทย์แผนตะวันออกของจีน อินเดีย ตามหลักการธาตุ 4 การพัฒนาของการแพทย์แผนไทยผันแปรไปตามอิทธิพลที่ได้รับในแต่ละยุคสมัยของชนเผ่าที่เข้ามาในดินแดนสยาม และปัญหาโรคภัยไข้เจ็บระบาด อันถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ชนเผ่าและผู้ปกครองในยุคนั้นจะต้องหาทางบำบัด

- เมื่อครั้งยุคเริ่มต้น การแพทย์เชิงพุทธศาสนาได้หยั่งรากลึกโดยกษัตริย์สุลต่านมอญชนทั่วไป ตั้งแต่พุทธกาล อาณาจักรก่อนกรุงสุโขทัย กรุงสุโขทัยและกรุงศรีอยุธยา เริ่มเมื่อกลุ่มมิชชันนารีชาวตะวันตกเดินทางเข้ามาเผยแผ่ศาสนาคริสต์ ได้นำศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาด้วย กระทั่งสมัยรัชกาลที่ 1 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ มีการฟื้นฟูตำรายาไทยที่สูญหายเมื่อครั้งเสียกรุงศรีอยุธยา นำมาจารึกที่วัดโพธิ์ การแพทย์แผนไทยมีพัฒนาการเรื่อยมาจนรัชกาลที่ 2 และรัชกาลที่ 3 เมื่อครั้งเกิดโรคระบาดการแพทย์ตะวันตกมีบทบาทในด้านการป้องกันโรค การปลูกฝีป้องกันโรคไข้ทรพิษ เป็นยุคที่เริ่มการเข้ามาของชาวตะวันตกมากขึ้น จนในรัชกาลที่ 4 มีการตั้งโรงพยาบาลแผนตะวันตก รักษาไข้ระบาดของอหิวาตกโรค ไข้มาลาเรีย การผ่าตัด กษัตริย์และขุนนางชั้นผู้ใหญ่จะนิยมแพทย์แผนตะวันตก ส่วนราษฎรทั่วไปยังคงนิยมแพทย์แผนไทย

- สมัยรัชกาลที่ 5 มีการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งถือเป็นสัญลักษณ์การปฏิรูปการสาธารณสุขแบบการแพทย์ตะวันตก แต่ประชาชนทั่วไปไม่นิยมการแพทย์ตะวันตก เริ่มเกิดปัญหาแพทย์ไทยมีความเห็นต่างทั้งการวินิจฉัยโรค ยา แต่การบริการในโรงพยาบาลยังมีให้เลือกทั้งแผนไทยและแผนตะวันตก หลักสูตรการสอนแพทย์เป็นแบบผสมผสาน โดยนำส่วนดีของทั้งแผนไทยและแผนตะวันตกมาสอนโดยในชั้นปี 1 และ 2 เรียนแผนตะวันตก ชั้นปี 3 เรียนแผนไทย

- สมัยรัชกาลที่ 6 ได้รับอิทธิพลการแพทย์ตะวันตกอย่างเต็มรูปแบบ มีการยกเลิกการเรียนแพทย์แผนไทยด้วยเหตุผลความเห็นต่างของหมอไทย ยาไทยมีมาตรฐานต่างกัน มีการตรากฎหมายการประกอบโรคศิลปะ พระราชบัญญัติการแพทย์ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคทางการแพทย์ มีชาวตะวันตกเป็นผู้กว้างแพทย์ไทย พระราชบัญญัติการแพทย์ไทยจำกัดผู้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต

- สมัยรัชกาลที่ 7 ยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทย โรงเรียนราชแพทยาลัยยกเลิกการผลิตยาไทย นิยาม แพทย์แผนไทย เปลี่ยนเป็น แพทย์แผนโบราณ ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการศิลปะแผนโบราณ แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็น แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ มี 4 สาขา คือ สาขาบำบัดโรคทางยา สาขาการปรุง หรือ จำหน่ายยา สาขาหมอดำยา และสาขาหมอนวด

- สมัยรัชกาลที่ 8 ยุคสงครามโลกครั้งที่ 2 ขาดแคลนยาตะวันตก จึงนำสมุนไพรไทยมาผลิตเป็นยาตะวันตก จัดทำวิจัยยาไทย

● สมัยรัชกาลที่ 9 ฟันฟูแพทยแผนไทย มีระบบสาธารณสุขแบบตะวันตกเต็มรูปแบบ ฟันฟูโรงเรียน สมาคมแพทยแผนไทย ตำรายาไทย องค์การอนามัยโรค ประกาศให้ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์นอกเหนือการแพทย์แผนตะวันตก อันเนื่องมาจากโรคของมนุษย์อันเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต มีไข้โรคระบาด มีการจัดตั้งสถาบันการศึกษา รับรองวุฒิบัตร มุขนิธิ สมาคมโดยภาครัฐจัดทำแผนพัฒนาแพทยแผนไทย สมุนไพรไทย จัดตั้งคณะกรรมการวิชาชีพแพทยแผนไทย พัฒนาภูมิปัญญา คุ้มครอง ส่งเสริม จดทะเบียน ตำราการแพทย์แผนไทย

ดังจะเห็นได้จากประวัติการพัฒนาแพทยแผนไทย มีการเริ่มต้นตั้งแต่ครั้งพุทธกาลโดยมีการปรับเปลี่ยนศาสตร์การแพทย์ให้เหมาะสมตามยุคสมัย โรคที่ระบาดในช่วงเวลานั้น การแพทย์แผนไทยในยุคโบราณนั้นถือการรักษาตามหลักการสมดุล เมื่อมีโรคระบาดร้ายแรงอาจต้องพึ่งศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก หากแต่ศาสตร์การแพทย์แผนเดียวไม่สามารถกำจัดโรคของมนุษย์ได้ทั้งหมด เมื่อปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตของมนุษย์ส่วนใหญ่มาจากโรคที่มีไข้โรคติดต่อ หากแต่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ตั้งแต่พฤติกรรมการกิน การพักผ่อน การทำงาน และความเครียด การแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านมีการพัฒนาดังรายละเอียด แสดงดังตาราง 2-1 แสดงการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถเชื่อมโยงแนวคิดศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยสรุปความสัมพันธ์ 6 ประเด็น คือ

1. การแพทย์แผนไทยกับความนิยม
2. ตำราการเรียนแพทยแผนไทย
3. การจัดแบ่งศาสตร์
4. รากฐานศาสตร์
5. มาตรฐาน
6. องค์ประกอบศาสตร์

รายละเอียดการเชื่อมโยงแนวคิดของพัฒนาการ การแพทย์แผนไทย แสดงดังภาพ 2-1 การเชื่อมโยงแนวคิดศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากายการแพทย์แผนไทย

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|---|---|--|----------------------------------|
| เค็นเนธ จี. ซิสค์ (Kenneth G.Zysk) | -การแพทย์อายุรเวทของฮินดู -ไสยศาสตร์-ศาสนา (Magico- Religious Healing Tradition) | -โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากอำนาจของภูตผีปีศาจ พ่อมดหมอผีกระทำ บทสวดสรรเสริญเทพเจ้า | -คัมภีร์พระเวท (Veda) -คัมภีร์ฤคเวท (Rgveda) -คัมภีร์อาถรรพเวท (Atharvaveda) | 3 0 0 ปี ก่อน พุทธกาล/อินเดีย |
| พุทธกาล | -การแพทย์แบบประจักษ์นิยม และเหตุผล (Empirico-Rational Healing Tradition) -การแพทย์ในพุทธอาราม (Medicine in Buddhist Monastery) | -การแพทย์ปรัชญาคำสอนของพุทธศาสนาชั้น 5 และธาตุ 4 -การตั้งครรภ์ -การดูแลหญิงมีครรภ์ | -มหาตมหายาสังขยสูตร (การตั้งครรภ์) -ยักษสังยุตอินทก (พัฒนาการทารก) -อัครคัมภีร์พระคัมภีร์ปฐมจินดา (การดูแล หญิงมีครรภ์)เบญจขันธ์ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ มัชฌิมนิกาย มูล ปนิทนาสก) ดิน น้ำ ลม ไฟพระคัมภีร์ สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์ฉันทศาสตร์พระ คัมภีร์โรคนิทาน พระคัมภีร์ธาตวิภังค์พระคัมภีร์ธาตวิภังค์ พระคัมภีร์ธาตুবรวบ | พุทธกาล/อินเดีย |
| ยุค อินเดีย โบราณ | -การแพทย์แผนไทยรักษาโดย พระภิกษุ | -รักษาภิกษุอาพาธ -ศาลาผู้ป่วย | คัมภีร์มหาวรรคของพระวินัยปิฎก | |
| พระเจ้าอโศก มหาราช | -การแพทย์พุทธศาสตร์ จาก อินเดีย | -เผยแพร่พุทธศาสนาและศาสตร์การแพทย์ | -พระโสดนะ พระอุตตระ -ยาสมุนไพรร | พ.ศ. 274-312/ นครปฐม |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|---|---|---|--|---|
| หลวงจีนฟาเหียน | -แพทย์เชิงประจักษ์นิยม-เหตุผลของพุทธศาสนาและการแพทย์แบบไสยศาสตร์-ศาสนาของฮินดู (หลักการแพทย์แผนไทย) -การแพทย์พื้นบ้าน -ผสมผสานแพทย์แผนไทย กับแพทย์พื้นบ้านได้บ้างไม่ได้บ้าง | -อาคารพยาบาล (อาโรคยวิหารของพุทธอาราม) -การแพทย์ในราชสำนัก -การแพทย์พื้นบ้าน ความเชื่อผีสิง เทวดาประจำถิ่น วิถีชีวิตของชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์วัฒนธรรม ชุมชน อำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดด้วยเวทมนตร์ คาถาอาคม -บทไหว้ครู | -ยาสมุนไพรโบราณ ลูกโบราณ สำหรับบดยา -คัมภีร์ฉันทศาสตร์บทไหว้ครูพระฤๅษีทั้ง 8 -คัมภีร์ตักศิลา วิชาฤๅษีตัดตนคัมภีร์ไสย (คัมภีร์อาถรรพเวท-ฮินดู) -สมุนไพรจากป่าเขาท้องทุ่ง -พิธีกรรมบวงสรวงผีบ้าน ผีประจำถิ่น | พุทธศตวรรษ 10-15/ยุคกรุงสุโขทัย |
| อาณาจักรพูนัน | -ศาสนาพราหมณ์ วัฒนธรรมทวารวดี บรมครูแพทย์หมอชีวกโกมารภักจ์ ตำราแพทย์หมอชีวกโกมารภักจ์ -การแพทย์แผนจีน | -การแพทย์พื้นบ้านไทยแท้ผสมแพทย์ของอินเดีย - การแพทย์แผนจีน หยิน-หยาง (มีอิทธิพลน้อย) -การแพทย์แผนไทย วินิจฉัย ธาตุสมุฏฐาน อาการ การเดินชีพจร การตรวจโรค การซักประวัติ อายุ เวลาเริ่มป่วย ตรวจความร่อน แต่ตัวคนไข้ อังวัดที่หน้าผาก ตรวจลิ้นเปลือกตา ผิวพรรณ | -คัมภีร์แพทย์ ภาษาบาลีการแพทย์แผนจีน (การแพทย์ทางเลือก) ตำรับยาบำรุงหัวใจ ยาอายุวัฒนะเครื่องยาจีน โกฎ กฤษณา กะลำพัก อบเชยชะเอมเทศ เกสรทั้งเจ็ด อำพันทอง แร่ธาตุรักษาโรค พรอท สารหนู เหล็ก เขากวาง เลือดแรด กระดุกงูน้ำดี ธาตุสมุฏฐาน | พุทธศตวรรษที่ 6-11 / ลุ่มน้ำเจ้าพระยา อีสาน ไต้หวัน คุ้งน้ำโขง คุ้งน้ำชี คุ้งน้ำมูล คุ้งน้ำจันทบุรี |
| ศาสตราจารย์ ยอร์ช เซเดส/ สมัยพระเจ้าอัยวรมันที่ 7 | -พระโพธิสัตว์ พุทธลัทธิมหายาน พระโฆษชยคุรุไวฑูรยประภา (พระพุทธเจ้าปางหมอยา) | -โรงพยาบาล (อาโรคยศาลา) 102 แห่ง ภายในประดิษฐานพระพุทธรูป 798 องค์ แพทย์ ผู้จ่ายยา ผู้ดูแล การรักษาประกอบด้วยยาสมุนไพร ศรัทธาในครูผู้รักษาที่มีคุณธรรม ความเชื่อเวทมนตร์ และบารมีพระโฆษชยคุรุไวฑูรยประภา | -ศิลาจารึกโรงพยาบาล ภาคตะวันออก เฉียงเหนือของไทย 6 แห่ง แสดงแบบแผนสถานพยาบาล การเบิกอาหาร ยาหลวง ยาสมุนไพร การผสมผสานยาหลวงและยาพื้นบ้าน ถ่ายทอดตำรายาโดยพิธีเรียนกับครู | พ.ศ.1724 -1762 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|--|---|--|------------------|
| กรุงสุโขทัย | -ระบบการแพทย์ ยาสมุนไพร ดม พอกบดการแพทย์แผนจีน | -หिनบดยาสมัยทวารวดี ความเชื่อการเจ็บป่วยเกิด จากภูตผีปีศาจ พิธีกรรมตุ้กตาเสี้ยกบาล | -จารึกการนวด จังหวัดสุโขทัย | พ.ศ.1763-1981 |
| กรุงศรีอยุธยา สมเด็จพระบรม ไตรโลกนาถ | -การแพทย์แผนไทย | -ข้าราชการกรมแพทยา กรมแพทยาโรงพระโอสถ กรมหมอยา กรมหมอนวด กรมหมอยาตา กรม หมออรรถนโรค | | พ.ศ. 1991-2031 |
| พระรามาธิบตี ที่ 2 | -ตำรับยาแพทย์โปรตุเกส | -ชาวโปรตุเกสชาติแรกที่เข้ามา ตั้งถิ่นฐานในกรุงศรี อยุธยา กว่า 100 คน มีแพทย์ด้วย | -ตำรับยาชีฝิ่งใส่บาดแผล | พ.ศ. 2034-2072 |
| สมัยพระไชย ราชาธิราช | -การแพทย์ตะวันตก | -พระราชทานที่ดิน ชาวโปรตุเกส 120 คน สร้างนิคม และสร้างโบสถ์ เผยแพร่ศาสนาคริสต์ | | พ.ศ. 2077-2089 |
| สมเด็จพระ นารายณ์ มหาราช | -การแพทย์แผนตะวันตก กลายเป็นการแพทย์ทางเลือก การแพทย์จีน | -ชาวฝรั่งเศสตั้งโรงพยาบาลฝรั่ง ที่กรุงศรีอยุธยา รับ ผู้ป่วยใน 50-90 ผู้ป่วยนอก 200-300 คน/วัน -แต่งตั้งหมอเคลยศักดิ์ 2 คน หมอจีน และหมอแขก แต่แพทย์แผนไทยไม่ได้มีการดัดแปลงคัมภีร์แพทย์ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ วิธีป้องกันบำบัดยังคงรูปแบบเดิม -การแพทย์ตะวันตกไม่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง วิธีการรักษาของไทย พิมพ์ตำราพระโอสถพระ นารายณ์พ.ศ. 2460 | -ตำราพระโอสถพระนารายณ์ เริ่มมีหมอยาจีน แขกเข้ามาร่วมแต่ง ตำรับยาหมอจีน ยิงสม (Ginseng) โสมยาชูกำลัง มีการใช้ยาฝรั่ง (Potassium Nitrate) ขับปัสสาวะ หมอไทยได นำมาประกอบยาไทย มาตะกี้ (mastagi) หรือ มาสติก (mastic) ยางไม้ชันน้ำมัน ใช้อุดฟัน หมากฝรั่ง ปลาสเตอร์ เคลือบเม็ดยาให้แตกตัว ในลำไส้ประสิ่ว เกลือไฟแทลเซียมไนเตรด | พ.ศ. 2199-2231) |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาารแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|--|--|--|---|
| ม อ ง ลี เ อ อ ร ี เด อ ล ลู แ บ ร ี | -การแพทย์แผนตะวันตก -การผ่าตัด การห้ามเลือด -ปัญหาการแพทย์ไทยไม่รู้ อวัยวะภายใน ยาสมุนไพร ภูตรูป สมุนไพรโรค การจ่าย ยาตามตำราบุญกรรม รักษา หาย ส่วนที่ไม่หายจะโทษ คุณไสย ไม่มีการปรับปรุงยา สมมุติฐานโรคสาเหตุ | -กษัตริย์ไทยนิยมหมอฝรั่ง แพทย์หลวงมีทั้ง หมอไทย ฝรั่ง จีน มอญ ไม่ได้มาจากเชื้อโรค -ประชาชนนิยมรักษาแพทย์แผนไทย | -ระบบการจัดหายา แหล่งจำหน่ายยา สมุนไพร โรงทำยาหลวง โรงพระโอสถ ตลาดป่ายา ร้านขายเครื่องเทศ | พ . ศ . 2 2 3 0 - 2231(ทูตพระเจ้า หลุยส์ที่ 14) |
| ยุคกรุงธนบุรี | | -ตำรับ ตำรายา ถูกพม่าเผาตั้งแต่กรุงศรีอยุธยา | | พ.ศ.2311-2325 |
| ยุ ค ก รุ ง รัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 1 | -จุดเริ่มวิวัฒนาการของ การแพทย์แผนไทย | -ปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม แพทย์ แผนไทยถูกเผยแพร่สาธารณชน ถ่ายทอดครูสู่ศิษย์ -ตั้งกรมหมอโรงพระโอสถ หมอหลวง และ หมอ ราษฎร์ หรือหมอเขลยศักดิ์ | -จารึกตำรายา คำโคลงฤๅษีวัดพนัญชี่ รูป ตำราแผนหมอนวด เส้น หมวดบริหารกาย รูป ปั้น ศิลาจารึกสมุฏฐานของโรค วิธีรักษา -ต้นไม้ ยาสมุนไพร ตำรายาหายาก คำอธิบาย | (พ.ศ. 2325-2352 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาพยาบาลแผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|---|--|--|------------------|
| รัชกาลที่ 2 | -หมอลหลวง (กรมราชแพทย์มีศักดิ์นา) รักษาษัตริย์ พระบรมวงศานุวงศ์ มีระบบฝึกลมอเคลยศักดิ์ (หมอราชฎร์) ไม่รับราชการอาชีพอิสระสืบทอดจากบรรพบุรุษ ตำรา ใช้ทฤษฎีเดียวกัน | -ตรากฎหมายพนักงานพระโสดเสวย ศาสตร์ชั้นสูงจำกัดวงศัตระกูล ถือเป็นมรดกตกทอด -หมอเคลยศักดิ์ ศึกษาไบยาสรวรพคุณ พระคัมภีร์ ดูอาการใช้กับครุ ไม่กำหนดเวลาเรียน การวัดผลประกาศนียบัตร นอกจากบรรดาศักดิ์ มีการตั้งค่าขวัญข้าว ค่าบูชาครูแพทย์ (ชีวกโกมารภักจ) | -พิมพ์ตำรายาโรงพระโสดอีกครั้งในรัชกาลที่ 2 | พ.ศ. 2352-2367 |
| สมัยรัชกาลที่ 3/ นายแพทย์แดน ปีช บริด เลย์ (Dan Beach Bradley) | -การแพทย์แผนตะวันตก ได้รับความนิยมในสังคมไทย -วัดโพธิ์ มหาวิทยาลัยเปิดไทย จารีกรวัดโพธิ์ 4 หมวด ฤาษีตัดตน เวชศาสตร์ เกสัชศาสตร์ และ แผนนวด | -หมอปลัดเล มิชชันนารีชาวอเมริกันผู้บุกเบิก การแพทย์การสาธารณสุขแผนตะวันตก เปิดโสด ศาลา (Health Center) ในตลาดสำเพ็ง รักษาคนใช้ ทั้งชั้นสูง ชั้นกลาง ชั้นต่ำกว่า 3,800 คน ส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยหนัก การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ | -ยาควินิน ซัลเฟต รักษามาลาเรีย -ตำราจารีกรแผนศิลาวัดโพธิ์ 4 หมวด ฤาษีตัดตน (รูปหล่อด้วยสังกะสีผสม ดินบุก) ศิลาจารีกร โคลงฤาษีตัดตน รูป เขียนแผนนวด เวชศาสตร์เกสัชศาสตร์ พันธุไม้ และแผนนวด ตำรายาศักดิ์สิทธิ์ และมีจารีกรตำรายาที่วัดราชโอรส | พ.ศ. 2367-2394 |
| พระเจ้าบรมวงศ์ เธอ กรมหลวง วงษาราชสนิท | -การรักษาโรคด้วยสมุนไพรไทย | -แพทย์ไทยองค์แรกที่ได้รับประกาศนียบัตรสถาบัน การแพทย์ของยุโรป เป็นสมาชิกสถาบันการแพทย์ แห่งนิวยอร์ก องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์และ วัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ(UNESCO) ยกย่อง เป็นบุคคลสำคัญของโลก | -ตำรายาสมุนไพรไทย จำนวน 116 ชนิด ตำรา เอกสารวิชาการสมุนไพรเล่มแรกแจกแจง วิเคราะห์พืช จารีกรการบำบัดโรคด้วยสมุนไพร การออกกำลังกายฤาษีตัดตน 2 ท่า ณ วัดโพธิ์ | พ.ศ. 2551 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาารแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|--|--|--|--------------------------------|
| รัชกาลที่ 4 / นายแพทย์แซม มवल เรย์โนลด์ เฮาส์ | -การสูติกรรมแบบตะวันตก | -หมอเฮาส์ เปิดทำการที่เดิมของหมอบรัดเลย์ รับ ผู้ป่วยกว่า 3,000 คน ใช้เอเธอร์การผ่าตัดศัลยแพทย์ ครั้งแรกในไทยและเอเชีย ควบคุมอหิวาตกโรค | -การใช้ทิงเจอร์การบูรผสมน้ำ | พ.ศ. 2392 |
| ศาสตราจารย์ เอส.จี. แมคฟาร์ แลนด์ | -โรงพยาบาลแผนตะวันตก | -ก่อตั้งโรงพยาบาลแผนตะวันตกแห่งแรก | | พ.ศ. 2404จังหวัด เพชรบุรี |
| ศาสตราจารย์แด เนียล แมคกิล วารี | -การแพทย์และการสาธารณสุข ภูมิภาคแผนตะวันตก | -โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ใช้มาลาเรีย ภาคนื้อ -พระมหากษัตริย์ ชุนนางชั้นผู้ใหญ่นิยมแพทย์ ตะวันตก ราชฎรนิมการแพทย์แผนไทย มีการตั้ง หมอหลวงจากหมอฝรั่ง | | พ.ศ. 2410 จังหวัด เชียงใหม่ |
| รัชกาลที่ 5 | -อัญเชิญประวัติคัมภีร์แพทย์ ตำราไทย ตรวจสอบตำราดั้งเดิม | -ฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย -จัดบันทึกในหอพระสมุดหลวง | -เวชศาสตร์ฉบับหลวง ตำราแพทย์ศาสตร์ สงเคราะห์(ตำราหลักการเรียนของแผนไทย จนถึงปัจจุบัน) พระคัมภีร์ประถมจินดา (กำเนิดทารก โลหิตระดูสตรี) พระคัมภีร์ตัก กศิลา (ใช้พิษ) พระคัมภีร์กษัย (โรคกษัย 26) | พ.ศ. 2411-2453 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาารแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|--|---|---|------------------|
| <p>พระองค์เจ้า สายสนิทวงศ์</p> | <p>-โรงเรียนฝึกหัดแพทย์แผนไทย --โรงเรียนราชแพทยาลัย หลักสูตร 3 ปี -โรงพยาบาลศิริราช สัญลักษณ์ การปฏิรูปสาธารณสุขประเทศ แบบแพทย์แผนตะวันตก</p> | <p>-สอนฝึกหัดแพทย์ สำนักกรมแพทย์พระราชวังบวร สถานมงคล --คนไทยนิยมหมอมอไทย กลัวหมอฝรั่ง -ตั้งโรงพยาบาลศิริราช ออกอุบายแจกเงินทอง ชักจูง ให้ไปโรงพยาบาล -ขาดแคลนแพทย์ จึงตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ -เลือกแพทย์ฝรั่งตะวันตก หรือแพทย์ไทย ยาไทย แต่ แพทย์ตะวันตกหายาก มีแต่แพทย์ไทย -ปัญหาหมอลวง ไม่สามารถใช้วิธีรักษา และยา ร่วมกับหมอต่างพวกได้ ต่างปิดบังสูตรยาของตน</p> | <p>-ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ -โรงเรียนแพทย์เปิดสอนศาสตร์ การแพทย์ทั้ง 2 แผน</p> | <p>พ.ศ. 2430</p> |
| <p>ม อ ที . เอ ช . เฮาส์ และหมอปี่ เตอร์ กาแวน</p> | <p>-โรงเรียนแพทยากร เรียนแพทย์ แผนตะวันตกชั้นปี 1 2 ส่วนชั้นปี 3 เรียนการแพทย์ไทย โดยแพทย์ สำนักพระราชวังหลวง -โรงเรียนราชแพทยาลัย -โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล บางรัก (แผนตะวันตก)</p> | <p>-จัดตั้งกรมพยาบาล -เลือกได้ทั้งหมอมอไทย หมอฝรั่ง ยาไทย ยาฝรั่ง โรงพยาบาลศิริราชปรุงยาแจกโรงพยาบาลอื่น ยา ต้มโรงพยาบาลต่างๆ ปรุงเอง -เวชศาสตร์สโมสร -ร้านขายยา สังกัดกรมพยาบาลโอสถศาลารัฐบาล จ้างเภสัชกรชาวเยอรมัน ผลิตจำหน่าย</p> | <p>-ตำราธาตุวินิจฉัย สมุฏฐานวินิจฉัย ธาตุ อภิญญาณ อสุรินทญาณธาตุประณมจินดา -ยาตำราหลวง -แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ตำราเล่มแรกพิมพ์ใช้ โรงเรียน มีทั้งแพทย์แผนไทย และตะวันตก -ตำราสาธารณสุขประโยชน์ แพทย์และชนทั่วไป -ตำราแพทย์ศาสตร์ พระคัมภีร์แพทย์แผนไทย</p> | <p>พ.ศ. 2432</p> |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|---|---|--|---|-----------------------|
| <p>มอ ที. เอช. เฮาส์ และหมอปี่เตอร์ กาเวน</p> | <p>โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชย โรงพยาบาลคนเสียจริต โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลเทพศิรินทร์ราชวาส โรงพยาบาลเลี้ยงเด็ก (เอกชน) โรงพยาบาลสภากุณาโลมแดง (แผนไทย) - หลักสูตรแพทย์ ผสมแผนไทย กับแผนตะวันตก แผนตะวันตก สอนสรีระกาย ฝ่าตัด เย็บบาดแผล วิธีผดุงครรภ์ การแยกธาตุ ตรวจสรรพยา เคมี แผนไทย สอน สรรพยา วิธีพยาบาล</p> | <p>-นำต้นยูคาลิปตัส สมุนไพรต่างประเทศปลูก -ประชาชนยังกลัว ไม่ยอมรับแพทย์แผนตะวันตก -ตำรายากลางมีการปรับปรุงจนเป็นมาตรฐาน -การผลิตยาไทย 10 ขนาน ยาหอมอินทจักร ยาอุทัย ยาหอมนวโกฐ ยาสุขไสยาสน์ ยาเทพจิตรา รมย์ ยาปฎิวิธาศุภิกการ - ยานารายณ์ถนอมจักร ยาจันทลีลา ยากำลักราชสีห์ ยาธาตุบรรจบ</p> | <p>พระคัมภีร์ประถมจินดา ธาตุอภิญาณ ธาตุบรรจบและตำราแพทย์ฝรั่ง -ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลัง) มีแต่ตำรับยาของแพทย์ตะวันตกและมียาไทยบ้าง -ตำราเวชศาสตร์วรรณนา คัมภีร์แพทย์ไทย ตำราแพทย์ศาสตร์สังเคราะห์ ฉบับหลวง 2 เล่ม คัมภีร์แพทย์ไทยแท้ 10 คัมภีร์ ตำราแห่งชาติฉบับแรก -ตำราแพทย์ศาสตร์สังเขป เวชศึกษา (ตำราหลวง) มี 3 เล่ม ตำรับยา -ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง และตำราเวชศึกษา ตำราหลักของแพทย์แผนไทย</p> | |
| <p>รัชกาลที่ 6/กรมหมื่นไชนนาทนเรนทร</p> | <p>-ยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์ไทย</p> | <p>-การแพทย์ตามแบบไทย ไม่เข้ากับแบบฝรั่ง ยาฝรั่งทำปรารถนิตตามตำรา เสียเวลาเรียน</p> | <p>-ยกเลิกการแพทย์แผนไทย เรียนแต่แพทย์แผนตะวันตกอย่างเดียว</p> | <p>พ.ศ. 2453-2468</p> |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาารแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|---|--|--|--|------------------|
| รัชกาลที่ 6/กรม หมื่น ไชย นา ทนเรนทร | | -ยาไทย เป็นยาส่วนตัวของแพทย์ มีการปิดบัง หวง ตำรา แข่งกัน เครื่องสมุนไพรต่างกัน พิสูจน์ยาแท้ ไม่ได้ ไม่มีผู้ชำนาญการ ร้านขายยามีน้อย มักเป็นยา ส่วนตัว เรียก ยากกลางบ้าน มีน้อยขนาน | | พ.ศ. 2453-2468 |
| ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียร | -เหตุผล การไม่ได้รับความ นิยมของ การแพทย์แผนไทย | -แพทย์ไทยเกี่ยกันไม่ยอมมาทำงานในโรงพยาบาล เพราะยาไม่เหมือนกัน การปฏิบัติไม่เหมือนกัน -หลักสูตร วิธีรักษาปฏิบัติใช้เฉพาะบุคคล -การเรียนต้องท่องจำเป็นหลัก ภาษาบาลี -ตำรามีเฉพาะตำราหลวง -การสอนภาคปฏิบัติมีวิธีมาจากเพียงการอ่านการให้ ยาไม่ปรากฏวิธีปฏิบัติ ส่วนการแพทย์แผนตะวันตก จะเน้นที่ขั้นตอนการตรวจ วินิจฉัย | -ยกเลิกการสอนวิชายาไทยในหลักสูตรแพทย์ปรุง ยาในปี พ.ศ. 2461 ให้ความสำคัญกับแพทย์ ตะวันตก หลักการทางวิทยาศาสตร์ -พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ. 2466 พระราชบัญญัติการแพทย์ ควบคุม วาง ระเบียบบังคับกลุ่มแพทย์ที่ไม่มีความรู้ ไม่ได้ฝึกหัด -กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคทางการแพทย์ฉบับแรก | พ.ศ. 2455 |
| นายแพทย์ เอ็ม. คาริวิ/ นายแพทย์โอ. เอเยอร์ | -ชาวตะวันตก ยกวางแพทย์ ไทย -พระราชบัญญัติ การแพทย์ พ.ศ. 2466 | -บรรจุผู้ที่ประกอบวิชาชีพไว้ในพระราชบัญญัตินี้ เพื่อ การขึ้นทะเบียน ออกใบอนุญาต ระบุลักษณะ เขต จำกัด บุคคลขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาต | -โรคศิลปะ หมายถึง การบำบัดโรคทางยา ฝ่าตัด การผดุงครรภ์การช่างฟัน สัตวแพทย์ ปรุงยา พยาบาล นวด รักษาคนบาดเจ็บ ป่วยไข้ -ห้ามรักษาเพื่อผลประโยชน์ ลินจ้าง | พ.ศ. 2466 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--------------|---|---|---|------------------|
| รัชกาลที่ 7 | <p>-ยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทย โรงเรียนราชแพทยาลัย</p> <p>-ยกเลิก ยุติบทบาทการผลิตยาแผนไทย โดยกองโอสถศาลารัฐบาล 10 ขนาน ของการให้บริการจากรัฐในปี พ.ศ. 2484</p> <p>-ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการศิลปะแผนโบราณ</p> <p>-จัดการสอน วิชาเวชกรรมแผนโบราณ เกษัชกรรมแผนโบราณ การนวดแผนโบราณ เพื่อสอบผู้ประกอบโรคศิลปะ</p> | <p>-พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ การแพทย์แผนไทยเข้าถึงจุดตกต่ำ การใช้สมุนไพรในรูปแบบยาไทย ไม่ได้ได้รับความนิยมแพร่หลาย พระราชบัญญัติการแพทย์กำหนดลำดับชั้นผู้ประกอบโรคศิลปะ แบ่งเป็น แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ</p> <p>-นียมการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์แผนโบราณ เป็นการปิดกั้นการพัฒนา</p> <p>-สถิติผู้ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2477 ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น 1 จำนวน 44 คน สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น 2 จำนวน 3,629 คน สาขาการปรุงยา จำหน่ายยา จำนวน 1,020 คน สาขาหมอตำแย จำนวน 494 คน สาขาหมอนวด จำนวน 295 คน รวม 5,482 คน</p> | <p>-การประกอบโรคศิลปะแบ่งเป็น</p> <p>(ก) ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หลักวิชาสากลนิยม ศึกษา ตรวจ ค้นทดลอง ของทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก</p> <p>(ข) ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกตชำนาญ บอกเล่า สืบต่อกันมา ตามที่ตั้ง ตำราโบราณไม่ได้เป็นวิทยาศาสตร์ จำแนกเป็น 4 สาขา คือ สาขาบำบัดโรคทางยา สาขาการปรุง หรือ จำหน่ายยา สาขาหมอตำแย และสาขาหมอนวด</p> | พ.ศ. 2468-2477 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากายแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|--|--|--|------------------|
| รัชกาลที่ 7 (ต่อ) | | -พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ยกเลิก พ.ร.บ.การแพทย์ พ.ศ. 2466 การประกอบ โรคศิลปะแผนโบราณ มีเพียง สาขาเวชกรรม สาขา เภสัชกรรม และสาขาผดุงครรภ์ ไม่มีสาขาการนวด -สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย | | |
| รัชกาลที่ 8 / ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์/ ดร.ชาร์เลอ | -สรรพคุณยาสมุนไพร ยาอื่นๆ นำมาดัดแปลงเป็นยาแผน ตะวันตก ขยายชนิด ปริมาณการ ทำยา | -กระทรวงสาธารณสุข -ขยายตลาดน เหตุจากสงครามโลกครั้งที่ 2 โรงงาน เภสัชกรรมนำสมุนไพร มาผลิตเป็นยาแผนตะวันตก สร้างสวนสมุนไพร - ชาวยุโรปอเมริกาเข้ามาศึกษา เก็บตัวอย่าง สมุนไพร กว้านซื้อคัมภีร์โบราณ ตำรับ ตำรา ทำวิจัย จำนวนมาก | -รวบรวมสรรพคุณยาไทย หลังจัดทำวิจัยแล้ว 400 ชนิด จัดพิมพ์ 2 ภาษา | พ.ศ. 2477-2489 |
| รัชกาลที่ 9 | -ฟื้นฟูโรงเรียนสอนการแพทย์ แผนไทยที่วัดโพธิ์ สาขาวิชาเวช กรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวช และ เภสัชกรรม การสอนวิชาเวช กรรมแผนโบราณและเภสัชกรรม | -ขยายงานสาธารณสุข โรงพยาบาล 71 จังหวัด -ควบคุมโรคระบาดได้ -สมาคมเภสัชกรรมไทยโบราณ แห่งประเทศไทย -สมาคมเภสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย | -จัดพิมพ์ตำรายาไทย ตำราสรรพคุณยาของ กรมหลวงวงษาธิราชสนิท ตำรายาพิเศษ หนังสือวิชาแพทย์แผนกยาไทย ตำราโรค นิทานคำฉันท์ พระยาวิชัยธิบดี (กลุ่มม)ตำรา แพทย์สำหรับบ้าน ตำรายาพฤตมาถาล | พ.ศ. 2489-2559 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|----------------------|--|--|--|------------------|
| รัชกาลที่ 9 | แผนโบราณ -โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย หลักสูตร เวชกรรม เภสัชกรรม และหัตถเวช | -สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน -สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน -สถานพยาบาลบรรเทาทุกข์โบราณภาคเหนือ -สมาคมแพทย์แผนโบราณ จังหวัดชุมพร -สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ -สมาคมแพทย์เภสัชกรรมไทยโบราณ -สมาคมเภสัชและอายุรเวชแผนโบราณ สงขลา | หนังสือตำรายาไทย หนังสือสุภษัตรีวิจิตรยี่ง และตำรายาประจำบ้าน ตำนานและสรรพคุณ ของพืชบางอย่าง ตำรายาไทย ตำรายาจารึก วัดราชโอรส หนังสือบทความบางเรื่องเกี่ยวกับ สมุนไพร ตำรายากลางบ้าน | ช่วงเวลา/สถานที่ |
| องค์การอนามัย โลก | -แถลงการณ์แห่งอัลมา อตา การ สาธารณสุขมูลฐาน -ผสมผสานการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนตะวันตก ใช้ยา แผนไทยมากขึ้น -นโยบายการพัฒนาสมุนไพร -นโยบายแห่งชาติด้านยา | -รักษาแบบพื้นบ้าน สมุนไพร โครงการสาธารณสุข มูลฐาน รัฐบาลพัฒนาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร -นโยบาย/โครงการสาธารณสุขมูลฐาน -การพัฒนาสมุนไพรด้านสาธารณสุขมูลฐานเพื่อ อุตสาหกรรมยาแผนโบราณ ยาแผนปัจจุบันยุค ปัจจุบันและเพื่อการส่งออก -หน่วยงานสมุนไพรและเวชกรรมแผนโบราณ -ฝ่ายสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน | -แผนพัฒนาการสาธารณสุข -คณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ -แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) | พ.ศ. 2520 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนากาารแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|--|--|--|--|------------------|
| ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ | -มูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์ แผนไทยเดิม -ตั้งอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโก มารภักจ) แพทย์อายุรเวทศึกษา วิทยาศาสตร์พื้นฐาน และแพทย์ แผนไทย 3 ปี | -ศิษย์คัดเลือจากสอบ สัมภาษณ์ ความรู้ถ่ายทอด ครูกับศิษย์ในห้องเรียน มีสื่อการสอน -คุณวุฒินุปรินญา รักษาได้ทั้งแผนไทยและแผน ตะวันตกเบื้องต้น สื่อสาร รับส่งต่อผู้ป่วยกับแผน ตะวันตกได้ | -ปรับปรุง การปฏิบัติแพทย์ไทยเดิม มี มาตรฐานสูงขึ้น วิจัยสมุนไพรเพื่อประชาชน ร่วมมือกับองค์กรกุศลเพื่อสาธารณประโยชน์ | พ.ศ. 2525 |
| สมาพันธ์แพทย์ แผนไทยแห่ง ประเทศไทย | -การวิจัยคลินิก สมุนไพร 5 ชนิด ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ด เทศพญาขอ ว่านหางจระเข้เพื่อ ผลิตยา มีแพทย์อายุรเวทไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล | -มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิ หมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงานองค์กร พัฒนาเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับ สมาคมแพทย์แผนโบราณต่างๆ -ทดลองสมุนไพร โดยองค์การยูนิเซฟสนับสนุนให้ทุน วิจัย การกระจายพันธุ์ การผลิตยาสามัญประจำบ้าน แผนโบราณ การจัดทำระบบข้อมูล เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการใช้ เปลี่ยน แผนโบราณ เป็น แผนไทย -แก้ไขนิยาม การประกอบโรคศิลปะแผนไทย นำ ความรู้วิทยาศาสตร์ มาประกอบได้ เพิ่มสาขาการ นวดไทย ในโรคศิลปะแผนไทย | -โครงการฟื้นฟูการนวดไทย -โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน -โครงการสมุนไพร GTZ (สนับสนุนจาก เยอรมนี) -โครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา -การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการ พึ่งตนเอง -ศูนย์ประสานงานการพัฒนากาารแพทย์และ เภสัชกรรมไทย -สถาบันการแพทย์แผนไทย | พ.ศ. 2528 |

ตาราง 2-1 ประวัติการพัฒนาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| ผู้ค้นพบ/ยุค | ศาสตร์การแพทย์ | ผลการค้นพบ | ตำรา/หน่วยงานดูแล | ช่วงเวลา/สถานที่ |
|---|--|---|--|------------------|
| คณะกรรมการ วิชาชีพ สาขาการแพทย์ แผนไทย | -พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 -การแพทย์พื้นบ้านไทย และ การแพทย์ทางเลือก | -วิจัยพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร ธรรมาภิบาล การคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยการจดทะเบียนสิทธิใน ตำรับยา ตำราการแพทย์แผนไทย กำหนดตำรับยา แผนไทยของชาติ | -กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก | พ.ศ. 2542 |

ที่มา : ประยุกต์จาก สันติสุข ไสภณศิริ (2551-2553)



ภาพ 2-1 แนวคิดศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย



ที่มา: ประยุกต์จาก สันติสุข โสภณศิริ (2553)

2.2 องค์ประกอบของการแพทย์แผนไทยและตัวแปร

2.2.1 องค์ประกอบของการแพทย์แผนไทย

ความหมายของการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 หมายถึงกระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาหรือ ป้องกันโรค หรือการส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย การประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ โดยอาศัย ความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา (พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพล อดุลยเดชมหาราชา, 2556)

2.2.1.1 การแพทย์แผนไทย ตามภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย

การแพทย์แผนไทย ตามภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย หมายถึง

1. การแพทย์แผนไทย
2. การแพทย์พื้นบ้าน
3. การแพทย์ทางเลือก

2.2.1.2 การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 4 กลุ่มเวชกรรมไทย คือ

1. เวชกรรมไทย
2. เกษัชกรรมไทย
3. ผดุงครรภ์ไทย
4. นวดไทย

2.2.1.3 การแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้าน แบ่งภูมิปัญญาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ภูมิปัญญาด้านสุขภาพพื้นบ้านในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น
 - 1.1 อาหารพื้นบ้าน
 - 1.2 การดูแลหญิงตั้งครรภ์
 - 1.3 ความรู้ด้านสมุนไพร

2. ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ด้านการรักษาโรคท้องถิ่น ผสมผสานอำนาจเหนือธรรมชาติ วัฒนธรรม ศาสนา ประสบการณ์ แบ่งเป็น

2.1 การแพทย์พื้นบ้าน แบบประสบการณ์ตำราแพทย์พื้นบ้าน

2.2 การแพทย์พื้นบ้าน แบบพิธีกรรมและความเชื่อทางพราหมณ์ พุทธ และมี

2.2.1.4 การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การแพทย์ที่ใช้แทนการแพทย์กระแสหลัก แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน (Complementary Medicine) ซึ่งจะใช้ในด้านการปรับสมดุลต่างๆ คือ

1.1 ปรับสมดุลสารชีวภาพอาหาร

1.2 ปรับสมดุลด้านกล้ามเนื้อ นวด

1.3 ปรับสมดุลพลังงาน สมดุลกาย จิตและสมาธิ

2. การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน (Alternative Medicine)

2.2.1.5 การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

เป็นการพัฒนาระบบการแพทย์ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยเน้นหลักในการพัฒนา 2 ส่วน คือ

1. การพัฒนาระบบยาและสมุนไพรที่มีคุณค่า

2. การพัฒนากำลังคน

การพัฒนาต้นน้ำ คือ การพัฒนาตั้งแต่วัตถุดิบการคุ้มครองภูมิปัญญา อนุรักษ์ข้อมูล การเชื่อมต่อบริบทกลางชุมชนและการพึ่งตนเอง

การพัฒนากลางน้ำ คือ การต่อยอดเพิ่มความน่าเชื่อถือ การเชื่อมต่อบริการด้านสมุนไพรตามมาตรฐานความปลอดภัย พัฒนามาตรฐานยา ส่งเสริมวิชาการ ตั้งโรงงานยากลาง ผลิตยาโรงงานสมุนไพรขนาดเล็ก จัดองค์ความรู้ มาตรฐานหมอฟันบ้านและระบบการศึกษา

ส่วนการพัฒนาปลายน้ำ คือ พัฒนาสู่โรงพยาบาลต้นแบบ ปริมาณยาบรรจุ
บัญชียาหลัก ควบคุมมาตรฐานความปลอดภัย และสร้างความเป็นเลิศด้านผลิตภัณฑ์

โดยสรุป แผนภูมิแพทย์แผนไทย สามารถแสดง ความสัมพันธ์แนวความคิดการพัฒนาแพทย์
แผนไทย ตามองค์ประกอบแพทย์แผนไทย ดังภาพ 2.2

2.2.2 หลักเวชกรรม

ดังที่แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบการแพทย์แผนไทยแล้ว สำหรับในหัวข้อต่อไปซึ่งถือ
ว่าเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้มากที่สุด คือ หลักเวชกรรม ซึ่งในส่วนนี้จะแสดงให้เห็นตัวแปรตาม หลัก
เวชกรรม ดังรายละเอียดดังนี้ การบำบัดโรคตามศาสตร์แพทย์แผนโบราณนั้น มีหลักเบื้องต้นหรือ
กิจของแพทย์ 4 อย่าง หรือ ในกิจ 4 ของหมอ ซึ่งถือเป็นตัวแปรการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม
ด้วย มีดังนี้ คือ (ประยุกต์จาก กัญจนา ติวพิเศษ, คู่มือเวชกรรมแผนโบราณ, 2537)

1. สมุฏฐาน หรือ รู้ที่ต้งแรกเกิดของโรค
2. รู้จักโรค ที่เกิดขึ้น
3. รู้จักยา ที่ใช้บำบัด
4. รู้ว่ายาใด ให้แก่โรคใด

สมุฏฐาน รู้ที่ต้งแรกเกิดของโรค

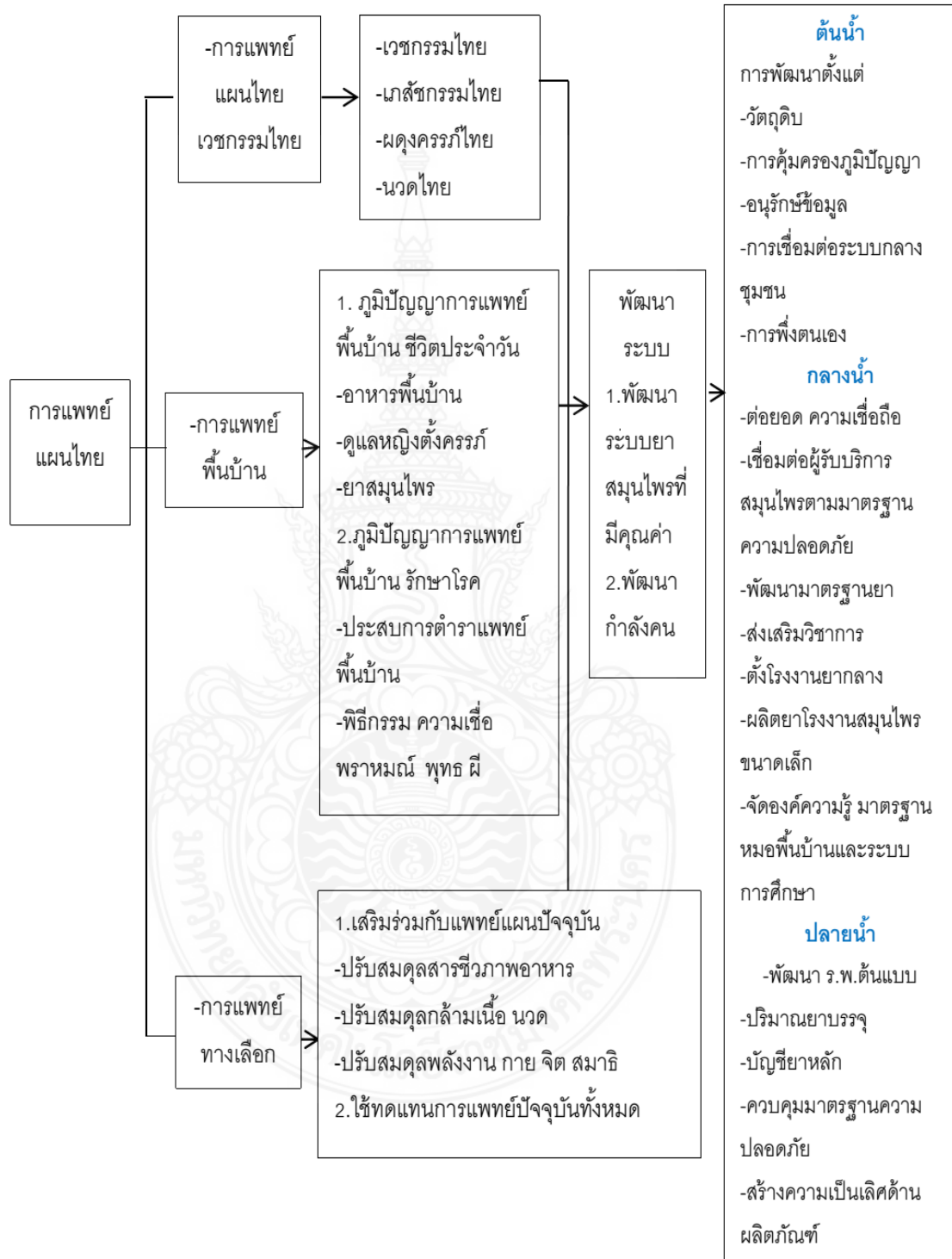
การรู้ที่ต้งแรกเกิดของโรค หมายถึง สมุฏฐาน แบ่งเป็น 5 สมุฏฐาน ตามสมุฏฐานทาง
แผนโบราณ ได้แก่

1. ธาตุสมุฏฐาน หมายถึง ธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ 42 ประการ

| | | | | | |
|---------|-----|----------|----|----|--------|
| ธาตุดิน | คือ | ปถวีธาตุ | มี | 20 | ประการ |
| ธาตุน้ำ | คือ | อาโป | มี | 12 | ประการ |
| ธาตุลม | คือ | วาโย | มี | 6 | ประการ |
| ธาตุไฟ | คือ | เตโช | มี | 4 | ประการ |

ปถวีสมุฏฐาน หรือ ธาตุดิน เป็นที่ต้งแรกเกิดของโรค มี 20 ประการคือ 1) เกสา
(ผม); 2) โลมา (ขน); 3) นขา (เล็บ); 4) ทันตา (ฟัน); 5) ตโจ (หนัง); 6) มังสัง (เนื้อ); 7) นหารู
(เส้นเอ็น); 8) อัญญิ (กระดูก); 9) อิจฺฐมิญชัง (เยื่อในกระดูก); 10) วักกัง (ม้าม); 11) หทยัง (หัวใจ);
12) ยกนัง (ตับ); 13) กิโถมกัง (พังผืด); 14) ปิหัง (ไต); 15) บับผาสัง (ปอด); 16) อ้นตัง (ลำไส้)

ภาพ 2-2 แนวคิดการพัฒนาแพทย์แผนไทย



ที่มา: ประยุกต์จาก สันติสุข ไสภณศิริ (2553) และเทวัญ ธาณีรัตน์ (2551)

ใหญ่); 17) อัดคุดนัง (ลำไส้ฝอย); 18) อุทริยง (อาหารใหม่); 19) กรีสัง (อาหารเก่า); และ 20) มัตถกัมตถลุงคัง (มันสมอง)

อาโปสุมภูฐาน หรือ ธาตุน้ำ มี 12 ประการคือ 1) ปิตตัง (น้ำดี) มี 2 อย่าง คือ 1.1) พัทธปิตตะ (น้ำดีในฝัก-ชอกตับ); 1.2) อพัทธปิตตะ (น้ำดีนอกฝัก- น้ำดีที่ตกลงในลำไส้); 2) เสมหัง (น้ำเสลด) มี 3 อย่าง คือ 2.1) ศอเสมหะ (น้ำเสลดในคอ); 2.2) อูระเสมหะ (น้ำเสลดในทรวงอก); และ 2.3) คูกเสมหะ (น้ำเสลดในทวารหนัก); 3) บุพโพ (น้ำหนอง); 4) โลหิตัง (น้ำเลือด); 5) เสโท (น้ำเหลือง); 6) เมโท (น้ำมันข้น); 7) อัสนุ (น้ำตา); 8) วสา (น้ำมันเหลว); 9) เขโฬ (น้ำลาย); 10) สังฆานิกา (น้ำมูก); 11) ลลิกา (น้ำมันไขข้อ); และ 12) มุตตัง (น้ำปัสสาวะ)

วาโยสุมภูฐาน หรือ ธาตุลม มี 6 ประการ คือ 1) อุกุชังคมาวาตา (ลมพัดขึ้น); 2) อโรคมาวาตา (ลมพัดลง); 3) กุจฉิสยาวาตา (ลมในท้อง); 4) โกฎฐาสยาวาตา (ลมในลำไส้); 5) อังคะมังคานุสาร์วีวาตา (ลมพัดในกาย); และ 6) อัสนาสะปัสสาสะวาตา (ลมหายใจ)

เตโชสุมภูฐาน หรือ ธาตุไฟ มี 4 ประการคือ 1) สันตปปักคี (ไฟอบอุ่นกาย); 2) ปริทัยหัคคี (ไฟร้อนในกาย); 3) ชีรณัคคี (ไฟแก่ชรา); และ 4) ปริณามัคคี (ไฟย่อยอาหาร) ความเจ็บป่วยของร่างกายอันเกิดจากการธาตุบางอย่างผิดปกติไป เสียสมดุลไป เช่น ปิตตะมาก น้อยไป เสมหะ มาก น้อยไป หรือวาตะ มาก น้อยไป เกิดอาการ กำเริบ (มากไป) หย่อน (น้อยไป) พิการ (ทำงานได้ไม่เต็มที่)

2. อุดุสุมภูฐาน หมายถึง ฤดู ที่ตั้งที่แรกเกิดของโรค ฤดูเปลี่ยนทำให้เกิดโรค มีทั้งแบบ 3 ฤดู 4 ฤดู และ 6 ฤดูคือ คิมหันตฤดู (ฤดูร้อน) วสันตฤดู (ฤดูฝน) เหมันตฤดู (ฤดูหนาว) วัสสานะฤดู (ช่วงต่อฤดูฝนและหนาว) สาระทะฤดู (ช่วงต่อฤดูหนาว) ศิษิระฤดู (ช่วงต่อฤดูร้อน)

3. อายุสุมภูฐานหมายถึงอายุ ที่ตั้งที่แรกเกิดของโรคมี 3 ช่วงอายุ คือปฐมวัย (แรกเกิด - 16 ปี) มัชฌิมวัย (16-32 ปี) ปัจฉิมวัย (32-64 ปี)

4. กาลสุมภูฐานหมายถึง เวลา ที่ตั้งที่แรกเกิดของโรคจะแบ่งตามช่วงเวลา เป็นยาม ยามละ 3 ชั่วโมง กลางวัน มี 4 ยาม กลางคืนมี 4 ยาม

5. ประเทศสุมภูฐาน หมายถึง สถานที่อยู่ ที่ตั้งที่แรกเกิดของโรคจัดแบ่งตามประเทศที่ สูง (ประเทศร้อน) ประเทศน้ำ กววดทราย (ประเทศอุ่น) ประเทศน้ำฝน เปือกตม (ประเทศเย็น) ประเทศน้ำเค็ม เปือกตม (ประเทศหนาว)

นอกเหนือจากสมุฏฐาน 5 ประการข้างต้นแล้ว ยังมีพฤติกรรมแบบอื่นที่ทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งกล่าวไว้ในเวชศึกษา เล่ม 1 และ 2 และคัมภีร์ธาตุนิเวศน์ สรุปภาพรวมคือ 1. อาหารให้โทษ ทานอาหารผิดเวลา ทานมากเกินไป 2. อดอาหาร อดน้ำ อดนอน 3. อิริยาบถ ไม่เปลี่ยน อิริยาบถ 4. อากาศร้อน หรือหนาวเกินไป ฤดูแปรเปลี่ยนไป 5. กลั้้นอุจจาระ บั้สสาวะมากเกินไป 6. ทำงานมากเกินไป 7. เศร้าโศกเสียใจ 8. โกรธมากไป 9. นอนกลางวันมากเกินไป 10. เสพย์เมถุนมากเกินไป

รู้จักโรค ที่เกิดขึ้น

โรคที่เกิดขึ้น ชนิดโรค ตามวิธีการแพทย์แผนไทย มีชื่อเรียก 2 แบบ คือ 1) ตามอาการผู้ป่วย หรือตามความไม่สมดุลของธาตุ (คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์ธาตุนิเวศน์); 2) ตามสมุฏฐานที่ตั้งโรค มี 5 แบบ คือ 2.1) จักษุโรค (ตา); 2.2) โสตรโรค (หู); 2.3) ฆานะโรค (จมูก); 2.4) ชิวหาโรค (ลิ้น); 2.5) กายโรค (ตัว) แบ่งเป็น 2.5.1) พิทธิโรค (ภายนอก เช่น โรคผิวหนัง); และ 2.5.2) อันตรโรค (โรคภายใน เช่น เป็นไข้ ปวดท้อง ฯ)

รู้จักยา ที่ใช้บำบัดยา

รู้จักยา ที่ใช้บำบัดยา ที่ใช้รักษาผู้ป่วยนั้น แพทย์แผนไทยจะต้องรู้จักยา และสิ่งที่สามารถนำมาปรุงยา ตามหลัก 4 ข้อ คือ รู้จัก 1) ตัวยา; 2) สรรพคุณยา; 3) เครื่องยา (คณาเภสัช); และ 4) การปรุงยา (เภสัชกรรม) โดย

1. การรู้จักตัวยา หมายถึง

รู้จักรูป ของ พืช เช่น ดอก ผล เมล็ด ยาง ราก แก่น ที่ใช้ทำยา

รูปของสัตว์ เช่น หนัง เขา นอ งา กระดุก ฯ

รูปของธาตุ เช่น ของแข็ง ของเหลว

รู้จักสี หมายถึง สี ของพืช เช่น สีเขียวใบเตย สี ของ สัตว์วัตถุ สี ของธาตุ

รู้จักรส หมายถึง รส เฉพาะตัว ของ พืช สัตว์ ธาตุ

รู้จักชื่อ หมายถึง ชื่อที่เรียกโดยทั่วไป

2. การรู้จักสรรพคุณยา

รสฝาด สมนานแผล

รสหวาน ชุ่มซาบตามเนื้อ

| | |
|------------|------------------|
| รสเมาเบื่อ | แก้พิษ |
| รสขม | แก้ดี โลหิต |
| รสเผ็ดร้อน | แก้ลม |
| รสมัน | แก้เส้นเอ็น |
| รสหอมเย็น | ชื่นใจ |
| รสเค็ม | ซึมซาบตามผิวหนัง |
| รสเปรี้ยว | กัดเสมหะ |

เมื่อนำมาปรุงยาจะรสยา 3 จำพวก คือ 1) ยารสเย็น แก้โรคทาง เตโชธาตุ; 2) ยารสร้อน แก้โรคทางวาโยธาตุ; และ 3) ยารสสุขุม แก้โรคทางโลหิต

3. รู้จักเครื่องยา ที่ชื่อต่างกัน แต่รวมเรียกเป็นชื่อเดียวกัน (พิกัดยา)
4. รู้จักการปรุงยา

รู้ว่ายาใด ใช้แก้โรคใด

การรู้ว่ายาใด ใช้แก้โรคใด โดย

1. การตรวจสอบสมุฏฐานของผู้ป่วยตามวิธีการแพทย์แผนไทย สามารถตรวจตาม โดย
 - อวัยวะใดพิการ กองธาตุสมุฏฐาน พิกัดอะไร
 - ล้มป่วย วัน เดือน กองธาตุสมุฏฐานฤดู พิกัดอะไร
 - ล้มป่วยอายุ กองธาตุสมุฏฐาน วัย พิกัดอะไร
 - ล้มป่วยเวลาอะไร กองธาตุสมุฏฐานเวลา พิกัดอะไร
 - ล้มป่วยเวลาภูมิประเทศ ประเทศสมุฏฐาน อากาศ พิกัดอะไร

การวิเคราะห์โรค ประมวลตามสมุฏฐาน พิกัด โดยมีน้ำหนักมากกว่ากัน และการตรวจ กิริยา อาการ ประเภท และเหตุอันมาจากธาตุไฟ น้ำ ลม ที่มากไป หรือเรียกว่า กำเริบ น้อยไป หรือเรียกว่า หย่อน ผิดปกติ หรือที่เรียกว่า พิการ

2. หลักการตรวจโรค หลักการวินิจฉัยโรคตามสมุฏฐานที่ดี ควรมาจากการฝึกฝนจนชำนาญ มีไหวพริบ ช่างสังเกต มี 4 ประการ คือ

- ชัก ประวัติคนไข้ประวัติครอบครัว
- ชัก ประวัติโรค อดีต ปัจจุบัน

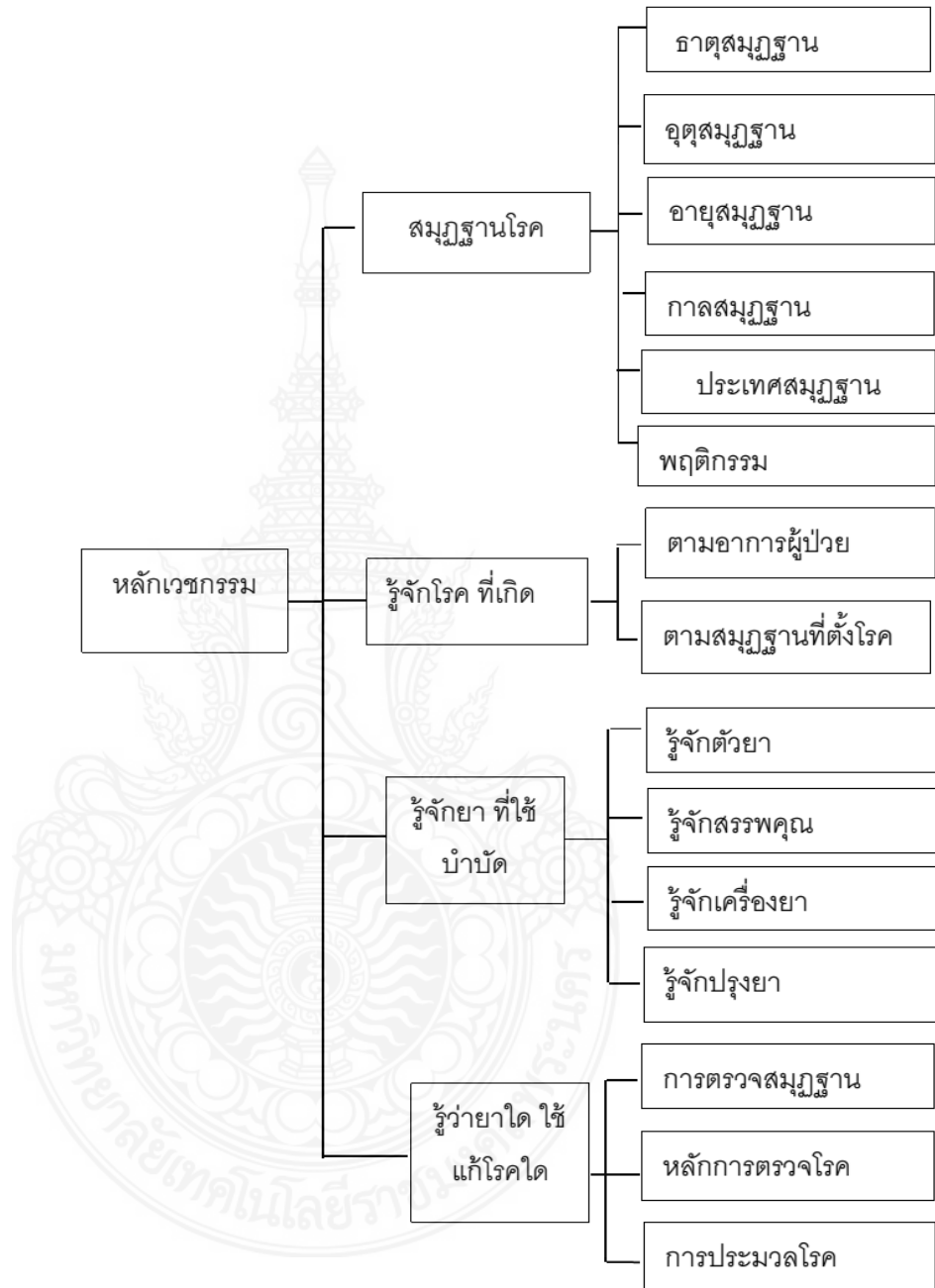
- ตรวจร่างกาย และสังเกตจิตใจ
- ตรวจ ถ้ามอาการ วัดไข้ วัดปรอท ตรวจชีพจร ตรวจอุจจาระ ปัสสาวะ พฤติกรรม การทานอาหาร การนอน สภาพความรู้สึกภายใน ภายนอก ปาก คอ

3. การประมวลโรค มีหลัก 4 ประการ ได้แก่

- ผู้ป่วยอาการนี้ มีอะไรพิการ สมุฏฐานอะไร พักดอะไร มีชื่อของโรค
อย่างไร
- สาเหตุ ต้นเหตุ การเจ็บป่วย มาจากสาเหตุใด ธาตุที่ขาด เกิน หรือ
เหตุอย่างไร
- วิธีบำบัด มีวิธีใดก่อน เลือกรักษา ยา อย่างไร
- จ่ายยา ยาอะไร สัดส่วน จำนวนเท่าไร

นอกจากการวิเคราะห์โรค ตามขั้นตอนเบื้องต้นแล้ว ตำราที่ใช้เป็นหลักในการวินิจฉัย มาจากหลายคัมภีร์ตำรา เช่น คัมภีร์ประถมจินดา ตำราการแพทย์ไทยเดิม ตำราแพทยศาสตร์ สงเคราะห์ คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์มหาโชตรัต คัมภีร์มูจณาปักขันทิกา คัมภีร์กษัย คัมภีร์ตัก กศิลา คัมภีร์ชวดาน คัมภีร์ธาตুবรวบ คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์ธาตวิวรรณ์ คัมภีร์ฉันทศาสตร์ คัมภีร์ มรณญาณสูตร และยาตามตำราต่างๆ จากการศึกษาหลักเวชกรรมสามารถนำมารวบรวมตาม แผนภาพ ดังภาพ 2.3 หลักเวชกรรม การแพทย์แผนไทย

ภาพ 2-3 หลักเวชกรรมการแพทย์แผนไทย



ที่มา: ประยุกต์จาก กัญจนา ตีวิเศษ, คู่มือเวชกรรมแผนโบราณ (2537)

2.2.3 หลักการพื้นฐานของการแพทย์แผนไทย

หลักการการแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์จากพุทธศาสนาที่ถือกำเนิดจากประเทศอินเดีย ดังนั้นหลักการ ชนิดโรคต่างๆ คำอธิบายบันทึกไว้เป็นภาษาบาลี หลักการเกิดโรคตามวิถีพุทธนั้น เริ่มจากธาตุ 4 ประการ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ โดยถือหลักว่า ธาตุทั้ง 4 มีปกติ ตั้งอยู่ ดับไป ธาตุทั้ง 4 มี เกื้อกูล เชื่อมโยง เมื่อ กระทบ ขัดแย้ง ทำให้ธาตุนั้นไม่ปกติ ธาตุดินกับ ธาตุน้ำ เกื้อกูลเชื่อมโยงกัน ส่วนธาตุไฟกับธาตุลม เกื้อกูลเชื่อมโยงกัน ซึ่งในแต่ละธาตุนั้นจะมี สัดส่วนของธาตุทั้ง 4 เป็นองค์ประกอบร่วมกัน การขับเคลื่อนในแต่ละธาตุนั้นประกอบด้วย ปิตตะ วาตะ เสมหะ (ไฟ ลม น้ำ) เมื่อเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน หรือ กระทบขัดแย้งกัน ก่อให้เกิดสภาวะ กำเริบ (มากเกินไป) หย่อน (น้อยเกินไป) พิการ (เสียลักษณะเดิมไป) คมสัน ทินกร ฌอญญา ได้ อธิบายในหลักการพื้นฐานการแพทย์แผนไทย(2558, น. 28) ดังแสดงในตาราง 2-2 วงจรวัฏจักรตรีธาตุ

ตาราง 2-2 วงจรวัฏจักรตรีธาตุ

| | | |
|-------------|-------------|-------------|
| ปิตตะกำเริบ | วาตะกำเริบ | เสมหะหย่อน |
| ปิตตะหย่อน | วาตะหย่อน | เสมหะกำเริบ |
| วาตะกำเริบ | เสมหะหย่อน | ปิตตะกำเริบ |
| วาตะหย่อน | เสมหะกำเริบ | ปิตตะหย่อน |
| เสมหะกำเริบ | ปิตตะหย่อน | วาตะหย่อน |
| เสมหะหย่อน | ปิตตะกำเริบ | วาตะกำเริบ |

ที่มา : คมสัน ทินกร ฌอญญา (2558), น. 28

การแบ่งธาตุด้วยองค์ประกอบจะถือหลัก ชาติ (เกิดขึ้น) จลนะ (ตั้งอยู่) ภินนะ (ดับไป) โดยหลักการแพทย์แผนไทย การเกิดขึ้นด้วยพลังงานความร้อน ตั้งอยู่ด้วยพลังงานลม และ พลังงานน้ำ และดับไปด้วยพลังงานดิน ดังนั้นธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ มีองค์ประกอบที่ สัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ด้วยความละเอียดอ่อน ดังนี้

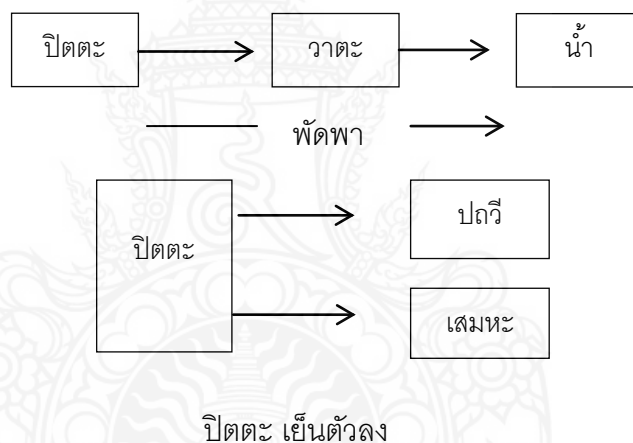
1. พลังงานความร้อน หรือ ปิตตะ มีลักษณะของ “กำเดา ไฟ เตโช ปิตตะ ปิตตะ เตโช ไฟ กำเดา” เมื่อไฟดับ ลมจึงดับ

2. พลังงานลม หรือ วาตะ เกิดตามธรรมชาติของกำเดา มีลักษณะของ “กำเดา วาตะ วาโย ลม ลม วาโย วาตะ กำเดา” เมื่อ ไฟดับ ลมจึงดับน้ำจึงหาย

3. พลังงานน้ำ หรือ เสมหะ เกิดตามธรรมชาติของของกำเดา ที่เย็นตัวลง น้ำจะถูกทำให้เคลื่อนไหวจากลม มีลักษณะของ “กำเดา วาตะ วาโย ลม เสมหะ น้ำ น้ำ เสมหะ ลม วาโย วาตะ กำเดา”

4. ปถวี หรือธาตุดิน ธาตุตั้งต้นมักมาจากปิตตะ ธาตุเดิมอาศัยอยู่ในปิตตะ เมื่อปิตตะขยายตัวออก และเย็นตัวลง จึงกลายเป็นปถวี เสมหะ มีลักษณะของ “ปิตตะ วาตะ เสมหะ ปถวี ปถวี เสมหะ วาตะ ปิตตะ” สามารถสรุปความสัมพันธ์ดังภาพ 2.4

ภาพ 2-4 ความสัมพันธ์ของธาตุทั้ง 4



ที่มา : ประยุกต์จากคัมภีร์ ทินกร ฌอญญา (2558)

หลักการตามธรรมชาตินี้คล้ายกับการเกิดของจักรวาล โดยปถวี นั้นประกอบด้วย ปิตตะ วาตะ เสมหะ ซึ่งย้อนกลับเข้าไปอยู่ในปถวีชาติ (การเกิดขึ้น) ด้วยปิตตะ จลนะ (ตั้งอยู่) ด้วยวาตะ เสมหะ และ ภินนะ (ดับไป) ด้วยปถวี ดังนั้น ปิตตะเป็นต้นทาง วาตะเป็นกลางทาง เสมหะเป็นปลายทาง แต่ทั้ง ดิน น้ำ ลม ไฟ อยู่ในกันและกัน แล้วแต่สิ่งใดมากกว่ากัน ถ้าดินมากกว่า ก็มีสถานะเป็นของแข็ง ถ้าน้ำมากกว่า ก็มีสถานะเป็นของเหลว ถ้าลมมากกว่า ก็มีสถานะเป็นอากาศธาตุ ถ้าไฟมากกว่า ก็มีสถานะเป็นของความร้อน หรือ ไฟ คือ ดินที่ร้อน ลม คือ ดินที่เบา น้ำ คือ ดินที่เย็น.

| | | | |
|---------|-------------|-------|---|
| ธาตุไฟ | ความหมายของ | ปิตตะ | คือ พลังงานความร้อน |
| | | เตโช | คือ มวลพลังงานความร้อน |
| | | ไฟ | คือ กิจมวลความร้อน |
| | | กำเดา | คือ เปลวแห่งความร้อน |
| ธาตุน้ำ | ความหมายของ | เสมหะ | คือ ระบบพลังงานน้ำ |
| | | อาโป | คือ มวลของพลังงานน้ำ |
| | | เสลด | คือ สิ่งขับออกของเสมหะ เมื่อกล่อลื่นอวัยวะภายใน |
| ธาตุลม | ความหมายของ | วาตะ | คือ ระบบลมไหลเวียนในกาย |
| | | วาโย | คือ ลักษณะลมหายาบ ละเอียด ตามอวัยวะ กำเดา |
| | | ลม | คือ ทิศทางการไหลเวียนมีทั้งลมร้อน ลมเย็น |

ความสัมพันธ์ของตรีธาตุ คือ ธาตุที่มีมากเกินไป หรือ กำเริบ ส่วนธาตุที่มีน้อยไป หรือ หย่อน และเกิดการเสียการทำงาน หรือ พิการ นั้นเป็นผลให้ร่างกายเกิดอาการไข้ตามกลไกธาตุ จากความสัมพันธ์ของธาตุ การวินิจฉัยโรคจะสามารถนำมาสรุปสาเหตุการเกิดโรคได้ โดยการวินิจฉัยโรคทางแผนไทยโดยใช้ ธาตุสมุฏฐานเป็นตัวหลักในการพิจารณา ส่วนสมมุติฐานที่เหลือเป็นตัวกระทบธาตุ เช่น อายุสมุฏฐาน อุตุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐาน พฤติกรรม และเหตุอื่นๆ มาประกอบการพิจารณาวินิจฉัยโรค (ปรับปรุงจาก ไกรสิทธิ์ ลี้มประเสริฐ, เวชกรรมไทยประยุกต์ 2, 2559, น. 10)

ตาราง 2-3 การวินิจฉัยโรค และระบบในร่างกาย

| | ระบบย่อยอาหาร |
|---------------|---|
| พิกัด ธาตุดิน | ทันตา (ฟัน) สิ่ง อูทริย้ง (อาหารใหม่) ยกนัง (ตับ) ปิตตัง (น้ำดี) อันตัง (ลำไส้ใหญ่) อันตคุณัง(ลำไส้เล็ก) |
| พิกัด ธาตุน้ำ | ปิตตัง (น้ำดี) ศอเสมหะ (เสมหะคอ) คุณเสมหะ (เสมหะทวาร) เซโพ (น้ำลาย) สิงฆาณิกา (น้ำมูก) |
| พิกัด ธาตุลม | กุกฉิสยาวาตา (ลมพัดในท้อง) โกฎฐาสยาวาตา (ลมพัดในลำไส้) |
| พิกัด ธาตุไฟ | ปริณามัคคี (ไฟย่อย) พัทธปิตตะ (น้ำดีในถุงน้ำดี) อพัทธปิตตะ (น้ำดีนอกถุงน้ำดี) กำเดา (เปลวความร้อน) |

ตาราง 2-3 การวินิจฉัยโรค และระบบในร่างกาย (ต่อ)

| | ระบบภูมิคุ้มกัน |
|---------------|--|
| พิกัด ธาตุดิน | อัญจิมิณูซัง (เยื่อในกระดูก) |
| พิกัด ธาตุน้ำ | น้ำเหลือง (บุพโพ) โลหิตตั้ง (น้ำเลือด) |
| พิกัด ธาตุลม | ลมสัตถกวาตะ (ลมอาการเสียดแทงตามร่างกาย) สุนนาวาตะ (ลมในเส้น) |
| พิกัด ธาตุไฟ | สันตปปีคคี (ไฟอบอุณกาย) ชีรณัคคี |
| | ระบบการไหลเวียนเลือด |
| พิกัด ธาตุดิน | หทัยยัง (หัวใจ) |
| พิกัด ธาตุน้ำ | โลหิตตั้ง (น้ำเลือด) น้ำเหลือง (บุพโพ) |
| พิกัด ธาตุลม | หทัยวาตะ (ลมในหัวใจ) สุนนาวาตะ (ลมในเส้น) สัตถกวาตะ (ลมอาการเสียดแทงตามร่างกาย) ปสาทรูป 5 |
| พิกัด ธาตุไฟ | พัทธปีตตะ (น้ำดีในถุงน้ำดี) อพัทตะปีตตะ (น้ำดีนอกถุงน้ำดี) กำเดา (เปลวความร้อน) สันตปปีคคี (ไฟแก่ชรา) |
| | ระบบประสาท |
| พิกัด ธาตุดิน | มัตถเกมัตถลูงคัง (มันสมอง) หทัยยัง (หัวใจ) |
| พิกัด ธาตุน้ำ | เสมหะ (น้ำเสลด) ศอเสมหะ อูระเสมหะ คูถเสมหะ (คอ ทรวงอก ทวาร) |
| พิกัด ธาตุลม | หทัยวาตะ (ลมในหัวใจ) สัตถกวาตะ (ลมอาการเสียดแทงตาม ร่างกาย) ประสาทรูป 5 (ตา หู ลิ้น จมูก ผิวหนัง) สุนนาวาตะ (ลมในเส้น) |
| พิกัด ธาตุไฟ | สันตปปีคคี (ไฟอบอุณกาย-อุสมาเตโช) |
| | ระบบโครงสร้างของร่างกาย |
| พิกัด ธาตุดิน | อัญจิมิ (กระดูก) นหารู (เส้นเอ็น) มังสัง กิโถมกัง |
| พิกัด ธาตุน้ำ | เสมหัง (น้ำเสลด) โลหิตตั้ง (น้ำเลือด) ลสิกา (น้ำมันไขข้อ) |
| พิกัด ธาตุลม | อุทธังคมาวาตา (ลมพัดขึ้น) อโรคมาวาตา (ลมพัดลง) อังคมังคานุสาร์วีวาตา (ลมพัดในกาย) สุนนาวาตะ (ลมในเส้น) สัตถกวาตะ (ลมอาการเสียดแทงตามร่างกาย) |
| พิกัด ธาตุไฟ | อพัทตะปีตตะ (น้ำดีนอกฝัก) กำเดา (เปลวความร้อน) สันตปปีคคี (ไฟอบอุณกาย) ชีรณัคคี (ไฟแก่ชรา) |

ตาราง 2-3 การวินิจฉัยโรค และระบบในร่างกาย (ต่อ)

| | ระบบขับถ่าย |
|---------------|---|
| พิกัด ธาตุดิน | อันตัง (ลำไส้ใหญ่) กรีสัง (อาหารเก่า) ปัทกั (ไต) |
| พิกัด ธาตุน้ำ | ศอเสมหะ อูระเสมหะ คูถเสมหะ (คอ ทรวงอก ทวาร) เหงื่อ น้ำปัสสาวะ |
| พิกัด ธาตุลม | กัจฉิสยาวาตา (ลมในท้อง) โภฏฐาสยาวาตา (ลมในลำไส้) สุนนาวาตะ (ลมในเส้น) |
| พิกัด ธาตุไฟ | พัทตปิตตะ (น้ำดีในฝัก) อพัทตปิตตะ (น้ำดีนอกฝัก) กำเดา (เปลวความร้อน) สันตปัคคี (ไฟอบอุ่นกาย) ปริณามัคคี (ไฟย่อยอาหาร) |
| | ระบบหายใจ |
| พิกัด ธาตุดิน | บับผาสัง (ปอด) หทัยยัง (หัวใจ) มังสัง (เนื้อ) กิโถมกั (พังผืด) |
| พิกัด ธาตุน้ำ | ศอเสมหะ (น้ำเสลดในคอ) อูระเสมหะ (น้ำเสลดในทรวงอก) |
| พิกัด ธาตุลม | อัสนาสะปัสสาสะวาตา (ลมหายใจ) หทัยวาตะ (ลมในหัวใจ) |
| พิกัด ธาตุไฟ | สันตปัคคี (ไฟอบอุ่นกาย) กำเดา (เปลวความร้อน) |

ที่มา : ประยุกต์จากไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ, เวชกรรมไทยประยุกต์ 2 (2557)

ดังนั้นจะเห็นวาระบบการทำงานร่างกายข้างต้น ต่างเกี่ยวเนื่อง โดยธาตุ 4 จะเป็นตัวควบคุมการทำงานในระบบต่างๆ โดยกล่าวถึงในคัมภีร์สมุทธานวินิจฉัย ตัวควบคุมธาตุ 4 คือ

1. สมุทธานเตโชธาตุพิกัด ที่ตั้งแห่งจตุกาลเตโช (ธาตุไฟ 4) ซึ่งอาจมีเพียงธาตุเดียว (เอกโทษ) หรือ ธาตุ 2 กอง (ทวินโทษ) หรือ 3 กองธาตุ (ตรีโทษ) โดยมี พัทธปิตตะ อพัทตปิตตะ กำเดา เป็นสาเหตุโรคในกองสมุทธานเตโช
2. สมุทธานวาโยธาตุพิกัด ที่ตั้งแห่งฉกาลวาโย (ธาตุลม 6) โดยมี หทัยวาตะ สัตถกะวาตะ สุนนาวาตะ เป็นสาเหตุ ในกองสมุทธานวาโย
3. สมุทธานอาโปธาตุพิกัด ที่ตั้งแห่งทวาทศอาโป (ธาตุน้ำ 12) โดยมี ศอเสมหะ หทัยเสมหะ คูถเสมหะ เป็นสาเหตุ ในกองสมุทธานอาโป
4. สมุทธานปถวีธาตุพิกัด ที่ตั้งแห่งวิสะติปถวี (ธาตุดิน 20) โดยมี หทัยวัตถุ อูทริยะ กรีสะ เป็นสาเหตุ ในกองสมุทธานปถวี

สรุปความสัมพันธ์ สมภูฐานธาตุ ที่ตั้งและตัวควบคุม ดังตาราง 2-4 แสดง ตารางพิกัด ธาตุ และอวัยวะที่ทำงานในระบบร่างกาย ซึ่งเมื่อนำมาสรุปความสัมพันธ์สมภูฐานธาตุ ตัวควบคุม

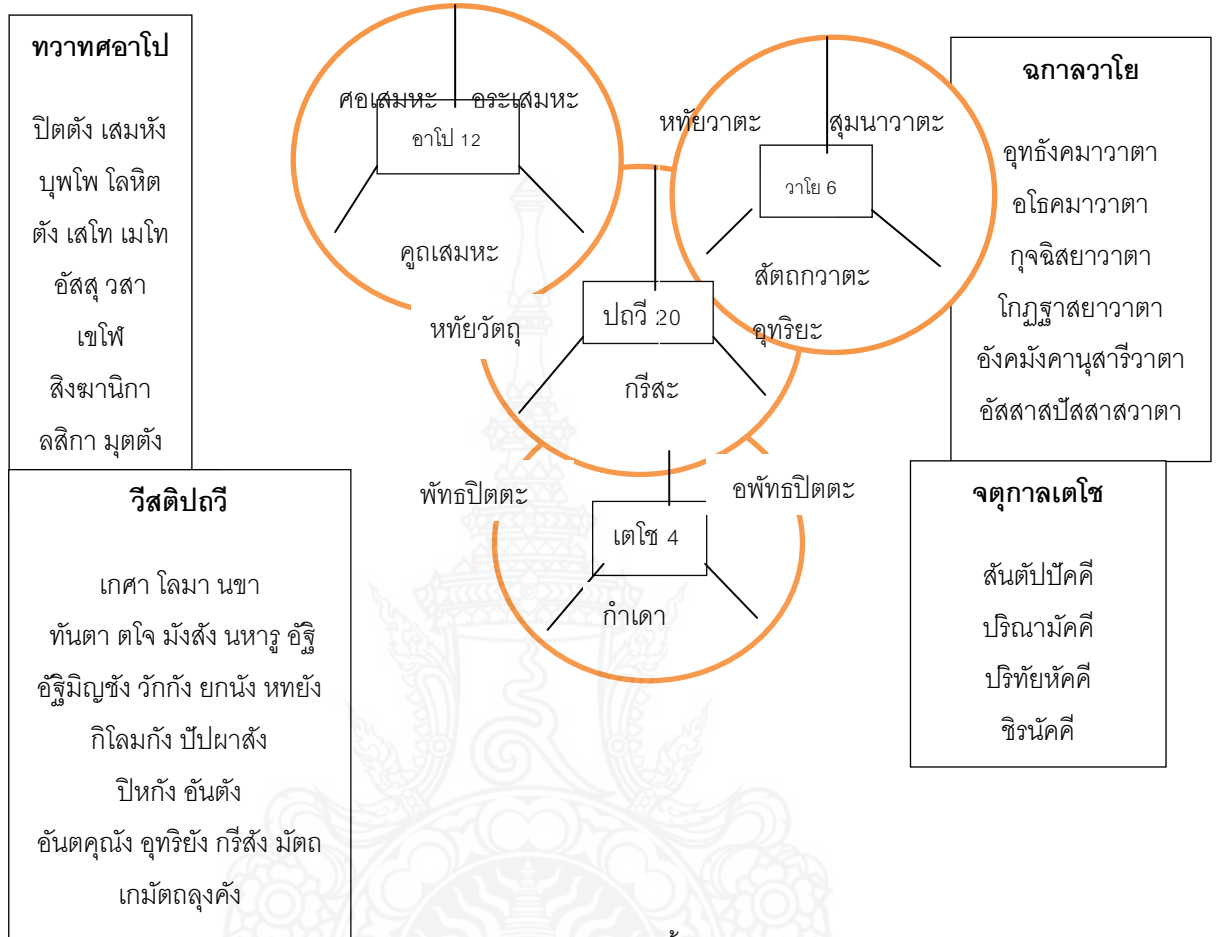
ตาราง 2-4 ความสัมพันธ์สมภูฐานธาตุ ที่ตั้ง ตัวควบคุม

| สมภูฐานธาตุ | ที่ตั้งแห่ง | ตัวควบคุม |
|-------------|-------------|-------------------------------|
| เตโช | จตุกาลเตโช | พัทธปิตตะ อพัทธปิตตะ กำเดา |
| วาโย | ฉกกาลวาโย | หทัยวาตะ สัตถกะวาตะ สุมनावาตะ |
| อาโป | ทวาทศอาโป | ศอเสมหะ อูระเสมหะ คุณเสมหะ |
| ปถวี | วีสติปถวี | หทัยวัตถุ อุกุทริยัง กิริสัง |

ที่มา : ประยุกต์จากไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ, เวชกรรมไทยประยุกต์ 2 (2557), น. 15

โรคที่ทางการแพทย์แผนไทยได้วินิจฉัย และวิเคราะห์สาเหตุ กลไกการเกิดโรคมาแต่โบราณนั้น เช่น โรคเบาหวาน (มธุเมห) โรคลม โรคดีซ่าน โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดตามอาการ และตามสมภูฐานของโรค โดยการวินิจฉัยโรคนั้น มักจะใช้การวิเคราะห์ธาตุ พฤติกรรมการใช้ชีวิต และอาการทางจิตมาวิเคราะห์ด้วยเสมอ ความสัมพันธ์ของธาตุทั้ง 4 แสดงดังตาราง 2-4 และเมื่อนำมาสรุป ตารางความสัมพันธ์ธาตุทั้ง 4 และองค์ประกอบความสัมพันธ์แสดงดังภาพ 2-5 แสดงความสัมพันธ์ของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ จากการบรรยาย เรื่องหลักสูตร การดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย จากกิจกรรม ตลาดความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ในงานมหกรรม สมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 14 โดย อาจารย์คมสัน ทินกร ณ อยุธยา ได้กล่าวถึงการแพทย์แผนไทยใน ลักษณะบำบัดด้วยวิธีการหลากหลายรูปแบบ เช่น หัตถการแบบร้อน การเผา ยา ย่างยา พอกยา ร้อน รมยาร้อน สุมยาร้อน ประคบร้อน อบตัว หัตถการเย็น พอกยาเย็น ประคบเย็น รมยาเย็น เป่า ยา กวาดยา ชโลมยาเย็น อาบยา แช่ยา ทำให้พบว่าการบำบัดอาการปลายทางสามารถให้ ผลการรักษาได้ดีมากกว่าการวางยารักษาแต่เพียงอย่างเดียว

ภาพ 2-5 แสดงความสัมพันธ์ของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ



ที่มา : ประยุกต์จาก เกรียงศักดิ์ ศรีนวลเสถียร ความสัมพันธ์ของธาตุทั้ง 4 (2559), น. 5

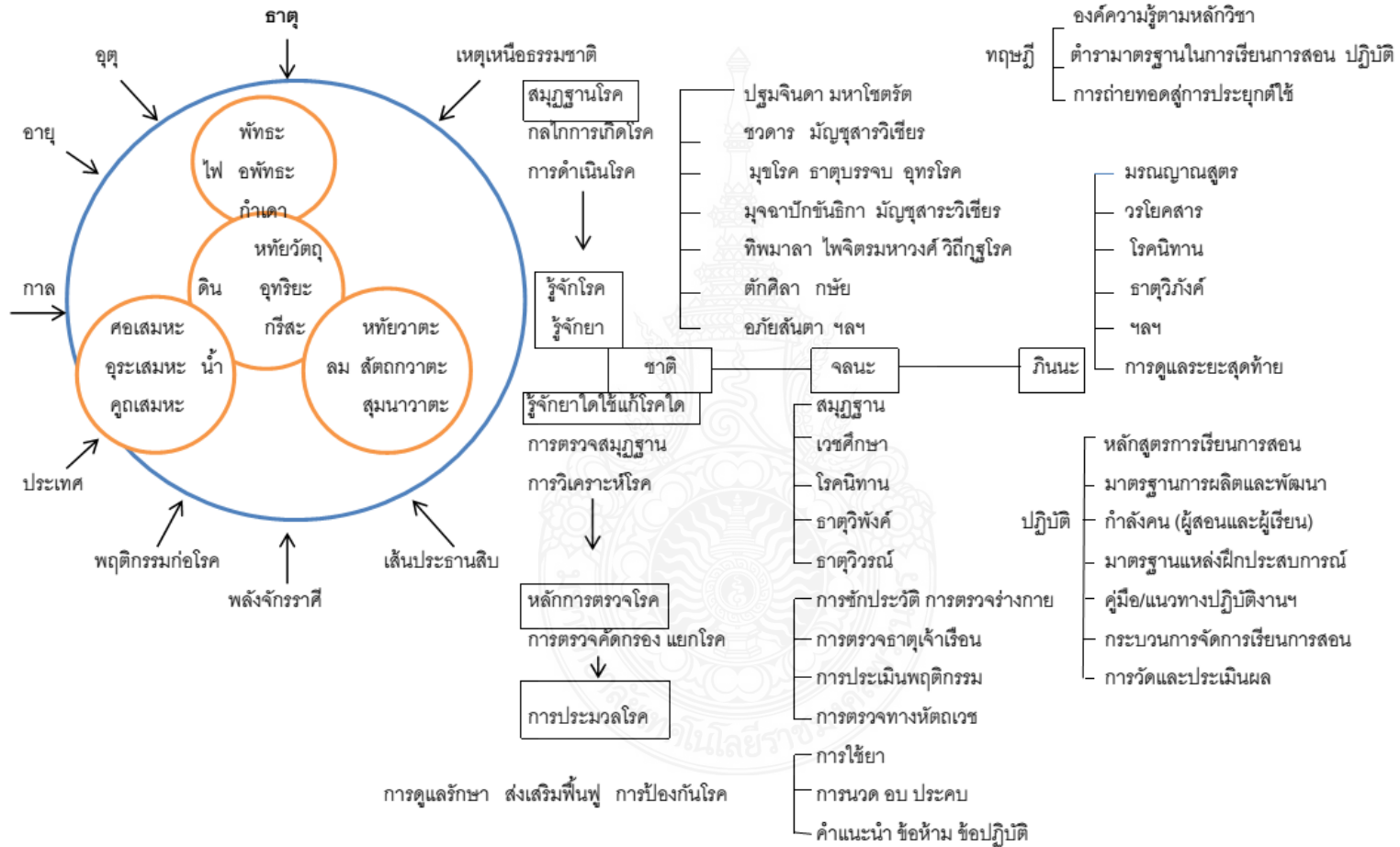
เมื่อธาตุทั้ง 4 ที่แสดงความสัมพันธ์ของธาตุ 4 ดิน น้ำ ลม ไฟ โดยแสดง ทวาทศฮาโป (ธาตุน้ำ 12 ประการ คือ ปิตตัง เสมหัง บุพโพ โลหิตตัง เสโท เมโท อัสนุ วสา เขโฬ สังขานิกาลสิกา มุตตัง) ฉกาลวาโย (ธาตุลม 6 ประการ คือ อุทธังคมาวาตา อโธคมาวาตา กุจฉิสยาวาตา โภฏฐาสยาวาตา อังคมังคานุสารีวาตา อัสนาสปัสสาสวาตา) วีสติปถวี (ธาตุดิน 20 ประการ คือ เกศา โลมา นขา ทันตา ตโจ มังสัง นหารู อัสนุ อัสนิมัญชัง วักกัง ยกนัง หทยัง กิโถมกััง ปโปผาสัง ปิทกััง อันตัง อันตคณัง อุทริยััง กรี้สัง มัตถเกมัตถลุงคัง) และ จตุกาลเตโช (ธาตุไฟ 4 ประการ คือ สันตปโปคคิ ปริณามคคิ ปริทัยหคคิ ชิรนคคิ)

ทั้งนี้สามารถนำมาประมวลในภาพกว้างขององค์ประกอบกายแพทย์แผนไทย สมุฏฐานโรคเชื่อมโยง หลักเวชกรรมและการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้หลักในการวินิจฉัยโรค และทางเดินของโรคจะศึกษาค้นคว้าจากตำรา คัมภีร์ ที่มีการรวบรวมสืบสืบกันมา โดยปัจจุบันการสอบ

เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการแพทย์แผนไทยจะต้องผ่านการทดสอบตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไปสาขาเวชกรรมตามภาคทฤษฎีและการปฏิบัติแสดงดังภาพ 2-6 หลักการวินิจฉัยโรคทางเดินโรค



ภาพ 2-6 แสดงหลักการวินิจฉัยโรค ทางเดินโรค



ที่มา: ประยุกต์จาก เกียรติศักดิ์ ศิรินวเสถียร (2559)

2.2.4 การพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืนกับการพัฒนาภูมิปัญญาไทย

ในการสร้างความเข้าใจและเพื่อให้มีการหวนกลับมานิยมใช้การแพทย์แผนไทยในสังคมไทยปัจจุบันนั้น นอกจากทำความเข้าใจกับองค์ประกอบของการแพทย์แผนไทย และหลักเวชกรรมที่แสดงตัวแปรการแพทย์แผนไทยแล้ว เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบของการแพทย์แผนไทย แล้วยังต้องทำความเข้าใจ กับการที่จะสามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้อย่างยั่งยืน จากเหตุผลที่ปัจจุบันการแพทย์ตะวันตกเป็นระบบการดูแลรักษา ป้องกันสุขภาพที่คนไทยมีความคุ้นเคยมากกว่าดังความคิดเห็นของผู้บริหารการแพทย์แผนไทย และนโยบายการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยสมัยปัจจุบันของหน่วยงานต่างๆ ที่พยายามแสดงความ คิดเห็นเสนอแนะนโยบายเพื่อการเผยแพร่พัฒนา และฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยไว้มากมายเหตุนี้ ผู้ศึกษา จึงได้นำมาวิเคราะห์ รวบรวมเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่ ตามนโยบายวิธีการของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้เห็นความสอดคล้องของแนวคิด

ความคิดเห็นดังกล่าวนี้มีความเชื่อมโยง ไปสู่การพัฒนาอัจฉริยะภูมิปัญญาของไทยได้เด่นชัดขึ้นอีก ดังนี้ คือ

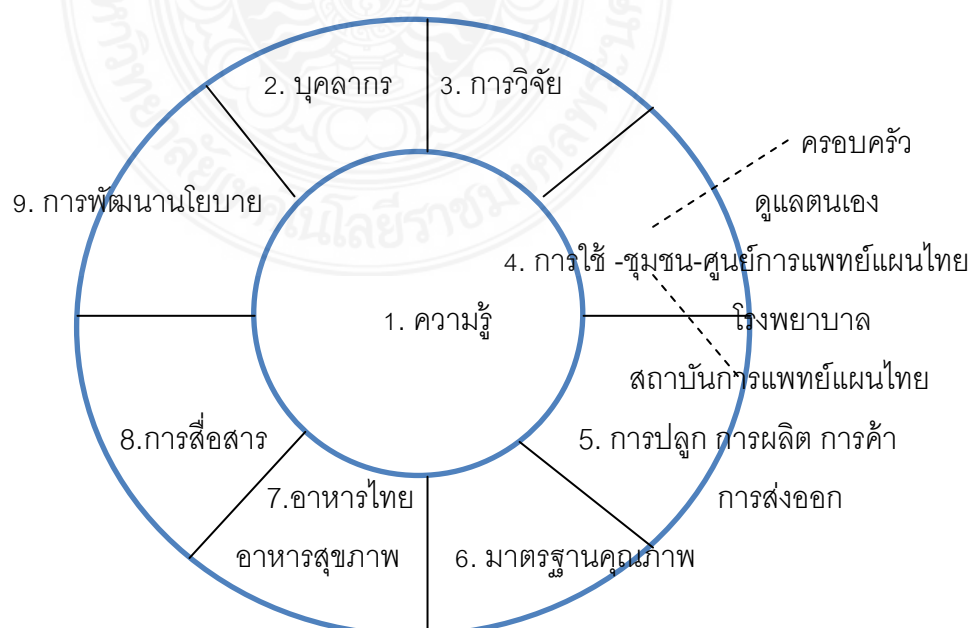
1. ศ.นพ. ประเวศ วะสี
2. สถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์
3. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
4. กรมการแพทย์แผนไทย
5. ส่วนการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย
6. สถาบันการแพทย์แผนไทย
7. กรมการพัฒนาแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก
8. สมัชชาสุขภาพ
9. กองการประกอบโรคศิลป์
10. การพัฒนาสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ

จากการปาถกฐาพิเศษ เรื่อง การแพทย์แผนไทย ความมั่นคงในระบบสุขภาพ ในงานประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ และการมอบรางวัลหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ รางวัลเชิดชูเกียรติพื้นที่ต้นแบบแห่งชาติ ครั้งที่ 12 เมื่อวันที่ 3 กันยายน

2558 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงระบบการแพทย์แผนไทย (Wisdom - Based), (2558) ประกอบไปด้วย 9 องค์ประกอบ แสดงดังภาพ 2-7 ได้แก่

1. ความรู้
2. บุคลากร
3. การวิจัย
4. การใช้
 - 4.1 ครอบครั้ว
 - 4.2 ดูแลตัวเอง
 - 4.3 ชุมชน ศูนย์การแพทย์แผนไทย
 - 4.4 โรงพยาบาล
 - 4.5 สถาบันการแพทย์
5. การปลูก การผลิต การค้า การส่งออก
6. มาตรฐานคุณภาพ
7. อาหารไทย อาหารสุขภาพ
8. การสื่อสาร
9. การพัฒนานโยบาย

ภาพ 2-7 ระบบการแพทย์แผนไทยตามแนวภูมิปัญญาไทย (Wisdom-based)



ที่มา : ประเวศ วะสี (2558)

โดยเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบแล้ว สามารถอธิบายแนวคิดได้ดังนี้

1. องค์ความรู้ การสร้างความยั่งยืนของการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยมีรากฐานอยู่ในวัฒนธรรม วิถีชีวิตของกลุ่มชนที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมในที่แห่งหนึ่งๆ วัฒนธรรมจะต้องสอดคล้อง และหลากหลายเพื่อให้สอดคล้องกับที่ที่ซึ่งแตกต่าง วัฒนธรรมคือ รากเหง้า ภูมิปัญญา วิถีชีวิตที่สั่งสมซึ่งความรู้ วัฒนธรรมเกิดก่อนวิทยาศาสตร์ การพัฒนาจึงต้องเชื่อมโยงสอดคล้อง สร้างความสมดุล เพื่อความยั่งยืน การพัฒนาบางส่วนเปรียบเสมือนการตัดรากเหง้าคล้ายการเป็นมะเร็ง อันเกิดจากความไม่สมดุล การพัฒนาการแพทย์แผนไทยก็เช่นกัน จะต้องพัฒนาเป็นองค์รวม ไม่ใช่การพัฒนาส่วนใดส่วนหนึ่ง เปรียบเสมือนการตัดรากเหง้า ซึ่งจะเกิดทำให้เสียทรัพยากรของชาติและเติบโตในระยะยาวไม่ได้ การพัฒนาจึงจำต้องพัฒนาไปสู่ ความสมดุลระหว่าง คน – คน คน – สิ่งแวดล้อม ศีลธรรม – ระบบการอยู่ร่วมอย่างสมดุล ศีลธรรม – วิถีชีวิตอย่างสมดุล

ภูมิปัญญา (Wisdom) หมายถึง ปัญญาที่มากกว่าความรู้ หรือ Knowledge ควรมีการสืบทอด ตรวจสอบ รวบรวม สังคายนา หลักสูตรชุมชน ภาคปฏิบัติ ชุมชนศึกษาภาคปฏิบัติ สัมผัสข้อมูล ชุมชน แบบปาก – ต่อ - ปาก

2. บุคลากร ฐานวัฒนธรรมมีใช้ฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างเดียว เช่น การนวดมีการพูดคุย มีการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ มีสมุนไพรเป็นตัวเชื่อมโยงเพื่อให้คนมารวมตัวกัน ซึ่งการแพทย์แผนตะวันตกมีแต่สารเคมี สารออกฤทธิ์

3. การวิจัย การใช้ผลของการใช้ยาไทยยังมีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับยาจีน มหาวิทยาลัยควรมีงบประมาณในการวิจัยมากกว่าปัจจุบัน

4. การใช้สมุนไพร ควรมีฐานการใช้คือ การดูแลตนเอง จะทำให้การแพทย์แผนไทยเกิดความมั่นคง ครอบคลุม ยาสมุนไพรที่เป็นยาสามัญประจำบ้าน ควรมีการวิจัยและปรับปรุงไปเรื่อยๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นทางเศรษฐกิจ และการปลูก ในระดับชุมชนควรมีศูนย์การแพทย์ไทยที่ไม่ใช้งบประมาณ ทำเพื่อสังคมเพื่อลดการนำเข้ายา ลดความเครียด

5. การปลูก การผลิต การค้า การส่งออก

6. มาตรฐานคุณภาพ คุณภาพตามมาตรฐานองค์การอาหารและยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรมีสถาบันการแพทย์แผนไทยส่งเสริมคุณภาพ ซึ่งองค์การอาหารและยาควรควบคุมรายใหญ่ แต่ควรมีการส่งเสริมรายย่อยด้วย

7. อาหารไทยสมุนไพรไทย อาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ควบคู่กันไปเมื่อนำแนวคิดในนโยบายความสำเร็จของการแพทย์แผนไทยมาจัดกลุ่ม การศึกษาได้จากสถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งได้จัดลำดับความสำคัญของการแพทย์แผนไทย คือ รูปแบบองค์ความรู้ทางคัมภีร์ พุทธศาสตร์ ไหโรศาสตร์ ไสยศาสตร์ วัฒนธรรมท้องถิ่น วิถีชุมชน ความรู้หมอพื้นบ้าน และแนวคิดจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่แสดงการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ทั้ง 6 คือ การสร้างและจัดการความรู้ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบการบริการสาธารณสุข การพัฒนากำลังคน การพัฒนาระบบยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร การพัฒนาระบบกลไกคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และด้านการสื่อสารสาธารณะ (คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

นโยบายและทิศทางขับเคลื่อน กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ปี พ.ศ.2558 – 2559 (ธวัชชัย กมลธรรม, 2559) การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย โดยสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ และประธานคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย (ชาญชัย เจริญสุวรรณ, 2559) การพัฒนาแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยสถาบันการแพทย์แผนไทย (ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, 2556) ยุทธศาสตร์กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก, 2559) การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการ (สมัชชาสุขภาพ, 2559) เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย (กองการประกอบโรคศิลปะ, 2559) และการพัฒนาสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ ซึ่งได้วางแนวทางการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยทั้งหมดดังแสดงในตาราง 2-5 แสดงการจัดกลุ่มแนวคิดข้างต้นแสดงเป็น ตัวแปรการแพทย์แผนไทย ในตัวแปร 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

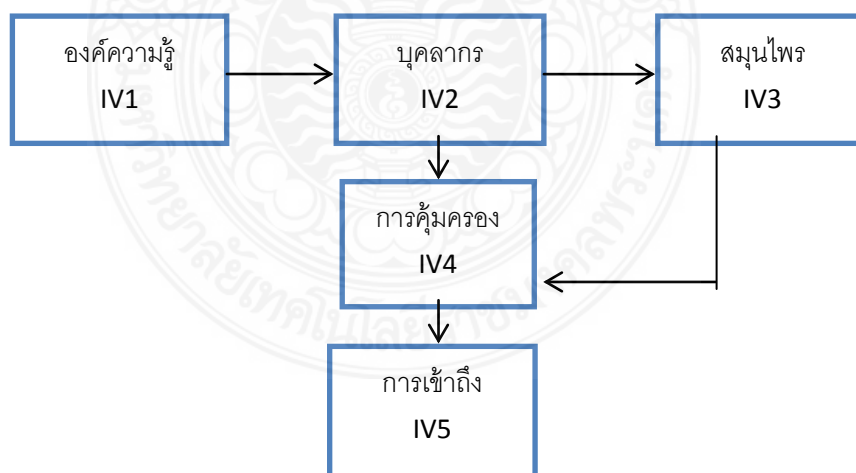
ตัวแปรทั้ง 5 กลุ่ม นั้น แสดงด้วย การนำระเบียบวิธีวิจัยมาประยุกต์ใช้กับตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย IV 1 – IV 5 ซึ่งหมายถึง ตัวแปรอิสระ 1 – 5 กลุ่ม แบ่งเป็น

- IV 1 หมายถึง องค์ความรู้
- IV 2 หมายถึง บุคลากร
- IV 3 หมายถึง สมุนไพร
- IV 4 หมายถึง การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย
- IV 5 หมายถึง การเข้าถึงผู้บริโภค

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 5 กลุ่มหลักคือ องค์ความรู้ บุคลากร สมุนไพร การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย และการเข้าถึงผู้บริโภค มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การพัฒนาแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน แสดงรายละเอียดความสัมพันธ์ดังภาพ 2-8

1. องค์ความรู้ หมายถึง ภูมิปัญญาไทย ความรู้หมอพื้นบ้าน วัฒนธรรม พุทธศาสตร์ โหราศาสตร์ ไสยศาสตร์ วิถีชุมชน ส่วนกลไกการจัดการความรู้ หมายถึง วิจัย ระบบการศึกษา หลักสูตร
2. บุคลากร หมายถึง ความเชี่ยวชาญเฉพาะ การพัฒนาทักษะ การนวด ฝ่ามือ ภาษา ส่วนมาตรฐาน คือ บริการมาตรฐาน ความน่าเชื่อถือและมาตรฐานอุปกรณ์
3. สมุนไพร หมายถึง การปลูก การผลิตที่มีคุณภาพ ระบบยาที่ดี โรงงานยามาตรฐาน สมุนไพรในบัญชียาหลัก องค์การสมุนไพร ตำรับยา
4. การคุ้มครองภูมิปัญญา การคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมาย พระราชบัญญัติยา
5. การเข้าถึงผู้บริโภค หมายถึง การบริหารจัดการเผยแพร่สู่ชุมชน อาหาร การใช้ในระดับครอบครัว ชุมชนตนเอง โรงพยาบาล ศูนย์ประสานงาน ระบบเครือข่าย โครงสร้างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ภาพ 2-8 ตัวแปรการพัฒนาแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน



2.2.5 การวิเคราะห์ตัวแปร การแพทย์แผนไทย

ผลจากการรวบรวมตัวแปรตามนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย พบตัวแปรที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากมาย หากจะเลือกวิเคราะห์ตัวแปรสำคัญตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนั้น จำเป็นต้องทำการศึกษาโดยวิธีคิว (Q Methodology) ทั้งนี้เพราะวิธีคิวเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพมากกว่า แต่อยู่ภายใต้การนำข้อมูลเชิงปริมาณมารวบรวมสนับสนุน เริ่มจากการนำความคิดเห็นที่หลากหลาย นำมารวบรวมจัดกลุ่ม หากกลุ่มแนวคิดที่ควรจะเป็นไปได้มากที่สุดโดยการใช้หน้าหนักคะแนน จากค่าความเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เพื่อนำมาสรุปหาความคิดเห็นที่น่าจะเป็น ทั้งนี้วิธีคิวเหมาะกับการใช้เพื่อการวิจัยด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมมนุษย์ เช่น การสื่อสาร แนวคิดทางการเมือง จิตวิทยา สภาวะจิตผู้ป่วยโดยทั้งนี้ความคิดเห็นนั้นไม่มีถูกหรือผิด แต่เป็นเพียงทัศนคติของผู้ตอบซึ่งในหลายครั้งการตอบหรือแสดงความคิดเห็น ผู้ตอบพอใจที่ใช้นามแฝงมากกว่าชื่อจริง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นที่เขาแสดงออกนั้นสามารถแสดงออกได้อย่างเสรี (Brown, 1993) และเมื่อนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และปัจจัยเสี่ยง เพื่อการสังเคราะห์องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย แสดงดังภาพ 2-9 ความสัมพันธ์การสังเคราะห์องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

ภาพ 2-9 ความสัมพันธ์การสังเคราะห์องค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

| การแพทย์แผนไทย | ↔ | ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพ |
|---|---|---------------------------------------|
| 1. องค์ความรู้ และกลไก | | 1. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง |
| 1.1 การวิจัย | | 1.1 สถานะส่วนบุคคล |
| 1.1.1 ศึกษาอย่างเป็นระบบ | | 1.1.1 ความยากจน |
| 1.1.2 การรู้ในกระบวนการ ขั้นตอนอ่องแท้ | | 1.1.2 การศึกษา |
| 1.2 พุทธศาสตร์ วิถีชุมชน โหราศาสตร์ ไสยศาสตร์ | | 1.1.3 วุฒิภาวะทางอารมณ์ |
| 1.3 วิถีชุมชน หมอพื้นบ้าน | | 1.1.4 สุขภาพจิตเชิงบวก |
| 1.4 ระบบการศึกษา หลักสูตร | | 1.1.5 การว่างงาน |
| 1.4.1 ภายในระบบ | | 1.1.6 การหย่าร้าง |
| 1.4.2 ภายนอกระบบ | | 1.1.7 การช่วยเหลือทางสังคม |

ภาพ 2-9 ความสัมพันธ์การสังเคราะห์อัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| การแพทย์แผนไทย | ↔ | ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้าน สุขภาพ |
|--------------------------------|---|---|
| 2. บุคลากรและมาตรฐาน | | 1.2 พฤติกรรมเสี่ยงเสี่ยงต่อสุขภาพ |
| 2.1 ความเชี่ยวชาญ ทักษะ | | 1.2.1 การออกกำลังกาย |
| 2.1.1 ทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ | | 1.2.2 การบริโภคอาหาร |
| 2.1.2 ทักษะความคิดริเริ่ม | | 1.2.3 การบริโภคสุรา |
| 2.1.3 ทักษะด้านปฏิบัติ | | 1.2.4 การสูบบุหรี่ |
| 2.2 มาตรฐาน | | 1.2.5 การติดเชื้อ HIV |
| 2.3 ความเชื่อถือสมุนไพรไทย | | 1.2.6 การตรวจสุขภาพ |
| 3. สมุนไพร | | 1.3 อนามัยและสิ่งแวดล้อม |
| 3.1 บัญชียาหลัก | | 1.3.1 อนามัยสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ |
| 3.2 มาตรฐาน | | 2. สถานะสุขภาพ |
| 4. การคุ้มครองภูมิปัญญา | | 2.1 สถิติชีพ |
| 4.1 การคุ้มครองภูมิปัญญา | | 2.1.1 ประชากร |
| 4.2 การคุ้มครองผู้บริโภค | | 2.1.2 การเกิด |
| 5. การเข้าถึง | | 2.1.3 การตาย |
| 5.1 การบริหารชุมชน | | 2.2 การป่วยและการตายด้วยโรค สำคัญ และสาเหตุ |
| 5.2 ครอบครัว | | 2.2.1 การป่วยการตายด้วยโรคติดต่อ สำคัญ |
| 5.3 ตนเอง | | 2.2.2 การป่วยการตายด้วยโรคไม่ ติดต่อที่สำคัญ |
| 5.4 โรงพยาบาล | | 2.2.3 การป่วยการตายด้วยโรคทางจิต |
| 6. การพัฒนาอัจฉริยะ | | 2.2.4 สาเหตุการป่วยการตาย |
| 6.1 ทักษะด้านอภิปัญญา | | 3. ระบบบริการสุขภาพ |
| 6.1.1 ตระหนักรู้ปัญหา | | 3.1 การส่งเสริมสุขภาพ |

ภาพ 2-9 ความสัมพันธ์การสังเคราะห์อัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

| การแพทย์แผนไทย | ↔ | ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้าน สุขภาพ |
|-----------------------|---|---|
| 6.1.2 รู้ปัญหาคืออะไร | | 3.1.1 อนามัยและเด็ก |
| 6.1.4 กลยุทธ์ | | 3.1.3 ภาวะโภชนาการ |
| | | 3.2 การป้องกันและควบคุมโรค |
| | | |
| | | 3.2.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ |
| | | 3.2.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค |
| | | 3.2.3 การคัดกรอง |
| | | 3.3 การรักษาพยาบาลและฟื้นฟู |
| | | 3.4 การคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภค |
| | | 3.4.1 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ |
| | | 3.4.2 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการส่งเสริมสุขภาพ |
| | | 3.4.3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน |
| | | 3.5 การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข |
| | | 3.5.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ |
| | | 3.5.2 การใช้บริการสาธารณสุข |
| | | 3.5.3 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต |

(หมายเหตุ : ข้อคำถามอักษรสีแดง แสดงตัวแปรด้านอัจฉริยะภูมิปัญญา)

ที่มา : ประยุกต์จากปัจจัยเสี่ยง, สถิติสุขภาพ (2556)

ผลการศึกษา พบตัวแปรที่สอดคล้องกัน 3 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรและมาตรฐาน (ประยุกต์ กับ ทุมนมนุษย์)
2. สมุนไพร (ประยุกต์ กับ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย)
3. การพัฒนาอัจฉริยะ (ประยุกต์ กับ ภูมิปัญญา)

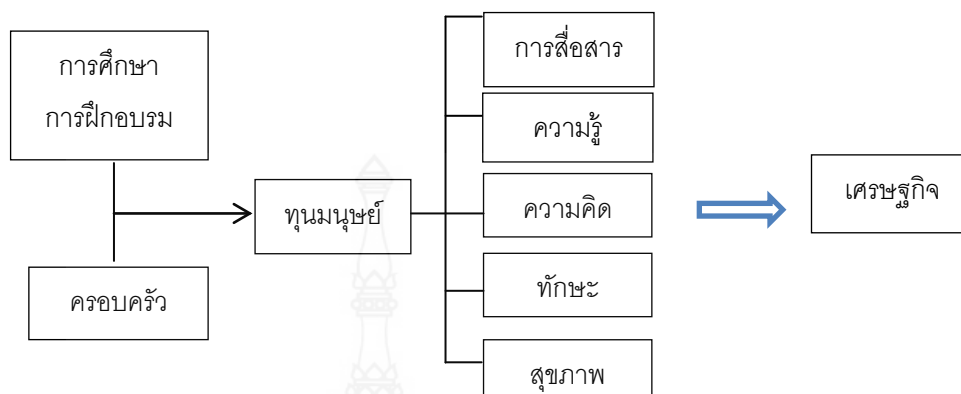
ซึ่งภาพโดยสรุป คือ ต้องการความเชี่ยวชาญ มาตรฐานตามวิธีการของแพทย์แผนไทยและพร้อมสามารถพิสูจน์ได้ด้วยคุณภาพ และเมื่อนำผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และดำเนินการตัดตัวแปรตามวิธีคิดแล้ว ได้ทำการศึกษาต่อในส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบซ้ำกัน และทำการศึกษาต่อ โดยมุ่งเน้นการศึกษาเรื่อง ทรัพยากรมนุษย์ ในการแก้ปัญหาอัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และ ทุมนมนุษย์เพื่อการพัฒนา

2.3 แนวคิด ทฤษฎีทุนมนุษย์

ทุนมนุษย์ (Human Capital) ผู้ที่มีบทบาทในแนวคิดทฤษฎีมาแต่อดีต จนเป็นที่ยอมรับและได้รับรางวัลโนเบลในปี ค.ศ. 1992 นั้นมาจาก Gary Stephen Becker นักเศรษฐศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย University of Chicago ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้กล่าวถึงทุนมนุษย์มีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ ด้านต้นทุนและกำไร โดย Becker ได้กล่าวถึงใน Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education 3rd edition (1994) การลงทุนในทุนมนุษย์ที่สำคัญที่สุดคือ การศึกษา และการฝึกอบรม ครอบคลุมมิติที่สัมพันธ์ต่อทุนมนุษย์ในด้านการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ การมองคุณค่าและอุปนิสัย

ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 สังคมพัฒนาและให้ความสำคัญของต่อทุนมนุษย์มากขึ้น ทุนมนุษย์ มีความหมายถึง ความรู้ การสื่อสาร ความคิด ทักษะ และสุขภาพส่วนบุคคล (Becker, The Age of Human Capital, 2002) แม้เศรษฐกิจได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่างๆ แต่ความสามารถของบุคลากรองค์กรสามารถแก้ปัญหาให้องค์กรได้ ในสังคมสมัยใหม่มีการลงทุนความรู้สู่บุคคลมากขึ้น เมื่อเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเข้ามาทำให้การเรียนรู้ง่ายขึ้นลดระยะเวลา ยิ่งทำให้สังคมเป็นเศรษฐกิจทุนนิยม สังคมทุนมนุษย์ สังคมฐานความรู้ หรือเศรษฐกิจความรู้มากขึ้นทฤษฎีทุนมนุษย์ยังเป็นรากฐานการศึกษาเศรษฐศาสตร์ในหลายสาขา

ภาพ 2-10 องค์ประกอบทุนมนุษย์ ตามความสัมพันธ์กับเศรษฐศาสตร์



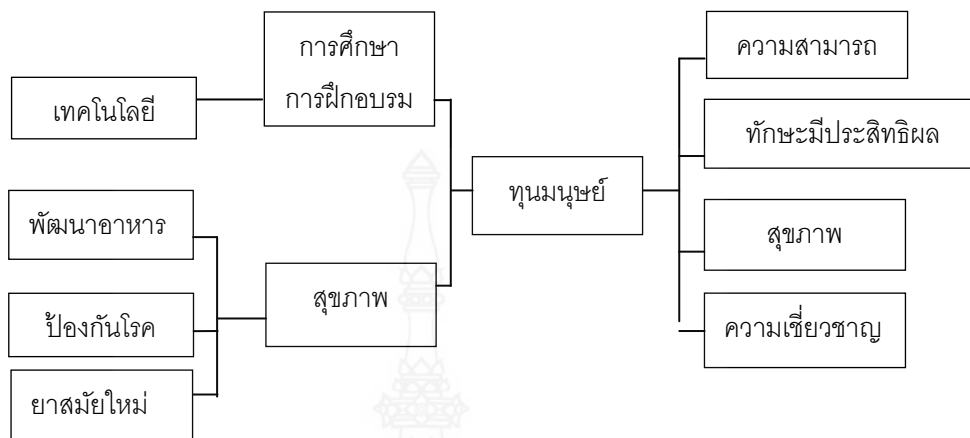
ที่มา: Becker, Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education 3rd Edition, (1994), p. 15

ทุนมนุษย์ มีองค์ประกอบหลักใหญ่ 2 ส่วน คือ 1) การศึกษา การฝึกอบรม; และ 2) สุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อเทคโนโลยีเข้ามา การศึกษาและการฝึกอบรมเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ส่วนสุขภาพนั้น ทุนมนุษย์จำเป็นต้องมีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรงปราศจากโรค มีชั่วโมงการทำงานนานขึ้น ใ้แรงงานได้มากขึ้น อายุที่ยืนยาวขึ้นเพื่อให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น มีรายได้มากขึ้น ทั้งนี้แบ่งเป็น 4 ช่วงเวลา ได้แก่ 1) พัฒนาคุณภาพอาหาร (ปี ค.ศ.1700); 2) สาธารณสุขด้านการป้องกันโรค (ปี ค.ศ. 1800); 3) การใช้ยาสมัยใหม่ (ค.ศ.1935); และ 4) การฉีดวัคซีนป้องกันโรค (Goldin, 2014)

โดยสรุป ทุนมนุษย์ หมายถึง ทักษะที่มีประสิทธิผล ความสามารถ สุขภาพ ความเชี่ยวชาญของผู้ใช้แรงงาน ขณะที่ทุนทางกายภาพ หมายถึง เครื่องจักร โรงงาน เครื่องมือ ประสิทธิภาพโดยแต่ละทุนจะมีการลงทุนที่ให้ประสิทธิภาพแตกต่างกันในส่วนต้นทุนทางตรง ส่วนทุนมนุษย์อาจมีค่าเสียโอกาสและเวลา (Goldin, 2014, p. 22)

คน ถือเป็นส่วนของความสำเร็จขององค์กร ความสำเร็จขององค์กรมาจากคน และความคิดของคนในองค์กรที่สร้างรายได้เปรียบทางการแข่งขัน ทรัพยากรองค์กรจึงไม่ใช่แต่ส่วนที่จับต้องได้ แต่ยังคงมีส่วนที่จับต้องไม่ได้เช่น คน แนวคิดต่างๆ องค์กรจึงมักมีการคัดเลือก อบรมเพื่อพัฒนา และระบบแรงจูงใจ เพื่อสร้างรายได้เปรียบทางการแข่งขัน โดยทรัพยากรไม่สามารถถ่ายโอนไปยังบุคคลอื่นได้ (นิสตาร์ก เวชยานนท์, 2556, น. 5)

ภาพ 2-11 แนวคิดทุนมนุษย์ สัมพันธ์กับสุขภาพ

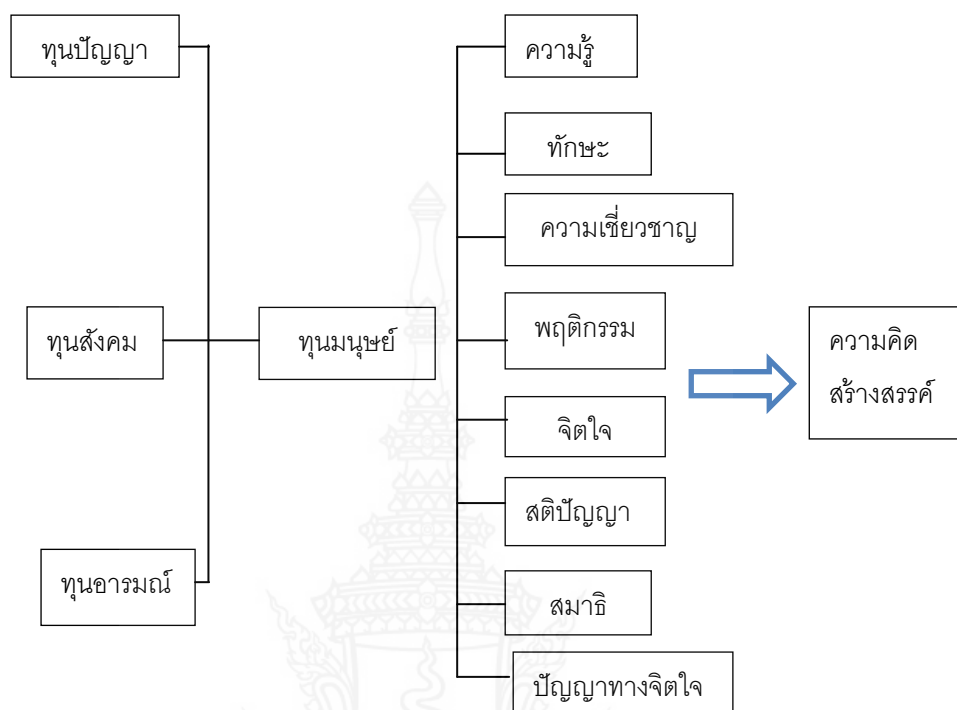


ที่มา : Goldin(2014), p. 22

ทุน จะหมายถึง การสะสมสิ่งที่มีคุณค่าเพื่อผลิตสิ่งที่มีคุณค่า หรือเพื่อสร้างรายได้ ทุนจะเป็น สิ่งที่สร้างมูลค่าไม่สามารถถ่ายโอนให้ผู้อื่นได้ ทรัพยากร หมายถึง สิ่งที่มีจะใช้แล้วหมดไป ขณะที่ทุน ยิ่งใช้มากเท่าใดก็ทำให้เกิดการพัฒนามากขึ้น ทั้งนี้รูปแบบของการพัฒนาสังคมทั้งสังคม เกษตรกรรมและสังคมอุตสาหกรรม เข้าสู่สังคมเศรษฐกิจฐานความรู้ โดยมีความรู้ ทุนมนุษย์เป็น องค์ประกอบทุนมนุษย์ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ทุนปัญญา ทุนสังคม และทุนอารมณ์ โดยทุนมนุษย์ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ พฤติกรรม จิตใจ สติปัญญา สมานธิ ปัญญาทางจิตใจ ที่ ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ (นิสดาร์ก เวชยานนท์, 2556, น. 11)

ทุนมนุษย์ จะต้องสามารถพัฒนาสมรรถนะขององค์การได้ ต้องสร้างมูลค่าให้กับองค์กร นอกเหนือจากกลยุทธ์ทางธุรกิจ เกิดมูลค่าเพิ่มกับองค์กร อยู่ในวิถีคิด พฤติกรรม มีผลต่อความสำเร็จ ล้มเหลวขององค์กรอย่างชัดเจน สอดคล้องกับกลยุทธ์ทางธุรกิจ (Kearns, 2003)

ภาพ 2-12 ทุมนมนุษย์สัมพันธ์กับ ทูนทางอารมณ์



ที่มา : นิสตารักษ์ เวชยานนท์ (2556)

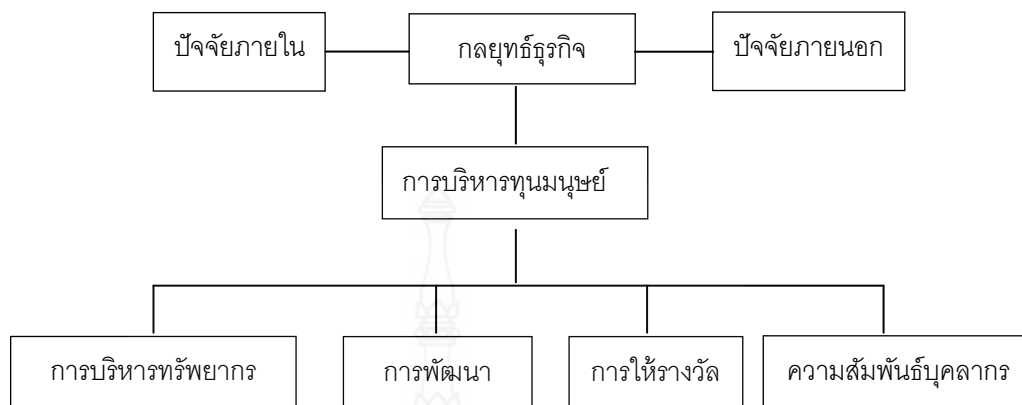
ภาพ 2-13 ทุมนมนุษย์ สัมพันธ์กับ ผลสำเร็จองค์กร



ที่มา : Kearns (2003)

การบริหารทุนมนุษย์ ต้องคำนึงถึงหลัก 3 ประการ คือ ทุนมนุษย์ถือเป็นหลักความได้เปรียบทางการแข่งขัน คนเป็นปัจจัยที่นำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ และมีลักษณะความสัมพันธ์เชิงระบบ (Systematic Approach) ระหว่างเป้าหมายและวิธีการ นอกจากนี้การบริหารทุนมนุษย์ยังมีความเกี่ยวข้องกับระบบ การบริหารทุนมนุษย์ การบริหารทรัพยากร การพัฒนา การให้รางวัล และความสัมพันธ์บุคลากร (Armstrong, 2006) แสดง ดังภาพ 2-14

ภาพ 2-14 แสดง การบริหารทุนมนุษย์



ที่มา : ปรับปรุงจาก Armstrong, M. (2006), A Linear Strategic HRM Model Strategic Human Resource Management, p. 36

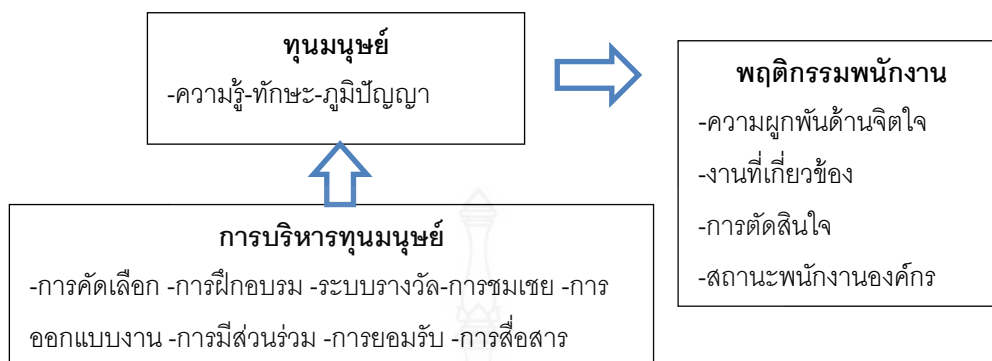
ทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ เพื่อการได้เปรียบด้านการแข่งขัน และอิทธิพลจากแนวคิด 6 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์
2. ทฤษฎีมุมมองด้านระบบ
3. ทฤษฎีตัวแทน
4. ทฤษฎีสฐานทรัพยากร
5. ทฤษฎีการพึ่งพาทรัพยากร
6. ทฤษฎีสถาบัน (Patrick M. Wright, 1992)

ซึ่งเมื่อมีทฤษฎีที่อ้างถึงมากมาย แต่ความสนใจการพัฒนากลับให้ความสนใจที่ปัจจัยภายใน คือ คน มากกว่าปัจจัยภายนอก หรือ ความได้เปรียบทางตำแหน่งทางการตลาด ซึ่งให้ความสนใจกับการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน

ทุนมนุษย์ จากโมเดลการพัฒนาในเชิงกลยุทธ์ (Model of The Basic Strategic HRM Component) โดย P.M. Wright พบความสัมพันธ์กับ 3 ส่วน คือ เหตุที่มา ทุนมนุษย์ ความสัมพันธ์ พฤติกรรมของพนักงาน และข้อปฏิบัติในการบริหารทุนมนุษย์ (P.M. Wright, 2001) โดยการพัฒนาทุนมนุษย์นั้นที่ดีนั้น จะต้องมาจากการผสมผสานองค์ประกอบของทุนมนุษย์อย่างเหมาะสม

ภาพ 2-15 แสดง แบบจำลองพื้นฐานกลยุทธ์ทุนมนุษย์



- ที่มา : 1) ปรับปรุงจาก P.M. Wright, et al, Model of The Basic Strategic HRM Components, Human Resources and The Resource Based View of The Firm, (2001), p. 701
- 2) ปรับปรุงจาก Model of The Basic Strategic HRM Components, Human Resources and The Resource Based View of The Firm, P.M. Wright, et al, 2001, p. 701)

การบริหารทุนมนุษย์ โดย Dave Ulrich อธิบายบทบาท การบริหารงานบุคคล คนในองค์กร ประกอบไปด้วย 4 บทบาท คือ (Ulrich, 1997)

1. การเป็นหุ้นส่วนเชิงกลยุทธ์
2. การเป็นผู้เชี่ยวชาญ
3. การเป็นผู้ครองใจพนักงาน
4. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

การบริหารทุนมนุษย์ด้วยผู้นำที่สร้างการเปลี่ยนแปลง (Transformation Leadership) โดยผู้นำสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ 4 อย่าง คือ (Burns, 1978)

1. ทราบถึงความต้องการ ความสำคัญระดับบุคคล
2. กระตุ้น จุดประกายความคิดให้บุคลากร
3. จูงใจด้วยการสร้างแรงบันดาลใจ
4. สร้างอิทธิพล ในเชิงอุดมการณ์

ทุนมนุษย์ โดยการอธิบายของ Organization for Economic Co-operation and Development หรือ OECD สภาเศรษฐกิจ 30 ประเทศที่กำกับดูแลกิจการเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงวัย อธิบายถึง เศรษฐกิจที่ประสบความสำเร็จอยู่บนพื้นฐานของทุนมนุษย์

ทุนมนุษย์ หมายถึง ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ คุณสมบัติส่วนบุคคล ส่งเสริมให้คน สังคมและ เศรษฐกิจมีสภาพความเป็นอยู่ดีขึ้น (Keeley, 2007, p. 29) โดยการพัฒนาศึกษา ทำให้สามารถ เพิ่มรายได้และมีเศรษฐกิจดีขึ้น คุณภาพทุนมนุษย์ ระดับการศึกษา มาตรฐานสุขภาพเป็นสิ่งเชื่อมโยง กับการเติบโตทางเศรษฐกิจ (Schultz, 1961) การพัฒนาสุขภาพร่างกาย ชุมชนที่เกี่ยวข้อง การได้ ทำงานตามที่คาดหวังไว้ ซึ่ง OECD จะเน้นในเรื่องทุนมนุษย์ ที่มาจากระบบการศึกษาในชั้นเรียน การ วัดสมรรถนะการเรียนรู้ และด้านสุขภาพโดยความเชื่อที่ว่าการศึกษาจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม

การที่โลกเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคโลกไร้พรมแดนเป็นการเปิดโอกาสทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยีที่ เปลี่ยนไป รายได้เกิดขึ้นจากความรู้ การเปลี่ยนแปลงในสังคมผู้สูงอายุสร้างภาระรายจ่ายในระบบ สาธารณะมากขึ้น ขณะที่รายได้ทางเศรษฐกิจลดลง เศรษฐกิจฐานความรู้จะเกิดขึ้นได้จากการลงทุน ในการวิจัย การศึกษา โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีมากขึ้น ความยากจนของประเทศอาจไม่ได้หมายถึง การขาดแคลนเงินทุน แต่เป็นการขาดแคลนทรัพยากรเช่น คุณภาพการศึกษา คุณภาพสุขภาพ ความฉลาดในการติดต่อคบหาผู้คนในสังคม ความเลื่อมล้ำทำให้สังคมไม่มั่นคง

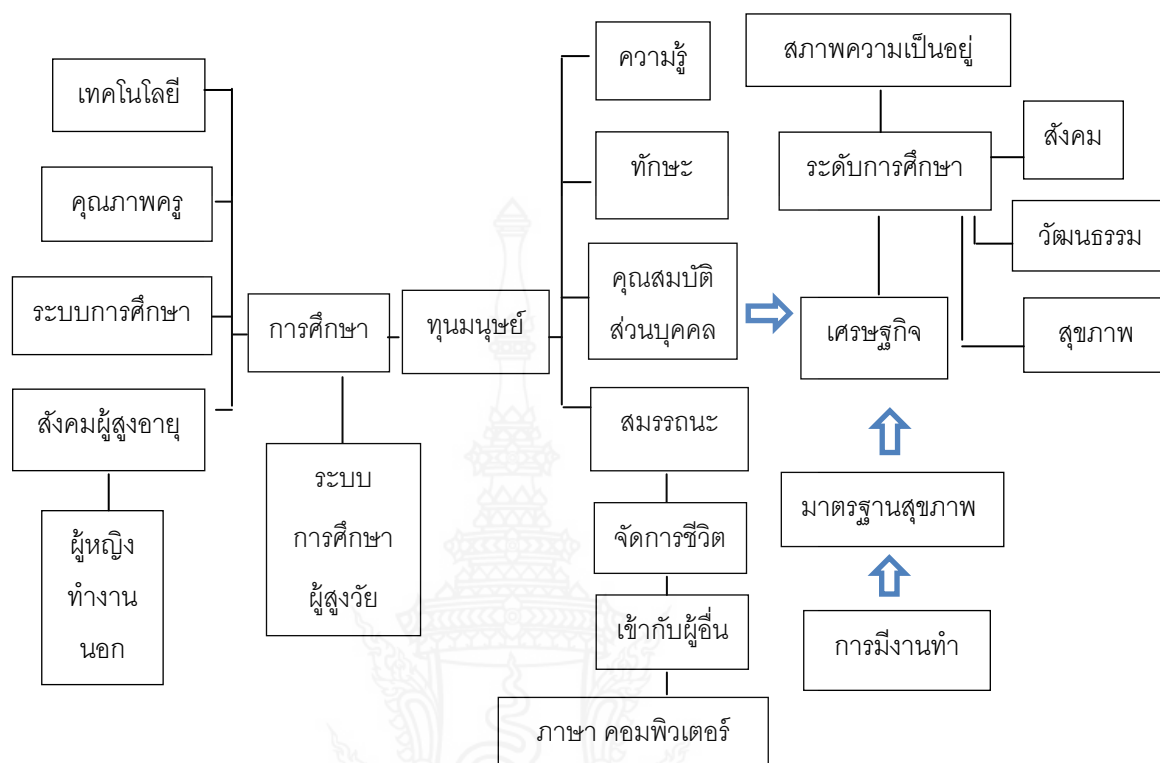
OECD อธิบายถึง ผลของการศึกษาที่มีมากมาย โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม โดยทั้งทำให้เกิดการจ้างงาน สุขภาพที่ดี แสดงในภาพ 2-16

ทุนสังคม (Social Capital) หมายถึง เครือข่าย การเชื่อมโยง การแบ่งปันคุณค่า ความเข้าใจ ในสังคมเพื่อเกิดความเชื่อมั่น ชื่อเสียง สัมพันธภาพในครอบครัว จากกลุ่มที่มีความเข้าใจ บรรทัดฐาน เดียวกัน ทุนสังคมเริ่มเป็นที่รู้จักเมื่อปี ค.ศ. 1916 ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. สายใย หมายถึง ครอบครัว เพื่อน เชื้อชาติเดียวกัน
2. ทางเชื่อม หมายถึง มีความเข้าใจตรงกัน
3. เชื่อมต่อหมายถึง การทำให้คนที่ต่างฐานะมาอยู่ในสถานะเดียวกัน

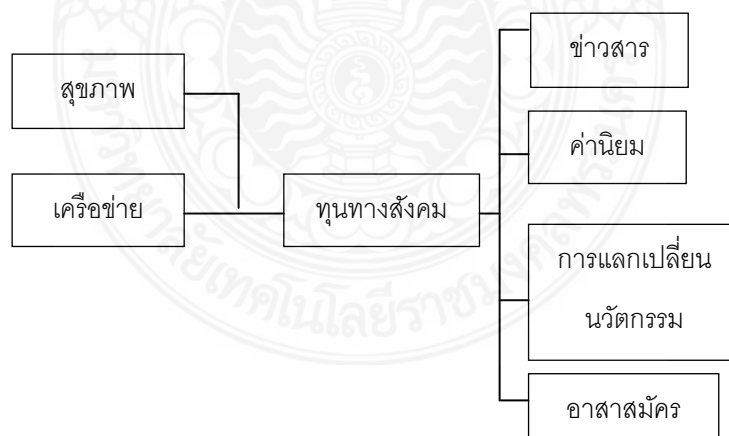
โดยทั้งทุนมนุษย์ และทุนสังคมจะสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยเมื่อทุนทางสังคมลดลงจะมีผล ต่อทุนมนุษย์ลดลงด้วยการสกัดทุนมนุษย์อาจทำได้ด้วยการวัดตามความรู้ ทักษะ ส่วนการวัดทุนทาง สังคม อาจทำได้ด้วยการวัดด้วย ความน่าเชื่อถือ (Trust) แสดงในภาพ 2-16 และภาพ 2-17

ภาพ 2-16 ทุมนมนุษย์ ความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ มุมมอง OECD



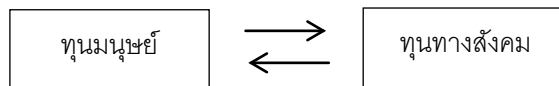
ที่มา : Keeley, (2007)

ภาพ 2-17 ทุมนมนุษย์ กับทุนทางสังคม



ที่มา : Keeley. (2007)

ภาพ 2-18 ทุมนมนุษย์ กับความสัมพันธ์ทุนทางสังคม



ที่มา : Keeley (2007)

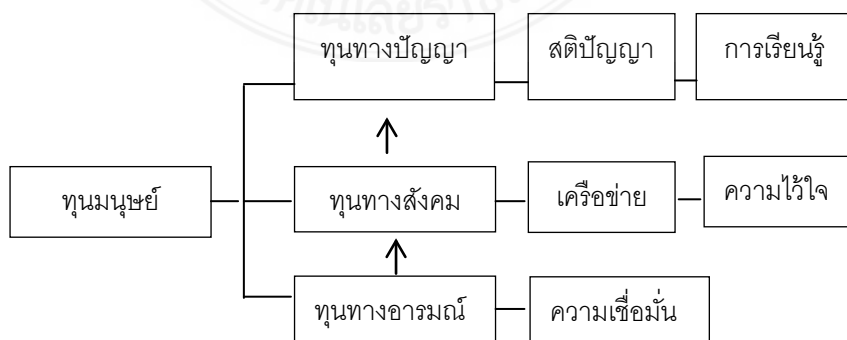
ทุนมนุษย์ ประกอบด้วยส่วนประกอบ 3 ส่วน คือทุนปัญญา ทุนสังคมและทุนอารมณ์ (Gratton & Ghoshal, 2003, p.1)

1. ทุนทางปัญญา (Intellectual Capital) หมายถึง ลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล สติปัญญา การเรียนรู้ ซึ่งมีอยู่ควบคู่กับความรู้ภายในตัวตน และความรู้ภายนอก กับทักษะที่สะสมจากประสบการณ์มาตลอดชีวิต

2. ทุนทางสังคม (Social Capital) หมายถึง เครือข่าย ความสัมพันธ์ ก่อให้เกิด การเข้าถึงทรัพยากรที่สมาชิกเครือข่ายที่เป็นเจ้าของ และสามารถเข้าถึงได้ เป็นความสัมพันธ์ที่มีการเคลื่อนไหว ทั้งการให้ การรับจากผู้อื่น สามารถพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาบุคคลโดยการเข้าถึงความรู้ ทักษะ ทุนทางสังคมจะช่วยสร้างโอกาส เช่น ความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ

3. ทุนทางอารมณ์ (Emotion Capital) หมายถึง ความเชื่อมั่นทางอารมณ์ ที่มีพื้นฐานมาจากความรู้สึถึง คุณค่า ความมีศักดิ์ศรี (Integrity) ความกล้าหาญ ความยืดหยุ่น (Resilience) ซึ่งจะต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ ทุนทางอารมณ์จะนำไปสู่ความ เชื่อถือ การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) การสร้างความสัมพันธ์ที่เปิดเผย จริงใจ จะช่วย สร้างความสัมพันธ์อีกด้าน คือ ทุนทางสังคม

ภาพ 2-19 องค์ประกอบทุนมนุษย์



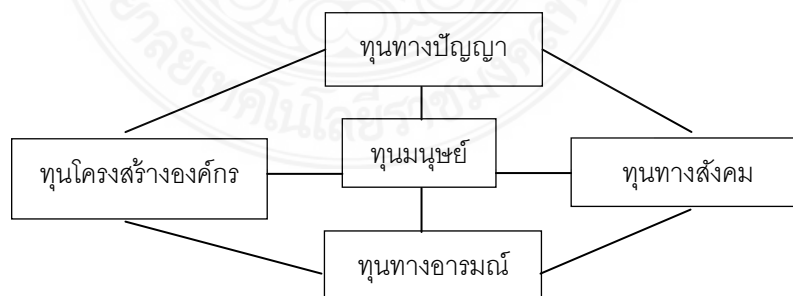
ที่มา : Gratton & Ghoshal,(2003), p. 1

ทุนมนุษย์ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานขององค์กรมีทั้งในรูปแบบ ทุนทางปัญญา ทุนทางสังคม และ ทุนทางโครงสร้างองค์กร การได้เปรียบทางการแข่งขันมีการวิเคราะห์องค์กรในรูปแบบ การวัดความสามารถองค์กรโดยใช้ฐานทรัพยากร หรือ Resource-Based View หรือ RBV (P.M. Wright, 2001) โดยใช้สิ่งที่ไม่สามารถลอกเลียนแบบได้ จึงใช้การวัดที่ทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากการบุคลากรองค์กรมีลักษณะเฉพาะ และนโยบายที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่สามารถลอกเลียนจากคู่แข่งได้ ต่อมา จึงมีการวัดความสามารถองค์กรโดยใช้ฐานความรู้ The Knowledge-Based View (Grant, 1996, p. 108) โดยมีการเน้นด้าน ความรู้ การเรียนรู้ การที่พนักงานมีความรู้ การเผยแพร่ความรู้ เพื่อการแข่งขัน

ทุนมนุษย์ ประกอบด้วย ความสามารถ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในอดีตจะเกี่ยวข้องกับความรู้ในงานที่ทำ แต่ทุนมนุษย์จะไม่สามารถเลียนแบบด้ว้ความรู้ การเรียนรู้ การสร้างสรรค์นวัตกรรม สมรรถนะ และความสามารถตามบริบทสิ่งแวดล้อมและสภาพการแข่งขัน (Stiles & Kulvisaechana, 2012, p. 5)

ทุนทางปัญญา มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับทุนมนุษย์อย่างแยกไม่ได้ ทุนมนุษย์มีส่วนประกอบของทุนทางสังคม ทุนโครงสร้างองค์กร ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทุนทางปัญญา โดยทุนทางปัญญา เป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับทุนโครงสร้างองค์กร และทุนมนุษย์ ทุนทางปัญญา หมายถึง ความรู้ ความรอบรู้ในความสามารถของสังคมแห่งนั้น เช่น ความสามารถองค์กร ชุมชน ความเป็นมืออาชีพ ทุนทางปัญญาอาจเป็นส่วนหนึ่งของทุนมนุษย์ นอกเหนือจากทุนทางสังคม ทุนทางอารมณ์ ซึ่งทุนทางปัญญาฝังลึกอยู่ในคนและระบบ Stiles et al. (2012)

ภาพ 2-20 แสดงความสัมพันธ์ทุนมนุษย์



ที่มา : Stiles & Kulvisaechana, (2012), p. 5

ทุนทางสังคม หมายถึง เครือข่าย ความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีค่า ทุนสังคมจะสนับสนุนทุนทางปัญญา โดยทุนทางสังคม มี 3 องค์ประกอบ 1) มิติด้านโครงสร้าง (เครือข่าย โครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม); 2) มิติด้านองค์ความรู้ (ความรู้ขององค์กร ภาษา การบรรยายความ); และ 3) มิติด้านความสัมพันธ์ (ความเชื่อใจ บรรทัดฐาน ข้อควรปฏิบัติ ข้อเฉพาะ)

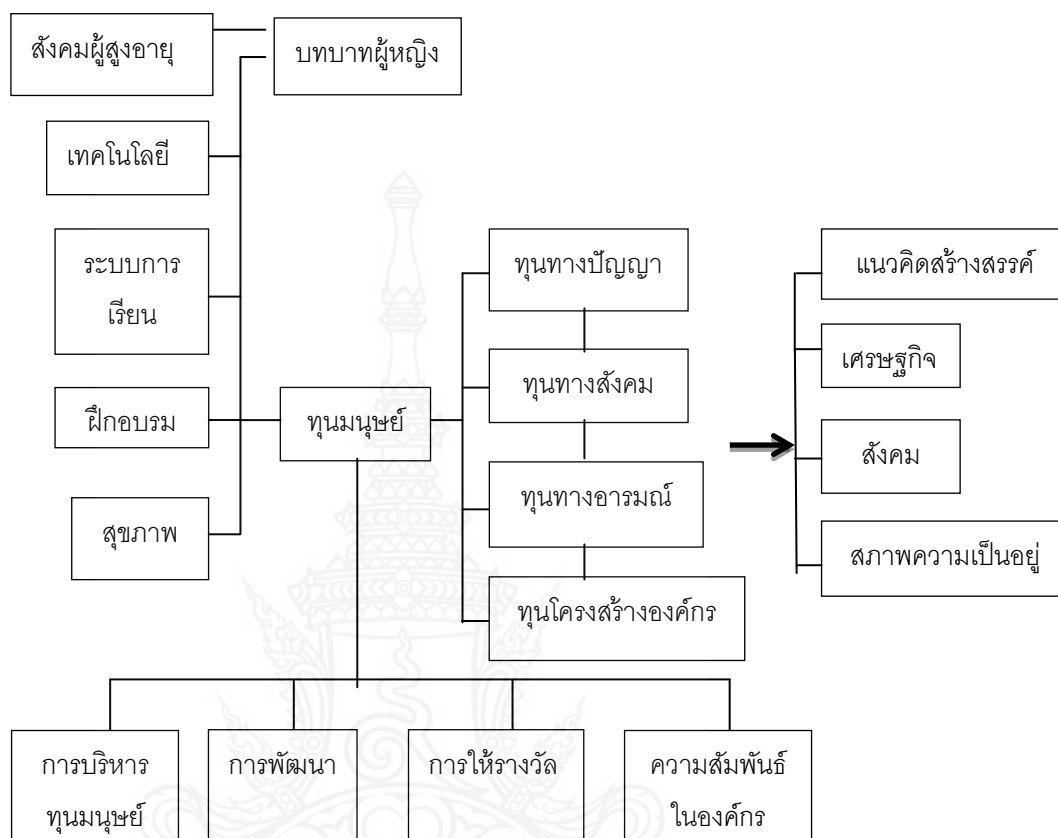
ทุนโครงสร้างองค์กร หมายถึง ทุนที่สามารถสร้างคุณค่าต่อลูกค้า ข้อได้เปรียบทางการแข่งขันที่ยั่งยืน รวมถึง โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน กระบวนการ ขั้นตอนการออกแบบ การปฏิบัติงาน โครงสร้างด้านข้อมูล การสื่อสาร ทรัพยากรและการใช้ กระบวนการตัดสินใจ การถ่ายเทข้อมูล ระบบการให้รางวัล การควบคุมการวัดการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร ภาวะผู้นำ

ความรู้ เป็นการเชื่อมโยงระหว่าง ทุนมนุษย์ ทุนทางสังคมและทุนโครงสร้างองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่ทุนทางปัญญา ความรู้มีทั้งมาจากภายใน (Tacit Knowledge) ไม่สามารถถ่ายทอดได้ และความรู้ภายนอก (Explicit Knowledge)

ทุนมนุษย์ และการปฏิบัติ จะใช้ทฤษฎี 2 ส่วน คือ 1) การวัดจากฐานทรัพยากร (Resource-Based View: RBV); และ 2) ทฤษฎีการคาดหวังด้านแรงจูงใจ (Expected Theory of Motivation) มี 3 ส่วน คือ 2.1) การให้รางวัล เครื่องมือ ความเชื่อว่าจะได้รางวัล; 2.2) การคาดหวัง; และ 2.3) ความเชื่อว่าคุณทำได้ โดยผ่านการฝึกอบรม Stiles et al. (2012)

ทุนมนุษย์ตามแนวคิดทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษานำแนวคิดมาพัฒนาได้ดังภาพ 2-21

ภาพ 2-21 ทุมนมนุษย์ กับความเกี่ยวข้องกับทุนด้านอื่น



ที่มา : ประยุกต์จาก Stiles et al. (2012)

เมื่อนำความสัมพันธ์ด้านทุนมนุษย์ตามที่นักเศรษฐศาสตร์ต่างๆ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบ จะสามารถแสดงตารางความสัมพันธ์ องค์ประกอบทุนมนุษย์ และทุนที่เกี่ยวข้องด้านอื่นๆ โดยมีรายละเอียดตัวแปรตามทฤษฎี แนวคิดแสดงด้วย H1 – H 32 ดังนี้

1. ครอบครัว
2. การศึกษา การฝึกอบรมพัฒนา การเรียนรู้ เผยแพร่ความรู้
3. ความรู้
4. ทักษะ
5. การมองคุณค่า
6. การสื่อสาร ข่าวสาร
7. ความคิด

8. สุขภาพ
9. ประสิทธิภาพ
10. เทคโนโลยี
11. ความสามารถ
12. ความเชี่ยวชาญ
13. พฤติกรรม
14. จิตใจ สมาน
15. ปัญญา ภูมิปัญญา
16. สร้างสรรค์ นวัตกรรม
17. การบริหารทุนมนุษย์
18. การบริหารทรัพยากร
19. การให้รางวัล
20. ความสัมพันธ์ มนุษย์สัมพันธ์ การครองใจ
21. การคัดเลือก
22. การชมเชย
23. การออกแบบงาน โครงสร้างองค์กร
24. การมีส่วนร่วม
25. การยอมรับ การเชื่อถือ
26. สถานะภาพ
27. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง
28. การจูงใจ สร้างแรงบันดาลใจ การคาดหวัง
29. สมรรถนะ
30. เครือข่าย
31. ค่านิยม อุดมการณ์
32. สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม การแข่งขัน (ปัจจัยภายนอก)

ตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด ตามลำดับคะแนนดังตาราง 2-5 ตัวแปรทุนมนุษย์ คือ

1. การเรียนรู้ (การฝึกอบรม การพัฒนา การเผยแพร่ความรู้) (8)
2. ความรู้ (6)

3. ทักษะ (5)

4. ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ปัญญา ภูมิปัญญา สุขภาพ(4)

5. ความคิดการสื่อสาร ข่าวสาร มนุษย์สัมพันธ์ การครองใจการมีส่วนร่วม
รางวัล สถานภาพ ค่านิยม ความเชื่อมั่น (3)

จะเห็นว่าตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด เมื่อจัดเป็นกลุ่ม คือ

1. ทักษะการเรียนรู้ (อัจฉริยะ- การเรียนรู้)

2. ความรู้ (อัจฉริยะ- ความรู้)

3. ทักษะ ความคิด (ภูมิปัญญา- ความสามารถ)

4. ความเชี่ยวชาญ มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสาร (ภูมิปัญญา- คุณลักษณะ)

การวิเคราะห์แสดงเปรียบเทียบตัวแปร ดังตาราง 2-6



ตาราง 2 – 6 ตัวแปรทุนมนุษย์

| นักเศรษฐศาสตร์ | ทฤษฎี | H 1 | H 2 | H 3 | H 4 | H 5 | H 6 | H 7 | H 8 | H 9 | H 10 | H 11 | H 12 | H 13 | H 14 | H 15 | H 16 | H 17 | H 18 | H 19 | H 20 | H 21 | H 22 | H 23 | H 24 | H 25 | H 26 | H 27 | H 28 | H 29 | H 30 | H 31 | H 32 | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---|--|--|
| Becker | ทุนมนุษย์ | • | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Goldin | ทุนมนุษย์ | | • | | | | | | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| นิตดาร์ก | ปัญญา สังคม อารมณ์ | | | • | • | | | | | | | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kearns | ทุนมนุษย์ | | | | | | | • | | | | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Armstrong | บริหาร | | • | | | | | | | | | | | | | | | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.M. Wright | กลยุทธ์ | | • | • | • | | • | | | | | | • | • | • | | | | | • | | • | • | • | • | • | • | • | | | | | | | | |
| Ulrich | บริหาร | | | | | | | | | | | • | | | | | | | | | • | | | • | | | • | | | | | | | | | |
| Burns | นำ เปลี่ยน แปลง | | | | | | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | • | | • | | | | • | | | | |
| OECD | ทุนมนุษย์ | | • | • | • | | | | • | | • | | | | | | | | | | • | | | | | • | | | • | | | | | • | | |
| Keeley | ทุนสังคม | | | | | | • | | • | | | | | | | • | | | | | | | | • | | | | | | • | • | | • | | | |
| Gratton | ปัญญา สังคม อารมณ์ | | • | | | | | | | | | | | | • | | | | | | | | | | | • | | | | • | • | | | | | |
| Grant | ความรู้ | | • | • | | | | | | | | | | | | | | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stiles&Kulvis aechana | ทุนมนุษย์ | | • | • | • | | | | | | • | • | | | • | • | • | | • | | | | • | | • | | | • | • | | | | | • | | |
| | ผลรวม | 1 | 8 | 6 | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | | |

2.4 แนวคิด การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์

ในมุมมองของการบริหารจัดการ และศาสตร์การกำเนิดการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ตลอดจนมีการพัฒนาสู่รูปแบบความสัมพันธ์ในการจ้างงาน และการพัฒนาสู่การบริหารงานบุคคล (Personnel Management) อุตสาหกรรมสัมพันธ์ (Industrial Relationship) และการพัฒนาสู่รูปแบบการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) ซึ่งเมื่อในเชิงกลยุทธ์ตามแนวทางธุรกิจมีรูปแบบของต้นทุนกำไรเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยแล้ว ทุนมนุษย์ได้พัฒนาสู่การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Human Resource Management) โดยมีการจัดกลุ่มแบบดั้งเดิมที่เรียกว่าการบริหารงานบุคคล (Personnel Management) และแบบสมัยใหม่ คือการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) ในที่นี้การจัดกลุ่มแบ่งเป็น การบริหารทรัพยากรมนุษย์ แบบแข็ง (Hard) และแบบอ่อน (Soft) (Analoui, 1999)

การบริหารทรัพยากรมนุษย์แบบแข็ง (Hard) หมายถึง การบริหารแบบเข้มงวดในส่วนที่พนักงานต้องปฏิบัติตาม โดยถือเอาประโยชน์จากแรงงานที่จ้างงานเป็นหลักจำนวนผลผลิต คำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นหลักโดยจะทำการคัดเลือกพนักงาน ตั้งกฎเกณฑ์ ระบบรางวัล ซึ่งจะถือเป็นหัวใจสำคัญในการบริหาร หรือ เรียกว่าระบบ Utilitarian Instrumentalism ซึ่งจะถือว่าการบริหารทรัพยากรมนุษย์เป็นเสมือนการบริหารโดยยึดหลักฐานทรัพยากรองค์กร เป็นการบริหารทรัพยากรมนุษย์ HRM (Human Resource Management), (legge, 1995) ซึ่งผู้บริหารแรงงานดังกล่าวจะต้องบริหารดังกล่าวจะเปรียบเสมือนการบริหารเชิงรุก หรือ การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) ซึ่งจะประกอบไปด้วย การคัดสรรพนักงาน การพัฒนาพนักงานเพื่อเป้าหมายขององค์กร และสังคม สร้างแรงจูงใจไปพร้อมๆ กับการประเมิน ซึ่งจะทำในลักษณะเชิงบังคับ

ส่วนการบริหารทรัพยากรมนุษย์แบบอ่อน (Soft) หมายถึง การบริหารแบบยืดหยุ่น คำนึงถึงสวัสดิการลูกจ้าง สัมพันธภาพ บนพื้นฐานของการต่อรอง สิ่งแวดล้อม สิทธิลูกจ้าง ความพอใจของพนักงาน โดยถือว่าเมื่อพนักงานเกิดความพอใจแล้ว ก็ได้รับและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดการเห็นคุณค่าพนักงาน การเชื่อใจ เน้นการบริหารเชิงความสัมพันธ์ HR (Human Relation) กลยุทธ์บริหารระยะยาวในเชิงการพัฒนาหรือ เรียกว่า Developmental Humanism หรือ การบริหาร (Administration)

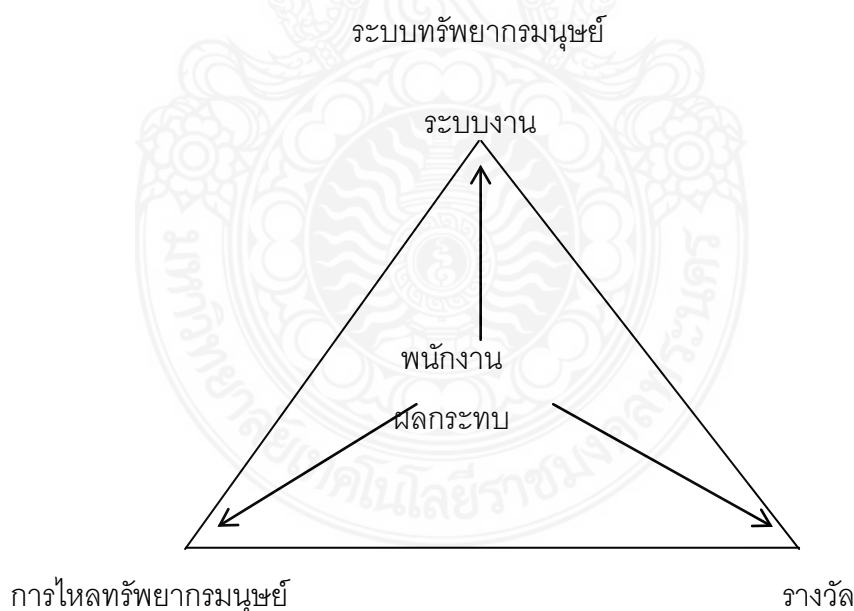
การจัดทำรูปแบบจากแนวคิดตัวแบบในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management Model) ทั้งนี้โดยถือว่า ทรัพยากรมนุษย์นำมาซึ่งความได้เปรียบทางการแข่งขัน

แนวคิดการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบ่งเป็น 4 แบบคือ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ ตามตัวแบบกลุ่มนักคิดในสหรัฐอเมริกา (America Model) และ ตัวแบบกลุ่มนักคิดในสหราชอาณาจักร (British Model), (Analoui, 2007) ซึ่งต่อมาได้มีการคิดพัฒนาตัวแบบปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมที่สุด ดังนี้

2.4.1 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์กลุ่มนักคิดในสหรัฐอเมริกาก็ยังมีการแบ่งการจัดการทรัพยากรมนุษย์เป็น 2 แบบ คือ ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบฮาร์วาร์ด และตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบมิชิแกน

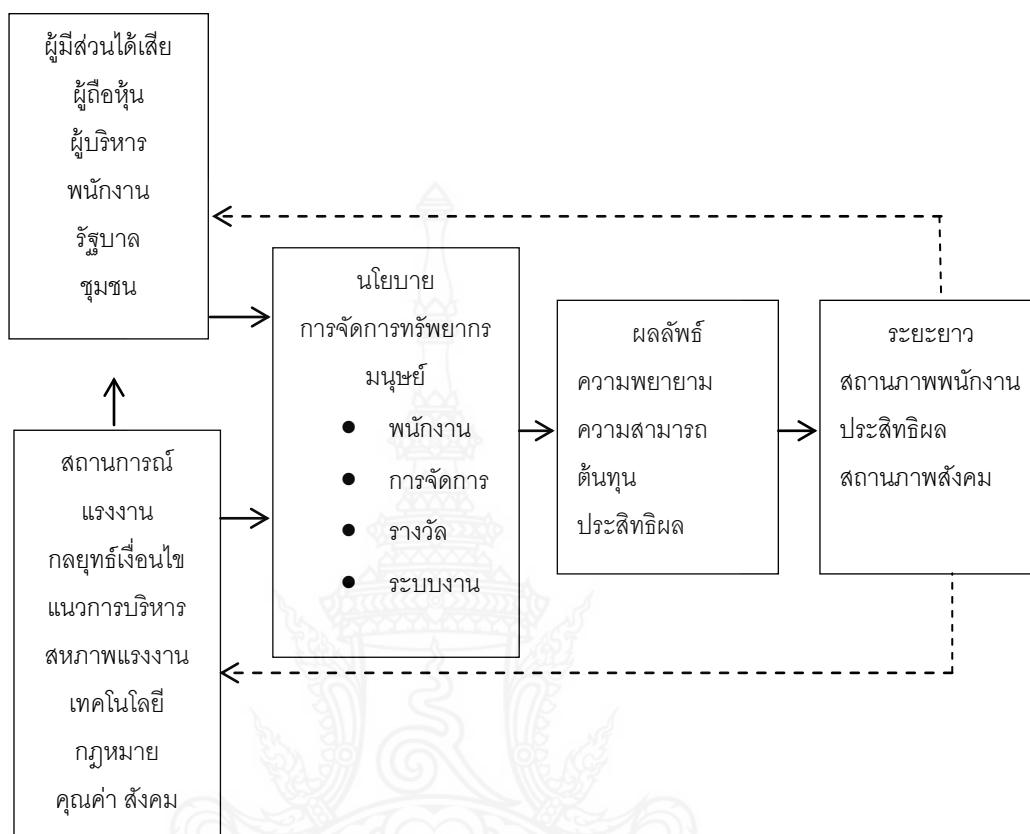
2.4.1.1 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบฮาร์วาร์ด (Harvard Model of HRM) หรือ ตัวแบบมนุษยนิยมเชิงพัฒนาการ (Development Humanism) พัฒนามาจากแนวคิดมนุษยสัมพันธ์พัฒนาโดยBeer, Spector, Lawrence, Quin Mills และ Watson (1984) กล่าวถึงการแก้ปัญหาในการจัดการทรัพยากรมนุษย์อยู่บนพื้นฐานการจัดการของผู้บริหาร โดยมีตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบฮาร์วาร์ด ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารทุนมนุษย์แบบอ่อน

ภาพ 2-22 ระบบทรัพยากรมนุษย์ ตามรูปแบบฮาร์วาร์ด



ที่มา : ประยุกต์จาก Beer et al., (1984)

ภาพ 2-23 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบฮาร์วาร์ด



ที่มา : ประยุกต์จาก Beer et al. as cited in Armstrong, (2009)

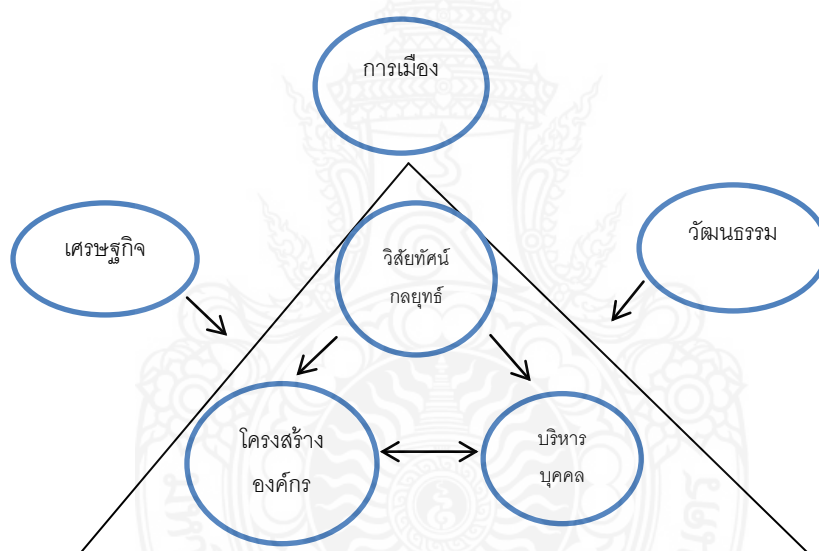
ซึ่งกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้เสียกับองค์กรคือ ผู้ที่เกี่ยวข้องในเชิงผลประโยชน์และผู้ที่อยู่โดยรอบองค์กร ส่วนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องจะเป็นปัจจัยผลักดันนโยบายขององค์กร

รูปแบบการบริหารแบบฮาร์วาร์ดนี้ จะอาศัยการคัดเลือกพนักงาน ระบบรางวัลจะเป็นการดึงดูดพนักงานมากกว่าการให้ที่มาจากประเมิน ข้อดีของระบบนี้คือ ข้อตกลงของพนักงานที่จะทำงานให้ดีขึ้น (Beardwell, Holden and Clayton, 2004) การคัดเลือกพนักงานทำตามความสามารถ ตามความเหมาะสม ความยืดหยุ่น การจัดคนให้เหมาะกับงานจะทำให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด

2.4.1.2 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบมิชิแกน (Michigan Model of HRM) หรือการจัดการนิยม (Managerialism) หรือตัวแบบที่ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์นิยม หรืออรรถประโยชน์นิยม (Utilitarian-Instrumentalism) โดยจะมุ่งการพัฒนาการจัดการทรัพยากรมนุษย์

ให้องค์กรมีผลตอบแทนที่ดีขึ้น (Fombrun, Tichy and Devanna, 1984)เป็นการบริหารทรัพยากรมนุษย์แบบแข็ง ซึ่งจะพิจารณาผลประโยชน์ที่องค์กรได้รับอย่างสูงสุด และความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำไป ตาม รูปแบบโมเดลนี้การคัดเลือกพนักงาน การประเมิน การพัฒนา การให้รางวัลจะขึ้นตามผลประกอบการขององค์กร ความสนใจในรูปแบบการบริหารนี้จะให้ความสนใจกับผู้ถือหุ้น กลยุทธ์องค์กร นโยบายการบริหารงานบุคคลภายใน และกลยุทธ์องค์กรภายนอก โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการเข้าตลาดและการเติบโตขององค์กร การลดต้นทุนต่ำสุดกับพนักงานในองค์กร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และสนใจในอนาคตธุรกิจมากกว่าในเรื่องบุคคลขององค์กร ในบางครั้งรูปแบบโมเดลนี้ อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาได้รูปแบบโมเดลแบบมิชิแกน แสดงดังภาพ 2-21 และ 2-22

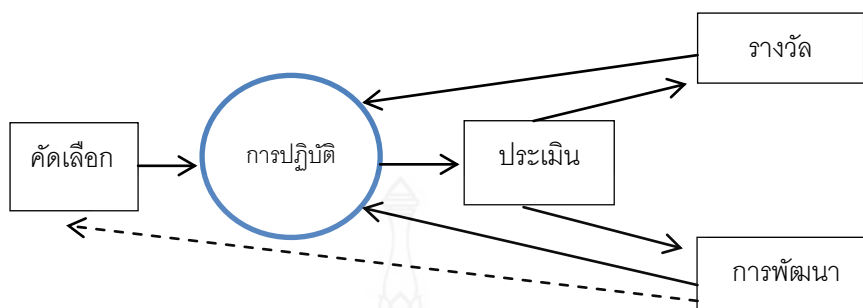
ภาพ 2-24 การบริหารเชิงกลยุทธ์ และอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม



ที่มา : ประยุกต์จาก Fombrun, Tichy and Devanna, (1984)

เมื่อทำการเปรียบเทียบการบริหารทรัพยากรมนุษย์ทั้ง 2 แบบ และนำมาเปรียบเทียบดังตารางแสดงความแตกต่างในภาพ 2-25 แสดงข้อแตกต่างปัจจัยการบริหารซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันการเปรียบเทียบระหว่างการบริหารความสัมพันธ์มนุษย์และการบริหารทรัพยากรมนุษย์

ภาพ 2-25 ตัวแบบโมเดลมิชชีแกน และวัฏจักรทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Cycle)



ที่มา : ประยุกต์จาก Fombrun, Tichy and Devanna, (1984)

ตาราง 2-7 เปรียบเทียบระหว่างการบริหารความสัมพันธ์ และการบริหารทรัพยากรมนุษย์

| การบริหารความสัมพันธ์ทรัพยากรมนุษย์ | การบริหารทรัพยากรมนุษย์ |
|---|---|
| การบริหารจัดการ (Administrative) | การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic) |
| การบริหารเชิงโต้ตอบ (Reactive) | การบริหารเชิงรุก (Proactive) |
| ละเลยสภาพตลาด (Ignorance Market) | ปรับเปลี่ยนตามสภาพตลาด (Change) |
| แยกส่วนบุคลากรจากผลประกอบการ (Separate) | บุคลากรเสมือนผลรวมผลประกอบการ (Integrate) |
| ข้อตกลงตามฉันทามติ (Consensus) | ข้อตกลงตามเป้าหมายองค์กร (Commitment) |
| ประสิทธิภาพ (Efficiency) | ประสิทธิผล (Effectiveness) |
| ส่วนผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) | |

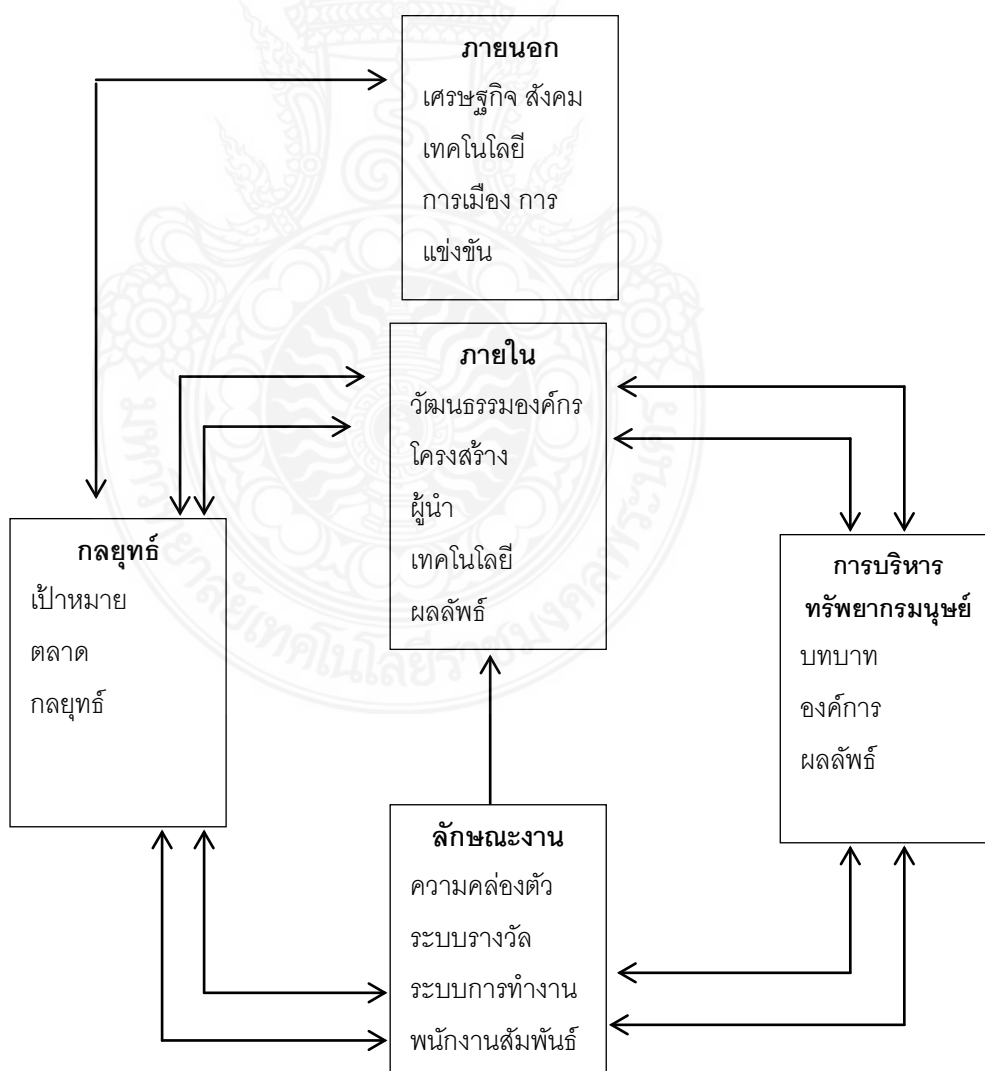
ที่มา : ปรับปรุงจาก Storey, Introduction:from Personnel Management to Human Resource Management, (1992)

2.4.2 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์กลุ่มนักคิดในสหราชอาณาจักร (British Model)

มีการจัดการทรัพยากรมนุษย์ แบบวารวิค (Warwick Model of HRM) (Henry & Pettigrew, 1990) ให้ความสำคัญของการจัดการทรัพยากรมนุษย์โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบจากปัญหา รูปแบบของสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะให้ความสำคัญกับลักษณะการจัดการทรัพยากรมนุษย์ไปในทิศทาง เดียวกันกับกลยุทธ์องค์กร หรือเป็นการบูรณาการกับสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ กลยุทธ์ธุรกิจ

ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในรูปแบบนี้ ได้รวมเอา 2 รูปแบบของการจัดการทั้งแบบ Soft และแบบ Hard เข้าด้วยกัน โดยด้านการบริหารแบบ Soft จะให้ความสำคัญกับคนมากกว่าการจัดการ โดยความเชื่อว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความไว้นื้อเชื่อใจให้คนแสดงศักยภาพของตนออกมา จึงเป็นแนวทางที่จะสร้างความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วม ส่วนการให้ความสำคัญด้านการบริหารแบบ Hard คือ การให้ความสำคัญด้านการจัดการคนไปในทิศทางเดียวกันกับกลยุทธ์องค์กรและเกิดประโยชน์สูงสุด มีการบูรณาการ มีการใช้พนักงานเสมือนเครื่องมือกลยุทธ์องค์กร ผ่านทางการคัดเลือกพนักงานที่เหมาะสม ปฏิบัติตามวัตถุประสงค์องค์กร ประเมินผล ตรวจสอบ การให้ข้อมูลต่อพนักงาน การให้รางวัล การพัฒนาทักษะ ความรู้เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์องค์กร

ภาพ 2-26 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบวารวิค



ที่มา : ประยุกต์จาก Henry & Pettigrew (1990, p. 17-43)

2.4.3 ตัวแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์เชิงเปรียบเทียบแบบเกสต์ (Guest Comparative Model)

เป็นการรวมการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (HRM) ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อบุคคลในองค์กรและการดำเนินงานขององค์กรสูงสุด เป็นตัวแบบที่สนับสนุนกลยุทธ์ความแตกต่างของการบริหารทั้งแบบ Soft และ Hard ทางด้าน นวัตกรรม คุณภาพคน การลดต้นทุน การฝึกอบรม การประเมิน การคัดคน ระบบรางวัล การออกแบบงาน การมีส่วนร่วม ความมั่นคงอันจะนำสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่คุณภาพ ข้อตกลง และความยืดหยุ่นส่งผลให้ประสิทธิผลมากขึ้น มีนวัตกรรม การขาดงานน้อยลง การลาออกพนักงานลดลง ข้อขัดแย้ง ข้อโต้เถียง การไม่พอใจพนักงานลดลง (Guest, 1987)

การจัดทำตัวแบบเกสต์ก่อให้เกิดการนวัตกรรมในระยะยาวเกิดขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของพนักงานการพัฒนาทักษะ ไปตามกลยุทธ์องค์กร ทำให้องค์กรมีคุณภาพมากขึ้น ยึดหลักความประหยัดคุ้มค่า เหมาะสมตามอัตราภาพ ต้นทุนที่ลดลงของกิจการมาจากการเติบโตของคนในองค์กร นำสู่ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์เฉพาะ ประสิทธิภาพ แต่ตัวแบบเกสต์นี้มีข้อถกเถียงทางด้านความสมดุลของนโยบายการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (HRM) ตามเป้าหมายองค์กรในแนวตั้ง (Vertical Integration) ซึ่งบางครั้งอาจนำสู่ข้อขัดแย้งได้ (Schuler, 2000)

ตาราง 2-8 ตัวแบบแบบเกสต์ (ผลตอบแทนทางการเงินกำไรและผลตอบแทนเงินลงทุน)

| นโยบาย | ผลลัพธ์ทรัพยากรมนุษย์ | ผลลัพธ์องค์กร |
|--|---|---|
| การออกแบบงานและองค์กรนำสู่การปฏิบัติ นำสู่องค์กรการเปลี่ยนแปลง | การวางแผนเชิงกลยุทธ์/การนำสู่การปฏิบัติ | ผลผลิตการทำงานสูง สามารถการแก้ปัญหาได้สูง |
| การรับสมัคร การคัดเลือกคนการมีปฏิสัมพันธ์ | ข้อตกลง | ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง |
| การประเมิน การฝึกอบรม การพัฒนา | ยืดหยุ่น การปรับตัวได้ | การลาออกพนักงานต่ำ |
| การหมุนเวียนของพนักงาน | | การขาดงานต่ำ |
| ระบบรางวัล | คุณภาพ | ระดับความไม่พอใจต่ำ |
| ชุมชนสัมพันธ์ | | มีประสิทธิผลสูง ใช้ทรัพยากรมนุษย์อย่างเต็มที่ |

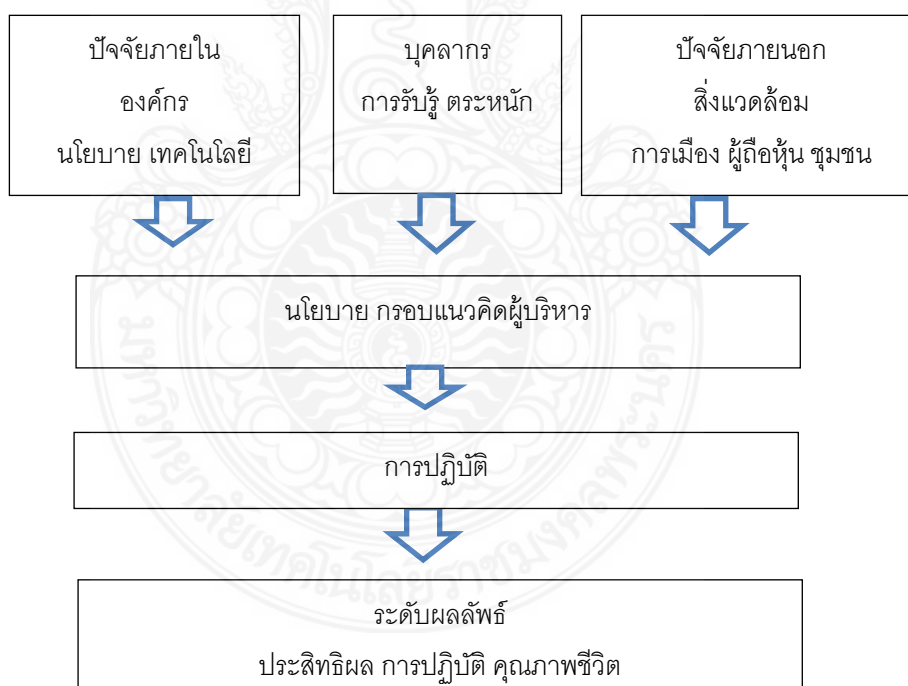
ที่มา : (Guest, Human resource management and performance: a review and research agenda, 1997)

2.4.4 ตัวแบบโมเดลชอยท์ (Choice Model) เป็นการรวมตัวของโมเดลองค์ประกอบรวมการบริหารทรัพยากรมนุษย์ โดยการเน้นที่ 3 รูปแบบ คือ องค์กร บุคลากร และสิ่งแวดล้อมภายนอก รูปแบบแสดงดังภาพ 2-27

องค์กร หมายถึง วิสัยทัศน์ กลยุทธ์ นโยบาย ขั้นตอน วัฒนธรรม เทคโนโลยี
 บุคลากร หมายถึง ความสนใจส่วนบุคคล การรับรู้ การตระหนัก ความเชื่อ
 สิ่งแวดล้อมภายนอก หมายถึง สิ่งแวดล้อม สังคมเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ผู้ถือหุ้น
 สมาคม องค์กรและบทบาทองค์กรอื่นๆ

การบริหารแบบชอยท์โมเดลนี้ จะมีระดับความสูง ต่ำตามสายการบังคับบัญชา ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินงานในระดับผลลัพธ์ส่วนบุคคล องค์กรและสังคม การพัฒนาจะเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพและคุณภาพต่องานและชีวิต (Dessler, 2003)

ภาพ 2-27 ตัวแบบโมเดลชอยท์



ที่มา : (ประยูรศักดิ์จาก Analoui, 2002, p. 30)

2.4.5 ตัวแปรการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ โดยเมื่อนำแนวคิดการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ มาวิเคราะห์หาตัวแปรดังตาราง พบว่าตัวแปรที่มีมากที่สุดในการบริหารเชิงกลยุทธ์ ได้แก่

2.4.5.1 การบริหารทุนมนุษย์ การประเมินรางวัล ระบบงาน โครงสร้างองค์กร บัณฑิต ภายนอก

2.4.5.2 เทคโนโลยี

2.4.5.3 ประสิทธิภาพ การบริหารทรัพยากร ต้นทุน การปฏิบัติ มนุษย์สัมพันธ์ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ดังจะเห็นได้ว่า การบริหารทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ จะเน้นหนักไปทางด้านระบบงาน การเห็นความสำคัญของบัณฑิตภายนอก ต้นทุนและประสิทธิภาพ เมื่อนำตัวแปรทั้งทุนมนุษย์ และการบริหารเชิงกลยุทธ์ทรัพยากรมนุษย์ มาพิจารณาตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด จะพบความสำคัญของตัวแปรตามลำดับที่มีตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุด ตามลำดับ คือ

1. การเรียนรู้ การฝึกอบรม การพัฒนา (10)
2. รางวัล (7)
3. ความรู้ การบริหารทุนมนุษย์ โครงสร้างระบบงาน บัณฑิตภายนอก (6)
4. ทักษะ ความสามารถ เทคโนโลยี การปฏิบัติ พฤติกรรม มนุษย์สัมพันธ์ การครองใจ (5)

ดังคะแนนตารางแสดงความสัมพันธ์ตัวแปร แสดงดังตาราง 2-9 ตัวแปรการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ และผลรวมตัวแปรทุนมนุษย์สามารถสรุปความสัมพันธ์

1. อัจฉริยะ- ทักษะการเรียนรู้
2. อัจฉริยะ- แรงจูงใจ ด้านระบบค่าตอบแทน
3. อัจฉริยะ- ความรู้
4. ภูมิปัญญา- ความสามารถ และคุณลักษณะ

ดังจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ตัวแปรทุนมนุษย์ จะเกี่ยวข้องกับอัจฉริยะด้านทักษะการเรียนรู้ แรงจูงใจ ความรู้ และภูมิปัญญาด้าน ความสามารถ และคุณลักษณะ

ตาราง 2-9 ตัวแปรการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และผลรวมคะแนนตัวแปรทุนมนุษย์

| | | H 1 | H 2 | H 3 | H 4 | H 5 | H 6 | H 7 | H 8 | H 9 | H 10 | H 11 | H 12 | H 13 | H 14 | H 15 | H 16 | H 17 | H 18 | H 19 | H 20 | H 21 | H 22 | H 23 | H 24 | H 25 | H 26 | H 27 | H 28 | H 29 | H 30 | H 31 | H 32 | | |
|-----------------------------|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---|---|
| Beer et al., ด | ฮาร์ วาร์ ด | | | | | • | | | | • | • | • | | | | | | • | • | • | | | | • | | | • | | | | | | | • | |
| Fom brun | มิชิแ กน | | • | | | | | | | | | | | | | | | • | | • | | • | | | | | | | | | | | | | |
| Henr y& Petti grew | วาร์ วิก | | | | | | | | | | • | | | | | | | • | | • | • | | | • | | | | • | | | | | | • | |
| Gues t | เกส ต์ | | • | | | | | | | • | | | | • | | | | • | • | • | • | • | | • | | | | • | | | | | | • | |
| Dessl er | ชดย ท์ | | | | | | | | | | • | | | • | | | | | | | | | • | | • | | | | • | | | | | | • |
| รวม | | - | 2 | - | - | 1 | - | - | - | 2 | 3 | 1 | - | 2 | - | - | - | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | - | 4 | - | 1 | 1 | 2 | 1 | - | - | - | - | 4 | |
| ผล รวม | | 1 | 10 | 6 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 6 | 4 | 7 | 5 | 3 | 1 | 6 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 6 | |

2.5 แนวคิด ทฤษฎีอัจฉริยะ

อัจฉริยะ (Intelligence) หรือ ความฉลาด ตามความหมายเดิมอาจหมายถึง ทั้งความหมายความฉลาดภายในเชิงซ่อนเร้น (Implicit Theory) และแบบภายนอก (Explicit Theory) ความฉลาดภายในมีความสำคัญเพราะ เชื่อมโยงกับ ความฉลาดที่แสดงออกภายนอก งานวิจัย ค้นคว้า ความฉลาดของบุคคลมักมาจากการศึกษาความฉลาดภายในมากกว่าแนวคิดอื่น การวิจัยชิ้นส่วนบุคคลส่วนมาก ได้รับอิทธิพลมาจากความฉลาดภายใน (Sternberg, Conway, Ketron & Bernstein, 1981)

ทั้งนี้มีการค้นคว้าทดลองมากมายที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดและการพัฒนาโดยการศึกษาในหลากหลายวัฒนธรรม โดยสรุปแล้ว ความฉลาด หรือ อัจฉริยะ มาจากรูปแบบของการพัฒนาความชำนาญ (A Form of Developing Expertise) โดย Robert J. Sternberg (Sternberg, 2003, หน้า 71) พัฒนาโมเดลรูปแบบการพัฒนาอัจฉริยะ แสดงถึง ความสัมพันธ์ของอัจฉริยะที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบโครงสร้าง โดยหลักใจความสำคัญของโมเดลนี้ คือ การพัฒนาอัจฉริยะ และเมื่อมีการพัฒนาอัจฉริยะเกิดขึ้น หลักสำคัญที่จะพบกับความฉลาดอย่างแท้จริง ไม่ใช่ข้อจำกัดของความสามารถแต่มุ่งเกี่ยวข้องกับคำชี้แนะทางตรง การมีส่วนร่วม รูปแบบและการให้รางวัล โมเดลรูปแบบการพัฒนาอัจฉริยะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญคือ

1. ทักษะด้านอภิปัญญา หรือปัญญาขั้นสูง (Metacognitive skills)
2. ทักษะด้านการเรียนรู้ (Learning skills)
3. ทักษะด้านความคิด (Thinking skills)
4. องค์ความรู้ (Knowledge)
5. แรงจูงใจ (Motivation)

ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านนี้ จะส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การส่งเสริมนี้อาจจะไม่ได้ส่งผลทางตรงแต่เพียงอย่างเดียวเสมอไป จากทฤษฎีการประสพผลสำเร็จแห่งความเป็นอัจฉริยะ หรือ Theory of Successful Intelligence (Sternberg, 1985a, 1985b) ความฉลาดประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. การคิดวิเคราะห์ (Analytical)
2. การสร้างสรรค์ (Creativity)
3. การปฏิบัติ (Practical)

จากผลการวิจัยแสดงถึง การพัฒนาความเชี่ยวชาญจากความฉลาดเพียงด้านเดียว เช่น การพัฒนาความเชี่ยวชาญจากการสร้างสรรค์ด้านเดียว (Sternberg & Lubart, 1995) หรือ จากเพียงการปฏิบัติด้านเดียว (Sternberg, Wagner, Williams & Horvath, 1995) แสดงความสัมพันธ์การพัฒนาความเชี่ยวชาญ ในระดับต่ำกับ โดยการพัฒนาความเชี่ยวชาญควรมาจากความฉลาดในหลายๆ ด้าน แต่ในทางกลับกันการแสดงทักษะทั้งด้านของ 3 ของมนุษย์ออกมานั้น อาจจะแสดงออกเพียงทักษะด้านเดียว แทนที่จะแสดงทักษะออกมาทั้ง 2 หรือ 3 ด้าน

รูปแบบการพัฒนาความเชี่ยวชาญ (The Developing-Expertise Model) แสดงการพัฒนาความเชี่ยวชาญ ซึ่งปัจจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกันจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน แสดงดังภาพ 2-28 แสดงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน

รูปแบบโมเดลการพัฒนาอัจฉริยะสู่ความเชี่ยวชาญ ได้อธิบายดังนี้

2.5.1 ทักษะด้านอภิปัญญา (Metacognitive Skills) หมายถึง ความเข้าใจ และสามารถควบคุมการสร้างความเข้าใจได้

2.5.2 ทักษะด้านการเรียนรู้ (Learning Skills) หรือ องค์ประกอบด้านการรวบรวม ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ แบ่งเป็นการเรียนภายนอก (Explicit) และการเรียนรู้ภายใน (Implicit) การเรียนรู้ภายนอก

2.5.3 ทักษะด้านการคิด (Thinking Skills) ประกอบด้วยทักษะหลัก 3 ทักษะ ซึ่งเป็นรูปแบบของทักษะกลุ่ม (Set of) มากกว่าทักษะเฉพาะ (Individual) ได้แก่

2.5.3.1 ทักษะด้านการคิดวิเคราะห์

2.5.3.2 ทักษะความคิดสร้างสรรค์

2.5.3.3 ทักษะความคิดด้านการปฏิบัติ

2.5.4 ความรู้ (Knowledge) มี 2 แบบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาพการศึกษา คือ

2.5.4.1 ความรู้ตามการบอก

2.5.4.2 ความรู้ตามขั้นตอน

2.5.5 แรงจูงใจ (Motivation) มี 2 แบบ คือ

2.5.5.1 แรงจูงใจเพื่อความสำเร็จ

2.5.5.2 แรงจูงใจเพื่อการแข่งขัน

2.5.6 บริบท (Context) หรือ สิ่งแวดล้อม สิ่งสนับสนุนการพัฒนาความเชี่ยวชาญตามรูปแบบข้างต้นนั้น สำหรับผู้เริ่มต้น (Novice)

2.5.7 ผู้เริ่มต้น (Novice) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ส่วน โดยเริ่มจัดลำดับดังนี้

2.5.7.1 แรงจูงใจ (Motivation) ศูนย์กลางทำให้เกิดการกระตือรือร้น

2.5.7.2 ทักษะด้านอภิปัญญา (Metacognitive Skills) ความเข้าใจ

2.5.7.3 ทักษะด้านการเรียนรู้ (Learning Skills)

2.5.7.4 ทักษะด้านการคิด (Thinking Skills)

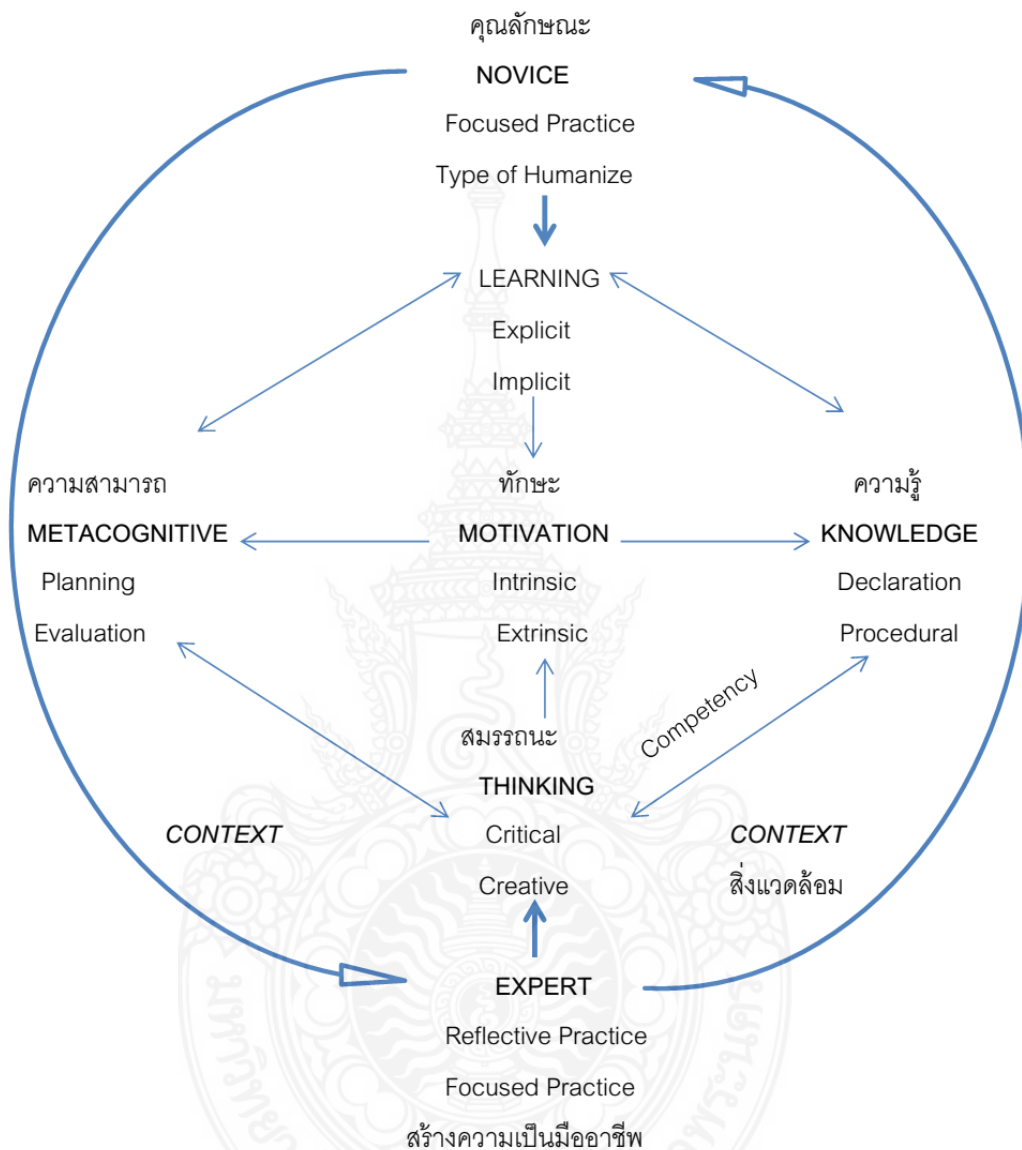
2.5.7.5 ความรู้ (Knowledge)

การเรียนรู้ที่มุ่งสู่ความสำเร็จของผู้เรียน ขณะที่ผู้เรียนแต่ละคนมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ชีตจำกัดแตกต่างกัน รูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกัน ดังนั้นการเรียนรู้ที่ต้นนั้นควรประกอบไปด้วยการสอน 4 แบบ (Sternberg, 2003, น. 77)

1. การเรียนรู้ด้านความจำ (Memory Learning)
2. การเรียนรู้ด้านการวิเคราะห์ (Analytical Learning)
3. การเรียนรู้ด้านการสร้างสรรค์ (Creative Learning)
4. การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ (Practical Learning)

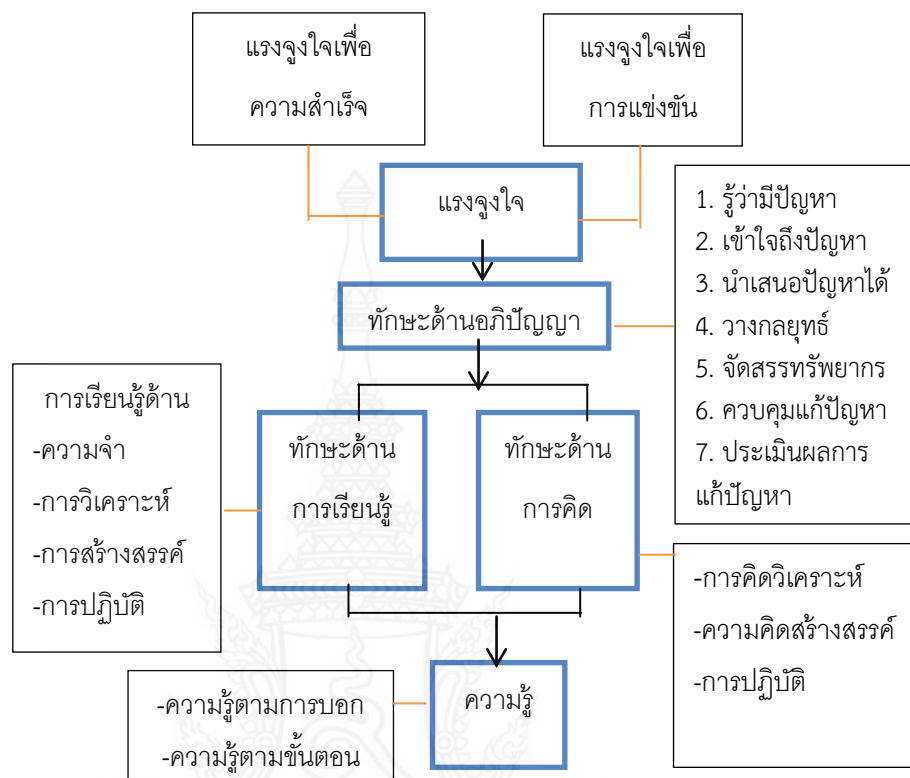
เมื่อนำรูปแบบความสัมพันธ์ สามารถแสดงได้ดังภาพ 2-29

ภาพ 2-28 โมเดลการพัฒนาอัจฉริยะสู่ความเชี่ยวชาญ



ที่มา : ประยุกต์จาก The Developing-Expertise Model, Wagner, Williams & Harvath , Sternberg, 1985a & 1985b, (1995).

ภาพ 2-29 ขั้นตอนการพัฒนาอัจฉริยะสู่ความเชี่ยวชาญ



ที่มา : ปรับปรุงจาก Sternberg, (2003)

ซึ่งเมื่อนำมาเชื่อมโยงกับตัวแปรด้านทุนมนุษย์ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยอัจฉริยะ คือด้านทักษะ ประกอบด้วย ทักษะด้านความเข้าใจ ทักษะด้านการเรียนรู้ ทักษะด้านการคิด และความรู้ ดังจะปรากฏในตัวแปรกรอบแนวคิดด้านตัวแปรต้น

2.6 แนวคิด ภูมิปัญญา

ภูมิปัญญา (Wisdom) หมายถึง การตัดสินใจด้วยความเชื่อมั่นอย่างถูกต้อง เป็นไปตามเหตุปัจจัย บนพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ ความเข้าใจ (Webster's New World College Dictionary, 1997, น. 1533)

ภูมิปัญญา ถูกให้ความหมายมากมาย โดยความหมายมีทั้งความหมายที่เป็นนัยยะเชิงภายในและความหมายที่แสดงออก ในความหมายเชิงตรรกศาสตร์ (Philosophical approaches) ดั้งเดิม มี ความสามารถ 3 ความหมาย คือ (Robinson, 1990)

1. ความสามารถในการแสวงหาความจริง โดยการไตร่ตรองจากชีวิต
2. ความสามารถในการถือปฏิบัติทางภูมิปัญญาแสดงโดยคำแถลง และกฎบัญญัติ
3. ความสามารถในการเข้าใจในเชิงวิทยาศาสตร์

ภูมิปัญญา มีความหมาย ในเชิงภายใน (Implicit-Theoretical Approach) จากความเชื่อของชนพื้นเมือง ความเชื่ออาจแสดงออกในทางที่ถูก หรือ ผิด ก็ได้ อาทิ เช่น ประสบการณ์ การถือปฏิบัติ ความเข้าใจ และความรอบรู้ (Clayton, 1975)

ความหมาย ภูมิปัญญาในเชิงภายใน (Implicit-Theoretical Approach) อีกความหมาย หมายถึง คุณลักษณะ 5 สิ่ง คือ (Holliday and Chandler, 1986)

1. ความเข้าใจที่ยอมรับได้
2. ทักษะด้านการวินิจฉัยและการสื่อสาร
3. สมรรถนะทั่วไป
4. ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์
5. การไม่ก้าวล่วงด้านความคิด

ความหมาย ภูมิปัญญา ในเชิงการแสดงออก (Explicit-Theoretical Approach) มี 5 องค์ประกอบ คือ (Baltes & Staudinger, 1993)

1. ความรู้ทั่วไป และเฉพาะทาง เกี่ยวกับชีวิต และความแปรปรวน
2. ความรู้ทั่วไป และเฉพาะทางเกี่ยวกับกลวิธี การวินิจฉัย การให้คำปรึกษาของชีวิต
3. ความรู้ในช่วงวัยชีวิต และการพัฒนา
4. ความรู้ด้านคุณค่า แนวทาง ลำดับความสำคัญ
5. ความรู้ในความไม่แน่นอนของชีวิต และวิธีการจัดการ

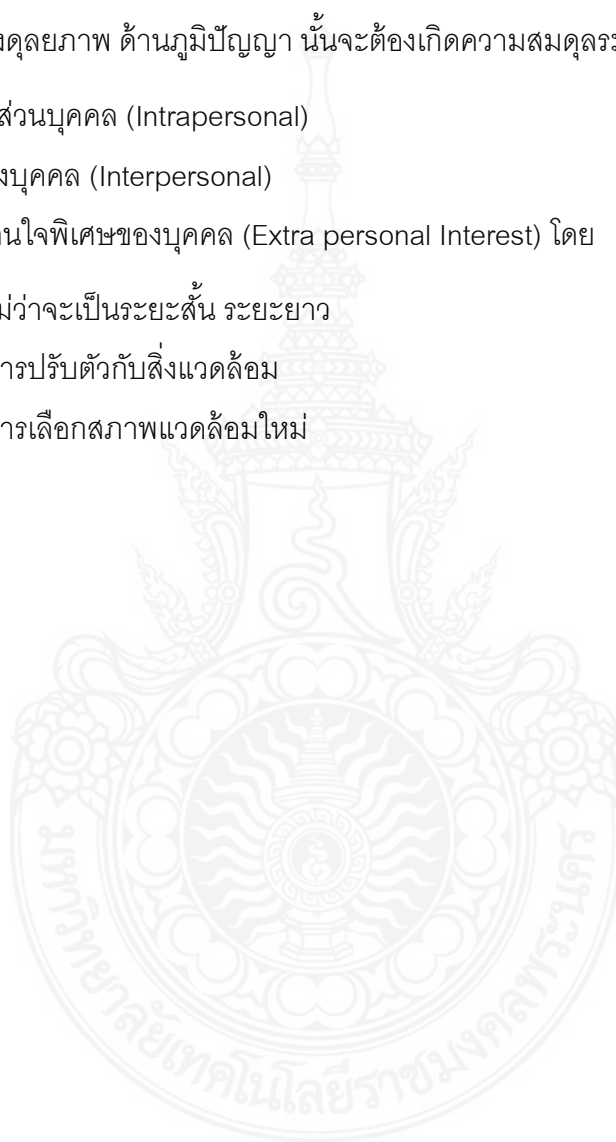
ภูมิปัญญา ความหมาย ในเชิงวัฒนธรรม 3 ส่วน คือ (Labouvie- Vief, 1990)

1. การตระหนักรู้ (Cognitive)
2. ความชอบ (Affective)
3. พฤติกรรม (Conative)

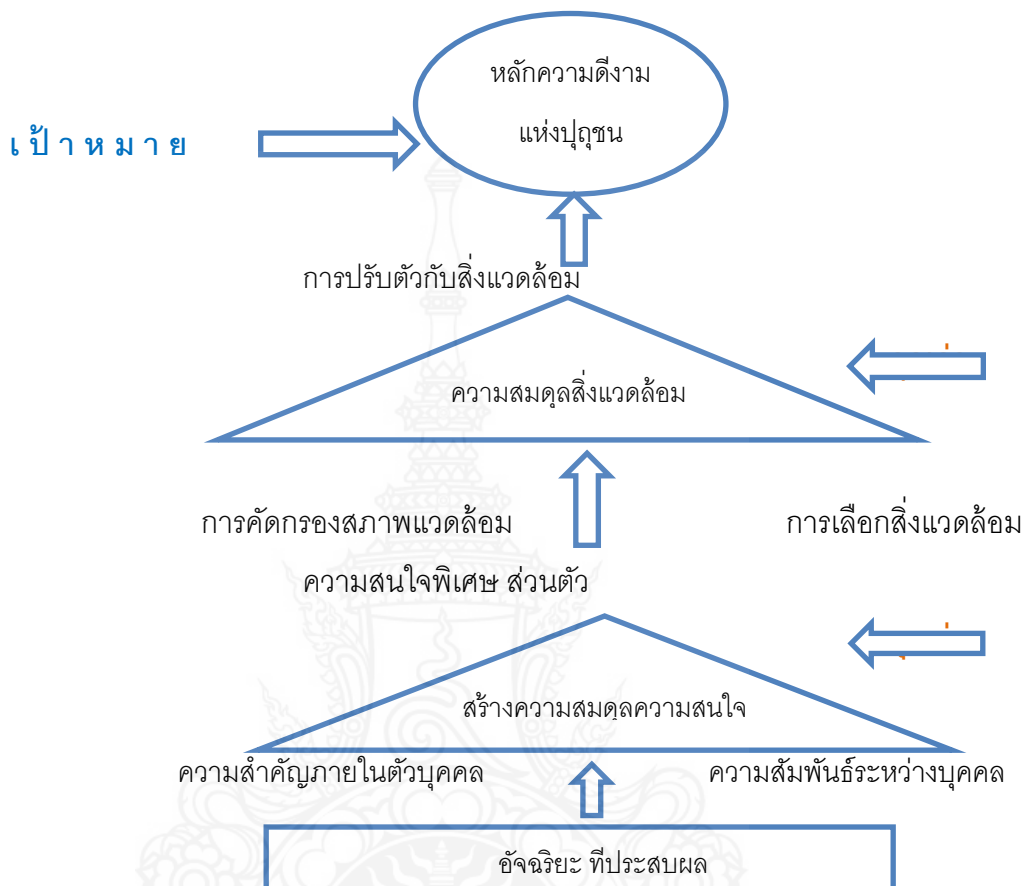
ทฤษฎีแห่งดุลยภาพ ด้านภูมิปัญญา (The Balance Theory of Wisdom) ได้กล่าวถึง อัจฉริยะที่การประสพผล ความคิดสร้างสรรค์ ที่เป็นเสมือนพื้นฐานของภูมิปัญญา แต่อัจฉริยะที่ประสพผล และความคิดสร้างสรรค์ ยังไม่เพียงพอสำหรับภูมิปัญญา สิ่งที่สำคัญกว่า คือ ความรู้ภายใน (Tacit Knowledge) หรือ ความรู้โดยปริยาย

ทฤษฎีแห่งดุลยภาพ ด้านภูมิปัญญา นั้นจะต้องเกิดความสมดุลระหว่าง

1. ภายในส่วนบุคคล (Intrapersonal)
2. ระหว่างบุคคล (Interpersonal)
3. ความสนใจพิเศษของบุคคล (Extra personal Interest) โดย
 - 3.1 ไม่ว่าจะป็นระยะสั้น ระยะยาว
 - 3.2 การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม
 - 3.3 การเลือกสภาพแวดล้อมใหม่



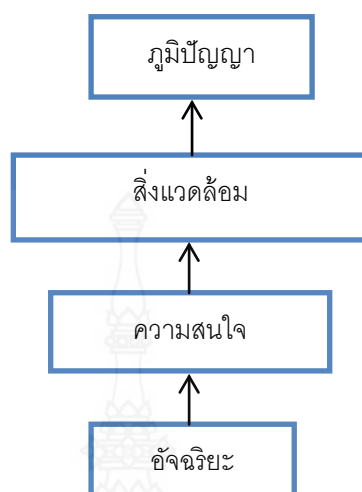
ภาพ 2-30 ความสัมพันธ์ภูมิปัญญา อัจฉริยะ และความคิดสร้างสรรค์



ที่มา : ปรับปรุงจาก The Balance Theory of Wisdom (Sternberg, 2003, น.153)

โดยสรุป ภูมิปัญญา เป็นองค์ความรู้ที่มีความฉลาดลึกซึ้ง หรือมีความเป็นอัจฉริยะ แต่การบริหารภูมิปัญญาที่ดีนั้นจะต้องตั้งอยู่บนรากฐานที่มีความเห็นสอดคล้องกัน เห็นพ้องต้องกัน โดยที่แต่ละคนในสังคมนั้น มีพื้นเพที่หลากหลาย อาจจะคิดต่าง เห็นต่าง หรือแม้แต่ความดีงามของปुरुชนนั้น อาจจะมีความเห็นต่างได้ จึงจำเป็นต้องให้เห็นตรงกันในทุกฝ่าย

ภาพ 2-31 ความสัมพันธ์ ภูมิปัญญา และอัจฉริยะ



โดยตัวแปรการพัฒนาทุนมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญา คือ ความสามารถ และคุณลักษณะ โดยความสามารถในทางภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องคือ ประสิทธิภาพ ความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติ ความเข้าใจความรอบรู้ และรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง และคุณลักษณะในทางภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องคือ ความเข้าใจในการวินิจฉัย สมรรถนะ มนุษย์สัมพันธ์ การไม่ก้าวล่วงผู้อื่น ดังได้ศึกษาในกรอบแนวคิดของตัวแปรต้นของการศึกษานี้

2.7 การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านเวชกรรมไทยกับการแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค

สืบเนื่องจากการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการแพทย์แผนไทย โดยจากผลการประเมินยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ปี พ.ศ. 2555 – 2559 ในด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีสุขภาพ การพึ่งพาด้านสุขภาพตนเองบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564, 2559) พบปัญหาด้านนโยบายการขับเคลื่อนระดับหน่วยงานไม่ชัดเจน นโยบายสาธารณะไม่ชัดเจน แพทย์แผนปัจจุบันผู้ใช้อย่างไม่ยอมรับ สถานพยาบาลต่างๆ ไม่สั่งยา สถานที่ผลิตยาไทยมีน้อย การเผยแพร่องค์ความรู้มีไม่ทั่วถึง ขาดความรู้คู่มือประชาชน องค์ความรู้แพทย์แผนไทยควรมีในหลักสูตรแพทย์แผนปัจจุบัน ขาดการสนับสนุนในรูปแบบเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่น แกนนำ และยังขาดผู้ที่มีจิตอาสา

การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ประเภท ก โดยอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นประธานและกลุ่มสมาชิกได้แก่ ที่ปรึกษากรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก อาจารย์มหาวิทยาลัย สถาบันการแพทย์แผนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันที่เปิดสอนการแพทย์แผนไทย แพทย์โรงพยาบาล หมอพื้นบ้าน ได้กล่าวถึง นโยบายการขับเคลื่อนการจัดบริการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย ในด้านปริมาณ และคุณภาพ (คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ประเภท ก , 2559) โดยการจัดประชุมเมื่อวันที่ 11-13 พฤษภาคม 2559 และ คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ก) พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 เมื่อวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2559 ดังนี้

2.8.1 การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ปฏิรูป 2 อย่างคือ

2.8.1.1 การปฏิรูปการศึกษากำลังคนที่มีคุณภาพ มาตรฐาน

2.8.1.2 การปฏิรูประบบการบริการระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน

ระบบการศึกษาแพทย์แผนไทย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. แพทย์แผนไทยประเภท ก

การแพทย์แผนไทยที่ผ่านการเรียนการสอน ประเภท ก ตามมาตรา 12 (2) (ก) คือ การเรียนแบบฝากตัวเป็นศิษย์

2. แพทย์แผนไทยประเภท ข

การแพทย์แผนไทยที่ผ่านการเรียนการสอน ประเภท ข คือ บัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทยที่จบการศึกษาจากสถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง แบ่งเป็น

2.1 แพทย์แผนไทย

2.2 แพทย์แผนไทยประยุกต์

ปัจจุบันมีสถาบันอุดมศึกษาเปิดสอนการแพทย์แผนไทย 40 แห่ง (ได้รับการรับรองถูกต้อง 18 แห่ง) เปิดสอนการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 9 แห่ง เครือข่ายสถาบัน พระบรมราชชนก (วิทยาลัยการสาธารณสุข) หน่วยงานเอกชนการพัฒนากการแพทย์แผนไทย โดยแบ่งการพัฒนาออกเป็น 2 ระบบใหญ่ คือ

1. การพัฒนาการศึกษา
2. การพัฒนาระบบบริการ

การพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย และผดุงครรภ์ไทยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และพัฒนากลุ่มงานนวดไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยด้านการนวดไทย และผดุงครรภ์ไทย เมื่อวันที่ 8-10 มิถุนายน 2559 และคณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ตามมาตรา 12 (2) (ก) พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 วันที่ 25 – 27 กรกฎาคม 2559 อันประกอบด้วย อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเป็นประธาน โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยสมพันธ์ คลินิก สถาบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้สรุปปัญหา ดังแสดงในตาราง 2-10 แสดงกลุ่มประเภทของการพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ คซึ่งปัญหาเพื่อการพัฒนาแพทย์แผนไทย

2.8.2 ตามที่ผู้ศึกษาค้นคว้าได้มีการแบ่งรูปแบบออกเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) องค์ความรู้; 2) ระบบบริการ; 3) ค่าตอบแทน; 4) ระบบตอบแทน; และ 5) บุคลากร

2.8.2.1 องค์ความรู้ที่มีมาตรฐาน มีการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำสู่มาตรฐาน มีการพัฒนาความรู้ และควรมีการพัฒนาครูผู้ถ่ายทอดความรู้ มีการจัดการพัฒนาประสบการณ์ใหม่อยู่เสมอ เพื่อการศึกษาเทคโนโลยีใหม่ๆ รวมถึงโรคและการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่

2.8.2.2 ระบบบริการ ควรมีการพัฒนาในระบบบริการ ทั้งการปรับให้สถานะระบบบริการแพทย์แผนไทยมีสถานะเท่าเทียมการแพทย์แผนปัจจุบัน มีระบบการให้บริการกว้างขวางทั้งในระดับตัวเมืองใหญ่และต่างจังหวัด รวมถึงระดับตำบล หมู่บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.8.2.3 ระบบค่าตอบแทน ที่ควรจะมีการขยายทั้งจำนวน และคุณภาพ โดยอัตรากำลังที่มีปริมาณพอเพียงในระบบและค่าตอบแทนที่เทียบเท่ามาตรฐาน

2.8.2.4 ระบบตอบแทนตำแหน่งมีระบบการประเมินที่จูงใจแพทย์แผนไทย เพื่อการพัฒนา และเกิดความก้าวหน้า มีหน่วยงานในสังกัดดูแล รวมถึงมีระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ให้ความเป็นทางด้านความเชี่ยวชาญในวิชาชีพตามทักษะ ระบบที่เหมาะสมในการประเมิน การสนับสนุนในด้านใบอนุญาตและองค์การกำกับดูแล

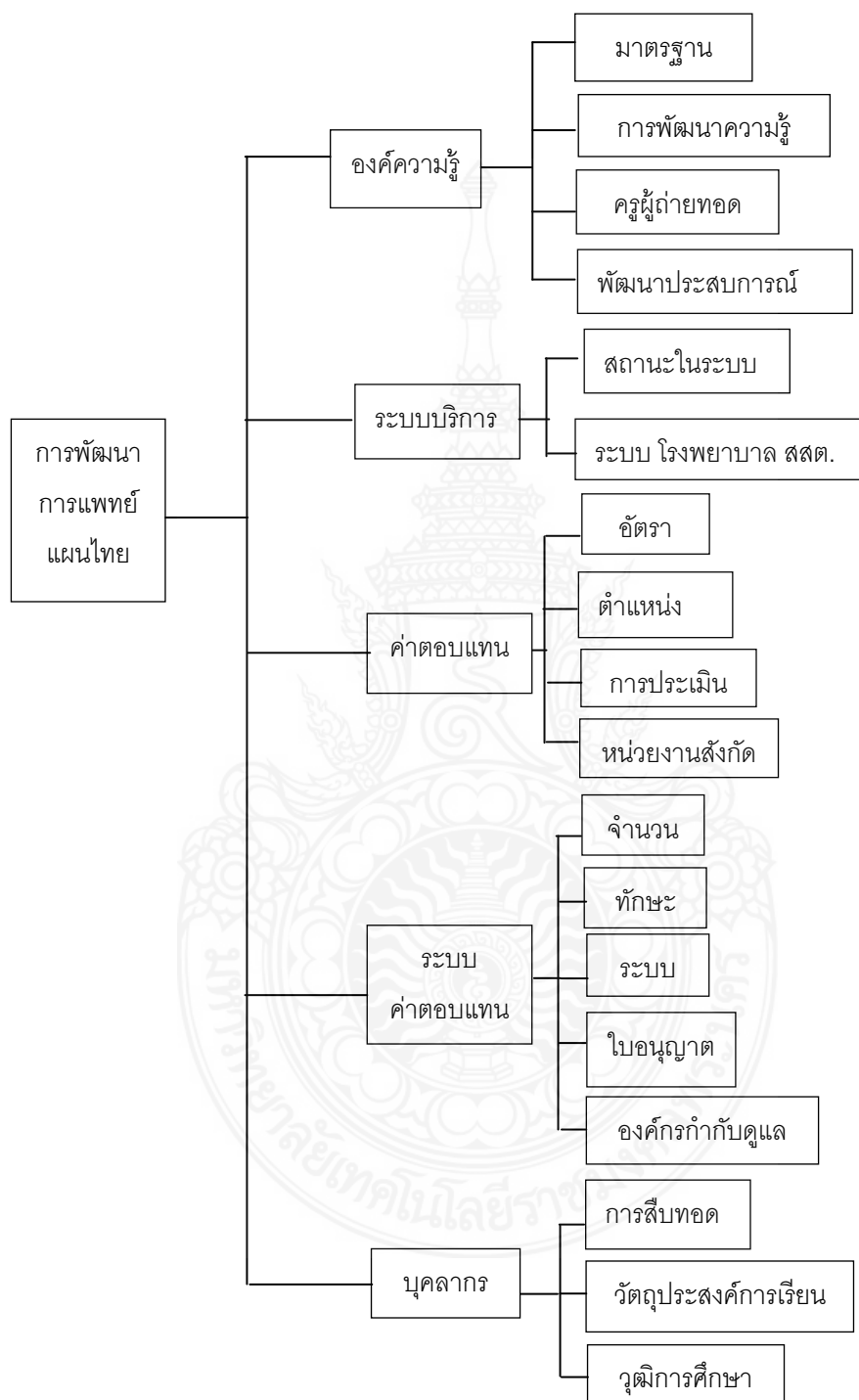
2.8.2.5 บุคลากร ควรมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของผู้ที่เข้ามาศึกษาเช่น เพื่อนำมาใช้เพื่อความรู้ส่วนตัว หรือประกอบธุรกิจ ทั้งนี้เพื่อการจัดวัตถุประสงค์การเรียนให้เหมาะสม หรือเหมาะสม

กับการจัดระดับวุฒิการศึกษาทั้งนี้ข้อสรุปได้ทำการเปรียบเทียบรายละเอียดตามแพทย์แผนไทยแผน ก ข และค

รายละเอียดการการพัฒนาแสดงแยกในแต่ละกลุ่มดังภาพ 2-32 ส่วนการจัดแบ่งการพัฒนาการแพทย์แผนไทยตามกลุ่มการพัฒนาแสดงรายละเอียดอธิบายในตาราง 2-10



ภาพ 2-32 การพัฒนาแพทย์แผนไทยประเภท ก ข และ ค ตามกลุ่มการพัฒนา



ที่มา : ประยุกต์จาก คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย,(2559)

ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|-----------------|---|--|--|--------------------------------------|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 1. องค์ความรู้ | | | | |
| 1.1 ด้านมาตรฐาน | มีความแตกต่างทางวิชาการ และประสบการณ์ ควร มาตรฐานเดียวกันทั้งประเภท ก ข ค | มีความแตกต่างทางวิชาการ และประสบการณ์ มาตรฐาน เดียวกันทั้งประเภท ก ข ค | มีความแตกต่างทางวิชาการ และประสบการณ์ มาตรฐาน เดียวกันทั้งประเภท ก ข ค | 1.1 ด้านมาตรฐาน |
| | - | มาตรฐานเดียวกันระหว่างแผน ข แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ | | - |
| | องค์ความรู้สมบูรณ์ ถูกต้อง ชัดเจน ทั้ง 4 สาขา: เวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวด ไทย และควรรวมเป็นหนึ่งเดียว | - | | - |
| | (กรณีนวดไทย) มาตรฐาน ความรู้ด้านการตรวจ การใช้ยา รู้จักโรค รู้จักยา วิธีการรักษา และการคิดวิเคราะห์อย่างเป็น ระบบ | (กรณีนวดไทย) มาตรฐานความรู้ด้านการตรวจ การใช้ยา รู้จักโรค รู้จักยา วิธีการรักษา และการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ | (กรณีนวดไทย) มาตรฐาน ความรู้ ด้านการตรวจ การใช้ยา รู้จักโรค รู้จักยา วิธีการรักษา และการคิดวิเคราะห์อย่างเป็น ระบบ | |

ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค (ต่อ)

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|-----------------------|--|-----------------------------------|---------------------|---|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 1.1 ด้านมาตรฐาน (ต่อ) | สอบใบอนุญาตประกอบโรค ศิลปะ | ใช้ระบบปริญญา | | พระราชบัญญัติวิชาชีพ เวช กรรม |
| | กำหนดมาตรฐาน คุณสมบัติ ผู้สำเร็จแพทย์แผนไทย <ul style="list-style-type: none"> - คุณธรรม จริยธรรม ทศนคติ ความภาคภูมิใจ - ควบรักษาได้ก็โรค - มีความรู้ ทักษะ การตรวจ วินิจฉัยโรค - คิดวิเคราะห์เป็นระบบ - ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ชุมชน - ผู้นำ น่าเชื่อถือ - มีความรู้ทั้ง 4 สาขา - ผ่านระบบฝึกประสบการณ์ (Intern)วัดความสามารถ โดยการประเมินผล | กำหนดมาตรฐาน คุณสมบัติแพทย์แผนไทย | | กำหนดมาตรฐาน คุณสมบัติ แพทย์แผนไทย การประเมินผล และพัฒนาองค์ความรู้ |

ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค (ต่อ)

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|------------------------|---|---|---------------------|---|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 1.1 ด้านมาตรฐาน (ต่อ) | จัดทำมาตรฐานโรคพื้นฐาน | จัดทำมาตรฐานโรคพื้นฐาน | | จัดทำมาตรฐานโรคพื้นฐาน |
| 1.2 ด้านการพัฒนา | พัฒนาความชำนาญ | พัฒนาความชำนาญ | | มีความชำนาญ |
| | มีความกลมกลืน ระหว่างแพทย์แผนไทยแผน ก ข และ ค มีการเรียนรู้โดยการฟังตัวจากหมอพื้นบ้าน (ประเภท ค) | มีความกลมกลืน ระหว่างแพทย์แผนไทยแผน ก ข และ ค มีการเรียนรู้โดยการฟังตัวจากหมอพื้นบ้าน (ประเภท ค) | | มีความกลมกลืน ระหว่างแพทย์แผนไทยแผน ก ข และ ค |
| | พัฒนาตำราตามหลักสูตร สยามรัฐเวชศาสตร์ ของประเทศ | พัฒนาตำราตามหลักสูตร สยามรัฐเวชศาสตร์ ของประเทศ | | พัฒนาตำราตามหลักสูตร สยามรัฐเวชศาสตร์ ของประเทศ |
| | หลักสูตร และการพัฒนาการเรียนการสอน ตามสภาการแพทย์แผนไทย | หลักสูตร และการพัฒนาการเรียนการสอน ตามสภาการแพทย์แผนไทย | | หลักสูตร และการพัฒนาการเรียนการสอน ตามสภาการแพทย์แผนไทย |
| 1.3 ด้านครู ผู้ถ่ายทอด | องค์ความรู้ถูกต้อง ชัดเจน สมบูรณ์ เชื่อมโยงคัมภีร์ ตำรา มีประสบการณ์ ศักยภาพการถ่ายทอด | เสริมด้านประสบการณ์ ศักยภาพการถ่ายทอด | | ศักยภาพการถ่ายทอด |
| | วัดประเมินความรู้ ความสามารถทางคลินิก | วัดประเมินความรู้ ความสามารถทางคลินิก | | -- |

ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค (ต่อ)

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|--------------------------------|---|--|---------------------|--|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 1.3 ด้านครู ผู้ถ่ายทอด (ต่อ) | อบรมทักษะ ประสบการณ์ทางคลินิก | อบรมทักษะ ประสบการณ์ทางคลินิก | | อบรมทักษะ ประสบการณ์ทางคลินิก |
| | จัดสอบใบอนุญาตครู ขึ้นทะเบียนครู และมีการต่อใบอนุญาตทุก 5 ปี | จัดสอบใบอนุญาตครู ขึ้นทะเบียนครู และมีการต่อใบอนุญาตทุก 5 ปี | | จัดสอบใบอนุญาตครู ขึ้นทะเบียนครู และมีการต่อใบอนุญาตทุก 5 ปี |
| | มีการจัดสอบโดยสภาการแพทย์แผนไทย | มีการจัดสอบโดยสภาการแพทย์แผนไทย | | มีการจัดสอบโดยสภาการแพทย์แผนไทย |
| | การผูกติดกับ กฎหมายมาตรฐานกระทรวงศึกษาธิการ อาจทำให้ครูพื้นบ้านสูญหายไป | ไม่มีผลกระทบ | | -- |
| | จัดทำฐานข้อมูล | -- | | -- |
| 1.4 ด้านการพัฒนา ประสบการณ์ | ขาดแหล่งฝึกประสบการณ์ | ขาดแหล่งฝึกประสบการณ์ | | -- |
| | โครงการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้จบใหม่ และผู้มีประสบการณ์ | -- | | -- |

ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค (ต่อ)

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 2. ระบบบริการ | | | | |
| 2.1 สถานะในระบบบริการ สุขภาพ | นำเข้าสู่ระบบ สถานะไม่ชัดเจน | สถานะชัดเจน | | นำเข้าสู่ระบบ สถานะไม่ชัดเจน |
| | ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เชื่อมโยง | ใช้เครื่องมือทางการแพทย์เชื่อมโยง | | ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เชื่อมโยง |
| 2.2 ระบบโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล | ไม่มีในระบบ | ไม่มีในระบบ | | ไม่มีในระบบ |
| 3. ระบบค่าตอบแทน | | | | |
| 3.1 อัตราในระบบ | ไม่มี / อาจใช้ระบบจ้างเหมา | บรรจุตำแหน่งราชการ | | ไม่มี / อาจใช้ระบบจ้างเหมา |
| 3.2 ตำแหน่ง | ไม่มี / อาจใช้ระบบ ประสบการณ์ | วุฒิการศึกษา | | ไม่มี / อาจใช้ระบบ ประสบการณ์ |
| 3.3 การประเมิน | ความรู้ การปฏิบัติงาน | ความรู้ การปฏิบัติงาน | | ความรู้ การปฏิบัติงาน |
| 3.4 หน่วยงานสังกัด | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย | | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย |

ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค (ต่อ)

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|-----------------------------------|--|---|---------------------|---|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 4. บุคลากร | | | | |
| 4.1 จำนวน | ขาดแคลนบุคลากรแพทย์แผนไทย | ขาดแคลนบุคลากรแพทย์แผนไทย | | ขาดแคลนบุคลากรแพทย์แผนไทย |
| 4.2 ทักษะ | -- | แพทย์ในระบบ ขาดทักษะ ประสบการณ์ | | -- |
| 4.3 ระบบแพทย์แผนไทยทั้ง ก ข และ ค | การมอบตัวเป็นศิษย์ | ระบบการเรียนการสอน หลากหลายในเรื่องการเรียนการสอน ทั้งแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์ | | ใช้ระบบสืบทอด ความรู้ภูมิปัญญาดั้งเดิม |
| 4.4 การรับใบอนุญาต | การตรวจสอบ ไม่ได้เรียนจริง | -- | | -- |
| 4.5 องค์กรกำกับดูแลการพัฒนา | ไม่มี | กระทรวงศึกษาธิการ | | ไม่มี |
| 4.6 การสืบทอด | ถ้าผู้สืบทอดเป็นหมอพื้นบ้าน จะสืบทอดได้ดีมาก | มีระบบการเรียนได้มาตรฐาน แต่ขาดประสบการณ์ ผู้เรียนขาดทักษะการวินิจฉัยโรค ขาดการวางแผนการรักษา วิธีการตามแพทย์แผนไทย | | ข้อจำกัดผู้เรียน เครือญาติ สืบทอด ปฏิบัติได้เชี่ยวชาญ สามารถรักษาผู้ป่วยได้จริง |
| 4.7 วัตถุประสงค์ในการเรียน | แตกต่างกัน ควรมีเกณฑ์วิชาชีพขั้นต่ำ | แตกต่างกัน ควรมีเกณฑ์วิชาชีพขั้นต่ำ | | -- |

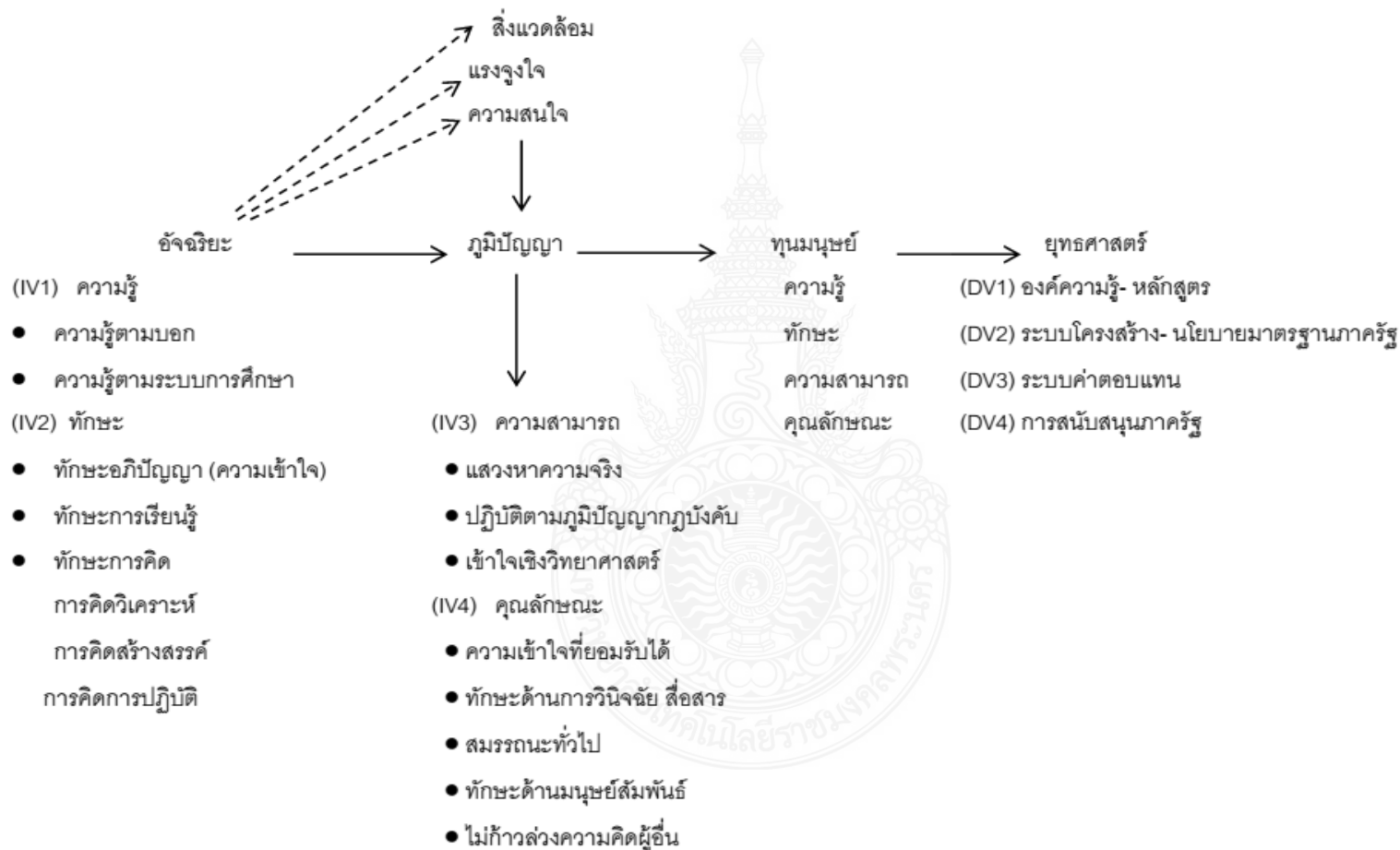
ตาราง 2-10 การพัฒนาแพทย์แผนไทย ประเภท ก ข และ ค (ต่อ)

| คุณสมบัติ | แพทย์แผนไทยประเภท ก | แพทย์แผนไทยประเภท ข | | แพทย์แผนไทยประเภท ค (หมอพื้นบ้าน) |
|------------------|------------------------------------|---|---------------------|--|
| | | แพทย์แผนไทย | แพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| 4.8 วุฒิการศึกษา | ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ 4 ใบ 4 สาขา | ระดับปริญญาตรี - การแพทย์แผนไทย ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ 4 ใบ 4 สาขา - การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ 1 ใบ 4 สาขา - | | พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ศาสตร์การแพทย์ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย นวดไทย ผดุงครรภ์ไทย และผดุงครรภ์ - หมอยา หมอนวด - หมอพิธีกรรมและหมอดำแย กลุ่มที่ขาดโอกาสในการประเมินรับรองตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ (การแพทย์ชนเผ่า) - ชายแดนภาคเหนือ ชนเผ่าไทยใหญ่ และชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชนเผ่าลาว เขมร - ชายแดนภาคตะวันออก ของเขมร - ชายแดนภาคตะวันตก พม่า มอญ จีน และชายแดนภาคใต้ อุลักลาไว้ย มุสลิม |

เมื่อเชื่อมโยงระหว่าง อัจฉริยะ ภูมิปัญญา ทุณมนุษย์ และยุทธศาสตร์ กับตัวแปรที่ได้จาก ความสัมพันธ์การจัดกลุ่มทฤษฎีทุนมนุษย์ คือ ความรู้ทักษะ ความสามารถ คุณลักษณะ และตัวแปร ของยุทธศาสตร์ แสดงความสัมพันธ์ปรากฏ ดังภาพ 2-33 ความสัมพันธ์ระหว่างอัจฉริยะ ภูมิปัญญา ทุณมนุษย์ และยุทธศาสตร์ กับตัวแปรทุนมนุษย์



ภาพ 2-33 ความสัมพันธ์ระหว่างอัจฉริยะ ภูมิปัญญา ทุณมนุษย์ และยุทธศาสตร์กับตัวแปรทุณมนุษย์



2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากบทความวิชาการ

เสวย อุคำพันธ์ (2556) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการ การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองกาฬสินธุ์จังหวัดกาฬสินธุ์โดยการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาสภาพการบูรณาการ การให้บริการ การแพทย์แผนไทยให้เข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม ศึกษาปัญหาอุปสรรค ในการจัดบริการ การแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการ การแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยคัดเลือกจากผลการจัดระดับการให้บริการ ด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 4 แห่งจำนวน 38 คนผลการวิจัยพบว่าแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านนโยบายผู้บริหารหน่วยงาน จะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ดำเนินงานและสามารถที่จะถ่ายทอดแนวคิดหลักการ การแพทย์แผนไทยไปยังผู้ปฏิบัติและสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนในด้านการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข พบว่าความพร้อมของบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทยมีความจำเป็น และจะต้องมีการพัฒนาบุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านแนวคิดของการแพทย์แผนไทย และต้องสร้างการยอมรับ การพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทย บูรณาการเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง

ด้านของการบริการระบบเวชภัณฑ์แพทย์แผนไทย พบว่ายังมีไม่เพียงพอในการให้บริการ ด้านการวินิจฉัยโรคและรักษาโรค ทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันจะต้องกำหนดแนวทาง วินิจฉัยและกระบวนการรักษาร่วมกัน และกำหนดช่องทางส่งต่อระหว่างกันอย่างชัดเจน โรคหรือกลุ่มอาการที่บำบัดรักษาได้ดีด้วยการแพทย์แผนไทย หรือโรคกลุ่มอาการที่ใช้การบำบัดรักษาทั้ง การแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน สำหรับการบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยกับแผนปัจจุบัน พบว่าถึงแม้จะใช้ทฤษฎีในการบำบัดรักษาโรคต่างก็ก็สามารถบูรณาการเข้ากันได้ทั้งในมิติของการ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และได้เสนอแนะการ ดำเนินงานว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการแพทย์แผนไทย โดยเน้นการบูรณาการเข้า กับการแพทย์แผนปัจจุบัน และกำหนดนโยบายในการดำเนินงานอย่างชัดเจนควรมีการสรรหา บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการกำหนด

ภาระงานแพทย์แผนไทยและกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามศักยภาพอย่างชัดเจน มีการพัฒนาบุคลากรสายงานแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างต่อเนื่องมีการกำหนดนโยบายด้านการใช้ยาสมุนไพร และระบบรายการยา สมุนไพร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น และสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการจัดซื้อเวชภัณฑ์มากขึ้น จึงจะสามารถสนับสนุนการพัฒนาการบูรณาการทำให้บริการการแพทย์แผนไทย กับแผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2.8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของรายงานผลการปฏิบัติงาน

นันทศักดิ์ โชติชนะเดชาวงศ์ วรวันเธียรสุวรรณ มณฑิราเกษมสุขและชินวิธมิ่งทอง (2560 : รายงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) จากผลการรายงานการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ (Chief Thai Traditional Alternative Medicine Officer-CTMO) กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขตและจังหวัดคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับที่เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพทำการวิเคราะห์ความสำคัญปัญหาพื้นที่ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในปี 2559 จังหวัดขอนแก่นมีจำนวน ร้อยละ 28.55 จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 26.63 จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 19.55 และจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 15.85 ตามลำดับ การจัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยฯ OPD ที่แผนกผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันในปี 2560 (ไตรมาสที่ 1) ใน จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 100 จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 100 จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 88.88 จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 69.23 ตามลำดับ

โรงพยาบาลที่ยังไม่จัดบริการการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากแพทย์แผนไทยยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพ และในบางโรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์แผนไทย รวมถึงแพทย์แผนไทยที่บรรจุใหม่ยังขาดประสบการณ์และทักษะในการตรวจรักษา และบริการการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ส่วนใหญ่มีให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยที่บรรจุใน รพ.สต. มีจำนวนน้อยเขตสุขภาพที่ 7 มีโรงพยาบาลที่ผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลกมมาไสย อำเภอกมมาไสย จ.กาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น แต่การผลิตยังไม่เพียงพอที่จะรองรับความต้องการยาสมุนไพรของทั้งเขตบริการได้ ต้องการงบประมาณในการซื้อเครื่องจักรในการผลิตยาสมุนไพร

การจัดบริการแพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีใน โรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลกมลาไสย และ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ ซึ่งที่ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ มีการให้บริการรมยาและครอบแก้วด้วย จังหวัดขอนแก่น มีใน โรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชุมแพ และ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม และ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย และจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจังหวัดร้อยเอ็ด

ในโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่มีกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยแยกออกมา ซึ่งขณะนี้งานด้านการแพทย์แผนไทยอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้จะได้มีการดำเนินการจัดโครงสร้างเป็นกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยในระยะต่อไปมาตรการสำคัญของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนั้น เน้นในการใช้กลไกการบริหารในส่วนภูมิภาคในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ โดยกำหนดให้มี Chief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO) และกระบวนกรมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขตและจังหวัด ซึ่งในระดับเขตได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และการอบรมให้สหวิชาชีพมีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรให้เพิ่มขึ้นในหน่วยบริการ

ในด้านคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ อยู่ระหว่างการดำเนินงานโดยรอเกณฑ์การรับรองคุณภาพจากกรมฯ และสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ อยู่ระหว่างดำเนินการถ่ายทอดนโยบายสู่หน่วยบริการประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายคือ งบประมาณในการดำเนินงานยังไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนงานแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐยังไม่ มีใบประกอบวิชาชีพการปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบอาจส่งผลถึงความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามนโยบายและแผนการขับเคลื่อนงานการให้ความสำคัญกับการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย ของผู้บริหารและบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทุกระดับบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ขาดความมั่นคงและความก้าวหน้าในสายอาชีพ ทำให้ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำงานได้ในระยะ

ข้อเสนอแนะคือ ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคร่วมกันพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อให้เกิดการยอมรับของสาขาวิชาชีพแนวทางการสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านเข้ามามีบทบาทในระบบบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการและควรส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านไทยได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ทำงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ให้สามารถสอบผ่านและมีใบประกอบวิชาชีพได้ควรมีให้มีการปฐมนิเทศแพทย์แผนไทย ก่อนเข้าทำงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ควรจัดให้มีการปฐมนิเทศนักจัดการงานทั่วไป ซึ่งเป็นบุคลากรใหม่ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการจ้างโดยกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการทำงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในการปฐมนิเทศแพทย์ที่จบใหม่ ควรจัดให้มีการอบรมการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้กับแพทย์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

วรรณ เจริญสุวรรณ (2560: รายงานกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รายงานปัญหาในการดำเนินงาน 4 ด้าน คือ บุคลากร พบว่า แพทย์แผนไทยระดับปริญญาตรียังขาดความมั่นใจในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ในปี 2559 ได้ดำเนินการจัดอบรมฟื้นฟูในเรื่องเวชกรรมไทย ให้กับบุคลากรแพทย์แผนไทยจำนวน 17 คน และมีแพทย์แผนไทยที่สอบผ่าน ใบประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมไทยจำนวน 8 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 47

ปัจจุบัน มีแพทย์แผนไทยที่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาเวชกรรมไทย หรือ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 13 คน จาก 7 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 28.26 การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โรงพยาบาลที่มีรายการยาไม่ถึง 30 รายการ มี 2 อำเภอที่รายการยาไม่ถึง 30 รายการ ได้แก่ อ.นาเชือก และ อ.นาดีนระบบรายงานข้อมูล ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย และผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ในทุกระดับได้ประชุมวางแผนในการแก้ไขปัญหาการบันทึกข้อมูล รวมถึงการติดตามการบันทึกข้อมูลในพื้นที่แต่ละอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอการบูรณาการสุขภาพแบบองค์รวมร่วมกับสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะ Palliative Care ให้มีชัดเจนในทุกพื้นที่ มีข้อเสนอแนะคือ ควรจัดหาแพทย์แผนไทยระดับปริญญาที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือเท่าเทียมครบทุกโรงพยาบาล แพทย์แผนปัจจุบันทุกโรงพยาบาลที่เป็นทีมงานการแพทย์แผนไทยและ

การแพทย์ทางเลือกควรได้รับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหลักสูตรที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จัดหรือรับรองการนำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไปให้ประโยชน์ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ควรช่วยลดค่าใช้จ่ายหรือสามารถสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลโดยมีภาวะแทรกซ้อนกับประชาชนน้อยที่สุด ควรจัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่แผนกผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันและใช้กลไกการบริหารในส่วนภูมิภาค

ในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาบริการ โดยกำหนดให้มี Chief Thai Traditional and Alternative Medicine Officer (CTMO) และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้บริหารเขตและจังหวัด กระบวนการรับรองคุณภาพมีแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รวมทั้งยังกล่าวถึง แนวทางการสนับสนุนให้หมอพื้นบ้านเข้ามามีบทบาทในระบบบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการการรวมไปประกอบโรคศิลปะทั้ง 4 สาขา ของการแพทย์แผนไทย ให้เป็นใบเดียวการส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านไทยได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยจัดปฐมนิเทศนักจัดการงานทั่วไปโดยกองคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2.8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายงานการประชุม

สมัชชาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด (2557 : รายงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้านการใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่มีส่วนผสมของสมุนไพร กำลังได้รับความสนใจจากประชาชนมากขึ้นเรื่อยๆ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยควบคู่ไปกับการบริการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความต้องการตระหนัก ถึงการดูแลสุขภาพประชาชนด้วยพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้าน อยู่บนพื้นฐานความพอเพียง การอนุรักษ์ป่าธรรมชาติ และการสืบทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพกังวลและห่วงใย ต่อจำนวนหมอพื้นบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านอยู่กับตัวหมอพื้นบ้าน คนรุ่นใหม่ไม่ค่อยให้ความสนใจในการสืบทอด องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพโอกาสที่จะสูญสิ้นไปกับตัวหมอพื้นบ้านมีสูงมาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่งทุกระดับ สถานศึกษาทุกระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชน ร่วมกันสร้างความ

ตระหนักปลูกจิตสำนึกในการส่งเสริม สนับสนุน และอนุรักษ์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของชุมชน ร่วมกันส่งเสริมและสนับสนุนการรับรองคุ้มครองหมอพื้นบ้านและการสืบทอดองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านร่วมกันส่งเสริม สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง

การวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเผยแพร่สมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้านร่วมกันส่งเสริม สนับสนุนการอนุรักษ์ และการปลูกพืชสมุนไพร เพื่อเป็นอาหารและเป็นวัตถุดิบในการผลิตยาทั้งในการผลิตยาเพื่อใช้เองในชุมชน ส่งขายตลาดยาสมุนไพร และโรงงานผู้ผลิตยาจากสมุนไพร โดยได้รับการขึ้นทะเบียน ในทุกขั้นตอนการปลูกสมุนไพรเพื่อเป็นวัตถุดิบจะต้องปราศจากการปนเปื้อนสารเคมี และจุลินทรีย์ทำการผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคยาสมุนไพรด้วยกระบวนการที่ถูกต้อง สะอาดทุกขั้นตอนตรวจสอบสื่อโฆษณาทางวิทยุ สิ่งพิมพ์ และเคเบิลทีวีที่โฆษณายาจากสมุนไพร และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมจากสมุนไพรมีสรรพคุณเกินจริง นอกจากนี้ให้ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพชุมชนด้วยพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้านทุกรูปแบบ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 1, 2 และ 3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 27 สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดร้อยเอ็ด สถาบันระดับอุดมศึกษา สนับสนุนให้มีการบรรจุหลักสูตรท้องถิ่น การดูแลสุขภาพชุมชนด้วยพืชสมุนไพร และภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อจัดให้มีการเรียนการสอนในโรงเรียน โดยมีหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุนองค์ความรู้เสริมสร้าง องค์ความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในสรรพคุณ ในการรักษาโรคของยาจากสมุนไพรกับแพทย์แผนปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมโดยอัคริยะภูมิปัญญาไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง” มุ่งศึกษา การพัฒนาทุนมนุษย์ มีความสัมพันธ์กับ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม เพื่อต้องการทราบว่าปัจจัยด้านใดบ้างที่มีผลต่อการพัฒนายุทธศาสตร์เวชกรรม การแพทย์แผนไทย และตัวแปรที่ทั้งสองจะส่งผลต่อกันหรือไม่ การวิจัยครั้งนี้ มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในลักษณะที่ต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สัมพันธ์กันเชิงเหตุผล (Causal Relationship) ของตัวแปรตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป คือ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม เพื่อดูทิศทางความสัมพันธ์ว่าเป็นไปในทิศทางใดและมีระดับของความสัมพันธ์เป็นอย่างไร ระเบียบวิธีวิจัยรวมทั้งสิ้น 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 3.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือการวิจัย
- 3.3 การทดสอบค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ของตัวแปรปรากฏการณ์เชิงประจักษ์และพฤติกรรมต่างๆ ในลักษณะเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Studies) แบบสหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation) เพราะเหตุที่มีตัวแปรตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป สำหรับประชากรวิจัยที่จะทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยในเขตพื้นที่อีสานตอนกลาง ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด

3.1.1.1 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่ 4,341,716 ไร่ หรือ ร้อยละ 4.5 ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากร 984,907 คน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีประชากรอยู่หนาแน่นมากที่สุด จากข้อมูลปี 2557 มีประชากรอยู่ในวัยทำงานสูงที่สุด คือ อายุ 15-59 ปี จำนวนร้อยละ 69.2 โรคที่มา

รัฐบาลบริการสูงสุดคือ โรคเบาหวาน และโรคที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ โรคเนื้อร้ายในท่อน้ำดี รองลงมา คือ โรคไตวาย เบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ

ชนเผ่าดั้งเดิมของจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ชนเผ่าละว้า มีความอุดมสมบูรณ์และมีความเจริญกว่า 1,600 ปี ทางภาคอีสาน มีการแบ่งการปกครองโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 151 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง และเทศบาลตำบล 67 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 81 แห่ง ข้อมูลด้านการบริการสาธารณสุข ตามระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ ประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุข คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 18 แห่ง โรงพยาบาลส่วนตำบล 157 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป 1 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน / สมเด็จพระยุพราช 17 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง สถานพยาบาล 4 แห่ง สถานบริการพยาบาลที่มีการบุคลากรแพทย์แผนไทยมีดังแสดงในตาราง 3.1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558)

ตาราง 3-1 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดกาฬสินธุ์

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|--------------------------------|-------|
| 1. รพ.สต.บ้านกอก (3) | 1 |
| 2. รพ.สต.บ้านกุดครอง (2) (3) | 2 |
| 3. รพ.สต.บ้านกุดคำว (3) | 1 |
| 4. รพ.สต.บ้านกุดบอด (3) | 1 |
| 5. รพ.สต.บ้านกุดผึ้งแดง (3) | 2 |
| 6. รพ.สต.บ้านกุดหว้า (2) (3) | 2 |
| 7. รพ.สต.บ้านขาม (3) | 1 |
| 8. รพ.สต.บ้านคงอุดม (3) | 1 |
| 9. รพ.สต.บ้านคำบัง (2)(3)(4) | 3 |
| 10. รพ.สต.บ้านคำลือชา (3) | 1 |
| 11. รพ.สต.บ้านคำหอม (3) | 1 |
| 12. รพ.สต.บ้านคำเหมือดแก้ว (3) | 1 |
| 13. รพ.สต.บ้านคำใหญ่ (3) | 1 |
| 14. รพ.สต.บ้านคำไฮ (2)(3) | 3 |
| 15. รพ.สต.บ้านคุย (2) | 1 |
| 16. รพ.สต.บ้านค้อพัฒนา (3) | 2 |

ตาราง 3-1 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดกาฬสินธุ์ (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|--------------------------------|-------|
| 17. รพ.สต.บ้านจวน (1) | 4 |
| 18. รพ.สต.บ้านดงสวนพัฒนา (4) | 1 |
| 19. รพ.สต.บ้านดงสว่าง (3) | 1 |
| 20. รพ.สต.บ้านดอนยานาง (3) | 1 |
| 21. รพ.สต.บ้านตูม (3) | 1 |
| 22. รพ.สต.บ้านทรายทอง (3) | 1 |
| 23. รพ.สต.บ้านท่าไคร้ (3) | 1 |
| 24. รพ.สต.บ้านนาจารย์ (3) | 2 |
| 25. รพ.สต.บ้านนาจำปา (3) | 2 |
| 26. รพ.สต.บ้านนามล (3) | 2 |
| 27. รพ.สต.บ้านนามะเขือ (3) | 1 |
| 28. รพ.สต.บ้านนาเชือก (3) | 1 |
| 29. รพ.สต.บ้านนาเรียง (3) | 1 |
| 30. รพ.สต.บ้านนาโก (3) | 3 |
| 31. รพ.สต.บ้านบอน (3) | 1 |
| 32. รพ.สต.บ้านนามล (3) | 2 |
| 33. รพ.สต.บ้านนามะเขือ (3) | 1 |
| 34. รพ.สต.บ้านนาเชือก (3) | 1 |
| 35. รพ.สต.บ้านนาเรียง (3) | 1 |
| 36. รพ.สต.บ้านนาโก (3) | 3 |
| 37. รพ.สต.บ้านปาก (3) | 1 |
| 38. รพ.สต.บ้านบ่อ (2) | 1 |
| 39. รพ.สต.บ้านปอแดง (3) | 1 |
| 40. รพ.สต.บ้านภูฮ้าง (3) | 1 |
| 41. รพ.สต.บ้านมหาไชย (3) | 1 |
| 42. รพ.สต.บ้านม่วงกุ่มขจร (3) | 1 |
| 43. รพ.สต.บ้านยอดแกง (3) | 1 |
| 44. รพ.สต.บ้านสงเปลือย (3) (4) | 2 |
| 45. รพ.สต.บ้านสวนผึ้ง (2) | 1 |

ตาราง 3-1 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดกาฬสินธุ์ (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|--------------------------------------|-------|
| 46. รพ.สต.บ้านสวนโคก (3) | 1 |
| 47. รพ.สต.บ้านสะอาดนาทม (3) | 1 |
| 48. รพ.สต.บ้านสะอาดไทรศรี (3) | 1 |
| 49. รพ.สต.บ้านสันติสุข (1) (2) | 3 |
| 50. รพ.สต.บ้านสูงเนิน (3) | 1 |
| 51. รพ.สต.บ้านส้มป่อย (3) | 1 |
| 52. รพ.สต.บ้านหนองกุง (3) | 1 |
| 53. รพ.สต.บ้านหนองกุงน้อย (1) (3) | 2 |
| 54. รพ.สต.บ้านหนองตอกแป้น (3) | 1 |
| 55. รพ.สต.บ้านหนองบัว (3) | 1 |
| 56. รพ.สต.บ้านหนองบัวทอง (3) | 1 |
| 57. รพ.สต.บ้านหนองบัวโดน (2) | 1 |
| 58. รพ.สต.บ้านหนองบัวโน (2) | 1 |
| 59. รพ.สต.บ้านหนองสอ (2) (3) | 5 |
| 60. รพ.สต.บ้านหนองห้าง (2) | 1 |
| 61. รพ.สต.บ้านหนองฮีเฒ่า (3) | 1 |
| 62. รพ.สต.บ้านหนองฮีบุตร (3) | 1 |
| 63. รพ.สต.บ้านหนองแซง (3) | 2 |
| 64. รพ.สต.บ้านหนองแวงใต้ (1) (3) (4) | 10 |
| 65. รพ.สต.บ้านหนองแสง (3) | 1 |
| 66. รพ.สต.บ้านหนองโพน (3) | 1 |
| 67. รพ.สต.บ้านหมู่มั่น (3) | 1 |
| 68. รพ.สต.บ้านหัวนาคำ (5) | 1 |
| 69. รพ.สต.บ้านหัวมะทอ (3) (4) | 2 |
| 70. รพ.สต.บ้านหัวยางดง (3) | 1 |
| 71. รพ.สต.บ้านหัวเตย (3) | 1 |
| 72. รพ.สต.บ้านอุทัยวรรณ (3) | 1 |
| 73. รพ.สต.บ้านเก่าเตี๋ย (4) | 2 |
| 74. รพ.สต.บ้านเสียว (3) | 1 |

ตาราง 3-1 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดกาฬสินธุ์ (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 75. รพ.สต.บ้านเหล่าใหญ่ (3) | 1 |
| 76. รพ.สต.บ้านเหล่าไทรงาม (2) | 1 |
| 77. รพ.สต.บ้านแก (3) | 2 |
| 78. รพ.สต.บ้านแจนแลน (3) | 1 |
| 79. รพ.สต.บ้านโคกก่อง (3) | 1 |
| 80. รพ.สต.บ้านโคกประสิทธิ์ (2) | 1 |
| 81. รพ.สต.บ้านโคกศรี (3) (1) | 3 |
| 82. รพ.สต.บ้านโคกใหญ่ (3) | 1 |
| 83. รพ.สต.บ้านโนนน้ำเกลี้ยง (3) | 1 |
| 84. รพ.สต.บ้านโนนพองแก้ว (3) | 1 |
| 85. รพ.สต.บ้านโนนศรีสวัสดิ์ (3) | 1 |
| 86. รพ.สต.บ้านโนนศิลาแลง (3) | 1 |
| 87. รพ.สต.บ้านโนนสว่าง (3) | 1 |
| 88. รพ.สต.บ้านโนนสูง (3) | 1 |
| 89. รพ.สต.บ้านโนนเขวา (2) | 3 |
| 90. รพ.สต.บ้านโนนแดง (3) | 1 |
| 91. รพ.สต.บ้านโนนแหลมทอง (3) | 1 |
| 92. รพ.สต.บ้านโพน (2) | 1 |
| 93. รพ.สต.บ้านโพนสว่าง (2) | 1 |
| 94. รพ.สต.บ้านไค้่นุ่น (3) | 2 |
| 95. รพ.สต.บ้านหนองแวงศรี (2) | 1 |
| 96. รพ.สต.บ้านหนองแวงแสน (3) | 1 |
| 97. รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี | 1 |
| 98. รพ.สต.แก้งนคร (3) | 1 |
| 99. รพ.สต.โนนชัย (3)(4)(5) | 4 |
| 100. รพ.สต.โนนสว่าง (2) | 1 |
| 101.โรงพยาบาลกมลาไสย (1) (3) | 16 |
| 102.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (1) (2)(3) | 35 |
| 103.โรงพยาบาลดอนจาน (2) | 1 |

ตาราง 3-1 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดกาฬสินธุ์ (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 104.โรงพยาบาลท่าคันโท (2) | 1 |
| 105.โรงพยาบาลนาคู (3) | 2 |
| 106.โรงพยาบาลนามน (3) | 1 |
| 107.โรงพยาบาลร่องคำ (3) | 5 |
| 108.โรงพยาบาลสมเด็จ (4) | 4 |
| 109.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (1) (2) | 2 |
| 110.โรงพยาบาลห้วยผึ้ง (3) | 3 |
| 111.โรงพยาบาลเขาวง (1) | 1 |
| รวม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแพทย์แผนไทย | 219 |

ที่มา : ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข (2561)

3.1.1.2 จังหวัดร้อยเอ็ด มีพื้นที่ 8,299.46 ตารางกิโลเมตร หรือ 5,187,156 ไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของภาค มีการปกครอง 20 อำเภอ 192 ตำบล 2,444 หมู่บ้าน 20 ชุมชนมีประชากรทั้งหมดจำนวน 1,303,093 คนโรคระบาดที่พบมากที่จังหวัดร้อยเอ็ดคือ โรคไข้เลือดออก สถานบริการสุขภาพด้านแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย สถานบริการแพทย์แผนไทย ดังนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 20 แห่งรพ.สต. 229 แห่งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 1 แห่งโรงพยาบาลชุมชน / สมเด็จพระยุพราช 19 แห่งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น 1 แห่งโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่งสถานพยาบาล 5 แห่ง (สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2561)

ตาราง 3-2 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 1. รพ.สต.บ้านขอนแก่นใต้ ตำบลขอนแก่น (3) | 1 |
| 2. รพ.สต.บ้านชีเหล็ก ตำบลชีเหล็ก (5) | 2 |
| 3. รพ.สต.บ้านข่อย ตำบลหนองหิน (2) (5) | 3 |
| 4. รพ.สต.บ้านข่าใหญ่ ตำบลหนองผือ (5) | 1 |
| 5. รพ.สต.บ้านคางสูง ตำบลวิชัยบุรี (3) | 1 |
| 6. รพ.สต.บ้านคำพุง ตำบลคำพุง (3) | 1 |
| 7. รพ.สต.บ้านค้อใหญ่ ตำบลค้อใหญ่ (4) | 1 |

ตาราง 3-2 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 8. รพ.สต.บ้านจวนใต้ ตำบลโพนสูง (4) | 1 |
| 9. รพ.สต.บ้านชมสะอาด ตำบลชมสะอาด (3) | 1 |
| 10. รพ.สต.บ้านชุมพร ตำบลชุมพร (4) | 1 |
| 11. รพ.สต.บ้านซึ้ง ตำบลหนองแก้ว (2) (4) | 2 |
| 12. รพ.สต.บ้านดงกลาง ตำบลโคกกกม่วง (3) | 1 |
| 13. รพ.สต.บ้านดงแดง ตำบลดงแดง (5) | 1 |
| 14. รพ.สต.บ้านดอกกล้า ตำบลดอกกล้า (4) | 3 |
| 15. รพ.สต.บ้านดอนคู ตำบลหัวช้าง (4) | 1 |
| 16. รพ.สต.บ้านดอนเจริญ ตำบลดอนโอง (5) | 1 |
| 17. รพ.สต.บ้านคู ตำบลบ้านคู (3) | 1 |
| 18. รพ.สต.บ้านคู - ฝ่ายใหญ่ ตำบลหนองแคน (4) | 1 |
| 19. รพ.สต.บ้านตาหยวก ตำบลทุ่งหลวง (4) | 1 |
| 20. รพ.สต.บ้านท่าม่วง ตำบลท่าม่วง (4) | 1 |
| 21. รพ.สต.บ้านท่าลาด ตำบลม่วงลาด (4) | 1 |
| 22. รพ.สต.บ้านนานวล ตำบลนานวล (3) | 1 |
| 23. รพ.สต.บ้านนาอู่ ตำบลโพธิ์ทอง (5) | 1 |
| 24. รพ.สต.บ้านนาเมือง ตำบลนาเมือง (3) | 2 |
| 25. รพ.สต.บ้านนาแพง ตำบลนาอุดม (3) | 1 |
| 26. รพ.สต.บ้านนาใหญ่ ตำบลนาใหญ่ (3) | 2 |
| 27. รพ.สต.บ้านน้ำคำ ตำบลน้ำคำ (3) | 1 |
| 28. รพ.สต.บ้านน้ำคำ ตำบลโพนเมือง (3) | 1 |
| 29. รพ.สต.บ้านบะตะกา ตำบลหนองใหญ่(1) (4) | 1 |
| 30. รพ.สต.บ้านบะเค ตำบลโพธิ์ทอง (5) | 1 |
| 31. รพ.สต.บ้านบัวขาว ตำบลสระบัว (3) | 1 |
| 32. รพ.สต.บ้านบากโดนน้อย ตำบลบ้านบาก (1) | 1 |
| 33. รพ.สต.บ้านป่าสังข์ ตำบลป่าสังข์ (5) | 1 |
| 34. รพ.สต.บ้านผ้า ตำบลเมืองสรวง (3) | 1 |
| 35. รพ.สต.บ้านผ้า ตำบลโนนสว่าง (3) | 1 |
| 36. รพ.สต.บ้านพันขาง ตำบลนางาม (4) | 1 |

ตาราง 3-2 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 37. รพ.สต.บ้านมะบ้า ตำบลบึงงาม (4) | 1 |
| 38. รพ.สต.บ้านยางเมือ ตำบลชีเหล็ก (3) | 1 |
| 39. รพ.สต.บ้านยางเลิง ตำบลดอไม้ (3) | 2 |
| 40. รพ.สต.บ้านรวมไทย ตำบลโหรา (4) | 1 |
| 41. รพ.สต.บ้านร่องคำ ตำบลป่าสังข์ (5) | 1 |
| 42. รพ.สต.บ้านลินฟ้า ตำบลลินฟ้า (1) (4) | 2 |
| 43. รพ.สต.บ้านศาลา ตำบลชานูวรรณ (4) | 2 |
| 44. รพ.สต.บ้านสนามชัย ตำบลเหล่าหลวง (4) | 1 |
| 45. รพ.สต.บ้านสระบัว ตำบลสระบัว (4) | 1 |
| 46. รพ.สต.บ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว (3) | 2 |
| 47. รพ.สต.บ้านสวนปอ ตำบลหนองแคน (4) | 1 |
| 48. รพ.สต.บ้านสองห้อง ตำบลโคกสูง (4) | 1 |
| 49. รพ.สต.บ้านสังข์ - สงยาง ตำบลสะอาดสมบูรณ์ (4) | 1 |
| 50. รพ.สต.บ้านสามขา ตำบลโพธิ์สูง (1)(3)(4) | 1 |
| 51. รพ.สต.บ้านสาวแห ตำบลสาวแห (3) | 2 |
| 52. รพ.สต.บ้านสีสวาด ตำบลหนองหมื่นถ่าน (3) | 2 |
| 53. รพ.สต.บ้านสีสวาด ตำบลหนองหมื่นถ่าน (3) | 2 |
| 54. รพ.สต.บ้านสูงยาง ตำบลคูเมือง (3) (4) | 2 |
| 55. รพ.สต.บ้านหนองกุง ตำบลบ้านฝาง (3) | 1 |
| 56. รพ.สต.บ้านหนองขาม ตำบลหนองขาม (3) | 2 |
| 57. รพ.สต.บ้านหนองจอก ตำบลเหล่าน้อย (4) | 1 |
| 58. รพ.สต.บ้านหนองจิก ตำบลดงลาน (3) | 2 |
| 59. รพ.สต.บ้านหนองทัพไทย ตำบลหนองทัพไทย(3) | 2 |
| 60. รพ.สต.บ้านหนองบัวพัฒนา ตำบลน้ำอ้อม (4) | 1 |
| 61. รพ.สต.บ้านหนองหมื่นถ่าน ตำบลหนองหมื่นถ่าน (3) | 2 |
| 62. รพ.สต.บ้านหนองอ่าง ตำบลกำแพง (3) | 1 |
| 63. รพ.สต.บ้านหนองเม็ก ตำบลทุ่งศรีเมือง (3) | 1 |
| 64. รพ.สต.บ้านหนองแวง ตำบลหนองแวง(4) | 1 |
| 65. รพ.สต.บ้านหนองแฮด ตำบลหนองขาม(3) | 2 |

ตาราง 3-2 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 66. รพ.สต.บ้านหนองใหญ่ ตำบลหนองใหญ่ (1) | 1 |
| 67. รพ.สต.บ้านหนองไผ่ ตำบลสิงห์โคก (1) | 1 |
| 68. รพ.สต.บ้านหนองม ตำบลหนองม (3) | 1 |
| 69. รพ.สต.บ้านหวายหลึม ตำบลมะบ้า (4) | 1 |
| 70. รพ.สต.บ้านหัวคู้ ตำบลบึงเกลือ (4) | 1 |
| 71. รพ.สต.บ้านหัวหนอง ตำบลหนองแวง (4) | 2 |
| 72. รพ.สต.บ้านห้วยสามัคคี ตำบลศรีวิสัย (4) | 1 |
| 73. รพ.สต.บ้านอนามัย ตำบลฝักแว่น (4) | 1 |
| 74. รพ.สต.บ้านอึ่งออง ตำบลอึ่งออง (4) | 1 |
| 75. รพ.สต.บ้านอู่มะเ้า ตำบลอู่มะเ้า (3) | 1 |
| 76. รพ.สต.บ้านเกล็ดหิน ตำบลหนองแวง (3) | 2 |
| 77. รพ.สต.บ้านแก่น้อย ตำบลน้ำคำ (4) | 1 |
| 78. รพ.สต.บ้านเมืองทอง ตำบลเมืองทอง (4) | 1 |
| 79. รพ.สต.บ้านเมืองหงษ์ ตำบลเมืองหงษ์(5) | 1 |
| 80. รพ.สต.บ้านแก่นทราย ตำบลรอบเมือง (3) | 1 |
| 81. รพ.สต.บ้านแคน ตำบลแคนใหญ่ (4) | 1 |
| 82. รพ.สต.บ้านแจ่มอารมณ์ ตำบลดงครั้งใหญ่ (3) | 1 |
| 83. รพ.สต.บ้านแจ้ง ตำบลแจ้ง (3) | 4 |
| 84. รพ.สต.บ้านแมต ตำบลสะอาดสมบูรณ์ (2) | 1 |
| 85. รพ.สต.บ้านโคกกกม่วง ตำบลโคกกกม่วง (3) | 1 |
| 86. รพ.สต.บ้านโนนรัง ตำบลโนนรัง (3) | 1 |
| 87. รพ.สต.บ้านโนนสนาม ตำบลเมืองไพร (4) | 1 |
| 88. รพ.สต.บ้านโนนสว่าง ตำบลเหนือเมือง (3) | 2 |
| 89. รพ.สต.บ้านโนนโพธิ์ ตำบลหนองใหญ่ (4) | 1 |
| 90. รพ.สต.บ้านโพนเมือง ตำบลโพนเมือง (3) | 2 |
| 91. รพ.สต.บ้านใหม่สามัคคี ตำบลนาแซง (3) (4) | 2 |
| 92. รพ.สต.บ้านไผ่ ตำบลหมู่มัน (3) | 1 |
| 93. รพ.สต.หนองตาโฮม ตำบลชีเหล็ก (4) | 2 |
| 94. รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (1) (4) | 3 |

ตาราง 3-2 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|---|-------|
| 95. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 (3) | 1 |
| 96. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (1) | 1 |
| 97. โรงพยาบาลกรุงเทพจรีเวช (3) | 3 |
| 98. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน (1) (2) | 2 |
| 99. โรงพยาบาลจันทาร (1) (3) | 2 |
| 100.โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง (3) | 1 |
| 101.โรงพยาบาลธวัชบุรี (3) | 2 |
| 102. โรงพยาบาลปทุมรัตน์ (3) | 2 |
| 103. โรงพยาบาลพนมไพร (4) | 3 |
| 104. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (1) | 5 |
| 105. โรงพยาบาลศรีสมเด็จ (1) (3) | 4 |
| 106. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ (1) (3) | 6 |
| 107. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกลาง ตำบลดงกลาง (4) | 1 |
| 108. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาทม ตำบลภูเงิน (3) | 1 |
| 109.โรงพยาบาลหนองพอก (1) (3) | 4 |
| 110. โรงพยาบาลหนองฮี (3) | 1 |
| 111.โรงพยาบาลอาจสามารถ (1) (2) (3) | 5 |
| 112.โรงพยาบาลเชียงขวัญ (2) (3) | 2 |
| 113.โรงพยาบาลเมยวดี (1) (4) | 4 |
| 114.โรงพยาบาลเมืองสรวง (2) | 5 |
| 115.โรงพยาบาลโพนทราย (1) (3) | 4 |
| 116.โรงพยาบาลโพนทอง (1) | 2 |
| รวม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแพทย์แผนไทย | 187 |

ที่มา : ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)

3.1.1.3 จังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่ 5,291.7 ตารางกิโลเมตร (อันดับที่ 42 ของประเทศ) หรือประมาณ 3.38 ล้านไร่ มีชนหลายเผ่า เช่น ชาวไทยพื้นเมืองพูดภาษาอีสาน ชาวไทยย้อและชาวผู้ไทการปกครองแบ่งออกเป็น 13 อำเภอ 133 ตำบล 1,944 หมู่บ้าน และ 30 ชุมชน มีประชากรทั้งหมดจำนวน 963,484 คน สถานบริการสุขภาพประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 175 แห่งโรงพยาบาลศูนย์ /
ทั่วไป 1 แห่งโรงพยาบาลชุมชน / สมเด็จพระยุพราช 12 แห่งโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง
สถานพยาบาล 6 แห่งศูนย์วิชาการ 1 แห่ง นอกจากนี้ จังหวัดมหาสารคามเคยเป็นจังหวัดที่มีชื่อเสียง
ในด้านการรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยหลายแห่ง

ตาราง 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|-----------------------------|-------|
| 1. รพ.สต.บ้านกุด้รัง (3) | 1 |
| 2. รพ.สต.บ้านขามเปี้ย(3) | 1 |
| 3. รพ.สต.บ้านชิงแคง (3) | 1 |
| 4. รพ.สต.บ้านจัวบา (3) | 1 |
| 5. รพ.สต.บ้านซาด (4) | 1 |
| 6. รพ.สต.บ้านดงบัง (3) | 1 |
| 7. รพ.สต.บ้านดงมัน (3) | 1 |
| 8. รพ.สต.บ้านดงยาง (3) | 1 |
| 9. รพ.สต.บ้านดงแคน (3)(4) | 2 |
| 10. รพ.สต.บ้านดอนตี้ว (3) | 1 |
| 11. รพ.สต.บ้านดอนมันน้ำ (3) | 1 |
| 12. รพ.สต.บ้านดอนหมี่ (3) | 1 |
| 13. รพ.สต.บ้านดอนหลี่ (1) | 1 |
| 14. รพ.สต.บ้านดอนหว่าน (3) | 1 |
| 15. รพ.สต.บ้านคูเหนือ (1) | 1 |
| 16. รพ.สต.บ้านทองกลาง (3) | 1 |
| 17. รพ.สต.บ้านท่าขนยาง (3) | 1 |
| 18. รพ.สต.บ้านท่าตุ้ม (3) | 1 |

ตาราง 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|-------------------------------|-------|
| 19. รพ.สต.บ้านนาข่า (2) | 1 |
| 20. รพ.สต.บ้านนาสีนวน (1) | 1 |
| 21. รพ.สต.บ้านนาเลา(3) | 1 |
| 22. รพ.สต.บ้านนาโพธิ์(4) | 1 |
| 23. รพ.สต.บ้านบัวมาศ(2) | 1 |
| 24. รพ.สต.บ้านบุงงิ้ว(3) | 1 |
| 25. รพ.สต.บ้านบุรพาสามัคคี(3) | 1 |
| 26. รพ.สต.บ้านบ่อใหญ่(3) | 2 |
| 27. รพ.สต.บ้านประชาอาสา(3) | 1 |
| 28. รพ.สต.บ้านปลาขาว(3) | 1 |
| 29. รพ.สต.บ้านปอพาน(3) | 1 |
| 30. รพ.สต.บ้านป่าข้าง(3) | 1 |
| 31. รพ.สต.บ้านป่าโพธิ์(3) | 1 |
| 32. รพ.สต.บ้านพังดี(3) | 1 |
| 33. รพ.สต.บ้านมะกอก(3) | 1 |
| 34. รพ.สต.บ้านลาด(3) | 1 |
| 35. รพ.สต.บ้านวังปทุม(3) | 1 |
| 36. รพ.สต.บ้านวังปลาโต(3) | 1 |
| 37. รพ.สต.บ้านวังยาว(3) | 1 |
| 38. รพ.สต.บ้านวังแสง(3) | 1 |
| 39. รพ.สต.บ้านสระปาก(3) | 1 |
| 40. รพ.สต.บ้านสำโรง(3) | 1 |

ตาราง 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|--------------------------------|-------|
| 41. รพ.สต.บ้านสุขสำราญ(3) | 1 |
| 42. รพ.สต.บ้านหนองกุ้ง(3) | 2 |
| 43. รพ.สต.บ้านหนองจิก(3) | 1 |
| 44. รพ.สต.บ้านหนองซอน(3) | 1 |
| 45. รพ.สต.บ้านหนองบัว(3) | 1 |
| 46. รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต(3) | 1 |
| 47. รพ.สต.บ้านหนองม่วง(3) | 1 |
| 48. รพ.สต.บ้านหนองระเวียง(3) | 1 |
| 49. รพ.สต.บ้านหนองสระ(3) | 1 |
| 50. รพ.สต.บ้านหนองสระพัง(3)(4) | 2 |
| 51. รพ.สต.บ้านหนองหว่า(2) | 1 |
| 52. รพ.สต.บ้านหนองหว่าเฒ่า(3) | 1 |
| 53. รพ.สต.บ้านหนองอุ่ม(3) | 1 |
| 54. รพ.สต.บ้านหนองเสือ(4) | 1 |
| 55. รพ.สต.บ้านหนองแก(3) | 1 |
| 56. รพ.สต.บ้านหนองแดง (3) | 1 |
| 57. รพ.สต.บ้านหนองแต่น้อย(3) | 1 |
| 58. รพ.สต.บ้านหนองแวง(3) | 3 |
| 59. รพ.สต.บ้านหนองแสน(3) | 1 |
| 60. รพ.สต.บ้านหนองโพธิ์(3) | 1 |
| 61. รพ.สต.บ้านหนองไผ่(3) | 1 |
| 62. รพ.สต.บ้านหัวดง(3) | 1 |

ตาราง 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|------------------------------|-------|
| 63. รพ.สต.บ้านห้วยนา(3) | 1 |
| 64. รพ.สต.บ้านห้วยนาไทย(3) | 1 |
| 65. รพ.สต.บ้านห้วยหนอง(3) | 1 |
| 66. รพ.สต.บ้านห้วยหนองคู(3) | 1 |
| 67. รพ.สต.บ้านห้วยเข้แตก(3) | 1 |
| 68. รพ.สต.บ้านห้วยแคน(3) | 1 |
| 69. รพ.สต.บ้านห้วยแอ่ง(3) | 1 |
| 70. รพ.สต.บ้านอุปราช(1)(3) | 2 |
| 71. รพ.สต.บ้านเกิ้ง(3) | 1 |
| 72. รพ.สต.บ้านเขวาฟุ้ง(3) | 1 |
| 73. รพ.สต.บ้านเขื่อน(3) | 1 |
| 74. รพ.สต.บ้านเชียงเหียน(3) | 1 |
| 75. รพ.สต.บ้านเปลือยน้(3) | 1 |
| 76. รพ.สต.บ้านเมืองเสือ(3) | 1 |
| 77. รพ.สต.บ้านเลิงแฝก(3) | 1 |
| 78. รพ.สต.บ้านเสือเฒ่า(3) | 1 |
| 79. รพ.สต.บ้านเสือไก่(3) | 1 |
| 80. รพ.สต.บ้านเหล่าจัน(3) | 1 |
| 81. รพ.สต.บ้านเหล่าตามา(3) | 1 |
| 82. รพ.สต.บ้านเหล่าบัวบาน(3) | 1 |
| 83. รพ.สต.บ้านเหล่ายาว(3) | 1 |
| 84. รพ.สต.บ้านเหล่าหมากคำ(3) | 1 |

ตาราง 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|-------------------------------|-------|
| 85. รพ.สต.บ้านแก่นท้าว(3) | 1 |
| 86. รพ.สต.บ้านแคน(3) | 1 |
| 87. รพ.สต.บ้านแดงโพง(3) | 1 |
| 88. รพ.สต.บ้านแบก(3) | 2 |
| 89. รพ.สต.บ้านแพง(1)(2) | 2 |
| 90. รพ.สต.บ้านโคกกกลาง(1) | 1 |
| 91. รพ.สต.บ้านโคกก่อ(3) | 1 |
| 92. รพ.สต.บ้านโคกบัวค้อ(3) | 1 |
| 93. รพ.สต.บ้านโคกไร่(3) | 1 |
| 94. รพ.สต.บ้านโนน(3) | 1 |
| 95. รพ.สต.บ้านโนนทอง(2) | 1 |
| 96. รพ.สต.บ้านโนนพยอม(3) | 1 |
| 97. รพ.สต.บ้านโนนภิบาล(3) | 1 |
| 98. พ.สต.บ้านโนนม่วง(3) | 1 |
| 99. รพ.สต.บ้านโนนรัง(3) | 1 |
| 100. รพ.สต.บ้านโนนราชสี(3) | 1 |
| 101.รพ.สต.บ้านโนนสูง(3) | 1 |
| 102.รพ.สต.บ้านโนนเพ็ก(3) | 1 |
| 103.รพ.สต.บ้านโนนเมืองน้อย(3) | 1 |
| 104.รพ.สต.บ้านโนนแต่(3) | 1 |
| 105.รพ.สต.บ้านโพธิ์(3) | 1 |
| 106.รพ.สต.บ้านโพธิ์ชัย(3) | 1 |

ตาราง 3-3 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

| สถานพยาบาล บริการสุขภาพ | จำนวน |
|--|-------|
| 107. รพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง(3) | 1 |
| 108.รพ.สต.บ้านโพนงาม(3) | 1 |
| 109.รพ.สต.บ้านโพนทอง(3) | 1 |
| 110.รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี(3) | 2 |
| 111.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี มหาสารคาม(1) | 1 |
| 112. ศูนย์แพทย์ราชภัฏศรีสวดีมหาสารคาม(3) | 1 |
| 113.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม(2) (3) | 3 |
| 114.เทศบาลเมืองมหาสารคาม (3) | 1 |
| 115.โรงพยาบาลกันทรวิชัย (1) (2) | 3 |
| 116.โรงพยาบาลกุตุรง(2) (3) | 2 |
| 117.โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย(3) | 9 |
| 118.โรงพยาบาลมหาสารคาม(1) (3) | 5 |
| 119.โรงพยาบาลยางสีสุราช(1) (3) | 2 |
| 120.โรงพยาบาลวาปีปทุม(3) | 5 |
| 121.โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2) | 15 |
| 122.โรงพยาบาลเขียงยืน(3) | 2 |
| 123.โรงพยาบาลแกดคำ(3) | 4 |
| รวม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแพทย์แผนไทย | 173 |

ที่มา : ระบบสารสนเทศศุนย์กลางทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)

3.1.1.4 จังหวัดขอนแก่น มีบทบาทเชิงพื้นที่เป็นศูนย์กลางในการคมนาคมไปสู่ภูมิภาคต่างๆ และมีแผนพัฒนาสู่มหานครแห่งอาเซียน เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคทั้งด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (สำนักงานจังหวัดขอนแก่น, 2555, น.46) และ เป็นศูนย์กลางบริการ

ด้านการแพทย์ที่สำคัญในระดับภาค และนานาชาติ มีประชากรจำนวน 1,798,014 คน มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (Gross Provincial Product: GPP) 145,372 ล้านบาท (สำนักงานจังหวัดขอนแก่น, 2555, น.14) เป็นลำดับที่ 18 ของประเทศ เป็นลำดับที่ 2 รองจากจังหวัดนครราชสีมา แต่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร (Per Capita GPP) 76,871 บาท เป็นอันดับ 1 ในภาคอีสาน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2554) มีบทบาทเชิงพื้นที่ในฐานะตั้งอยู่ในระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก (East-West Economic Corridor: EWEC) ตัดกับแนวเชื่อมโยงเศรษฐกิจเหนือ-ใต้ สู่พื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก (Eastern Sea Board : ESB) เป็นพื้นที่ภายใต้การส่งเสริมภาครัฐ 1 ใน 3 ของจังหวัดนำร่องในการพัฒนาให้เป็นนครแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร เหมือนกันกับจังหวัดภูเก็ต และเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพต่อการส่งเสริมการค้าการลงทุน เนื่องจากเป็นเมืองศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโครงสร้างพื้นฐานด้านต่างๆพร้อมรองรับการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้จัดจังหวัดขอนแก่นอยู่ในเขตส่งเสริมการลงทุนเขต 3 ซึ่งมีสิทธิและประโยชน์ ด้านการยกเว้นอากรขาเข้ายกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวและมีประชากรที่เป็นวัยแรงงานทำงานเพียงพอ ในตลาดแรงงานท้องถิ่น

จังหวัดขอนแก่น ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการเขต 7 (Network Health 7) ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยในพื้นที่นี้จังหวัดขอนแก่นมีประชากรมากที่สุด คือ 1,798,014 คน จำนวนบ้านเรือน 588,757 หลังคาเรือน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา แบ่งตามเขตการปกครองออกเป็น 26 อำเภอ 198 ตำบล 2,331 หมู่บ้าน 389 ชุมชน ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่นอำเภอบ้านฝาง อำเภอพระยืนอำเภอหนองเรืออำเภอชุมแพ อำเภอสีสมพูนอำเภอ น้ำพองอำเภออุบลรัตน์อำเภอกระนวน อำเภอบ้านไผ่อำเภอเปือยน้อย อำเภอพล อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย อำเภอหนองสองห้อง อำเภอภูเวียง อำเภอมีถุนจาศรีอำเภอชนบท อำเภอเขาสวนกวาง อำเภอภูผาม่าน อำเภอซำสูง อำเภอโคกโพธิ์ไชยอำเภอหนองนาคำ อำเภอบ้านแฮดอำเภอโนนศิลาอำเภอเวียงเก่าจำนวนแพทย์แผนไทยแสดงดังข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (<http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php>) ดังตาราง 3-4

ตาราง 3-4 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดขอนแก่น

| สถานพยาบาลบริการ | จำนวนคน |
|--------------------------------|---------|
| 1. รพ.สต. ตำบลวังชัย (1)(3) | 2 |
| 2. รพ.สต. ตำบลกุดขอนแก่น (3) | 1 |
| 3. รพ.สต. ตำบลกุดพังทวย (3) | 1 |
| 4. รพ.สต. ตำบลก้านเหลือง (2) | 1 |
| 5. รพ.สต. ตำบลคำแคน (3) | 1 |
| 6. รพ.สต. ตำบลคำแมด (3) | 1 |
| 7. รพ.สต. ตำบลดงเมืองแอม (2) | 1 |
| 8. รพ.สต. ตำบลดอนช้าง (1) | 1 |
| 9. รพ.สต. ตำบลดอนหัน (1) | 1 |
| 10. รพ.สต. ตำบลทุ่งชมพู (3) | 1 |
| 11. รพ.สต. ตำบลทุ่งโป่ง (2) | 1 |
| 12. รพ.สต. ตำบลท่านางแนว (3) | 1 |
| 13. รพ.สต. ตำบลท่าศาลา (3) | 1 |
| 14. รพ.สต. ตำบลนาข่า (3) | 1 |
| 15. รพ.สต. ตำบลนางาม (3) | 3 |
| 16. รพ.สต. ตำบลนาชุมแสง (1)(4) | 3 |
| 17. รพ.สต. ตำบลนาเพียง (3) | 2 |
| 18. รพ.สต. ตำบลน้ำอ้อม (3) | 1 |
| 19. รพ.สต. ตำบลบัวใหญ่ (3) | 1 |
| 20. รพ.สต. ตำบลบ้านขาม (3) | 1 |
| 21. รพ.สต. ตำบลบ้านเรือ (3) | 1 |
| 22. รพ.สต. ตำบลบ้านโคก (1) | 1 |
| 23. รพ.สต. ตำบลบ้านโนน (3) | 1 |
| 24. รพ.สต. ตำบลพระลับ (3) | 1 |
| 25. รพ.สต. ตำบลละหานนา (3) | 3 |
| 26. รพ.สต. ตำบลวังหิน (3) | 1 |
| 27. รพ.สต. ตำบลวังหินลาด (2) | 1 |
| 28. รพ.สต. ตำบลศรีสุขสำราญ (3) | 1 |
| 29. รพ.สต. ตำบลศิลา (5) | 1 |

ตาราง 3-4 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

| สถานพยาบาลบริการ | จำนวนคน |
|---|---------|
| 30. รพ.สต. ตำบลสำราญ (3) | 1 |
| 31. รพ.สต. ตำบลหนองกุง (3) | 1 |
| 32. รพ.สต. ตำบลหนองแขง (4)(5) | 3 |
| 33. รพ.สต. ตำบลหัวทอง (3) | 1 |
| 34. รพ.สต. ตำบลเขาน้อย (3) | 1 |
| 35. รพ.สต. ตำบลเขาสวนกวาง (2) | 1 |
| 36. รพ.สต. ตำบลเพ็กใหญ่ (3) | 1 |
| 37. รพ.สต. ตำบลโคกสำราญ (5) | 1 |
| 38. รพ.สต. ตำบลโนนศิลา (3) | 1 |
| 39. รพ.สต. ตำบลโนนสมบูรณ์ (3) | 1 |
| 40. รพ.สต. ตำบลโนนสะอาด (3) | 1 |
| 41. รพ.สต. ตำบลโนนอุดม (3) | 2 |
| 42. รพ.สต. ตำบลโพนเพ็ก (3) | 1 |
| 43. รพ.สต. ตำบลในเมือง (1) | 1 |
| 44. รพ.สต. ตำบลบ้านกอก (3) | 1 |
| 45. รพ.สต. ตำบลบ้านกุดดุก ตำบลดินดำ (3) | 1 |
| 46. รพ.สต. ตำบลบ้านดอนบม (1) | 1 |
| 47. รพ.สต. ตำบลบ้านดินดำ ตำบลดินดำ (3) | 1 |
| 48. รพ.สต. ตำบลบ้านป่าเปือย(2) | 1 |
| 49. รพ.สต. ตำบลบ้านมาลา (3) | 1 |
| 50. รพ.สต. ตำบลบ้านหนองกุง (3) | 1 |
| 51. รพ.สต. ตำบลบ้านหนองขาม (3) | 1 |
| 52. รพ.สต. ตำบลบ้านหนองบัวดีหมี (4) | 1 |
| 53. รพ.สต. ตำบลบ้านหนองโอง (2) | 1 |
| 54. รพ.สต. ตำบลบ้านหนองไผ่ (2) | 1 |
| 55. รพ.สต. ตำบลบ้านโคกม่วง (1) | 1 |
| 56. รพ.สต. ตำบลบ้านโนนขำ (3) | 1 |
| 57. รพ.สต. ตำบลบ้านโนนม่วง(4) | 1 |
| 58. รพ.สต. ตำบลบ้านโนนสัมพันธ์ (3) | 1 |

ตาราง 3-4 ผู้ปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

| สถานพยาบาลบริการ | จำนวนคน |
|---|---------|
| 59. รพ.สต. ตำบลบ้านโนนทอง (4) | 1 |
| 60. ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 (บ้านหนองใหญ่) เทศบาลนครขอนแก่น(3) | 1 |
| 61. ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองคะเน (3)(4) | 6 |
| 62. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแก้ง (2) | 2 |
| 63. ศูนย์สุขภาพชุมชนสันติสุข (3)(4) | 2 |
| 64. ศูนย์แพทย์วัดหนองแวง (รพศ.) (3) | 1 |
| 65. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2) | 1 |
| 66. โรงพยาบาลข้าสูง (2) | 1 |
| 67. โรงพยาบาลน้ำพอง (1)(3) | 3 |
| 68. โรงพยาบาลบ้านฝาง (3) | 4 |
| 69. โรงพยาบาลบ้านไผ่ (1)(3) | 2 |
| 70. โรงพยาบาลพระยืน (3) | 1 |
| 71. โรงพยาบาลพล (1) | 4 |
| 72. โรงพยาบาลภูผาม่าน(1) | 1 |
| 73. โรงพยาบาลภูเวียง (1)(3) | 3 |
| 74. โรงพยาบาลมัญจาคีรี (1)(2)(3) | 5 |
| 75. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน (3) | 2 |
| 76. โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) (1)(2) | 3 |
| 77. โรงพยาบาลสีชมพู (1) | 1 |
| 78. โรงพยาบาลหนองนาคำ (3) | 1 |
| 79. โรงพยาบาลหนองสองห้อง (3) | 2 |
| 80. โรงพยาบาลอุบลรัตน์ (3) | 2 |
| 81. โรงพยาบาลเขาสวนกวาง (3)(4) | 6 |
| 82. โรงพยาบาลเปือยน้อย (2) | 1 |
| 83. โรงพยาบาลแวงใหญ่ (3) | 1 |
| รวมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแพทย์แผนไทย | 126 |

ที่มา : ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)

สรุป แพทย์แผนไทยตาราง 3-1 ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 พิกัด 1 คน
 รพ.สต. 59 พิกัด 70 คน รพ.ศูนย์ /ทั่วไป 1 พิกัด 3 คน รพ.ชุมชน / สมเด็จพระยุพราช 17 พิกัด 40
 คนสถานพยาบาล 5 พิกัด 12 คนรวม 126 คน

ตาราง 3-5 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ - บริการนวดไทย

| สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ-บริการนวดไทย | จำนวนแห่ง |
|---|-----------|
| 1. รพ.สต. | 199 |
| 2. รพ.ศูนย์ /ทั่วไป | 3 |
| 3. รพ.ชุมชน / สมเด็จพระยุพราช | 18 |
| 4. รพ.อื่นสังกัด สธ. | 1 |
| 5. รพ.สังกัดกระทรวงอื่น | 2 |
| 6. รพ.เอกชน | 1 |
| 7. สถานพยาบาล | 11 |
| รวมจำนวน | 235 |

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ตาราง 3-6 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ - บริการยาสมุนไพร

| สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ - บริการยาสมุนไพร | จำนวนแห่ง |
|--|-----------|
| 1. รพ.สต. | 235 |
| 2. รพ.ศูนย์ /ทั่วไป | 3 |
| 3. รพ.ชุมชน / สมเด็จพระยุพราช | 20 |
| 4. สถานพยาบาล | 14 |
| รวมจำนวน | 272 |

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ตาราง 3-7 สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ - บริการอบสมุนไพร

| สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ - บริการอบสมุนไพร | จำนวนแห่ง |
|--|-----------|
| 1. รพ.สต. 153 | 153 |
| 2. รพ.ศูนย์ /ทั่วไป 3 | 3 |
| 3. รพ.ชุมชน / สมเด็จพระยุพราช 16 | 16 |
| 4. สถานพยาบาล 7 | 7 |
| รวม | 179 |

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ตาราง 3.8 สถานพยาบาลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคฟันพู่สภาพ-บริการแพทย์ทางเลือกอื่น

| สถานพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟันพู่สภาพ - บริการแพทย์ทางเลือกอื่น | จำนวนแห่ง |
|--|-----------|
| 1. รพ.สต. | 126 |
| 2. รพ.ศูนย์ /ทั่วไป | 2 |
| 3. รพ.ชุมชน / สมเด็จพระยุพราช | 10 |
| 4. รพ.อื่นสังกัด สธ. | 2 |
| 5. รพ.สังกัดกระทรวงอื่น | 2 |
| 6. รพ.เอกชน | 2 |
| 7. สถานพยาบาล | 8 |
| รวม | 152 |

ที่มา : ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (2561)

โดยสรุป แพทย์แผนไทยที่มีในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ จังหวัดขอนแก่น ประมาณจำนวน $126 + 235 + 272 + 179 + 152 = 964$ คน เมื่อนำผลรวมของแพทย์แผนไทยทั้ง 4 จังหวัดมารวมกัน คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จะได้จำนวนประชากรแพทย์แผนไทยใน 4 จังหวัด คือ โดยประมาณจำนวน $219 + 187 + 173 + 964 = 1,543$ คน

นอกจากสถานพยาบาลที่ให้บริการโดยแพทย์แผนไทยแล้ว ยังมีแพทย์แผนไทยที่ประกอบอาชีพอิสระ แพทย์แผนไทยที่อยู่ในระหว่างฝึกปฏิบัติ สถาบันการศึกษาแพทย์แผนไทยในภาคอีสาน

ตอนกลางที่เปิดสอนหลักสูตรแพทยแผนไทย เช่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ศูนย์ศึกษาและพัฒนาแพทยแผนไทย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มี 2 หลักสูตร คือ เภสัชกรรมไทย เวชกรรมไทย ผดุงครรภ์ และนวดไทย คลินิกแพทยแผนไทยประยุกต์และวิถีธรรมชาติบำบัด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ เปิดหลักสูตรการแพทยแผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และกลุ่มแพทยแผน ก และแพทยพื้นบ้านในท้องถิ่นต่างอีกด้วย

3.1.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อสัดส่วนของประชากรเป็น 0.05 โดยการคำนวณการสุ่มตัวอย่าง ตามตาราง Krejcie and Morgan ที่แสดงขนาดตัวอย่างโดยเมื่อทำการเปรียบเทียบจากจำนวนประชากรบุคลากรทางการแพทย์ในภาคอีสานตอนกลาง คือ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ดประมาณ จำนวน 940 คน จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ควรทำการสุ่มตัวอย่าง แสดงในตาราง 3-9

จากตาราง Krejcie and Morgan พบว่าจำนวนตัวอย่างที่ควรทำการสุ่มคือ 310 คน และจากการศึกษาเรื่อง การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทยแผนไทย ด้านเวชกรรม โดยอัครวิริยะภูมิปัญญา ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลางนี้ เห็นสมควรแบ่งประชากรที่ใช้ในการศึกษาออกเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทยแผนไทยตาม รพ.สต. รพ.ศูนย์ /ทั่วไป รพ.ชุมชน รพ.อื่นสังกัดสาธารณสุขรพ.สังกัดกระทรวงอื่น รพ.เอกชน และสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทยแผนไทย และกลุ่มนักศึกษาแพทยแผนไทยปีสุดท้ายที่กำลังออกหน่วยเพื่อปฏิบัติงานตามชั่วโมงการตรวจรักษา

ตาราง 3-9 จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ของ Krejcie and Morgan

| จำนวนประชากร | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง | จำนวนประชากร | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง | จำนวนประชากร | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|--------------|--------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 10 | 10 | 220 | 140 | 1200 | 291 |
| 15 | 14 | 230 | 144 | 1300 | 297 |
| 20 | 19 | 240 | 148 | 1400 | 302 |
| 25 | 24 | 250 | 152 | 1500 | 306 |
| 30 | 28 | 260 | 155 | 1600 | 310 |
| 35 | 32 | 270 | 159 | 1700 | 313 |
| 40 | 36 | 280 | 162 | 1800 | 317 |
| 45 | 40 | 290 | 165 | 1900 | 320 |
| 50 | 44 | 300 | 169 | 2000 | 322 |
| 55 | 48 | 320 | 175 | 2200 | 327 |
| 60 | 52 | 340 | 181 | 2400 | 331 |
| 65 | 56 | 360 | 186 | 2600 | 335 |
| 70 | 59 | 380 | 191 | 2800 | 338 |
| 75 | 63 | 400 | 196 | 3000 | 341 |
| 80 | 66 | 420 | 201 | 3500 | 346 |
| 85 | 70 | 440 | 205 | 4000 | 351 |
| 90 | 73 | 460 | 210 | 4500 | 354 |
| 95 | 76 | 480 | 214 | 5000 | 357 |
| 100 | 80 | 500 | 217 | 6000 | 361 |
| 110 | 86 | 550 | 226 | 7000 | 364 |
| 120 | 92 | 600 | 234 | 8000 | 367 |
| 130 | 97 | 650 | 242 | 9000 | 368 |
| 140 | 103 | 700 | 248 | 10000 | 370 |
| 150 | 108 | 750 | 254 | 15000 | 375 |
| 160 | 113 | 800 | 260 | 20000 | 377 |
| 170 | 118 | 850 | 265 | 30000 | 379 |
| 180 | 123 | 900 | 269 | 40000 | 380 |
| 190 | 127 | 950 | 274 | 50000 | 381 |
| 200 | 132 | 1000 | 278 | 75000 | 382 |
| 210 | 136 | 1100 | 285 | 100000 | 384 |

การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่ผู้ศึกษาได้พยายามจำแนก เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของการพัฒนาเวชกรรม การแพทย์แผนไทย ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง โดยนำพฤติกรรมความสนใจด้านเวชกรรม มาเป็นเกณฑ์ในการเลือกการทดสอบ ซึ่งถ้าเมื่อนำความสามารถในการรักษาโดยใช้ ยาไทย หรือศาสตร์ทางเวชกรรมแล้ว จะเห็นว่าอาจควรให้มีการแบ่งกลุ่มการพิจารณาเพิ่มเติม เนื่องด้วยการแบ่งกลุ่มข้างต้น พิจารณาจากความนิยมในเวชกรรม ของกลุ่มคนต่างจังหวัดซึ่งเห็นความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย มากกว่าคนกรุงเทพฯ ซึ่งอาจทำให้การวัดปัจจัยการใช้บริการอาจมีปัจจัยเบี่ยงเบนเข้ามาได้เช่น สถานรักษาพยาบาลมีจำนวนมาก ค่านิยมของคนกรุงเทพฯ มีค่านิยมทางวัตถุนิยมมากกว่า และเมื่อศึกษาแล้วพบว่าประชากรในต่างจังหวัดให้ความสำคัญกับการรักษาโรคและหวังผลในการรักษาให้หายขาด มากกว่าความนิยมทางด้านตัวเงิน ซึ่งประชากรในเขต จังหวัดใหญ่ในเขตภาคอีสาน คือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอาจมีการเพิ่มเติมถ้ากรณีมีนัยสำคัญของการขยายตัวทางเวชกรรม การแพทย์แผนไทยมีมากขึ้น

3.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยภาคสนาม คือ แบบสอบถามโดยการตอบแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลมีลักษณะคำถาม ทั้งแบบปลายเปิด (Open-ended Question) และคำถามปลายปิด (Close-ended Question) ซึ่งได้มีการทดสอบเครื่องมือ (Pre-test) ทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ก่อนนำไปใช้โดยแบบสอบถามคำถามปลายปิด (Close-ended Question) จะประกอบด้วย

1. แบบสอบถามส่วนที่เกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ กลุ่มแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์และนวดไทยใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ระยะเวลาประกอบอาชีพ
2. แบบสอบถามส่วนที่เกี่ยวกับ หลักสูตรแพทย์แผนไทย ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ดำเนินการด้วยแบบสอบถามคำถามแบบปลายปิด (Close-ended-Question)
3. แบบสอบถามส่วนที่เกี่ยวกับ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม ได้แก่ การพัฒนาความรู้ นโยบายมาตรฐานรัฐ การสนับสนุนภาครัฐ และระบบค่าตอบแทน ดำเนินการโดยใช้ แบบสอบถามคำถามแบบปลายเปิด (Open-Ended-Question)

การรวบรวมข้อมูลมีลักษณะคำถามทั้งคำถามปลายปิด (Close-Ended-Question) และแบบปลายเปิด (Open-Ended-Question) การวิเคราะห์ตัวแปรการแพทย์แผนไทยจากผลจากการ

รวบรวมตัวแปรตามนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย พบตัวแปรที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากมาย หากจะเลือกวิเคราะห์ตัวแปรสำคัญตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนั้น จำเป็นต้องทำการศึกษาโดยวิธีคิว (Q Methodology) ทั้งนี้เพราะวิธีคิวเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่า แต่อยู่ภายใต้การนำข้อมูลเชิงปริมาณมาร่วมสนับสนุน เริ่มจากการนำความคิดที่มีหลากหลาย นำมารวบรวมจัดกลุ่ม หากกลุ่มแนวคิดที่ควรจะเป็นไปได้มากที่สุด โดยการใช้หน้าหนักคะแนน จากค่าความเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เพื่อนำมาสรุปหาความคิดที่น่าจะเป็น ทั้งนี้วิธีคิวเหมาะกับการใช้เพื่อการวิจัยด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมมนุษย์ เช่น การสื่อสาร แนวคิดทางการเมือง จิตวิทยา สภาวะจิตผู้ป่วยโดยทั้งนี้ความคิดเห็นนั้นไม่มีถูกหรือผิด แต่เป็นเพียงทัศนคติของผู้ตอบซึ่งในหลายครั้งการตอบหรือแสดงความคิดเห็น ผู้ตอบพอใจที่ใช้นามแฝงมากกว่าชื่อจริง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นที่เขาแสดงออกนั้นสามารถแสดงออกได้อย่างเสรี (Brown, 1993)

ตาราง 3-10 การสังเคราะห์อัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวิธี Q

| | ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กับความต้องการแพทย์แผนไทย | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | องค์ความรู้ และกลไก | | | | | |
| | 1.1 การวิจัย | | | | | |
| | 1.1.1 ศึกษาอย่างเป็นระบบ | | | | | |
| | 1.1.2 การรู้ในกระบวนการ ขั้นตอนองแก้ | | | | | |
| | 1.2 พุทธศาสตร์ วิถีชุมชน โหราศาสตร์ ไสยศาสตร์ | | | | | |
| | 1.3 วิถีชุมชน หมอพื้นบ้าน | | | | | |
| | 1.4 ระบบการศึกษา หลักสูตร | | | | | |
| | 1.4.1 ภายในระบบ | | | | | |
| | 1.4.2 ภายนอกระบบ | | | | | |
| 2 | บุคลากรและมาตรฐาน | | | | | |
| | 2.1 ความเชี่ยวชาญ ทักษะ | | | | | |
| | 2.1.1 ทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ | | | | | |
| | 2.1.2 ทักษะความคิดริเริ่ม | | | | | |
| | 2.1.3 ทักษะด้านปฏิบัติ | | | | | |
| | 2.2 มาตรฐาน | | | | | |
| | 2.3 ความเชื่อถือ | | | | | |

ตาราง 3-10 การสังเคราะห์อัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวิธี Q (ต่อ)

| | ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กับความต้องการแพทย์แผนไทย | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | สมุนไพร | | | | | |
| | 3.1 บัญชียาหลัก | | | | | |
| | 3.2 มาตรฐาน | | | | | |
| 4 | การคุ้มครองภูมิปัญญา | | | | | |
| | 4.1 การคุ้มครองภูมิปัญญาไทย | | | | | |
| | 4.2 การคุ้มครองผู้บริโภค | | | | | |
| 5 | การเข้าถึง | | | | | |
| | 5.1 การบริหารชุมชน | | | | | |
| | 5.2 ครอบครัว | | | | | |
| | 5.3 ตนเอง | | | | | |
| | 5.4 โรงพยาบาล | | | | | |
| 6 | การพัฒนาอัจฉริยะ | | | | | |
| | 6.1 ทักษะด้านอภิปัญญา | | | | | |
| | 6.1.1 ตระหนักรู้ปัญหา | | | | | |
| | 6.1.2 รู้ปัญหาคืออะไร | | | | | |
| | 6.1.3 นำเสนอปัญหา | | | | | |
| | 6.1.4 กลยุทธ์ | | | | | |
| | 6.1.5 จัดสรรทรัพยากร | | | | | |
| | 6.1.6 ควบคุม | | | | | |
| | 6.1.7 ประเมินผล | | | | | |
| | 6.2 แรงจูงใจ | | | | | |
| | 6.2.1 แรงจูงใจเพื่อความสำเร็จ | | | | | |
| | 6.2.2 แรงจูงใจเพื่อการแข่งขัน | | | | | |
| | 6.3. สิ่งแวดล้อม | | | | | |
| | 1.1 สถานะส่วนบุคคล | | | | | |

ตาราง 3-10 การสังเคราะห์อรรถวิยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวิธี Q (ต่อ)

| | ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กับความต้องการแพทย์แผนไทย | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.1.1 ความยากจน | | | | | |
| | 1.1.2 การศึกษา | | | | | |
| | 1.1.3 ภูมิภาคทางอารมณ์ | | | | | |
| | 1.1.4 สุขภาพจิตเชิงบวก | | | | | |
| | 1.1.5 การว่างงาน | | | | | |
| | 1.1.6 การหย่าร้าง | | | | | |
| | 1.1.7 การช่วยเหลือทางสังคม | | | | | |
| | 1.2 พฤติกรรมเสี่ยงเสี่ยงต่อสุขภาพ | | | | | |
| | 1.2.1 การออกกำลังกาย | | | | | |
| | 1.2.2 การบริโภคอาหาร | | | | | |
| | 1.2.3 การบริโภคสุรา | | | | | |
| | 1.2.4 การสูบบุหรี่ | | | | | |
| | 1.2.5 การติดเชื้อ HIV | | | | | |
| | 1.2.6 การตรวจสุขภาพ | | | | | |
| | 1.3 อนามัยและสิ่งแวดล้อม | | | | | |
| | 1.3.1 อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | | | | | |
| 2 | สถานะสุขภาพ | | | | | |
| | 2.1 สถิติชีพ | | | | | |
| | 2.1.1 ประชากร | | | | | |
| | 2.1.2 การเกิด | | | | | |
| | 2.1.3 การตาย | | | | | |
| | 2.2 การป่วยและการตายด้วยโรคสำคัญ และสาเหตุ | | | | | |
| | 2.2.1 การป่วยการตายด้วยโรคติดต่อสำคัญ | | | | | |
| | 2.2.2 การป่วยการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ | | | | | |
| | 2.2.3 การป่วยการตายด้วยโรคทางจิต | | | | | |

ตาราง 3-10 การสังเคราะห์อัจฉริยะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวิธี Q (ต่อ)

| | ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กับความต้องการแพทย์แผนไทย | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2.2.4 สาเหตุการป่วยการตาย | | | | | |
| 3 | ระบบบริการสุขภาพ | | | | | |
| | 3.1 การส่งเสริมสุขภาพ | | | | | |
| | 3.1.1 อนามัยและเด็ก | | | | | |
| | 3.1.2 อนามัยเจริญพันธุ์ | | | | | |
| | 3.1.3 ภาวะโภชนาการ | | | | | |
| | 3.2 การป้องกันและควบคุมโรค | | | | | |
| | 3.2.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ | | | | | |
| | 3.2.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | | | | | |
| | 3.2.3 การคัดกรอง | | | | | |
| | 3.3 การรักษาพยาบาลและฟื้นฟู | | | | | |
| | 3.4 การคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภค | | | | | |
| | 3.4.1 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ | | | | | |
| | 3.4.2 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการส่งเสริมสุขภาพ | | | | | |
| | 3.4.3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน | | | | | |
| | 3.5 การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข | | | | | |
| | 3.5.1 ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ | | | | | |
| | 3.5.2 การใช้บริการสาธารณสุข | | | | | |
| | 3.5.3 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต | | | | | |
| | หมายเหตุ | | | | | |
| | ผู้ให้ข้อมูล | | | | | |
| | วันที่ | | | | | |
| | สถานที่ | | | | | |

(หมายเหตุ : ข้อคำถามอักษรสีแดง แสดงตัวแปรด้านอัจฉริยะภูมิปัญญา)

ทั้งนี้ เพื่อแสดงการเชื่อมความสัมพันธ์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และปัจจัยเสี่ยง แสดงดังภาพ 3.3 แสดง ความสัมพันธ์การสังเคราะห์หัตถ์จักษุวิษะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม คือ ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญหัวหน้าหน่วยราชการ และ ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการแพทย์แผนไทยได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลศิริราชมหา วิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้เชี่ยวชาญกองสมุนไพรไทย กรมแพทย์แผนไทยและผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทยทั้งนี้ ผลการศึกษาพบตัวแปรที่สอดคล้องกัน 3 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรและมาตรฐาน (ประยุกต์สู่ ทุนมนุษย)
2. สมุนไพร (ประยุกต์สู่ เวชกรรมแพทย์แผนไทย)
3. การพัฒนาหัตถ์จักษุวิษะ (ประยุกต์สู่ ภูมิปัญญา)

ซึ่งภาพโดยสรุป คือ ต้องการความเชี่ยวชาญ มาตรฐานตามวิธีการของแพทย์แผนไทย และ พร้อมสามารถพิสูจน์ได้ด้วยคุณภาพ และเมื่อนำผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และดำเนินการตัดตัวแปร ตามวิธีคิดแล้ว ได้ทำการศึกษาต่อในส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบซ้ำกัน และทำการศึกษาต่อ โดย มุ่งเน้นเรื่องทรัพยากรมนุษย์ในการแก้ปัญหาหัตถ์จักษุวิษะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและทุนมนุษย

3.3 การทดสอบค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

3.3.1 การทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม

ใช้การทดสอบแบบการทดสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item Objective Congruence: IOC) เสนอผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ 6 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขบริการ เกษัตริกรรมการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทย แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะหลังจากนั้นมาหาค่าความสอดคล้องโดยใช้สมการ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

R = ผลรวมของคะแนนถึงจำนวนผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระดับความสอดคล้อง

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

3.3.2 การหาค่าอำนาจจำแนก

การหาค่าอำนาจจำแนกจากการทดลองใช้แบบสอบถามได้ทำการทดสอบการทดลองใช้แบบสอบถามกับ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมาย จำนวน 54 ชุด โดยใช้เทคนิค 50% และใช้สูตร $t - test$ แบบ Independent ในการวิเคราะห์ เลือกข้อคำถามที่มีค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป พบว่ามีข้อคำถามที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 21 ข้อ มีค่า t ตั้งแต่ 1.3432 – 5.3565

3.3.3 ด้านความเที่ยงของแบบสอบถาม

อนึ่ง ในการสร้างแบบสอบถามนั้น ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยให้สร้างแบบสอบถามเป็นแบบประมวลความรู้ ทักษะความสามารถ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย และใช้การตรวจสอบด้วย Check List มิใช่ในเชิงแสดงความคิดเห็นเพื่อความเชื่อมั่นและความถูกต้องในผลการวิจัยที่จะเป็นที่ยอมรับ ไม่เฉพาะแต่ทางวิชาการ และทางวิชาชีพก็จะได้นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ดังนั้นจึงได้ทำการทดสอบการทดลองใช้แบบสอบถามกับแพทย์แผนไทยที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายคือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายจำนวน 30 ชุด โดยแยกผลการวิเคราะห์เฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรม โดยใช้ Alpha Coefficient มากกว่า 0.70 แสดงว่า แบบสอบถามนั้นใช้ได้ ปรากฏผลการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อคำถามประมวลความรู้

1. การแพทย์แผนไทยมีรากฐานการสืบทอดมาจากพระบรมมหาราชวังประเทศอินเดีย เมื่อครั้งที่เข้ามาเผยแพร่ศาสนาในไทยมีค่าความเชื่อมั่น 0.7151
2. พระจันทร์ แรมมา 6 ค่ำ ไชวี ซีพจร อยู่ที่เศียร มีค่าความเชื่อมั่น 0.8663
3. พระอาทิตย์ สถิตราศีกันย์ ธาตุดินหย่อนมีค่าความเชื่อมั่น 0.9200
4. สัตว์ที่เกิดในครุฑ เรียกว่า สังเสทชะมีค่าความเชื่อมั่น 0.7224
5. “งานม” คือ นมที่ขาวนวล มีคุณประโยชน์ต่อทารกมีค่าความเชื่อมั่น 0.9991
6. โโลหิตระดู ควรรับประทานยาไฟบรอลย์กัลป์มีค่าความเชื่อมั่น 0.9994
7. เบญจกัลยานี คือ แม่นม ที่จัดสรรเอาไว้ถวายมหาบุรุษ มีค่าความเชื่อมั่น 0.9791
8. “เบญจสตรี” คือ พยาธิกินอยู่ เป็นเจ้าเรือน 5 แห่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.9084

ข้อคำถามประมวลทักษะ

1. ธาตุไฟพิการ ควรบำรุงธาตุด้วยชะเอมมีค่าความเชื่อมั่น 0.7187

2. เมื่อทารกเส้นเอ็น กล้ามเนื้อขยายยาเสริมช่วงนั้นคือ เทอวัลย์เปรียง มีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.9998
3. ใช้เอกโทษ เป็นไข้ที่เกิดตามฤดูกาลมีค่าความเชื่อมั่น 0.8369
4. เมื่อสตรีมีระดูมา ให้เมื่อยทุกข้อทุกกระดูก ให้เจ็บเอว เจ็บหลัง ท่านว่ามาจากกระดูก มีค่าความเชื่อมั่น 0.8525
5. ยาตำรับไคมีฤทธิ์รุนแรง สามารถฆ่าฤทธิ์ได้ด้วยขิง พริก ดีปลี มีค่าความเชื่อมั่น 0.9772

ข้อความถามประมวลความสามารถ

1. พระอาทิตย์ สติตราศีธนู ธาตุไฟพิการ มีค่าความเชื่อมั่น 0.9048
2. ในคัมภีร์ประถมจินดา เมื่อทารกรู้ว่า เพราะกล้ามเนื้อขยาย ซางจึงพลอยทำโทษครั้งหนึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.7335
3. เมื่อรู้ยืน ทารก (ตั้งไข่) ซางกระทำโทษครั้งหนึ่ง เพราะ ไล่ฟุง ปอดสั้นคลอนมีค่าความเชื่อมั่น 0.7637
4. โโลหิตระดูเกิดแต่หทัย สตรีผู้ใดไข้ลง มักมีอาการ ให้ซึ่งโกรธ ริมตาเขียว ริมฝีปากเขียวมีค่าความเชื่อมั่น 0.9929
5. “ปล่อยหมอน้อย” คือ การให้ยาหญ้าดอกขาวมีค่าความเชื่อมั่น 0.9415
6. โรคอุจจาระธาตุ เกิดเพราะ ใช้พิษจัด รับประทานอาหารแปลก ธาตุสมุฏฐาน มหาภูตรูป ประชุมกันในกองสมุฏฐาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.9665
7. การสะตุพิษในยางไม้สามารถใช้ใบตอง หรือใบบัว ห่อ แล้วนำมาเผาได้ มีค่าความเชื่อมั่น 0.7650

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนสำคัญขั้นหนึ่งในการดำเนินงานวิจัย จำเป็นต้องใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่เป็นความจริงถูกต้องและเชื่อถือได้ สำหรับการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

3.4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากงานภาคสนาม (Field Survey) จากการส่งแบบสอบถาม และข้อมูลจากการสัมภาษณ์

3.4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) ได้แก่ ข้อมูลซึ่งรวบรวมจากเอกสารต่าง ๆ จากเว็บไซต์ และผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง เอกสารการประชุม หนังสือจากห้องสมุดมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.4.3 ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามเป็นเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2561

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้เพื่อให้ทราบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.5.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ จะใช้สถิติวิเคราะห์ (Canonical Correlation) สถิติ Canonical Correlation เป็นสถิติที่ใช้ในการประมวลผลความสัมพันธ์ตัวแปรที่มีจำนวนมาทั้งตัวแปรต้น และตัวแปรที่ส่งผล โดยการวิเคราะห์แบบ Canonical Correlation จะใช้สถิติเชิงอนุมานในการคำนวณค่าแปรผล โดยพิจารณาจากค่า Eigen values สูงสุด และค่า t หรือ F-values ที่แสดงค่าความสัมพันธ์ที่ ตัวแปรต้นจะส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยเลือกค่าความสัมพันธ์สูงสุด และค่า r หรือค่าสหสัมพันธ์ที่ ตัวแปรต้นจะส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยระดับความสัมพันธ์แสดงค่าการส่งผล ตามระดับสูงมาก สูง ปานกลาง น้อย น้อยมาก ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยอัจฉริยะภูมิปัญญา กับ ชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนีสและคณะ (E. H. Dennis and others. 1979: 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31-0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51-0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71-0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91-1 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณซึ่งพัฒนามาจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์นี้ไม่มีการแบ่งแยกตัวแปรออกเป็นตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามในลักษณะรายตัว แต่เป็นการแบ่งตัวแปรทั้งหมดในข้อมูลชุดเดียวกันออกเป็น 2 ชุด คือ ชุดตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรทำนาย และชุดของตัวแปรตามหรือ ตัว

แปรเกณฑ์ ตัวแปรคาโนนิกอลเป็นฟังก์ชันเชิงเส้นของตัวแปรชุดเดิมในแต่ละชุด แล้วคำนวณหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคาโนนิกอล หรือสหสัมพันธ์คาโนนิกอล



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง” มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) เพื่อศึกษาระดับ การพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง2) เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง3) เพื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์ การพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง4) เพื่อสังเคราะห์ ประมวลคุณภาพ การพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลางผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากแพทย์แผนไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลางจำนวน 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ร้อยเอ็ดมหาสารคามและขอนแก่นโดยทำการเก็บตัวอย่างจาก แพทย์แผนไทย และนักศึกษาแพทย์ชั้นปีสุดท้าย ในการวิจัยเชิงปริมาณโดยทำการสุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) การวิเคราะห์ข้อมูลจึงวิเคราะห์ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์การวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการหาคำตอบ และยืนยันคำตอบของการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การวิจัยเชิงปริมาณ
- 4.2 การทดสอบสมมติฐาน การวิจัยเชิงปริมาณ
- 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การวิจัยเชิงปริมาณ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสาน เป็นวิจัยเชิงสำรวจที่มุ่งศึกษาหาค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่สัมพันธ์กันเชิงเหตุและผล (Causal Relationship) ของกลุ่มตัวแปรโดยมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์พหุคูณตัวแปรแบบสหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation Analysis) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) รวมทั้งการพิจารณาค่าความสัมพันธ์จากการ

วิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ค่าความสัมพันธ์จากค่า t- Value ค่า F- Value และค่า Eigen Values ตลอดจนการตรวจสอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

ตาราง 4-1 จำนวนร้อยละของการแจกแจงด้านประชากรศาสตร์ ของข้อมูล 370 ตัวอย่าง

| ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| 1. เพศ | | |
| ชาย | 91 | 24.6 |
| หญิง | 279 | 75.4 |
| 2. อายุ | | |
| 21-30 ปี | 130 | 35.1 |
| 31-40 ปี | 84 | 22.7 |
| 50 ปี | 80 | 21.6 |
| 51 ปี หรือ มากกว่า | 76 | 20.5 |
| 3. อาชีพ | | |
| นักศึกษา และอื่นๆ | 101 | 27.3 |
| แพทย์แผนไทย | 269 | 72.7 |
| 4. แพทย์แผนไทยที่ศึกษา | | |
| ด้านเวชกรรม | 173 | 46.8 |
| ด้านเภสัชกรรม | 217 | 58.6 |
| ด้านผดุงครรภ์ | 173 | 46.8 |
| ด้านนวดไทย | 255 | 68.9 |
| 5. ได้รับใบประกอบโรคศิลป์แล้ว | 240 | 64.9 |
| ด้านเวชกรรม | 78 | 21.1 |
| ด้านเภสัชกรรม | 92 | 24.9 |
| ด้านผดุงครรภ์ | 100 | 27.0 |
| ด้านนวดไทย | 178 | 48.1 |
| 6. ระยะเวลาศึกษาหรือประกอบอาชีพ | | |
| 1 -5 ปี | 178 | 48.1 |
| 6 -10 ปี | 137 | 37.0 |
| 11 – 15 ปี | 35 | 9.5 |
| 16 ปี ขึ้นไป | 20 | 5.4 |

จากตาราง 4-1 แสดงจำนวนร้อยละของการแจกแจงข้อมูลตัวอย่างจำนวน 370 คน มีรายละเอียดดังนี้

1. เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 75.40 และ ร้อยละ 24.60 ตามลำดับ

2. อายุ กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของอายุ ที่มีมากที่สุด คืออายุ 21-30 ปี จำนวนร้อยละ 35.10 รองลงมา คือ 51 ปี หรือ มากกว่าจำนวนร้อยละ 20.50 และ 31-40 ปี จำนวนร้อยละ 22.70 กลุ่มอายุที่มีน้อยที่สุด คือ อายุ 41-50 ปี จำนวนร้อยละ 21.60 การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนใกล้เคียงกัน

3. อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพแพทย์แผนไทย ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ อาชีพ นักศึกษาและอาชีพ อื่นๆ เช่น ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 27.3

4. หลักสูตรที่ศึกษาแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาแพทย์แผนไทย ด้านนวดไทย โดยพบร้อยละ 68.90 รองลงมา คือ ด้านเภสัชกรรม ร้อยละ 58.60 ส่วนด้านผดุงครรภ์ และด้าน เวชกรรมมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 46.80 โดยพบว่าทั้ง 4 ด้าน มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

5. การได้รับใบประกอบโรคศิลป์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ถึง ร้อยละ 64.90

ใบประกอบโรคศิลป์ด้านที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ด้าน นวดไทยมากที่สุดถึง ร้อยละ 48.10 รองลงมาคือ ด้านผดุงครรภ์ ร้อยละ 27.0 ด้านเภสัชกรรมและ ด้านเวชกรรม ร้อยละ 24.90 และ 21.10 ตามลำดับ

6. ระยะเวลาศึกษา หรือประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพแพทย์แผนไทย หรือศึกษามากที่สุดในระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 48.10 รองลงมา คือ ระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 37.0 ระยะเวลา 11-15 ปี และ 16 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 9.50 และ 5.40 ตามลำดับ

จากการวัดความรู้ตามข้อคำถามในแบบสอบถาม จำนวน 370 ตัวอย่าง สามารถสรุปได้ ตามตาราง 4-2 และคะแนนรวมด้านความรู้ดังนี้

ตาราง 4-2 คะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง ที่มีการวัดผลด้านความรู้

| คำถามวัดความรู้ 9 ข้อ | คะแนน | คำตอบ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|-------|--------|
| 1. การแพทย์แผนไทยมีรากฐานการสืบทอดมาจากพระ ธรรมทูตประเทศอินเดีย เมื่อครั้งที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนา ในไทย | 0 | ไม่ถูก | 78 | 21.1 |
| | 1 | ถูก | 292 | 78.9 |
| 2. พระจันทร์ แรมมา ๖ ค่ำ ไชวีร์ ชีพจร อยู่ที่เดียว(1) | 0 | ไม่ถูก | 45 | 12.2 |
| | 1 | ถูก | 325 | 87.8 |
| 3. พระอาทิตย์ สถิตราศีกันย์ ธาตุดินหย่อน | 0 | ไม่ถูก | 108 | 29.2 |
| | 1 | ถูก | 262 | 70.8 |
| 4. สัตว์ที่เกิดในครรภ์ เรียกว่า สังเสทชะ | 0 | ไม่ถูก | 118 | 31.9 |
| | 1 | ถูก | 252 | 68.1 |
| 5. “งานม” คือ นมที่ขาวนวล มีคุณสมบัติขมต่อทารก** | 0 | ไม่ถูก | 263 | 71.1 |
| | 1 | ถูก | 107 | 28.9 |
| 6. โลหิตระดูควรรับประทานยาไฟบรลย์กัลป์**(4) | 0 | ไม่ถูก | 117 | 68.4 |
| | 1 | ถูก | 253 | 23.0 |
| 7. เบญจกัลยานี คือ แม่นม ที่จัดสรรเอาไว้ถวายมหาบุรุษ (3) | 0 | ไม่ถูก | 156 | 42.4 |
| | 1 | ถูก | 214 | 57.8 |
| 8. “เบญจสตรี” คือ พยาธินอกอยู่ เป็นเจ้าเรือน ๕ แห่ง | 0 | ไม่ถูก | 129 | 34.9 |
| | 1 | ถูก | 241 | 65.1 |
| 9. โทษอุจจาระ มีลักษณะ ๖ ประการ (2) | 0 | ไม่ถูก | 80 | 21.6 |
| | 1 | ถูก | 290 | 78.4 |
| ผลรวมคะแนนด้านความรู้ | 0 | ไม่ถูก | 1,094 | 32.9 |
| | 1 | ถูก | 2,236 | 67.1 |

จากตาราง 4-2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง มีการตอบคำถามด้านความรู้ ถูกต้องมากกว่าไม่ถูกต้อง โดยตอบถูกต้องร้อยละ 67.90 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.90

ตาราง 4-3 คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง ที่มีการวัดผลด้านทักษะ

| คำถามวัดทักษะ 5 ข้อ | คะแนน | คำตอบ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|-------|--------|
| 1. ธาตุไฟพิการ ควรบำรุงธาตุด้วยชะเอม** | 0 | ไม่ถูก | 232 | 62.7 |
| | 1 | ถูก | 138 | 37.3 |
| 2. เมื่อทารกเดินเหิน กล้ามเนื้อขยายยาเสริมช่วงนั้นคือ เถาวัลย์เปรียง (4) | 0 | ไม่ถูก | 185 | 50.0 |
| | 1 | ถูก | 185 | 50.0 |
| 3. ไข่เอกโทษ เป็นไข่ที่เกิดตามฤดูกาล**(2) | 0 | ไม่ถูก | 293 | 79.2 |
| | 1 | ถูก | 77 | 20.8 |
| 4. เมื่อสตรีมีระดูมา ให้เมื่อยทุกข้อทุกกระดูก ให้เจ็บแหว เจ็บหลัง ท่านว่ามาจากกระดูก (1) | 0 | ไม่ถูก | 80 | 21.6 |
| | 1 | ถูก | 290 | 78.4 |
| 5. ยาตำรับใดมีฤทธิ์รุนแรง สามารถฆ่าฤทธิ์ได้ด้วยขิง พริก ดีปลี (3) | 0 | ไม่ถูก | 178 | 48.1 |
| | 1 | ถูก | 192 | 51.9 |
| ผลรวมคะแนนด้านทักษะ | 0 | ไม่ถูก | 968 | 52.3 |
| | 1 | ถูก | 882 | 47.7 |

จากตาราง 4-3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถามจำนวน 370 ตัวอย่าง ด้านทักษะ
ไม่ถูกต้องมากกว่าถูกต้อง โดยตอบไม่ถูกต้อง ร้อยละ 52.30 และถูกต้อง ร้อยละ 47.70

ตาราง 4-4 คะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง ที่มีการวัดผลด้านความสามารถ

| คำถามวัด ความสามารถ 7 ข้อ | คะแนน | คำตอบ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|-------|--------|
| 1. พระอาทิตย์ สติตราศีธนู ธาตุไฟพิการ (1) | 0 | ไม่ถูก | 47 | 12.7 |
| | 1 | ถูก | 323 | 87.3 |
| 2. ในคัมภีร์ประถมจินดา เมื่อทากรู้คว่า เพราะกล้ำเนื้อ ขยาย ชางจึงพลอยทำโทษครั้งหนึ่ง | 0 | ไม่ถูก | 131 | 35.4 |
| | 1 | ถูก | 239 | 64.6 |
| 3. เมื่อรู้ยื่น ทารก (ตั้งไข่) ชางกระทำโทษครั้งหนึ่ง เพราะ ได้ พุ่ง ปอดสั้นคลอน** | 0 | ไม่ถูก | 187 | 50.5 |
| | 1 | ถูก | 183 | 49.5 |
| 4. โลหิตระดูเกิดแต่ททัย สตรีผู้ใดใช้ลง มักมีอาการ ให้ซึ่ง โกรธ ริมตาเขียว ริมฝีปากเขียว | 0 | ไม่ถูก | 160 | 43.2 |
| | 1 | ถูก | 210 | 56.8 |
| 5. “ปล่อยหมอน้อย” คือ การให้ยาหน้าดอกขาว**(3) | 0 | ไม่ถูก | 330 | 89.2 |
| | 1 | ถูก | 40 | 10.8 |
| 6. โรคอุจจาระธาตุ เกิดเพราะ ใช้พิษจัด รับประทานอาหาร แปลก ธาตุสมุฏฐาน มหาภูตรูป ประชุมกันในกอง สมุฏฐาน (2) | 0 | ไม่ถูก | 32 | 8.6 |
| | 1 | ถูก | 338 | 91.4 |
| 7. การสะตุพิษในยางไม้สามารถใช้ใบตอง หรือใบบัว ห่อ แล้วนำมาเผาได้ (4) | 0 | ไม่ถูก | 66 | 17.8 |
| | 1 | ถูก | 304 | 82.2 |
| ผลรวมคะแนนด้านความสามารถ | 0 | ไม่ถูก | 953 | 36.8 |
| | 1 | ถูก | 1,637 | 63.2 |

จากตาราง 4-4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถามด้านความสามารถ ถูกต้องมากกว่าไม่ถูกต้องโดยตอบถูกต้อง ร้อยละ 63.20 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 36.80

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างมีผลรวมคะแนน ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านความสามารถ ส่วนที่ตอบถูก คือ 2,236, 882 และ 1,637 หรือ คิดเป็นร้อยละ 67.10, 47.70, และ 63.20 ที่ตอบถูก ส่วนจำนวนที่ตอบไม่ถูกคือ 1,094, 968 และ 953 หรือ คิดเป็น ร้อยละ 32.90, 52.30, และ 36.80 แสดงผลเปรียบเทียบดังตาราง 4-5

ตาราง 4-5 ผลรวมคะแนน 370 ตัวอย่าง ด้านความรู้ด้านทักษะ และด้านความสามารถ

| คำถามวัด ความรู้ ทักษะ ความสามารถ 21 ข้อ | คะแนน | คำตอบ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|-------|--------|
| 1. ผลรวมคะแนน ด้านความรู้ | 0 | ไม่ถูก | 1,094 | 32.9 |
| | 1 | ถูก | 2,236 | 67.1 |
| 2. ผลรวมคะแนนด้านทักษะ | 0 | ไม่ถูก | 968 | 52.3 |
| | 0 | ถูก | 882 | 47.7 |
| 3. ผลรวมคะแนนด้านความสามารถ | 0 | ไม่ถูก | 953 | 36.8 |
| | 1 | ถูก | 1,637 | 63.2 |
| ผลรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน | 0 | ไม่ถูก | 3,015 | 38.8 |
| | 1 | ถูก | 4,755 | 61.2 |

โดยสรุป ผลคะแนนรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 61.20 และตอบไม่ถูก ร้อยละ 38.80 แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยมีระดับผลรวมความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 61.20 มีความรู้ ในระดับ ปานกลางถึงค่อนข้างมาก คือ ร้อยละ 67.10 มีทักษะ ในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 47.70 และมีความสามารถ ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 63.20

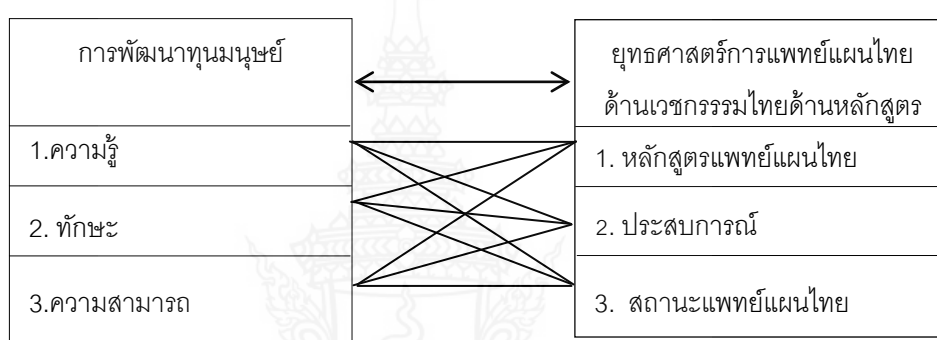
4.2 การทดสอบสมมติฐาน การวิจัยเชิงปริมาณ

การพัฒนาทุนมนุษย์ ที่มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยอัจฉริยะภูมิปัญญาเมืองค้ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับความสัมพันธ์ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยด้านหลักสูตร ด้านนโยบายภาครัฐการสนับสนุนภาครัฐและระบบค่าตอบแทน มีการทดสอบสมมติฐานดังนี้

การพัฒนาทุนมนุษย์ ที่มีความสัมพันธ์กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์เมืองค้ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะ และความสามารถ ที่มีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทยด้านหลักสูตร เมืองค้ประกอบคือ หลักสูตร ประสบการณ์และสถานะแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation) เนื่องจากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์จะช่วยให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระ หรือ ตัวแปรทำนาย (Predictor Variables) คือตัวแปรการพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยอัจฉริยะภูมิปัญญาทั้ง 3 ด้าน กับตัวแปรเกณฑ์

(Criterion Variables) คือ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม ได้ชัดเจนและแม่นยำขึ้น และเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงทั้งภายใน (Internal Validity) และภายนอก (External Validity) เนื่องจากสามารถศึกษากลุ่มตัวแปรต่างๆ ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไปพร้อมๆ กัน สอดคล้องกับสภาพธรรมชาติของปรากฏการณ์ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างหลายๆ ตัวแปรดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาพ 4-1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระการพัฒนาทุนมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับ ตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านหลักสูตร



สมมติฐานที่ 1 การพัฒนาทุนมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในภาพรวมการศึกษาหลักสูตรเพื่อดูมาตรฐานด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ส่งผลต่อยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านหลักสูตรนั้น องค์ประกอบในด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ตัวแปรอิสระนั้น ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ ทักษะดังมีความหมายดังนี้

1.1 ความรู้ หมายถึง องค์ความรู้พื้นฐานที่ได้จากการเรียนรู้ ความรู้ที่เกิดจากการจดจำ ตามการศึกษาข้อคำถาม ในกิจ 4 ของหมอ ได้แก่

- 1.1.1 ความรู้สมุฐานโรค
- 1.1.2 ความรู้ รู้จักโรคที่เกิด
- 1.1.3 ความรู้ รู้จักยาที่ใช้
- 1.1.4 ความรู้รู้ว่ายาใด แก้โรคใด

1.2 ทักษะ หมายถึง องค์ความรู้ที่มาจากการปฏิบัติพัฒนาสูงขึ้นกว่าความรู้ เป็นความชำนาญ ความเชี่ยวชาญ ทักษะในกิจ 4 ของหมอ คือ

- 1.2.1 ทักษะ ในการรู้สมุฏฐานโรค
- 1.2.2 ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด
- 1.2.3 ทักษะ ในการรู้จักยาที่ใช้
- 1.2.4 ทักษะ ในการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด

1.3 ความสามารถ หมายถึง ความรอบรู้ ความสามารถที่สูงกว่า ความรู้และทักษะ และเป็นผลรวมระหว่างความรู้และทักษะความสามารถในการแก้ปัญหา พัฒนา ประยุกต์วิธีการความสามารถในกิจ 4 ของหมอ

- 1.3.1 ความสามารถ ในการรู้สมุฏฐานโรค
- 1.3.2 มีความสามารถ ในการรู้จักโรคที่เกิด
- 1.3.3 มีความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้
- 1.3.4 มีความสามารถ ในการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด

2. ตัวแปรตาม คือ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านหลักสูตรนั้น มีรายละเอียดดังนี้

2.1 หลักสูตรแพทย์แผนไทย หมายถึง การศึกษาแพทย์แผนไทยในหลักสูตร 4 ด้าน คือ การศึกษาหลักสูตรเวชกรรม หลักสูตรเภสัชกรรม หลักสูตรผดุงครรภ์ และหลักสูตรนวดไทย

2.2 ประสพการณ์ หมายถึง แพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์แล้ว และระยะเวลาในการศึกษา หรือการประกอบอาชีพเป็นแพทย์แผนไทย

2.3 สถานะแพทย์แผนไทย หมายถึง อาชีพแพทย์แผนไทย และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ด้านเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์และนวดไทย

4.2.3 การทดสอบสมมติฐานสามารถแสดงสมมติฐานที่ 1 ตามข้อการทดสอบ โดยตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามแสดงดังภาพ 4-2

ภาพ 4-2 ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระความรู้ ทักษะ ความสามารถ กับ ตัวแปรตามด้านการศึกษ
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย



- สมมติฐานที่ 1 การพัฒนาทุนมนุษย์ ที่ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในภาพรวมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.1 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ สมภูฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.2 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ การรู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.3 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

- สมมติฐานที่ 1.4 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ว่ายาดี แก้โรคใด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรการแพทย์ แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.5 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้สมุฏฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรการแพทย์ แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.6 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรการแพทย์ แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.7 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรการแพทย์ แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.8 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้ว่ายาดี แก้โรคใดส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรการแพทย์ แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.9 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้สมุฏฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษา ลักสูตรการแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.10 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้จักโรคที่เกิดส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านการศึกษา ลักสูตรการแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 1.11 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษา ลักสูตรการแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 1.12 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษา
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย

4.2.4 ผลการวิเคราะห์ สมมติฐานที่ 1

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ทักษะ และ
ความสามารถ ในอีก 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้าน
การศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทย คือ หลักสูตรเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย ทั้ง 4
หลักสูตรนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation) เป็น
เครื่องมือในการวิเคราะห์ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้
ทักษะ ความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยด้านการศึกษหลักสูตร
แสดงดังตาราง 4-6

ตาราง 4-6 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ทักษะ ความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผน
ไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านการศึกษหลักสูตรเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวด
แผนไทย

| ประเภทตัวแปร | ชื่อตัวแปร | สัมประสิทธิ์ตัวแปรแต่ละตัว ในรูปตัวแปรมาตรฐาน | | | |
|---|------------------------------------|--|----------|----------|----------|
| | | ชุดที่ 1 | ชุดที่ 2 | ชุดที่ 3 | ชุดที่ 4 |
| ตัวแปรตาม (DV) ยุทธศาสตร์การแพทย์ แผนไทยด้านเวชกรรม ไทยในด้านการศึกษ | 1. เวชกรรม | -.037 | .505 | 1.999 | -1.342 |
| | 2. เกษัชกรรม | -.979 | -.265 | .403 | 2.026 |
| | 3. ผดุงครรภ์ | -.908 | 1.431 | -1.733 | -.140 |
| | 4. นวดไทย | 1.586 | .706 | .723 | 1.453 |
| ตัวแปรอิสระ (IV) การพัฒนาทุน มนุษย์ | 1. มีความรู้สมุญฐานโรค | .493 | -.637 | -1.417 | .235 |
| | 2. ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด | 1.063 | 1.269 | .307 | .187 |
| | 3. ความรู้ ในรู้จักยาที่ใช้ | 1.139 | .740 | -.852 | -.836 |
| | 4. ความรู้ ในรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด | -.024 | -.601 | -.236 | -.025 |
| | 5. มีทักษะ รู้สมุญฐานโรค | .244 | -.006 | .773 | -.119 |
| | 6. ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด | .213 | -1.418 | 1.052 | .269 |
| | 7. ทักษะ ในรู้จักยาที่ใช้ | .159 | .318 | .354 | 1.808 |
| | 8. ทักษะ ในรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด | -.204 | -.977 | -.140 | .179 |

ตาราง 4-6 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ทักษะ ความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านการศึกษาหลักสูตรเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดแผนไทย (ต่อ)

| ประเภทตัวแปร | ชื่อตัวแปร | สัมประสิทธิ์ตัวแปรแต่ละตัว ในรูปตัวแปรมาตรฐาน | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|----------|----------|----------|
| | | ชุดที่ 1 | ชุดที่ 2 | ชุดที่ 3 | ชุดที่ 4 |
| ตัวแปรอิสระ (IV) การพัฒนาทุนมนุษย์ | 9. ความสามารถ รู้สมมุฐานโรค | .265 | .232 | 1.824 | -.887 |
| | 10. ความสามารถ รู้จักโรคที่เกิด | -.396 | -.210 | .476 | -1.129 |
| | 11. ความสามารถ รู้จักยาที่ใช้ | -.1.068 | -.706 | -1.264 | -.544 |
| | 12. ความสามารถ รู้ว่ายาใด แก้โรคใด | .260 | .371 | -1.349 | .939 |
| | Eigenvalues | .435 | .139 | .048 | .016 |
| | สหสัมพันธ์คาโนนิคอล | .551 | .350 | .215 | .046 |

จากตาราง 4-6 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ระหว่างชุดตัวแปรอิสระร่วมกัน คือ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านการศึกษาหลักสูตร ทั้ง 4 หลักสูตร พบว่าได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอล 4 ชุด เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์ในแต่ละชุดสามารถแปลผลได้ ดังนี้

ชุดแรก สหสัมพันธ์คาโนนิคอล (Canonical Correlation) ที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุด เท่ากับ 0.551 คิดเป็นร้อยละ 55.10 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.435 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาหลักสูตร 4 หลักสูตร คือ หลักสูตรเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย ได้ร้อยละ 43.50 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่ได้รับอิทธิพลมากที่สุด คือ

การศึกษาหลักสูตรนวดไทย มีค่าเท่ากับ 1.586 รองลงมาคือ การศึกษาหลักสูตรเกษัชกรรม มีค่าเท่ากับ - 0.979 และการศึกษาหลักสูตร ผดุงครรภ์ มีค่าเท่ากับ - 0.908 อาจกล่าวได้ว่า ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรนวดไทย เกษัชกรรมและผดุงครรภ์ มีบทบาทสำคัญส่วนตัวแปรอิสระที่ส่งผล ต่อชุดตัวแปร

ตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้การรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -1.063 ความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 1.139 และความสามารถ การรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ -1.068 ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: น. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31-0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71-0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ชุดที่สอง สหสัมพันธ์คาโนนิคอลลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.35 คิดเป็นร้อยละ 35.0 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.139 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร 4 หลักสูตร ได้ร้อยละ 13.90 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ การศึกษาหลักสูตรผดุงครรภ์ มีค่าเท่ากับ 1.431 รองลงมาคือ การศึกษาหลักสูตรนวดไทย มีค่าเท่ากับ 0.706 อาจกล่าวได้ว่า ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย การศึกษาด้านหลักสูตร คือ ผดุงครรภ์ และนวดไทยมีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 1.269 ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 0.740 มีทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -1.418 และทักษะในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ - 0.977 ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-

0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในชุดที่สอง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สาม สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.215 คิดเป็นร้อยละ 21.50 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.048 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร 4 หลักสูตร ได้ร้อยละ 4.80 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ การศึกษาหลักสูตรเวชกรรม มีค่าเท่ากับ 1.999 รองลงมาคือ การศึกษาหลักสูตรผดุงครรภ์ มีค่าเท่ากับ -1.733 และการศึกษาหลักสูตรนวดไทยมีค่าเท่ากับ 0.723 อาจกล่าวได้ว่า ชุดตัวแปรตามทั้งหมดของยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร คือการศึกษาหลักสูตรเวชกรรมผดุงครรภ์ และนวดไทยมีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าว สูงกว่าตัวแปรอื่น ในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักสมุฏฐานโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -1.417 ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ -0.852 ทักษะ ในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ 0.773 ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 1.052 ความสามารถ ในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ 1.824 ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ -1.264 และความสามารถ รู้ว่ายาใดใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ -1.349

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าว

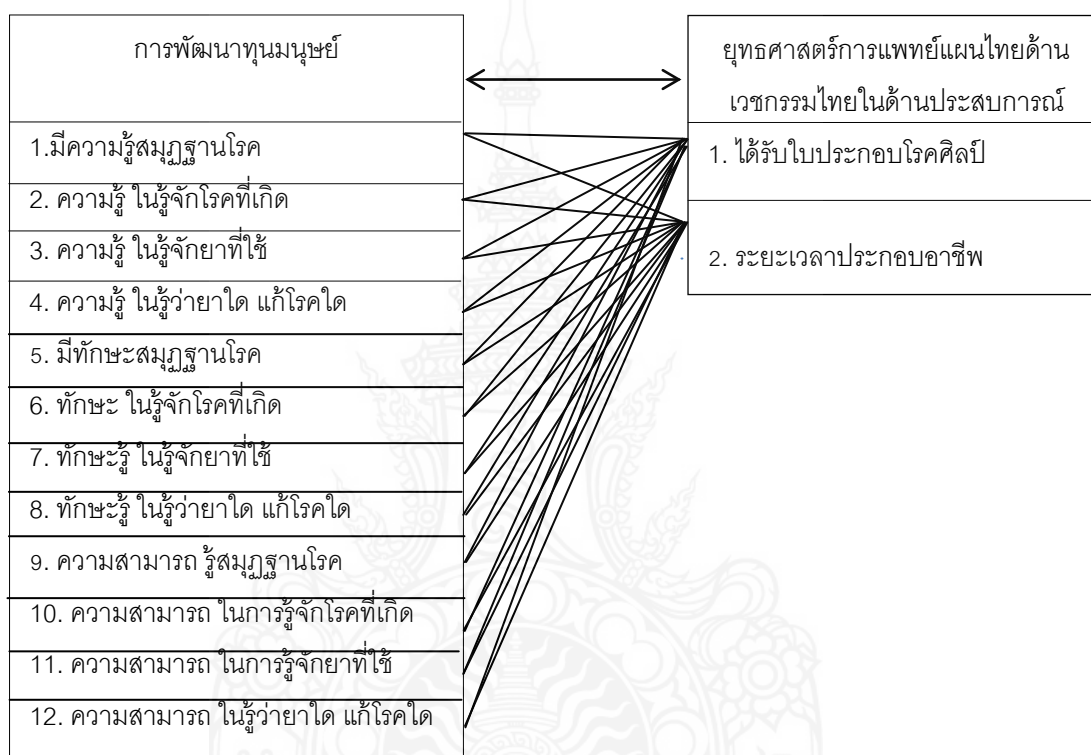
ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ในชุดที่สาม มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สี่ สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล ที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุด เท่ากับ 0.046 คิดเป็นร้อยละ 4.60 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.016 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวน ซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ทักษะ ความสามารถทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร 4 หลักสูตร ได้ร้อยละ 1.60 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ การศึกษาหลักสูตรเภสัชกรรม มีค่าเท่ากับ 2.026 รองลงมาคือ การศึกษาหลักสูตรนวดไทย มีค่าเท่ากับ 1.453 การศึกษาหลักสูตรผดุงครรภ์ มีค่าเท่ากับ -1.40 และการศึกษาหลักสูตรเวชกรรมมีค่าเท่ากับ -1.342 อาจกล่าวได้ว่า ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร คือ การศึกษาหลักสูตรเภสัชกรรม หลักสูตรนวดไทยหลักสูตรผดุงครรภ์ และหลักสูตรเวชกรรม มีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าว สูงกว่าตัวแปรอื่น ในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ -0.836 ทักษะในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 1.808 ความสามารถในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ -0.887 ความสามารถในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -1.129 ความสามารถในการรู้ว่ายายาใด ใช้กับโรคใด มีค่าเท่ากับ 0.939

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51-0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในชุดที่สี่ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

4.2.5 การทดสอบสมมติฐานสามารถแสดงสมมติฐานที่ 2 ตามข้อการทดสอบ โดยตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม แสดงดังภาพ 4-3

ภาพ 4-3 ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ ความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ตัวแปรตาม ด้าน ประสิทธิภาพ



สมมติฐานที่ 2 การพัฒนาทุนมนุษย์ ที่ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้าน เวชกรรมไทย ในด้านประสิทธิภาพ

สมมติฐานที่ 2.1 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ สมมุฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสิทธิภาพ

สมมติฐานที่ 2.2 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ การรู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสิทธิภาพ

สมมติฐานที่ 2.3 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสิทธิภาพ

- สมมติฐานที่ 2.4 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ว่ายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.5 การพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยอัจฉริยะภูมิปัญญา ตามทักษะ การรู้สมุฏฐานโรค ที่ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.6 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.7 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้จักยาที่ใช้ ที่ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.8 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ การรู้ว่ายยาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.9 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้สมุฏฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.10 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.11 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์
- สมมติฐานที่ 2.12 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้ว่ายยาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์

4.2.6 ผลการวิเคราะห์ สมมติฐานที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ทักษะ และความสามารถในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์นั้น ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ทักษะ ความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสพการณ์ แสดงดังตาราง 4-7

ตาราง 4-7 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะและความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์
แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์

| ประเภทตัวแปร | ชื่อตัวแปร | สัมประสิทธิ์ตัวแปรแต่ละ ตัวในรูปตัวแปรมาตรฐาน | |
|---|---------------------------------------|--|----------|
| | | ชุดที่ 1 | ชุดที่ 2 |
| ตัวแปรตาม (DV) ยุทธศาสตร์ ฯ ด้าน ประสบการณ์ | 1. การได้ใบประกอบโรคศิลป์ | .2.126 | 3.349 |
| | 2. ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ หรือศึกษา | .3.096 | 1.213 |
| ตัวแปรอิสระ (IV) การพัฒนาทุน มนุษย์ | 1. มีความรู้สมุฏฐานโรค | -.722 | -.943 |
| | 2. ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด | .803 | 1.352 |
| | 3. ความรู้ ในรู้จักยาที่ใช้ | .1.578 | -.134 |
| | 4. ความรู้ ในรู้ว่ายาใด แก้โรคใด | -.386 | .208 |
| | 5. มีทักษะ รู้สมุฏฐานโรค | .176 | -.211 |
| | 6. ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด | .560 | -.992 |
| | 7. ทักษะ ในรู้จักยาที่ใช้ | .630 | -.091 |
| | 8. ทักษะ ในรู้ว่ายาใด แก้โรคใด | .659 | .191 |
| | 9. ความสามารถ รู้สมุฏฐานโรค | .1.400 | .941 |
| | 10. ความสามารถ รู้จักโรคที่เกิด | -.205 | -.016 |
| | 11. ความสามารถ รู้จักยาที่ใช้ | -.633 | .966 |
| | 12. ความสามารถ รู้ว่ายาใด แก้โรคใด | .730 | -.217 |
| | Eigenvalues | .100 | .047 |
| | สหสัมพันธ์คาโนนิคอล | .302 | .213 |

จากตาราง 4-7 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ระหว่างชุดตัวแปรอิสระร่วมกัน คือ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านประสบการณ์ พบว่าได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอล 2 ชุด เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์ในแต่ละชุดสามารถแปลผลได้ดังนี้

ชุดแรก สหสัมพันธ์คาโนนิคอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.302 คิดเป็นร้อยละ 30.20 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.100 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์

ด้วยอัจฉริยะภูมิปัญญา ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์ ได้ร้อยละ 10.00 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คาโนนิกอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่ได้รับอิทธิพลมากที่สุด คือ ระยะเวลา ประกอบอาชีพ หรือศึกษา หรือ มีค่าเท่ากับ 3.096 รองลงมาคือ การได้ไปประกอบโรคศิลป์ มีค่า เท่ากับ 2.126 อาจกล่าวได้ว่า ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวช กรรมไทยในด้านประสบการณ์ มีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่ส่งผล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าว สูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 1.578 ความสามารถ การ รู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ 1.400 ความรู้การรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 0.803 ความสามารถ รู้ว่ายา ไต แก้อโรคใด มีค่าเท่ากับ 0.730 และความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ -0.722 ตามลำดับ

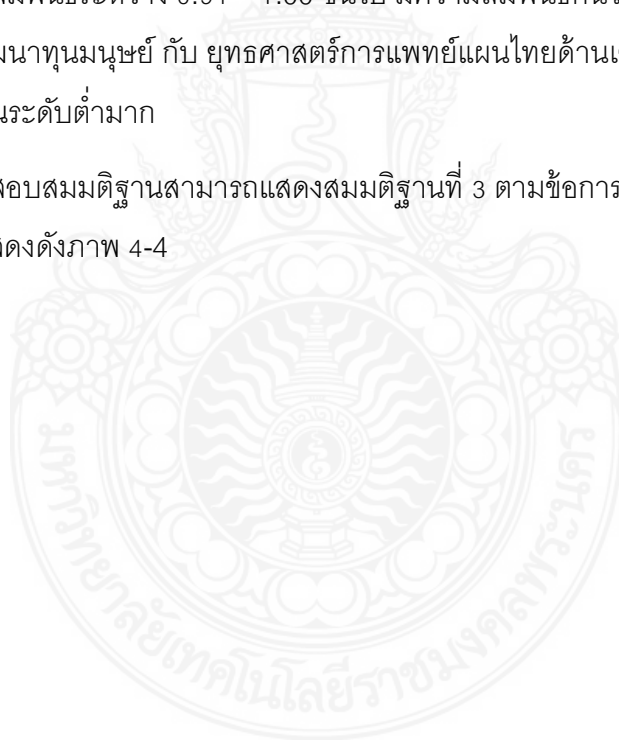
ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปร ตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ ของเดนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์ กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในชุดแรก มี ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สอง สหสัมพันธ์คาโนนิกอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุด เท่ากับ 0.213 คิดเป็นร้อยละ 21.30 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.047 หมายความว่า ปริมาณความ แปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิกอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์ ได้ร้อยละ 4.7ซึ่งความ สัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิง เส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล ในรูปแบบ คะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ การได้ไปประกอบโรคศิลป์ มีค่าเท่ากับ 3.349 รองลงมาคือ ระยะเวลาศึกษา หรือประกอบอาชีพ มีค่าเท่ากับ 1.213 อาจกล่าวได้ว่า ชุดตัว แปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยเวชกรรมด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์

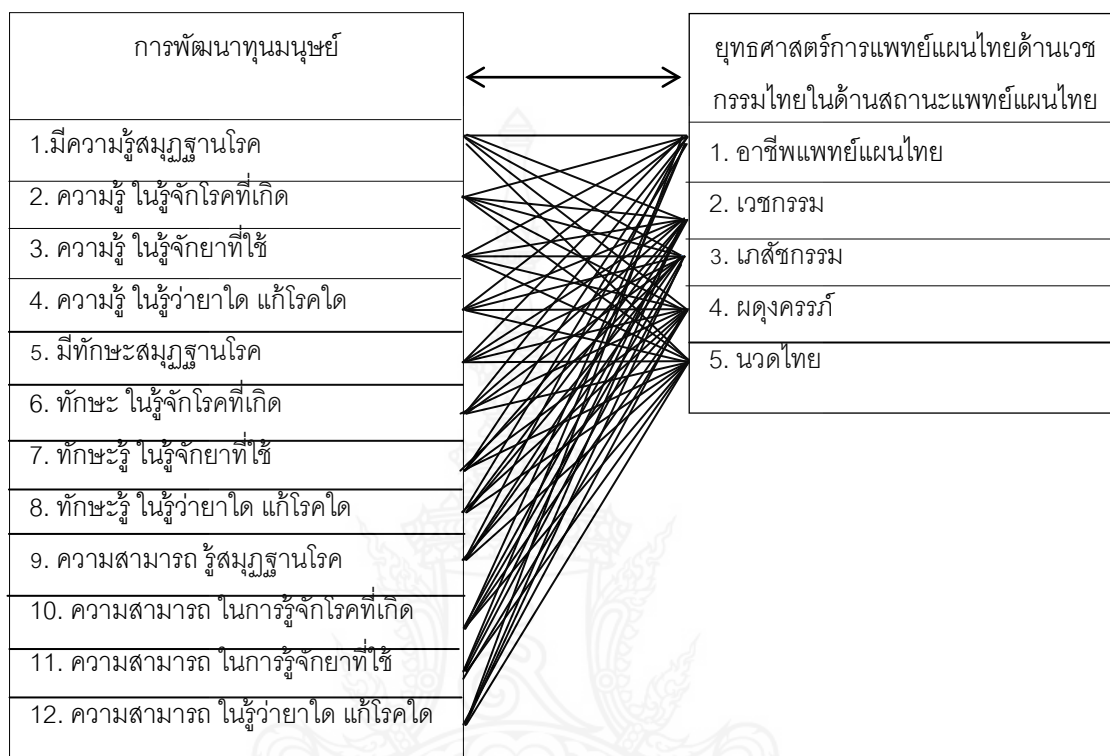
มีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 1.352 ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -0.992 ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 0.966 ความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ -0.943 และความสามารถ ในการรู้สมุฏฐานโรคตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71-0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในชุดที่สอง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

4.2.7 การทดสอบสมมติฐานสามารถแสดงสมมติฐานที่ 3 ตามข้อการทดสอบ โดยตัวแปรอิสระกับ ตัวแปรตาม แสดงดังภาพ 4-4



ภาพ 4-4 ความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ ความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ตัวแปรตาม ด้านสถานะ แพทย์แผนไทย



สมมติฐานที่ 3 การพัฒนาทุนมนุษย์ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 3.1 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ สมุฏฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 3.2 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ รู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 3.3 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ รู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 3.4 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความรู้ รู้ว่ายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

สมมติฐานที่ 3.5 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ การรู้สมุฏฐานโรค ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

- สมมติฐานที่ 3.6 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์
การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 3.7 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ รู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์
การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย
- สมมติฐานที่ 3.8 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามทักษะ การรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์
แผนไทย
- สมมติฐานที่ 3.9 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถ ในการรู้สมุฏฐานโรค ส่งผลต่อ
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้าน สถานะแพทย์
แผนไทย
- สมมติฐานที่ 3.10 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้จักโรคที่เกิด ส่งผลต่อ
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์
แผนไทย
- สมมติฐานที่ 3.11 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ ส่งผลต่อ
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์
แผนไทย
- สมมติฐานที่ 3.12 การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามความสามารถรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์
แผนไทย

4.2.8 ผลการวิเคราะห์ สมมติฐานที่ 3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ทักษะ และ
ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะ
การแพทย์แผนไทยนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation)
เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้
ทักษะ ความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ใน ด้านสถานะแพทย์แผน
ไทย แสดงดังตาราง 4-8

ตาราง 4-8 การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์
แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

| ประเภทตัวแปร | ชื่อตัวแปร | สัมประสิทธิ์ตัวแปรแต่ละตัว ในรูปตัวแปรมาตรฐาน | | | | |
|--|--|--|----------|----------|----------|----------|
| | | ชุดที่ 1 | ชุดที่ 2 | ชุดที่ 3 | ชุดที่ 4 | ชุดที่ 5 |
| ตัวแปรตาม (DV) ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผน ไทยด้านเวชกรรม ไทยในด้าน สถานะแพทย์ แผนไทย | 1. อาชีพแพทย์แผนไทย | .992 | .405 | .858 | .652 | 2.177 |
| | 2. ใบประกอบเวชกรรม | -.007 | .348 | -2.562 | 1.136 | -.075 |
| | 3. ใบประกอบเภสัชกรรม | '-1.162 | .733 | 1.599 | 1.139 | -.771 |
| | 4. ใบประกอบผดุงครรภ์ | '-.887 | 1.486 | .077 | -1.855 | .353 |
| | 5. ใบประกอบนวดไทย | '1.345 | .347 | -.193 | .272 | -1.915 |
| ตัวแปรอิสระ (IV) การพัฒนาทุน มนุษย์ | 1. มีความรู้สมมุฐานโรค | .416 | -1.346 | .496 | -1.491 | .281 |
| | 2. ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด | '-.902 | 1.667 | -.329 | -.548 | .842 |
| | 3. ความรู้ ในรู้จักยาที่ใช้ | .696 | 1.519 | .516 | -.394 | -.854 |
| | 4. ความรู้ ในรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด | -.032 | -.270 | -.790 | -.601 | -.711 |
| | 5. มีทักษะ รู้สมมุฐานโรค | .097 | -1.56 | .730 | .404 | -.303 |
| | 6. ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด | .100 | -.408 | .553 | 1.113 | .705 |
| | 7. ทักษะ ในรู้จักยาที่ใช้ | .465 | .218 | .371 | -.611 | 1.066 |
| | 8. ทักษะ ในรู้ว่ายายาใด แก้โรคใด | -.143 | .307 | .874 | .480 | .005 |
| | 9. ความสามารถ รู้สมมุฐานโรค | .659 | .710 | -.163 | 1.557 | -.766 |
| | 10. ความสามารถ รู้จักโรคที่เกิด | -.351 | .707 | .660 | 1.021 | .948 |
| | 11. ความสามารถ รู้จักยาที่ใช้ | '-1.708 | -.496 | 1.717 | -1.127 | -1.536 |
| | 12. ความสามารถ รู้ว่ายายาใด แก้ โรคใด | .528 | .566 | .950 | -.902 | .835 |
| | Eigenvalues | .349 | .093 | .082 | .045 | .040 |
| | สหสัมพันธ์คานอนิคอล | .508 | .293 | .275 | .209 | .197 |

จากตาราง 4-8 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คานอนิคอล ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ
ร่วมกัน คือ การพัฒนาทุนมนุษย์ในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม

ไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทยพบว่าได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอล 5 ชุด เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์ในแต่ละชุดสามารถแปลผลได้ดังนี้

ชุดแรก สหสัมพันธ์คาโนนิกอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.508 คิดเป็นร้อยละ 50.80 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.349 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิกอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ได้ร้อยละ 34.90 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่ได้รับผลมากที่สุด คือ ผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ ด้านนวดไทย มีค่าเท่ากับ 1.345 รองลงมาคือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านเภสัชกรรม มีค่าเท่ากับ -1.162 ผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทย มีค่าเท่ากับ 0.992 อาจกล่าวได้ว่า และผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านผดุงครรภ์มีค่าเท่ากับ -0.887 ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านเภสัชกรรม ผดุงครรภ์ นวดไทย และผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทย มีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่ส่งผล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความสามารถ การรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ -1.708 และความรู้การรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -0.902 ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดแรก มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ชุดที่สอง สหสัมพันธ์คาโนนิกอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.293 คิดเป็นร้อยละ 29.30 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.093 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิกอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์

ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ได้ร้อยละ 9.30 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็น ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโน นิคอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรค ศิลป์ ด้านผดุงครรภ์ มีค่าเท่ากับ 1.486 ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านผดุงครรภ์ มี บทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทาง กลับกัน ได้แก่ ความรู้ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 1.667 ทักษะ ในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่า เท่ากับ -1.56 ความรู้ในสมุฏฐานโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ -1.346 และความสามารถ ในรู้สมุฏฐานโรคที่ เกิด มีค่าเท่ากับ 0.710 และ ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปร ตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์ กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71- 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะ แพทย์แผนไทย ในชุดที่สอง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สาม สหสัมพันธ์คาโนนิคอลลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมาก ที่สุด เท่ากับ 0.275 คิดเป็นร้อยละ 27.50 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.082 หมายความว่า ปริมาณ ความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุน มนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผน ไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ได้ร้อยละ 8.20 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็น ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโน นิคอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรค ศิลป์ ด้านเวชกรรม มีค่าเท่ากับ -2.562 ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านเภสัชกรรม มีค่าเท่ากับ 1.599 และอาชีพแพทย์แผนไทย มีค่าเท่ากับ 0.858 ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผน

ไทยด้านการแพทย์แผนไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านเวชกรรม ด้านเภสัชกรรม และผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความสามารถในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 1.717 ความสามารถในการรู้ว่ายาใด ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ 0.950 ทักษะ ในการรู้ว่ายาใด ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ 0.874 ความรู้การรู้ว่ายาใด ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ -0.790 และมีทักษะในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ 0.730 ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนีสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71-0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดที่สาม มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สี่ สหสัมพันธ์คาโนนิคัลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.209 คิดเป็นร้อยละ 20.90 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.045 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคัลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ได้ร้อยละ 4.50 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคัล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านผดุงครรภ์ มีค่าเท่ากับ -1.855 ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านเภสัชกรรม มีค่าเท่ากับ 1.139 ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ และด้านเวชกรรมมีค่าเท่ากับ 1.136 ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านผดุงครรภ์ ด้านเวชกรรม และด้านเภสัชกรรม มีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความสามารถในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ 1.557 ความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรค มีค่าเท่ากับ -1.419 ความสามารถ ใน

การรู้จักยาที่ใช้มีค่าเท่ากับ -1.127 ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 1.113 ความสามารถ ในการรู้จักโรคที่เกิดมีค่าเท่ากับ 1.021 และความสามารถ ในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ -0.902 ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. H. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดที่ดีที่สุด มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่ห้า สหสัมพันธ์คาโนนิคอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมากที่สุดเท่ากับ 0.197 คิดเป็นร้อยละ 19.70 ค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.040 หมายความว่า ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ได้ร้อยละ 4.0 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทย มีค่าเท่ากับ 2.177 ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านนวดไทย มีค่าเท่ากับ -1.915 และผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ และด้านเภสัชกรรมมีค่าเท่ากับ - 0.771 ชุดตัวแปรตามทั้งหมด ของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย คือ ผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทย และผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านนวดไทย และด้านเภสัชกรรม มีบทบาทสำคัญ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ -1.536 ทักษะ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีค่าเท่ากับ 1.066 ความสามารถ ในการรู้จักโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ 0.948 ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้มีค่าเท่ากับ -0.854 ความรู้ในการรู้จักโรคที่เกิดมีค่าเท่ากับ 0.842 ความสามารถ ในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ 0.835 ความสามารถ ใน

การรู้สมมุฐานโรคที่เกิด มีค่าเท่ากับ - 0.766 และความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้แก้โรคใด มีค่าเท่ากับ - 0.711 ตามลำดับ

ในการพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ กับชุดตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ผู้วิจัยใช้ค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์วิเคราะห์ของเดนนิสและคณะ (E. II. Dennis and others. 1979: p. 85) ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.00-0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.31 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.51 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง 0.91 - 1.00 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดที่ห้า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

จากการทดสอบสมมติฐานที่ 3 และสมมติฐานย่อย 3.1 - 3.12 ที่ระดับระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ปรากฏผลดังนี้

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ได้ทำการสอบถามในข้อคำถามดังนี้

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์

1. ด้านองค์ความรู้ ทักษะ ความสามารถของแพทย์แผนไทยในกิจ 4 ของหมอ ผลการวิจัยพบว่า ทุกคนมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า แพทย์แผนไทยมีความรู้สมมุฐานโรค ความรู้ รู้จักโรคที่เกิดความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ และความรู้ รู้ว่ายาใด แก้โรคใด ได้อย่างดี โดยให้เหตุผลว่าปัจจุบันระบบการเรียนการสอนได้เน้นการสอนแบบประยุกต์ใช้ กับการปฏิบัติงานจริงนักศึกษาแพทย์แผนไทยปัจจุบันมีทักษะในการประยุกต์การเรียนรู้ และสามารถปรับใช้ข้ามศาสตร์ กับศาสตร์ด้านอื่นได้อย่างเหมาะสมเป็นอย่างมาก เช่น นักศึกษาแพทย์แผนไทยสามารถประยุกต์ศาสตร์แพทย์แผนไทย ให้เข้ากับศาสตร์การบำบัดด้วย วิธี Homeopathy จากประเทศเยอรมนี โดยมีการฝึกปฏิบัติตั้งแต่ในปี 1 เทอม 2 โดยให้เรียนเรื่องการจดยา และในชั่วโมงการปฏิบัติหลักสูตรได้เน้นความเชี่ยวชาญ โดยการฝึกปฏิบัติจริง และมีชั่วโมงคลินิก และการลงชุมชนมาก โดยแบ่งชั่วโมงการเรียนการสอนสู่ภาคปฏิบัติกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนชั่วโมงทั้งหมด มีการปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับการนำไปใช้ได้

จริง ซึ่งหลักสูตรมีการเรียนลักษณะคล้ายการเรียนแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นโดยทำการปรับอย่างจริงจังใน 3 – 4 ปี ที่แล้ว โดยที่การเรียนแพทย์แผนไทย เน้นที่ไม่ใช่การเป็นหมอกระดาด คือไม่สามารถรักษาคนไข้ให้หายขาดได้ โดยในการเรียนการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะเภสัชกรรมสามารถผลิตยาขายได้ตามองค์ความรู้ที่มีการพัฒนา จากหลากหลายแหล่งความรู้มากมาย โดยเน้นหลักการของการรักษาว่า แผนปัจจุบันรักษาที่ปลายเหตุ ส่วนแพทย์แผนไทยรักษาที่ต้นเหตุมีการวิจัยและพัฒนา (R&D) มีการเรียนแบบพัฒนาก้าวหน้า (Advance) จากการสัมมนา (ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ศูนย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สัมมนา วันที่ 1 กันยายน 2560)

ส่วนความเห็นองค์ความรู้แพทย์แผนไทย มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในกิจ 4 ของหมอ ผลการวิจัย พบว่า ทุกคนมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ปัจจุบันแพทย์แผนไทยมีองค์ความรู้ที่สามารถตอบข้อคำถามได้อย่างน้อย ร้อยละ 75 ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 25 นั้นเกิดจากความที่แพทย์แผนไทยอาจจะเรียนเพื่อรู้ แต่อาจจะไม่ได้นำไปประกอบอาชีพแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการเรียนจึงเป็นเรื่องส่วนบุคคลในการประยุกต์ ต่อยอดองค์ความรู้ โดยปัจจุบันหลักสูตรมีการเน้นการเรียนการสอนแบบเทียบเคียงหลักสูตรแผนปัจจุบันแต่องค์ความรู้บางครั้งเรียนแบบท่องจำจึงไม่สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้ ซึ่งการเรียนเรียนตามหลักสูตรของประกอบโรคศิลป์ แต่การพัฒนาขึ้นอยู่กับการแต่ละบุคคล จากการสัมมนา (สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สัมมนาเมื่อ 2 ตุลาคม 2560)

2. มีการพัฒนาความรู้ ผลการวิจัย พบว่า ทุกคนมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ในปัจจุบันหลักสูตรแพทย์แผนไทย ได้พัฒนาจำนวนชั่วโมงภาคปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับการนำไปใช้จริง ทำให้แพทย์แผนไทยสามารถปฏิบัติและพัฒนาองค์ความรู้ได้จริงตามหลักสูตรสภาแพทย์แผนไทย รวมถึงความสามารถในการพัฒนา เช่น ยา การประยุกต์สู่การบำบัดข้ามสาย เช่น การปรุงยา การจำหน่ายยาผ่านตัวแทนต่างประเทศ ความสามารถในการสกัดยา และการที่ต่างประเทศยอมรับมาตรฐานยาไทย โดยการดัดแปลง ปรับปรุงยาตามองค์ความรู้ที่เรียน โดยนักศึกษาที่มีพื้นฐานครบครวมก่อนสามารถประกอบธุรกิจขายยาได้อย่างดีเยี่ยม ซึ่งในปัจจุบันมีข้อกำหนดในด้านข้อจำกัดยา และการนำสู่มาตรฐานยาที่ต้องการรับรองแบบตะวันตก โดยปัจจุบันมาตรฐานยาไทยได้ถือตามสารสำคัญคล้ายยาตะวันตก ทำให้ต้องมีการพัฒนา ต่อยอดการรับโดยการตีพิมพ์เผยแพร่องค์ความรู้ การศึกษายาในปัจจุบันต้องการผลการวิจัยพัฒนาค่อนข้างมาก ซึ่งยาไทยจะต้องเดินรอยตามถ้าต้องการมาตรฐานในการออกสู่ตลาดสากลซึ่งอาจจะต้องเผชิญข้อจำกัดมากมาย โดยต้องร่วมกันสร้างความ

แข็งแกร่งโดยการรวมตัวกันของหน่วยงานซึ่งจะเริ่มทำที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นการเริ่มต้น เช่น การรวมตัวของ สาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ กับ ศูนย์ศูนย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการเริ่มต้น และมีการติดตามผลลัพธ์ผลดี ผลเสียอย่างใกล้ชิด โดยพื้นฐานชาวอีสานจะมีวัฒนธรรมที่มีความเชื่อด้านยาไทย แพทย์แผนโบราณเป็นเดิมอยู่แล้ว (ผู้ประกอบการเภสัชกรรม จังหวัดขอนแก่น สัมภาษณ์เมื่อ 15 มกราคม 2561)

ข้อเสนอแนะในบางมุมมองของการพัฒนานั้น การประยุกต์และพัฒนาเองก็ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ผู้เรียนเพราะแพทย์แผนไทยที่มุ่งแค่สอบเอาใบประกอบโรคศิลป์จะไม่สามารถพัฒนาตำรายาใหม่ๆ ได้ การปรับปรุงหลักสูตรเน้นการเทียบเคียงสู่แผนปัจจุบัน จะทำให้ผู้เรียนไม่สามารถพัฒนายาไทยได้มากเพราะรู้จักยาสมุนไพรน้อยเกินไป โดยยาแผนปัจจุบันเน้นยาเดี่ยวที่ไม่ใช่ยาตำรับ บางสถาบันที่มุ่งสอนแต่การท่องจำ ไม่ได้เรียนร่ายยา มาประกอบความคิด การริเริ่มตั้งต้นยาตำรับใหม่จะน้อย การเปิดติวเพื่อสอบใบประกอบวิชาชีพในแพทย์แผน ก และการมอบตัวเป็นศิษย์อย่างน้อย 3 ปี ก็ควรให้มีมาตรฐาน ส่วนการเรียนแผน ข นั้นจะเป็นไปตามหลักสูตร มากกว่าการสอบประมวลความรู้จากตำรา ซึ่งขึ้นกับตัวผู้เรียนและความมุ่งมั่นก็จะสามารถพัฒนาได้ (สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สัมภาษณ์ เมื่อ 2 ตุลาคม 2560)

3. มีทักษะในกิจ 4 ของหมอ คือ มีทักษะ ในความรู้สมุฏฐานโรค ทักษะในการรู้จักโรคที่เกิด ทักษะ ในการรู้จักยาที่ใช้ และทักษะ ในการรู้ว่ายาคือ แก้โรคใดผลการวิจัย พบว่า ทุกคนมีความเห็นสอดคล้องกันว่า แพทย์แผนไทยในปัจจุบันมีเรียน การปฏิบัติตามชั่วโมงปฏิบัติจึงมีองค์ความรู้หลากหลาย และสามารถวิจัย พัฒนาต่อยอดได้เพราะปัจจุบันผู้ที่เข้าสู่การเรียนแพทย์แผนไทยอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสามารถเรียนรู้ศาสตร์และประยุกต์กับงานวิจัยสมัยใหม่แต่เนื่องด้วยยังคงพบการพัฒนาทักษะ สืบเนื่องจากข้อจำกัดยา ผู้ผลิต ผู้ประกอบการยาจะต้องตระหนักถึง Specification ของยาในการขึ้นทะเบียนยา ซึ่งยาที่สามารถขึ้นทะเบียนตามองค์การอาหารและยาได้นั้น จะต้องผ่านการวิจัย การตีพิมพ์เผยแพร่ผลการทดลอง ซึ่งทำให้ต้องมีการทำการวิจัย และพัฒนาแบบสมัยใหม่ ซึ่งทำให้เกิดการรวมตัวกันในหน่วยงานเพื่อการค้นคว้าและสร้างความเข้มแข็ง แต่การขาดแคลนบุคลากรพัฒนาฝึกอบรมแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง ทำให้ขาดการใช้ยาแผนไทยอย่างจริงจัง ขาดแคลนการวิจัยทางเวชกรรมแพทย์แผนไทยที่ถูกต้อง แม้แพทย์แผนไทยจะมีมากตามจำนวนผู้เรียนและผู้จบการศึกษาในแต่ละรุ่น แต่ไม่สามารถทำงานในระบบได้ (หัวหน้าศูนย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สัมภาษณ์วันที่ 15 มกราคม 2561)

4. คุณลักษณะแพทย์แผนไทย ปัจจุบันจากภาวะทางเศรษฐกิจ ทำให้การแพทย์หันเข้าสู่เชิงธุรกิจมากขึ้น โดยค่านึงถึงค่าตอบแทน รายรับที่จะมีเข้าโรงพยาบาลทำให้ ที่ทำให้เกิดรายรับเข้าโรงพยาบาลมากกว่า การค่านึงถึงถึงสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริงเช่น การแพทย์ผดุงครรภ์ มีการทับหม้อเกลือหลังคลอด กายภาพบำบัด นวดไทย เป็นรายรับเข้าสู่โรงพยาบาลจำนวนมาก นับเป็นรายชั่วโมง ซึ่งคุณลักษณะปัจจุบัน กับจรรยาแพทย์อาจจะต้องมีการพึ่งพาทางเศรษฐกิจมากขึ้นกว่าในอดีตทำให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องด้วยหลักเวชกรรมขาดหายไป หรือเมื่อเปรียบเทียบกับ การออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง จะก่อให้เกิดรายรับที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังคลอด ที่สามารถนับรายชั่วโมงในการคิดค่าบริการ ทำให้มีรายรับเข้าโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเชื่อมโยงกับ จำนวนอัตราในการบรรจุข้าราชการด้านแพทย์แผนไทยในกรีกการจ้างและอัตราการบรรจุ ผู้ช่วยแพทย์ ซึ่งจะมีการคำนวณรายรับให้โรงพยาบาลมากกว่าการบรรจุเพื่อรักษาพยาบาลเพื่อรักษาสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว(สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สัมภาษณ์ เมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561)

คุณลักษณะแพทย์แผนไทย ผลการวิจัย พบว่า ทุกคนมีความเห็นสอดคล้องในความคิดว่า นโยบายรัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสนับสนุน แต่ขาดการลงมือปฏิบัติอย่างจริงจังทำให้คุณลักษณะแพทย์แผนไทยขาดขวัญกำลังใจในคุณลักษณะที่สามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว (ศูนย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สัมภาษณ์วันที่ 15 มกราคม 2561)

5. หลักสูตรควรมีการพัฒนา ผลการวิจัย พบว่า ทุกคนมีความเห็นสอดคล้องในความคิดว่า แพทย์แผนไทยมีการเรียนด้านสมุนไพร ยาไทย การวินิจฉัยแบบแผนไทย ซึ่งปัจจุบันมีศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่มีการจัดการเรียนการสอนคล้าย การศึกษาศาสตร์แบบการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งการแพทย์แผนไทยประยุกต์จะมีการเรียนรายละเอียดลึกซึ้งคนละอย่าง จึงควรมีการปรับ ทั้งสองหลักสูตรเข้าด้วยกัน ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับหลักสูตรแผนไทยเข้าหาแผนปัจจุบัน ด้วยเหตุผลทางด้านระเบียบมาตรฐานภาครัฐที่ใช้แนวทางยาแผนตะวันตก ซึ่งแต่เดิมทุกคนมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมกับการเรียนที่ก่อให้เกิดความรู้ ทักษะ ความสามารถ (ผู้ประกอบการเภสัชกรรม จังหวัดขอนแก่น สัมภาษณ์เมื่อ 15 มกราคม 2561)

ข้อเสนอแนะ ในด้านหลักสูตรว่า หลักสูตรมีความสอดคล้องกับความรู้ ทักษะ ความสามารถเพราะการกำกับการสอนภายใต้สภาแพทย์แผนไทย แต่ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการเพิ่มการฝึกปฏิบัติ(ศูนย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สัมภาษณ์วันที่ 15 มกราคม 2561)

6. นโยบายมาตรฐานภาครัฐ ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ทุกคนมีความเห็นสอดคล้องในความคิดว่า ภาครัฐมีนโยบายเข้มงวดในด้านมาตรฐานแพทย์แผนไทย การเรียนการสอน มาตรฐานห้องทดลอง พื้นที่การจัดตั้งศูนย์ต่างๆ แต่รัฐบาลขาดเงินทุนสนับสนุน และไม่ได้จัดสรรเงินงบประมาณในการสนับสนุน ทำให้หน่วยงานต้องหาเงินมาปรับปรุงพัฒนาห้องเรียน ห้องปฏิบัติการ การวิจัยค้นคว้า ทำให้มีการขึ้นค่าเล่าเรียน เพื่อให้สถาบันการสอน หน่วยปฏิบัติมีมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากลทั่วไป รัฐบาลจะมีการสุ่มตรวจทุก 3 ปี จากกระทรวงสาธารณสุข องค์การอาหารและยา สภาแพทย์แผนไทยการแจ้งมาตรฐาน การป้องกันโรคต่างๆ ยาตัวใหม่ โรคระบาดใหม่ จะมีการแจ้งเวียนโดยหนังสือเวียนแจ้งแต่ไม่มีการจัดอบรมความรู้ มาตรฐานเจ้าหน้าที่อย่างจริงจัง ซึ่งการตั้งเกณฑ์มาตรฐานเองก็ทำการตั้งจากภาครัฐ

นโยบายสนับสนุนภาครัฐ ยังคงขาดหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนจริงจัง การตรวจรักษาคลินิกห้องตรวจแพทย์แผนไทยพบน้อยในโรงพยาบาล มีเฉพาะส่วนโรงพยาบาลที่บำบัดรักษาเชื่อมโยงต่อจากการแพทย์สมัยใหม่ เช่น ผดุงครรภ์ นวดไทย แต่การริเริ่มจากการตรวจในแพทย์ด้านเวชกรรม ยังคงไม่มีการรักษาและเริ่มการจ่ายยาตามหลักการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง(ศูนย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สัมภาษณ์วันที่ 15 มกราคม 2561)

ข้อเสนอแนะ ในเรื่องยาไทย ปัจจุบันผู้บริโภคหันมานิยมยาไทยมากขึ้น เช่น ยาฟ้าทะลายโจร เมื่อโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้คนไข้เลือกสั่งยาว่าจะใช้ยาสมุนไพรไทย หรือ ยาสารสกัดเคมีหรือยานอก ผลปรากฏว่า คนใช้ส่วนใหญ่ชอบยาสมุนไพรไทย ทำให้แต่การจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ทำให้เกิดการค้างสต็อกของยาแอมมอกซิ และเมื่อมีการสั่งเข้ายาสมุนไพรจำนวนมากอย่างต่อเนื่องมาทดแทนยาสมัยปัจจุบันทำให้ยาแผนปัจจุบันค้างสต็อกไม่สามารถระบายออกได้ เกิดการเก็บบของยาและมีผลต่อระบบงบประมาณการสั่งยาโรงพยาบาลในปีถัดไปโรงพยาบาลจะไม่สามารถของบประมาณในการจัดซื้อยาได้เพราะยาสมัยใหม่มีจำนวนล้นสต็อกส่งผลต่อการถูกตัดงบประมาณทำให้โรงพยาบาลต่างๆ หันกลับมาใช้ยาสมัยใหม่ตามเดิม ดังจะเห็นว่ารัฐบาลยังไม่มีระบบสนับสนุนยาไทย หรือระบบงบประมาณที่เอื้อต่อยาไทย(สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สัมภาษณ์ เมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561)

7. ระบบค่าตอบแทน ผลการวิจัยพบว่า จำนวน อัตราบรรจุ มีน้อยมาก หรือแทบไม่มีเลยเนื่องด้วยในแต่ละจังหวัดไม่มีอัตราบรรจุแพทย์แผนไทย ไม่มีมาตรฐานอัตราที่เป็นเกณฑ์อ้างอิง จึงทำให้ในแต่ละจังหวัดจัดจ้างตามที่หน่วยงานเสนอขอ โดยส่วนใหญ่จัดจ้างในวุฒิกู้จ้างชั่วคราว หรือจ้างเหมาบริการบางส่วน หรือจ้างเหมาบริการทั้งหมด ทำให้ขาดความมั่นคงในงาน แพทย์แผนไทย

หลายคนได้ออกจากระบบการบรรจุอัตราที่ขาดแคลนโดยทำอาชีพอื่น และเพียงวุฒิปริญญาตรีเพื่อหางานสาขาอื่นทดแทนการตรวจโรคเรื้อรังที่มีการบูรณาการเข้ากับการแพทย์แผนไทยพบน้อยมาก โดยโรคที่สามารถบำบัดให้หายขาดได้ เช่น โรคสะเก็ดเงิน ควรมีการสนับสนุนเพื่อการพัฒนา

ค่าจ้างที่จ้างแพทย์แผนไทยนั้น ต่ำกว่ามาตรฐาน เช่น การบรรจุข้าราชการในอัตราค่าตอบแทน 15,960บาท ส่วนอัตราแพทย์แผนไทย ได้รับค่าตอบแทน อัตราลูกจ้างชั่วคราว อัตรา 11,000 และไม่มีการประเมินขึ้นเงินเดือน และไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ (สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สัมภาษณ์ เมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561)

ข้อเสนอแนะ แพทย์แผนไทยที่ขาดแคลนมากที่สุด คือ ทางด้านเวชกรรม ซึ่งความขาดแคลนจะขึ้นอยู่กับมุมมอง ทักษะคนดี แต่ละคนแต่ละพื้นที่ ปัจจุบันเภสัชกรรมไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์ทางเวชกรรมเพราะไม่มีโอกาสในการวินิจฉัยโรค ไม่มีโรงพยาบาลแผนไทยจริงๆ ในระบบ แพทย์แผนไทยจะมีแค่ที่บ่หม้อเกลือ และนวดไทย ทำให้แพทย์แผนไทยผันตัวเองไปประจำอยู่ร้านนวด สปาซึ่งจะมีรายได้ที่ดีกว่า (ผู้ประกอบการเภสัชกรรม จังหวัดขอนแก่น สัมภาษณ์เมื่อ 15 มกราคม 2561)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษากการพัฒนากานมนุขย์เพือส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลางได้ทำการเก็บข้อมูลจากพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง 4 จังหวัด คือ กาศ์สินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคามและขอนแก่น โดยทำการเก็บตัวอย่างจาก กลุ่มแพทย์แผนไทย และ นักศึกษาแพทย์แผนไทยชั้นปีสุดท้ายโดยการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) การวิเคราะห์ข้อมูลจึงวิเคราะห์ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์การวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการหาคำตอบ และยืนยันคำตอบของการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 ตัวอย่าง นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปคาโนนิกอล ผลการวิจัยสรุป อภิปรายผล และนำข้อเสนอเพื่อเสนอแนะ ประกอบกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา การพัฒนากานมนุขย์เพือส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง สามารถสรุปผล ได้ดังนี้:

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย หรือคิดเป็นร้อยละ 75.40 และ ร้อยละ 24.60 ตามลำดับอายุของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของอายุ ที่มีมากที่สุด คือ อายุ 21-30 ปี จำนวนร้อยละ 35.10 รองลงมา คือ 51 ปี หรือ มากกว่าจำนวนร้อยละ 20.50 และ 31 - 40 ปี จำนวนร้อยละ 22.70 กลุ่มอายุที่มีน้อยที่สุด คือ อายุ 41 - 50 ปี จำนวนร้อยละ 21.60 การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนใกล้เคียงกันส่วนอาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ แพทย์แผนไทย ร้อยละ 72.70 รองลงมาคือ อาชีพนักศึกษา และอาชีพ อื่นๆ เช่น ค้าขาย ข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 27.30

การศึกษาหลักสูตรที่ศึกษาแพทย์แผนไทยในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาแพทย์แผนไทย ด้านนวดไทย โดยพบร้อยละ 68.90 รองลงมา คือ ด้านเภสัชกรรม ร้อยละ 58.60 ส่วน ด้านผดุงครรภ์ และด้านเวชกรรม มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 46.80 โดยพบว่าทั้ง 4 ด้านมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันการ ได้รับใบประกอบโรคศิลป์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ถึง ร้อยละ 64.90 และใบประกอบโรคศิลป์ด้านที่ได้รับ ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ด้านนวดไทยมากที่สุดถึง ร้อยละ 48.10 รองลงมาคือ ด้านผดุงครรภ์ ร้อยละ 27.00 ด้านเภสัชกรรม และด้านเวชกรรม ร้อยละ 24.90 และ 21.10 ตามลำดับสำหรับ ระยะเวลาศึกษา หรือประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแพทย์แผนไทย หรือศึกษามากที่สุดในระยะเวลา 1 - 5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 48.10 รองลงมา คือ ระยะเวลา 6 - 10 ปี ร้อยละ 37.00, 11 - 15 ปี, และ 16 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 9.50 และ 5.40 ตามลำดับ

5.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ในกิจ 4 ของหมอ

จากการวัดผล ด้านความรู้ตามข้อคำถามในแบบสอบถาม จำนวน 370 ตัวอย่าง ความรู้ หมายถึง องค์ความรู้พื้นฐานที่ได้จากการเรียนรู้ ความรู้ที่เกิดจากการจดจำ องค์ความรู้ 9 ข้อ คือ ประวัติความเป็นมาของแพทย์แผนไทย ศาสตร์ด้านจักรวาศี ศาสตร์ด้านคัมภีร์ โดยมีความรอบรู้ ในกิจ 4 ของแพทย์ คือความรู้สมุฏฐานโรค รู้จักโรคที่เกิด รู้จักยาที่ใช้ และรู้ว่ายาใด แก้โรคใด

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ตัวอย่าง มีการตอบคำถามด้านความรู้ ถูกต้อง มากกว่า ไม่ถูกต้อง โดยตอบถูกต้อง ร้อยละ 67.9 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.9แสดงให้เห็นว่า แพทย์แผนไทย ในกลุ่มภาคอีสานตอนกลาง มีความรู้ ในกิจ 4 ของหมอในระดับปานกลาง

5.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ทักษะ ในกิจ 4 ของหมอ

จากการวัดผล ด้านทักษะ ตามข้อคำถามในแบบสอบถาม จำนวน 370 ตัวอย่างทักษะ หมายถึง องค์ความรู้ที่มาจากการปฏิบัติ โดยตามการศึกษาข้อคำถาม ด้านทักษะ 5 ข้อ คือ ธาตุและยาที่ใช้ อากาโรค การแก้ปัญหาในตัวยาต่างๆ การรู้สมุฏฐานโรค โดยมีความสามารถในกิจ 4 ของหมอ คือทักษะ การรู้สมุฏฐานโรค ทักษะ การรู้จักโรคที่เกิด ทักษะ การรู้จักยาที่ใช้ และทักษะ การรู้ว่ายาใด แก้โรคใด

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถาม จำนวน 370 ตัวอย่าง ด้านทักษะ ไม่ถูกต้องมากกว่า ถูกต้อง โดยตอบไม่ถูกต้อง ร้อยละ 52.30 และถูกต้อง ร้อยละ 47.70 แสดงให้เห็นว่า แพทย์แผนไทย ในกลุ่มภาคอีสานตอนกลาง มีทักษะ ในกิจ 4 ของหมอ ในระดับต่ำ

5.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ

จากการวัดผล ด้านความสามารถ ตามข้อคำถามในแบบสอบถาม จำนวน 370 ตัวอย่าง ความสามารถ หมายถึง ความรอบรู้ เป็นผลรวมระหว่างความรู้และทักษะใน ความสามารถรักษาโรค รู้ว่ายาใดใช้กับโรคใด และรู้วิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ความสามารถ การรู้สมุฏฐานโรค ความสามารถ การรู้จักโรคที่เกิด ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ และความสามารถ การรู้ว่ายาใด แก้โรคใด

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถาม ด้านความสามารถ ถูกต้องมากกว่าไม่ถูกต้อง โดยตอบถูกต้อง ร้อยละ 63.20 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 36.80 แสดงให้เห็นว่า แพทย์แผนไทย ในกลุ่มภาคอีสานตอนกลาง มีความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอในระดับปานกลาง

5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอกับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร ทั้ง 4 หลักสูตร

ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในหลักเวชกรรมในกิจ 4 ของหมอก็คือ การรู้สมุฏฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร ทั้ง 4 หลักสูตรคือ การศึกษาหลักสูตรเวชกรรม หลักสูตรเภสัชกรรม หลักสูตรผดุงครรภ์ และหลักสูตรนวดไทยด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล พบว่า ได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลล 4 ชุด คือ

ชุดแรก สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล (Canonical Correlation) ที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันมาก ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์เวชกรรมการแพทย์แผนไทย ด้านการศึกษาหลักสูตร 4 หลักสูตร คือ หลักสูตรเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญ

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกันได้แก่ ความรู้การรู้จักโรคที่เกิดความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ และ ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ มีผลโดยตรงต่อตัวแปรตาม คือ การศึกษาหลักสูตรนวดไทย รองลงมาคือ หลักสูตรเภสัชกรรม และ การศึกษาหลักสูตร ผดุงครรภ์

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ คือ การรู้สมรรถฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรเวชกรรม เกสัชกรรม ผดุงครรภ์ และ นวดไทยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ชุดที่สอง สหสัมพันธ์คาโนนิคอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ด้านการศึกษาลักสูตร 4 ลักสูตร ในรูปแบบคะแนน มาตรฐานพบว่า

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ในรูปแบบคะแนน มาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่ส่งผล ต่อชุดตัวแปรตาม สูงกว่าตัวแปรอื่น ในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ การรู้จักโรคที่เกิด ความรู้ การรู้จักยาที่ใช้ ทักษะ การรู้จักโรคที่เกิด และทักษะการรู้ว่ายาใด ใช้ แก้โรคใด ตัวแปรตามที่ได้รับอิทธิพลมากที่สุด คือ การศึกษาลักสูตรผดุงครรภ์ รองลงมาคือ การศึกษาลักสูตรนวดไทย

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ คือ การรู้สมรรถฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สาม สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกัน ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์ แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตร 4 ลักสูตร พบว่า

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ในรูปแบบคะแนน มาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าว สูงกว่าตัวแปรอื่น ในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักสมรรถฐานโรคที่เกิด ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ ทักษะ ในการรู้สมรรถฐานโรค ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด ความสามารถ ในการรู้สมรรถฐานโรค ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ และความสามารถ รู้ว่ายาใดใช้แก้โรคใด มีผลต่อ ตัวแปรตาม คือ การศึกษาลักสูตรเวชกรรม รองลงมาคือ การศึกษาลักสูตรผดุงครรภ์ และการศึกษาลักสูตรนวดไทย

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ คือ การรู้สมรรถฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยด้านการศึกษาลักสูตรเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย ในชุดที่สาม มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สี่ สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม ปริมาณความแปรปรวน ซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิคอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ด้านการศึกษาลักสูตร 4 ลักสูตร

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่ส่งผล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าว สูงกว่าตัวแปรอื่น ในทางกลับกันได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ ทักษะในการรู้จักยาที่ใช้ ความสามารถ ในการรู้สมรรถฐานโรค ความสามารถ ในการรู้จักโรคที่เกิด ความสามารถ ในการรู้ว่ายาใด ใช้กับโรคใด มีผลต่อตัวแปรตาม คือ การศึกษาลักสูตรเภสัชกรรม รองลงมาคือ การศึกษาลักสูตรนวดไทย การศึกษาลักสูตรผดุงครรภ์ และการศึกษาลักสูตรเวชกรรม

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ คือ การรู้สมรรถฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตรเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย ในชุดที่สี่ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

5.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอกับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์

ความสัมพันธ์คาโนนิคอล ระหว่างชุดตัวแปรอิสระร่วมกัน คือ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์ พบว่าได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอล 2 ชุด เมื่อพิจารณาสัมประสิทธิ์ในแต่ละชุดแปลผลดังนี้

ชุดแรก สหสัมพันธ์คาโนนิคอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม มีค่าร่วมกันชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในกิจ 4 ของหมอการรู้สมรรถฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผน

ไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์คือ การได้รับใบประกอบโรคศิลป์และระยะเวลาศึกษาหรือประกอบอาชีพ

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่ส่งผล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกันได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ ความสามารถ ในการรู้สมุฏฐานโรค ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด ความสามารถ รู้ว่ายาใด แก้โรคใด และความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรค ตามลำดับ มีผลต่อ ตัวแปรตามของ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์คือ ระยะเวลาประกอบอาชีพ หรือศึกษา รองลงมา คือ การได้ใบประกอบโรคศิลป์

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ คือ การรู้สมุฏฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์ ในชุดแรก มีความสัมพันธ์กันในระดับที่ต่ำมาก

ชุดที่สอง สหสัมพันธ์คาโนนิกอลที่ชุดตัวแปรอิสระ กับ ชุดตัวแปรตาม ปริมาณความแปรปรวนซึ่งร่วมกันในชุดตัวแปรคาโนนิกอลทั้งสองกลุ่ม คือ ชุดตัวแปรอิสระ การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกันได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิดทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ ความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรค และความสามารถ ในการรู้สมุฏฐานโรคตัวแปรตามที่มีอิทธิพล ต่อตัวแปรตามมากที่สุด คือ การได้ใบประกอบโรคศิลป์ รองลงมาคือ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ หรือศึกษา

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ คือ การรู้สมุฏฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ และการรู้ว่ายาใด แก้โรคใด กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านประสบการณ์ ในชุดที่สอง มีความสัมพันธ์กันในระดับที่ต่ำมาก

5.1.7 ความสัมพันธ์ ระหว่าง การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอก็คือ การรู้ ฐานโรค การรู้จักโรคที่เกิด การรู้จักยาที่ใช้ การรู้ว่ายาใด แก้โรคใดกับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผน ไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทยอาชีพแพทย์แผนไทย การได้รับใบอนุญาต ประกอบโรคศิลป์ ด้านเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทยพบว่าได้ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิ คอล 5 ชุด

ชุดแรก การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล ในรูปแบบคะแนน มาตรฐานพบว่า ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทาง กลับกัน ได้แก่ ความสามารถ ในการรู้จักยาที่ใช้ และความรู้ในการรู้จักโรคที่เกิด มีผลต่อ ตัวแปรตาม คือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านนวดไทย รองลงมาคือ ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านเกษัชกรรม ผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทย

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดแรก มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ชุดที่สองการพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคอลล ในรูปแบบคะแนน มาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกัน ได้แก่ ความรู้ ในการรู้จักโรคที่เกิด ทักษะ ในการรู้ฐานโรค ความรู้ ในฐานโรคที่เกิด และ ความสามารถ ในรู้ฐานโรคที่เกิด ตามลำดับ มีผลต่อ ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ที่ได้ ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านผดุงครรภ์

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดที่สอง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สามการพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคัล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกันได้แก่ ความสามารถในการรู้จักยาที่ใช้ความสามารถ ในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใดทักษะ ในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด ความรู้การรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด และมีทักษะ ในการรู้สมุฏฐานโรค ตามลำดับ มีผลต่อ ตัวแปรตาม คือ ผู้ที่ได้ไปประกอบโรคศิลป์ ด้านเวชกรรม ผู้ที่ได้ไปประกอบโรคศิลป์ ด้านเภสัชกรรม และอาชีพแพทย์แผนไทย

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่สี่การพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคัล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ส่วนตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการรู้สมุฏฐานโรค ความรู้ ในการรู้สมุฏฐานโรค ความสามารถในการรู้จักยาที่ใช้ ทักษะ ในการรู้จักโรคที่เกิด ความสามารถในการรู้จักโรคที่เกิด และความสามารถ ในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด ตามลำดับ ตัวแปรตามที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ที่ได้ไปประกอบโรคศิลป์ ด้านผดุงครรภ์ มีผู้ที่ได้ไปประกอบโรคศิลป์ ด้านเภสัชกรรมผู้ที่ได้ไปประกอบโรคศิลป์ และด้านเวชกรรม

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดที่สี่ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ชุดที่ห้าการพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านสถานะแพทย์แผนไทย

ลักษณะแรก เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคัล ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพล ต่อชุดตัวแปรตามดังกล่าวสูงกว่าตัวแปรอื่นในทางกลับกันได้แก่ ความสามารถในการรู้จักยาที่ใช้ ทักษะ ในการรู้จักยาที่ใช้ ความสามารถในการรู้จักโรคที่เกิด ความรู้ ในการรู้จักยาที่ใช้ความรู้ในการรู้จักโรคที่เกิดความสามารถ ในการรู้ว่ายายาใด ใช้แก้โรคใด ความสามารถในการรู้สมุฏฐานโรคที่เกิด และความรู้ ในการรู้จักยาใดใช้แก้โรคใด ตามลำดับ มีผล

ต่อ ตัวแปรตาม คือ ผู้ที่มีอาชีพแพทย์แผนไทย ผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ ด้านนวดไทย และผู้ที่ได้ใบประกอบโรคศิลป์ และด้านเภสัชกรรม

ลักษณะที่สอง การพัฒนาทุนมนุษย์ กับ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทย ในชุดที่ห้า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถสรุปผลดังนี้ :

5.2.1 การพัฒนาทุนมนุษย์ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในภาพรวมการศึกษาหลักสูตรทั้ง 4 หลักสูตรคือ เวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทยในระดับต่ำ ตัวแปรที่ส่งผลคือ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้ ู้จักโรค ความรู้ ู้จักยา ความสามารถในการรู้จักยา ส่งผลต่อ การศึกษาหลักสูตรเภสัชกรรม หลักสูตรผดุงครรภ์ และหลักสูตรนวดไทย

5.2.2 การพัฒนาทุนมนุษย์ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านประสบการณ์ในระดับต่ำมาก คือ ความรู้ ู้สมุฏฐานโรค ความรู้ ู้จักโรค ความรู้ ู้จักยา ความสามารถ ู้สมุฏฐานโรค และความสามารถ ู้ว่ายาใด แก้โรคใด ส่งผลต่อ ประสบการณ์ คือ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ หรือศึกษาแพทย์แผนไทย และการได้รับใบประกอบโรคศิลป์

5.2.3 การพัฒนาทุนมนุษย์ ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในด้านสถานะแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ คือ ความรู้ ู้จักโรค ความสามารถรู้จักยา ส่งผลต่อ สถานะการแพทย์แผนไทย คือ อาชีพแพทย์แผนไทย และการได้รับใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านเภสัชกรรม ใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านผดุงครรภ์ ใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้านนวดไทย

ผลการวิจัย สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่กล่าวถึง การแพทย์แผนไทยปัจจุบันได้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถก่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในตัวแปรอิสระ คือ กิจ 4 ของหมอบ ส่งผลต่อ การศึกษาในหลักสูตรทั้ง 4 หลักสูตรในระดับต่ำ การเรียนการสอนของทางสถาบันการศึกษาได้มีการพัฒนาหลักสูตรในทางปฏิบัติให้มีมากขึ้น ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในทุกหลักสูตร แต่จะพบว่า ความรู้ ู้จักโรค ความรู้ ู้จักยา และความสามารถ ู้จักยาส่งผลต่อการศึกษาหลักสูตรเภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และนวดไทย จึงควรเพิ่มการศึกษาในเรื่อง ทำนองโรค มากขึ้น ซึ่ง

หมายถึง มีความรอบรู้ในโรค และมีความรู้ ความสามารถในยา สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องของการประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะในเรื่องของยา

ความรู้ ฐานความรู้โรค ความรู้ ฐานรู้จักโรค ความรู้ ฐานรู้จักยา ความสามารถ ฐานความรู้โรค และความสามารถ ฐานรู้ว่ายาด แก่โรคใด ส่งผลต่อ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ หรือศึกษาแพทย์แผนไทย และการได้รับใบประกอบโรคศิลป์ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพเนื่องด้วยประสบการณ์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย จะสามารถมีความรู้ และสามารถวินิจฉัยฐานของโรคได้ และความสามารถในการรู้ว่ายาสมนไพรได้ ใช้บำบัดอาการโรค ซึ่งสอดคล้องกับการสมมุติฐานวินิจฉัยว่า ความยั่งยืนในการประกอบอาชีพ จะสามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในระบบให้เกิดความมั่นคง ซึ่งจะนำสู่ด้านความพัฒนาต่อยอด และสามารถพัฒนาในระดับการเรียนรู้ (Novice) สู่ขั้นเชี่ยวชาญ หรืออัจฉริยะ ตามแนวคิดของ Sternberg ซึ่งจะมืองค์ประกอบทางด้านแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ทางอาชีพในระยะยาว

ส่วนความรู้ ฐานรู้จักโรค ความสามารถรู้จักยา ส่งผลต่อ อาชีพแพทย์แผนไทย แสดงให้เห็นว่า ความสำคัญในกิจ 4 ของหมอ คือ ความรู้ ฐานรู้จักโรค และความสามารถรู้จักยา จึงควรเพิ่มเติม การเรียนรู้ในส่วน คัมภีร์วินิจฉัยทำนองโรค

5.2.4 จากการยืนยันด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า แพทย์แผนไทยในปัจจุบันมีการพัฒนาได้มากขึ้น โดยสามารถพัฒนา ประยุกต์ศาสตร์แพทย์แผนไทยได้ แต่อย่างไรก็ดี จากผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ความรู้ การรู้จักโรค ความรู้ ฐานรู้จักยา ความสามารถ การรู้จักยา เป็นตัวแปรอิสระที่มีส่งผล ต่อตัวแปรตามมากกว่า ตัวแปรอิสระตัวอื่น นั้นหมายถึง คุณภาพการแพทย์แผนไทยยังคงต้องมีการพัฒนามากขึ้นในทางวินิจฉัยโรค แต่ปัญหาแพทย์แผนไทยอยู่ที่การสนับสนุนเพื่อการพัฒนาจากภาครัฐบาลทั้ง เงินทุน งบประมาณ และอัตราการจ้างงาน ระบบค่าตอบแทน ซึ่งสามารถประยุกต์ได้กับการพัฒนาทุนมนุษย์ต้องพึงพิง แนวคิดการพัฒนาอัจฉริยะภูมิปัญญา (Sternberg, 1985) ที่กล่าวคือ การพัฒนาทุนมนุษย์ด้วย การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และนำสู่ความรู้ระดับอัจฉริยะ คือ สามารถคิดค้น ได้หรือที่เรียกว่า “Metacognitive” ซึ่งจะวนเป็นวัฏจักรเพื่อให้เกิดองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญตามแนวคิดของ Sternberg ดังแสดงไว้ในภาพ 5-1 ซึ่งเป็นการเสนอแนะของผู้วิจัย และเพื่อพัฒนาแพทย์แผนไทยต่อไปแต่เมื่อแพทย์แผนไทยขาดการสนับสนุนอย่างแท้จริงดังกล่าวข้างต้นก็ย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญ ต่อการพัฒนาทุนมนุษย์การแพทย์

แผนไทยให้ใช้ภูมิปัญญาไทยสร้างเป็นอัจฉริยะทางภูมิปัญญาได้ และก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบ กับการแพทย์แผนไทยทางด้านคุณภาพการรักษาวินิจฉัยโรคได้ในที่สุด

5.2.5 สืบเนื่องจากข้อที่ 4 ในการพัฒนาทุนมนุษย์ ตามหลักแนวคิดขององค์ประกอบทุนมนุษย์ ของ นิสตารค์ (นิสตารค์ เวชยานนท์, 2556) ได้ให้ความสนใจ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ จิตใจ สติปัญญา สมาธิ ปัญญาทางจิต เพื่อให้สามารถนำสู่ความคิดสร้างสรรค์ประยุกต์ได้กับแนวคิด อัจฉริยะภูมิปัญญาของ Sternberg (Sternberg, 2011) ที่ควรเป็นความสามารถ หรือสมรรถนะ คุณภาพของแพทย์แผนไทยในการประยุกต์ ทั้งความรู้ รู้จักโรค และ ความรู้ รู้จักยา ความสามารถ รู้จักยา ตามหลักการแพทย์แผนไทยที่ใช้การรักษาเป็นแบบปัจเจกบุคคล ซึ่ง OECD ได้กล่าวถึง การพัฒนาคุณภาพของมนุษย์ควรกระทำทั้งระบบ คือ สภาพความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ ระดับการศึกษาที่ นำสู่ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งทุนมนุษย์จะกลายเป็นทุนทางสังคม ที่จะส่งต่อในรูปแบบเครือข่าย นำสู่ทุน ทางปัญญา ความเชื่อมั่นและสร้างผลดีแก่การสาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนส่งเสริมการ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) สร้างรายได้และชื่อเสียงให้กับประเทศได้อีกด้วย (Pham, 2015)

5.2.6 การสนับสนุนภาครัฐ ทั้งด้านนโยบายมาตรฐาน และการสนับสนุนภาครัฐ ตามแนวคิด การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ ในรูปแบบการจัดการแบบอ่อน คือ แนวคิดการจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ ด้านมนุษย์สัมพันธ์ คือ ตัวแบบแนวคิดแบบฮาร์วาร์ด (Harvard Model of HRM) ส่วนแนวคิดแบบแข็ง หรือ แนวคิดแบบประโยชน์นิยม คือ รูปแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบ มิชิแกน (Michigan Model of HRM) ที่เน้นการประเมินพนักงานจากการปฏิบัติงาน ซึ่งต่อมา มี รูปแบบเป็นผสมผสานทั้ง 2 รูปแบบ ทั้งแบบอ่อน และแบบแข็งเข้าด้วยกัน คือ รูปแบบวารวิค (Warwick Model of HRM) ซึ่งมีการบูรณาการเข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือ การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิง เปรียบเทียบแบบเกสต์ (Guest Comparative Model) ที่เน้นทั้งแบบอ่อน และแบบแข็ง ตลอดจน รูปแบบโมเดลชอยท์ ที่ผสมผสานทั้งอ่อน แข็ง และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน ซึ่งจะสามารถนำพาการแพทย์ แผนไทยสู่การพัฒนา และสู่รูปแบบความเชี่ยวชาญ หรือสู่คุณลักษณะแพทย์แผนไทยที่มีทั้ง ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ซึ่งจะต้องมีการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมในที่นี้ คือ ปัจจัย ข้อจำกัด ทางด้านนโยบายรัฐ การสนับสนุนภาครัฐ และระบบค่าตอบแทน โดยแพทย์แผนไทยอาจจะ ต้องผันอาชีพการรักษามีโซ่อยู่ในระบบแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งในปัจจุบันจะพบแพทย์แผนไทยหันมา ผลิตยาในการรักษามากขึ้น อีกทั้งภาครัฐควรเห็นแก่ประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าในระยะสั้น อัน อาจทำให้ประเทศเสียประโยชน์ได้ เพราะความคำนึงถึงแต่ประโยชน์ในระยะสั้นเท่านั้น

5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.3.1.1 ควรร่วมมือกันทั้งสามฝ่ายระหว่างภาครัฐ เอกชน และการศึกษาในการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์สนับสนุนการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมอย่างแท้จริงและเป็นรูปธรรมในการจัดสรรงบประมาณและกำหนดตำแหน่งขึ้น

สำหรับเหตุผลของข้อเสนอแนะนั้นมาจากความสัมพันธ์ ระหว่าง ตัวแปรอิสระการ พัฒนาทุนมนุษย์ ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในกิจ 4 ของหมอกับ ตัวแปรตาม ยุทธศาสตร์ การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยในด้านการศึกษาลักสูตร ประสบการณ์ และสถานะแพทย์แผน ไทยควรแสดงจุดยืนที่ชัดเจนในคุณลักษณะเด่น ของการแพทย์แผนไทย เช่น การรักษาโรคเรื้อรัง การ ปรับสมดุลในโรคต่างๆ และควรเผยแพร่องค์ความรู้ ออกไปให้ประชาชนได้ทำความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพราะจากความนิยมที่คนหันมาสนใจในการรักษาแบบธรรมชาติ และการรักษาในระบบไม่ได้รับการ สนับสนุนเท่าที่ควร ถึงแม้จะเป็นประโยชน์ก็ตามในระบบทุนนิยม และความต้องการทุนของ โรงพยาบาลส่วนใหญ่

1. การแพทย์แผนไทย จึงควรมีจุดยืนที่ชัดเจนในการรักษาโรค ซึ่งจากผลการวิจัย แสดงให้เห็นความสำคัญในความรู้ รู้จักโรค ความสามารถรู้จักโรค ซึ่งจะสามารถสร้างบุคลากรทาง การแพทย์แผนไทยได้อย่างยั่งยืน

2. ทางด้านสถาบันหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและวินิจฉัยโรคด้านเวช กรรมควรให้ความสำคัญกับการศึกษาทำนองโรค หรือ Process ต่างๆ ขององค์ประกอบการแพทย์ แผนไทย ด้านเวชกรรมด้วยเหตุผลที่ยังขาดความตระหนักถึง ปัจจัยการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ซึ่งในองค์ความรู้ที่ควรพัฒนาดังกล่าวนี้หากไม่เกิดการพัฒนาแล้วย่อมเป็น อุปสรรคต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ คือ ขาดความเข้มแข็งให้รู้จักโรค ขาดการรู้จักยาที่ใช้ ก่อให้เกิด ความบกพร่องทางความสามารถที่จะรู้ว่า ยาใดรักษาโรคใด การศึกษาทำนองโรคจึงสามารถแก้ไข จุดอ่อนในเรื่องทักษะและความสามารถที่ยังเป็นเพียงมีอาชีพ ให้สู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างอาชีพ อย่างแท้จริง ดังได้เสนอแนะความคิดนี้ไว้เชื่อมโยงกับข้อเสนอแนะเชิงวิชาการด้วย

3. ควรสร้างความเข้มแข็ง ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แพทย์แผนไทยให้ เชื่อมต่อ กับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพื่อมีส่วนในการพัฒนาประเทศอย่างแท้จริงตามโมเดล 4.0 ไม่แต่เพียงการด้านการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสร้างรายได้ทางอื่นและเกียรติภูมิให้แก่ประเทศ

ดังเช่น การแพทย์แผนจีน หรือแนวทางสิงคโปร์ที่กำลังมุ่งสู่ความเป็น Hub ทางด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) นี้ได้อย่างจริงจัง

4. ควรให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และวินิจฉัยโรคซึ่งต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ก่อทัศนคติที่ดีต่อกันขึ้นจนถึงการร่วมมือวางมาตรฐานการใช้ยาร่วมกันแบบพบกันครึ่งทางมีใช้แบบปัจจุบันที่ใช่เพียงมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งกระทบต่อธรรมชาติ ประสิทธิภาพการรักษาและการใช้ยาของแพทย์แผนไทย

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ มีดังนี้

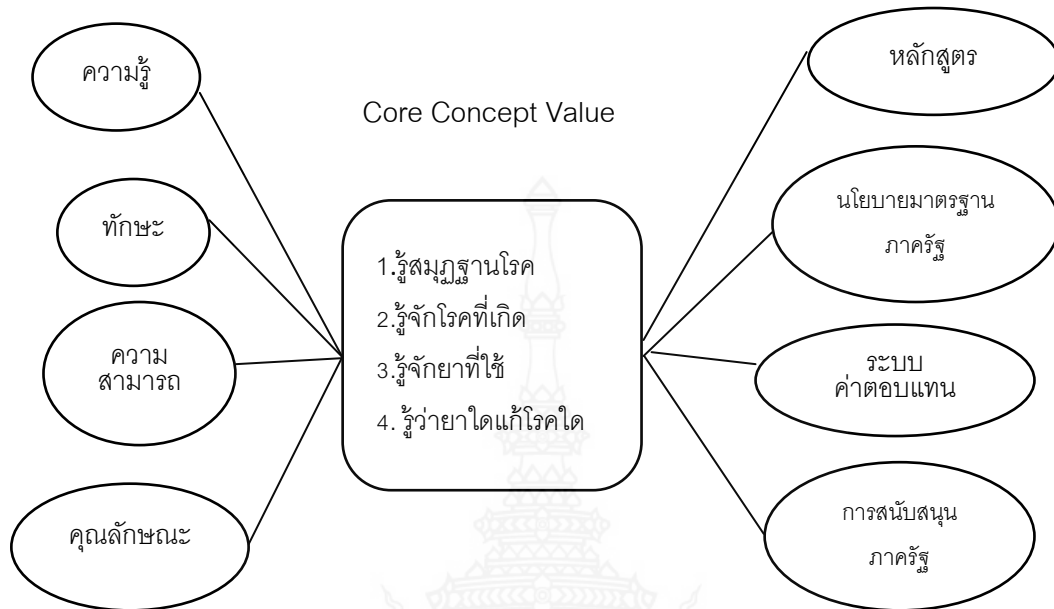
1. นำผลการวิจัยจากงานวิจัยนี้ไปต่อยอดองค์ความรู้ต่างๆ ทั้งทางนโยบายทางเศรษฐกิจระดับมหภาคเชื่อมต่อกับภาคจนถึงเชื่อมโยงสู่ทางการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ให้ความสนใจของประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนาอย่างมาก

2. จากผลของข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องต้องเร่งสร้างองค์ความรู้ทำนองโรค ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ กรอบแนวคิดคุณค่าของแพทย์แผนไทยขึ้นด้วยการขับเคลื่อนองค์ความรู้ ทักษะและความสามารถสู่การสร้างคุณลักษณะของแพทย์แผนไทยไม่เพียงแต่เพียงเป็นมืออาชีพ แต่ยังสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างแท้จริงสร้างอัจฉริยะภูมิปัญญาให้แก่ตนเองได้ ดังแสดงในภาพ 5-1

3. ควรศึกษาต่อยอดในการสร้างความแข็งแกร่งให้กับทำนองโรค หรือ Process ของแต่ละกิจ 4 ของหมอ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้แท้จริงในการนำไปเผยแพร่ได้ถูกต้องจนถึงการรักษาและวินิจฉัยโรคที่ไม่ก่อผลทางลบจนถึงเสี่ยงภัยหรือภัยอันตราย

ดังเช่น ทำนองโรคในไข้เอกโทษ เกิดเมื่อ สุริยคติ จันทรคติ กระทบธาตุในเบญจขันธ์ (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) อายุตนะทั้ง 6 (ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ) โคจรตามพระจันทร์ พระอาทิตย์ โคจรทาง อัศวินี นาควิถี ไควถี ทั้ง 3 นี้ เมื่อเกิดการโคจรจะเกิดฤดู 3 ฤดู 6 ส่งผลต่อการเจ็บป่วย เกิดการกำเริบ หย่อน พิการ ไข้เอกโทษ ทูวันโทษ ตรีโทษ ตัวอย่างตามภาพ 5-2

ภาพ 5-1 การขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ต่อการพัฒนาทุนมนุษย์

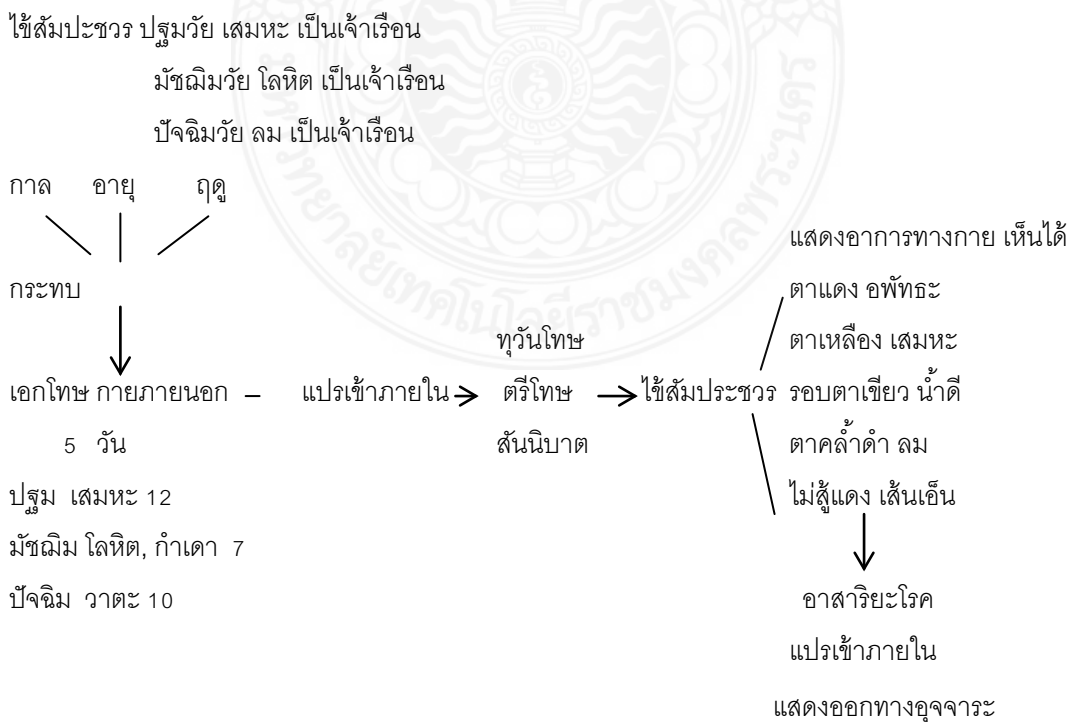


การขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรม

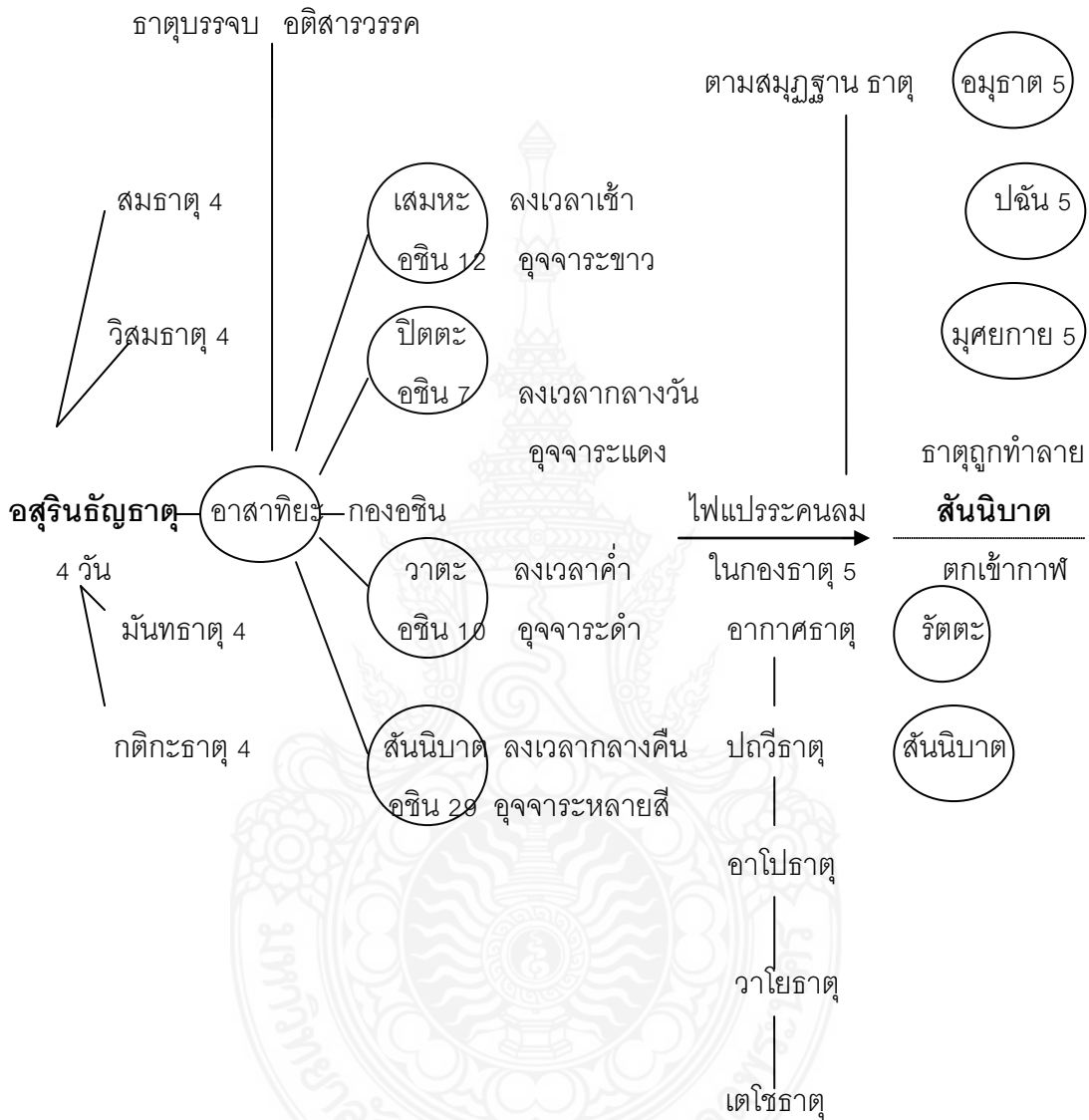
ตัวแปรอิสระ (IV)
การพัฒนาทุนมนุษย์

ตัวแปรตาม (DV)
ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม

ภาพ 5.2 ทำนองโรคไข้เอกโทษ



ภาพ 5.2 ทำนองโรคไข้เอกโทษ (ต่อ)



4. ควรศึกษาเปรียบเทียบศักยภาพการแพทย์แผนไทย กับประเทศในกลุ่มอาเซียนเพื่อขยายโอกาสความสามารถทางการแข่งขัน และเกียรติภูมิแพทย์แผนไทยให้ก้าวสู่ระดับนานาชาติมากขึ้น และเป็นการลดปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศอีกด้วย

5. ควรศึกษารวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างรูปแบบทำนองโรคในกิจ 4 ของหมอ ในแพทย์แผนไทยจากปราชญ์ชาวบ้านหรือผู้เชี่ยวชาญไว้เป็นแนวทางให้ทำการศึกษาศึกษาแพทย์แผนไทยในอัจฉริยะภูมิปัญญาของผู้ศึกษาหรือผู้ใฝ่รู้

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561, มกราคม 31). *กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. Retrieved from moph.go.th:
<http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php#result>
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2559, เมษายน 25). *ยุทธศาสตร์พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. *ยุทธศาสตร์พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ก. (2016, กันยายน 1). *การประเมินสารสกัดในประเทศไทย*. (กระทรวงสาธารณสุข, Performer) มหกรรมสมุนไพรไทยแห่งชาติ ครั้งที่ 13 , กรุงเทพฯ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2016, กรกฎาคม 29). *การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ "Medical Hub" นโยบายสำคัญของรัฐบาลไทย*. *สยามมีเดีย* (วันที่ 29 กรกฎาคม 2559), 1. (สยามมีเดีย, Ed.) กรุงเทพฯและลอสแอนเจลิส, ลอสแอนเจลิส บอสตัน, ฟลอริดา, ไทยและสหรัฐอเมริกา: สยามมีเดีย.
- กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานสารสนเทศ.
- กลุ่มสถิติประชากรสำนักสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557, กันยายน 1). *รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองการประกอบโรคศิลปะ. (2559, พฤษภาคม 18). *เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย*. *คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย*.
- กัญญา ดิวิเศษ. (2537). *คู่มือเวชกรรมแผนโบราณ*. (ก. ดิวิเศษ, Ed.) ปราณบุรี, ปราณบุรี, ไทย: สถาบันการแพทย์แผนไทยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาดิวิเศษและคณะ. (2537). *คู่มือเวชกรรมแผนโบราณ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคกลางจังหวัดปราจีนบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เกียรติกิติ ศิรินวเสถียร. (2559). ความสัมพันธ์ของธาตุทั้ง 4. คณะกรรมการพัฒนาระบบการ
เรียนการสอนแพทย์แผนไทยตามมาตรา 12 (2) (ก) พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์
แผนไทยพ.ศ. 2556 (p. 5). กรุงเทพฯ: กลุ่มงานการนวดไทยสถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ไกรสิทธิ์ ลิ้มประเสริฐ. (2557). *เวชกรรมไทยประยุกต์ 2*. กรุงเทพฯ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย: ชัญญาชัย
นรินทร์.
- คณะกรรมการการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภทก. (2559). แนวทางการ
พัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย . *คณะกรรมการการพัฒนาระบบการเรียนการสอน
แพทย์แผนไทยกรุงเทพประเภทก*, (p. 3).
- คณะกรรมการนโยบายการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ. (2552, กุมภาพันธ์
18). ประกาศคณะกรรมการนโยบายการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณา
การ. *การจัดตั้งกลุ่มจังหวัดและกำหนดจังหวัดที่เป็นศูนย์ปฏิบัติการของกลุ่มจังหวัด*,
หน้า. 34.
- คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ. (2559, พฤษภาคม 17). แผน
ยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทยฉบับที่ 2 (พ.ศ.2555-2559).
สำนักงานวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวง
สาธารณสุข.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภทก . (2559). การพัฒนา
ระบบการดเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภทก. *การพัฒนาระบบการดเรียนการสอน
แพทย์แผนไทยประเภทก* (p. 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภทก. (2559). การพัฒนาระบบ
การเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภทก. *การพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์
แผนไทยประเภทก* (p. 2). นนทบุรี: คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์
แผนไทยประเภทก.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560 -2564) กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564).
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนากฎมีปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทพ.ศ. 2555-2559. (2555, กันยายน 11). แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนากฎมีปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทฉบับ 2 (พ.ศ. 2555-2559). (ค. การพัฒนากฎมีปัญญาไท, Ed.) *แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนากฎมีปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทฉบับ 2* (พ.ศ. 2555-2559), p. 1.
- คณะอาจารย์ร.ร.แพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม. (2503, พฤษภาคม 20). *จรรยาแพทย์*. (ว. ตันตวีร์กุล, Ed.) พระนคร, พระนคร, ไทย: วีรตันตวีร์กุล.
- คมสัน ทินกร ณ อยุธยา. (2557). *หลักการพื้นฐานของการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ.
- คมสัน ทินกร ณ อยุธยา. (2558). *หลักการพื้นฐานของการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ.
- ชาญชัย เจริญสุวรรณ. (2559, พฤษภาคม 17). การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย. *สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติและประธานคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย*.
- ดวงกมล ภัคดีสัตยพงศ์, ภ.ญ. (2016). การควบคุมคุณภาพยาแผนโบราณและยาพัฒนาจากสมุนไพร. *มหกรรมสมุนไพรไทยแห่งชาติครั้งที่ 13*. กรุงเทพฯ: กลุ่มยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- เทวีญู ธาณิรัตน์. (2551). การแพทย์ทางเลือกคืออะไร. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 7.
- ธวัชชัย กมลธรรม. (2559, พฤษภาคม 17). นโยบายการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. *กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*.
- นายแพทย์สมยศ ศรีจรรย์. (2558, สิงหาคม 5). กรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. *สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข*, p. 4.
- นิสตาร์ เวชยานนท์. (2556). *การบริหารทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ของไทย*. (ค. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, Ed.) กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตรบัณฑิตสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ประเวศ วะสี (2558). ระบบการแพทย์แผนไทย (Wisdom-based). *การประชุมวิชาการประจำปี การแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติครั้งที่ 12*. กรุงเทพฯ. พิษิต เทพวรรณ. (2009). *ตัวแบบในการจัดการทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์*. 2554: บริษัทซีแอด ยูเคชั่นจำกัด (มหาชน). (p. 34).
- มูลนิธิสุขภาพไทย . (2015). *มูลนิธิสุขภาพไทย Thai Holistic Health Foundation*. Retrieved 10 9, 2016, from www.thaihof.org: www.thaihof.org
- มูลนิธิสุขภาพไทย. (2560, มิถุนายน 10). *มูลนิธิสุขภาพไทย*. Retrieved มิถุนายน 12, 2560, from [มูลนิธิสุขภาพไทย](http://www.thaihof.org).
- รายงานสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านการแพทย์ทางเลือก. (2554). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- วรวัน เขียวสุวรรณ และคณะ. (2560). *รายงานการตรวจราชการภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7*. เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่นมหาสารคามกาฬสินธุ์ร้อยเอ็ด: คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ. สมัชชาสุขภาพ. (2559, พฤษภาคม 18). *การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน*. Retrieved from [http://en.nationalhealth.or.th/Health assembly](http://en.nationalhealth.or.th/Health%20assembly): [http://en.nationalhealth.or.th/Health assembly](http://en.nationalhealth.or.th/Health%20assembly)
- สมัชชาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. (2557). *การดูแลสุขภาพชุมชนด้วยพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้าน*. *สมัชชาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 2 พ.ศ.2557* (p. 1). เมือง: สมัชชาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2559). *Startup Thai Herbs and Health*. *งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 13* (p. 7). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานจังหวัดขอนแก่น. (2555). *บรรยายสรุปจังหวัดขอนแก่น (เชิงวิเคราะห์)*. (p. 14). สำนักงานจังหวัดขอนแก่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2558). ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดกาฬสินธุ์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโสภณศิริ, สันติสุข. (2553, สิงหาคม 1). ประวัติศาสตร์การพัฒนากการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย. (น. โ. เกตุรากาศ, Ed.) รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก, p. 2.
- เสวย อุดำพันธุ์. (2 เล่มที่ 1 (ม.ค. - มิ.ย. 2556)). การพัฒนากการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์, น.91.
- เอื้อกานต์ วรไพฑูรย์. (2559). แนวคิดทฤษฎีการแพทย์ไทยและกลไกการพัฒนา. คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยตามมาตรา 12 (2) (ก) พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทยพ.ศ. 2556 ครั้งที่ 2 2559 (p. 4). กรุงเทพฯ: กลุ่มงานการนวดไทยสถาบันการแพทย์แผนไทยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- Analoui, F. (2007). *Strategic Human Resource Management*. London: Thomson Learning.
- Armstrong, M. (2006). *Strategic Human Resource Management : A Guide to Action*. London: Kogan Page.
- Armstrong, M. (2009). *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice 11th edition* . London: Kogan Page.
- Armstrong, M. (2009). *Strategic Human Resoucre Management 4th edition*. London: Kogan Page.

บรรณานุกรม(ต่อ)

- Becker, G. S. (1994). Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education 3rd Edition. In G. S. Becker, & T. N. Research (Ed.), *Human Capital Revisited* (p. 15). Chicago, USA: The University of Chicago press.
- Becker, G. S. (2002). The Age of Human Capital. In G. S. Becker, *The Age of Human Capita* (p. 3). hoover.org.
- Brown, S. R. (1993). A Primer on Q Methodology. *QUALRS-L and Q-METHOD* (p. 92). Ohio: Department of Political Science, Kent State University.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row.
- C. Henry, A. P. (1990). Human resource management: an agenda for tgh 1990s' . *International Journal of Human Resource mnagement Vol. 1*, 17-43.
- C.J. Fombrun, M. T. (1984). *Strategic Human Resource Management*. New York: John Wiley.
- Dessler, G. (2003). *Human Resource Management 9th Edition*. Prentice Hall.
- Goldin, C. (2014). Human Capital. In C. Goldin, & C. D. Hauptert (Ed.), *Handbook of Cliometrics* (Vol. forth coming, p. 22). USA: Department of Economics Harvard University and National Bureau of Economic Research.
- Grant, R. M. (1996). Towards a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*(Winter Special Issue), 108.
- Guest, D. (1987). Human resource management and industrial relations . *Journal of Management Studies Vol. 24 No. 5*, 503-521.
- Guest, D. (1989). Personnel and human resource management: can you tell the difference. In D. Guest, *Personnel Mangement* (pp. 48-51). London.
- Guest, D. (1997). Human resource management and performance: a review and research agenda. *International Journal of Human Resource Mangement. Vol. 8, No.3*, 263-276.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Hfocus. (2560, มิถุนายน 28). *Hfocus.org*. (Hfocus.org, Editor, Hfocus.org, Producer, & Hfocus.org) Retrieved มิถุนายน 28, 2560, from Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ: Hfocus.org
- I. Beardwell, L. H. (2004). *Human Resource Management a Contemporary Approach 4th Edition*. Harlow: Prentice Hall.
- Kearns, P. (2003). *HR Strategy Business focused, individually centered*. Amsterdam: Butterworth-Heinemann.
- Keeley, B. (2007). *OECD Insights: Human Capital*. Paris, France: Organization for Economic Co-operation and Development.
- legge, K. (1995). *HRM: Rhetorics and Realities*. Basingstoke: Macmillan Business.
- Lynda Gratton, S. G. (2003, February). Managing Personal Human Capital: New Ethos for the "Volunteer" Employee. *European Management Journal*, 1(21), 1.
- M. Beer, B. S. (1984). *A Conceptual View of HRM in Managing Human Assets*. New York: Free Press.
- M.A. Devanna, C. F. (1984). *A Framework for Strategic Human Resource Management*. New York: John Wiley.
- Mbongaya, A. (2016). Best Perspectives of Human Resource Management. 2006 *African Centre for Community and Development*, p. 4.
- Michael Krause, M. N. (2007). Satisfaction and Repurchase Intention. *Seminar Information, Organisation und Management Thematic Block Organizational Buying behavior* (p. 3). TUM IOM.
- Micheal Armstrong, A. B. (2002). *Strategic HRM: The key to improve Business Performance*. London: Chatered Instotute of Personnel and Development.
- Micheal Armstrong, A. B. (2002). *Strategic HRM: The key to improved Business Performance* . London: Chartered Institute of Personnel and Development .
- Micheal Armstrong, D. B. (2007). *Strategic Reward*. London: Kogan Page.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- P.M. Wright, e. a. (2001). Human Resource and The Resoucre based View of The Firm. *Journal of Management*, 27, 701.
- Patrick M. Wright, G. C. (1992). Theoretical Perspectives for Strategics Haman Resource Management. *Journal of Management* (18), 295.
- Philip Stiles, S. K. (2012). Human Capital and Performance. (C. B. School, Ed.) *The Judge Institute of Management*, 5.
- Porter, M. E. (1990). *Compeitive Advantage of Nation*.
- R.S. Schuler, S. J. (1999). *Strategic Human Resource Mangement*. Oxford: Blackwell Business.
- R.S. Schuler, S. J. (2000). *Managing Human Resources, A Partner Perspective 7th Edition*. London: Thomas Learning.
- Schultz, T. W. (1961, March 1). Investment in Human Capital. (A. E. Publications, Ed.) *The American Economic Review*, 51(1).
- Sternberg, R. J. (2003). *Wisdom, Intelligence and Creativity Synthesized*. (C. U. Press, Ed.) New York, USA: Cambridge University Press.
- Storey, J. (1992). *Human Resource Management, A Critical Text 2nd Edition*. London: Thomson Learning.
- Storey, J. (1992). *Introduction: from Personnel Management to Human Resource mangement*. London: Thomson Learning.
- Ulrich, D. (1997). *Human Resource Champions : The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Wolf, C. B. (2012, January). Occupational employment projections to 2020. *Employment outlook: 2010-2020*, p. 84.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม





**แบบสอบถาม เรื่อง“การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์
การแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง”**

คำชี้แจงข้อคำถามในแบบสอบถามนี้ พัฒนาจากการตอบแบบสอบถามปลายเปิด โดยนำมาทำ
เป็นข้อคำถามให้ท่านตอบลักษณะอธิบายความเห็น โดยผู้วิจัยกำหนดค่าของระดับความเป็นไป
ได้ ของการนำไปใช้ปฏิบัติ ตามลำดับความสำคัญ เพื่อตรวจสอบข้อคำถามที่มีมาตรวัดแบบ 0
และ 1

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ
1) เพศ 2) อายุ 3) อาชีพ 4) การศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทย 5) การได้รับใบประกอบโรคศิลป์
6) ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ ส่วนที่ 2) ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ประกอบด้วย 5
ด้าน คือ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) คุณลักษณะแพทย์แผนไทย 4) หลักสูตรแพทย์แผนไทย 5) การ
พัฒนาหลักสูตรแพทย์แผนไทย ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) นโยบายการสนับสนุนจาก
ภาครัฐ 2) นโยบายมาตรฐานภาครัฐ ในด้านความรู้ 3) ระบบค่าตอบแทน 4) อัตราการบรรจุ 5)
หน่วยงานสังกัดมีจำนวนพอเพียงสอดคล้องกับกระบวนการวินิจฉัยโรค

ขอแสดงความนับถือ

นางศศพร มุ่งวิชา

ผู้วิจัย



แบบสอบถามดัชนีพันธ
เรื่อง “การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง”

การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค การส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย และ วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การแพทย์พื้นบ้านไทยตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอด พัฒนาสืบต่อกันมา หรือสถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง (พระราชบัญญัติวิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย, 2556, น. 1)

เวชกรรมไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย ตามหลักการการแพทย์แผนไทย ตามหลักสมมุติฐานโรค คือ รู้สมุฏฐานโรค รู้จักโรคที่เกิด รู้จักยาที่ใช้ รู้ว่ายาใดแก้โรคใด การตรวจตามทำนองโรคและตามหลักคัมภีร์

แบบสอบถามปลายเปิด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ

.....

2. อายุ

.....

3. อาชีพ

.....

4. ท่านศึกษาศาสตร์แพทย์แผนไทยด้านใด

.....

5. ท่านได้รับใบประกอบโรคศิลป์แล้วหรือไม่?

.....

6. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ด้านใดที่ท่านได้รับ ?

.....

7. ระยะเวลาที่ท่านศึกษา หรือประกอบวิชาชีพด้านแพทย์แผนไทย

.....

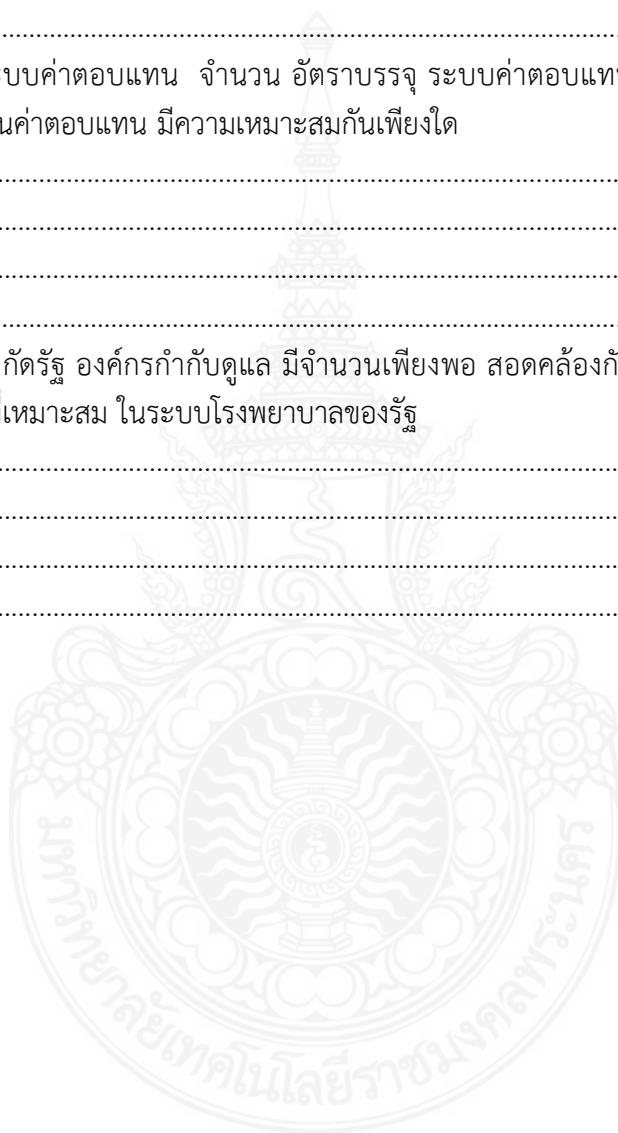
ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ

1. ท่านคิดว่าแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน มีความรู้ สมุฏฐานโรค รู้จักโรคที่เกิด รู้จักยาที่ใช้ รู้ว่ายาใดแก้โรคใดอยู่ในระดับใด

-
.....
.....
3. ท่านคิดว่าระบบค่าตอบแทน จำนวน อัตราบรรจุ ระบบค่าตอบแทนสอดคล้องกับ ทักษะ วุฒิ การศึกษาอยู่ในระดับใด

-
.....
.....
4. ท่านคิดว่าระบบค่าตอบแทน จำนวน อัตราบรรจุ ระบบค่าตอบแทน มีเพียงพอ สอดคล้องกับ ระบบประเมินค่าตอบแทน มีความเหมาะสมกันเพียงใด

-
.....
.....
5. หน่วยงานสังกัดรัฐ องค์กรกำกับดูแล มีจำนวนเพียงพอ สอดคล้องกับ กระบวนการวินิจฉัยโรค และสถานะที่เหมาะสม ในระบบโรงพยาบาลของรัฐ
-
.....
.....





แบบสอบถามดัชนีนิพนธ์

เรื่อง “การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง”

การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค การส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย และ วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การแพทย์พื้นบ้านไทยตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอด พัฒนาสืบต่อกันมา หรือสถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง (พระราชบัญญัติวิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย, 2556, น. 1)

เวชกรรมไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย ตามหลักการการแพทย์แผนไทย ตามหลักสมมุติฐานโรค คือ รู้สมุฏฐานโรค รู้จักโรคที่เกิด รู้จักยาที่ใช้ รู้ว่ายาใดแก้โรคใด การตรวจตามทำนองโรคและตามหลักคัมภีร์

กรุณาเลือกคำตอบ

- เพศ
 - ชาย
 - หญิง
- อายุ
 - 21-25 ปี
 - 26-30 ปี
 - 31-35 ปี
 - 36-40 ปี
 - 41-45 ปี
 - 46-50 ปี
 - มากกว่า 50 ปี
- อาชีพ
 - นักศึกษา
 - แพทย์แผนไทย
 - อื่นๆ
- ท่านศึกษาศาสตร์แพทย์แผนไทย ด้านใด (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 - เวชกรรม
 - เกสัชกรรม
 - ผดุงครรภ์
 - นวดไทย
 - อื่นๆ
- ท่านได้รับใบประกอบโรคศิลป์แล้วหรือไม่?
 - ได้รับแล้ว
 - ยังไม่ได้รับ (ข้ามไปทำข้อ 7)
- ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ด้านใดที่ท่านได้รับ ?
 - เวชกรรม
 - เกสัชกรรม
 - ผดุงครรภ์
 - นวดไทย
- ระยะเวลาที่ท่านศึกษา หรือประกอบวิชาชีพด้านแพทย์แผนไทย
 - 1-5 ปี
 - 5-10 ปี
 - 11-15 ปี
 - 15 ปี ขึ้นไป

กรุณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ในช่องคำตอบ

| | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| ด้าน ความรู้ | | |
| 1. การแพทย์แผนไทยมีรากฐานการสืบทอดมาจากพระธรรมทูตประเทศอินเดีย | | |

| | | |
|--|--|--|
| เมื่อครั้งที่เข้ามาเผยแพร่ศาสนาในไทย | | |
| 2. สัตว์ที่เกิดในครรภ์ เรียกว่า สัตตชชะ | | |
| 3. “งานนม” คือ นมที่ขาวนวล มีคุณประโยชน์ต่อทารก | | |
| 4. เบญจกัลยาณี คือ แม่นม ที่จัดสรรเอาไว้ถวายมหาบุรุษ | | |
| 5. โทษอุจจาระ มีลักษณะ ๖ ประการ | | |
| 6. ไข่ออกโทษ เป็นไขที่เกิดตามฤดูกาล | | |
| 7. “เบญจสตรี” คือ พยาธินอกอยู่ เป็นเจ้าเรือน ๕ แห่ง | | |
| ด้าน ความสามารถ | | |
| 8. เมื่อสตรีมีระดูมา ให้เมื่อยทุกข้อทุกกระดูก ให้เจ็บแหว เจ็บหลัง ท่านว่ามาจากกระดูก | | |
| 9. โลหิตระดูเกิดแต่หทัย สตรีผู้ใดไขลง มักมีอาการ ให้ขี้งโกรธ ริมตาเขียว ริมฝีปากเขียว | | |
| 10. ในคัมภีร์ประณมจินดา เมื่อทารกรู้ว่า เพราะกล้ำเนื้อขยาย ชางจึงพลอยทำโทษครั้งหนึ่ง | | |
| 11. เมื่อรู้ยีน ทารก (ตั้งไข่)ชางกระทำโทษครั้งหนึ่ง เพราะ ไล่ฟุง ปอดสั้นคลอน | | |
| 12. พระอาทิตย์ สถิตราศีธนู ธาตุไฟพิการ | | |
| 13. พระจันทร์ แรมมา ๖ ค่ำ ไชรี ชิพจร อยู่ที่เศียร | | |
| 14. พระอาทิตย์ สถิตราศีกันย์ ธาตุดินหย่อน | | |
| ด้าน ทักษะ | | |
| 15. “ปล่อยหมอน้อย” คือ การให้ยาหน้าดอกขาว | | |
| 16. โรคอุจจาระธาตุ เกิดเพราะ ไข้พิษจัด รับประทานอาหารแปลก ธาตุสมุฏฐานมหาภูตรูป ประชุมกันในกองสมุฏฐาน | | |
| 17. ธาตุไฟพิการ ควรทานชะเอม | | |
| 18. โลหิตระดู ควรรับประทานยาไฟบรรลัยกัลป์ | | |
| 19. เมื่อทารกเส้นเอ็น กล้ำเนื้อขยายยาเสริมช่วงนั้นคือ เถาวัลย์เปรียง | | |
| 20. การสะตุพิษในยางไม้สามารถใช้ใบตอง หรือใบบัว ห่อ แล้วนำมาเผาได้ | | |
| 21. ยาตำรับโตมฤทธิรุนแรง สามารถฆ่าฤทธิ์ได้ด้วยขิง พริก ดีปลี | | |



แบบสอบถามดัชนีนิพนธ์

เรื่อง “การพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย ในเขตพื้นที่ภาคอีสานตอนกลาง”

การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค การส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย และ วิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การแพทย์พื้นบ้านไทยตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอด พัฒนาสืบต่อกันมา หรือสถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง (พระราชบัญญัติวิชาชีพรักษาการแพทย์แผนไทย, 2556, น. 1)

เวชกรรมไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย ตามหลักการการแพทย์แผนไทย ตามหลักสมมุติฐานโรค คือ รู้สมุฏฐานโรค รู้จักโรคที่เกิด รู้จักยาที่ใช้ รู้ว่ายาใดแก้โรคใด การตรวจตามทำนองโรคและตามหลักคัมภีร์

กรุณาเลือกคำตอบ

- เพศ
 ชาย หญิง
- อายุ
 21-25 ปี 26-30 ปี 31-35 ปี
 36-40 ปี 41-45 ปี 46-50 ปี มากกว่า 50 ปี
- อาชีพ
 นักศึกษา แพทย์แผนไทย อื่นๆ
- ท่านศึกษาศาสตร์แพทย์แผนไทย ด้านใด (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 เวชกรรม เกสัชกรรม
 ผดุงครรภ์ นวดไทย อื่นๆ
- ท่านได้รับใบประกอบโรคศิลป์แล้วหรือไม่?
 ได้รับแล้ว ยังไม่ได้รับ (ข้ามไปทำข้อ 7)
- ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ด้านใดที่ท่านได้รับ ?
 เวชกรรม เกสัชกรรม ผดุงครรภ์ นวดไทย
- ระยะเวลาที่ท่านศึกษา หรือประกอบวิชาชีพด้านแพทย์แผนไทย
 1-5 ปี 5-10 ปี 11-15 ปี 15 ปี ขึ้นไป

กรุณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ในช่องคำตอบ

| | ใช่ | ไม่ใช่ | -1 | 0 | 1 |
|--|-----|--------|----|---|---|
| 1. การแพทย์แผนไทยมีรากฐานการสืบทอดมาจากพระธรรม | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| ทูตประเทศอินเดีย เมื่อครั้งที่เข้ามาเผยแพร่ศาสนาในไทย | | | | | |
| 2. พระอาทิตย์ สถิตราศีธนู ธาตุไฟพิการ | | | | | |
| 3. ธาตุไฟพิการ ควรบำรุงธาตุด้วยชะเอม | | | | | |
| 4. พระจันทร์ แรมมา ๖ ค่ำ ไชร์ ชีพจร อยู่ที่เคียว | | | | | |
| 5. พระอาทิตย์ สถิตราศีกันย์ ธาตุดินหย่อน | | | | | |
| 6. สัตว์ที่เกิดในครมภ์ เรียกว่า สัตว์เสทชะ | | | | | |
| 7. ในคัมภีร์ประถมจินดา เมื่อทารกรู้ว่า เพราะกล้ำเนื้อ ขยาย ชางจึงพลอยทำโทษครั้งหนึ่ง | | | | | |
| 8. เมื่อรู้ยืน ทารก (ตั้งไข่)ชางกระทำโทษครั้งหนึ่ง เพราะ ไล่ พุ่ง ปอดสั้นคลอน | | | | | |
| 9. เมื่อทารกเส้นเอ็น กล้ำเนื้อขยายยาเสริมช่วงนั้นคือ เถาว์ลย์เปรียง | | | | | |
| 10. “งานม” คือ นมที่ขาวนวล มีคุณประโยชน์ต่อทารก | | | | | |
| 11. ไข่เอกโทษ เป็นไข่ที่เกิดตามฤดูกาล | | | | | |
| 12. เมื่อสตรีมีระดูมา ให้เมื่อยทุกข้อทุกกระดูก ให้เจ็บแหว เจ็บ หลัง ท่านว่ามาจากกระดูก | | | | | |
| 13. โลหิตระดูเกิดแต่หทัย สตรีผู้ใดใช้ลง มักมีอาการ ให้ซึ่งโกรธ ริมตาเขียว ริมฝีปากเขียว | | | | | |
| 14. โลหิตระดู ควรรับประทานยาไฟบรรลย์กลับ | | | | | |
| 15. เบญจกลยานี คือ แม่นม ที่จัดสรรเอาไว้ถวายมหาบุรุษ | | | | | |
| 16. “เบญจสตรี” คือ พยาธินอนอยู่ เป็นเจ้าเรือน ๕ แห่ง | | | | | |
| 17. “ปล่อยหมอน้อย” คือ การให้ยาหย้าดอกขาว | | | | | |
| 18. โทษอุจจาระ มีลักษณะ ๖ ประการ | | | | | |
| 19. โรคอุจจาระธาตุ เกิดเพราะ ไข้พิษจัด รับประทานอาหาร แปลก ธาตุสมุฏฐาน มหาภูตรูป ประชุมกันในกองสมุฏฐาน | | | | | |
| 20. การสะดุพิษในยางไม้สามารถใช้ใบตอง หรือใบบัว ห่อ แล้ว นำมาเผาได้ | | | | | |
| 21. ยาตำรับใดมีฤทธิ์รุนแรง สามารถฆ่าฤทธิ์ได้ด้วยขิงเผา | | | | | |

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ นามสกุล ผศ. ศศพร มุ่งวิชา
วัน เดือน ปีเกิด 7 กุมภาพันธ์ 2506
ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา MBA



วุฒิการศึกษา

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

| | | |
|------------------|--|------|
| ประถม | โรงเรียนราชินี | 2516 |
| มัธยม | โรงเรียนสตรีวิทยา | 2521 |
| ปริญญาตรี (ว.บ.) | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ | 2524 |
| ปริญญาโท (MBA) | State University of New York At Binghamton, New York, USA | 2527 |

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

ผลงาน

- ตีพิมพ์เผยแพร่ งบประมาณเงินรายได้ ปี 2560 เรื่อง “Thai SMEs herbal Cosmetics in Elderly Market” งานประชุมวิชาการนานาชาติ 3rd International Social Sciences and Business Research Conference ISSBRC 1/2017 เมือง San Francisco ณ University of California, Berkeley, USA จัดเมื่อ 17 – 20 May 2017 โดย สมาคมรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- เรื่อง The Sustainability Development Strategy for SME Thai Herbal product toward AEC งานประชุมวิชาการนานาชาติ The 8th ASEAN Conference on Humanities and Social Sciences ACHSS 2017 เมือง Siem Reap จัด ณ Sokha Angkor Resort, Siem Reap, Cambodia จัดเมื่อ 23 -25 February 2017 โดย สมาคมรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. งานวิจัยงบประมาณแผ่นดิน ปี 2560 เรื่อง “นวัตกรรมการตลาดผลิตภัณฑ์ SME กลุ่มสมุนไพรไทยเพื่อผิวพรรณในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อเข้าสู่ AEC” (Innovative Marketing for SME Thai Herbal Skin product in Bangkok Metropolitan toward AEC)

4. งานวิจัย งบประมาณแผ่นดิน ปี 2559 เรื่อง “กลยุทธ์การตลาดสินค้า SME กลุ่มเครื่องสำอางสมุนไพรไทยเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย” (Marketing Strategies for SME Thai Herbal Health Care Cosmetics in Thai Elderly)

5. งานตีพิมพ์เผยแพร่ งบประมาณเงินรายได้ ปี 2559 Creative Product marketing Strategies in Herbal Cosmetics of Thai SME in Bangkok Metropolitan ที่ประชุมวิชาการนานาชาติ 1st International Research Conference เมือง Hong Kong IRC 1/2016 จัด ณ The Cityview, Hong Kong, China จัดเมื่อ 25 – 27 สิงหาคม 2559 โดย สมาคมรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

6. งานตีพิมพ์เผยแพร่ เรื่อง “Successive Model of Thai Traditional Medicine in Elderly Society” ที่ประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ 8th National and International Graduate Conference (KUNIGC 1/2016) จัด ณ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จัดเมื่อ 24 มิถุนายน 2559 โดย โครงการหลักสูตรปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร และศูนย์ศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบงานการยุติธรรมไทย

7. งานตีพิมพ์เผยแพร่ เรื่อง “Innovative Model for Thai Local Wisdom of Traditional & Alternative Medicine in Elderly Society” ที่ประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติระดับบัณฑิตศึกษา The 7th National and International Graduate Conference KUNIGC2/2015 จัด ณ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จัดเมื่อ 25 ธันวาคม 2558 จัดโดย โครงการหลักสูตรปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร และศูนย์ศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบงานการยุติธรรมไทย

8. เรื่อง “Innovative Cultural Model for Direct Sales Thai Herbal Cosmetics ที่ประชุมวิชาการนานาชาติ The 1st International Conference on Humanities and Social Science เรื่อง learning in the 21th Century: Perspectives in the Humanities and Social Science” จัด ณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จัดเมื่อ 26 – 27 สิงหาคม 2558 จัดโดย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

9. งานวิจัย งบประมาณแผ่นดิน ปี 2558 เรื่อง “กลยุทธ์การตลาดเชิงสร้างสรรค์ในสินค้าภูมิปัญญาไทย ของผู้ประกอบการขนาดกลางและย่อม ต่อการท่องเที่ยวเชิงช้อปปิ้งเพื่อรองรับการเปิดประชาคมอาเซียนในเขตกรุงเทพมหานคร” (Creative Marketing Strategies of SME's OTOP upon Shopping Tourism for ASEAN Community in Bangkok)

10. งานวิจัย งบประมาณแผ่นดิน ปี 2558 เรื่อง “กลยุทธ์การตลาดผลิตภัณฑ์สร้างสรรค์ประเภทเครื่องสำอางธรรมชาติ และสมุนไพรไทย สำหรับผู้ประกอบการธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมในเขตกรุงเทพมหานคร” (Marketing Strategies for Creative Product of Thai Natural Herbal Cosmetics for SME in Bangkok)

11. งานตีพิมพ์เผยแพร่ งบประมาณเงินรายได้ ปี 2558 เรื่อง “Health Agencies Promoting Strategies in Bangkok Metropolitan” ที่ประชุมวิชาการนานาชาติ 2015 International Symposium on Marketing and Logistics ISML 2015 ณ เมือง Osaka ประเทศญี่ปุ่น จัดเมื่อ 23 – 25 สิงหาคม 2558 (Session Chair Certificate)

12. งานตีพิมพ์เผยแพร่ เรื่อง “นวัตกรรมรูปแบบการขายตรงสินค้าเครื่องสำอางสมุนไพรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร” ที่ประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 The 1st Conference on Technopreneurship, Innovation management and Policy (TIP) “นวัตกรรมเพื่อความก้าวสู่สังคมที่ยั่งยืน” Innovation Towards Sustainable Society จัดโดย สหสาขาวิชาธุรกิจเทคโนโลยีและการจัดการนวัตกรรม (TIP) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดเมื่อ 27-28 มิถุนายน 2558

13. งานตีพิมพ์เผยแพร่ เรื่อง “Direct Sales Cosmetics Consumer Satisfaction in Bangkok Metropolitan” ตีพิมพ์ในวารสาร Life Science Journal Vol. 12 No. 2 (ISSN 1097-8135, <http://www.lifesciencesite.com>) เมื่อ มกราคม 2558 โดย Marsland Press PO Box 180432, Richmond Hill, New York 11418, USA

14. Keynote Speaker เรื่อง “The Satisfaction of Consumers’ Protection for Direct Sales Product in Bangkok Metropolitan” ที่ประชุมวิชาการนานาชาติ 2558 International Symposium on Economics and Social Science ISESS2015 มีผู้เข้าร่วมประชุม กว่า 100 คน 25 ประเทศ จัดโดย Social Science Organization ประเทศ Taiwan จัด ณ โรงแรม Landmark สุขุมวิท ประเทศไทย จัดเมื่อ 21 มกราคม 2558

15. งานตีพิมพ์เผยแพร่ งบประมาณเงินรายได้ ปี 2557 เรื่อง “The Satisfaction and Consumerism upon Direct Selling Cosmetics in Bangkok Metropolitan” ที่ประชุมวิชาการ

นานาชาติ 2014 International Symposium on Marketing and Logistics ISML 2014 ณ เมือง Nagoya ประเทศญี่ปุ่น จัดเมื่อ 23 – 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2557

16. งานวิจัย งบประมาณแผ่นดิน ปี 2557 เรื่อง “กลยุทธ์การตลาดเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของชาวไทยและต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานคร”(Marketing Strategies for Promoting of Health Tourism for Thai and Foreigners in Bangkok Metropolitan)

17. งานวิจัยงบประมาณแผ่นดิน ปี 2556 เรื่อง “ความพึงพอใจและการคุ้มครองผู้บริโภคในสินค้าขายตรงในเขตกรุงเทพมหานคร (The Satisfaction and Consumer Protection for Direct Sales Product in Bangkok Metropolitan)

18. เรื่อง “Marketing Factors, Sociological Effects, and Attitudes upon Sufficiency Economy’s Book Purchase of people in Bangkok Metropolitan”ที่ประชุมวิชาการนานาชาติ The 2nd RMUTP International Conference: Green technology and Productivity ณ โรงแรม ปทุมวัน ปริ้นเซส กรุงเทพ ประเทศไทย จัดโดย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร จัดเมื่อ 29 – 30 มิถุนายน 2553

19. เรื่อง ลักษณะประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางการตลาด และจิตวิทยาที่มีผลต่อการซื้อหนังสือสร้างเสริมประสบการณ์ทางธุรกิจ งานประชุมวิชาการระดับชาติ จัดโดย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จัด ณ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2552

20. งานวิจัย งบประมาณแผ่นดิน ปี 2551 เรื่อง “ลักษณะประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางการตลาด และจิตวิทยาที่มีผลต่อการซื้อหนังสือสร้างเสริมประสบการณ์ทางธุรกิจ” (Demographic, Marketing and Psychological Factors that Influence Buying Behavior of Business Book in Bangkok)